

# Syndicat CNI

[www.coordination-nationale-infirmiere.org](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)



Syndicat CNI

N° 40

Revue d'information du Syndicat CNI - Syndicat professionnel - Mars 2015



**Assistant en gérontologie**

Un métier à développer



**Liberté d'expression**

Je suis Charlie



**Directives anticipées**

La case à cocher

# CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

## PSYCHOLOGIE - PSYCHIATRIE

Traumatismes sexuels dans l'enfance : inceste et violences sexuelles	18 au 22/05/15	Paris
Anxiété, phobies, trouble obsessionnel compulsif (TOC) et états de stress	15 au 19/06/15	Paris
Psychiatrie d'urgence, donner une place aux familles et aux accompagnants en urgence psychiatrique	15 au 19/06/15	Paris
Etre femme, naître mère. La psychopathologie de la maternité	16 au 19/06/15	La Rochelle
Initiation à l'ABA (Applied Behavior Analysis) dans la prise en charge de l'autisme	22 au 25/06/15	Paris

## ACCOMPAGNEMENT D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

Maternité à l'adolescence	11 au 13/05/15	La Rochelle
La dépression chez l'enfant et l'adolescent	18 au 22/05/15	Paris
Alimentation et psychologie de l'enfant (nourrisson et enfant)	26 au 29/05/15	Toulouse
Conséquences des violences conjugales sur les enfants	26 au 29/05/15	Paris
L'enfant et l'adolescent face à la mort et au deuil	01 au 05/06/15	Paris
L'observation comme outil d'accompagnement, de connaissance et de soins des jeunes enfants (0-3 ans)	22 au 26/06/15	La Rochelle

## ACTIVITÉS À MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUE, ÉDUCATIVE OU D'ANIMATION

Relaxation et musique, massage relaxant sur sonorités musicales	18 au 22/05/15	Paris
Piscine - Balnéo. Un environnement singulier pour une pratique singulière - Niveau 2	18 au 22/05/15	Niort
Initiation à la musicothérapie - Niveau 1	01 au 05/06/15	Paris
Dessin et créativité. Animation d'ateliers - Niveau 1	14 au 18/09/15	Paris

## PRISES EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSES

Massage non médicalisé assis habillé	01 au 05/06/15	Paris
L'auto-hypnose éricksonienne	01 au 05/06/15	Nimes
La relaxation dans la prise en charge de la douleur et des somatisations	15 au 19/06/15	Paris
Massage non médicalisé du visage, des pieds, des mains - Niv.1	15 au 19/06/15	La Rochelle

## PRATIQUES SOIGNANTES ET RELATION D'AIDE

Le refus d'aide	26 au 29/05/16	Paris
Phase palliative : préserver un projet de vie dans un projet de soin	08 au 11/06/15	La Rochelle
L'accompagnement des personnes en fin de vie	16 au 19/06/15	La Rochelle
L'affectivité dans le travail de groupe et dans la prise en charge d'usagers - Niveau 1	08 au 11/09/15	La Rochelle

➤ **Retrouvez l'ensemble  
de nos formations et programmes de DPC  
sur notre catalogue ou [www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)**



**CERF FORMATION SAS**

7 rue du 14 Juillet - BP 70253  
79008 Niort cedex  
Tél. 05 49 28 32 00 - Fax 05 49 28 32 02  
[www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)



ODPC habilité  
à dispenser des  
programmes de DPC





# Editorial



## SYNDICAT CNI

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

## POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

- Éric AUDOUY (Infirmier, CNI AP-HM)
- Marie Dominique BIARD (Infirmière, CNI AP-HM)
- Stéphane DERES (Infirmier, CNI Poitiers)
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, CNI Martignes)

## PHOTOS

Laurent FAIVRE et Céline DUROSAY  
(Infirmiers, CNI Belfort Montbéliard)  
Frédéric BOUSQUET (Infirmier CNI Esquirol)

## DESSINS

Pierre BIZALION

*Photos réalisées dans les services de réanimation, urgences, unité de soins palliatifs, médecines chirurgicales et pharmacie du Centre Hospitalier 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](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)

**GD GROUPE DROUIN**  
IMPRIMEURS  
groupe-drouin.fr

IMPRIM'VERT\*

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



**M**obilisations lors de la journée aide-soignante, participation au salon infirmier, élections professionnelles, le bilan d'activité du syndicat CNI de l'année 2014 est dense. Le quotidien reste très difficile dans de nombreux services avec des situations de réelle galère. Les restrictions budgétaires pèsent lourdement sur notre quotidien et impactent fortement les conditions de travail ainsi que la prise en charge des usagers. Les rencontres et les échanges avec des professionnels, passionnés et attachés à défendre leur cœur de métier nous motivent plus encore à poursuivre notre engagement syndical. C'est donc ce cocktail détonnant, cette « recette singulière » que nous vous proposons de découvrir en parcourant notre revue.

**A**u regard des événements dramatiques du début de l'année, notre comité de rédaction a fait le choix de réserver une double page « liberté d'expression » afin de rendre hommage aux victimes, de témoigner notre soutien à leurs proches et d'avoir une pensée particulière pour les collègues qui ont démontré tout leur professionnalisme dans ces circonstances insoutenables.

**M**ais ce 40<sup>ème</sup> numéro s'inscrit également dans l'actualité et vous pourrez y découvrir des éléments de réflexion concernant la loi santé ou encore la fin de vie. Ces deux thématiques font chacune l'objet d'un projet de loi et donc de consultations parlementaires auxquelles notre organisation participe activement pour faire reconnaître les soignants dans leurs rôles et leurs compétences.

**T**oujours dans l'actualité, un événement symbolique est venu nous redonner perspectives et sourire. C'est en effet, avec fierté, que nous avons appris que la Légion d'honneur avait été décernée à notre collègue Isabelle FROMANTIN. Par cette distinction, c'est tout un parcours et une expertise qui reçoit les honneurs mais c'est aussi la mise en lumière d'une profession trop souvent oubliée, merci Madame FROMANTIN !

*Nathalie DEPOIRE  
Présidente de la CNI*

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



Exercer son talent au service des autres est une mission que nous partageons. C'est pourquoi, **GMF, 1<sup>er</sup> 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.

**10 %** DE RÉDUCTION<sup>(1)</sup>  
SUR VOTRE ASSURANCE AUTO

ET EN + POUR LES MOINS DE 30 ANS

**JUSQU'À 100 € OFFERTS<sup>(2)</sup>**

50 € SUR VOTRE ASSURANCE AUTO ET 50 € SUR VOTRE ASSURANCE SANTÉ

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

<sup>(1)</sup> Offre réservée aux agents des services publics, personnels des métiers de la santé et du social, la 1<sup>re</sup> année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2015.

<sup>(2)</sup> Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la 1<sup>re</sup> 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 31/12/2015.

**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. Paris 323 562 678. Siège social : 11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon - 75014 Paris. 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.



# Sommaire

Éditorial	3
Syndicat CNI	6
Bilan d'activité 2014	7
Elections professionnelles 2014 : bilan mitigé	8
Salon infirmier 2014	12
26 novembre 2014	
• Journée internationale des aides-soignants	
• La CNI de la Vienne se mobilise à l'occasion de la journée de l'Aide-Soignante	
• La CNI de Belfort Montbéliard à la rencontre des professionnels	14
Les Assistants de Soins en Gérontologie : Un métier à développer	16
Billet de mauvaise humeur : « Appelez-moi le Directeur ! »	19
Congrès / Formations : Programme des journées francophones d'Angers	20
A noter dans vos agendas	23
Loi santé : un serpent de mer ?	24
Grilles salariales	26
Billet d'humeur	33
Liberté d'expression	34
RESC : Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée	36
Présentation de l'ANPDE et de ses objectifs	38
Le réseau ville-hôpital plaies et cicatrisation du Languedoc Roussillon en mode télémédecine	40
Violence à l'hôpital : témoignage	42
PrimaDerm pro : pas de peau !	44
Fin de vie : directives anticipées	45
Pour soigner vos douleurs d'origine mécanique	55
Profession : préparateur en pharmacie hospitalière	56
Flash actu	58
Une infirmière à l'honneur	60
Petit mot pour l'infirmière : entre petit soupir et grande habitude...	61

Téléchargez votre bulletin d'adhésion :  
[http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/images/Bulletin\\_adhesion\\_ok.pdf](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/images/Bulletin_adhesion_ok.pdf)



Rejoignez-nous sur notre application  
 smartphone et tablette



# SYNDICAT CNI

## Qui sommes-nous ?

La CNI est un syndicat issu des mouvements infirmiers des années 1988/91. Depuis sa création, notre organisation réunit des adhérents de la filière infirmière. Elus depuis plus de vingt ans au sein des instances dans les secteurs public et privé, les représentants de la CNI ont eu à s'impliquer sur des dossiers concernant la filière infirmière mais également en faveur de l'ensemble des professions satellites qui interviennent, en complémentarité, dans la prise en charge du patient.

Un engagement pluridisciplinaire est aujourd'hui indispensable à l'instar de la Commission de Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T.), compte tenu du contexte économique et au regard des réorganisations sanitaires qui en découlent. Cette évolution répond également aux sollicitations des autres professionnels de la C.S.I.R.M.T. qui souhaitent adhérer à un syndicat professionnel pour obtenir une reconnaissance spécifique, tant dans leur établissement qu'à l'échelon national.

Lors de l'Assemblée Générale Nationale du 21 mai 2014, notre syndicat a acté un élargissement de sa sphère d'adhérents. Tous les professionnels de la filière rééducation (Pédicures-Podologues, Masseurs-Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Orthophonistes, Diététiciens, Orthoptistes, Psychomotriciens) de la filière médico-technique (Préparateurs en pharmacie hospitalière, Techniciens de laboratoire, Manipulateurs d'électroradiologie médicale), les Cadres de Santé issus de ces filières ainsi que les Aides-Soignants, les Auxiliaires de Puériculture, les ASH et les Psychologues sont invités à rejoindre notre organisation syndicale.

Sur un échelon local, il s'agit de poursuivre la démarche engagée pour coordonner l'action de l'ensemble des professions de santé au sein des différentes structures. Concernant le niveau national, il convient que chaque corps professionnel puisse faire vivre un collectif au sein de la CNI afin que les revendications spécifiques soient portées par un représentant de la profession concernée.

Ce projet d'union des métiers de la santé s'inscrit dans une dynamique pour faire reconnaître les différentes compétences, améliorer les conditions de travail et donc, à terme, apporter une réelle plus-value à la qualité et la sécurité des soins.

## Notre fonctionnement

La CNI privilégie les échanges et les débats, ses représentants se réunissent en Assemblée Générale Nationale au minimum trois fois par an. L'Assemblée Générale Nationale est l'instance souveraine et décisionnelle. Tous les quatre ans, elle élit en son sein son Bureau National qui a pour mission d'organiser l'activité régulière de la CNI et de coordonner les collectifs. Il applique toutes les décisions prises par l'Assemblée Générale Nationale et dispose d'un pouvoir décisionnel dans les situations d'urgence.

Nous sommes très heureux de vous présenter, dans ce numéro 40 de la revue CNI, les membres du nouveau Bureau National pour le mandat 2015-2019 ! ■

*Bureau National*

*De gauche à droite : Céline DUROSAY - Secrétaire Adjointe, Nathalie PAWLOWSKY - Secrétaire Adjointe, Stéphane DERES - Secrétaire, Marie Dominique BIARD - Trésorière, Nathalie DEPOIRE - Présidente et Eric AUDOUY - Vice-président.*



# Bilan d'activité 2014

## 3 Assemblées Générales Nationales

- 21, 22 et 23 janvier 2014 - Béziers
- 21, 22 et 23 mai 2014 - Martigues
- 30 septembre, 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2014 - Marseille

## 7 Bureaux nationaux

- 20 janvier 2014 - Béziers
- 31 mars 2014 - Marseille
- 14 avril 2014 - Conférence téléphonique
- 20 mai 2014 - Martigues
- 10 juillet 2014 - Marseille
- 29 septembre 2014 - Marseille
- 16 décembre 2014 - Conférence téléphonique

## Les rendez-vous avec le Ministère de la Santé

### 5 février 2014

Mme PARIER (Conseillère Technique du Cabinet de Marisol Touraine)

Mme HEARD (spécialiste des politiques de santé et chargée du projet de la future loi santé auprès de M. François CREMIEUX)

### 18 février 2014

M. CREMIEUX (Conseiller Technique du Cabinet de Marisol Touraine pour la SNS)

### 24 novembre 2014

Mme THAREL (Conseillère Technique du Cabinet de Marisol Touraine)

## Les invitations du Ministère

### 10 février 2014

Chalon-sur-Saône : Lutte contre les déserts médicaux  
Bilan : pacte Territoire de Santé

### 19 juin 2014

Ministère de la Santé - Paris : Présentation Orientations Loi Santé

### 21 octobre et 24 novembre 2014

Ministère de la Santé - Paris : Information EBOLA

## La CNI et les parlementaires

### 11 février 2014

Assemblée Nationale - Paris : Audition des représentants du Collectif Psychiatrie CNI par Mme Dumont rapporteure pour la commission des Lois sur la proposition de Loi adoptée par le Sénat modifiant la Loi n° 2007- 1545 du 30 octobre 2007 instituant un contrôleur général des lieux de privation de liberté

### 22 juillet 2014

Sénat - Paris : Audition sur le bilan de la lutte contre la précarité dans la FPH

### 11 décembre 2014

Assemblée Nationale - Paris : Commission des Affaires Sociales - Rapporteur Projet de Loi Santé

### 12 décembre 2014

Assemblée Nationale - Paris : Députée Véronique MASSONNEAU - Proposition de Loi sur la Fin de Vie

## La CNI et les salons professionnels

### Congrès Toucher Massage

#### le 2 juin 2014 à Dijon

1 stand CNI

### Congrès ANPDE le 18 juin 2014 à Metz

Intervention de Nathalie DEPOIRE

### Salon Infirmier 5, 6 et 7 novembre 2014 à Paris

1 stand CNI

## La CNI et les médias

### 16 octobre 2014

France 5 : Emission sur EBOLA  
Production régulière de communiqué de presse CNI  
Relais vers les organes de presse, site internet et réseaux sociaux CNI

## La CNI et les élections

### Elections Professionnelles

#### du 4 décembre 2014

### Elections au CA de la CNRACL

#### du 4 décembre 2014 ■

# Elections professionnelles 2014 : un bilan mitigé...

Les élections professionnelles ont eu lieu le 4 décembre 2014 pour la première fois de manière simultanée dans les 3 Fonctions Publiques.

## Les listes CNI dans la FPH

Si l'on compare les résultats du scrutin de 2014 à ceux de 2011, ils sont sensiblement les mêmes et nous pourrions donc nous satisfaire d'avoir « maintenu le cap » alors que certains « vieux routards » du syndicalisme annonçaient notre mort... Oui, mais voilà, à la « Coord' », nous sommes beaucoup de choses mais sûrement pas nombrilistes et le bilan nous laisse un petit goût amer face au manque de mobilisation soignante.

Si l'on porte une réelle et honnête analyse de ces élections professionnelles, le grand vainqueur est sans doute l'abstention. Cette tendance très à la mode, quelles que soient les élections, s'est encore amplifiée dans la Fonction Publique.

Elle est certes variable selon les établissements mais lorsque l'on regarde de plus près les résultats, elle est surtout plus importante dans les catégories soignantes. Et pourtant, ces résultats déterminent le choix de leurs porte-paroles pour les décisions à venir...

Dans le contexte actuel de restrictions budgétaires et de restructurations des établissements de santé, ce manque de positionnement sera parfois délétère. Il convient, dès lors, de s'interroger sur ce désintérêt...

Impossible de blâmer, soignants et médico-techniques parce qu'ils priorisent les patients et leurs prises en charge avant de se préoccuper de leurs droits, c'est une évidence. Ceci dit, nous, représentants syndicaux, sommes aussi confrontés à la réalité hospitalière dans sa complexité, sa diversité et « cette mini société » que sont nos établissements traduit aussi nombre de démarches individuelles. Certains parcours

d'agents illustrent « zapping » et clientélisme dans leurs sollicitations de plusieurs syndicats parfois sur un même dossier sans en informer tous les protagonistes...mais qui, le jour J, oublie de voter !

Nous sommes hélas loin de la formidable démarche solidaire du mouvement infirmier de 1988/91, 150 000 infirmières mobilisées qui manifestaient, se relayaient entre hôpital et sitting devant le ministère de la santé et qui surtout ont obtenu des avancées significatives !

Trop de jeunes diplômés et étudiants ont découvert cette page de notre histoire avec la « photo des canons à eau » sur notre stand lors du Salon Infirmier 2014. Il appartient à chacun d'entre nous de transmettre cette page de notre histoire professionnelle, de







rappeler les acquis et de lutter pour ne pas les perdre !

Il est urgent que les professionnels de santé prennent conscience de ce que pour garantir sécurité et qualité des soins, préserver des conditions de travail de qualité est également un impératif.

### Des perspectives

Si en première lecture, les résultats de ces élections professionnelles sont sensiblement les mêmes entre 2011 et 2014, ce n'est en réalité pas le cas. En effet, plus de 25 ans après sa création notre organisation syndicale est en pleine évolution. Le choix d'ouvrir sa sphère d'adhérents aux professionnels de la Commission de Soins Rééducation et Médico-Techniques depuis mai 2014, en est l'illustration, mais cette décision récente influe peu sur les résultats. Il faut surtout noter que ce score voisin de celui de 2011 est en fait obtenu en 2014 avec

moins de listes présentées. Après le départ en retraite de certains leaders locaux CNI, la transition est parfois difficile, le constat s'impose et il conviendra d'agir afin de pérenniser nos structures. Ces chiffres traduisent donc également une progression des coordinations locales ayant présenté des listes, ce qui implique que nos collègues se reconnaissent dans nos revendications et actions.

Nous devons donc poursuivre les combats engagés pour obtenir la reconnaissance des professionnels de santé que nous représentons, tout en veillant à perpétuer nos sections et développer notre organisation.

En résumé, peu de repos au programme, mais les objectifs, les motivations et le dynamisme sont là ! Si comme nous, vous souhaitez faire bouger les choses et obtenir des conditions de travail garantissant qualité et sécurité des soins : rejoignez-nous ! ■

*Nathalie DEPOIRE*  
Présidente CNI

# 10 bonnes raisons...

## Pour ne pas voter aux élections professionnelles :

1. Le directeur général de votre établissement est un ami d'enfance.
2. Votre planning est idéal et sans contrainte particulière.
3. La situation s'améliore très clairement dans les hôpitaux en France.
4. La souffrance au travail est une récompense et votre façon d'exister.
5. Vous êtes du bon côté des bat-flancs.
6. Vous n'avez pas besoin de reconnaissance.
7. Vous travaillez pour vous faire de l'argent de poche.
8. Vous n'avez aucun projet dans votre établissement.
9. Vous ne ferez jamais de faute professionnelle.
10. Vous n'avez besoin de personne pour vous défendre.

## Avertissement :

Si vous ne remplissez pas plusieurs des critères ci-dessus, la CNI peut certainement vous aider. Nos représentants connaissent bien vos difficultés et mettront tout en œuvre pour trouver les solutions qui vous correspondent. Venez nous rencontrer et faites-vous votre propre opinion du syndicalisme professionnel que propose la CNI.

**Parce que chacun est différent, la CNI s'adapte à vous.**

**Et, si vous n'avez pas voté en 2014...**

**Rendez-vous en 2018 ! ■**

*Stéphane DERES  
Secrétaire de la CNI  
CHU de Poitiers*





# Le Salon EMPLOI des métiers du Paramédical

**Mercredi 11 mars** 2015 <sup>36<sup>e</sup> édition</sup>

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17<sup>e</sup>

**Mercredi 10 juin** 2015 <sup>37<sup>e</sup> édition</sup>

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17<sup>e</sup>

**Mercredi 16 septembre** 2015 <sup>38<sup>e</sup> édition</sup>

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17<sup>e</sup>

**Rencontrez en direct les  
Hôpitaux, cliniques,  
crèches, maisons de retraite et  
agences d'intérim qui recrutent !**

**Postes proposés sur le salon :** 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 - toutes les infos sur : [www.jobrencontres.fr](http://www.jobrencontres.fr)

**ACCÈS**

METRO : Porte de Champerret  
RER : ligne C station Péreire  
BUS : 84, 92, 93, 163, PC



Nos partenaires :



# Salon Infirmier 2014



## Quelques chiffres

Plus de 40 000 visiteurs, dont 65 % ont assisté à au moins une conférence, sont venus à ce grand rendez-vous annuel les 5, 6 et 7 novembre 2014 à Paris, porte de Versailles. Ce public est majoritairement composé d'infirmiers diplômés d'Etat et d'Etudiants en Soins Infirmiers de 3<sup>ème</sup> année, 45% viennent de l'Ile de France.

