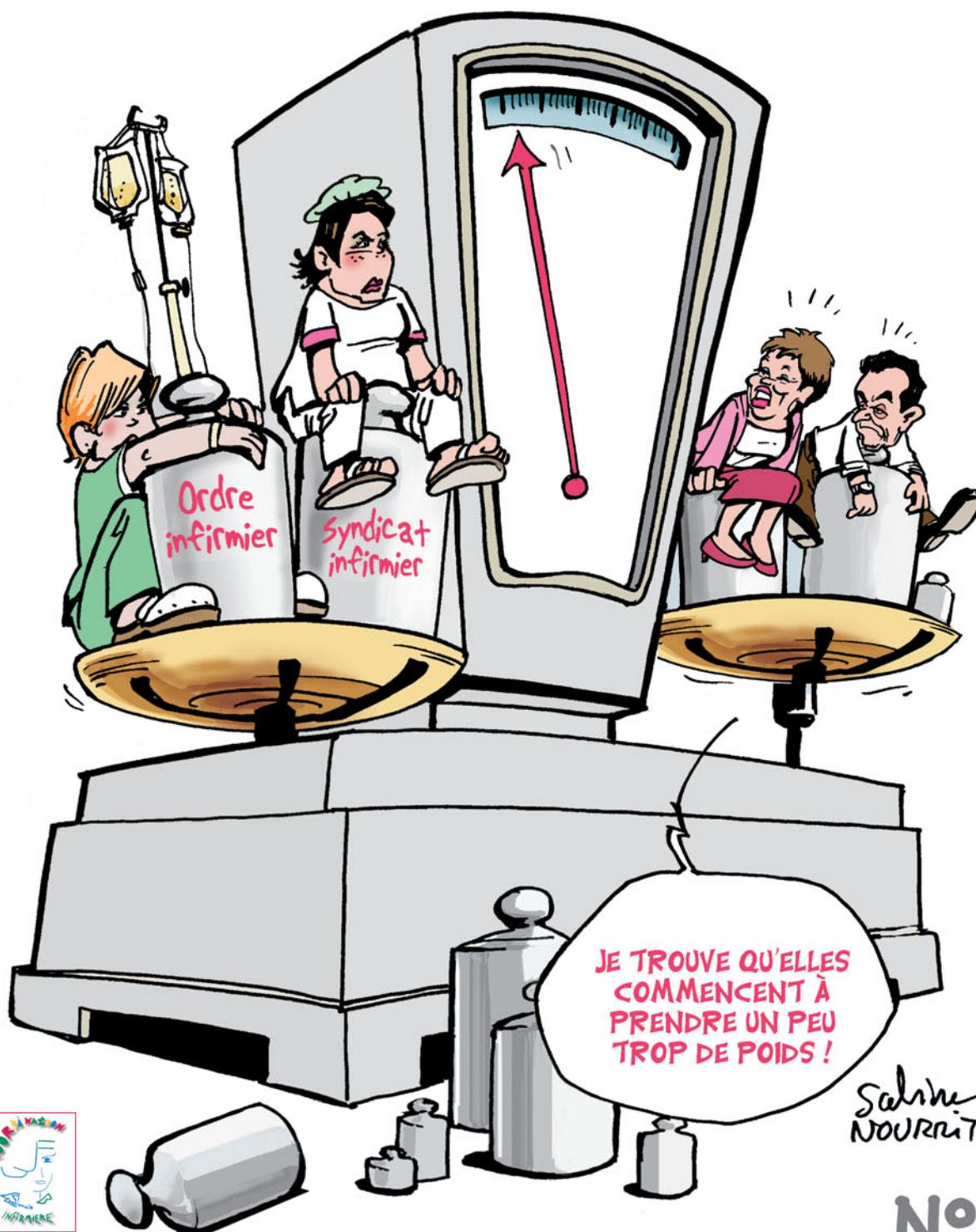


Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org





Sylvie N.
Infirmière

Être mieux formé pour mieux aider les autres.

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

Nous dispensons 400 modules de formation au niveau national. Chaque année, plus de 4 000 personnes nous font confiance pour progresser professionnellement et personnellement.

Alors pourquoi pas vous ?



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

7 rue du 14 Juillet - BP 253 - 79008 Niort Cedex - Tél. 05 49 28 32 00 - Fax 05 49 28 32 02



Sabine NOURRIT POUR LA COORD
Janvier 2008

COORDINATION NATIONALE INFIRMIERE

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

POUR JOINDRE LA REDACTION

COORDINATION INFIRMIERE
DE LA GIRONDE :
Hôpital Pellegrin-Tripode
Place Amélie Raba Léon
33000 BORDEAUX
Tél. : 05 56 79 54 91 (poste 95491)

POUR PASSER UNE PUBLICITE OU UNE ANNONCE

Campus Communication
Annie CARBONNE
Tél. 05 56 37 88 96 • Fax : 05 56 84 06 77
2 rue Jean Bonnardel - BP 39
33883 Villenave d'Ornon cedex
E-mail : annie.carbonne@free.fr

Directeur de la publication

François IZARD

Responsables Comité de Rédaction

Bruno LAULIN
(Infirmier, CHU de Bordeaux)

Dominique MUREAU
(Infirmier, CHU de Bordeaux)

Comité de Rédaction

CNI Gironde

Photos

Bruno LAULIN
Stephane SCHOFFEN

Maquette

Stephane JUILLA

Photos réalisées dans différents services du
CHU de Bordeaux et du Centre Hospitalier
de Belfort-Montbéliard.
Nous remercions chaque membre du
personnel pour son accueil et sa gentillesse.

Impression

La Nef Chastrusse

Dépôt légal à parution

5 Editorial

6 Heures supplémentaires

- Un leurre pour l'hôpital public...p.6
Régine Wagner
- Décret n°2007-879 du 14 mai 2007
relatif aux indemnités horaires...p.9

10 Ordre infirmier

- "N'ayez pas peur"p.10
Philippe Delmas
- l'Ordre Infirmier.....p.16

18 Elections professionnelles

- Les infirmières s'imposent
Josepha Guarinos

20 Conditions de travail

- Améliorer l'attractivité et les pro-
cessus de fidélisation pour les
professionnels de soin.....p.20
Nathalie Depoire
- Un regard d'expert.....p.21
Dr Madeleine Estryng-Behar
- Forum Infirmier de Béziers.....p.26
Eric Audouy - Marie-Do. Biard

27 Profession

- Pour en finir une bonne fois pour
toute avec l'histoire
Laurette Mira



31 Psychiatrie

- Soins Infirmiers en santé men-
tale : les infirmier(e)s en première
ligne.....p.31
*Christine Abad - Marie-Dominique
Girard - Danièle Hengen*
- Psychiatrie et milieu carcéral....p.36
A. Briand - F. Capitant - E. Dumouilla

38 Formation

44 Ostéopathie

- Parcours d'une infirmière
Diane Revellion

46 Salon Infirmier

- Salon infirmier 2007
Nathalie Depoire

49 Vitit sub pectore vulnus

- La blessure vit toujours au fond
du cœur
*Dr Sylvie Meaume - Dr Luc Téot -
Isabelle Fromantin*

53 Masters 2

- Partenariats Université de Reims-
IFCS de Reims
*Jocelyne Jacques - Catherine
Hannequin*

56 Hôpital Privé

- L'Hospitalisation privée en France
Christophe Roman

60 Handicap

- Égalité des droits et des chances
Sylvie Burdin

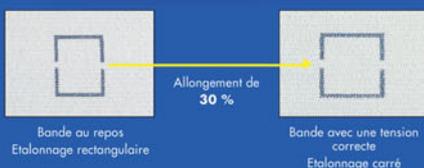
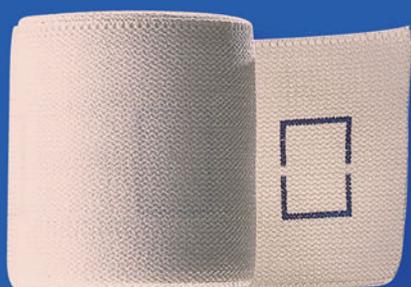
65 Offres d'emploi

Vous souhaitez qu'un de vos articles soit publié, transmettez-le à l'adresse suivante : d.mureau@free.fr

Toute l'info de la profession sur : www.coordination-nationale-infirmiere.org



THUASNE, la référence en compression



BIFLEX® ÉTALONNÉE

Bande de compression étalonnée

Efficacité

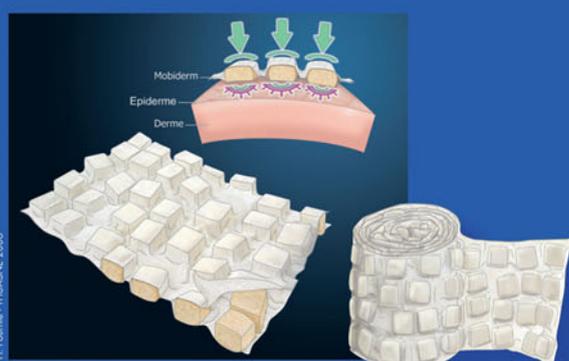
Grâce au dosage précis de la compression

Sécurité des patients

L'étalonnage limite les risques de mésusage

Qualité et durabilité

Un savoir-faire industriel inégalé



PLAQUE MOBIDERM®
33 cm x 1 mm - Plots : 5 mm x 5 mm - 15 mm x 15 mm

BANDE MOBIDERM®
110 cm x 3 m - Plots : 15 mm x 15 mm

VÊTEMENT MOBILISATEUR MOBIDERM®
Plots : 15 mm x 15 mm - Réalisé aux mesures du patient.



Mobiderm®

Dispositif thérapeutique innovant pour le traitement des œdèmes.

Efficacité

Grâce aux plots de mousse qu'il contient, Mobiderm® provoque un vidage rapide de la lymphe accumulée.

Pratique

Se découpe facilement et permet ainsi un gain de temps considérable dans la confection du bandage.

Confortable

Recouvert d'un film non-tissé extra soft, Mobiderm® est un dispositif très doux au toucher respectant totalement la peau fragilisée de la zone atteinte.

2007, année riche pour l'actualité professionnelle :

- Un mouvement à notre initiative pour la reconnaissance du bac +3 et l'intégration de notre formation dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat), les salaires et l'amélioration des conditions de travail.
- Les élections professionnelles : nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez apportée par vos votes. En effet, partout où nous nous sommes présentés nous avons eu de très bons résultats. Nous avons plus d'élus qu'en 2003, dans certains hôpitaux, nous sommes devenus majoritaires.

En 2008 vous allez être appelé à voter pour l'ordre infirmier le 24 avril. C'est un moment important, chacun d'entre nous doit s'investir en se présentant ou en élisant des représentants pour qu'enfin les pouvoirs publics ne décident plus sans nous.

Nous serons toujours là pour défendre la profession et les professionnels sur les salaires, les conditions de travail et bien d'autres choses qui n'incombent pas à l'ordre.

En mars vont débiter les négociations pour l'intégration des études d'infirmier dans le cursus LMD, parallèlement, nous entamons des discussions sur les grilles salariales et les conditions de travail. Il n'est pas question « de travailler plus pour gagner plus » ni de subir des carrières de 40 ans et plus, la pénibilité de notre profession doit être prise en compte. Si les discussions et les négociations n'aboutissent pas, seule une mobilisation massive des infirmières à l'image de nos collègues Finlandaises permettra d'obtenir un résultat.



Tenez-vous informés par le site et les CNI locales.

Nous vous souhaitons une bonne et heureuse année 2008.

François IZARD ■

Président de la Coordination Nationale Infirmière



Heures supplémentaires défiscalisées

Un leurre pour l'hôpital public

Depuis le 1^{er} octobre 2007, les heures supplémentaires dans la fonction publique font l'objet d'une exonération d'impôt sur le revenu et de charges sociales. Les trois fonctions publiques sont concernées. Les agents fonctionnaires comme les agents contractuels.

Ces heures supplémentaires ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu imposable et seront exonérées des charges sociales. Cette opération s'effectuera à la demande de l'agent.

Application dans la Fonction Publique Hospitalière

Calcul de votre indemnité horaire pour travaux supplémentaires :

Comme le prévoit le décret n°2007-

AVIS AUX LECTEURS : Au moment où nous imprimons cet article, l'évolution du texte de loi (amendements, circulaires d'application) est probable. Aussi, si certaines modifications ont lieu, nous assurons à nos lecteurs qu'un prochain article fera l'objet de réajustements.

879 du 14 mai 2007, « **la rémunération horaire est déterminée en prenant pour base le traitement brut annuel de l'agent concerné, au moment de l'exécution des travaux, augmenté, le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1820. Cette rémunération est multipliée par 1,07 pour les 14 premières heures supplémentaires et par 1,27 pour les heures suivantes** ».

Elles peuvent être attribuées aux fonctionnaires des catégories C et B dont la rémunération est au plus égale à celle qui correspond à l'indice brut 380.

L'heure supplémentaire est majorée de 100% en cas de travail de nuit et de 66% les dimanches et jours fériés.

Plafonnement des heures supplémentaires :

Dans la fonction publique hospitalière, le décret n°2007-879 du 14 mai 2007 modifiant le décret n°2002-596 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires porte à 15 heures (180 heures/an) le contingent mensuel maximum d'heures supplémentaires à effectuer. Ce plafond est porté à 18 heures (220 heures/an) pour les catégories de personnel suivantes : IDE spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Depuis l'annonce de cette mesure et à l'heure où nous écrivons ces quelques lignes, beaucoup d'interrogations subsistent et restent sans réponse :

- Le texte de Loi paru au JO n°193 du 22 août 2007 à l'article 81 quater dit : « **sont exonérés de l'impôt sur le revenu les salaires versés aux salariés des heures supplémentaires, les heures effectuées au-delà de 1607 heures pour les agents en annualisation du temps de travail** ».

D'ailleurs, la circulaire n°DSS/5B/

2007/358 du 1^{er} octobre 2007 reprend ceci :

« *Sont tout d'abord visées les heures supplémentaires définies au premier alinéa de l'article L.212 -5 du code du travail, c'est-à-dire les heures effectuées au-delà de la durée hebdomadaire légale du travail fixée à l'article L.212-1 de ce code, soit trente-cinq heures ou de la durée équivalente prévue dans certains secteurs d'activité.*

Il en résulte que si la durée conventionnelle du travail est inférieure à trente-cinq heures, les heures effectuées entre la durée conventionnelle et la durée du travail (ou la durée d'équivalence), qui ne sont pas des heures supplémentaires au sens du code du travail, ne bénéficient pas de la mesure d'exonération. Il en est de même au demeurant des heures effectuées entre la durée légale et la durée d'équivalence puisque ces heures ne sont pas non plus des heures supplémentaires au sens du code du travail (article L.212-4 du code du travail) ».

Cela voudrait-il dire que les agents en annualisation du temps de travail (1476 heures pour les agents de nuit ; 1582 heures pour les agents en repos variable ; 1596 heures pour les agents en repos fixe) ne bénéficieront de la mesure de défiscalisation qu'au-delà de la 1607^{ème} heure ? Après information, auprès de la DHOS, incapable de nous répondre, une circulaire est en préparation.

- Le plafonnement des heures supplémentaires ne musèlent-ils pas le système ?
- Pourquoi instaurer une limitation inférieure fixée à l'indice brut 380 pour les catégories C et B qui pénalise les débuts de carrière ?
- Cette mesure n'est-elle pas une totale remise en cause des 35 heures ?

Dans la fonction publique, l'heure supplémentaire est très souvent payée moins que l'heure normale (1) alors qu'elle est majorée de 25% dans le privé. Faites votre calcul, le résultat est sans appel ! Si vos heures sup-

plémentaires travaillées ne sont pas des dimanches ou des nuits votre salaire horaire supplémentaire vous rapportera moins que votre salaire horaire normal ! « Travaillez plus pour gagner plus » se résume à « travailler plus pour gagner moins ».

Le système des heures supplémentaires non payées mais parfois compensées par des jours de repos, cela fait longtemps que l'hôpital le pratique. Les hôpitaux publics manquent de personnel depuis des années. Les quelques 15,4 millions d'heures supplémentaires (2,2 millions de jours depuis 2002 (2)) accumulées dans les établissements en sont la preuve. Paradoxalement, seulement 5,3% de Compte Epargne Temps ont été ouverts dans la FPH et cela principalement par une majorité de médecins, de cadres et d'infirmiers spécialisés. Il est légitime de se demander pourquoi les 95% du personnel restant n'ont pas utilisé leur CET.

Peut-être que les demi-heures de transmission accumulées, les heures de grossesse non récupérées, les heures rendues pour cause de maladie depuis l'arnaque de l'annualisation du temps de travail, etc., etc... se sont transformées en « heures bénévoles ».

Et puis, souvent, par manque de personnel, la hiérarchie refuse les formations.

Alors, c'est la sempiternelle rhétorique, « on ne peut pas faire autrement... il n'y a personne pour vous remplacer ». On revient sur ces jours de repos, on récupère si c'est possible à un moment propice (en plein hiver !). Pour couvrir une plage de présence plus importante, les horaires coupés sont d'actualité.

Les équipes, épuisées, attendent avec impatience les nouvelles diplômées sans véritable tutorat. Constamment, le personnel travaille en effectif réduit. Les postes en journée sont supprimés. « Vous passez du matin parce que je suis obligé de donner tel repos à telle personne ». Pourtant cette plage

horaire est primordiale pour le service et apporte un peu d'oxygène aux équipes postées.

Ces éléments sont peut-être un début de réponse à la désertion des CET pour 95% du personnel des hôpitaux publics.

Et puis la perspective d'attendre 10 ans (3) pour récupérer des jours de repos, bien mérités et attendus avec impatience a sûrement effrayé plus d'un agent !



Depuis l'instauration des CET, les droits d'obtention de ces derniers étaient appliqués avec une certaine démocratie. Si l'agent ne souhaitait pas cette épargne, la hiérarchie s'efforçait de rendre les repos en tant voulu. Aujourd'hui, le discours change. Sous la menace de perdre leurs jours, certains hôpitaux forcent leurs agents à ouvrir un CET.

Le 25 mai 2007, Madame Bachelot, Ministre de la Santé de la Jeunesse et des Sports, indiquait qu'il faudrait déboursier la modique somme de 550 millions d'euros pour financer le temps de travail accumulé dans les CET. **Le**

7 novembre dernier au Congrès inter-régional des Fédérations Hospitalières d'Aquitaine, de Midi-Pyrénées et de Poitou-Charentes, Claude Evin directeur de la Fédération Hospitalière de France annonce un chiffre de près du milliard d'euros.

Ambivalence des pouvoirs publics qui établissent des lois et n'ont pas les moyens d'assurer la pérennité des droits qui en découlent. Comment solutionner cette nouvelle problématique ?

Nos directeurs d'établissements ont-ils des consignes à respecter ?

« Donner avec parcimonie et seulement si cela est vraiment crucial, on s'est trompé, on ne pourra pas financer la totalité des CET ! ».

Quoi qu'il en soit, selon l'ANDRH (Association Nationale des Directeurs de Ressources Humaines) 76% des DRH n'envisageraient pas le recours aux heures supplémentaires.

Aujourd'hui, le déficit en personnel s'accroît dramatiquement dans nos hôpitaux. La filière infirmière est plus particulièrement touchée. Les départs massifs des soignants pour le travail libéral sont alarmants.

Pour les infirmiers qui restent dans les services de soin, il est évident que l'épuisement professionnel engendré par des conditions de travail difficiles, n'inciteront pas à « travailler plus pour gagner plus ». En tout cas pas dans les conditions actuelles. Le travail bâclé et déshumanisé, par manque de personnel, par surcharge de travail, ils n'en veulent pas ! Ils attendent depuis longtemps une véritable revalorisation salariale et universitaire. Une reconnaissance de leur rôle primordial dans le système de soin français.

Pour endiguer la pénurie infirmière qui touche nos hôpitaux publics les 3 revendications (salaire, reconnaissance des études et amélioration des conditions de travail) portées par la CNI doivent retenir toute l'attention des pouvoirs publics. Le saupoudrage de quelques heures supplémentaires ne suffira pas à colmater l'hémorragie.

En octobre 2007, le gouvernement a débloqué une enveloppe budgétaire de 130 millions d'euros pour

payer 30% des heures supplémentaires. Où est passé ce budget ? Le déficit chronique de nos hôpitaux l'aurait-il englouti ?

Qui va bénéficier d'un éventuel rattrapage monétaire de ces heures supplémentaires ?

Les personnels ne sont pas dupes. Le budget des hôpitaux est déjà à l'agonie. La tarification à l'activité à 100% fin 2008 va l'anéantir. L'hôpital est exsangue. Comment pourrait-il payer ?

Qui va nous faire croire que l'Etat, qui a déjà investi des sommes conséquentes dans la réforme des universités et des régimes spéciaux de retraite, est prêt à encore donner pour l'hôpital public !

Dernier rebondissement, Nicolas Sarkozy vient d'annoncer que les heures supplémentaires dans la fonction publique doivent avoir une rémunération identique au privé. Effet d'annonce, manœuvre gouvernementale ?

Autre sujet à polémique, on murmure, à bas bruits, dans les couloirs des directions, que les établissements privés pourront déduire les cotisations patronales, pas les hôpitaux publics ! L'hôpital public c'est l'Etat ! Il doit s'acquitter de ses charges patronales.

Le gouvernement prouve une fois de plus son désengagement vis-à-vis de nos établissements publics.

Le « navire hôpital » coûte cher. Le gouvernement a décidé, préparé, programmé et commencé son sabordage.

Régine Wagner ■

Trésorière adjointe de la CNI

(1) Avis de l'Assemblée Nationale « Gestion des finances publiques et des ressources humaines » enregistré le 11 octobre 2007.

(2) Rapport sur les comptes épargnes temps dans les établissements publics de santé.

(3) Le CET institué par un décret du 3 mai 2002, « le CET peut être alimenté dans la limite de 22 jours par an, par des reports de congés annuels, ou d'heures supplémentaires. Les droits à congé ne peuvent être utilisés qu'à partir de 20 jours accumulés. Ils doivent être soldés au bout de 10 ans dès lors que le seuil de 20 jours est atteint. »

Décret n°2007-879 du 14 mai 2007 modifiant le décret n°2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires

Le Premier ministre

Sur le rapport du ministre de la santé et des solidarités,

Vu l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 modifiée relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, notamment son article 77 ;

Vu le décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié relatif à la rémunération des personnels civils de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des personnels des établissements publics d'hospitalisation ;

Vu le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décrète :

Article 1

Les dispositions de l'article 6 du décret du 25 avril 2002 susvisé sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les heures supplémentaires accomplies dans les conditions

fixées par le présent décret ne peuvent dépasser un contingent mensuel de quinze heures. Ce plafond est porté à dix-huit heures pour les catégories de personnel suivantes : infirmiers spécialisés, cadres de santé infirmiers, sages-femmes, sages-femmes cadres de santé, personnels d'encadrement technique et ouvrier, manipulateurs d'électroradiologie médicale.

En cas de crise sanitaire, les établissements de santé sont autorisés, par décision du ministre de la santé, à titre exceptionnel, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail. »

Article 2

Le deuxième alinéa de l'article 7 du même décret est remplacé par l'alinéa suivant :

« La rémunération horaire est déterminée en prenant pour base le traitement brut annuel de l'agent concerné, au moment de l'exécution des travaux, augmenté, le cas échéant, de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1820. »

Article 3

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la fonction publique, le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 mai 2007.
par le Premier Ministre
Dominique de Villepin ■





Ordre Infirmier

“N’ayez pas peur”

Il est des moments dans la construction d’une profession où des temps forts méritent d’être commentés mais aussi appréciés et pleinement mesurés afin de ne pas passer à côté d’une opportunité de développement dont nous aurions la responsabilité.

C est le cas de la profession infirmière, qui vit aujourd’hui un tournant de son histoire avec la promulgation de la loi portant création d’un ordre infirmier. Cette loi pose en effet les fondements juridiques, déontologiques et une première pierre vers la professionnalisation des infirmières qui jusqu’à ce jour n’était qu’une illusion. Cet ordre constitue un enjeu majeur pour la profession, même s’il est inavoué, et il ouvre des perspectives fabuleuses. Ce discours apparaît peut-être en décalage avec le langage commun qui semble se dessiner auprès des infirmières et infirmiers où la principale préoccupation dans l’émergence de l’ordre se résume à la cotisation, n’est-ce pas un

peu réducteur ? Cela ne témoigne-t-il pas d'un manque de sens politique ?

Dans une analyse socio-politique, il apparaît que jusqu'à ce jour, l'espace infirmier, lieu normalement de réflexion autour de valeurs humanistes, lieu de créativité mais aussi d'action politique unitaire, se retrouvait en France éclaté autour de multiples associations et de groupes professionnels comme les syndicats. Ce fait induit des approches différentes de la profession autant dans les fondements philosophiques, qu'éthiques, professionnels et représentatifs contribuant à un effacement de cette dernière au niveau de la scène politique nationale (par manque d'unité) mais aussi au niveau international (peu d'impact sur le CII et autres regroupements comme le SIDIIEF). Comme le souligne Perron et Holmes (2007), l'adoption en décembre 2006 d'une loi cautionnant la création d'un ordre national infirmier français constitue un premier pas vers l'unification et l'uniformisation de ces multiples agences qui travaillent de façon parallèle vers des objectifs semblables à peu de choses près : assurance de la qualité des soins, promotion de la profession infirmière, agir en tant que porte-parole des intérêts publics en matière de santé, suivi des effectifs infirmiers et espace de discussions et d'échanges, pour ne nommer que ceux-là. De ce fait, l'ordre agissant à titre de corps autonome (par sa cotisation obligatoire), permet de déterminer ce qui constitue une pratique infirmière désirable et de jouer un rôle déterminant sur les politiques sanitaires. Une structure ordinale permet donc de redéfinir les relations entre le corps (national) infirmier et le système de santé (en tant que structure administrative et sociopolitique), c'est donc une fabuleuse structure au service de la profession mais aussi des usagers car ne l'oublions pas l'ordre à aussi pour mission la défense du public. Il aura ainsi une double casquette à la fois de régulation de la profession pour le public qu'il a en charge mais aussi le souci permanent de tirer

vers le haut la profession pour répondre aux enjeux de santé de demain tout en assurant sa visibilité.

Il semble important de porter attention à cette partie de régulation de la profession qui peut interroger les professionnels d'aujourd'hui et de demain. Il est bon de rappeler à ce titre qu'un ordre infirmier a pour mission principale de protéger les usagers contre les pratiques préjudiciables de ses membres. On peut remarquer que quel que soit les ordres professionnels, cette mission est clairement explicitée mais que va-t-elle changée dans notre pratique professionnelle ? A cet effet, l'ordre professionnel va, à travers les cliniciennes et cliniciens experts, les chercheurs (peu nombreux encore), les écrits des autres ordres, les particularités de la société française, bâtir les standards de bonnes pratiques qui serviront de guide pour toutes les infirmières et infirmiers de France. Il apparaît d'ailleurs licite qu'un soin d'escarre du même stade bénéficie des mêmes traitements basés sur des résultats de recherche (ce qu'on appelle résultats probants) que je sois résident dans une grande ville ou dans un lieu retiré de France. On voit ainsi, par l'adoption de bonnes pratiques, se profiler les répercussions pour chaque professionnel. Le premier principe sera que la formation continue devienne une obligation pour les infirmières et infirmiers et l'ordre devra proposer les axes prioritaires minimum de formation. A l'heure actuelle, l'Ordre Québécois par exemple a suggéré que l'examen clinique infirmier fasse partie des pratiques des infirmières. A cet effet, les directions de soins ont reçu le mandat d'organiser les formations nécessaires pour les infirmier(e)s et d'en évaluer les pratiques. De la même façon, les facultés ou départements des soins infirmiers ont été sollicités pour adjoindre à la formation de base un module sur l'examen clinique infirmier. D'ailleurs en France, le droit individuel à la formation (DIF) a été renforcé par son extension au service public si bien que tout(e) infirmier(e) aura la possibilité de suivre

ces formations, ce qui n'est pas forcément le cas partout. Ceci n'est qu'un exemple parmi tout le travail de mise en « conformité des pratiques de soin » et loin de les normaliser de façon arbitraire, l'ordre devra proposer des guides de bonnes pratiques (comme il existe pour le lavage des mains par exemple). N'avons-nous pas rêvé en tant que professionnel d'avoir ces guides ? Ne les avons-nous pas cherchés vainement à travers les revues professionnelles ou les associations ? On doit souligner l'effort constant des infirmières en hygiène pour nous aider dans ce sens, et demain ce sera tous les grands standards de pratique qui seront revus, ce qui permettra aussi d'étoffer une démarche qualité axée sur l'évaluation continue des soins infirmiers. Par contre, l'ordre professionnel infirmier prévoit des mécanismes de contrôle des activités grâce à la mise en place d'une structure de surveillance chargée de protéger le public de pratiques préjudiciables en assurant la discipline de ses membres. Par discipline, l'on entend l'identification des membres dont l'exercice professionnel manque aux standards de pratique spécifiés au préalable et la mise en œuvre des correctifs appropriés. C'est ainsi qu'il peut décider d'effectuer un audit de pratique auprès d'un de ses membres ou plusieurs membres afin de vérifier l'application des réglementations en vigueur.

L'ordre ne sera pas le seul organe de surveillance mais chaque infirmier(e) assurera sa propre surveillance par une pratique réflexive qui lui permettra de mettre en lumière ses forces et ses faiblesses. Chacun aura ainsi la responsabilité de mettre à jour ses connaissances ainsi que ses pratiques selon les recommandations professionnelles. De la même façon, si l'infirmier(e) est témoin d'agissement contraire à la pratique ou à la déontologie d'une de ses collègues, il devra en faire état auprès de la hiérarchie ou de façon directe à l'ordre. On pourrait croire qu'ainsi l'infirmier(e) devienne un « judas » pour mieux ●●●

« surveiller et punir » (en référence à Foucault), il n'en est rien. Comme le souligne Perron et Holmes (2007), ce pouvoir disciplinaire est acceptable pour le personnel infirmier parce qu'il s'inscrit dans une optique de déontologie professionnelle dont il reprend les grandes lignes : la justice, la vérité, la bienfaisance, la dignité – des valeurs humaines que le personnel infirmier doit incarner au quotidien. En



endossant la pleine responsabilité de leurs actes (conduite incontournable des « professionnels »), c'est le discours institutionnalisé du soin infirmier en tant qu'exercice éthique que les membres du personnel infirmier reconduisent. Ce faisant, ils se construisent en tant qu'être moraux et éthiques dont les comportements assurent le bien-être individuel et collectif des usagers des soins. C'est ainsi qu'une pratique éthique va se développer et se renforcer, éthique envers les usagers mais aussi envers les collègues et la hiérarchie trop souvent tenue responsable de dysfonctionnements dont elle ne détenait pas les solutions tant que la profession n'avait pas acquis une struc-

ture ordinale. Le discours professionnel doit ainsi changer et nous ne pourrions plus porter atteinte à la dignité ou à la pratique d'une collègue sans argumentation objective. De la même façon, une collègue qui a commis une faute grave dans un secteur de soin ne pourra exercer dans aucun autre secteur si la faute est avérée, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui (en effet, une infirmière qui a reçu une mise à pied d'un hôpital peut exercer sans souci dans une clinique voire en libéral, quelle protection pour les patients ? quelles valeurs véhiculées par cette professionnelle ? autant d'arguments qui ne peuvent que nous inciter à avoir cet organe de contrôle). L'ordre fournira un permis d'exercer qui fonctionnera de façon similaire au permis à points. De la même façon, l'ordre accompagnera par le biais de formations, les infirmier(e)s dont la pratique clinique se révèle insuffisante face aux normes. C'est ainsi à tout un changement de paradigme que les infirmier(e)s français(es) devront faire face. C'est la naissance d'une responsabilité individuelle que nous touchons auparavant de loin avec le devoir sans cesse croissant d'offrir les meilleurs soins aux patients ce qui implique une remise à jour de nos connaissances mais aussi l'adoption d'une pratique réflexive. L'exercice de la profession d'infirmière va prendre du sens car basé sur des principes éthiques, elle aura pour mission de participer au bien-être de la population tout en ayant des actes et des interventions qui lui seront propres. Ainsi, ce rôle propre infirmier, dont tout le monde parle mais dont peu de personnes en définissent le contenu véritable, sera l'axe vertébral de la profession sur lequel s'appuieront les pratiques cliniques novatrices comme les consultations infirmières mais aussi la recherche sur les objets spécifiques à la profession et dont l'ordre assurera la visibilité. C'est une profession en mouvement, fière d'exercer les soins infirmiers dans toutes ses dimensions qui doit apparaître, la notion « d'entrer en profession » prendra alors tout son sens.

Se considérer comme professionnel, c'est aussi détenir un savoir, un savoir faire et être qui peut-être visible, identifiable, mesurable (pas toujours de façon quantitative) et monnayable (ce qui justifie nos salaires). Or, il est licite de constater que la pratique infirmière en France se caractérise autant dans ses représentations collectives que sur les aspects cliniques à une subordination à des savoirs techniques et scientifiques détenus par la profession médicale. Selon, Dubar et Tripière (2005), les infirmières agissent donc à titre de « médiatrice[s] entre le monde (masculin) de la science médicale et le public à la fois ignorant et profane ». Par contre, comme souligné précédemment, l'appartenance à un ordre professionnel va mobiliser ses adhérents sur les savoirs propres à la profession et plus largement à la discipline infirmière. Cette question fondamentale et qui fera l'objet de débats sûrement houleux est essentielle pour tracer les limites du contour de nos savoirs mais aussi pour mieux les investiguer, les documenter, les expérimenter, les évaluer et les divulguer. Il est anormal que la profession infirmière fasse avancer les savoirs des médecins mais aussi des sociologues, des psychologues sans se poser la question de ses savoirs propres. Une profession ne peut se définir par la soumission ou la négation d'une autre profession mais par un service unique qu'elle rend à la population. Ce service unique basé sur des savoirs uniques doit être précisé, ce sera le rôle de l'ordre. Ce travail ne se fera pas seulement par l'institution ordinale, il est bien évident que les facultés des sciences infirmières participent dans tous les pays à cette réflexion constante source de nombreuses publications. Or, nous touchons, là aussi, à une conséquence de la mise en place de l'ordre, soit la présence de facultés spécifiques aux infirmières. En effet, si l'ordre réglemente les savoirs et les savoirs faire minimum, il prône aussi l'excellence dans les soins et le développement constant des savoirs dans le domaine des soins infirmiers. Le lieu usuel pour ce genre de développement est l'institution universitaire. Or, la profession infirmière en France n'est-elle pas en danger face à sa formation ? il ne semble pas exister dans

Confortez votre protection personnelle dans l'exercice de votre métier !