40% d'entre eux sont déjà venus au moins une fois au Salon Infirmier et 61 % souhaitent y revenir. Les objectifs principaux de visites recensés sont « des visiteurs qui viennent :

- échanger avec leurs pairs
- se former
- découvrir de nouveaux produits »

**113 exposants**, dont le syndicat CNI, présents sur ces 3 journées représentants :

- Industrie pharmaceutique
- Matériel médical et de soins
- Organismes institutionnels
- Assurances, mutuelles, banques
- Vêtements professionnels
- Organismes de formation
- Produits et matériel d'hygiène
- Presse Edition
- Recrutements, Intérim
- Syndicats et associations
- Centre Hospitalier, centre de gérontologie, maison de retraite et hospitalisation à domicile.

## Au stand CNI

Les visiteurs ont été nombreux à venir échanger sur le stand G 45 où une quinzaine de militants vêtus en orange et bleu se sont relayés pour les accueillir. Une équipe CNI dynamique qui constate, une fois de plus, à quel point nos revendications sont partagées mais qui souligne une inquiétude

très prégnante chez les Etudiants en Soins Infirmiers de 3<sup>ème</sup> année. En effet, ils furent nombreux à nous interroger sur les perspectives d'avenir, bien conscients d'une évolution et du développement d'un chômage infirmier pourtant inconnu il y a quelques années.

Constat en lien avec les préoccupations de notre organisation qui en parallèle des revendications a mis en place, depuis plus d'un an, un partenariat avec

Staffsanté pour une rubrique offres d'emploi sur notre site internet, afin d'accompagner étudiants et professionnels dans leurs recherches.

Ce contexte impose également une évolution dans la formation car beaucoup d'étudiants témoignent ne pas être accompagnés dans la préparation à l'entretien d'embauche, la rédaction d'un CV ou d'une lettre de motivation.

Nombreux retours, cette année encore, de conditions de travail dégradées, de non respect des amplitudes de repos, de questionnements légitimes qui pourraient être des combats à mener et surtout des victoires au regard de la législation en vigueur. Trop de professionnels encore découvrent leurs droits au détour d'une discussion sur le stand.

Très peu syndiqués, les professionnels de santé connaissent bien mieux leurs obligations que leurs droits. Bien sûr, nous avons des devoirs qu'il n'est pas question de renier mais il existe un équilibre important entre devoirs et droits de manière à garantir celui qui est primordial entre vie professionnelle et personnelle.

Notre activité syndicale nous conduit trop souvent à voir qu'un déséquilibre peut avoir de graves incidences sur la santé des professionnels.

**« Faites ce que je dis,  
pas ce que je fais »**

Voilà une formule qui convient parfaitement à notre ministre. En effet, si Madame Marisol TOURAINE a honoré le salon infirmier d'une visite, cette dernière s'est limitée à certains stands.

Alors que de nombreuses organisations professionnelles, associations et syndicats, avaient adressé un courrier, notamment concernant la



réingénierie de formation de la filière infirmière et énonçaient ainsi clairement un manque de lisibilité et de nombreuses questions en attente, la ministre a fait le choix de ne pas faire de discours.

Ne s'arrêtant pas à cet évitement, l'équipe CNI choisit d'interpeller la ministre. Malgré le barrage des « bodyguards » nous obtenons un échange de quelques minutes durant lesquelles j'opte par priorité et interroge donc notre ministre sur les conditions de travail, sur les axes d'amélioration qu'elle compte inscrire au projet de Loi Santé. Sa réponse a été que « les conditions de travail étaient effectivement un sujet important qui la préoccupait mais que tout n'était pas toujours un souci de budget, qu'elle était également très attachée au dialogue .... » ■

*Nathalie DEPOIRE*  
*Présidente CNI*

Décision d'autant plus surprenante

que ce salon se tient en pleine crise médiatique EBOLA, pas même quelques mots pour nous rappeler nos devoirs et à quel point notre professionnalisme est de mise. Le ministère aurait-il enfin perçu que la pommade est inutile ?

Pas de discours, cela traduit surtout aucune annonce pour ces professionnels exerçant en grand majorité dans la Fonction Publique Hospitalière. Oui, ces mêmes hospitaliers à qui en début de mandat Madame TOURAINE promettait de restaurer la confiance ...



# 26 novembre 2014 :

## Journée internationale des aides-soignants

Jusqu'à présent, cette journée internationale est restée discrète. Pourtant, elle existe depuis 2010 et a été initiée par la profession elle-même et plus particulièrement par les Aides-Soignantes des pays nordiques (Norvège, Islande, Finlande, Danemark, Îles Féroé et Luxembourg). Elle avait reçu, l'année de sa création, le soutien de la Ministre de la Santé de l'époque, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN.

L'Aide-Soignante est avant tout une professionnelle de santé exerçant, par délégation et sous l'autorité des infirmières, des tâches essentielles à la vie de l'hôpital. La profession évolue également avec des spécialités en gérontologie ou spécifiques à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Cette profession, comme toutes les professions soignantes, souffre d'un manque de reconnaissance au regard des missions et de l'investissement

quotidien. Exerçant en proximité avec les malades, l'Aide-Soignante est à l'écoute des autres... Pour autant, cette profession ne semble pas écoutée et souffre d'un manque de considération.

Comme elle le fait depuis plusieurs années le 12 mai pour les infirmières, la CNI a souhaité mettre à l'honneur ces soignants dont le travail et l'investissement sont trop souvent méconnus. ■

*Equipe CNI de Poitiers*

## La CNI de la Vienne se mobilise à l'occasion de la journée de l'Aide-soignante

Cette année, la CNI de la Vienne a décidé de mettre en avant l'évènement et d'aller à la rencontre des professionnels sur leur lieu de travail. Elle s'est ainsi mobilisée sur les 4 sites hospitaliers de la Vienne à savoir le CHU de Poitiers ainsi qu'au CHHL (Centre Hospitalier Henri Laborit), le CH de Châtelleraut et celui de Montmorillon.

Les témoignages se recourent, cette journée n'est pas connue des professionnels. Notre passage dans les services a ainsi rappelé à chacun l'importance de l'aide-soignante dans les équipes de soin, l'investissement quotidien et la complémentarité de l'ensemble des acteurs du soin dans la prise en charge du patient.

Pour fêter l'aide-soignante et l'auxiliaire de puériculture comme il se doit, la CNI a offert aux équipes quelques viennoiseries et autres friandises le matin. Ce moment de convivialité a permis d'échanger et de recueillir des témoignages sur le métier et son évolution. Les difficultés pour exercer la fonction sont nombreuses et le manque de temps pour faire correctement le travail est souvent invoqué. En conséquence, le temps dédié à la relation avec le patient et sa famille est de plus en plus limité. L'aspect du « prendre soin » reste très important pour les professionnels mais le manque de temps peut entraîner une certaine frustration lorsqu'il s'agit de faire des soins « en série » et non plus personnalisés.

Sur le CHU de Poitiers, la CNI a également proposé un après-midi thématique qui a abordé le cursus de formation ainsi que les conditions d'exercice :

- Madame Corine MILON (Directrice de l'IFAS du CHU de Poitiers) a présenté les différents cursus partiels dans la formation, les nouvelles modalités concernant les BAC Pro ainsi que les perspectives

d'évolution de la formation d'aide-soignante.

- Madame Sophie CAZIN (Présidente de l'Association des Aides-Soignantes du Poitou-Charentes) nous a parlé de son engagement régional et national au sein de son association, de sa participation aux différents groupes de travail avec le ministère et des avancées significatives pour la fonction d'aide-soignant (nouvelle formation, la Validation des Acquis et de l'Expérience, la reconnaissance du Diplôme d'Etat). L'association a également été auditionnée en décembre 2014 à l'Assemblée Nationale concernant l'étude sur la bientraitance.
- Le Docteur Jean-Pascal ALLERY (Médecin du Travail) est intervenu sur les conditions de travail des aides-soignantes en milieu hospitalier. Il a abordé le processus de l'épuisement moral puis physique s'appuyant sur son expérience et sur les études menées dans le domaine. Il a aussi développé l'impact des différents types de management sur la santé des professionnels.

Au final, cette journée aura été très riche en échange. La CNI vous donne déjà rendez-vous le 26 novembre prochain pour une nouvelle édition de la journée des aides-soignantes mais également le 12 mai 2015 pour la Journée Internationale des Infirmières.

A très bientôt ! ■

*Françoise BON-GAUDAR  
Aide-soignante - CHU de Poitiers*

## La CNI de Belfort Montbéliard à la rencontre des professionnels

Suite à l'ouverture de sa sphère d'adhérents au mois de juin 2014, le syndicat CNI a choisi de se mobiliser pour faire honneur aux Aides-Soignantes à l'occasion de la 5ème journée internationale de l'Aide-Soignante.

Sur le principe de la Journée Internationale de l'Infirmière, nous avons choisi d'être au plus près de nos collègues en organisant une tournée dans l'ensemble des services des sites de Belfort et de Montbéliard.

C'est ainsi que, grâce (notamment) à un partenariat avec la MNH et Staff Santé ainsi qu'à une belle mobilisation de nos équipes, nous avons pu aller à la rencontre de tous, accompagnés de chariots offrant boissons, bonbons et proposer une tombola.



Cette journée a rencontré un vif succès tant auprès des Aides-soignantes, qu'auprès des Infirmières, ASH, Secrétaires, Kinés, Internes, Médecins... car, bien sûr, au syndicat CNI, nous y associons également

les autres professionnels des services, ainsi chacun a pu tirer son petit billet gagné/perdu et avoir son petit cadeau.

Nous avons eu la possibilité d'échanger sur le manque de reconnaissance ressenti par les Aides-Soignantes, comme par les autres catégories professionnelles d'ailleurs, qui le temps d'une journée nous ont dit avoir enfin le sentiment d'exister. Pour les équipes CNI, qui ont parcouru les couloirs de l'hôpital jour et nuit, ces échanges ont été très gratifiants et motivants. Elles envisagent donc d'ores et déjà de réitérer cette journée en 2015. ■

*Céline DUROSAY*  
Vice-présidente CNI Belfort/Montbéliard



# Les Assistants de Soins en Gériatrie

## Un métier à développer

### Une formation complémentaire

Formatrice depuis de nombreuses années en Institut de Formation Aides-soignants (IFAS), lorsque la formation d'Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) a été recommandée pour les Aides-Soignants (AS) et Aides-Médico-Psychologique (AMP) qui travaillent auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, nous l'avons proposée dans notre institution. Bien que le programme de formation aide-soignant aborde la personne âgée et la pathologie Alzheimer, cette formation complémentaire d'ASG est nécessaire pour prendre le temps de parfaire ses connaissances mais aussi pour réfléchir à sa pratique. Il s'agit d'une formation de 140 heures qui s'adresse aux professionnels AS et AMP travaillant au sein de structures accueillant ces patients ou résidents.

### La maladie Alzheimer

Elle se caractérise par un déficit de mémoire associé à une autonomie normale dans un premier temps puis par un déficit plus sévère, combiné à une désorientation temporelle et une modification du comportement qui handicape la vie quotidienne (c'est en général à ce stade que la maladie est diagnostiquée) et, enfin, à des troubles cognitifs et comportementaux conduisant à la dépendance. La prévalence de la maladie progresse inexorablement avec l'âge puisqu'à partir de 85 ans une femme sur quatre et un homme sur cinq sont touchés. Elle reste difficile à évaluer avec exactitude surtout par anticipation.

### Quelques notions démographiques

Selon une enquête et des études démographiques de l'INSEE (2002), en 2050, la France métropolitaine comptera de 58 à 70 millions d'habitants selon les différents scénarios retenus. A cet horizon, plus du tiers de la population sera âgée de 60 ans, contre un cinquième en 2000. La part des plus de 60 ans dans la population totale sera plus élevée que celle des moins de 20 ans dans tous les cas.

### Le vieillissement inéluctable de la population métropolitaine

Entre 1950 et 2000, le nombre de personnes âgées d'au moins 60 ans est passé de 6,7 à 12,1 millions, soit une augmentation de 5,4 millions. Au cours des 50 prochaines années, ce nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 9 millions selon le scénario de mortalité haute, soit une augmentation de 75% et de 12 millions sous l'hypothèse d'une mortalité basse. L'effectif des plus de 75 ans passera de 4,2 à 11,6 millions entre 2000 et 2050 et celui des plus de 85 ans de 1,3 à 4,8 millions. En 2050, l'effectif des 60 ans sera le double de celui de 2000, celui des 75 ans le triple et celui des 85 ans le quadruple.

### Le plan Alzheimer

Le plan Alzheimer prévoit, entre autres, la création de guichets uniques pour orienter les malades dès l'annonce de la maladie, les «Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer» (les MAIA), le développement du personnel spécialisé pour favoriser le maintien à domicile. La prise en charge de la dépendance physique est déjà assurée, la dépendance psychique n'est pas assez prise en compte, les activités de réhabilitation cognitive ne sont pas assez développées au domicile, de même que l'adaptation du logement à la spécificité de ce handicap. Les professionnels de santé tant à domicile qu'en unité de Soins de Suite et de Réadaptation doivent permettre d'assurer des programmes de rééducation cognitive permettant d'améliorer l'adaptation aux actes de la vie quotidienne.

### Vers une prise en charge professionnelle

Dans une architecture la plus adaptée possible, avec des professionnels dédiés et spécifiques du soin et de l'accompagnement, sur la base d'un bilan médico-psychosocial, la prise en charge a ainsi pour objectif de stabiliser les troubles du comportement, grâce à un programme individualisé de réadaptation cognitive et comportementale, d'assurer les soins à l'origine de



# Les Assistants de Soins en Gériatrie : un métier à développer

la situation de crise d'une indication de court séjour. Cette spécialisation cognitivo-comportementale pour l'accueil et l'accompagnement des malades Alzheimer et apparentée, impose l'intervention de personnels spécifiques. Prendre en charge des situations de crise requiert une formation dans le domaine des techniques de soins, mais aussi des connaissances psychologiques et sociales qui leur font encore défaut, notamment sur l'environnement des personnes âgées. En l'absence d'enseignement transversal dans les différents diplômes sur les troubles cognitifs et comportementaux, la réponse aux besoins est insuffisante.

## La personnalisation des soins

Les troubles du comportement chez un sujet atteint de maladie d'Alzheimer sont en général le témoin de sensations ou de besoins ressentis par le patient. Ainsi, devant tout trouble du comportement, il faut en faire une classification nosologique et rechercher des éléments déclenchants (anxiété, peur, changement de mode de vie, douleur physique, événement de vie). Il faudra également bien connaître et prendre en compte le passé du patient. De nombreux aspects physiques sociaux et environnementaux affectent le fonctionnement des individus atteints de maladie d'Alzheimer. C'est ainsi que les risques de perte

de poids, de malnutrition et de déshydratations sont très fréquents chez ces patients et doivent être surveillés. De même, de nombreux éléments environnementaux et architecturaux pourront les apaiser ou au contraire les perturber. Leur prise en charge doit être toujours associée, à une formation et un suivi de la famille et cela d'autant plus que ce dernier est souvent âgé. L'Assistant de Soins en Gériatrie contribue à la prise en charge des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs. Il lui appartient de suivre le plan de soin et d'accompagnement proposé par l'équipe pluri-professionnelle. L'aide à la vie quotidienne, les techniques de soins spécifiques, la démarche de soins de soutien sont au cœur de sa fonction.

## Les objectifs de la formation

La formation d'ASG valorise l'expérience professionnelle dans les lieux d'exercice et doit permettre d'acquérir les compétences requises :

- Concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne,
- Aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie,



# Les Assistants de Soins en Gériatrie : un métier à développer

- Mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien notamment avec les psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues,
- Comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé,
- Réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées.

La formation se propose d'emmener les participants vers un questionnement sur cinq thèmes visant à l'actualisation, le renforcement de certaines connaissances indispensables et le développement d'aptitudes spécifiques. La pédagogie est clairement orientée vers la prise de recul, et l'analyse des pratiques. La formation est dispensée 2 jours par mois (sauf pendant la période estivale).

## Témoignage

### Assistant de Soins en Gériatrie (ASG)

Après ma formation d'aide-soignante, j'ai travaillé auprès de personnes âgées. C'était un de mes souhaits mais, très vite, j'ai pris conscience que la prise en charge de cette population n'était pas à la hauteur de mes convictions.

A l'IFAS, où j'ai fait mes études, on nous proposait une formation d'ASG (Assistant de Soins en Gériatrie). J'ai pu participer à une première session. Nous étions 3 professionnelles en formation (2 aides-soignantes et une aide médico-psychologique). Cela m'a permis d'appréhender la condition des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou de syndromes apparentés) différemment et de comprendre qu'il est inutile de faire de « l'occupationnel » pour combler le vide mais important de donner du sens à une activité, à la répétition d'un geste, d'une consigne, et de guetter une réaction, un comportement inattendu. Chaque atelier, chaque geste ou chaque parole doit être réfléchi et pensé en fonction du vécu du patient ou résident, de son angoisse quotidienne car même si le langage n'est plus, leurs émotions, leurs peurs, leur sensibilité sont d'autant plus intenses. Il faut donc travailler sur leurs symptômes, au quotidien, les faire participer aux ateliers culinaires, aux tâches de la vie quotidienne (faire un lit, ranger sa chambre...), respecter leurs désirs, leurs souhaits et prendre le temps de les écouter (et même d'écouter leur silence), de parler avec eux, d'être attentif à leur appel de détresse... de vivre à leur rythme.

En tant que soignants, nous sommes là pour eux et notre objectif « c'est eux ». Ces personnes

En cours de formation, nous constatons que les élèves (futurs ASG) évoluent au fil du temps, comprennent et appréhendent plus facilement l'approche des résidents. Pour l'équipe formatrice, c'est évidemment une grande satisfaction et la preuve que cette formation spécifique est à la fois pertinente et pleine d'avenir. ■

*Laurette MIRA  
CNI Carvaillon*

#### *Nota bene*

*Les AS et AMP exerçant les fonctions d'Assistant de Soins en Gériatrie perçoivent une prime mensuelle brute de 90 €. Arrêté du 22 juin 2010 fixant le montant de la prime prévue par le décret n° 2010-681 du 22 juin 2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant les fonctions d'assistant de soins en gériatrie dans la fonction publique hospitalière.*

*Arrêté du 23 juin 2010 relatif à la formation préparant à la fonction d'assistant de soins en gériatrie*

âgées doivent vraiment être au centre de nos préoccupations. Notre rôle est de leur insuffler l'envie de continuer à VIVRE avec leur pathologie, d'être à leurs côtés et avec leurs familles. Nous jouons un rôle crucial en tant qu'aidants car nous devons accompagner les proches dans l'acceptation de la pathologie de leur parent, les préparer à l'évolution de la maladie en leur laissant une place privilégiée. Je tenais à remercier toutes mes formatrices qui ont toujours été là à mes côtés pour me guider, m'orienter, me conseiller et me donner envie de continuer lors de mes incertitudes car le métier d'ASG n'est pas un long fleuve tranquille. ■

*Agnès VIVES*

*Aide-soignante - Assistante de soins en Gériatrie  
Carvaillon*



# Billet de mauvaise humeur

## « Appelez-moi le Directeur ! »

Tout commence par un arrêt de travail... Vers 19h30, une infirmière téléphone dans son service pour signaler qu'elle ne pourra pas assurer la nuit. Ses collègues contactent le Directeur de garde. Jusque-là, la procédure est respectée mais, au téléphone, le Directeur demande à son interlocuteur (l'aide-soignante du service en l'occurrence) d'appeler toutes les personnes susceptibles d'effectuer, au pied levé, la nuit afin de garantir la sécurité des soins et la continuité du service public. En clair, le Directeur demande, ni plus, ni moins, à l'aide-soignante d'arrêter son travail auprès des patients pour trouver une solution. La CNI rappelle juste que le Directeur de garde a pour mission de résoudre ce type de problème dans le cadre de sa garde et au passage... qu'il est rémunéré pour le faire. Il ne s'agit pas là d'un fait isolé hélas ! En tant qu'agent, vous pouvez refuser de faire le travail du directeur de garde et le lui signifier gentiment... Il comprendra que l'exemplarité s'applique à tous. ■

*Stéphane DERES*  
*Infirmier - CHU de Poitiers*



# Congrès / Formations

## Programme des journées francophones d'Angers

Recherches industrielle et académiques : lien entre sciences et pratiques cliniques