Assurance Personnelle des Infirmiers et autres professions paramédicales

BÉNÉFICIEZ DE

-15%*

sur tous les contrats GMF la première année

* Offre valable pour tout nouveau contrat souscrit jusqu'au 31/12/07. Offre non cumulable avec d'autres offres en cours. Offre réservée aux salariés des services publics et des associations.

Assurance Personnelle des Infirmiers et autres professions paramédicales

Les métiers **d'infirmier et de personnel paramédical** comportent des risques particuliers.

Pour cette raison, la GMF a conçu **l'Assurance Personnelle des Infirmiers** et autres professions paramédicales :

- ▶ **Responsabilité** civile professionnelle
- ▶ **Défense pénale** et recours suite à un accident
- ▶ **Protection** juridique
- ▶ **Garanties** accidents corporels
- ▶ **Prestations** d'assistance



Pour en profiter dès maintenant, c'est très facile, appelez :

GMF en ligne ☎ 0 820 809 809

0,12 € TTC la minute

OU

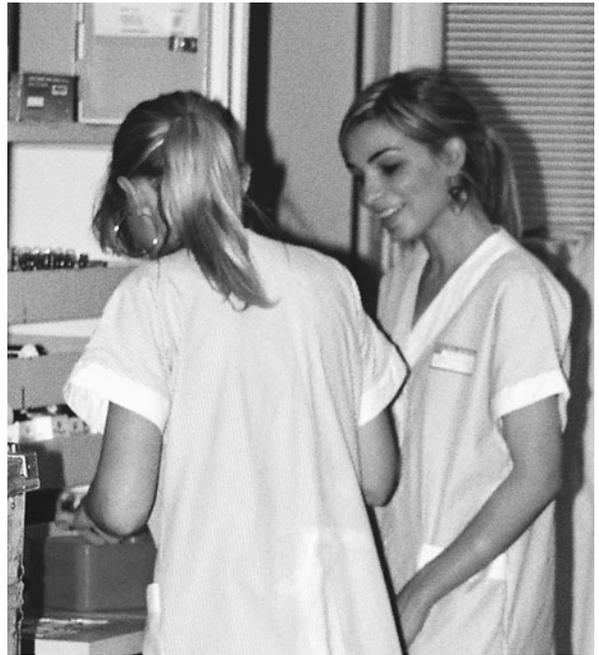
Rendez-vous dans votre agence GMF Conseil la plus proche.

les propositions françaises une réflexion approfondie sur les savoirs infirmiers. En effet, l'enseignement ne peut plus être le même, il doit laisser la place aux savoirs du rôle propre comme guide de la formation. Des cours comme l'examen clinique infirmier, la systémique familiale, la recherche en sciences infirmières, les modèles conceptuels et la pensée infirmière, la santé au travail, etc. doivent faire jour. De la même façon, la formation de base ne doit être dispensée que par les professionnels infirmiers détenteurs d'une formation universitaire supérieure et pas forcément une formation cadre qui à ce jour n'a pas forcément fait la preuve d'un développement des savoirs infirmiers. C'est un véritable décloisonnement qui va s'opérer dans la formation et je suis très confiant de l'avenir sur ce sujet car l'ordre veillera, d'une part, à recentrer les savoirs et les savoirs faire sur les objets qui sont de notre champ de compétence et, d'autre part, à assurer l'indépendance de l'enseignement



face aux autres disciplines. Toute autre position serait non-conforme à ses missions. Il faut aussi prendre conscience que la formation des infirmières repré-

sente un grand enjeu financier mais aussi politique qui va occasionner de l'ombre aux autres disciplines qui ne voient pas d'un très bon œil l'émergence des sciences infirmières. Dans le contexte actuel, les propositions faites par les différentes associations en lien avec la formation sont de rattacher les IFSI à une université. De ce fait, les professeurs de sciences de l'éducation, de psychologie, de médecine interviendraient sur les cours dit « universitaires » et les formateurs infirmiers sur les Travaux Pratiques. Est-ce acceptable pour une profession ? Certainement pas, les médecins refuseraient que leur enseignement soit fait par les infirmières, les psychologues également mais nous en France, nous accepterions ? Les infirmières ne sont-elles pas capables d'enseigner à l'université ? La formation doit-elle être mise de nouveau sous tutelle ? L'importance de l'ordre va se faire ressentir face à ces choix. Il est vrai qu'au delà de fixer les pratiques exemplaires, il prône l'indépendance de la profession dans ses pratiques et d'autant plus dans sa formation. C'est ainsi toute une réflexion sur le cursus LMD en Sciences infirmières qu'il va falloir mener. L'ordre va repérer les « intellectuels de la profession » pour se pencher sur ce dossier et proposer les axes de développement sur une perspective quinquennale. Il est possible que des bourses universitaires soient offertes à des infirmières pour obtenir des doctorats en sciences infirmières ou autres dans les différents continents où la discipline existe. Le discours, à l'heure actuelle, des étudiants et des professionnels sur le sujet est un peu court. Le passage au LMD ne se réduit pas à donner une licence universitaire aux étudiants en soins infirmiers sans changements profonds à la fois au niveau des savoirs enseignés mais aussi de la structure. Il est évident que les standards de sélection seront plus importants mais aussi les exigences en



termes de contenus et de validations. L'ordre ne baissera pas ses niveaux d'exigence à cause de la pénurie ce que fait le gouvernement français avec l'aval des associations. Par contre, il va développer une vraie politique d'attraction et de rétention des professionnels dans le domaine des soins infirmiers. Enfin, l'ordre va nous protéger des attaques contre le diplôme d'infirmier. En effet, en France, des travaux voient le jour sur une VAE possible entre les aides-soignants et la profession infirmière ce qui est incompatible aujourd'hui avec la présence d'un ordre. En effet, le diplôme de base ne souffrira d'aucune VAE possible, celle-ci interviendra pour les cursus post diplôme de base et en lien avec les formations universitaires de 2nd et 3^{ème} cycles ainsi que l'expérience professionnelle validante. L'adhésion à un ordre régulateur permet ainsi de formaliser le savoir scientifique que détiennent les infirmières. En ce sens, la pratique infirmière s'organise autour d'un corps distinct de connaissances issues de la recherche scientifique, qui donne lieu à un savoir « expert » considéré comme caractéristique incontournable de toute profession. Ce savoir « expert », mal compris sur la France où il existe beaucoup d'expertise dans le domaine des soins mais pas en lien avec les savoirs issus de la discipline, va permettre d'occuper le champ social dédié aux professions et d'assurer ainsi sa visibilité.

Cette notion de visibilité m'apparaît aussi importante à développer, visibilité sociale, politique car les soins infirmiers sont éminemment un lieu de pouvoir et de politique. Or nous avons laissé ce champ libre aux autres professionnels qui ont exercé leur influence afin de s'octroyer de nouveaux moyens ou avantages pour leurs membres. La visibilité sociale peut se faire de multiples façons mais je voudrais retracer aussi les activités initiées par les ordres lors de la semaine de l'infirmière qui correspond à la date anniversaire de la naissance de Florence Nightingale. Sous l'impulsion du CII, l'ensemble des ordres professionnels organise avec les différentes institutions de soin des actions de visibilité sociale mais aussi politique. Ainsi, certaines directions des soins ouvriront leur porte à la population les activités qu'elles proposent en matière de soins infirmiers (consultation observance, programme de gestion du stress post-infarctus, suivi téléphonique des populations à risque, enseignement préopératoire, etc...). De la même façon, les ordres vont mobiliser les médias pendant cette semaine pour couvrir l'ensemble des initiatives les plus innovantes et montrer la plus value apportée par les infirmières à la santé de la population. Ce principe est important car plus la visibilité des soins infirmiers sera effective, plus les budgets accordés à la profession seront importants ce qui permettra de pérenniser certains postes, de développer des formations innovantes et de consacrer des budgets à la recherche. De plus, ce principe de visibilité va avoir un impact sur les politiques qui nous considéreront comme des partenaires, au même titre que les médecins, sur des sujets de santé publique. C'est à travers cette mise en lumière des actions des infirmières, que l'ordre infirmier va jouer

son lobbying politique et influencer les politiques de santé. Je tiens à signaler que sur ce point, l'ordre infirmier n'agit pas seul, il est de concert avec les syndicats professionnels et non multi-catégoriels. En effet, des tables rondes de concertation sont organisées entre les deux structures afin d'analyser les zones d'influence et de pression. C'est ainsi un vrai partenariat qui se met en route pour permettre à cette profession de remplir son rôle que la société lui a assigné.



Conclusion

Je me pose toujours la question de savoir ce qui freine les infirmier(e)s français pour faire confiance à cette structure. Je pense que depuis des années, la profession infirmière a été anesthésiée, tant par le corps médical que politique mais aussi par ses pairs. En effet, il a fallu voir naître un mouvement professionnel où les ambitions personnelles passent au second plan pour permettre l'éveil de cette conscience politique. Je ne dis pas qu'il n'y a pas un certain danger en France de voir des dérives possibles vers un ordre « moralisateur » car avon-nous des candidatures à la pointure des ambitions qui devront être celles d'un ordre le plus important en nombre de la francophonie. Par conséquent, le danger ne réside pas dans la structure qui a fait ses preuves depuis des années chez nos consoeurs européennes et francophones mais plus dans le choix des personnes qui vont

nous représenter. Il est vrai que la première présidence va être un défi à relever car au delà de l'aspect juridique, éthique, normatif qui devront être mis en place rapidement, c'est tout une impulsion, une dynamique, une politique à initier au sein de la France mais aussi au niveau européen et international afin de rendre visible la profession et de prendre soin des personnes qui nous confient leur santé. Virginia Henderson nous rappelait dans ses valeurs que la fonction de l'infirmière est une fonction indépendante et que la société désire et s'attend à avoir un service de soins infirmiers. Elle trace ainsi, de façon résumée, l'ambition que devra afficher l'Ordre infirmier français.

Philippe DELMAS ■
Docteur en Sciences
Infirmières
Professeur d'université
associé
Cadre expert en soins
Hôpital Cochin

L'auteur remercie l'ensemble de ces collègues qui ont contribué à la construction du livre sur

Ordre infirmier, Enjeux et Perspectives. Ce livre qui est une première dans le domaine de la francophonie va permettre aux infirmier(e)s de mesurer tous les enjeux de la mise en place de cette structure.

A lire :

P. Delmas & C.Sliwka (2007). *Ordre infirmier, Enjeux et Perspectives*. Paris, Lamarre.

Référence :

Dubar, C. & Tripier, P. (2005). *Sociologie des professions* (2^{ème} éd.). Paris : Armand Colin.

Perron, A., & Holmes, D. (2007). *Institution d'un ordre professionnel national en France : de la compétence professionnelle à la légitimité politique*. Dans P. Delmas et C. Sliwka, **Ordre infirmier, Enjeux et Perspectives**, Chapitre 6, pp 77-89. Collection : fonction cadre de santé. Paris : Lamarre.

L'ordre infirmier

La création de l'ordre infirmier par la loi du 21 décembre 2006 consacre la reconnaissance, l'autonomie et la responsabilité de la profession infirmière dans le système de soins. En 2008, des élections seront organisées pour constituer les différents conseils de cette nouvelle instance.

Qu'est-ce qu'un ordre professionnel ?

Chaque ordre professionnel est chargé de veiller au maintien de l'éthique et de la déontologie de la profession.

L'ordre se charge également de représenter les professionnels sur les plans administratif et juridique.

Quelles sont les missions de l'ordre infirmier ?

L'ordre infirmier veille au maintien des principes d'éthique, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier.

Dans le cadre de ses principales missions, il doit élaborer un code de déontologie.

Il participe au suivi démographique des professions infirmières et étudie l'évolution de leurs effectifs, pour répondre aux besoins de santé de la population.

L'ordre est également consulté par le ministère chargé de la santé sur les projets concernant l'exercice professionnel et associé, par la haute autorité de santé, à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers ainsi qu'à leur évaluation.



Les conseils départementaux représentent l'ordre national à l'échelon du département. Placés sous son contrôle, ils assurent la représentation de la profession et ont pour mission l'inscription des personnels au tableau de l'ordre. Ils assurent « une mission de conciliation en cas de litige entre un patient et un professionnel, ou entre professionnels ».

Quelle est la composition de l'ordre infirmier et de ses différentes instances ?

L'ordre infirmier se décline en 3 niveaux : les conseils départementaux, les conseils régionaux et le conseil national. Chaque conseil comprend 3 collèges :

- le collège représentant les infirmiers du secteur public ;
- le collège représentant les infirmiers salariés du secteur privé ;
- le collège représentant les infirmiers exerçant à titre libéral.

Le nombre des membres des conseils départementaux et régionaux est déterminé, pour chaque collège, en fonction du nombre d'infirmiers en exercice dans les départements et les régions.

Le conseil national de l'ordre infirmier comprendra 52 membres, élus par les membres titulaires des conseils régionaux et répartis par collèges : 12 représentants les infirmiers libéraux, 16 infirmiers salariés du secteur privé, 24 infirmiers du secteur public (et autant de suppléants).

L'ensemble des conseillers sont élus pour 4 ans, renouvelés pour moitié tous les 2 ans.

Qui est concerné par la création de l'ordre infirmier ?

Désormais, les 480 000 professionnels infirmier professionnels infirmiers, salariés des secteurs public et privé et exerçant à titre libéral, seront

Date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au conseil national de l'ordre des infirmiers

- la date des élections aux **conseils départementaux** de l'ordre des infirmiers est fixée au **24 avril 2008**
- la date des élections aux **conseils régionaux** de l'ordre des infirmiers est fixée au **25 juillet 2008**
- la date des élections au **conseil national** de l'ordre des infirmiers est fixée au **25 novembre 2008**

représentés par l'ordre infirmier. Cet effectif est nettement supérieur à celui des médecins (206.000), des pharmaciens (68.000), des sages-femmes (17.000), des masseurs-kinésithérapeutes (61.000) ou des pédicures-podologues (11.000), déjà organisés en ordres professionnels.

Pourquoi voter pour les élections à l'ordre infirmier ?

Les enjeux sont clairs : offrir, par le biais d'une participation électorale importante, une représentation de la profession infirmière lui permettant de jouer pleinement son rôle d'interlocuteur direct des pouvoirs publics.

Qui peut voter pour les élections à l'ordre infirmier

Tous les infirmiers enregistrés dans le répertoire Adeli, géré par les Ddass*, peuvent élire leurs représentants à l'ordre, sous réserve d'y être inscrits depuis au moins 2 mois avant le scrutin.

Au printemps 2008, vous pourrez élire, au niveau départemental :

- des conseillers représentant le secteur public si vous êtes fonctionnaire et agent contractuel de la Fpe, de la Fpt ou de la Fph,
- des conseillers représentant les salariés du secteur privé si vous êtes titulaire d'un contrat de travail de droit privé, y compris des établissements Psph,
- des conseillers relevant du secteur libéral si vous exercez vous-même à titre libéral.

Comment vont se dérouler les élections aux différentes instances de l'ordre infirmier

Le vote pour les 3 scrutins - départemental, régional et national - sera exclusivement électronique, par le biais d'un site internet sécurisé.

- Dans chaque département, les infirmiers enregistrés dans le répertoire Adeli recevront une convocation et toutes les indications nécessaires pour accéder au site internet de vote, pour élire les conseillers départementaux (titulaires et suppléants) de leurs collèges respectifs.
- À leur tour, les conseillers départementaux éliront, dans les mêmes

conditions, les conseillers régionaux (titulaires et suppléants) de leurs collèges respectifs.

- Enfin, les conseillers régionaux éliront les conseillers nationaux (titulaires et suppléants) de leurs collèges respectifs.

Une fois élus, les représentants des différents conseils éliront leurs bureaux et leurs présidents.



À retenir pour participer aux élections

L'organisation des élections des conseils de l'ordre national infirmier, d'une grande ampleur, concerne 480.000 professionnels.

La réussite de cette opération rend indispensable la mise à jour du répertoire Adeli, qui doit servir de base à l'élaboration des listes électorales.

Cette mise à jour nécessite que les infirmiers s'inscrivent au répertoire Adeli ou régularisent leur situation, au plus tôt, auprès de la Ddass* de leur secteur.

Vérifiez au plus tôt auprès de la Ddass* de votre secteur que vous êtes enregistré(e) dans le répertoire Adeli, afin de pouvoir voter et, éventuellement, faire acte de candidature aux élections.

* Coordonnées des Drass et des Ddass disponibles sur www.sante.gouv.fr

Contact : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), sous-direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers (P)



Elections professionnelles

les infirmières s'imposent

Tous les 4 ans les établissements publics de santé doivent organiser les élections des représentants du personnel inscrits sur des listes proposées par différentes organisations syndicales.

Au regard de l'évolution de la jurisprudence dans ce domaine, notre syndicat répond dans les faits aux critères de représentativité définis dans l'article L.133-2 du Code du travail.

Par ailleurs, la CNI s'inscrit parfaitement dans la notion de critère d'influence qui combine l'audience et l'indépendance comme l'a récemment souligné la Cour de Cassation. La représentativité de la CNI doit être considérée en fonction de sa spécificité, comme le sont 2 autres organisations syndicales au sein du CSFPH.

Depuis les élections professionnelles d'octobre 2003 le décompte

Petit rappel historique

La CNI évoluant en 1991 comme organisation syndicale professionnelle présente depuis les élections professionnelles de 1992 des listes de candidats pour la filière infirmière. Elle a décidé de faire entendre la voix des infirmières dans les instances des hôpitaux où sont créées des Coordination Nationale Infirmière locales. Malgré les difficultés rencontrées, elle obtient des résultats satisfaisants. Majoritaire aux résultats de la catégorie infirmière, la COORDINATION NATIONALE INFIRMIERE est alors reconnue représentative par la Direction des Hôpitaux.

En 1995, suite à une enquête de représentativité, Madame Simone VEIL reconnaît la CNI et l'intègre au Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (CSPPM)

En octobre 1996, 2^{ème} élections professionnelles pour la CNI. Le gouvernement a modifié les règles (nombre moyen de voix), sous la pression d'autres organisations syndicales. Ce nouveau mode de calcul qui revient à compter chaque voix IDE pour ¼ de voix défavorise la CNI.

Elections 2000, Madame Martine AUBRY exclu la CNI du Conseil Supérieure des Professions Paramédicales ce qui induit le rejet de la représentativité des infirmières sans autre forme de procès !

des suffrages revient à la normalité au niveau départemental et local c'est-à-dire 1 voix IDE = 1voix, mais le nombre moyen de voix est resté appliqué au niveau national empêchant ainsi la CNI d'accéder au CSFPH.

**Des infirmières
représentants
des infirmières,
c'est ça la CNI.**

A l'heure où la profession se dote d'un Ordre National Infirmier pour s'imposer, se structurer et s'émanciper, le taux de syndicalisation des professionnels infirmiers reste très faible, et pourtant...

Les professionnels infirmiers gagneraient à se fédérer par l'intermédiaire d'une structure syndicale entièrement professionnelle :

- Négocier et défendre nos salaires, nos conditions de travail, être réellement rémunéré pour la qualité de notre travail, la compétence qu'il demande et la pénibilité qu'il induit.
 - Dénoncer les supercheries de quelques « bons samaritains » ou devrais-je dire plutôt quelques irréductibles mandarins qui pour un pouvoir éphémère n'hésitent pas à prôner les multiples qualités et capacités des infirmières quand il s'agit de leur transférer si bonnement des tâches (qu'elles font déjà par ailleurs et très bien) les empêchant de se libérer pour des fonctions plus élevées.
 - Dénoncer la participation de l'Etat dans ce scénario bien ficelé et bien avancé car en retour c'est une économie conséquente pour les dépenses de santé.
- Le même service, presque de meilleure qualité, à moindre coût car on le sait tout le salaire d'une bonne IDE à tout faire traverse le temps sans jamais évoluer.
- Bouger quand cela nous semble

nécessaire, quand nous voulons dénoncer des politiques de santé qui vont à l'encontre de la sécurité des soins, de la qualité des soins et de la déshumanisation des soins.

- Argumenter sur des propositions concrètes, viables et fiables avec comme atout nos pratiques professionnelles, notre sens de l'organisation des soins avec toute la dimension humaine qui est nécessaire dans l'acceptation du soin.
- Se fédérer autour d'une organisation syndicale infirmière pour nous même, pour ne plus être les éternels oubliés des organisations syndicales pluri-catégorielles nous donnant en pâture aux différents ministères afin d'obtenir quelques « petits sous » pour les autres. Allez donc savoir pourquoi ? Mais peut-être parce que les infirmières ne veulent pas de ces représentants là ! Parce qu'elles ne se reconnaissent pas dans leurs discours stériles !

Dans tout les sens du terme, compter réellement dans le paysage de la Santé Publique, ne pas rester seulement les auxiliaires médicaux voulus par quelques-uns mais de véritables collaborateurs que nous sommes.

Un équilibre représentatif entre l'Ordre National des Infirmiers et des Syndicats Professionnels Infirmiers pourrait être la clé de la reconnaissance infirmière.

Josepha GUARINOS ■
Vice-Présidente CNI

Lorsque la CNI est présente

La CNI avance malgré les embûches de tout genre et de toute part, et 2003 comme 2007 sont des élections professionnelles qui hissent les CNI locales en tête de représentativité dans les établissements où elles ont pu s'implanter.

Les infirmières réussissent et sont élues dans les différentes instances de nos institutions publiques mais aussi dans quelques établissements privés.

La reconnaissance de leurs pairs s'impose à tout le monde hospitalier par la victoire des listes CNI confirmant le choix des soignants pour une organisation syndicale professionnelle. **L'augmentation du nombre de siège pourvu dans les instances ainsi que les sièges d'administrateurs obtenus par la CNI prouvent que les professionnels infirmiers savent prendre la parole, et les messages qu'ils font passer sont à la hauteur des attentes de toute une profession**, localement mais également nationalement.



Rêve ou réalité ?

Améliorer l'attractivité et les processus de fidélisation pour les professionnels de soin

Évoquer l'épuisement professionnel des soignants face à une direction d'établissement n'est pas chose facile pour un représentant du personnel et pourtant....

Lorsque nous sommes contactés, interrogés sur les modalités de démission, mutation et que l'on écoute ces soignants sur le départ le constat s'impose !

Notre perception, notre conviction, la plus forte soit elle ne suffit pas. Il nous faut argumenter, patiemment apporter la preuve et le bien fondé.

Localement, dans nos établissements, nous devons affirmer notre rôle en instance et notamment au sein des CHSCT (Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail). Plus largement, il faut obliger les pouvoirs publics à une réelle réflexion, induire une réelle volonté d'améliorer nos conditions de travail.

Depuis la mise en place de la nouvelle gouvernance et la réforme budgétaire T2A, nous sommes de fait entrés dans l'ère de la rentabilité ; la gestion hospitalière se rapproche singulièrement d'une gestion d'entreprise. Si l'on suit cette évolution, pourquoi devrait-on admettre comme inconcevable l'idée de s'interroger sur le bien

être du soignant ?

Nombre d'entreprises ont acté qu'il est rentable de conduire une politique RH dynamique, d'améliorer la vie au travail et d'induire ainsi une réduction significative des arrêts maladie allant même jusqu'à constater ensuite des gains de productivité...

A quand doit-on remettre la possibilité d'envisager la prise en compte de l'ergonomie de nos postes de travail comme une potentielle source d'économie ?

Nathalie DEPOIRE ■
Vice-présidente CNI

Un regard d'expert

l'avis du Dr Madeleine ESTRYN-BEHAR, médecin du travail, référente étude PRESST

Le secteur sanitaire et social public est confronté à une vague de départs à la retraite sans précédent de ses personnels, auquel il lui faut **trouver des réponses en termes d'attractivité et de fidélisation pour professionnels.**

En effet, le constat actuel, validé par de nombreuses études, démontre un renouvellement massif des populations de la vie hospitalière. De ce fait, l'attractivité du secteur public hospitalier et médico-social va devenir un enjeu majeur des renouvellements massifs des populations hospitalières. Les jeunes générations ont une relation au travail différente.

L'insuffisance de travail d'équipe est l'un des déterminants majeurs d'arrêts maladie, de la crainte de commettre des erreurs dans les soins et de la survenue d'événements violents.

La rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée s'explique, en grande partie, par la flexibilité des horaires et des affectations, et elle entraîne fréquemment l'intention de changer d'établissement.



**Docteur Madeleine
ESTRYN-BEHAR**

Quant aux départs prématurés, ils sont particulièrement influencés par les déficiences du travail d'équipe et l'épuisement émotionnel. Le mal être des soignants est réel. Pourtant, la plupart d'entre eux ont choisi leur métier par vocation et se disent fiers de leur profession.

L'ampleur et la représentativité de l'échantillon du projet PRESST-NEXT ont permis un traitement exhaustif des facteurs d'insatisfaction, mais aussi des motifs de satisfaction.

Au travers de la comparaison avec neuf autres pays européens, il apparaît, que de meilleures conditions de travail sont réalisables sans engendrer de coûts budgétaires excessifs.

Cette analyse comporte également un volet longitudinal, qui nous a autorisé à affirmer des liens de causalité entre les différents facteurs de risque et l'intention d'abandonner la profession.

Nul doute qu'une mise en œuvre des préconisations, de façon réaliste à l'échelon local, améliorerait l'attractivité et le processus de fidélisation des professionnels de soins dans les établissements.

Axes proposés en faveur des personnels et des établissements

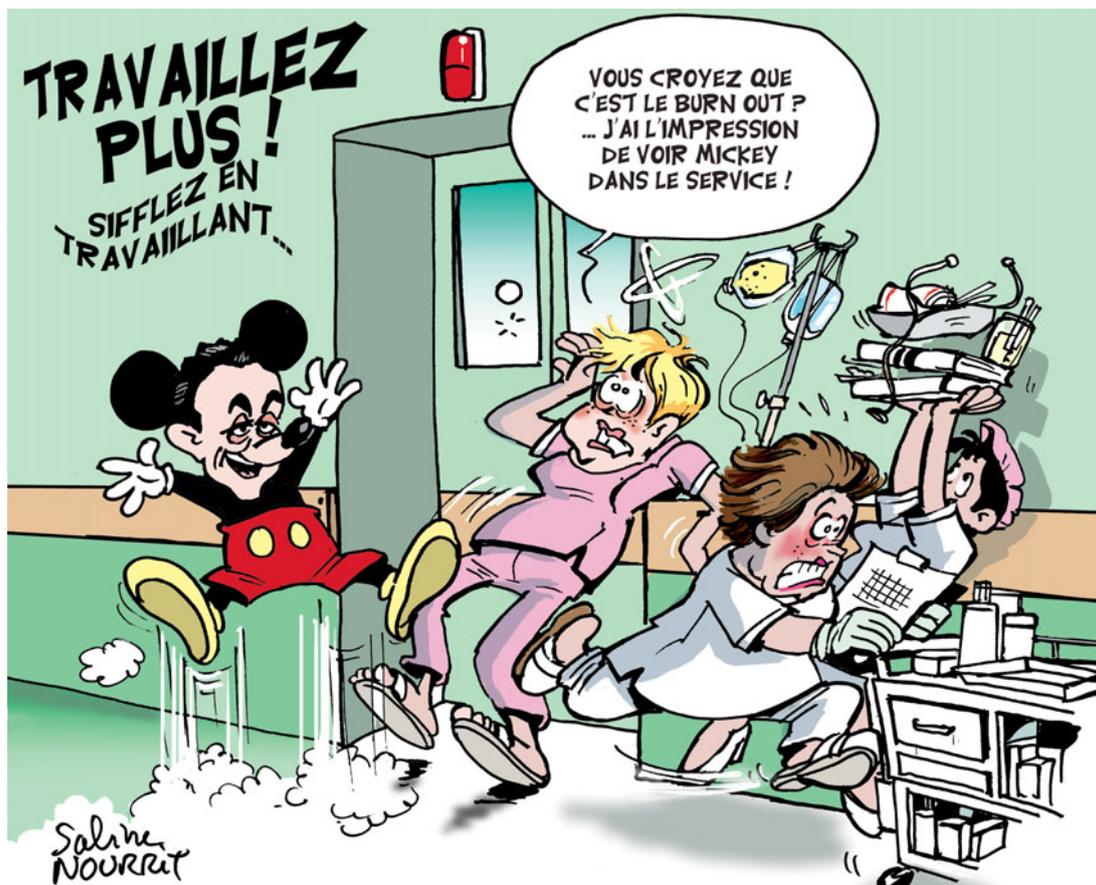
Agir pour :

A) Prévenir les troubles psychologiques

Exposé des motifs : L'étude Presst-Next, ayant porté sur un large échantillon représentatif des soignants de 10 pays européens dont la France, a mis en évidence que l'insuffisance du travail d'équipe et de communication, la faiblesse des transmissions entre équipes successives, les possibilités insuffisantes de construire des relations interprofessionnelles de qualité incluant une reconnaissance des compétences de chacun, y compris par le corps médical, étaient liés à une forte augmentation des troubles psychologiques, du burn-out et des départs prématurés des professionnels de soins.

La crainte des erreurs, l'exposition à la violence sont plus fréquentes lorsque les insuffisances précédentes sont observées.

Le déséquilibre vie professionnelle / vie personnelle contribue à l'aggravation des tensions et aux difficultés qu'éprouvent les soignants pour se ressourcer. ●●●



Axes à mettre en œuvre : Ce projet cherche à clarifier les objectifs précis, dans les établissements participants, pour agir en faveur de la diminution de troubles psychologiques et des risques psychosociaux qui influent sur leur survenue.

- a) Améliorer le travail d'équipe pluridisciplinaire et la circulation de l'information.
- b) Améliorer le soutien psychologique face à la maladie, l'association du malade à son projet de soin et la fin de vie, l'accompagnement des malades et des familles.
- c) Répondre au besoin de reconnaissance des compétences.
- d) Améliorer l'environnement et le cadre de vie des personnels.
- e) Concilier l'équilibre " vie professionnelle / vie personnelle ".

B) Réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS)

Exposé des motifs : L'étude Presst-

Next a également mis en évidence que la pénibilité physique (postures debout prolongée, postures pénibles et manutention), ainsi que l'insuffisance du travail d'équipe et de communication étaient liés à une forte augmentation des arrêts maladie.

Axes à mettre en œuvre : Ce projet cherche à clarifier les objectifs précis, dans les établissements participants, pour agir en faveur de la diminution des troubles musculo-squelettiques et des risques physiques et psychosociaux qui influent sur leur survenue.

- a) Améliorer l'espace de travail et les équipements.
- b) Comprendre les difficultés d'usage des équipements de protection en liant les possibilités d'usage et l'organisation du travail.

A) Axe pour répondre au besoin de reconnaissance des compétences :

- 1 Pouvoir démontrer que les réalisations, les pratiques de travail et la personne du soignant sont appr-

ciées à leur juste valeur par des temps de discussion et d'élaboration collective multidisciplinaire.

- 2 Favoriser le partage des connaissances de façon pluridisciplinaire (champ commun) et la reconnaissance d'un territoire propre, d'une compétence particulière (champ spécifique) pour chaque métier.
- 3 Reconnaître une autonomie professionnelle des soignants sur leur champ spécifique.
- 4 Améliorer l'influence des soignants sur l'organisation des soins (comment les réaliser, le meilleur moment...).
- 5 Permettre le développement de la recherche infirmière et la « production d'un savoir » sur les pratiques de nursing et d'éducation.
- 6 Développer les postes de « soignant référent », « tuteur » et « expert » pour des soignants expérimentés et reconnus par leurs pairs (le tutorat aide soignant peut être expérimenté aussi bien que le tutorat infirmier).

Assurances Privées et Professionnelles



MACSF. Un nom difficile à retenir,
des assurés faciles à reconnaître.

Un assuré MACSF est un assuré heureux, et cela se voit. D'abord parce qu'il retrouve en nous les valeurs de professionnalisme, d'écoute et d'engagement qui l'animent chaque jour dans l'exercice de son métier. Ensuite parce qu'il sait que nous créons pour lui les produits qui correspondent à ses besoins. Car notre Conseil d'Administration représente les différentes spécialités du monde de la santé. Et c'est ainsi depuis plus de 70 ans.

Pour contacter la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français :

www.macsf.fr



* 0,10 € maximum la minute depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Ceux qui se consacrent
à la santé des autres ont besoin
que l'on se consacre à eux.



- 7 Reconnaître le besoin d'équilibrer vie personnelle et vie de travail et augmenter l'influence des soignants sur leurs horaires et plannings de travail.

B) Axe pour prévenir les troubles psychologiques :

- 1 Favoriser la concertation et le soutien psychologique pour un meilleur travail d'équipe, permettant un bon accompagnement des malades.
- 2 Promouvoir une meilleure transmission des informations entre paramédicaux et médecins pour réduire le risque d'erreur.
- 3 Organiser des temps de chevauchement entre équipes successives avec des objectifs définis (formation, discussion d'organisation, réunions cliniques, groupes de parole...) pour avoir le temps de constituer de vrais « collectifs de travail ».
- 4 Faciliter le soutien et la proximité des cadres pour que tous les réaménagements et réorganisations prennent bien en compte la réalité du terrain.
- 5 Développer le tutorat, le compagnonnage et l'expertise soignante pour accueillir et sécuriser les nouveaux et valoriser la compétence et l'expérience des plus anciens.
- 6 Concevoir une architecture qui valorise les besoins réels (pour la discussion au calme la préparation non interrompue des soins et pour des

rangements réduisant la perte de temps) et non pas une « architecture d'enveloppe ».

- 7 Favoriser les perspectives professionnelles pour l'ensemble des agents de tous grades.

C) Axe pour réduire les troubles musculo-squelettiques (TMS) :

- 1 Réduction des exigences physiques du travail (postures et manutention) - sièges assis debout dans les postes et - rangements à hauteur de confort.
- 2 Une architecture qui valorise les besoins réels, en terme de dimensions, de proximités et d'aménagement, et non pas une « architecture d'enveloppe ».
- 3 Des choix intégrant la sécurité, comme des revêtements de sols à coefficient de glissance faible et absorbants phoniques...
- 4 Des bancs d'essai de matériel adaptés à la vie hospitalière.
- 5 Des analyses coûts/avantages intégrant la qualité de vie au travail, comme l'ont fait les Québécois avant de généraliser, en long séjour, les lèves malades sur rails au plafond.
- 6 Plus de soutien et de proximité des cadres pour choisir des équipements adaptés au travail.
- 7 Des temps de chevauchements entre équipes successives avec des objectifs définis (formation, discussion d'organisation, staffs...) pour améliorer

le partage des informations sur le malade, réduire les interruptions et permettre ainsi l'installation confortable pour préparer, administrer les soins et éduquer le malade.