Centre des Congrès - Angers

### Jeudi 9 avril

- 08h00 **Accueil des participants**
- 09h00 **Ouverture de la journée**  
Christophe Béchu, Maire d'Angers, Président du conseil de surveillance du CHU  
Norbert Ifrah, PU-PH, Président de la commission médicale d'établissement - CHU Angers  
Marie-Claude Lefort, Directeur des soins - Coordinonateur général - CHU Angers  
Olivier Louvet, Chef du Bureau Innovation et Recherche clinique, Direction générale de l'offre de soins - Ministère chargé de la santé  
Yann Bubien, Directeur général - CHU Angers
- 09h30 **Quelle place pour les paramédicaux dans la recherche ?**  
Introduction : Nadia Péoc'h, Infirmière Ph.D, élève directeur des soins
- 09h30 **Place des paramédicaux dans la recherche**  
Monique Rothan-Tondeur, Titulaire de la chaire Recherche infirmière - Université Paris 13
- 10h00 **Place des industriels dans la recherche en soins**  
Laurent Richebourg, Directeur France et Europe Sud - Société Alere
- 10h30 **Quel avenir pour les paramédicaux à l'université ?**  
Isabelle Richard, Professeur des Universités, Doyen de la Faculté de Médecine d'Angers
- 11h00 **Pause - Consultation des posters**  
*Visite des stands - Symposium Fisher & Paykel*
- 11h30 **Relever les défis de l'Université d'aujourd'hui : quelles initiatives pédagogiques pour quelles innovations ?**  
Marie Alderson, Infirmière Ph.D, Professeure - Université de Montréal (Canada)
- 12h00 **Forces et atouts des réseaux de chercheurs paramédicaux**  
Chantal Eymard, Infirmière Ph.D, MCU HDR - Université d'Aix-Marseille
- 12h30 **Pause déjeuner - Consultation des posters - Visite des stands**
- 14h15 **Ateliers au choix**  
**Master class « lecture d'un article scientifique »**  
Introduction : CHU Angers  
Agnès Witko, Orthophoniste Ph.D, MCU - Université Claude-Bernard Lyon 1  
**Pédagogie - enseignement de la recherche : de la licence au doctorat**  
Modérateur : Michel Poisson, Infirmier-cadre supérieur de santé, Enseignant à l'IFCS - CHU de Nantes  
**Allier l'enseignement universitaire et la pratique clinique**  
Claire Zablit, Infirmière Ph.D, Doyen honoraire à la Faculté des sciences infirmières - Université Saint-Joseph de Beyrouth (Liban)
- Réalité de l'initiation à la recherche en formation initiale en France**  
Nicole Tanda, Puéricultrice, cadre de santé - Université d'Aix-Marseille  
Laurent Soyer, Infirmier, cadre de santé - Université d'Aix-Marseille
- L'Evidence Based Practice : un lien entre recherche, formation et pratique clinique**  
Hélène Lefebvre, Infirmière Ph.D, Professeure - Université de Montréal (Canada)
- Management et stratégie - Vers une inter-professionnalité des projets de recherche**  
Modérateur : Stéphane Michaud, Directeur des Soins - Coordinonateur Général, CH de Niort
- L'inter-professionnalité, facteur de pertinence et de qualité des projets de recherche**  
Andrée Barreteau, Directrice d'hôpital
- La recherche : source d'un leadership centré sur la clinique**  
Frédérique Decavel, Directeur des soins - CHU Angers
- L'intérêt de l'inter-professionnalité dans la recherche en santé publique**  
Blaise Florent Bikandou, Médecin consultant en Santé publique internationale
- Recherche clinique - Réalité et enjeux du lien entre chercheurs paramédicaux et industriels**  
Modérateur : Marc-Antoine Custaud, PU-PH, Médecin responsable du Centre de Recherche Clinique - CHU Angers
- Quelle collaboration avec les partenaires de l'industrie ? La vision des cliniciens**  
Isabelle Fromantin, Infirmière Ph.D - Institut Curie
- Infirmière de recherche clinique et chercheur paramédical : paradoxe ou complémentarité ?**  
Judith Leblanc, Infirmière Ph.Ds - AP-HP
- La vision des industriels : quelles attentes pour quelle collaboration ?**  
Christophe Roussel, Directeur des affaires médicales et économiques - 3M France
- Présentation des posters**  
Modérateur : Pascale Beloni, Cadre supérieur de santé - CHU de Limoges
- 15h45 **Pause - Consultation des posters**  
*Visite des stands - Symposium Novartis*
- 16h00 **Ateliers au choix**  
**Master class « le rôle du centre Cochrane français »**  
Introduction : CHU Angers  
Pierre Durieux, PH - Centre Cochrane français
- Pédagogie - Quelle réalité et quels projets pour les docteurs et doctorants issus des filières paramédicales ?**  
Modérateur : Monique Rothan-Tondeur, Titulaire de la chaire Recherche infirmière, Université Paris 13  
Daniel Benlahouès, Infirmier Ph.Ds - AP-HP  
Laurence Vignaux, Kinésithérapeute Ph.D (Suisse)  
Brigitte Rul, Infirmière Ph.D - AP-HP  
Cheryl Hickmann, Physiothérapeute Ph.Ds - Clinique Saint-Luc, Bruxelles (Belgique)  
Nicolas Biard, Ergothérapeute, Ph.Ds - Université Rennes 2
- Ethique - Recherche ou soin, quelle est la demande du patient ?**  
Modérateur : Isabelle Biau, Directeur des soins - Institut Bergonié, Bordeaux
- Est-ce prendre soin de lui que de faire de la recherche sur un patient ?**

Walter Hesbeen, *Infirmier Ph.D, Professeur Université catholique de Louvain (Belgique)*

## Le rôle d'un comité d'éthique ou de protection des personnes

Maurice Audran, *PU-PH, Président du comité de protection des personnes Ouest II - Angers*

## Participer ou non à un essai clinique, quel bénéfice pour le patient ?

Laurent Poiroux, *Cadre de santé - CHU Angers*

## Recherche clinique - Partages d'expériences - Présentation de projets de recherche paramédicaux en cours ou achevés

Modérateur : *CHU Angers*

Cyril Le Roy, *Infirmier - CHU Angers*

David Thévoz, *Physiothérapeute - CHUV Lausanne (Suisse)*

Philippe Wibart, *Kinésithérapeute - CHU de Bordeaux*

Ophélie Kaczanowski, *Puéricultrice - CHU de Limoges*

Jean-Paul Lanquetin, *Infirmier - CH de St-Cyr*

## Présentation des posters

Modérateur : *Christine Champion, Cadre supérieur de santé, FF Directeur des soins - IFSI d'Angers*

17h30 *Fin de la journée*

18h30 **Cocktail d'accueil de la Ville d'Angers - Remise des prix**

20h30 **Dîner de gala au château d'Anger**

## Quels soignants pour demain ? Une interdisciplinarité à repenser

Olivier Louvet, *Chef du Bureau Innovation et Recherche clinique, Direction générale de l'offre de soins - Ministère chargé de la santé*

## Apprendre à se faire connaître et reconnaître

Bertrand Pauget, *Professeur - European Business school, Paris*

## Gérer son patrimoine de connaissances : une approche d'avenir

Carole Ghiglieri, *Directeur de programme - Sanofi Pasteur*

12h30

## Clôture

Chantal Eymard, *Infirmière Ph.D, MCU HDR - Université d'Aix-Marseille*

Alain Mercat, *PU-PH, Président du conseil scientifique de la Délégation à la*

*Recherche Clinique et à l'Innovation - CHU Angers*

Marie-Claude Lefort, *Directeur des Soins -*

*Coordonnateur général - CHU Angers*

Yann Bubien, *Directeur général - CHU Angers*

13h00

## Buffet

14h30

## Tables rondes

Rencontre des coordonnateurs de la recherche paramédicale des CHU

Rencontre des infirmiers de recherche clinique

## Vendredi 10 avril

08h30 *Accueil des participants*

09h00 **Ateliers au choix**  
**Master class « les enjeux de la publication »**

Introduction : *CHU Angers*

Alain Mercat, *PU-PH, Président du conseil scientifique de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation - CHU Angers*

Yasmina Ouharzoune, *Directrice des revues professionnelles Elsevier-Masson*

## Recherche clinique - L'Evidence Based Practice, un concept à s'approprier

**Le soin fondé sur les preuves et sur la personne**  
Jacqueline Wosinski, *Infirmière Ph.D, HES-SO - Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne (Suisse)*

## L'EBN, concept fondateur d'une discipline ?

Christophe Debout, *Infirmier Ph.D, Directeur de l'institut de soins infirmiers supérieurs*

## Faire ou ne pas faire de l'EBN en formation initiale, telle est la question ?

Nataly Filion, *Infirmière MSC - Haute Ecole Léonard de Vinci, Bruxelles*

## Management et stratégie - Recherche en soins et promotion de l'innovation

**La recherche en soins : promotion et évaluation de pratiques cliniques novatrices ?**

Diane Morin, *Infirmière Ph.D, Professeure - Université Lausanne (Suisse)*

## Organiser l'innovation : quelle stratégie, quels enjeux et quels moyens ?

Ljiljana Jovic, *Infirmière Ph.D, Directeur des soins, Conseillère technique régionale - ARS Ile-de-France*

**Une recherche pour et avec les patients**  
Luigi Flora - *Université de Montréal (Canada)*

11h00 **La recherche en soins : pour aller au-delà des intentions**

Présentation des interventions de la matinée : CHU Angers

jfrs

2<sup>es</sup> journées francophones  
de la recherche en soins

9 et 10 avril 2015 // Angers - France

Recherches industrielle et académique :  
Lien entre sciences et pratiques cliniques

Grand rassemblement francophone autour de la recherche en soins.

Actualisez vos connaissances au cours de deux jours d'ateliers et de conférences.

COMITÉ SCIENTIFIQUE //  
Tel. : 02 41 33 38 32  
recherche-en-soins@chu-angers.fr

RENSEIGNEMENT ET ORGANISATION //  
Tel. : 02 41 33 33 33  
recherche-en-soins@chu-angers.fr

INSCRIPTION ET PROGRAMME //  
www.jfrs.fr



# 22<sup>èmes</sup> Assises Nationales des Associations d'Aides-Soignant(e)s Les 18 et 19 Juin 2015

Place du Palais des Papes - 84000 AVIGNON

Sous le haut patronage du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

## De la communication à la relation : « Quelle place a le soignant pour prendre soin ? »

### Programme du jeudi 18 juin 2015

- Responsabilité professionnelle de l'aide-soignant(e)
- Relation et communication, à définir pour mieux s'impliquer
- L'importance de la communication non-verbale dans les soins
- L'importance de la voix et des expressions
- L'évolution du « prendre soin »

### Programme du vendredi 19 juin 2015

- La communication avec la personne atteinte de la maladie Alzheimer ou maladies apparentés
- Relation et communication en situation de douleur, approche non-médicamenteuse en tant qu'AS ou AP
- Quelle communication avec la personne handicapée ?
- Les relations inter-culturelles
- Le soignant au cœur des relations triangulaires. Quelle stratégie ?

*Assises organisées par la FNAAS*

*Gestion des inscriptions : Madame SCHUHLER Arlette*

*Email : asfaas@gmail.com - Téléphone : 06.51.91.43.87*



# À noter dans vos agendas !

## Du 12 au 14 mars 2015

15<sup>èmes</sup> journées de Réflexion Ophtalmologiques. A cette occasion, le 14 mars sera la journée des orthoptistes - *Paris, Porte de Pantin, La grande Hall.*

## Les 27, 28 et 29 mars 2015

Les journées nationales de formation pour Préparateurs en Pharmacie Hospitalière par l'ANPPH - « La prise en charge du patient cancéreux : chimio et soins de support. » - *Avignon.*

## Le 2 et 3 avril 2015

3<sup>èmes</sup> Assises Nationales de l'Ergothérapie - *Paris, Cité des Sciences et de l'Industrie.*

## 12 mai 2015

Journée Internationale Infirmière - Thème 2015 du Conseil International des infirmières :  
LES INFIRMIERES, UNE FORCE POUR LE CHANGEMENT: DES SOINS EFFICACES ET RENTABLES

## Du 20 au 22 mai 2015

32<sup>èmes</sup> journée d'étude et de perfectionnement de l'UNAIBODE - « L'IBODE à la confluence des lumières ». *Lyon, Centre des Congrès de Lyon.*

## Les 11, 12 et 13 juin 2015

53<sup>èmes</sup> journées d'études de L'AFDN (organisation professionnelle française de diététiciens) - *Tours, Vinci Centre des Congrès.*

## Le 16 juin 2015

4<sup>ème</sup> journée de l'alimentation à l'hôpital, en EHPAD et maison de retraite.

## Du 17 au 19 juin 2015

40<sup>èmes</sup> JOURNEES NATIONALES D'ETUDES DE L'ANPDE des Puéricultrices - *Palais des Congrès de Marseille Chanot.*

## Les 18 et 19 juin 2015

22<sup>ème</sup> Assises Nationales des Associations d'Aides-Soignantes organisées par la FNAAS - *Place du Palais des Papes - Avignon.*

## Du 17 au 19 septembre 2015

Le Congrès National d'Anesthésistes et de Réanimation.  
Organisé par la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) - *Paris, Palais des Congrès.*

## Les 14, 15 et 16 octobre 2015

Salon Infirmier - *Paris Porte de Versailles Hall 4*

## Les 14, 15 et 16 octobre 2015

13<sup>ème</sup> Journées d'étude de l'Association Française des Directeurs des Soins

## Les 4, 5 et 6 novembre 2015

Journées Bleues Menthes  
Thème : Aides-soignants, trois jours pour bien comprendre votre responsabilité lors de votre exercice professionnel, développer des techniques d'empathie, de communication verbale ou non verbale pour mieux soigner le patient en souffrance, dépendant ou âgé et pour vous approprier votre rôle grandissant dans la communication aux aidants.

## Les 12, 13 et 14 novembre 2015

Les 44<sup>èmes</sup> journées annuelles de Thérapie Psychomotrice - « Médiation, quand tu nous tiens ! » - *Montpellier, Centre des Congrès Le Corum.*

## Le 20 novembre 2015

La 12<sup>ème</sup> journée professionnelle de l'Association Française des Techniciens de Laboratoire - *Paris.*

## 26 novembre 2015

Journée nationale des Aides-soignants et Auxiliaires de Puériculture.

# Loi santé

## Un serpent de mer ?



Les grandes orientations de la Loi Santé présentée le 19 juin par Madame Marisol Touraine annonçaient une réforme ambitieuse. Elles sont, selon la ministre, le prolongement d'une stratégie nationale de santé dont « l'enjeu est de refonder notre système de santé » qui prédisait alors un « avant » et un « après ». Mais voilà, la gestation perdue.

Face à la controverse, le projet voit son inscription au parlement régulièrement reportée et une nouvelle concertation a été lancée.

Alors qu'ils sont très souvent en première ligne, qu'ils exercent en ville ou en établissements de soins, les paramédicaux sont peu présents dans le texte du projet de loi. Pour autant, ils sont très concernés.

La première orientation du projet de Loi est d'inscrire la prévention comme le socle de notre politique de santé. Constat partagé, le besoin et la nécessité d'agir sont réels. Mais comment adhérer au discours lorsque la lecture du projet de loi ne parle pas des infirmiers ? Comment interpréter cette carence alors même que les compétences dans le champ de la prévention leur sont clairement attribuées par décret depuis des années ? Est-ce un oubli ? Difficile à croire lorsque le projet de loi traduit une négation de nos compétences.

En effet, l'article 32 propose de confier la pratique des vaccinations aux pharmaciens d'officine alors qu'ils ne sont pas formés mais que les infirmiers en ont la compétence.

### Projet Article 32

I. – Le 1° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 notamment à la mise en œuvre de la politique vaccinale, dans le cadre défini à l'article L. 5125-1-1 B. »

II. – Après l'article L. 5125-1-1 A, il est créé un article L. 5125-1-1 B ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-1-1 B. – Les pharmaciens d'officine peuvent pratiquer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique. Un décret en Conseil d'État fixe notamment les titres ou formations requis pour pratiquer ces vaccinations, les conditions techniques dans lesquelles elles doivent être réalisées et les modalités selon lesquelles le pharmacien transmet au médecin

*traitant de la personne vaccinée les informations relatives à ces vaccinations, et le cas échéant les insèrent à son dossier médical partagé. »*

Au regard de la rédaction actuelle du Code de la santé Publique, qui définit clairement la vaccination comme relevant du rôle infirmier, le syndicat CNI demande la suppression de l'article 32.

Nous demandons également une modification de l'article L.4311—1 alinéa 3 :

*Le CSP, Code de la Santé Publique indique dans son article L. 4311-1, modifié par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 et la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 :*

- *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.*
- *L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ».*
- *L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique ».*

Nous proposons de remplacer « par décret en Conseil d'Etat après avis du Haut Conseil de santé Publique » par « par arrêté du Ministre chargé de la Santé » tel que prévu dans l'article L.4151-2 pour la vaccination par les sages femmes qui est également définie par arrêté ministériel.

Un autre article de ce projet de Loi requiert toute notre attention, il s'agit de l'article 30 définissant l'exercice en pratiques avancées.

### Projet Article 30

*Le code de la santé publique est ainsi modifié :*

*1° Au livre III de la quatrième partie, il est créé un titre préliminaire ainsi rédigé :*



### « TITRE PRÉLIMINAIRE

#### « EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

« Art. L. 4301-1. – I. – L'exercice en pratique avancée permet aux auxiliaires médicaux relevant des titres I<sup>er</sup> à VII du présent livre qui répondent aux exigences mentionnées au II et exercent cette activité au sein d'une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12, d'accomplir ou réaliser, dans le respect des conditions et règles fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, certaines des activités suivantes :

« 1° D'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

« 2° D'évaluation clinique, de diagnostic, des actes techniques et des surveillances cliniques et para-cliniques ;

« 3° De prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examen complémentaires et des renouvellements ou adaptation de prescriptions médicales.

« Ce décret en Conseil d'État définit notamment, pour chaque auxiliaire médical :

« a) Les domaines d'intervention en pratique avancée ;

« b) Les activités que le professionnel peut accomplir dans chacun de ces domaines d'intervention ;

« c) En tant que de besoin, les types d'actes pouvant être réalisés de façon autonome par le professionnel.

« II. – Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

« Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

« La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance mutuelle sont définies par décret.

« III. – Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée, à cet effet, sur le fondement d'un référentiel de formation

défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

« IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

« Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. »

2° Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1, après les mots : « auprès de ses malades, », sont ajoutés les mots : « ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée selon les dispositions prévues à l'article L. 4301-1 du présent code ».

Nous proposons que le décret en Conseil d'État soit pris après avis de l'Académie Nationale de Médecine, mais aussi des ordres professionnels concernés.

Si l'adoption de cet article pourrait acter une évolution et concrétiser les annonces du Président de la République, les réactions qu'il suscite auprès de nombreux médecins qui affirment craindre un démantèlement de leur profession appellent à la plus grande vigilance et à la mobilisation.

Les inquiétudes, qui peuvent se comprendre, ne doivent pas pour autant devenir les freins et obstacles au développement d'une recherche paramédicale et notamment infirmière déjà bien implantée chez nos voisins européens. Renoncer à la reconnaissance de pratiques avancées paramédicales serait démotivant pour des professionnels très engagés au quotidien mais cela représenterait surtout une perte de chance pour la santé des usagers au regard du contexte socio-économique et démographique actuel.

Dans son discours de juin, Madame Marisol Touraine déclarait également « l'attractivité de l'hôpital et les conditions de travail sont un chantier majeur qui, au-delà de la loi, nous mobilisera dans le cadre des travaux auxquels je serai attentive. »

Nous sommes toujours en attente d'une traduction concrète de ces propos ... ■

Nathalie DEPOIRE  
Présidente CNI

# Grilles salariales

**Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés (ISGS), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers Anesthésistes (ISGS IADE), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers de Bloc Opératoire (ISGS IBODE) et Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Puéricultrices (ISGS Puéricultrices), je suis en catégorie A Sédentaire**

PREMIER GRADE ISGS						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon / durée	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	566	2620.75€	566	2620.75€	0€
10	4 ans	548	2537.40€	549	2542.03€	4.63€
9	4 ans	524	2426.27€	529	2449.43€	23.16€
8	4 ans	505	2338.30€	509	2356.82€	18.52€
7	3 ans	487	2254.95€	488	2259.59€	4.63€
6	3 ans	456	2111.41€	457	2116.05€	4.63€
5	3 ans	423	1958.61€	424	1963.25€	4.63€
4	3 ans	399	1847.48€	402	1861.38€	13.90€
3	3 ans	379	1754.88€	382	1768.77€	13.89€
2	2 ans	355	1643.75€	363	1680.80€	37.05€
1	1 an	342	1583.56€	349	1615.97€	32.41€

DEUXIÈME GRADE ISGS et première grille des ISGS IBODE et ISGS PUÉRICULTRICES						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	581	2690.20€	604	2796.70€	106.50€
10	4 ans	570	2639.27€	578	2676.31€	37.04€
9	4 ans	547	2532.77€	552	2555.93€	23.16€
8	4 ans	524	2426.27€	529	2449.43€	23.16€
7	3 ans	501	2319.78€	506	2342.93€	23.16€
6	3 ans	478	2213.28€	483	2236.43€	23.16€
5	2 ans	456	2111.41€	460	2129.94€	18.53€
4	2 ans	436	2018.81€	440	2037.33€	161.23€
3	2 ans	416	1926.20€	420	1944.73€	18.53€
2	2 ans	400	1852.12€	403	1866.01€	13.89€
1	1 an	387	1791.92€	390	1805.82€	13.89€

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

## Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés (ISGS), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers Anesthésistes (ISGS IADE), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers de Bloc Opératoire (ISGS IBODE) et Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Puéricultrices (ISGS Puéricultrices), je suis en catégorie A Sédentaire

TROISIEME GRADE correspondant à la première grille des ISGS IADE et à la deuxième grille des ISGS IBODE et ISGS Puéricultrices						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	611	2829.12€	631	2921.71€	55.56€
10	4 ans	593	2745.76€	608	2815.22€	69.46€
9	4 ans	575	2662.42€	585	2708.72€	46.30€
8	4 ans	550	2546.66€	558	2583.70€	37.04€
7	3 ans	525	2430.90€	533	2467.94€	37.04€
6	2 ans	500	2315.15€	509	2356.82€	41.67€
5	2 ans	480	2222.54€	485	2245.69€	23.15€
4	2 ans	454	2102.15€	460	2129.93€	27.78€
3	2 ans	434	2009.55€	439	2032.70€	23.15€
2	2 ans	418	1935.46€	420	1944.72€	9.26€
1	1 an	398	1842.85€	403	1866.01€	23.15€

QUATRIEME GRADE deuxième grille des ISGS IADE						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
7	-	625	2893.93€	642	2972.65€	78.72€
6	4 ans	607	2810.59€	616	2852.26€	41.67€
5	4 ans	581	2690.20€	595	2755.03€	64.83€
4	3 ans	559	2588.33€	574	2657.79€	69.46€
3	3 ans	532	2463.31€	551	2551.30€	87.99€
2	3 ans	524	2426.27€	535	2477.21€	50.94€
1	2 ans	490	2268.84€	525	2430.90€	162.06€

Une prime spéciale mensuelle de 120€ brut est attribué depuis le 01/01/2011 aux infirmiers anesthésistes appartenant aux troisième et quatrième grades du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés régi par le décret du 29 septembre 2010 susvisé.

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

# Grilles salariales

## Cadre de Santé Paramédical et Cadre de Santé Supérieur Paramédical, je suis en catégorie A Sédentaire

CINQUIEME GRADE correspondant à la grille des Cadres de Santé Paramédical						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	634	2935.61€	658	3046.73€	111.12€
10	3 ans	617	2856.89€	636	2944.87€	87.98€
9	3 ans	590	2731.87€	613	2838.37€	106.50€
8	3 ans	570	2639.27€	590	2731.87€	92.60€
7	3 ans	540	2500.36€	567	2625.38€	125.02€
6	3 ans	515	2384.60€	542	2509.62€	125.02€
5	3 ans	500	2315.19€	518	2398.49€	83.30€
4	2 ans	476	2204.02€	493	2282.73€	78.71€
3	2 ans	449	2079€	473	2190.13€	111.13€
2	2 ans	435	2014.18€	451	2088.26€	74.08€
1	1 an	423	1958.61€	443	2051.22€	92.61€

SIXIEME GRADE correspondant à la grille des Cadres de Santé Supérieur Paramédical						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
7	-	672	3111.56€	734	3398.64€	287.08€
6	3 ans	657	3042.10€	698	3231.94€	189.84€
5	3 ans	635	2940.05€	662	3065.25€	125.20€
4	3 ans	602	2787.44€	630	2917.08€	129.64€
3	3 ans	582	2694.83€	598	2768.91€	74.08€
2	2 ans	557	2579.07€	572	2648.53€	69.46€
1	2 ans	537	2486.47€	550	2546.66€	60.19€

L'actuel régime indemnitaire devrait être remplacé  
par l'instauration d'une prime de fonction  
et de résultat (P.F.R.).

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

**IDE de catégorie active B. Technicien de laboratoire, masseur kinésithérapeute, manipulateur en radiologie, diététicien, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien. Catégorie B.**

CLASSE NORMALE				CLASSE SUPERIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
9	-	515	2384.60€	7	-	562	2602.22€
8	4 ans	483	2236.43€	6	4 ans	540	2500.36€
7	4 ans	450	2083.64€	5	4 ans	519	2403.13€
6	4 ans	420	1944.73€	4	3 ans	494	2287.37€
5	4 ans	394	1824.34€	3	3 ans	471	2180.87€
4	3 ans	370	1713.21€	2	3 ans	448	2074.37€
3	3 ans	346	1602.08€	1	2 ans	423	1958.61€
2	2 ans	332	1537.26€				
1	1 an	327	1514.11€				

**PUER et IBODE, je suis resté en catégorie A active.**

CLASSE NORMALE				CLASSE SUPERIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	512	2370.71€	7	-	570	2639.27€
7	4 ans	485	2245.70€	6	3 ans et 6 mois	539	2495.73€
6	4 ans	456	2111.42€	5	3 ans	518	2398.50€
5	4 ans	429	1986.40€	4	3 ans	498	2305.89€
4	3 ans	411	1903.05€	3	2 ans	474	2194.76€
3	3 ans	386	1787.30€	2	2 ans	455	2106.79€
2	2 ans	367	1699.32€	1	2 ans	420	1944.73€
1	1 an	341	1578.93€				

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

# Grilles salariales

## IADE je suis resté en catégorie A active.

CLASSE NORMALE				CLASSE SUPERIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	544	2518.88€	7	-	604	2796.70€
7	4 ans	516	2389.23€	6	3 ans et 6 mois	566	2620.75€
6	4 ans	487	2254.96€	5	3 ans	544	2518.88€
5	4 ans	461	2134.57€	4	3 ans	524	2426.28€
4	3 ans	438	2028.07€	3	2 ans	501	2319.78€
3	3 ans	413	1912.31€	2	2 ans	482	2231.80€
2	2 ans	394	1824.34€	1	2 ans	454	2102.18€
1	1 an	367	1699.32€				

Une prime spéciale mensuelle de 120€ brut est attribué depuis le 01/01/2011 aux agents appartenant au corps des infirmiers anesthésistes régi par le décret du 30 novembre 1988 susvisé ;

## Cadre de Santé et Cadre Supérieur de Santé, je suis resté en catégorie A active.

CADRE DE SANTE				CADRE SUPERIEUR DE SANTE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	611	2829.11€	6	-	642	2972.65€
7	4 ans	554	2565.18€	5	3 ans	621	2875.41€
6	4 ans	526	2435.53€	4	3 ans	581	2690,20€
5	3 ans	497	2301.25€	3	3 ans	566	2620.75€
4	3 ans	473	2190.13€	2	3 ans	544	2518.88€
3	2 ans	446	2065.11€	1	2 ans	524	2426.28€
2	2 ans	416	1926.20€				
1	1 an	380	1759.51€				

L'actuel régime indemnitaire devrait être remplacé par l'instauration d'une prime de fonction et de résultat (P.F.R.).

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

## DIRECTEUR de SOINS - Catégorie A

Directeur des Soins de classe normale						Directeur des soins hors classe					
Grille actuelle				Juillet 2015		Grille actuelle				Juillet 2015	
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut
1	1 an	490	2268,70€	512	2370,71€	1	2 ans	572	2648,36€	581	2690,20€
2	2 ans	510	2361,30€	540	2500,36€	2	2 ans	604	2796,52€	616	2852,26€
3	2 ans	535	2477,05€	568	2630,01€	3	2 ans	635	2940,05€	650	3009,70€
4	2 ans	560	2592,80€	602	2787,44€	4	2 ans	670	3102,10€	684	3167,13€
5	2 ans	590	2731,70€	636	2944,87€	5	2 ans	703	3254,89€	718	3324,56€
6	3 ans	620	2870,60€	670	3102,30€	6	3 ans	734	3398,42€	749	3468,09€
7	3 ans	655	3032,65€	703	3255,10€	7	3 ans	783	3625,29€	783	3625,52€
8		690	3194,70€	734	3398,64€	8		821	3801,23€	821	3801,48€

## PSYCHOLOGUE - Catégorie A

CLASSE NORMALE				HORS CLASSE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
11	-	658	3046.74€	7	-	783	3625.52€
10	4 ans 6 mois	612	2833.74€	6	3 ans	741	3431.05€
9	4 ans	567	2625.38€	5	3 ans	695	3218.06€
8	4 ans	531	2458.69€	4	2 ans 6 mois	642	2972.65€
7	3 ans	495	2292.00€	3	2 ans 6 mois	601	2782.81€
6	3 ans	467	2162.35€	2	2 ans 6 mois	560	2592.97€
5	3 ans	439	2032.70€	1	2 ans 6 mois	495	2292.00€
4	2 ans 6 mois	416	1926.20€				
3	1 an	395	1828.97€				
2	9 mois	376	1740.99€				
1	3 mois	349	1615.97€				

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

# Grilles salariales

## Aide-Soignant ( AS ), Agent de Service Hospitalier ( ASH ) - Catégorie C

ASHQ - CLASSE NORMALE ECHELLE 3				AS CLASSE NORMALE - ASHQ CLASSE SUPÉRIEURE ECHELLE 4			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
11	-	363	1680,80€	12	-	382	1768,77€
10	4 ans	350	1620,61€	11	4 ans	375	1736,36€
9	3 ans	338	1565,04€	10	4 ans	368	1703,95€
8	3 ans	332	1537,26€	9	3 ans	354	1639,13€
7	2 ans	328	1518,74€	8	3 ans	345	1597,45€
6	2 ans	326	1509,48€	7	2 ans	332	1537,26€
5	2 ans	325	1504,85€	6	2 ans	329	1523,37€
4	2 ans	324	1500,22€	5	2 ans	327	1514,11€
3	2 ans	323	1495,59€	4	2 ans	326	1509,48€
2	1 an	322	1490,96€	3	2 ans	325	1504,85€
1	1 an	321	1486,33€	2	1 an	324	1500,22€
				1	1 an	323	1495,59€

AS CLASSE SUPÉRIEURE ECHELLE 5				AS CLASSE EXCEPTIONNELLE ECHELLE 6			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
12	-	407	1884,53€	9	-	462	2139,20€
11	4 ans	398	1842,86€	8	4 ans	436	2018,81€
10	4 ans	385	1782,67€	7	4 ans	422	1953,99€
9	3 ans	376	1740,99€	6	3 ans	400	1852,12€
8	3 ans	360	1666,91€	5	3 ans	385	1782,67€
7	2 ans	346	1602,08€	4	2 ans	370	1713,21€
6	2 ans	339	1569,67€	3	2 ans	355	1643,76€
5	2 ans	332	1537,26€	2	1 an	345	1597,45€
4	2 ans	330	1528,00€	1	1 an	338	1565,04€
3	2 ans	328	1518,74€				
2	1 an	327	1514,11€				
1	1 an	326	1509,48€				

Valeur du point d'indice **4,63 €**



## Billet d'humeur

Cette revue paraîtra sans doute trop tard pour vous souhaiter la nouvelle année. Mais que cela ne m'interdise pas de vous souhaiter « **de prendre soin de vous** », des vôtres, des patients et de profiter au maximum de chaque instant, même si, au regard des évènements que nous venons de vivre, cela paraît difficile.

Les difficultés financières auxquelles la majorité des hôpitaux est soumise, rendent les conditions de travail toujours plus difficiles : effectifs en diminution, anxiété de l'erreur professionnelle par surcharge de travail.

Cependant, il me semble important, dans ces moments-là de faire vivre le mot **SOLIDARITE**. Que celle-ci s'exprime et perdure au sein de chaque service, permettant à tous d'assumer plus facilement l'exercice professionnel qui est le notre et d'appréhender au mieux la souffrance, la mort, l'échec, l'anxiété, les horaires, les plannings, la paperasserie administrative, la pression hiérarchique, le « toujours plus » avec de « moins en moins », avec des salaires qui stagnent ou qui diminuent !

Mais pour faire face, un seul mot me vient à l'esprit : **SOLIDARITE**. **SOLIDARITE** entre nous, professionnels de santé, **SOLIDARITE** entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire réunie autour du patient, **SOLIDARITE** au sein des services, des pôles.

Cela peut vous paraître naïf, difficile voir impossible mais ce mot est magique pour moi !

C'est le fondement de la COORD', c'est l'esprit qui nous anime depuis 1988 et qui nous a permis de dépasser les embûches, les obstacles, nombreux sur notre chemin. C'est ce qui nous permet d'exister encore aujourd'hui, en 2015, grâce à vos voix.

La CNI est née en 1988, est devenue syndicat infirmier en 1991 pour représenter depuis 2014 l'ensemble des professionnels de la CSIRMT. Nous avons évolué ensemble autour des valeurs fondamentales de nos professions.

L'année 2015 sera très certainement une année laborieuse pour vous, pour la COORD'. Les attaques répétées contre les 35 heures, ou les économies imposées pour limiter le déficit national ne nous rendent pas optimistes.

Mais après le 11 janvier 2015, que puis-je espérer pour nous, mieux qu'une chaîne de **SOLIDARITE** ?

et que cette chaîne fasse vivre la Coord' ! ■

*Danièle HENGEN*  
*Cadre de Santé - CH de Martigues*

# JE SUIS CHARLIE

TIGNOUS NOT DEAD!



## Constitution du PRÉAMBULE

Le peuple français proclame solennellement son attachement aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la **Déclaration de 1789**, confirmée et complétée par le **préambule de la Constitution de 1946**, ainsi qu'aux droits et devoirs définis dans la **Charte de l'environnement de 2004**.

En vertu de ces principes et de celui de la libre détermination des peuples, la République offre aux territoires d'Outre-Mer qui manifestent la volonté d'y adhérer des institutions nouvelles fondées sur l'**idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité** et





## LA LIBERTÉ...

C'EST SOUS PRESSE...



**4 octobre 1958**

**et article 1<sup>er</sup>**

conçues en vue de leur évolution démocratique.

### Article 1<sup>er</sup>

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée.

La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales.

# RESC

## Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée

La RESC (Résonance Énergétique par Stimulation Cutanée) est une méthode d'accompagnement non invasive qui fait partie du rôle propre infirmier. Enseignée depuis 15 ans au niveau de la formation continue de l'AP-HM, la RESC est aussi dispensée à l'extérieur d'une institution mais n'est accessible qu'aux médicaux et aux paramédicaux pour des raisons éthiques et déontologiques.

La RESC trouve ses fondements dans la médecine traditionnelle chinoise et dans la théorie de la propagation des ondes de sons dans les liquides. Elle consiste en une écoute digitale, toujours entre deux doigts sur des points spécifiques des méridiens. Ses objectifs sont l'évacuation des tensions et le retour à une plus grande fluidité de la circulation d'énergie. La main du praticien va venir tempérer le tumulte intérieur causé par les agressions émotionnelles et/ou externes.

Cette méthode permet de revenir à un état d'équilibre ou de prendre en charge le retentissement émotionnel lié à la maladie, la douleur, le stress... Elle se pratique des premières aux dernières heures de la vie. La seule contre-indication est le refus du patient.

Parmi ses indications, se trouve la prise en charge de la claustrophobie. En effet, la RESC est régulièrement utilisée lors d'IRM (Imagerie par Résonance Magnétique), en médecine nucléaire et en radiothérapie. Elle permet ainsi aux patients de pouvoir accéder à ces examens anxiogènes alors qu'ils n'y parvenaient pas auparavant.

La méthode peut aussi être proposée lors de suivi de maladies au long cours, lors des hospitalisations, des traitements par chimiothérapie...

Pour les patients souffrants de troubles de l'appareil manducateur\*, ils sont adressés à l'équipe Ressource Douleur en complément des règles hygiéno-diététiques et kinésithérapiques. L'équipe de gastro-entérologie de l'hôpital Nord les oriente dès lors qu'elle détecte une angoisse importante (maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome de l'intestin irritable, colopathies fonctionnelles...).

Véritable outil d'accompagnement et de relation d'aide, la RESC ne demande aucun effort aux patients, respecte leur pudeur (les séances se pratiquent habillées) et nécessite, dans tous les cas, une évaluation des bénéfices sur leur qualité de vie. La méthode entre ainsi dans le cadre des approches complémentaires et ne se substitue en aucun cas, ni ne remet en question les thérapeutiques en cours. ■

*Magali BESSAIH  
Jean-Jacques BEZELGUES  
Karen CANTO*

*Equipe Ressource Douleur - Hôpital Nord Marseille*



\* L'appareil manducateur est la première étape de la communication de l'individu avec le monde extérieur : parler, manger, boire... C'est un système constitué des arcades dentaires de la mandibule et des maxillaires, de la langue et du palais. L'articulation temporo-mandibulaire et les muscles maxillaires sont les rouages du mécanisme de mastication ou de posture.



# Présentation de l'ANPDE et de ses objectifs

L'Association Nationale des Puéricultrices(teurs) Diplômé(e)s et des Etudiants (ANPDE) est l'unique association professionnelle française, représentant les infirmières puéricultrices, infirmiers puériculteurs et les étudiants de la spécialité, de métropole et des Départements et Régions d'Outre-Mer - Collectivités d'Outre-Mer. Ses objectifs sont de promouvoir cette spécialité infirmière, d'en défendre le diplôme, d'engager une réflexion en regroupant les professionnels de terrain, de promouvoir la recherche et l'évaluation dans le domaine des sciences infirmières spécialisées en puériculture, en organisant notamment des journées d'études nationales et régionales permettant l'échange des pratiques.

L'année 2015 s'avère chargée pour la profession infirmière et pour la spécialité de puéricultrice. Le sujet commun et central : le projet de loi santé, exposé en Conseil des Ministres en octobre 2014 par Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes. L'ANPDE travaille actuellement en interne et en collaboration avec d'autres organisations (associations professionnelles et étudiantes, syndicats et instance ordinale) sur ce projet de loi. Lors des concertations qui se sont déroulées pendant l'été 2014, l'association a déjà alerté les autorités de tutelles sur le manque de clarté de ce projet, au sujet du rôle des infirmiers et des puéricultrices dans les champs de la prévention et de l'éducation à la santé. L'ANPDE a d'ailleurs fait remarquer que la prévention débute dès la grossesse et non dès la scolarité de l'enfant, suite au discours de la ministre sur la présentation du projet de loi le 19 juin 2014.

En lien avec l'actuel article 30 de ce projet de loi, des travaux de concertation sont annoncés au sujet des pratiques avancées des professions paramédicales, pilotés par Michèle Lenoir-Salfati (sous-directrice par intérim des ressources humaines du système de santé, Direction Générale de l'Offre de Soins – DGOS). L'association tient à être présente lors de ces travaux afin de clarifier la position des spécialités infirmières vis-à-vis des pratiques avancées. En effet, la définition du concept en France n'est pas clarifiée, malgré un concept international très précis et commun à tout pays ayant implanté des pratiques avancées dans son système de soins. En 2010, la DGOS avait d'ailleurs organisé 3 réunions pour chaque spécialité infirmière (IADE, IBODE et IPDE), intitulé : « état des lieux des pratiques avancées des spécialités infirmières ». Aujourd'hui, il est annoncé que le concept de pratique avancée concerne uniquement l'exercice après une formation initiale paramédicale, et ne concerne pas les spécialités. Pourtant l'articulation « pratique avancée » et « spécialité » doit être clarifiée.

Enfin, autre sujet de la loi de santé, l'ANPDE participe activement aux Assises du Développement Professionnel Continu, qui semble sur le chemin d'une réforme du dispositif qui se met seulement en place, suite à un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) controversé. Les propositions seront étudiées par l'association et un avis sera rendu auprès du Ministère.

Dans l'ensemble de ces groupes de travail et de réflexion, l'ANPDE attache une grande importance à ce que les relations interprofessionnelles soient collaboratives et non concurrentielles,



en mettant en avant l'intérêt d'une vision interdisciplinaire et holistique du parcours de soins de l'enfant et de sa famille, et non découpée ou cloisonnée par profession. Elle poursuivra donc son engagement à établir des liens solides avec les autres professionnels concernés, notamment les organisations de pédiatres et de sages-femmes.

Attentive aux avancées pour les infirmiers anesthésistes et pour les infirmiers de bloc opératoire, l'ANPDE insistera à chaque instant pour que le gouvernement français accorde enfin une attention particulière à la réforme des études de puéricultrice, à l'universitarisation de la formation et à l'évolution de l'exercice. Il est grandement temps que les travaux de réingénierie reprennent, que les référentiels validés en 2009 soient réajustés et que le référentiel de formation soit mis en œuvre dans la logique des Accords de Bologne de 1999, inscrit dans une filière infirmière complète Licence-Master-Doctorat.

Au-delà de son rôle de représentation professionnelle, l'ANPDE organise une offre de formation continue et de développement professionnel continue, accessible pour tout professionnel paramédical, disponible sur le site internet de l'association : [www.anpde.asso.fr](http://www.anpde.asso.fr).

Un événement majeur pour 2015 : l'ANPDE organise les 40èmes Journées Nationales d'Etudes des Puéricultrices à Marseille les 17, 18 et 19 juin 2015 ([www.congres-puericultrices.com](http://www.congres-puericultrices.com)). ■

*Sébastien COLSON*  
*Président de l'ANPDE*



### A propos du président de l'ANPDE

Infirmier depuis 2003, puériculteur en 2008, Sébastien COLSON préside l'ANPDE depuis juin 2010. Son parcours clinique est essentiellement orienté vers l'onco-hématologie pédiatrique, puis en hospitalisation à domicile.