D) Axe pour concilier l'équilibre « vie professionnelle / vie personnelle » :

- 1 Modifier les horaires les plus incompatibles avec la vie personnelle ou les compenser, privilégier des organisations du travail qui rendent le soin plus efficace tout en respectant l'équilibre vie personnelle/ vie familiale.
- 2 Le respect des connaissances chronobiologiques et la compensation des pénibilités spécifiques.
- 3 Plus de soutien et de proximité des cadres pour associer les agents à la détermination de leur planning et éviter les changements de dernière minute.
- 4 Des temps de chevauchements entre équipes successives avec des objectifs définis (formation, discussion d'organisation).

E) Axe pour améliorer l'environnement et le cadre de vie des personnels :

Une aide au logement, à la garde d'enfants et à la pratique sportive et aux loisirs pour réduire le stress, améliorer l'hygiène de vie et permettre aux soignants d'être des éducateurs de santé convainquants car ayant pour eux-mêmes une bonne hygiène de vie.

Madeleine ESTRYN BEHAR ■
Médecin du travail - APHP

1^{er} FORUM INFIRMIER de BEZIERS

Organisé par la Coordination Nationale Infirmière

BEZIERS 5 JUIN 2008

◆ **Burn-Out**

◆ **Satisfaction au travail ou
abandon du métier de soignants**

◆ **Actualité et évolution de la profession**

Renseignements et inscriptions : Melle BIARD et M. AUDOUY

Tél : 04 91 74 50 70 Fax : 04 91 74 61 47 GSM : 06 21 58 31 87 email : afiorg@hotmail.fr



Votre
mensuel
hospitalier



Vivant



Passionnant



Varié

Il ressemble à votre vie, le premier magazine gratuit dédié au personnel hospitalier.

À l'hôpital, vous faites un métier formidable, mais surtout, vous faites formidablement votre métier. A vos côtés au quotidien, la MACSF est bien placée pour le savoir. « La Pause », magazine gratuit totalement dédié aux personnels des établissements hospitaliers publics et privés, vous propose de découvrir et partager les témoignages et les expériences de vos collègues partout en France. Informations, expériences vécues mais aussi divertissement, notre magazine est le vôtre.

Chaque numéro est disponible en relais H la 3ème semaine de chaque mois ou par commande : Rédaction de La Pause des Hospitaliers - MACSF - 10, cours du Triangle de l'Arche - TSA 40 100 - 92919 La Défense Cedex.

Pour contacter la Mutuelle d'Assurances des Professionnels de la Santé :

<http://hospitaliers.macsf.fr>



3233*

* 0,10 € maximum la minute depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Ceux qui se consacrent
à la santé des autres ont besoin
que l'on se consacre à eux.



I^{er} FORUM INFIRMIER de BEZIERS

Organisé par la Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



◆ Burn-Out



◆ Satisfaction au travail ou abandon du métier de soignants

◆ Actualité et évolution de la profession

BEZIERS 5 JUIN 2008

Palais des Congrès - 29, avenue Saint Saëns - 34500 Béziers

Renseignements et inscriptions : Melle BIARD et M. AUDOUY
Coordination Nationale Infirmière 270 Bd de Ste Marguerite I3009 Marseille
Tél : 04 91 74 50 70 Fax : 04 91 74 61 47
GSM : 06 21 58 31 87 email : afiorg@hotmail.fr

Pré-Programme

- | | |
|---|--|
| 8h30 : Accueil des participants | 12h30 : Pause déjeuner libre |
| 9h00 : Cérémonie d'ouverture | 14h00 : Actualité et évolution Professionnelle
LMD : Intégration dans un cursus universitaire
par Mme Rothier Bautzer : Maître de conférence
Université Paris 5 René Descartes |
| 9h15 : Burn-out : Satisfaction au travail ou abandon
du métier de soignant par Madeleine Estryn-Behar
Praticien Hospitalier Service de Santé au travail à l'AP-HP. | 15h00 : Intervention d'un directeur d'IFSI |
| 10h30 : Impact du Burn-Out sur la pratique hospitalière
par Michel Juncas DGRH Béziers | 15h45 : Position de la CNI, Syndicat Professionnel. |
| 11h15 : Témoignage d'une IDE victime d'un Burn-Out
par Anne-Marie Soler IDE AP-HM | 16h00 : Débat |
| 11h30 : Débat avec la participation
de Catherine Bridel Psychologue CH Béziers | 16h30 : Discours de clôture |



Pré-Inscription Forum Infirmier de Béziers

Professionnels soignants 10 € Etudiants en IFSI 5 €

Nom..... Prénom.....

Adresse.....

Code Postal..... Ville.....

Tél..... Email.....

Mode de paiement chèque

A retourner à l'adresse suivante : Coordination Nationale Infirmière - Association Forum Infirmier
270 boulevard de Sainte-Marguerite - I 3009 MARSEILLE



Pour en finir

une bonne fois pour toute avec l'histoire

L'histoire se répète, se poursuit, la profession d'infirmière ne semble pas se soustraire à cette vérité.

Le métier de soignant est l'un des trois « métiers impossibles » (selon M. FAIN, 1986) dont parle FREUD : les deux autres étant : éduquer et gouverner.

Depuis plusieurs années, les médias abordent le malaise dans les hôpitaux, les interviews de professionnels de santé montrent la charge de travail morale et physique qui pèse sur les infirmiers. Le rythme de travail s'intensifie, la parcellisation des tâches s'est peu à peu instaurée, manque d'effectifs, de moyens. L'une des conséquences de cette situation a été une perte progressive du sentiment d'utilité des actions entreprises par les soignants, voire une perte du sens de leurs missions. Le phénomène s'aggrave d'année en année créant un climat de tension et d'insatisfaction, il est augmenté par des pratiques et des représentations sociales qui « sont en effet en pleine évolution et se modifient progressivement et qui devraient

affecter leurs représentations. » J.C. ABRIC (2003, p83, 84)

Les soignants sont pourtant les mieux à même de mener une réflexion autour de la conception du soin de par leur proximité des patients, ce sont eux les témoins privilégiés, ceux qui engrangent de par leurs multiples expériences des savoirs ou compétences, si riches d'enseignements mais si difficiles à partager.

La formation des infirmiers se fait, en partie, par leurs pairs. La circulaire du 9 décembre 1992 préconise la mise en place du tutorat pour favoriser l'ap-



propriation du métier d'infirmier. Les enjeux sont importants, nous préparons les soignants de demain. Devenir un soignant reconnu, apprécié voilà deux objectifs importants, mais sont-ils atteints ?

Pour essayer de comprendre pourquoi les infirmiers tardent à prendre en charge l'avenir de leur profession, il nous est apparu intéressant de retracer l'histoire de la femme dans notre société et l'histoire de la femme soignante.

L'histoire de la profession des soignants

La profession de soignant est à l'origine un métier de femme, depuis que l'homme existe la femme soignante joue son rôle pour permettre la pérennité de l'espèce.

La femme soignante donne des soins qui se tissent autour de la vie, soins aux accouchées, aux enfants mais aussi aux malades et aux mourants. Les soins au corps blessés à la guerre sont donnés par les hommes, en effet, les femmes ne « font pas la guerre » ! L'origine de la profession est double, sage-femme mais aussi guérisseuse. Sage-femme car elle aide les accouchées. Guérisseuse car elle vit proche de la nature, observe les modifications, par tâtonnement au début puis par déduction ensuite elle crée des remèdes, des potions qui soulagent et guérissent. La transmission du savoir n'était qu'orale, elle ne savait souvent ni lire ni écrire. Mais grâce à son observation et sa recherche, elle accumule un grand savoir qui lui confère un pouvoir considérable de vie et de mort sur les êtres humains.

L'Eglise perçoit ce pouvoir comme une menace, la chasse est lancée contre ces guérisseuses qui seront alors appelées des sorcières. S'installe alors une nouvelle conception du soin qui dénie inter-relation corps et esprit. Le corps doit connaître la souffrance et la douleur pour expier des fautes. Les religieuses prennent en charge les malades, sans connaissances, elles appliquent les consignes des médecins eux même accompagnés par des prêtres. Au 19^{ème} siècle, ces religieuses dévouées ne coûtent rien car elles sont au service de Dieu. Aujourd'hui encore les soins infirmiers naviguent entre la valeur d'usage et le don, ce qui entrave la reconnaissance sociale et économique du service infirmier.

Le terme infirmière est utilisé pour la première fois au 19^{ème} siècle pour le personnel de l'Assistance Publique de Paris reléguant le terme de garde-malade. Le Dr Bourneville demande un texte législatif.

Jusqu'au 20^{ème} siècle les soins contribuent à maintenir et à entretenir la vie, l'infirmière est aidante, elle devient une auxiliaire médicale car les méde-

cins ont besoin d'aide face aux découvertes du début du siècle. L'infirmière doit apprendre à servir le médecin.

Le décret du 22 juin 1922 crée le brevet de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'état français, c'est le début de la professionnalisation mais ce brevet n'est pas obligatoire. MF. COLLIÈRE (1982) explique que plus le geste, les techniques se spécialisent, plus les médecins en profitent pour déléguer ou déléguer aux infirmières des actes que l'évolution rend de plus en plus accessoires, ou de moins en moins nobles comme la prise de la température, la pose de cataplasme... En 1946, la loi rend obligatoire l'obtention du diplôme d'état pour exercer la profession d'infirmière, en 1949, et apparaît alors le terme aide-soignant ce sont d'anciennes infirmières non diplômées. L'homme soignant est présent lui aussi, surtout en psychiatrie qui ne sait ouvert aux infirmières qu'avec l'arrivée des neuroleptiques.

De nombreux programmes de formation se succèdent permettant aux infirmières de développer leurs connaissances, une compréhension et une surveillance des soins. On ne parle pas encore de soins infirmiers, mais de soins donnés par des infirmiers qui ont alors un rôle purement d'exécutants : soumission et obéissance aux médecins sont absolument requis pour exercer ce métier. Il semble y avoir dès lors une coalition d'intérêts entre le pouvoir médical et les revendications d'autonomie d'une profession en quête d'identité.

Le premier texte qui mentionne le terme de Soins Infirmiers est une circulaire du 31 juillet 1975, on y trouve la définition des soins infirmiers, de la fonction, de l'encadrement des professionnels. Ce texte n'est pas apparu au Journal Officiel ni au Bulletin Officiel. En 1978 le nouveau programme prévoit trois ans de formation, et la reconnaissance d'un rôle propre, mais aucune équivalence universitaire, ce qui est demandé, aujourd'hui encore, par les infirmiers. En 1992, nouveau programme avec un diplôme d'infirmier unique.

Pourquoi le diplôme d'état d'infirmier qui leur permet d'exercer leur profes-

sion ne pourrait-il pas être reconnu comme bac +3 ? Différence de qualification. Différence de reconnaissance. Différence de salaire.

Enfin 2006, un espoir de reconnaissance ! En effet, d'une part la création d'un Ordre Infirmier qui aura la responsabilité d'élaborer un code déontologique, de défendre les intérêts de la profession et sera l'interlocuteur des pouvoirs publics et d'autre part, une réflexion avec les différents partenaires sociaux et professionnels sur une licence en soins infirmier.

Une formation universitaire conforterait les assises de la carrière professionnelle, développerait le champ de compétences professionnelles ainsi que sa valorisation sociale et économique.

Le statut des infirmiers reste ambigu, avec d'une part un rôle propre spécifique, réglementé par les textes et dans les discours infirmiers, et d'autre part une autonomie professionnelle très peu marquée dans la pratique.

La place de la femme dans la société française

Le métier d'infirmière est principalement exercé par des femmes, nous ferons un petit détour par l'histoire de notre société.

Avant la loi Le Chapelier en 1791, qui a interdit toute corporation, la formation se traduisait par le compagnonnage, les ouvriers recevaient une formation professionnelle mais pas ou peu d'enseignement général, quand il existait, il se devait de prôner la soumission à la bourgeoisie. Suite à la Loi Le Chapelier, au début de l'industrialisation et au développement des manufactures, le travail se libéralise et la formation professionnelle disparaît.

C'est au 18^{ème} siècle que l'idée d'éduquer le peuple pour une plus grande équité, et pour défendre des valeurs démocratiques, prend corps. En grand défenseur, Condorcet proposa devant l'assemblée législative en 1792 un projet d'organisation de l'enseignement. Ce dernier devait assurer le bonheur et l'épanouissement de chaque individu et devait s'inscrire dans une dimen-

sion de valeurs humaines. Pour que les hommes soient politiquement égaux ils devaient être éduqués. C'est pour ces raisons que l'éducation devait être prise en charge par l'Etat. Elle devait être gratuite, laïque et non obligatoire pour respecter la liberté démocratique. Pour diverses raisons le texte n'a pas pu être adopté.

Les premières lois concernant l'école élémentaire apparaissent donc en 1794. Il n'y a pas d'obligation, des souhaits sont formulés mais l'organisation ne suit pas.

En 1833, les lois Guizot et Falloux obligent les communes à ouvrir des écoles primaires, accessibles aux garçons mais aussi aux filles. L'accès à l'éducation et à la formation va donc commencer à se développer. Cette volonté d'égalité des chances sera encouragée par les philosophes et les mouvements syndicaux ouvriers.

Privée de droits, la femme doit rester à la maison et se préparer dès l'enfance aux tâches domestiques. C'est au sein du foyer qu'elle a un rôle à tenir, en premier lieu celui de servir son mari, d'être une épouse et une mère modèle. La majorité des conseils adressés par les pédagogues de cette époque aux jeunes filles est de rester soumises à leur mari. Pour éviter paganisme, hérésies et sorcellerie, les jeunes filles reçoivent un rudiment d'éducation dispensée par l'Eglise.

Avec les changements économiques et techniques liés à la première révolution industrielle, les femmes sortent de la maison et intègrent timidement puis de manière plus affirmée le monde du travail. En France, en 1866, 1.269.700 femmes travaillent dans l'industrie, essentiellement dans les entreprises textiles et alimentaires. Au 20^{ème} siècle, la première guerre mondiale et, dans une moindre mesure, la seconde jouent un rôle important dans cette promotion. A la fin de l'année 1917, les françaises représentent 40% du personnel de l'industrie et du commerce. Mais l'inégalité professionnelle et salariale reste la norme, les femmes perçoivent en moyenne une rémunération deux fois inférieure à celle des hommes on parle de salaire de « complément ». En 1924, l'uniformisation de l'enseignement secondaire des filles et des garçons en matière de contenu, de

durée, d'horaires et de diplômes marque une étape importante sur le chemin de la mixité. Cependant, l'enseignement mixte n'est introduit que tardivement dans le système scolaire français. Adoptée surtout pour des soucis d'organisation et de rentabilité, la mixité est décrétée en 1957 (circulaire du 3 juillet 1957 sur le fonctionnement des premiers établissements mixtes).

Mais les inégalités persistent, en effet, une convention interministérielle a ainsi été signée le 25 février 2000 entre notamment, le ministère de l'éducation nationale, le ministère de l'emploi et de la solidarité et le secrétariat d'état aux droits des femmes et la formation professionnelle, destinée à « promouvoir l'égalité des chances entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes, dans le système éducatif », cette convention fixe trois objectifs : améliorer l'orientation scolaire et professionnelle des filles et des garçons, promouvoir une éducation fondée sur le respect mutuel des deux sexes ; renforcer les outils de promotion de l'égalité et la formation des acteurs.

C'est dans ce contexte de représentation de la femme que des étudiants se proposent de devenir infirmier et que l'infirmier essaie d'évoluer. Rappelons, en effet, que la formation infirmière compte 87,7% de femmes.

L'émergence de la profession d'infirmière donne à voir toutes les ambiguïtés. Soigner était une tâche domestique.

Un espoir

En effet, en 1978, un nouveau programme de formation est proposé avec un temps de formation de trois années. L'objectif principal énoncé, était l'uniformisation des diplômes à l'Europe.

Mais la profession ne se voit pas accorder l'équivalence tant souhaitée. Les infirmiers qui veulent poursuivre des études universitaires sont contraints de demander une équivalence pour les débiter au niveau licence.

La non reconnaissance des diplômes du Ministère de la Santé par le Ministère de l'Education Nationale cantonne les infirmiers dans leur profession sans grande possibilité d'évolution. ●●●

L'évolution de la médecine développe de nouvelles exigences qui se traduisent par des qualifications, des spécialisations sous forme de diplômes universitaires en soins palliatifs, en hygiène..., mais sans reconnaissance statutaire et salariale.

Dans de nombreux pays, la formation est depuis très longtemps universitaire. Les soins sont dispensés par des professionnels qui ont pris en charge l'avenir de leur profession.

Un espoir est né en 2005, avec les accords de Bologne. En effet, les différents pays d'Europe se proposent d'uniformiser les diplômes. L'organisation proposée est Licence, Master et Doctorat. Cette reconnaissance ouvre, enfin, des portes, d'une part au niveau universitaire, avec la possibilité de poursuivre un cursus universitaire, d'accéder à une recherche en soins infirmiers, mais aussi une reconnaissance statutaire de leur diplôme.

La reconnaissance professionnelle n'est toujours pas acquise, pas plus qu'une augmentation des effectifs ni même une amélioration des conditions de travail. Le manque de reconnaissance se manifeste tant au niveau du cursus universitaire que sur leur rémunération.

La représentation du métier

L'histoire, la condition de la femme dans notre société sont certainement les facteurs clés de la difficulté qu'éprouvent les soignants à construire leur identité professionnelle.

La représentation de leur métier est toujours négative, les conditions de travail se dégradent. **Les soignants essaient de préserver une qualité des soins et ils culpabilisent de ne pouvoir faire mieux, cela perturbe même leur vie personnelle. Les soignants acceptent !**

Les étudiants découvrent parfois en formation ces contraintes. Dans une enquête de la DREES sur les étudiants en soins infirmiers, on peut lire que 20% abandonnent au cours des trois premières années, les études du



Ministère de la Santé précisent qu'un infirmier travaillera 8 ans avant de changer d'orientation.

De plus, une modification des caractéristiques socioculturelles de la population infirmière, en effet, le recrutement ne se fait plus chez les religieuses ou les jeunes filles de bonnes familles. Le monde de la santé se dote de qualificatif de la grande distribution : qualité, produit, client, coût. Ces différents éléments accentuent le malaise. Les écarts entre aspiration collective des définitions officielles et une pratique soignante effective nous conduit à nous interroger sur l'image qu'ont les infirmiers de leur profession. En effet, les pratiques d'un groupe social répondent à la représentation qu'ont ceux-ci de leur profession, si l'image n'est plus en adéquation cela produira à terme une modification de la représentation.

Nous pouvons remarquer que les infirmiers sont toujours imprégnés de l'histoire de la profession de soignant, le manque de reconnaissance est évident, il se concrétise par un diplôme de « branche », ne leur permettant pas l'accès à une filière universitaire, mais aussi par un salaire qui reste en

dessous d'une grille de salaire bac +3, et qui n'est pas représentatif des responsabilités. La mise en place d'un ordre infirmier permettra de rétablir progressivement ce décalage. En effet, les pays qui ont opté pour un ordre infirmier ont vu cette profession se structurer, se développer et s'affirmer.

Nous devons participer à l'évolution de notre métier, de grands projets sont en cours d'élaboration, le nouveau référentiel de formation mais aussi et surtout les nouvelles orientations du métier. Quelles évolutions, mais aussi quelles sont les valeurs auxquelles nous tenons et que nous voulons voir perdurer mais aussi respecter dans une société de plus en plus contrainte par des objectifs financiers.

Comme nous avons pu le lire dans notre exposé, le soignant a toujours subi les contraintes imposées par notre société, enfin aujourd'hui il va pouvoir s'affirmer, s'émanciper, orienter et enfin décider pour sa profession. Il est impératif d'être présent lors de ce rendez-vous du 24 avril 2007, et qu'enfin les infirmiers puissent fixer les orientations du métier d'infirmier de demain.

Laurette MIRA ■

CNI Cavaillon (84)

Formatrice à l'IFAS de Cavaillon

Bibliographie :

- ABRIC J.C., (2003), Pratiques sociales et représentations, Paris, PUF
- COLLIÈRE M.F., (1996), Promouvoir la vie, Paris, Inter édition
- ESTRYN-BEHAR M., (2004), Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant, Etude PRESST-NEXT, avec le soutien de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris
- JOUET LE PORS M., (2006), Évolution des représentations sociales de la profession chez les étudiants infirmiers, cadresante.com
- MARQUIER R., (2005), Les débuts de carrière des infirmiers sortis de formation initiale en 1998, DRESS, Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale.



Soins Infirmiers en santé mentale

les infirmier(e)s en première ligne

Les infirmiers qui œuvrent en santé mentale jouent un rôle prépondérant à l'articulation des champs sanitaire et social. Ils sont ainsi positionnés au cœur des décisions thérapeutiques et des situations de soins.

Le mot est lâché **le champ** ! La santé mentale est un champ d'intervention, un bout de territoire de santé, où, à la faveur d'une situation de détresse, de souffrance, le professionnel vient à la rencontre du souffrant.

Le fait que les infirmiers se déplacent, aillent sur place, positionne la santé mentale en articulation avec la santé publique et communautaire, nous ne sommes plus dans le champ hospitalier mais bien dans un travail d'intervenant à domicile, une sorte de VRP de la santé. ●●●

Bien sur, l'infirmier n'a pas l'apanage de ce territoire, ce champ dans l'absolu ne peut être revendiqué par aucun corps professionnel, par aucune discipline, c'est une zone géographique et démographique, mouvante, qui regroupe des usagers, des citoyens, qui ont besoin que soit activées les compétences des professionnels mis à leur disposition lors de situation de détresse psychique, sociale.

Comment alors travailler dans ce carrefour d'influence complexe

Plusieurs solutions sont d'ores et déjà pratiquées ; sans faire le tour exhaustif de la situation les infirmiers travaillent dans de multiples contextes :

- Soit ils sont dans des structures identifiées ; par exemple au Centre médico- psychologiques ou au CAP 48, structures mises en place dans les politiques de sectorisation psychiatrique.
- Soit ce sont des équipes mobiles, comme par exemple les équipes précarité ou PSY VIH ou encore des équipes situés sur des sites autres qu'hospitaliers, comme par exemple les infirmiers intervenants en prison, en milieu scolaire...

Quelle que soit le choix organisationnel, le but reste identique : travailler à coordonner les efforts de chaque professionnel pour que le parcours du patient soit le plus cohérent possible et l'accès aux structures dont il a besoin ; le plus aisé.

Nous aurions pu à ce stade de développement vous présenter les missions de ces professionnels sur chacun de ces sites d'intervention mais nous avons choisi de partager la question du sens commun de ces actions quel que soit encore une fois l'affectation de ces infirmiers. En d'autres termes quel est le point commun, quelle est l'activité essentielle que ces infirmiers partagent ?

Il semble que le fil d'Ariane, le début de toute action, **soit la mise en place d'un accueil**, avec un grand A. Cet accueil qui peut nous apparaître comme un élément classique, évident, révèle

dans sa pratique toutes les compétences infirmière, que ce soit dans le domaine relationnel mais également dans l'axe de la démarche de soin infirmier et ses compétences cliniques activées dans cette évaluation de la situation. C'est cette expérience que vont développer pour vous, mes collègues présentes aujourd'hui.

Nous insistons sur le fait que le choix de cet axe d'intervention n'est pas neutre ; à l'heure de la tarification à l'activité, de la politique budgétaire drastique, il devient urgent de rendre visible ces soins que nous pratiquons. Certes ces termes ont le don de nous irriter, nous avons autre chose à faire que de fournir du chiffre, les patients nous attendent, il y a des urgences, des priorités etc... mais... C'est à nous de faire cet effort, les politiques vont être de plus en plus sollicités et notamment les élus locaux qui commence à explorer cette dimension mal connue de leur action. Le risque serait grand, de voir des décideurs opter pour des orientations de santé qui seraient dommageables pour notre exercice futur, et notre responsabilité est d'ores et déjà engagée.

Les urgences ou CAP 48

« Bonjour, je m'appelle madame untel, je suis l'infirmière de l'équipe de psychiatrie, je viens vous voir à la demande du médecin des urgences ». C'est ainsi, la plus part du temps que l'infirmière du Cap 48 rencontre les patients. Inutile de rajouter, ne vous inquiétez pas tout va bien, il ne le croit pas puisqu'il est là dans ce box, il sait que son cœur va bien, le médecin le lui a dit, alors qu'est-ce qui cloche ? Car la sensation d'oppression les sueurs sont bien réelles.

« Racontez-moi », et là dans le huis clos d'un box des urgences, une vanne longtemps fermée commence petit à petit à s'entrouvrir. Mise en confiance, la personne livre des parcelles de son existence, l'infirmière attentive écoute, reformule, questionne, pour tenter de remettre en lien, en sens tous ces éléments de vie.

Pour beaucoup de personnes, la pre-

mière rencontre avec « la psychiatrie » peut se faire aux urgences, alors que leur demande de consultation est toute autre.

Avec le développement du secteur, l'équipe pluridisciplinaire en santé mentale a développé son activité hors des murs de l'hôpital psychiatrique. Elle a rencontré les partenaires médico-sociaux, évoluant dans la cité, confrontés à la maladie mentale, et souvent, démunis. Les services de l'hôpital général eux aussi ont interpellé, les équipes de psychiatrie, d'abord au cas par cas puis pour des consultations dans des services plus spécifiques et notamment aux urgences, pour proposer un plateau technique multidisciplinaire (ex pour les TS).

Ainsi depuis plus de 15 ans, notre équipe pluridisciplinaire de psychiatrie est installée au sein des urgences. Quelles sont les données essentielles qui fondent notre pratique :

- L'accueil
- Un espace/temps
- Le travail de lien

L'accueil est inscrit dans notre intitulé Centre d'Accueil Permanent de 48h. Mais cela suffit t-il ? **L'accueil**, tellement évident, simple mais quelquefois si difficile. L'accueil pour nous est issu de l'hospitalité, de l'asile (lieu de refuge ou de repos). Nous pouvons reprendre **BAILLON** : **« L'accueil est un mouvement vers l'autre, un mouvement précédant une rencontre. »**

Accueillir un patient présentant des troubles psychiques, c'est accueillir avant tout une personne, un être humain, oui, mais...

Dans ce premier instant, dans ce premier regard porté sur l'autre, qui peut être si différent, en apparence de la norme, un peu trop excentrique, maquillé, gesticulant, alcoolisé, en colère, mutique ou pas assez propre, bien habillé, poli, jeune, sympathique, posé, sage...

Certes, c'est avec cette personne là, qu'il nous faut entrer en contact.

Accueillir, c'est accepté de perdre un peu de soi, mais c'est aussi recevoir de l'autre, se laisser toucher, lui faire

une place et le reconnaître dans sa singularité.

Dans un deuxième temps, il nous faut écouter la souffrance, son expression est multiple : bruyante ou silencieuse, exprimer d'une voie monocorde ou saccadée rapide, dans un discours incohérent ou alors très organisé...

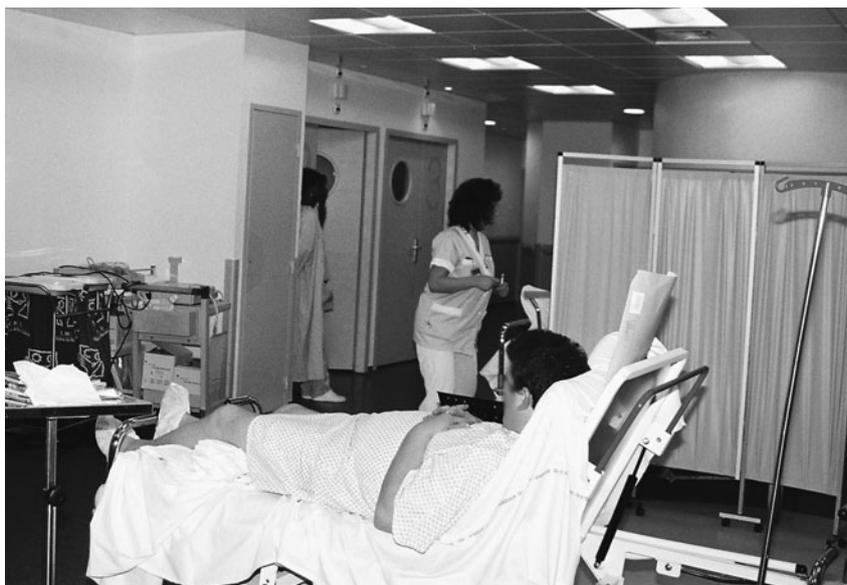
Car la crise est selon Nicolas DE COULON « un moment (relativement aigu) de rupture dans l'équilibre intra psychique et/ou interpersonnel nécessitant un contact avec un/des professionnels de la santé mentale. » ou la personne et son entourage sont déstabilisés, perturbés par des conflits, des passages à l'acte...

Comment tenir et contenir cette souffrance et toute l'angoisse qui émerge pour ne pas être submergé ou anéanti ? Savoir utiliser ses compétences pour rassurer, organiser, son cadre institutionnel et théorique comme guide pour pouvoir accompagner.

Accueillir dans un lieu de soins, c'est aussi négocier les soins dans **un espace/temps** pour que la parole puisse émerger dans la confiance et dans le respect de la confidentialité. Les situations de crise sont souvent des périodes de contraction de la temporalité introduisant des confusions entre passé/présent/futur. L'intensité des soins médicaux et paramédicaux, basés sur la rencontre avec le patient et son entourage, à des moments différents, peut s'apparenter à un espace transitionnel, qui pour **KAES est de : « faire coexister, sans crise ni conflit le déjà-là et le non encore advenu... Cela implique l'instauration d'un cadre, à la fois ferme et malléable, propre à rétablir les fonctions de conteneur, de liaison et de transformation de l'expérience et des pensées, capable de soutenir le jeu interprétatif nécessaire à l'élaboration multidimensionnelles de l'expérience de la crise ».**

Le patient va pouvoir, jouer, déjouer, rejouer les situations, nouer, dénouer, renouer ses liens à son environnement. La présence de l'équipe soignante va exercer une fonction de conteneur de révélateur des émotions, des non-dits...

Toutefois, si nous sommes au sein



des urgences, nous ne travaillons pas dans l'urgence, nous sommes quelquefois dans les prémices d'un accompagnement qui peut se poursuivre ailleurs.

Par un travail de lien, partie intégrante de notre projet puisque nous pouvons orienter le patient vers d'autres partenaires pour la poursuite des soins. Ce travail s'inscrit dans la notion de secteur.

Le secteur est une aire géodémographique « à l'intérieur de laquelle la même équipe médico-sociale, devra assurer pour tous les malades, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, quand il est possible, les soins avec hospitalisation et la surveillance de postcure ». Ce qui se traduit sur le terrain par un travail de réseau avec les partenaires institutionnels des secteurs mais aussi avec les médecins généralistes, les lieux d'hospitalisations, les équipes du champs médico-social soit dans le cadre de partenariat et de prévention soit pour un accompagnement des patients durant les périodes de soins.

Le CAP 48 a aussi une mission de psychiatrie de liaison avec les services de l'hôpital général.

L'attente des équipes est souvent d'entendre de notre part un discours rationnel, « savant » avec un diagnostic précis, confirmant le leur ou apportant des précisions. Ils attendent de notre

part des actes (prescriptions, suivi, orientations, conseils...) en référence à leur mode médical. Ils nous demandent souvent de répondre de la sécurité du patient (non dangerosité, possibilité de sortir sans risque).

La non réponse de notre part, à certaines demandes, les renvoyant à leur responsabilité, peut provoquer de l'anxiété, de la colère, des interrogations... qu'il nous faut comprendre et travailler. Notre intervention peut rompre le face à face soignant/soigné, en respectant la parole des uns et des autres. Nous pouvons favoriser l'émergence de la parole du patient et qu'elle soit prise en compte par l'équipe ou son entourage.

La relation soignant/soigné induit quelquefois des situations en miroir, des contre-transferts négatifs, des mécanismes de défenses tels que la projection, l'indentification... Lors de nos interventions, nous sommes amenés à prendre en compte ces phénomènes. Nous pouvons aussi être « le lieu de dépôt » de l'angoisse des soignants face à la mort, la douleur des patients, de leur stress, sans pour cela apporter de réponses.

L'équipe du CAP 48 est souvent en première ligne face aux problématiques psychiatriques et entend de multiples demandes qui débordent le cadre strict de la psychiatrie et qui s'inscrit plus largement dans la santé mentale. Mais notre cadre institutionnel doit nous permettre de ne pas répondre à tout. ●●●



Le CMP

Sur le secteur, le lieu où chacun de nous peut être accueilli, entendu quand il se sent mal, et sans rendez vous ; c'est le CMP. Il suffit de pousser la porte. Autre lieu d'accueil, hors de l'hôpital, mais dans la cité. C'est le cœur du secteur.

C'est un lieu de soins, de prévention, de post cure mais c'est surtout et avant tout un lieu d'écoute, réceptacle de la parole, de l'angoisse, et de la souffrance.

C'est aussi un lieu d'hospitalité et de rencontre, le plus souvent autour d'un café.

L'infirmière présente dès le premier instant, accueillera, prendra en charge au long cours cette rencontre.

Elle devra démêler les fils de l'histoire qu'on voudra bien lui confier, histoire

compliquée, faite d'intime, de secret, de peur, de culpabilité, d'angoisse et aussi de problèmes matériels très concrets : manque d'argent, expulsion, garde d'enfants,.....

Elle entendra cette souffrance, elle la portera, l'accompagnera pendant des semaines voir des mois au cours de visites à domicile ou des prochaines rencontres au CMP.

C'est à partir de celui-ci, que souvent l'infirmière va accompagner, escorter le patient dans ses démarches multiples et variées. Elle sera l'interface avec les partenaires du médico-social. Elle tissera des liens et créera le réseau qui permettra de résoudre ou d'amoindrir les difficultés du quotidien, hors du champ de la psychiatrie.

Elle devra travailler hors de son cadre conceptuel et s'adapter à ceux de ses partenaires dans le « maillage » tressé

pour le patient et différent pour chacun d'eux.

Travailler en réseau, c'est aussi négocier afin de permettre l'émergence de la parole du patient, le faire reconnaître comme citoyen par tous les professionnels concernés.

C'est surtout l'autoriser à décider pour lui et par lui de ce qu'il estime lui être nécessaire.

Au 19^{ème} siècle la psychiatrie ne prenait en compte que les fous, les indigents, les miséreux.

Au fil des décennies, son champ d'action s'est élargi au regard de la multiplication des problèmes sociaux et du manque de solutions.

Les exigences de la société ont envahi notre exercice professionnel. L'infirmière doit être présente partout. Elle est souvent en première ligne quand les institutions sont dans l'incapacité de répondre aux besoins et que l'être humain est incapable d'assumer un choc psychologique : accidents, catastrophes naturelles, actes de terrorisme...

La Santé Mentale est une priorité de santé publique. Mais si la Psychiatrie se laisse déborder par la Santé mentale, ne risquerions nous pas d'avoir une société lissée, qui n'assumera plus aucune difficulté psychologique et des politiques qui n'assumeraient plus les responsabilités qui leur ont été confiées ?