A la suite de sa formation de puériculteur, il a souhaité s'inscrire dans le processus LMD en faisant partie de la première promotion du Master Sciences Cliniques Infirmières, co-habilité entre l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et Aix-Marseille Université (AMU). Diplômé du Master en 2011, il poursuit par un cursus doctoral particulier : une cotutelle de thèse en Santé Publique à Aix-Marseille Université et en Sciences Infirmières à l'Université de Montréal. Son thème de recherche concerne plus particulièrement l'éducation thérapeutique des adolescents diabétiques de type 1. Il a d'ailleurs obtenu un PHRIP\* en 2014 pour l'un de ses projets de recherche multicentrique régional en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Actuellement, il occupe un poste hospitalo-universitaire : mi-temps à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et mi-temps à Aix-Marseille Université en qualité d'Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche, en co-responsabilité pédagogique d'un parcours du Master Sciences Cliniques Infirmières.

\*PHRIP : programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

# Le réseau ville-hôpital plaies et cicatrisation du Languedoc Roussillon en mode télémédecine

Depuis 14 ans, le réseau CICAT-LR a pour mission principale d'améliorer la qualité des soins préventifs et curatifs des malades à risque ou affectés de plaies à cicatrisation difficile. Le réseau met à disposition des infirmiers experts en plaies et cicatrisation pour coordonner, aider, former et accompagner tout professionnel de santé dans la prise en charge des patients.

## L'arrivée de la télémédecine avec le projet interrégional DOMOPLAIES

Les régions de Basse-Normandie et Languedoc-Roussillon ont répondu à un appel à projet de l'ASIP\* santé sur un projet commun de téléassistance, téléexpertise et téléconsultation sur le suivi des plaies, nommé DOMOPLAIES. Ce projet est piloté par le GCS de Basse-Normandie assisté des réseaux TELAP et CICAT-LR. Les ARS de chacune des régions sont en soutien. La maîtrise d'œuvre a été confiée aux sociétés SQLI - COVALIA - IAMANYS. Les prestataires GRITA (hébergeur de données), ORANGE (opérateur télécom) et BASTIDE le confort médical (logistique, formation, hotline) complètent ce dispositif.

## L'organisation en télémédecine dans le Languedoc-Roussillon

Tout personnel de santé (requérant) ayant besoin de conseil sur la prise en charge de patients porteurs de plaies contacte la coordination infirmière du réseau au 04.67.33.22.22. La coordination initialise et instruit la demande. Si cette demande nécessite une expertise du réseau, un RDV est planifié entre

l'équipe soignante en charge du patient et un expert du réseau. Lors du RDV chez le patient, le requérant grâce à une tablette se connectera à la plate-forme de télémédecine et ainsi se mettra en visioconférence avec l'expert d'un des 3 sites de la région (Montpellier, Nîmes et Perpignan).

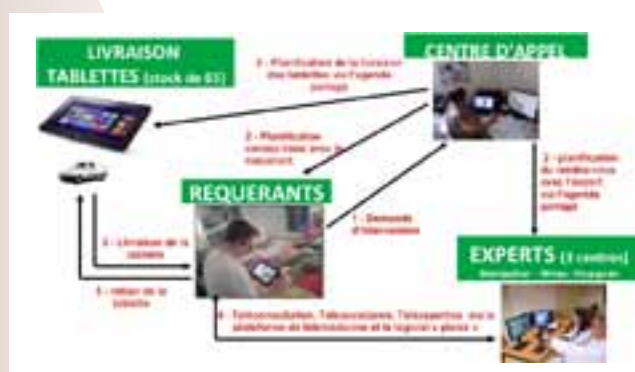
Ce nouveau dispositif permettra à terme la prise en charge d'environ 1500 patients par an ce qui représente environ 4500 actes par an.

## Des nouvelles technologies

- 65 tablettes pour la région avec lecteur de carte intégré, kit oreillette, stylet, housse.



- 3 stations fixes dans chaque centre expert avec double écran, casque, haut-parleur et webcam





# Le réseau ville-hôpital plaies et cicatrisation du Languedoc Roussillon en mode télé-médecine

## Des attentes concrètes

Ce projet vise principalement l'amélioration de la prise en charge des plaies en :

- Diminuant le nombre de déplacements des patients (moins d'hospitalisation, réduction des coûts de transport)
- Accélérant la guérison des plaies
- Assurant une meilleure continuité des soins en diminuant le temps d'attente de prise en charge
- Brisant l'isolement géographique et professionnel

## Les perspectives

Fiabiliser les connexions réseau via le satellite, déployer massivement dans les zones difficiles l'accès à DOMOPLAIES via les smartphones. Expérimenter

*\*ASIP Santé : La création de l'ASIP Santé en 2009 témoigne de la volonté des pouvoirs publics de renforcer la maîtrise d'ouvrage publique des systèmes d'information qui se développent dans le secteur de la santé et d'accompagner l'émergence de technologies numériques en santé afin d'améliorer l'accès aux soins tout en veillant au respect des droits des patients.*

la valorisation du coût de l'acte de télé-médecine grâce à l'article 36 du PLFSS 2014. Utiliser le protocole de coopération (article 51) pour l'aide à la prise en charge des plaies par les IDE référentes par délégation d'un médecin.

## Les premiers retours

Depuis le 23 octobre 2013, date de démarrage des premiers actes de télé-médecine, plus de 2300 actes ont été réalisés, essentiellement des téléconsultations en mode 3G, la moitié au domicile du patient, et l'autre moitié dans une structure de santé. ■

*Président du réseau CICAT-LR : Dr Luc TEOT*

*Coord. médicale régionale : Dr Chloé TRIAL*

*Chef de projet télé-médecine : Olivier SICARD*

*contact@cicat-lr.org*

*www.cicat-lr.org*



# Violence à l'hôpital :

## Témoignage

### CHU de Poitiers, le 3 juin 2014

Je suis infirmière dans le service de chirurgie, il est 21h15 et je prends mon poste de travail. L'équipe de nuit est composée de deux infirmières et d'une aide-soignante. Ma collègue du soir me fait les transmissions, me passe les consignes et attire mon attention sur le comportement de l'un des patients arrivé en fin d'après-midi pour une intervention programmée le lendemain.

Il s'agit d'une jeune personne devant subir une opération tout à fait banale n'ayant pas de caractère vital. Physiquement très imposant (1 m 90 pour 125 kilos), il a comme principal antécédent un diabète insulino-requérant. Ma collègue me fait part d'une certaine inquiétude car celui-ci se serait senti persécuté par les questions d'usage lors de l'enregistrement de son dossier à son entrée. De plus elle n'a pas pu contrôler l'injection d'insuline du soir.

### 22h30

Lors du premier tour, le patient regarde son ordinateur. Je me présente à lui et lui souhaite une bonne nuit.

### 23h30

Je me trouve dans la salle de soin. Le patient m'interpelle pour me prévenir que son taux de glycémie est très bas (0,47 g/l). Je lui donne immédiatement de quoi le re-sucrer en per os et je le perfuse ensuite (avec, en dérivation, un soluté glucosé à 5% en attente) de façon à pouvoir contrôler sa glycémie car le patient est à jeun à partir de minuit. A ce moment-là, il commence à donner des signes d'agacement et de persécution. Il ne comprend pas pourquoi nous mettons tout cela en œuvre et prétend ne pas être en danger. Le ton de sa voix commence à monter. Je n'insiste pas et je sors de la chambre lorsque les soins sont terminés.

### 2h30

Lors du deuxième passage programmé, le patient est au téléphone. Selon son voisin de chambre il parle au téléphone depuis 23h. Je lui demande doucement

s'il est possible de laisser le téléphone pour que son voisin puisse se reposer. Le ton monte et le patient est de plus en plus excédé.

### Vers 3h00

Nous retrouvons le voisin de chambre dans le couloir qui nous dit que le jeune homme nous insulte en continu depuis que nous lui avons demandé de poser son téléphone. Nous proposons alors une autre chambre au voisin, qu'il refuse en disant « il va bien finir par se calmer ».

### 3h20

La sonnette de la chambre retentit. Nous nous déplaçons toutes les 3. Je ne me sens pas du tout en sécurité. Je demande au jeune patient s'il a besoin de quelque chose. Il me répond qu'il se sent « bizarre ». Je fais un contrôle glycémique (0,70 g/l). Je décide de mettre la perfusion de G5% en route. A ce moment précis, le patient s'énerve brutalement. Il se lève de son lit violemment en disant « vous me faites chier, je veux partir ». Je reste calme en essayant de maintenir le dialogue.

Pendant ce temps, ma collègue infirmière, sortie de la chambre, prévient le service de sécurité de l'hôpital. Ma collègue aide-soignante sort de la chambre à son tour et se met dans le couloir. Le premier agent arrive très rapidement suivi d'un second quelques minutes plus tard.

Je me retrouve seule dans la chambre avec le patient qui tape du pied. Le sol tremble (moi aussi !). Un agent de la sécurité se poste à la porte. Le patient brandit alors le pied à perfusion, le pointe vers moi en criant « toi, dégage de là ou je te mets ça dans la gueule ! ». Je sors alors de la chambre, paniquée et attendant que le patient parte du service contre avis médical. L'interne de garde arrive tel un « cowboy » en rigolant. Il donne l'impression que la situation n'est pas si grave que cela. Il va voir le patient et lui fait signer la sortie contre avis médicale.

Pendant tout ce temps et malgré ma peur, je craignais qu'il fasse une hypoglycémie grave dans la rue en imaginant les conséquences mais aussi les responsabilités engagées.

C'EST NOTRE NOUVEL UNIFORME POUR LES GARDES DE NUIT...



nouveau dans l'établissement avec ce même patient. La CNI m'a accompagnée à la Direction des Affaires Juridiques de l'hôpital pour connaître mes droits et les suites à donner à cette affaire. J'ai ainsi appris que j'étais en droit de déposer plainte et que mon établissement se proposerait alors de me représenter aux convocations pour me préserver. Lors de cet entretien, je me suis senti épaulée. J'ai trouvé le temps d'écoute et d'échange important car il m'a permis d'extérioriser ce que j'avais vécu. J'ai donc pris la décision de déposer une plainte. La direction des Affaires Juridiques a pris rendez-vous pour moi au commissariat afin de limiter le temps d'attente. Mes collègues de travail ont été entendues comme témoins. L'officier de police judiciaire est venu dans le service pour prendre le témoignage de ma

collègue aide-soignante qui ne pouvait pas se rendre au commissariat.

### L'intervention de la police

Constatant les menaces portées à mon encontre, un des agents de la sécurité appelle la police pour demander du renfort. Pendant ce temps, le patient sort de sa chambre et quitte le service. Huit policiers de la BAC font alors irruption et croisent l'interne qui leur dit que le problème est réglé et que le patient n'est plus dans le service. Les agents de la sécurité de l'hôpital accompagnent l'équipe de la BAC à la recherche du patient disparu. Mes collègues et moi-même avons peur qu'il revienne... L'équipe de sécurité est venue nous voir un peu plus tard pour nous informer que le patient avait été reconduit à l'extérieur via les urgences et que l'agent en poste ne le laissera pas entrer si celui-ci devait revenir.

### Dans les jours qui ont suivi...

J'ai contacté la CNI pour savoir ce que je pouvais faire de plus car il s'est avéré, qu'à chacune de ses hospitalisations, le jeune patient avait déjà été agressif avec le personnel de l'hôpital. Je souhaitais savoir quel était mon rôle en termes de signalement afin d'éviter que la situation ne se reproduise de

### A ce jour...

Je n'ai pas eu de nouvelles concernant le jugement mais le fait que l'affaire soit instruite est déjà une prise en compte de la violence subie et de la souffrance qui en a découlée. Je tiens à remercier la CNI pour son accompagnement et ses conseils car, faire toutes ces démarches seule, n'était pas envisageable pour moi. Le métier de soignant est un métier à risque. Sur un plan psychologique, porter plainte n'est pas une démarche facile mais, à l'inverse, ne pas porter plainte serait peut-être irresponsable et profondément injuste. Il est important de rappeler les droits et les devoirs de chacun mais aussi de permettre aux soignants confrontés à de telles violences de pouvoir exprimer leur ressenti. La culpabilité ne doit, en aucun cas, reposer sur les épaules de la victime. ■

CÉLINE LAVILLE  
Infirmière  
CHU de Poitiers



## PrimaDerm pro

# Pas de peau !

L'hiver se poursuit avec son cortège de froidures, crevasses, sécheresses. Non, il ne s'agit pas de montagnes et de neiges éternelles. Il s'agit des mains. Pas n'importe quelles mains. Des mains qui nettoient, qui aident, qui pensent, qui soignent, qui soulagent. Celles du personnel soignant, les vôtres !

Avant que l'hiver n'arrive, le salon de l'infirmier de novembre aura été pour Metanïoa Santé une révélation. Pour notre première édition dans ce salon, nous avons découvert non pas le phénomène mais son ampleur. Que de mains rougies, abîmées, flétries, irritées, agressées. Parfois, ces mains appartiennent à de jeunes personnes que la longue expérience n'a pas eu le temps de froisser. Autant de promesses, de problèmes, de souffrances dans un avenir plus ou moins rapproché. Autant d'incertitudes sur le devenir de son apprentissage, de sa formation, de son métier. Une réorientation va peut-être s'imposer à des soignants qui aiment soigner, qui ont choisi ce métier et pour qui cette vocation sera désormais détournée, une pratique professionnelle devenue impossible à cause des mains abîmées.

Les règles d'hygiène hospitalière sont là pour notre protection et celle du patient. Mais alors comment nous y prendre pour que ces règles ne se retournent pas contre nous et que finalement le SHA\*, appliqué pour empêcher le manuportage ne retourne pas ses griffes contre notre peau.

PRIMADERM pro, en créant une barrière de protection, empêche l'agression de tout produit venant sur la peau postérieurement à son application. Cette barrière, non grasse et non filmogène, est compatible avec les règles d'hygiène hospitalière. Utilisable pendant le temps de travail du personnel soignant, PRIMADERM pro n'est pas lessivable. La barrière, une fois installée, reste en place entre trois et sept heures selon la nature et l'état de la peau, sans que ni l'application du SHA\* ni les lavages répétés ne viennent la déloger. PRIMADERM pro peut être appliqué sur une peau saine ou altérée voire très altérée.

A l'intérieur des gants, l'inconfort et les problèmes de peau augmentent du fait de la transpiration dans une atmosphère de confinement. Une atmosphère d'humidité excessive renforce les irritations, les allergies apparaissent et pour le moindre des maux, l'inconfort règne à l'intérieur

du gant.

PRIMADERM pro régule la transpiration et les échanges dont la peau a besoin pour se comporter normalement. De ce fait, le phénomène de macération s'en trouve réduit. Le gant est mieux supporté, y compris en cas d'allergie, et à la fin de l'opération il est plus facile à ôter grâce à une atmosphère d'humidité mieux contenue.

Enfin, par sa protection non occlusive et sans principe actif au sens de la pharmacopée classique, PRIMADERM pro contribue à la réparation de nombreuses altérations de la peau en rétablissant les principes de régénération dont la peau dispose naturellement.

Aujourd'hui, PRIMADERM pro est utilisé dans une bonne dizaine d'établissements hospitaliers, depuis plus de quinze ans pour les plus anciens. Maintenant, avec les retours d'expérience qui sont les nôtres, nous sommes suffisamment expérimentés pour vous faire connaître PRIMADERM pro.

Vos mains vous font souffrir, PRIMADERM pro peut sans doute vous aider.

Vous sentez que vos mains sont de plus en plus fragiles, PRIMADERM pro peut aussi vous aider.

Sur notre site [www.primaderm.fr](http://www.primaderm.fr), vous trouverez PRIMADERM pro vendu en spray de 60 ml, ce qui représente un usage d'environ deux mois pour les mains d'une personne. ■

*Francis LEGENTIL*  
gérant de la  
sarl METANOIA



# Fin de vie : Directives anticipées

La Lettre de l'Espace de Réflexion Ethique Régional Poitou-Charentes, 2014,7 : 8 – 15

Article publié dans *La Lettre de l'Espace de Réflexion Ethique Régional Poitou-Charentes*, avec l'autorisation du rédacteur en chef Monsieur Roger Gil et de l'auteur Monsieur Camille Desforges.

La CNI a été auditionnée le 12 décembre 2014 à l'Assemblée Nationale par Mme MASSONNEAU, députée de la Vienne (86) dans le cadre de sa proposition de loi sur la fin de vie. Au même moment, Messieurs CLAEYS et LEONETTI exposaient au Président de la République leur rapport sur la fin de vie dont l'objectif était de proposer une Loi qui ouvre de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Ce fut donc l'occasion pour nous de présenter à Mme MASSONNEAU le travail de l'équipe pluridisciplinaire de soins palliatifs et la prise en charge spécifique des patients dans ces unités.

Tout d'abord, nous lui expliquons que l'objectif est de permettre aux patients de passer un cap aigu dans leur vie et de pouvoir ensuite rentrer chez eux, s'ils le souhaitent, dans des conditions les plus confortables pour eux et leur famille. La prise en charge consiste à élaborer un projet de soins adapté à chaque patient selon le stade de sa maladie, en évitant les pratiques « systématiques » et en calmant ses douleurs physiques et psychologiques. Nous insistons sur le fait que dans la majeure partie du temps, lorsqu'un patient est « écouté » et « apaisé », il ne demande pas à mourir, ce sont les douleurs qui lui rendent la vie insupportable. Différentes techniques peuvent être utilisées en complément des thérapeutiques allopathiques comme, à titre d'exemple, l'hypnose ou l'aromathérapie. Après cette présentation rapide, nous expliquons que la France est sous-dotée en unités de soins palliatifs entraînant une inégalité d'accès de la population à ce type de prise en charge.

La CNI poursuit les consultations sur le projet de loi sur la fin de vie qui devrait aboutir d'ici la fin du printemps.

Nous tenons à remercier les équipes médicales et d'encadrement du service de soins palliatifs du CHU de Poitiers, pour leur expertise.

L'article qui suit apporte un « éclairage » sur les directives anticipées qui sont au cœur du débat sur la fin de vie.

*Sandrine BOUICHOU*  
Secrétaire adjointe de la CNI

## Directives anticipées : OUI NON La case à cocher

Chambre Suhali. Il fête ses 48 ans (c'est en tous cas l'âge qu'il souhaite se donner, même s'il reconnaît que 48 est son année de naissance), un verre de Saint-Emilion à la main, 2011, cuvée des Druides. Entouré des siens, l'humeur est joyeuse. L'œil vif, l'expression juvénile, il lance à son auditoire bienveillant ses derniers traits d'humour, faisant fi de ce que le drap trop bas descendu laisse apparaître sa poche de stomie, les pansements de sa laparotomie, et un orifice béant au-dessous du nombril, duquel s'écoule des urines claires. Monsieur B. semble ne pas se soucier de ses orteils nécrosés, ni des abcès infectieux qui menacent de disséminer. Un peu plus

loin, chambre Tivano. Monsieur H. est lui-aussi alité. Il attend. Certes, sa séance de radiothérapie. Mais aussi, la mort. Il l'attend résigné, puisqu'elle lui a été annoncée, il y a une semaine. Mais elle tarde à venir, et l'ennui commence à l'étreindre. Il souhaitait pourtant que ça vienne vite. « Un jour ou deux, pas plus. Faut pas que ça traîne trop ». Suhali. Tivano. On navigue au milieu de vents contraires. Suhali : la vie doit se poursuivre. C'est ainsi que le veut monsieur B., à tout prix. Il demande aux médecins l'acharnement thérapeutique. Coûte que coûte. Et ça, ça dérange. Il est si facile et confortable de travailler avec un patient raisonnable – entendons :



anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt des traitements ».

Si l'on en revient à notre latin : anticipare vient quant à lui de anti pour ante, avant, et de capere, prendre. Prendre avant. Ou prendre les devants. Aller devant ce qui n'est pas encore advenu. Et donc, finalement, et littéralement : se pro-jeter. Il s'agit donc de composer malgré l'incertitude. Cette projection peut être plus ou moins hasardeuse selon qu'elle prend racine dans notre réalité présente, ou qu'elle puise dans notre imaginaire. Nous devinons ainsi la différence qu'il peut y avoir entre le fait d'anticiper des décisions à venir en lien avec une maladie dont nous faisons l'expérience intime, et le fait d'anticiper des décisions en lien avec ce que l'on imagine d'un état de malade, malade imaginaire, imaginaire alimenté par des représentations et des idées reçues d'ailleurs.

C'est ainsi qu'il est apparu opportun au Comité consultatif national d'éthique (CCNE) de distinguer, dans son avis n°121, deux cadres selon que les directives anticipées sont rédigées dans un contexte de maladie grave et potentiellement létale, ou non. C'est la valeur intrinsèque de ces directives qui diffère de l'un à l'autre cadre. Si dans la première circonstance, les directives peuvent ouvrir un espace de dialogue entre le médecin et le malade dans lequel l'anticipation rejoint un tant soit peu la réalité, dans la seconde circonstance, les directives anticipées ne seraient qu'élucubrations éventuellement dignes d'intérêt dans la mesure où elles exprimeraient un positionnement éthique de conviction, et cependant peu capables de refléter la complexité des états d'âmes de la personne brusquement devenu patient, expérimentant l'inexpérimenté. Elucubrations que les sages du CCNE appellent positivement « déclarations anticipées de volonté » : « elles seraient destinées à l'inciter non pas à anticiper sa mort, mais plutôt à réfléchir à sa propre fin de vie : pourraient y être exposés ses souhaits en termes de lieu de vie ou de mode de prise en charge » [2].