Christine ABAD,
Marie-Dominique GIRARD ■
CNI Montperrin

Danièle HENGEN ■
CNI Martigues

E T A B L I S S E M E N T S

D U C L O T

3 à 21, Rue de Macau

33082 BORDEAUX CEDEX

**La santé est au cœur de votre vie professionnelle,
mais vous, avez-vous pensé à la vôtre ?**
**La Coordination Nationale Infirmière vous présente ses partenaires
et vous propose une plate-forme de garanties et de services**



Amicale des Infirmières et
Assistantes Sociales de la
Croix-Rouge Française



Mutuelle Nationale des
Infirmier(e)s et des Professions
Paramédicales et Sociales

- Responsabilité Civile Professionnelle
- Complémentaire Santé
- Protection Juridique
- Prévoyance
- Action Sociale
- Sports - Loisirs

Informations et renseignements :

CNI - 270, boulevard Sainte-Marguerite 13009 MARSEILLE
Tél. 04 91 74 50 70 Fax : 04 91 74 61 47

AIAS - MIPS - 27, rue de la Paix 74000 ANNECY
Tél. 04 50 45 10 78 Fax : 04 50 52 73 64 E-mail : aias@wanadoo.fr

Coordination Nationale Infirmière
Syndicat professionnel - filière Infirmière
Infirmières - Infirmières spécialisées - Cadres - Etudiants infirmiers

Accueil | Emploi | Formations | Contact | Plan du site | News | Galerie

Accueil

Rechercher...

La Coordination Nationale Infirmière (CNI) rencontre Madame Roselyne Bachelot-Narquin

Madame Roselyne Bachelot-Narquin, accompagnée de son conseiller technique Monsieur Yann Bubien a reçu le jeudi 3 janvier 2008 trois représentants de la Coordination Nationale Infirmière. Au cours d'un entretien d'une heure, les grands thèmes qui font l'actualité de la filière infirmière ont été abordés. Suite au mouvement que la CNI a initié début 2007 pour la reconnaissance de la filière, la ministre de la santé a confirmé la mise en place du système LMD pour les paramédicaux. ...

Envoyer cet article

Arrêté fixant la date des élections aux conseils départementaux, régionaux et au conseil national de l'ordre des infirmiers

Décret en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat

Modification du plafond annuel des heures supplémentaires

Prescription Infirmière liste des ...

www.coordination-nationale-infirmiere.org

salaires lmd emploi formation ordre infirmier
actualités adhésion vae retraites prescription

Psychiatrie et milieu carcéral

La loi de sectorisation psychiatrique de 1985 a créé des secteurs de psychiatrie générale pour les adultes de plus de 16 ans (1 secteur pour 70.000 habitants), des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour enfants de 0 à 16 ans (1 secteur pour 200.000 habitants) et des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

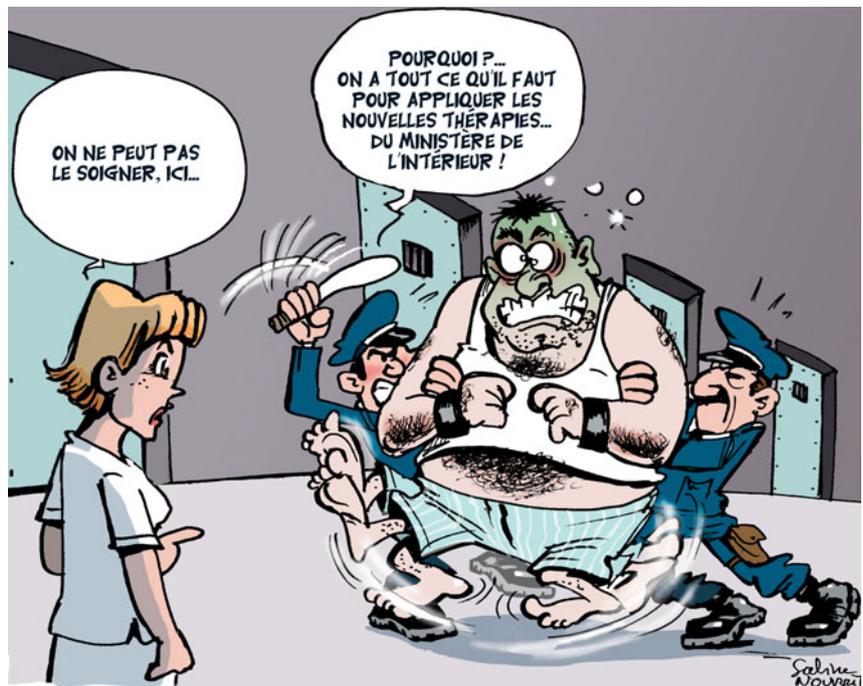
Le Centre Hospitalier Jean Martin Charcot à Plaisir (78), couvre 6 secteurs de psychiatrie générale, 2 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, et 1 secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui est le Service Médico-Psychologique Régional à la maison d'arrêt des Yvelines de Bois d'Arcy. La capacité d'accueil de la maison d'arrêt est de 519 places pour une population de 790 détenus à ce jour.

Le SMPR de Bois d'Arcy est placé au cœur de la détention. Il s'agit d'une coursoive de cellules aménagées en bureaux, secrétariat, salle de réunion, salle de soins et salle d'attente pour les détenus.

L'équipe est composée de 5 médecins, 4 psychologues, 9 infirmiers, 1 assistante sociale, 3 secrétaires et 3 surveillants pénitentiaires qui assurent la sécurité dans le service.

Les SMPR ont pour missions :

- de mettre en œuvre toute action de prévention, de diagnostics et soins médico-psychologiques.
- de prodiguer des traitements intensifs aux détenus à l'exception des patients présentant des troubles incompatibles avec leur maintien en détention (article D 398 du code de procédure pénale).
- préparer si nécessaire un suivi après l'incarcération en coordination avec les secteurs extérieurs
- assurer une mission de lutte contre la toxicomanie et l'alcoolisme.



A la Maison d'Arrêt des Yvelines, le SMPR ne comprend pas de lit, c'est un service de consultations et dispensation médicamenteuse.

Nous avons mis en place certaines spécificités :

- prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques.
- prise en charge des toxicomanes : mise en place d'un CSST (Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes).
- prise en charge des détenus incarcérés pour conduite en état d'alcoolisation.
- prise en charge des Auteurs d'Aggressions Sexuelles.

- prise en charge des détenus mineurs.

Notre rôle infirmier au SMPR est en premier lieu le dépistage des troubles psychiatriques et des passages à l'acte suicidaires. Un entretien d'accueil infirmier est proposé à tous les détenus arrivant en prison. Cet entretien est pour beaucoup le premier contact avec un soignant de secteur psychiatrique, il est donc primordial à l'instauration d'une relation de confiance. Nous orientons si besoin le détenu vers un psychiatre, et nous restons durant la prise en charge l'infirmier référent.

Nous assurons ensuite le suivi des patients par des entretiens infirmiers réguliers et organisons le relais des soins vers une structure extérieure et un suivi postpénal si nécessaire.

Nous avons mis en place une distribution quotidienne pour les traitements de substitution tous les matins dans notre salle de soins au SMPR (une file active de 40 patients par jour). Pour les urgences, nous sommes présents de 8h30 à 18h du lundi au vendredi et le samedi de 8h30 à 12h. A tour de rôle nous organisons les soins quotidiens du soir (une file active de 40 patients par jour). Nous évaluons les patients signalés par l'administration pénitentiaire, le juge, ou l'UCSA (service des soins somatiques) pour divers motifs : crise suicidaire, état de souffrance aiguë, etc...

Pour le week-end, le fonctionnement du service change, le samedi nous sommes ouverts de 8h30 à 12h : un infirmier et un médecin sont présents pour répondre aux urgences et distribuer les traitements de substitution. Le dimanche un infirmier est présent de 8h à 9h pour administrer des traitements de substitution spécifiques

(Méthadone).

En dehors des heures d'ouvertures du SMPR les urgences sont gérées par le groupe ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) de l'hôpital de rattachement.

Nous assurons également une distribution bi-hebdomadaire en détention, accompagnés d'un surveillant, nous remettons les traitements aux patients dans leurs cellules (une file active de 250 traitements hebdomadaires).

En plus du fonctionnement de service nous nous inscrivons chacun dans les différentes spécificités du service : 3 infirmiers au CSST, 3 infirmiers pour la prise en charge des agresseurs sexuels, 3 infirmiers pour la prise en charge des conduites en état d'alcoolisation, et 1 infirmier pour les détenus mineurs.

Actuellement nous sommes confrontés à une augmentation importante de détenus ayant de graves troubles psychiatriques nécessitant la plupart du temps une hospitalisation en milieu spécialisé.

L'hôpital psychiatrique n'a plus les moyens de remplir ses missions (le

manque cruel de lits, le manque d'infirmiers dans les services, des conditions de sécurité insuffisantes).

L'hospitalisation des détenus est de plus en plus difficile, nous sommes contraints de voir ces personnes malades maintenues en détention.

Ces malades sont obligés d'effectuer leur peine sans pouvoir bénéficier des soins adaptés à leur état clinique. Ces détenus/patients sont souvent placés au quartier disciplinaire suite à des comportements inadaptés liés à leurs troubles psychiatriques.

Aujourd'hui nous devons rester garants de notre éthique soignante en nous préservant des pressions judiciaires afin d'éviter toute collusion entre le soin et la sanction. Nous sommes limités dans nos moyens et démunis pour agir auprès de ces patients en souffrance, pourtant la société nous demande de devenir les garants de l'ordre social...

**A. BRIAND, F. CAPITANT,
E. DUMOUILLA ■**

*Centre hospitalier Jean Martin
Charcot - CNI de Plaisir*

publi-rédactionnel

Formation pratique à la prise en charge des Urgences

L'Institut Européen de Formation en Santé spécialiste de la formation pratique à la prise en charge des Urgences.

Depuis plus de 10 ans, les formateurs de l'Institut Européen de Formation en Santé participe à la formation des médecins et des paramédicaux à la prise en charge des Urgences. Issus des structures de secours pré-hospitalières (SAMU, Pompiers), de la médecine libérale, des structures militaires, ces experts ont travaillé ensemble sur un nouveau de concept de formation qui se veut, afin de répondre à la demande des Institutions et des Formés, simple et essentiellement pratique : l'URG'APP ou urgences appliquées. Cette formation peut s'adapter facilement à des projets institutionnels et des modules spécifiques peuvent venir compléter la formation (mise en application des protocoles, spécificités opérationnelles,...).

Un des atouts de l'Institut Européen de Formation en Santé, c'est de disposer de l'ensemble du matériel pédagogique de l'enseignement de la médecine d'Urgence et ainsi de permettre à chaque formé de réaliser l'ensemble des gestes techniques de l'Urgence (Gestes de survie, abords veineux, oxygénothérapie, monitoring...). De plus, la logistique mise en place au sein de l'Institut Européen de Formation en Santé permet de réaliser ces formations sur l'ensemble du territoire français et à l'étranger.

Tous les acteurs de l'Urgence (secouristes, ambulanciers, infirmiers, médecins) sont rassemblés sur une même formation et travaillent dans un premier temps en ateliers spécifiques par groupe professionnel afin d'améliorer leurs compétences techniques. Chaque groupe (maximum 10 personnes) est encadré par un formateur expert. A l'issue de chaque atelier, une évaluation permet de reprendre les messages essentiels à retenir.

A l'issue de la réalisation de ces gestes techniques, les formés réalisent ensemble des mises en situation professionnelles sur mannequins informatisés. Ces mises en situation sont animées afin de développer le concept de la réponse graduée à l'Urgence : secouriste, ambulancier, infirmier protocolé ou non, médecin.

C'est par le biais de ces mises en situation que chaque acteur de l'Urgence peut, à la fois appliquer un schéma opératoire simple et des gestes et attitudes réflexes, se positionner en fonction de ses compétences et de ses missions et optimiser ainsi, en équipe, la prise en charge de l'Urgence.

Le catalogue et le descriptif complet des formations ainsi que des photos sont disponibles sur le site internet de l'Institut Européen de Formation en Santé : www.iefsante.com (Voir annonce en page 41 de la revue)

Organisme de formation : **Air Liquide Santé France**

Précisez le code préférentiel CNI lors de votre inscription auprès de :
centreformation.alsf@airliquide.com

THEME	NOM DE LA FORMATION	LIEU DATE
SECURITE DES GAZ MEDICAUX	Personnel soignant : devenez référent gaz médicaux	2 jours dans votre établissement. Les 15-16 mai et 6-7 novembre 2008 dans notre centre de formation de LYON
SECURITE DES GAZ FORMATION DE FORMATEUR	Garantir la sécurité des personnes qui utilisent l'Azote au quotidien	2 jours dans notre centre de formation de LYON les 5-6 juin et 9-10 octobre 2008
DOULEUR	Lutte contre la douleur et utilisation des gaz médicaux	2 jours dans votre établissement. Les 19-20 juin et 13-14 novembre 2008 dans notre centre de formation de LYON
COMMUNICATION	Compétences relationnelles : optimiser la communication dans l'équipe soignante	2 jours dans votre établissement. Les 10-11 avril et 1-2 décembre 2008 dans notre centre de formation de LYON
COMMUNICATION	Compétences relationnelles : les réunions de service	2 jours dans votre établissement. Les 7-8 avril et 29-30 septembre 2008 dans notre centre de formation de LYON
COMMUNICATION	Le stress des soignants : anticiper pour mieux se protéger	2 jours dans votre établissement. Les 7-8 février et 6-7 novembre 2008 dans notre centre de formation de LYON
COMMUNICATION	Gérer les conflits avec les patients et leurs proches	2 jours dans votre établissement. Les 4-5 février et 4-5 septembre 2008 dans notre centre de formation de LYON
URGENCE	Réanimation cardio pulmonaire utilisation du défibrillateur semi-automatique	1/2 journée dans notre établissement, les 1^{er} avril et 16 octobre 2008 dans notre centre de formation de LYON
URGENCE	Utilisation du défibrillateur semi-automatique	1/2 journée dans notre établissement, les 1^{er} avril et 16 octobre 2008 dans notre centre de formation de LYON
URGENCE	Formation de formateur : Utilisation du défibrillateur semi-automatique	1/2 journée dans notre établissement, les 2 avril et 17 octobre 2008 dans notre centre de formation de LYON

38



Remèdes efficaces pour soigner vos plans de formation

Dans votre établissement

- **formation en groupe**, encadrée par nos experts dans votre établissement.
- **MA e-FORMATION**, auto-formation interactive 24h/24 avec cursus et suivi personnalisés.

Dans notre Centre

- **Haute compétence**, formation avec nos experts intégrant des manipulations sur tous les équipements gaz et aspiration.

35 formations spécifiques

Gaz à usage médical - Traitement de la douleur - Hygiène et qualité des soins - Gestion du risque en milieu hospitalier.

Catalogue sur simple demande
ou sur www.airliquidesante.fr

...professionnels
de santé

valorisez
vos
compétences



L'Ecole Supérieure Montsouris,

Vous propose dans le cadre de la formation professionnelle continue

DEUX MASTER

- « Management et Gestion Santé »
- « Audit ,Expertise soins ».

Le DIPLÔME CADRE DE SANTÉ

- 50 infirmiers et ergothérapeutes
- Dispositif continu et discontinu
- Acquisition d'une Maîtrise Management Gestion Santé.

Deux DIPLÔMES D'UNIVERSITÉ « SOINS »

- « Animation Gestion »
- « Analyse et évaluation des pratiques ».

Des formations en SANTÉ MENTALE

- Perfectionnement clinique
- Tutorat
- DU Soins Santé Mentale.

L'ESM réalise aussi des formations « sur mesure » au sein des établissements.

**Vous souhaitez davantage d'information, n'hésitez pas, contactez-nous !
Nous sommes à votre disposition.**



42, Boulevard Jourdan - 75014 PARIS
Tél. : 01 56 61 68 60 - Fax : 01 56 61 68 59
esm@ecolemontsouris.fr
<http://www.univ-paris12.fr/montsouris>



FORMATION UNIVERSITAIRE DE CADRES DE SANTÉ

- Vous êtes Infirmière depuis au minimum 6 ans et vous souhaitez accéder à des fonctions d'encadrement.
- Vous faites fonction de Surveillant(e) mais vous n'avez pas suivi de formation adaptée.
- Pour vous aider dans la réalisation de cet objectif, l'Université LYON 1, en association avec le secteur sanitaire privé lucratif et non lucratif, vous propose une **FORMATION UNIVERSITAIRE DE CADRES DE SANTE** vous permettant d'acquérir les connaissances, méthodes et outils nécessaires à la gestion d'un service.
- Il s'agit d'une formation alternée d'une durée de 10 mois (de septembre 2008 à juin 2009) comprenant 25 semaines de cours et 15 semaines de stages. La partie théorique comprend 5 modules :
 - **Management et Pratiques Professionnelles**
 - **Communication et Gestion des Ressources Humaines**
 - **Environnement Economique et Institutionnel**
 - **Gestion Financière et Informatique**
 - **Méthodologie de la Recherche**
- Il est possible de suivre la formation à temps complet ou en cours d'emploi sur 2 ans.
- Cette formation donne lieu à la délivrance d'une **Licence Professionnelle Cadre de Santé**.

Les demandes de renseignements et les dossiers de candidature sont à demander à :

Université Claude Bernard - Lyon 1

IUT A - Formation Licence Cadre de Santé

43, boulevard du 11 novembre 1918 - 69622 VILLEURBANNE CEDEX

Tél. : 04 72 69 21 68 - alvarez@iuta-univ-lyon1.fr

<http://cadre-sante.univ-lyon1.fr>

Université Claude Bernard  Lyon 1

i.r.e.m.a.