Madame B., admise à l'unité alors que son état général était encore relativement conservé, et qui avait pu dès son entrée nous dire tout le bien qu'elle pensait depuis toujours de l'euthanasie, du suicide assisté, et tout le mal qu'elle pensait de la décision du tribunal administratif au sujet de l'affaire Lambert lorsqu'il avait invalidé la décision médicale d'interrompre l'alimentation et l'hydratation du patient ; Madame B., qui avait réitéré que lorsque ce serait difficile pour elle, il conviendrait d'abrégier le cours de la maladie par une piqure ; Madame B., jusqu'au bout, alors que la situation était de plus en plus difficile, ne s'est jamais reconnue dans ce discours projeté, et jamais



n'a réclamé quoi que ce soit qui irait dans le sens d'une limitation de traitements. Ce témoignage se fait l'écho de certaines données de la littérature, selon lesquelles plus la personne malade se rapproche de la fin de sa vie, plus on observe qu'elle est susceptible de changer d'avis et de réviser ses directives anticipées [2]. D'autres témoignages relatent le cas de patients ayant déclaré a posteriori leur soulagement après que leurs directives anticipées de non-réanimation n'aient pas été appliquées par le médecin à l'occasion d'un épisode aigu [3].

C'est qu'il est éminemment complexe voire impossible de prévoir quelles pourraient être les ressources, les capacités d'adaptation d'une personne confrontée à une perte brutale d'autonomie. Un accident vasculaire cérébral peut du jour au lendemain retirer un individu d'une vie active, professionnelle et affective, avec ses projets propres, pour le placer dans un nouveau paysage qui est sans aucun rapport avec le précédent, et dans lequel tout sera à réinventer : son rapport au corps, aux autres, au temps, à la vie. Comment peut-on soupçonner ce qui peut se mettre en jeu en termes de mécanismes d'adaptation, de construction du rapport à la vie et à la mort, de l'élaboration des mécanismes de défense ? Cette faculté intrinsèque de la personne de retourner à un équilibre psychique a été montrée certes chez l'enfant (sous le terme de « résilience »), mais aussi chez la personne âgée victime d'accident vasculaire cérébral source de situations de handicap [4]. Nier ce principe en déclarant devant le journal de 20 heures, en réaction à la violence que projette sur nous le témoignage de la vie d'un autre brusquement abîmée par le handicap : « pour rien au monde, je ne voudrais être maintenu dans cet état-là ! », c'est faire fi de ce qu'un sujet peut modifier son rapport à soi, aux autres, au temps et au monde, par autant de modifications comportementales. C'est méconnaître les capacités de résilience de l'individu, « ce ressort permettant de réapprendre à vivre une autre vie » (Boris Cyrulnik).

### 1.2. Multiples paradoxes autour de l'intentionnalité

Les Sages du CCNE le confirment, énoncer et recueillir des directives anticipées n'est pas simple : « il n'est pas facile de trouver le juste milieu entre devoir d'information pour que le malade puisse exprimer son avis et devoir de tact et mesure, de ne pas asséner des vérités difficiles à entendre. C'est pourtant là le cœur même du processus de choix libre et informé, qui est l'un des fondements de la démarche éthique médicale moderne. » [2]

Au-delà de la difficulté que peut représenter le fait de se projeter dans l'incertitude d'un avenir plus ou moins proche, l'élaboration de directives anticipées peut contenir une forme de violence pour certains patients, en fonction de leur cheminement psychologique. Evoquer l'éventualité de ne plus être en capacité de s'exprimer, en mettant le patient face à la perspective de sa mort, face à l'hypothèse du pire, peut générer une angoisse de laquelle il se protégeait jusqu'alors avec succès. Ainsi en était-il pour cet homme dont le discours ambivalent semblait traduire un état d'esprit combattif, combat « suspect » dans le contexte de son cancer pulmonaire dont on savait qu'il avait échappé aux traitements spécifiques. Il nous semblait pertinent de nous enquérir de ce que le patient savait du pronostic de sa maladie, et pour mieux l'accompagner dans la réalité qu'il traversait, nous nous mîmes en tête d'évoquer avec lui les directives anticipées. Le plus délicatement du monde, cela s'entend. En usant et abusant de détours négociés, habilement – que nous croyions ! – jusqu'à ce que nous percevions comme un malaise. Quelque chose d'imperceptible. Il a suffi d'un mot mal choisi, d'un regard trop appuyé ou trop vite détourné. Nos semelles en velours étaient cousues à de trop gros sabots. Toute parole d'apaisement sonnait désormais faux. Comme si nous eussions voulu étendre un voile de mousseline sur l'image pesante et tragique d'une agonie prochaine, image qui malgré nous s'était imprimée dans l'imaginaire – ciel jusqu'alors serein – de cet homme devenu, par notre intrusion, un « mourant ».

Alors que les soins palliatifs se targuent d'avoir les moyens de soulager les symptômes difficiles, parmi lesquels l'anxiété, et particulièrement l'angoisse d'une mort prochaine, le recueil des directives anticipées peut générer une angoisse, en ébranlant les mécanismes de protection que le patient peut avoir mis en place pour continuer de « vivre malgré tout ». Premier paradoxe. Et, second paradoxe, cette angoisse peut se traduire par la demande d'un certain acharnement, pour différer l'échéance de la mort devenue trop angoissante pour oser l'approcher [5],

alors que les directives anticipées sont justement conçues pour confirmer le droit du patient à refuser l'obstination déraisonnable. Enfin, dernier paradoxe : les directives anticipées, conçues pour respecter le patient dans son autonomie, peuvent ne pas le respecter dans sa psychologie et dans son rapport au temps.

## 2. une toute-puissance peut en cacher une autre

### 2.1. De la toute-puissance médicale à la quête du compromis

Idée banale : le XIX<sup>ème</sup> siècle a été marqué par l'émergence d'une médecine « scientifique » dont la vocation désormais curative a fait germer le mythe de la toute-puissance médicale. A mesure que la médecine devenue pure science (et non plus seulement art) autorisait tout un chacun à rêver d'éternelle jouvence, la relation médecin-malade s'est profondément recentrée autour d'un soin devenu acte, d'un acte devenu prestation. Le médecin, technicien dispensant un acte de soin efficace. Le patient, consommateur exigeant une prestation utile. L'hôpital, prestataire de service performant.

Dans ce contexte, l'asymétrie de la relation médecin (celui qui sait) – malade (celui qui souffre) tend à s'effacer. Non pas selon les vœux de Paul Ricœur suivant une « égalisation des conditions » au sein d'un « pacte de soins » basé sur la confiance [6], mais selon un transfert des pouvoirs décisionnels du professionnel de santé au patient, désormais propriétaire de sa santé. Après des siècles de paternalisme médical, dans le cadre d'une relation de soin fondée sur le seul principe de bienfaisance, il est désormais admis, au nom des principes de liberté (en l'occurrence, libre-arbitre) et d'autonomie, que nul ne peut décider ce qui est bien pour autrui.

La loi a entériné ce nouveau rapport à la santé, dans la loi de bioéthique de 1994, puis dans celle du 4 mars 2002 relative aux droits des malades jusqu'à la loi, fameuse, relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005, dite loi Léonetti, loi que certains décriront comme « autonomiste ». De l'obligation faite au soignant de rechercher le consentement éclairé du patient, jusqu'au droit du malade à refuser un traitement, ces lois successives ont renforcé l'obligation pour les médecins de respecter le principe d'autonomie des personnes malades.

Le CCNE dans son avis n° 121 estime que la valeur



### Les directives anticipées présentées par la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs ( SFAP )

#### Les directives anticipées, c'est quoi ?

Ce que dit la loi du 22 avril 2005 : Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées, pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles indiquent ses volontés relatives à sa fin de vie en ce qui concerne la limitation ou l'arrêt de traitements. Elles sont révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant, à condition qu'elles aient été établies moins de 3 ans avant l'état d'inconscience de la personne.

#### Comment rédiger ses directives anticipées

Elles doivent être consignées par écrit, datées et signées par leur auteur. Doivent y figurer votre nom, prénom, lieu de naissance. Si vous n'êtes plus en capacité d'écrire, mais encore capable d'exprimer votre volonté, vous pouvez les faire dicter en présence de 2 témoins dont la personne de confiance que vous avez désignée.

#### Validité et conditions de conservation

Les directives anticipées peuvent être modifiées ou révoquées à tout moment, en l'absence de modifications, elles sont valables 3 ans. Elles peuvent être conservées dans le dossier médical mais aussi par le patient lui-même, la personne de confiance, le médecin traitant ou un proche. En cas d'hospitalisation, les directives anticipées doivent être facilement accessibles et consultables par l'équipe médicale.

accordée aux directives anticipées ne peut être renforcée qu'en évaluant la capacité de la personne malade – son autonomie – au moment de la rédaction de ses volontés. « Evaluer l'autonomie de la personne signifie vérifier sa capacité de compréhension, sa capacité d'appréciation, sa capacité de raisonnement, sa capacité d'expression et de maintien du choix ou de sa volonté ». Reste à savoir où est-ce que l'on place le curseur : la subjectivité du médecin est dès lors convoquée. Au risque de n'estimer le patient « capable » et « autonome » que lorsque le médecin, en fonction de son propre référentiel

de valeurs, juge « raisonnable » l'expression de sa volonté. A contrario, de nombreuses voix s'élèvent pour attester de la capacité qu'on des personnes cognitivement fragiles – les démences de type Alzheimer notamment – à exprimer une volonté qu'il conviendrait dès lors de reconnaître et de respecter [7]. Il est question ici de la notion de compétence. Minorant le risque de judiciarisation de la médecine, le malade devient responsable de sa santé, et le médecin peut en proportion se décharger de sa propre responsabilité. Or, la personne malade, si elle a la responsabilité, n'a pas la compétence. Le pari qui est fait dans le code de la santé publique en son article L 111-4, est que la compétence du médecin peut être partagée avec la personne malade afin qu'ensemble, ils puissent prendre une juste décision. Le respect de l'autonomie du patient passe ainsi par l'instruction et l'information. « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Cela suppose une relation basée sur un respect mutuel, une confiance qui, telle que le remarque Patrick Verspieren [8] « ne peut plus être aveugle, comme au temps du paternalisme médical. Elle ne peut reposer que sur l'instauration d'un véritable dialogue au cours duquel sera progressivement donnée l'information et, finalement, négocié l'accord sur le traitement », ou sur le refus de traitement. Concernant l'arrêt d'un traitement, il s'agit bien d'une négociation : remarquons en effet que si la loi confirme que le patient a le droit de « refuser tout traitement » - le « tout » invitant à y inclure l'alimentation médicalement assistée et l'hydratation – la loi attend du médecin qu'il mette « tout en œuvre » pour « convaincre [la personne malade] d'accepter les soins indispensables ».

Or, ce qui est vrai dans un sens – le malade peut décider de refuser ou d'arrêter un traitement que le médecin indiquerait – ne l'est pas dans l'autre : le malade ne peut pas décider de la poursuite ou de l'instauration d'un traitement que le médecin jugerait déraisonnable. De prime abord donc, la dernière loi relative aux droits des malades et à la fin de vie paraît mesurée. Le malade a des droits limités, le médecin à des pouvoirs contraints. Mais le malade n'est pas le décideur, autant que le médecin n'est pas tout-puissant.

#### 2.2. Autonomie versus compétence : le pacte de soins prit entre deux feux

« Le paradoxe de la médecine contemporaine, peut-on lire dans l'avis n°87 du CCNE sur le refus de traitement et l'autonomie de la personne [9], est

## Fin de vie : Directives anticipées

qu'en élargissant sans cesse l'éventail des possibilités thérapeutiques, elle rend le décryptage des choix proposés de plus en plus difficile. Cette nouvelle donne s'est traduite sur le plan juridique par une demande croissante de participation du patient à la décision, comme si l'angoisse d'être soumis à une sorte de dictature de la médecine créait le besoin de rééquilibrer cette relation, par essence, toujours asymétrique. Cette nouvelle culture s'accompagne aussi d'une judiciarisation croissante des pratiques [...] qui met en demeure la médecine de répondre à des impératifs contradictoires : soigner au mieux, mais dans des limites imposées, contraintes, parfois même hostiles. »

Si la personne malade, au nom d'un principe d'autonomie érigé en valeur absolue, devient responsable des décisions qui concernent sa santé, et particulièrement celle d'interrompre ou de ne pas initier un traitement, a-t-elle pour autant la capacité de prendre la décision ? Capacité d'intégrer un raisonnement médical, de comprendre les enjeux techniques et thérapeutiques, d'apprécier le rapport bénéfice-risque. Autrement dit : le malade a-t-il la compétence nécessaire pour se déterminer sur des questions d'éthique médicale et d'options thérapeutiques ? Il n'y a pas de dilemme éthique sans complexité : lorsqu'ils se posent, les questionnements autour de la poursuite ou de la limitation des thérapeutiques actives interviennent dans des situations éminemment difficiles, où s'intriquent des considérations éthiques et des raisonnements médicaux complexes. Ces dilemmes peuvent être levés dans le cadre d'un partage d'expertises, et dans la confrontation des analyses de professionnels formés, à la réflexion éthique, à la psychologie, ou spécialisés dans tel ou tel domaine de compétence médicale. Et dans ce cadre de réflexion, la volonté du malade est évidemment considérée comme un élément central. Est-il juste de vouloir transférer la responsabilité dans la décision, du médecin-compétent au patient-autonome ?



Il est une chose que d'affirmer un désir de vivre ou de cesser de vivre, que de définir ce qui pour soi constitue ou non une vie digne d'être vécue et ce qui en limite la qualité, que d'affirmer ses convictions et ses valeurs, que de décider de son projet de vie et de fin de vie, en attendant du médecin qu'il mette en œuvre, selon ses compétences propres, les moyens pour porter le projet du patient qu'il ne lui appartient pas, d'ailleurs, de juger ou de critiquer ; il en est une autre que de laisser au patient le libre choix des moyens, qui ne relève assurément pas de son champ de compétences.

Ricœur vient au secours de notre dilemme en proposant de le dépasser dans un « pacte de soins », entre un malade qui puisse s'appuyer sur l'écoute et les compétences du médecin, et le médecin qui puisse compter sur la confiance de son patient et lui garantir le respect de son autonomie. Or, cette confiance peut être menacée par une judiciarisation à l'excès. En l'état actuel de la législation, le médecin conserve un pouvoir d'appréciation au regard de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales au moment où la décision doit être prise ; le médecin porte la responsabilité de la décision – d'où l'intérêt d'un processus de délibération collective avant toute décision. A la faveur d'une évolution de la loi, les directives anticipées pourraient devenir contraignantes, et le droit des malades entrer en contradiction avec le devoir des médecins. Certes dans sa vocation propre, le médecin est au service de la santé du malade. Ou bien pourrait-on dire autrement, la santé du malade est sous la protection du médecin. Serviteur ou protecteur ? Quelle que soit l'idée, il n'est pas question d'un contrat (légal), mais d'un pacte (moral), et la nuance est de taille. Le prix à payer serait celui de la confiance. Et celui de l'acte notarié...

### 2.3. Impossible autonomie

Une prise de pouvoir du patient dans les décisions de limitation des traitements comporterait deux risques : le premier a trait à la désresponsabilisation du médecin qui, se faisant, pourrait se désengager de la relation dans une certaine mesure ; et le risque qu'à travers l'information délivrée, appuyée sur ses compétences, la subjectivité du médecin intervienne en premier lieu dans la décision finale. En l'exonérant d'une partie de sa responsabilité, en le protégeant du risque de procédure à son encontre, en servant sa propre conception de l'obstination déraisonnable, les directives anticipées pourraient-elles finalement et paradoxalement renforcer la puissance du médecin ?

Il suffit de voir avec quel désarroi nous accueillons en soins palliatifs les demandes de ces patients qui ne pensent pas comme ils devraient penser, s'ils étaient « raisonnables ». Je veux parler de ces patients qui, au nom de quelque attachement saugrenu à la vie d'ici-bas, ne veulent pas mourir. Il est plus aisé de mener un entretien avec un patient « capable » de rédiger sur papier libre, après qu'on lui ait expliqué que la médecine avait ses limites, et qu'elle ne pourrait prétendre prolonger la vie qu'en la privant d'une part de sa qualité : « je refuse l'obstination déraisonnable ». Dans le recueil des directives anticipées, le médecin cherche-t-il à connaître la volonté du patient pour mieux respecter son autonomie ? Ou bien espère-t-il qu'au profit d'explications claires et orientées, il puisse permettre à son patient de confirmer ce que lui-même juge déraisonnable ? Le médecin cherche-t-il à rallier la cause du patient – le respect de son autonomie ? Ou à rallier le patient à sa propre cause – le respect de ses obligations légales ? Veut-on entendre ce que dit le malade ? Ou bien veut-on faire dire au malade ce qu'il convient d'entendre ? C'est-à-dire ni plus ni moins, ce qu'il est raisonnable de penser, sans dépasser le cadre de la loi ?

La médecine reste toujours à la fois une science exacte objective et une science subjective interpersonnelle humaine. L'établissement des directives anticipées et leur recueil s'élaborent dans une rencontre entre deux personnes, entre deux subjectivités. Par une certaine manière de présenter les choses, d'appuyer les nuances, d'insister sur un détail, par des attitudes et des réponses modelées par sa subjectivité, le médecin donne malgré lui une matière à penser relative à son positionnement éthique personnel. Et dans le colloque singulier que forment le médecin et le malade, nul tiers pour émousser les angles des partis-pris. Une situation récente nous a mis face à cette évidence : lors d'une réunion de synthèse, la

psychologue et le médecin ont tous deux rapporté des directives contradictoires de la part d'une patiente, après que chacun ait mené un entretien le matin même, sans concertation. Aucun des deux n'avait eu le sentiment d'influencer de quelque manière l'entretien. Et pourtant. Evidemment, la leçon a été tirée : il sera désormais préférable de mener l'entretien ensemble : le croisement des regards élargi le champ visuel, et les angles s'arrondissent.

### 3. Plus de formalités... Pour quelle humanité ?

La loi Léonetti cantonne les directives anticipées à la seule question de la limitation des traitements. Nombre de directives anticipées, à l'instar de celles rendues publiques par Vincent Morel (président de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs), se limitent à l'expression d'un refus de l'obstination déraisonnable sans plus de précisions : leur intérêt paraît limité puisqu'au nom de la loi Léonetti, l'obstination déraisonnable n'a plus lieu d'être. D'autres sont tellement précises qu'elles ont toutes les chances de s'avérer hors sujet selon le contexte médical dans lequel le questionnement éthique se posera. Que doivent-elles donc contenir ? Quel est le juste équilibre, entre l'expression de valeurs, et la formulation d'une conduite à tenir détaillée ?

Les dernières directives anticipées que j'ai recueillies étaient formulées ainsi :

« Je soussignée [...] déclare vouloir que tout soit mis en œuvre pour assurer mon confort de vie ; je déclare refuser tout traitement susceptible de prolonger la vie (y compris une alimentation) si la qualité de ma vie ne peut plus être assurée. J'entends par « qualité de vie » le fait de pouvoir rester autonome physiquement et psychologiquement ».

Que reflètent-elles de la profondeur et surtout des nuances de notre entretien d'une heure ? En tant que médecin à l'unité de soins palliatifs, ce long entretien, intervenant après un accompagnement de plusieurs mois en consultation ou à l'occasion de séjours de répit, me permettra effectivement de prendre des décisions les plus respectueuses de ce que j'aurai pu percevoir, à force de dialogues, de sa volonté profonde. Qu'en sera-t-il pour le médecin du SAMU ou pour l'urgentiste



## Fin de vie : Directives anticipées

qui l'accueillera, à 2 heures du matin, et qui n'aura que ces trois phrases pour le guider ?

Cela suppose une certaine connaissance de la personne. Non pas seulement de son discours – la personne est infiniment plus que ce qu'elle peut dire sur elle-même. Mais de ce qu'elle exprime à travers ses mots, et ceux qu'elle ne dit pas, à travers sa psychologie et ses mécanismes, à travers ses proches, à travers son histoire, ses représentations, ses valeurs, ses repères socio-culturels et spirituels. Et cela exige du temps. Le temps de l'accompagnement. Ce temps qui permet de repérer les nuances, de cheminer en tâtonnant, de préciser, de corriger, de construire, dans l'incertitude. Un temps qui ne peut être compressé pour tenir dans le cadre étrié d'un entretien dédié à la rédaction d'un formulaire.

Les directives anticipées, en devenant systématiques, contiennent le risque d'être recueillies selon un protocole qui s'appliquerait à chacun de la même manière. Alors qu'elles ne peuvent s'établir que dans la singularité de chaque situation, en fonction du cheminement de la personne. En cheminant avec le malade, on sent lorsque l'élaboration de directives anticipées peut constituer une aide, susceptible de rassurer le malade sur le fait que sa volonté sera respectée, ou au contraire une violence, susceptible de menacer le lien de confiance indispensable dans une relation de soin.

Nous l'avons évoqué : dans le cadre d'un renforcement de la valeur des directives anticipées, existe le risque de voir la relation médecin-malade s'inverser, entre un malade connaissant ses droits et les revendiquant – le malade autrefois confiant désormais méfiant – et un médecin qui désengagerait sa responsabilité. De la même manière, cette relation médecin-malade pourrait se déliter dans un rapport réduit au strict minimum d'une prestation de service régie par la loi qui ferait office de notice, aux dépens du pacte de soins cher à la médecine palliative et sans lequel la médecine en général, et les soins palliatifs en particulier, perdraient leur âme.

Rien ne pourrait endommager plus encore le pacte de soins que la formalisation systématique de directives anticipées. Accueillir le malade à l'hôpital par un feuillet récapitulatif de ses droits et des devoirs des médecins, et dans lequel on glisserait un « formulaire-type » de recueil des directives anticipées, tel que le suggère le CCNE, c'est certes positivement faire connaître au patient ses droits pour favoriser son autonomie. Mais ce peut être aussi supposer que leur autonomie puisse être menacée, et que les médecins pourraient faillir à leurs devoirs, voire abuser de leur pouvoir. Ce peut être finalement éveiller les soupçons, éteindre la confiance.

## 4. Mise en perspectives

Les directives anticipées seules semblent peu capables en l'état de répondre à l'équation complexe d'un principe d'autonomie érigé en absolu, et d'une compétence médicale impliquant une responsabilité à assumer. D'une part, elles se heurtent à la difficulté d'anticiper dans un contexte de totale incertitude. D'autre part, elles sont susceptibles de renforcer le sentiment de puissance du patient, en modifiant la relation de confiance entre le médecin et son malade en une relation de défiance de l'un vis-à-vis de l'autre, et en la faisant glisser du pacte moral, à un rapport contractuel. Enfin, par leur aspect pour le moins réducteur, plutôt que de renforcer le dialogue tel que l'esprit de la loi le prévoit, elles peuvent au contraire ôter au médecin le scrupule de connaître en profondeur son patient, à moindre frais, tout en le protégeant de la menace de judiciarisation, au risque de déshumaniser un peu plus la relation de soin.

En guise de synthèse et d'ouverture, une étude réalisée en 2010 par le centre d'éthique clinique de l'hôpital Cochin à Paris auprès des personnes de plus de 75 ans, permet fort à propos de prolonger notre réflexion [9]. Cent quatre-vingt-six personnes ont été interrogées au sujet des directives anticipées. Au-delà de constater que les directives anticipées sont très méconnues (90% des personnes ignoraient leur existence), trois enseignements majeurs peuvent être tirés :

- Sans doute faut-il cesser de croire que c'est par seule méconnaissance du dispositif que nos concitoyens s'en emparent si peu : les directives anticipées ne répondent pas à une attente des malades, aussi informés soient-ils. En effet, y compris après avoir été informé sur le sens des directives anticipées, 83% des patients disent ne pas être intéressés. Pire encore : seuls 6% se saisissent de l'opportunité d'en rédiger. Les professionnels de santé ne devraient donc plus s'étonner du manque de retentissement que les directives anticipées, portées aux nues, ont auprès des patients, en dépit des importantes campagnes de promotion dont elles ont bénéficié depuis 9 ans.
- D'aucuns considèrent le principe dangereux en cela que les directives anticipées pourraient constituer une perte de chance en permettant plus facilement au médecin de se désengager « avant l'heure » au prétexte qu'ils auraient exprimé leur refus de l'obstination déraisonnable. Les autres estiment le dispositif inutile, jugeant que les médecins seront mieux à même de décider en la circonstance.

- Enfin, moins que l'expression d'une volonté claire, il s'agit davantage, pour ceux qui sont disposés à en rédiger, de pouvoir exprimer un positionnement existentiel de principe. Ces personnes ont en commun un profil particulier, « autonomiste », et voient dans ce dispositif l'occasion de faire savoir combien l'autonomie est une valeur importante pour elles.

Pour compléter ces remarques, formulons une hypothèse : si les français s'emparent si peu de l'opportunité d'établir des directives anticipées, c'est peut-être parce qu'ils font globalement confiance en la capacité qu'ont les médecins à discerner ce qui est raisonnable ou non de choisir comme option thérapeutique. Et qu'à contrario, ils estiment ne pas avoir de compétence en la matière. Cette hypothèse est validée par l'exemple allemand : alors que les directives anticipées ont une valeur contraignante, elles ne sont pas plus populaires outre-Rhin que chez nous. Ce qui, soit dit en passant, vient contredire l'« évidence » dont parle le CCNE et sur laquelle il s'appuie pour juger de l'opportunité de renforcer la valeur des directives : « il est à l'évidence difficile d'imaginer que l'inanité qui frappe actuellement cet outil dans notre pays puisse disparaître si leur respect n'est pas mieux garanti ». L'explication mérite réflexion : les personnes ne rédigent pas de directives parce qu'ils s'inquièteraient de les voir appliquées y compris dans le cas où le médecin les estimaient déraisonnables en la circonstance, et susceptibles d'entraîner une perte de chance [10].

Les conclusions de notre réflexion recourent en partie celles de l'étude citée plus haut. Au nom de la relation de confiance que la majorité des patients entretiennent avec leur médecin, le caractère facultatif des directives anticipées devraient être défendu. Au nom du respect de l'autonomie des personnes, celles qui souhaitent défendre des convictions qu'elles ont fortes devraient pouvoir compter sur des directives qui en soient vraiment : les directives anticipées lorsqu'elles sont rédigées, devraient s'entendre comme contraignantes par le médecin qui est amené à les consulter, ainsi que le recommande le CCNE dans son avis n° 121. Contraignantes, et non opposables, pour ne pas contester le médecin dans sa responsabilité et dans sa compétence propre. Mais cela devrait s'entendre comme une recommandation et non comme une obligation légale : en effet, cette exigence autonomiste ne concernent qu'une minorité de personnes, souvent militantes, et qui peuvent éprouver vis-à-vis des médecins ou de la médecine une certaine défiance, tandis que la majorité des personnes font confiance en leur médecin [10]. En devenant systématiquement et juridiquement

contraignantes, les directives anticipées risquent d'installer, de cristalliser, la relation médecin-malade dans un rapport de marchandage, loin du pacte de soins cher à Ricœur et à la médecine palliative, au risque de déshumaniser définitivement la relation soignante. Par ailleurs, le CCNE le précise : cette recommandation ne saurait tenir que parce qu'il considère comme admis le fait que la rédaction des directives anticipées sera « l'occasion d'un échange authentique et constructif entre le malade et le médecin ». C'est là notre dernier point, qui constitue en lui-même un réel défi : les médecins ne devraient envisager les directives anticipées que sous l'angle d'un espace de dialogue dans lequel la personne malade puisse se confier et se donner à connaître, dans ses convictions, portées par une histoire singulière. Non pas sur la seule question de la limitation des traitements. Mais en l'élargissant aux conditions du vivre et du mourir, et au-delà, aux valeurs portées, aux croyances, aux représentations. Ce n'est que dans l'établissement d'une vraie relation, dont le caractère informel pourrait renforcer l'authenticité, que l'essentiel qui fonde la volonté de la personne pourrait être dit, entendu, et respecté. Reste à savoir comment un tel espace de liberté peut se construire, entre créativité et résistance, dans une médecine toujours plus formalisée. ■

*Camille DESFORGES*

*Praticien hospitalier, unité de soins palliatifs et  
équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Poitiers  
camille.desforges@chu-poitiers.fr*



# Fin de vie : Directives anticipées

## Bibliographie :

[1] Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 Act of Parliament on Patients' Rights and End of Life. *BMC Palliative care* 2012; 11 (25).

[2] Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir. Avis n°121. 2013.

[3] Vinat P, Bouleuc C. Directives anticipées : pour une meilleure qualité de fin de vie ? *Laennec*, 2014 ;3 :43-58.

[4] Haller P-H. Résilience et AVC, *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. Marseille. 2010.

[5] Maciejewski PK, Prigerson HG. Emotional numbness modifies the effect of end of life discussions (EOL) on EOL care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2013 ;45(5) :841-7.

[6] Ricœur P. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*. 2001;227:21-33.

[7] Bracq H, Liarte A, Soriani M.-H, Desnuelle C. Subjectivité, décision et maladies neurodégénératives : réflexions sur la place du psychologue clinicien dans le processus décisionnel. *Revue Neurologie*. 2013;169 :485-489.

[8] Verspieren P. Malade et médecin, partenaires. *Études* 2005 ; 402 : 27-38. Consultable à l'URL : [www.cairn.info/revue-etudes-2005-1-page-27.htm](http://www.cairn.info/revue-etudes-2005-1-page-27.htm).

[9] Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé. Refus de traitement et autonomie de la personne. Avis n° 87. 2005.

[10] Fournier V, Berthiau D, Kempf E, D'Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ? *Press. Med.* 2013 juin ; 42 :159-169.

## Résumé

Après la notion de personne de confiance, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie introduit celle des directives anticipées, possibilité donnée à toute personne qui le souhaite de s'exprimer sur les conditions de sa fin de vie, concernant spécifiquement la question de la limitation des traitements. A ce jour ces directives n'ont que valeur d'indication, et le médecin les consulte lorsqu'une décision d'ordre éthique doit être prise alors que le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. Neuf ans après, force est de constater que ce dispositif n'est appliqué que de manière très marginale.

Si cette possibilité s'inscrit dans un cadre légal ayant pour objectif de répondre à la demande croissante de la société d'un plus grand respect de l'autonomie des personnes, face à une médecine accusée de paternalisme, le principe des directives anticipées interroge plus qu'il n'apporte de réponse. Selon que l'anticipation des directives peut s'enraciner ou non dans la réalité d'une maladie : peut-on dans un cas se projeter dans un choix aussi radical que celui de poursuivre ou d'arrêter des traitements indispensables au maintien de la vie, en méconnaissant par ailleurs les mécanismes d'adaptation dans des circonstances qui échappent encore à l'expérience ? Dans l'autre cas, comment appréhender les paradoxes que contient le recueil des directives anticipées, lorsqu'il s'agit de mettre le patient face à l'hypothèse « du pire », au risque de générer une angoisse dont les soins palliatifs cherchent par ailleurs à le protéger ? Comment peut-on envisager l'articulation entre autonomie du patient, et compétence du médecin, à la faveur d'un renforcement de la valeur des directives anticipées ? Le pacte de soins, basé sur le lien de confiance entre le malade et le médecin, peut-il être menacé par



l'irruption outrancière du légalisme dans la relation de soins ? En formalisant davantage le recueil des directives anticipées, y a-t-il un risque que les soignants désinvestissent la relation forcément singulière avec le malade, pour mieux rentrer dans le cadre d'un formulaire aseptisé ?

Tout en adhérant à « l'esprit de la loi », et en l'occurrence de la loi dite Léonetti, cet article se veut le témoin des difficultés que peut contenir dans la pratique quotidienne le recueil des directives anticipées, qui risquerait de se réduire, si le droit s'en mêle davantage, en une « case à cocher », vide de sens.

# Pour soigner vos douleurs d'origine mécanique

## La méthode McKenzie

*Depuis son arrivée en France à la fin des années 90, la méthode McKenzie (du nom de son inventeur Robin McKenzie, kinésithérapeute néo-zélandais) connue aussi sous le sigle International MDT (Mechanical Diagnosis and Therapy) suscite un intérêt croissant aussi bien chez les professionnels de santé que chez les patients.*



Ce qui séduit le plus dans le MDT, c'est très certainement sa philosophie qui semble particulièrement adaptée au traitement de nombreux syndromes douloureux, et en particulier des douleurs mécaniques vertébrales (lombo-sciatiques, lumbagos, torticolis, névralgies cervico-brachiales...).

Dans cette approche, le patient n'est pas le récipiendaire passif d'une thérapie, il est l'acteur principal de sa guérison. En effet, à l'aide d'un interrogatoire et d'un examen spécifique, le kinésithérapeute formé à cette méthode travaille de concert avec lui à identifier et à modifier les postures et la mauvaise ergonomie qui a conduit à l'apparition des douleurs. Des exercices simples et courts, que le patient pourra effectuer plusieurs fois dans la journée, permettront à la plus grande partie des patients de sortir rapidement de l'épisode douloureux et, au besoin, de traiter eux-mêmes les récurrences si elles devaient survenir.

Pour les kinésithérapeutes qui pratiquent le MDT, cela constitue une modification très significative de leur relation avec leur patient : le but premier est que celui-ci devienne autonome et sache gérer son corps sans douleur à long terme. Cela implique de prendre du temps lors de la première séance pour comprendre les postures et les contraintes mécaniques auxquelles est exposé le patient dans sa vie quotidienne. Il importe aussi de bien analyser les circonstances de survenue des douleurs, et de noter les activités qui aggravent et celles qui améliorent les symptômes depuis que l'épisode douloureux a commencé. Dans un deuxième temps, le patient sera évalué mécaniquement avec des tests de mouvements répétés ou avec des postures maintenues. L'ensemble de ces informations permettra le plus souvent d'identifier une préférence directionnelle, c'est à dire la ou les directions de mouvements adaptés pour soulager les douleurs et libérer les amplitudes articulaires. Cela permet aussi de développer des conseils posturaux et ergonomiques qui soient « patient-spécifiques » et absolument adaptés à leurs besoins. En première intention, ce sont des exercices actifs et modifications posturales qui seront utilisés comme stratégie thérapeutique, et non pas des techniques passives. Si nécessaire, des techniques manuelles seront utilisées ponctuellement pour aider

le patient à mieux s'auto-traiter. Du fait du temps passé pendant la première séance, cette dernière pourra faire l'objet de dépassements d'honoraires par les kinésithérapeutes formés à cette approche.

Le champ d'application est vaste dans le domaine des douleurs musculo-squelettiques : les lombalgies, lombo-sciatiques, les cruralgies, les dorsalgies, les cervicalgies avec ou sans névralgies cervico-brachiales, les céphalées d'origine cervicale, les douleurs articulaires des membres et les tendinopathies.

Autre point fort de la méthode McKenzie : son degré inhabituel de validation scientifique. Depuis son arrivée aux États-Unis au début des années 80 (la méthode est originaire de Nouvelle-Zélande), elle a fait l'objet de très nombreuses études. En ce qui concerne le traitement des douleurs lombaires, le degré de validation est tel que le MDT fait partie des recommandations officielles aux USA et au Danemark et, dès 1998, l'ANAES (maintenant devenue l'HAS), recommandait son utilisation en France pour les lombalgies.

Il y a actuellement près de 3 000 praticiens en cours de formation en France et plusieurs centaines de leurs confrères sont déjà certifiés dont les coordonnées figurent sur le site [www.mckenzie.fr](http://www.mckenzie.fr). Si aucun praticien n'est titulaire de la certification dans un secteur géographique, l'institut McKenzie peut fournir sur demande les coordonnées de professionnels en fin de formation en écrivant à l'adresse : [info@mckenzie.fr](mailto:info@mckenzie.fr).

En conclusion, l'approche McKenzie vient apporter de nouvelles solutions aux patients souffrant de douleurs musculo-squelettiques et en particulier de douleurs lombaires ou cervicales. Elle est avant tout fondée sur des stratégies d'auto-traitement et de recherche d'autonomie du patient, ce qui paraît particulièrement adapté pour ces affections qui sont souvent par nature récurrentes ou chroniques. La validation scientifique dont jouit le MDT est un gage de sérieux et de qualité. ■

*Gabor SAGI - Masseur Kinésithérapeute  
Responsable de la branche McKenzie France  
[gaborsagi@mckenzie.fr](mailto:gaborsagi@mckenzie.fr)*

# Profession : préparateur en pharmacie hospitalière

*Préparatrice en pharmacie hospitalière depuis trente ans au sein de la pharmacie de l'hôpital de Salon-de-Provence, j'ai vu de nombreux bouleversements dans le champ de mes activités.*



Issus de la filière médico-technique, les préparateurs en pharmacie sont des professionnels paramédicaux dont les domaines de compétence ont évolué en même temps que les réformes hospitalières. L'arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de la pharmacie hospitalière et les arrêtés du 6 avril 2011 et du 12 mars 2013 relatifs à la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, ainsi que les règles du circuit du médicament, définissent aujourd'hui l'organisation de la pharmacie à usage intérieur (PUI).

Toutes ces nouvelles dispositions législatives impactent directement les missions du préparateur en pharmacie hospitalière. La sécurisation du médicament passe par l'application de la loi et des règlements existants. L'informatisation a permis d'améliorer les pratiques et de placer la pharmacie au cœur d'un dispositif de gestion, de contrôle et de bon usage faisant ainsi prendre conscience de ce que la pharmacie a un rôle prépondérant dans la démarche de soins. Il est impératif de respecter : **le bon médicament, à la bonne dose, au bon moment, sur la bonne voie et au bon patient.**

Travailler dans un service dit «prestataire» n'est pas aisé ; la collaboration entre les divers acteurs n'est pas aussi évidente car elle obéit à des cultures professionnelles différentes. Il faut établir

une vraie relation de confiance. Avant, l'infirmière préparait puis dispensait les médicaments, ce glissement de tâche passe par la compréhension et le respect du rôle de chacun. La prise en charge pharmaceutique peut être meilleure si les préparateurs en pharmacie sont présents dans les services pour travailler au plus près des soignants et apporter leurs connaissances et leurs compétences en termes de conseils, d'information, de suivi du traitement ainsi que pour l'approvisionnement des médicaments. Trop souvent enfermés dans les PUI, leurs activités ne sont pas ou peu connues par les autres professionnels de

santé. Nous devons donc apprendre à mieux nous connaître afin d'échanger et de partager nos savoirs.

Cette collaboration active avec les équipes médicales est primordiale. Elle repose sur la communication et la cohérence entre tous les acteurs. La grande diversité des métiers et le cloisonnement de certains engendrent une fragmentation des soins qui ne permet pas toujours une prise en charge optimale des patients.

Le préparateur fait partie intégrante d'une équipe pharmaceutique, il agit sous le contrôle effectif du pharmacien et il est en lien étroit avec plusieurs catégories de personnel ainsi que certains usagers :

- Pharmacien pour l'organisation de l'activité quotidienne et le contrôle technique,
- Agents administratifs de la pharmacie à usage intérieur pour la gestion administrative de l'activité,
- Personnel paramédical des unités de soins et patients pour la délivrance des médicaments,
- Services logistiques internes pour la gestion des activités (approvisionnement, nettoyage...),
- Patients ambulatoires pour la délivrance des médicaments ou conseils concernant un médicament réservé aux hôpitaux.



# Profession : préparateur en pharmacie hospitalière

Ses missions sont diverses et variées dans son domaine d'activité :

- Accueil, encadrement et accompagnement pédagogique de personnes (agents, étudiants, stagiaires...),
- Approvisionnement en produits, en matériels,
- Conditionnement de produits et/ou de matériels,
- Constitution et contrôles des dotations de services dans le respect des règles de détention et de conservation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
- Dispensation de médicaments et de dispositifs médicaux,
- Établissement, actualisation, organisation et mise en œuvre de processus, procédures, protocoles, consignes spécifiques,
- Gestion des stocks de produits, de matériels (saisie, suivi, contrôle, relance commandes),
- Préparations pharmaceutiques,
- Réalisation d'opérations de stérilisation,
- Réalisation de préparations galéniques en zones protégées ou contrôlées (chimiothérapie, radio pharmacie, alimentation parentérale),
- Réalisation des opérations d'approvisionnement et de gestion.

Sa formation est dispensée dans 8 centres à ce jour :

- Assistance Publique des Hôpitaux de Paris,
- Hospices Civils de Lyon,
- Assistance Publique Hôpitaux de Marseille,
- CHU de Lille,
- CHU de Bordeaux,
- CHU de Tours,
- CHR de Metz-Thionville,
- CH de Basse-Terre.



L'enseignement comporte 8 modules dispensés sous forme de cours, travaux dirigés, travaux pratiques. Les 8 périodes pratiques ou stages sont réalisées dans les pharmacies à usage intérieur, dans les unités de soins, dans les cellules qualité ou gestion des risques.

- **Module 1** : analyse des demandes et ordonnances au regard des exigences techniques et réglementaires des PUI
- **Module 2** : analyse des prescriptions et des demandes de dispositifs médicaux
- **Module 3** : assurance de la qualité dans les opérations pharmaceutiques réalisées en PUI
- **Module 4** : organisation, conduite et mise en œuvre des préparations magistrales, hospitalières, des opérations de reconstitution et de conditionnement
- **Module 5** : organisation, conduite et mise en œuvre des préparations de médicaments radio pharmaceutiques
- **Module 6** : organisation, conduite et mise en œuvre des opérations de stérilisation
- **Module 7** : gestion des flux et stocks de médicaments et de dispositifs médicaux dans l'environnement économique et réglementaire
- **Module 8** : traitement et transmission des informations, travail en équipe, conseil et encadrement des personnes

Le préparateur en pharmacie hospitalière est titulaire du diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière (DPPH), diplôme de niveau III. Il fait partie du corps des personnels médicotechniques de catégorie B de la fonction publique hospitalière.

Comprendre sur quoi repose la construction identitaire du métier de préparateur en pharmacie hospitalier, sa formation, son statut, ses missions, aide à mieux cerner les différentes étapes de sa socialisation professionnelle. ■

*Muriel SELLADE*  
*Préparatrice en Pharmacie Hospitalière*  
*CH Salon-de-Provence*



# Flash actu

*GIPA : La garantie individuelle du pouvoir d'achat des fonctionnaires est prolongée en 2015*

Au Journal officiel du 25 janvier, un décret interministériel\* proroge en 2015 l'application de la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA). Le texte fixe également la période de référence prise en compte pour la mise en œuvre de cette indemnité, à savoir celle courant du 31 décembre 2010 au 31 décembre 2014.

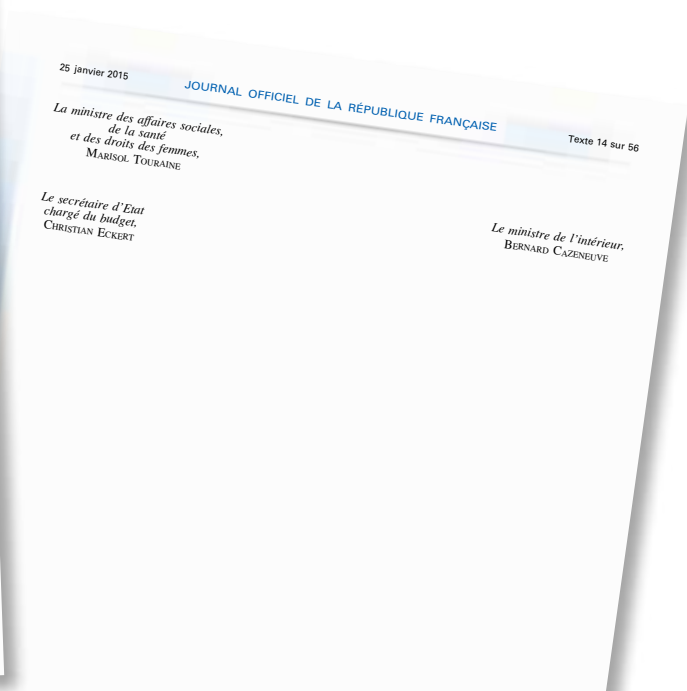
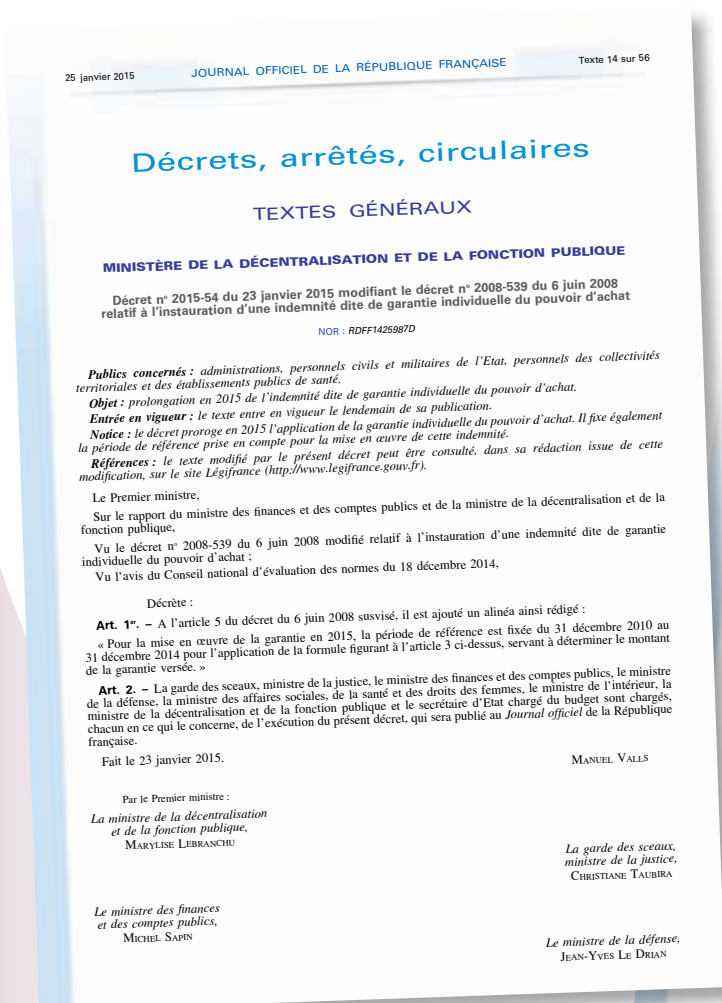
## Qu'est que le GIPA ?

La garantie individuelle du pouvoir d'achat résulte d'une comparaison établie entre l'évolution du traitement indiciaire brut (TIB) détenu par l'agent sur une période de référence de quatre ans et celle de l'indice des prix à la consommation (IPC hors tabac en moyenne annuelle) sur la même période.

Si le TIB, effectivement perçu par l'agent au terme de la période a évolué moins vite que l'inflation, un montant indemnitaire brut équivalent à la perte de pouvoir d'achat ainsi constatée est versé à chaque agent concerné.

La GIPA ou Garantie Individuelle du Pouvoir d'Achat du traitement indiciaire des fonctionnaires concerne tous les fonctionnaires titulaires civils, des trois versants de la fonction publique, les magistrats et les militaires appartenant à des grades dont l'indice sommital est inférieur ou égal à HEB (hors échelle B) et les agents non titulaires employés de manière continue. Cette indemnité fait partie des éléments de rémunération soumis à cotisations au régime de retraite additionnelle de la fonction publique. ■

*Le bureau national*



# Flash actu

Parution du décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015\*, prévoyant l'accès des infirmiers de bloc opératoire à des actes et activités exclusifs

Après un avis favorable du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) le 9 juillet 2014, le décret prévoyant l'accès des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE) à de nouveaux actes et activités qu'ils exerceront en exclusivité, est paru le 29 janvier 2015 au Journal Officiel.

Il définit les actes et activités que les infirmières et infirmiers de bloc opératoire sont seuls habilités à réaliser à condition d'avoir suivi une formation. Les IBODE déjà en exercice, ainsi que les étudiants en cours de formation pour cette spécialité, devront suivre avant le 31 décembre 2020 une formation complémentaire correspondant à ces nouveaux actes et activités. Elle sera financée par les employeurs publics et privés, au titre des dispositifs de formation professionnelle continue, de la formation professionnelle tout au long de la vie ou du développement professionnel continu (DPC).

Il leur permet d'accomplir, dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens, à condition que ces derniers puissent intervenir à tout moment :

\*décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015

- l'installation chirurgicale du patient
- la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques
- la fermeture sous-cutanée et cutanée.

Il habilite également l'IBODE, au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien à apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration. ■

Le bureau national

## Dernière minute : Le référentiel de la formation complémentaire pour les IBODE paraît au JO.

A l'heure où nous mettons sous presse cette revue, après le décret réservant certains actes et activités aux infirmiers de bloc opératoire diplômés d'Etat (IBODE), est publié, le 20 février 2015, l'arrêté qui définit le contenu de la formation complémentaire que vont devoir suivre les IBODE. Sa durée est fixée à 49 heures. Elle peut être organisée soit de façon continue, soit de façon discontinue sur une période n'excédant pas cinq mois. Elle est dispensée au sein d'une école autorisée pour la préparation du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire. Les annexes de l'arrêté contiennent le référentiel de ces nouvelles activités et le référentiel de cette formation complémentaire qui doit être réalisée avant le 31 décembre 2020.

Pour plus de précisions consulter l'arrêté du 27 janvier 2015 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n° 201574 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

NOR: AFSH1418645A

Version consolidée au 23 février 2015

29 janvier 2015 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 38 sur 134

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire

NOR: AFSH1418637D

**Publics concernés :** infirmier et infirmière de bloc opératoire, infirmier et infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire au moment de l'entrée en vigueur du décret.

**Objet :** le présent décret définit les actes et activités que les infirmières et infirmiers de bloc opératoire sont seuls habilités à réaliser à condition d'avoir suivi une formation.

**Entrée en vigueur :** le texte entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication.

**Notice :** le décret introduit dans le code de la santé publique deux nouveaux articles consacrés à l'exercice des infirmiers et infirmières de bloc opératoire. Il habilite les infirmiers et infirmières de bloc opératoire à réaliser de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réalisés. Il permet également aux infirmiers en formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire de participer aux activités réservées aux infirmiers et infirmières de bloc opératoire.

Pour exercer ces actes et activités, l'ensemble des infirmiers et infirmières de bloc opératoire en exercice et en cours de formation devront avoir suivi une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020.

**Références :** les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, L. 4311-1 et R. 4311-11 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6312-1, L. 6312-2 et L. 6313-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 6312-1, L. 6312-2 et L. 6313-1 ;

Vu la loi n° 83-634 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment son article 22 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 9 juillet 2014 ;

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine en date du 27 août 2014 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Après l'article R. 4311-11 du code de la santé publique, il est inséré les articles R. 4311-11-1 et R. 4311-11-2 ainsi rédigés :

« **Art. R. 4311-11-1.** – L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> :

« 1<sup>o</sup> Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens :

« a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

« – l'installation chirurgicale du patient ;

« – la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques ;

« – la fermeture sous-cutanée et cutanée ;

« b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;

« 2<sup>o</sup> Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

« **Art. R. 4311-11-2.** – L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire. »

29 janvier 2015

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 38 sur 134

**Art. 2. – I.** – Doivent suivre une formation complémentaire avant le 31 décembre 2020 les professionnels mentionnés ci-dessous :

1<sup>o</sup> L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire titulaire du diplôme d'Etat, en exercice à la date d'entrée en vigueur du présent décret ;

2<sup>o</sup> L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'Etat de bloc opératoire à la date d'entrée en vigueur du présent décret.

II. – Pour pouvoir réaliser les actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique entre la date d'entrée en vigueur du présent décret et le 31 décembre 2020, les professionnels mentionnés aux 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> du I doivent avoir suivi la formation complémentaire mentionnée au I.

III. – Le contenu, les modalités de cette formation complémentaire et le modèle type d'attestation de formation sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Les employeurs publics et privés assurent le financement de cette formation au titre des dispositifs de formation professionnelle continue, de formation professionnelle tout au long de la vie ou du développement professionnel.

**Art. 3.** – La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 janvier 2015.

Par le Premier ministre :  
La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,  
MARISOL TOURAINE

MANUEL VALLS

# Une infirmière à l'honneur

Du lit des patients au laboratoire de recherche, le parcours d'Isabelle Fromantin se caractérise par son originalité et sa cohérence. Cette infirmière spécialisée dans les plaies et cicatrises a voulu comprendre pourquoi une plaie devient chronique et trouver des solutions pour les femmes atteintes de cancer du sein qu'elle prend en charge au quotidien.

Ce qui semble guider Isabelle Fromantin dans ce parcours atypique, c'est l'empathie : « *Je crois très fort en l'humain et ce sentiment pousse mes actions* », confie-t-elle. Poussée dès son plus jeune âge par ses parents à se tourner vers les autres, elle débute sa carrière d'infirmière par un poste en Afrique, au Togo. « *Une expérience qui remet en place* », se souvient-elle.

Les conséquences psychologiques et sociales de la maladie, en particulier des plaies, attirent son attention. Ces dernières, en plus de leur aspect répulsif, peuvent être malodorantes.

« *Dans nos sociétés occidentales, c'est plus le regard des autres qui est problématique. Il peut conduire à l'isolement social ou conjugal. En Afrique, une femme peut être répudiée si elle présente de telles plaies.* »

## La passionaria des causes difficiles

Pour comprendre la chronicisation de ces plaies, Isabelle Fromantin se lance alors dans une thèse en sciences fondamentales. Une première pour une infirmière ! « *C'est un signal fort pour le développement de la recherche en soins infirmiers et une fierté pour l'Institut Curie* », souligne le Pr Pierre Teillac, directeur de l'Ensemble Hospitalier de l'Institut Curie.

Au cours de sa thèse, elle commence ainsi à travailler avec des chimistes pour explorer un aspect inattendu des bactéries peuplant les plaies chroniques : les composés organiques volatils qu'elles émettent. Pourquoi une plaie est-elle malodorante ? Qu'évoquent ces odeurs chez l'entourage du patient ? Elle met alors en place une enquête de perception sensorielle pour le comprendre.

Alors qu'elle a soutenu sa thèse le 10 décembre 2012, Isabelle Fromantin est déjà sur d'autres projets. Elle envisage de développer des produits atténuant les odeurs et de continuer à travailler sur la perception et les conséquences des plaies. Pour ce faire, elle a réuni des chercheurs et cliniciens de différentes spécialités. « *J'aime le mélange des genres.* » Une démarche de recherche que d'autres infirmières ne tarderont pas à suivre, espère-t-elle. « *Désormais la formation d'infirmière s'inscrit dans un parcours universitaire, ce qui devrait faciliter l'orientation vers la recherche* », souligne-t-elle.

Et les patients dans tout ça ? « *Je leur suis désormais utile sur un autre plan et à un plus grand nombre* », estime la vice-présidente de la Société française et francophone des plaies de cicatrisation. Elle milite, par exemple, pour le remboursement des pansements.

Isabelle Fromantin, infirmière à l'Institut Curie, est devenue le 10 décembre 2012 la première infirmière française titulaire d'une thèse en science et ingénierie.

Cette infirmière, après 22 ans d'exercice, a reçu le 3 février 2015 ses insignes de chevalier de la Légion d'honneur. Elle faisait partie de la promotion du 31 décembre 2014. ■

*Isabelle Fromantin  
d'après l'interview de France Inter dans l'émission  
« ils changent le monde » sur le site de l'institut Curie*



# Petit mot pour l'infirmière

## Entre petit soupir et grande habitude...

C'est au petit matin que tout commence. Après une petite nuit de sommeil, la petite infirmière se réveille avec une petite mine. Elle fait encore une petite relève pour pallier l'absentéisme d'une de ses petites collègues. Elle sort sa petite voiture pour se rendre au travail, prend les transmissions de ses petits patients et commence son petit tour de 8h...

Vous l'avez compris, chez l'infirmière, tout est petit pour ne pas prendre de place, ne pas se faire remarquer et surtout ne pas déranger. Petite voix, petits sourires et petites intentions, elle veillera sur vous pour votre plus grand bonheur. Tout ce qui est grand, c'est pour les autres...

Pourquoi l'infirmière se fait-elle toute petite lorsque le grand professeur fait sa grande visite à grands pas, avec ses grands airs ? L'ambition serait-elle réservée... aux autres ?

Petit coup de fil au domicile...

Petit changement de planning de dernière minute...

Petit week-end en famille annulé...

Petit mari contrarié et enfants trop petits pour comprendre...

Pourquoi l'infirmière devrait-elle toujours aider son prochain sans rien exiger de son travail, de son investissement et des grandes contraintes imposées par son métier ?

Personnellement, le grand mouvement infirmier de 1988 me fait comme un petit pincement au cœur. Des mois de manifestation, 100 000 infirmières dans la rue pour revendiquer de meilleures conditions de travail et une reconnaissance salariale à la hauteur des qualifications. L'infirmière avait, à l'époque, de grandes ambitions et l'ensemble de la population un grand respect pour cette profession.

### Que reste-t-il aujourd'hui ?

Il ne faut plus attendre qu'une reconnaissance particulière ou qu'un quelconque mérite ne tombe du ciel. Que vous soyez Infirmière, Aide-Soignante, Auxiliaire de Puériculture ou autres, les conditions d'exercice de vos métiers ne correspondent plus à vos aspirations. La profession de soignant est peu revendicative mais chacun peut toujours, s'il le souhaite, se positionner individuellement (ou collectivement) dans son service ou établissement. Seule une prise de conscience pourra changer le cours des choses. Un syndicat est aussi là pour rappeler vos droits et les faire respecter. Encore faut-il en avoir envie... comme en 1988 !

Parce que les soignants, aussi, ont de grandes ambitions...

Parce qu'il est plus facile de défendre des métiers que ce que l'on connaît bien,

La CNI vous propose le syndicalisme spécifique aux professions de santé.

Voyez plus grand... rejoignez-nous ! ■

*Stéphane DERES*

*Secrétaire de la CNI - CHU de Poitiers*

## BULLETIN D'ADHÉSION 2015

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Etablissement ou secteur d'activité : \_\_\_\_\_

N° Tél. \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ N° Poste : \_\_\_\_\_ Catégorie / Collège : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

- ▶ Si vous optez pour les frais réels, la totalité du montant de la cotisation est déductible des impôts.
- ▶ Si vous ne déclarez pas les frais réels alors la réduction d'impôt est de 66% de la cotisation, cocher la case «cotisation syndicale» de votre déclaration.

Le coût réel de la cotisation est de :

- Cotisation 90 €, Catégorie ou collègue A, activité libérale après déduction fiscale : 30,60 €.
- Cotisation 80 €, Catégorie ou collègue B, après déduction fiscale: 27,20 €.
- Cotisation 70 €, Catégorie ou collègue C, Retraités après déduction fiscale: 23,80 €.
- Cotisation 15 €, Etudiants (hors PPH) après déduction fiscale: 5,10 €.

Joignez à ce bulletin, un chèque de ..... € à l'ordre de La Coordination Nationale Infirmière dont vous dépendez,

CNI de..... envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

Coordination Nationale Infirmière

270, Boulevard Sainte Marguerite - 13009 Marseille



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

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

**Contact : Tél. 04 91 74 50 70 - Fax 04 91 74 61 47**

Email : [tresoreriecni@gmail.com](mailto:tresoreriecni@gmail.com) - [www.coordination-nationale-infirmiere.org](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)

L'ÉCOLE EUROPÉENNE DU TOUCHER-MASSAGE® PRÉSENTE

**DIJON - 16 & 17 NOVEMBRE 2015**

# JOURNÉES Prenons soin D'AUTOMNE de nos aînés

Conférences, ateliers  
pratiques et forums de  
discussion pour découvrir  
comment chaque soignant  
peut améliorer la qualité de  
vie des personnes âgées.

PROGRAMME DPC N°40881500019

[ifjs.fr/journeesdautomne2015/](http://ifjs.fr/journeesdautomne2015/)

PARMI LES INTERVENANTS :

- Michel Billé, sociologue, auteur.
- Eric Minnaert, anthropologue.
- Jacques Choque, éducateur physique, auteur.
- Joël Savatofski, école du Toucher-massage, auteur.
- Françoise Boissières, relation d'aide, auteur.
- Rolande Duboisset, infirmière, esthétique.
- Yannick Brondel, psychologue.
- Martine Schmidt, cadre de santé.
- France Mourey, kinésithérapeute, auteur.
- Sandra Meunier, art-thérapeute.



**Institut de Formation Joël Savatofski (IFJS)**



Depuis 1986, l'**IFJS** (organisme DPC n°4088) - **Ecole européenne du Toucher-massage®** - propose tout au long de l'année des stages, intras et formations au Toucher-massage pour les soignants :

## STAGES THÉMATIQUES / 2-3 JOURS

*Toucher au coeur des soins / Soulager la douleur / En unité soins palliatifs / Bien-être et confort de la personne à mobilité réduite / En unité petite enfance / En santé mentale / Autour de la naissance / Gestion du stress et bien-être...*

## FORMATIONS CERTIFIANTES / 10 à 30 JOURS

*Praticien-Référent en relation d'aide par le Toucher-massage / Praticien en Massage assis / Formateur facilitateur en Toucher-massage.*

03 80 74 27 57  
[www.ifjs.fr](http://www.ifjs.fr)

**OUVRAGES**  
LOGICIELS & WEB

## VOS APPLICATIONS MÉTIERS SUR MESURE

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

**OUVRAGES**  
9 rue Philippe Marcombes 63000 Clermont-Ferrand  
09 50 97 89 53 - [contact@ouvrages-web](mailto:contact@ouvrages-web)  
[www.ouvrages-web.fr](http://www.ouvrages-web.fr)

groupedrouin.fr

# IMPRIMEURS OFFSET & NUMÉRIQUE

DESIGN GRAPHIQUE ET COMMUNICATION  
FAÇONNAGE / FINITIONS SPÉCIFIQUES  
EXPÉDITIONS TOUTES DESTINATIONS / ROUTAGE / STOCKAGE

## GROUPE DROUIN

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



Ce n'est pas un hasard si **94,2%**  
de nos sociétaires sont satisfaits<sup>(1)</sup>.



**1<sup>er</sup> assureur mutualiste créé par et pour les professionnels de la santé**, la MACSF accompagne et défend plus de 900 000 sociétaires tout au long de leur vie. Parce que notre engagement, c'est d'abord votre satisfaction.

3233<sup>(2)</sup> ou [macsf.fr](http://macsf.fr)

Notre engagement, c'est vous.