Institut de Recherche
et d'Enseignement
sur les Maladies Addictives

Addictologie

Formation
Intervention
conseil

Pour les professionnels
du champ sanitaire, social
et des collectivités

PROGRAMME 2008

Les formations en inter assurées par des praticiens experts et spécialistes de terrain

- **Actualiser ses connaissances des addictions avec produits** (alcool, tabac, cannabis, polyconsommation, auto-médication, substitution...)
- **Approfondir ses connaissances des addictions sans produits** (troubles alimentaires, cyberdépendance, argent...)
- **Développer ses compétences professionnelles** (animer un groupe de parole, conduire un entretien motivationnel, maîtriser l'approche de type Balint, connaître l'approche systémique...)
- **Savoir mener et diffuser une politique de prévention de santé au travail** (manager les situations difficiles, gérer le stress, les conflits, animer des groupes d'arrêt au tabac, développer une prévention du risque alcool, une politique de prévention de la santé dans votre institution...)
- **Se former dans son institution** : les thèmes et les modalités sont ajustés à vos objectifs.

Catalogue détaillé sur simple demande. *i.r.e.m.a.* 10 bd de Strasbourg - 75010 Paris
Tel : 01 42 40 68 00 - Fax : 01 53 19 92 46 - Mél : irema@irema.net - www.irema.net

FORMUT

L'ESPACE FORMATION

18 rue Millotet - B.P. 649 - 21017 DIJON Cédex

Tél. 03 80 76 81 65 - Fax : 03 80 76 81 66

e-mail : formut@mfcfoy.fr



Des services en toute confiance

**Documentation sur simple demande - Contactez-nous
pour vos besoins en formation INTER et INTRA 2008**

◆ **Gérontologie** : Relation et Communication avec la personne âgée - Accompagnement en fin de vie et soins palliatifs - Les maladies dégénératives : démences et maladie d'Alzheimer - Equilibre, Activation, Mobilisation et mouvement de la personne âgée - L'animation et les personnes âgées - Les escarres - L'alimentation et les personnes âgées - La psychologie hôtelière : Le temps du repas en établissement de personnes âgées - La prise en charge de la douleur - Concourir au bien-être de la personne âgée par l'esthétique, la pédicure, la relaxation et le toucher-massage - Le toucher-massage : dimension corporelle des soins - Relation Soignant/Soigné - Le dossier de soin : support écrit de la démarche de soins - Les situations de maltraitance - Elaborer et mettre en œuvre le projet d'établissement - Elaborer la fiche de tâches, la fiche de poste, le profil de poste - Animations Mémoire auprès des personnes âgées - Les transmissions ciblées - Former les équipes à l'utilisation des indicateurs d'activité : SIIPS - Faciliter l'intégration des élèves en stage dans les différentes unités

◆ **Méthodes et Outils** : Conduite et Techniques d'entretiens - La conduite de réunions - Prendre la parole en public - Flash-Time : Gestion du temps express - Développer sa compétence dans la relation d'aide - Le toucher thérapeutique - Accueil physique et Accueil téléphonique - Apprendre à travailler avec les familles - Outils informatiques

◆ **Management** : Management d'une équipe - Méthodes de recrutement et enjeux - Les entretiens annuels d'évaluation - Réussir le changement - La gestion des conflits

◆ **Développement personnel** : Développer sa confiance en soi - Vivre son stress le mieux possible - Massage, relaxation et détente

◆ **Prévention** : Prévention des lombalgies - Prévention de l'épuisement au travail ou "burn-out" - Devenir Sauveteur Secouriste au Travail (SST).



GRAPE INNOVATIONS
CONSEIL FORMATION

ENFANCE-PETITE ENFANCE-ADOLESCENCE

FORMATION CONTINUE,

DÉVELOPPEMENT

DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

- Formations thématiques inter/intra établissements
- Conduite et évaluation de projets
- Accompagnements d'équipes
- GAPP - Groupes cliniques - Supervision - Coaching

Brochure sur demande :

115 rue Vendôme 69006 Lyon

Tél : 04 37 24 04 79 - Fax : 04 37 24 05 62

e-mail : grape.innovations@wanadoo.fr

site internet : grape-innovations.coop

40

www.institutpaolicalmettes.fr

l'Institut Paoli-Calmettes

Centre régional de lutte contre le cancer

**vous propose des formations en cancérologie
et sur les spécificités de la prise en charge**

contact formation : 04 91 22 37 77

INSTITUT
CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER
PAOLI-CALMETTES
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR





INSTITUT EUROPÉEN DE FORMATION EN SANTÉ

La performance en plus

www.iefsante.com

FORMATIONS À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES > CONCEPT "URG'APP®"

> Formation d'une durée de 1 à 10 jours *adaptée à l'établissement ou l'institution* (SAMU, Services de secours, établissements hospitaliers et médico-sociaux, entreprises)

A.F.G.S.U (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence)

> **Formation sur site** correspondant à l'arrêté du 3 Mars 2006, réalisée sous la Direction Scientifique et Pédagogique du **C.E.S.U de Nancy**

Plus d'infos www.afgsu.fr

FORMATIONS D'ADAPTATION À L'EMPLOI

> Destinées aux *personnels soignants* Réanimation, Bloc opératoire, Néonatalogie, Pédiatrie, Gériatrie, Cancérologie, Psychiatrie, Médecine du travail, Salle de surveillance post-interventionnelle...

ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

> Transmissions ciblées, Douleur, Accueil, Escarres, Accompagnement, Ergonomie, Maltraitance, Hygiène...

+
> **INGÉNIERIE ET LOGISTIQUE DE FORMATION**
> **FORMATION CONTINUE** > **BILAN DE COMPÉTENCES**
> **VALIDATION DES ACQUIS** > **AUDIT - DÉMARCHE QUALITÉ**
> **CONSEIL ET FOURNITURE EN MATÉRIEL MÉDICAL**

PRATIQUES



DES ATELIERS

DES ÉTUDES DE CAS

CONCRETS



DES MISES EN SITUATION

PROFESSIONNELLES



>>> DES FORMATIONS ADAPTÉES À VOS PRATIQUES

41



INSTITUT
EUROPÉEN
DE FORMATION
EN SANTÉ

LUXEMBOURG

6, rue Nicolas Wester
L 5836 ALZINGEN
Tél. : 00 352 26 36 03 83
Fax : 00 352 26 26 25 35
contact.luxembourg@iefsante.com

[Catalogue 2008 complet téléchargeable]
sur notre SITE INTERNET :

www.iefsante.com

Ou
[Envoyé]
Sur simple demande



Education and Culture

Leonardo da Vinci

FRANCE

150, rue de Grigy
57070 METZ TECHNOPOLE
Tél. : 00 33 (0)3.87.18.18.18
Fax : 00 33 (0)3.87.18.18.17
contact.france@iefsante.com



**Organisme de formation continue
spécialiste du secteur sanitaire et social
pour tous vos besoins de développement des compétences**

Nos atouts

27 ans de références publiques et privées • Une proximité avec notre clientèle et une couverture nationale • Une offre de formation exhaustive
• Une démarche qualité certifiée • Une sélection de formateurs alliant expérience clinique actualisée et compétence pédagogique • Des méthodes de pédagogie actives et une démarche pédagogique pragmatique et concrète

Notre offre

Des formations **intra-entreprise** • Conçues « sur mesure » à partir de l'analyse approfondie de vos besoins et de vos exigences • Un conseiller en formation dans votre région pour vous assister

Des formations **inter-entreprises** • Pour répondre à des besoins complémentaires et permettre le partage d'expériences et de pratiques professionnelles
• Un accueil chaleureux dans des infrastructures au centre de Paris

Nos domaines d'intervention

Démarches Qualité
Savoir-faire du management
Métiers, fonctions et perfectionnements
Prise en charge des patients
Accueil, relation et communication
Gérontologie-gériatrie
Maternité, enfance, adolescence



Santé mentale
Hygiène hospitalière
Hygiène alimentaire et prestations repas
Prévention et gestion des risques
Responsabilité juridique
Développement personnel et efficacité professionnelle

Vos contacts
Siège social
Formation Inter-entreprises
171, avenue Jean-Jaurès - 75019 Paris
Tél. 01 53 19 80 30
Fax : 01 53 19 02 80
Responsable stages inter : D. Houel
inter@formavenir-performances.fr

Formation Intra-entreprise
Pour connaître le conseiller en formation
de votre région, consulter notre site Internet

Consultez nos formations et le calendrier 2008 sur notre site : www.formavenir-performances.fr



REALITES propose à tous les professionnels de la santé des **stages de formation continue aux Relations Humaines.**

THEMES D'INTERVENTIONS :

- Améliorer les compétences relationnelles (écoute, communication, accompagnement, prévention)
- Soutenir les professionnels
- Spécifier les Rôles et fonctions
- Optimiser les pratiques Professionnelles
- Prises en charge spécifiques (diabète, oncologie, addictologie)
- L'accompagnement des personnes vieillissantes
En institution et à domicile

Une personne malade est un être humain en Souffrance, pas une mécanique grippée, un Soignant est un être humain qui soigne, pas un Simple technicien. Tout individu peut évoluer dans son Approche de l'autre pour retrouver sens et motivation Professionnelle.

Demandez le catalogue complet à :

REALITES MONTPELLIER - 1400 Ch. De Moulars
34070 MONTPELLIER - **Tel : 04 67 13 29 61**

REALITES GRENOBLE - 155-157 Cours Berriat
38028 GRENOBLE CEDEX 1 - **Tel : 04 76 70 93 90**

Mel : info@realites.fr

Sur Internet : www.realites.fr



Association Médicale Missionnaire
Formations
aux Missions Médicales



Votre objectif

- Devenir acteur de la santé dans les pays en développement

Notre objectif

- Vous proposer

4 MODULES ANNUELS de FORMATION



- ▶ **Initiation et perfectionnement en laboratoire de base**
7 janvier - 8 février 2008
- ▶ **Promotion du développement sanitaire en milieu tropical**
4 février - 14 mars 2008
- ▶ **Pathologie et hygiène en milieu tropical**
13 mai - 27 juin 2008
- ▶ **Pathologie Tropicale et Santé Communautaire**
29 septembre - 19 décembre 2008

RENSEIGNEMENTS

A.M.M. - 74 rue d'Ypres - 69004 LYON
Tél. : 04 78 30 69 89 - Fax : 04 78 39 70 97
Mail : contact@ammformation.org
Site : <http://ammformation.org>



Formations inter et intra-établissements

Pour les professionnels des secteurs :

- sanitaire
- médico-social
- socio-éducatif



INFIPP propose dans son catalogue 2008 des formations sur les thèmes suivants :

- Citoyenneté et santé
- Préparation aux examens et concours
- Qualité • Organisation • Management
- Evolution des dispositifs sanitaires et sociaux et pratiques de réseaux
- Exercice professionnel
- Pratiques en santé mentale
- Développement des compétences cliniques
- Personne âgée, gérontologie
- Ateliers d'expression et techniques de médiation
- Techniques psychocorporelles
- Musicothérapie, ateliers musique
- Art et thérapie

Calendrier et contenus détaillés sur simple appel au **04 72 69 91 70**
 INFIPP - 26/28 rue Francis de Pressensé - 69623 VILLEURBANNE CEDEX
 Fax : 04 37 47 20 37 - www.infipp.com - e-mail : inter@infipp.com



La Formation active au service de la santé



QUELQUES THÈMES D'INTERVENTIONS EN 2008

la chimiothérapie, la neurologie, les plaies chroniques, les soins palliatifs, la relation d'aide, la gestion du stress, la prise en charge du patient handicapé, la fin de vie, la maladie d'Alzheimer, les maltraitements, mais aussi un accompagnement personnalisé sous forme de formation-action dans :

- la mise en place de votre dossier de soin
- le développement de votre personnel d'encadrement
- l'élaboration de votre projet d'établissement

En Région Parisienne, dans le Sud Est et dans l'Ouest de la France

CATALOGUE ET RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE

Santé Service Formation - 15 quai de Dion Bouton- 92800 Puteaux
 Tél : 01 46 97 59 95 - Fax : 01 46 97 00 05
 Email : ssf@santeservice.asso.fr



afar

46 RUE AMELOT 75011 PARIS
 BP 436 75527 PARIS CEDEX 11
 TEL : 01 53 36 80 50
 FAX : 01 48 05 31 51
 E-MAIL : FORMATION@AFAR.FR
WWW.AFAR.FR

ACTION | FORMATION | ANIMATION | RECHERCHE

FORMATION CONTINUE DES INFIRMIERS ET DES PERSONNELS DE SANTÉ

ADAPTATION À L'EMPLOI EN SANTÉ MENTALE

TUTORAT

ENTRETIENS INFIRMIERS

CONDUITES ADDICTIVES

APPROCHES TRANSCULTURELLES

DOCUMENTATION SUR DEMANDE

WWW.AFAR.FR



GROUPE JMC
 Développement des Organisations et des Personnes

Propose, pour votre formation, des stages inter-établissements ou intra-muros sur les thèmes :

LE MANAGEMENT

- **Diagnostic et préconisations pour décider et " agir "**
- **Agir ensemble pour conduire le changement et harmoniser les actions**
- **Approfondir ses compétences stratégiques pour mieux manager**

COMPETENCES ORGANISATIONNELLES

- Dossier du client : transmissions écrites et orales
- Le Tutorat
- **Soins ambulatoires – Relais hôpital/ville**

COMPETENCES CLINIQUES

- **Certificat clinique en stomathérapie, écoles de Lyon et Paris**
- Soins aux personnes stomatisées, mastectomisées, porteuses de plaies chroniques, souffrant de troubles de l'incontinence
- Pratique professionnelle : Dénutrition - Douleur - Hygiène - Soins palliatifs

COMPETENCES SCIENCES HUMAINES

- Communication aide et soutien psychologique
- Collaboration infirmière aide-soignant - Responsabilités juridiques
- **Bientraitance** - Soins aux personnes âgées - Génogramme

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :

ESFORD

250, allée des Erables - 69009 LYON
 Tél. 04 78 47 55 60 - Fax 04 72 17 09 75
 E-mail : esford@esford.fr

Mme, Mlle, M. _____ Rue _____
 N° _____ Code Postal _____
 Ville _____



Ostéopathie

Parcours d'une Infirmière

Infirmière diplômée depuis juin 1992, j'ai travaillé en service de réanimation post-chirurgie cardiaque et pulmonaire à Lyon pendant 7 ans, puis aux services des urgences d'Aix-en-Provence pendant 6 ans.

Ces diverses expériences m'ont beaucoup apporté sur le plan humain mais aussi sur le plan de la pratique infirmière, la connaissance des pathologies et leurs traitements...

J'ai eu l'occasion de découvrir les bienfaits de l'ostéopathie personnellement, la spécificité et l'originalité de cette approche m'ont amené à m'intéresser de plus près à ce domaine.

L'ostéopathie est une approche de l'être humain dans sa globalité. Elle aborde le patient sur un plan médical (anamnèse et tests médicaux) pour délimiter son champ de compétence puis sur un plan purement ostéopathique (tests et traitements). Il faut savoir que tout le corps, et pas seulement les os et articulations, se mobilisent.

Ainsi on distingue l'ostéopathie musculo-squelettique, crânienne et viscérale. Par exemple, un estomac ou un pancréas se mobilise au même titre qu'une vertèbre. L'ostéopathe recherchera les restrictions de mobilité de tous ces éléments pour définir un schéma global de dysfonction du corps et mettre en place son traitement.

J'ai donc débuté mes études d'ostéopathie en 2002 par une formation en temps partiel à raison de 41 jours par an, accessible aux personnes ayant un cursus médical ou paramédical. Je suis actuellement en 6^{ème} et dernière année. Cette formation comprend des cours d'anatomie, de physiologie, de sémiologie et pathologie, cours délivrés par des médecins nous amenant à réaliser des diagnostics d'exclusion afin d'orienter les patients sortant du champ de compétence de l'ostéopathe. Elle comprend aussi des cours de techniques ostéopathiques musculo-squelettiques, crâniennes et viscérales, avec des heures de pratiques encadrés par des ostéopathes.

La législation de l'ostéopathie est en pleine évolution. Enfin reconnue depuis la loi du 4 mars 2002, les décrets d'application tant attendus ne sont parus qu'en avril 2007. Un ostéopathe peut être consulté en première intention, peut formuler un diagnostic, en déduire un traitement à appliquer ou de pratiquer des actes de prévention. Ce titre d'ostéopathe n'est délivré qu'à ceux issus d'une école agréé par l'Etat.

Actuellement les études d'ostéopathie restent accessibles aux infirmières. Hélas pour elles, les décrets ont entraîné une augmentation du nombre d'heures de formation à effectuer, comme pour

les sages-femmes, pharmaciens, ergothérapeutes... Les études d'ostéopathie comprennent 1.225 heures de formation pour les médecins et les kinésithérapeutes. Les infirmières, elles, devront désormais réaliser 700 heures de sciences fondamentales (traumatologie, neurologie, rhumatologie, ...) en plus de ces 1.225 heures.

Pourquoi ces heures en plus pour les infirmiers (ères)

Les lobbys de médecins et de kinésithérapeutes, très présents lors des négociations pour la rédaction des décrets d'application de la loi de 2002, ont cherché à s'approprier l'ostéopathie.

Le nombre d'infirmier(ère) s'orientant vers l'ostéopathie restant très minoritaire par rapport à celui de ces deux professions, aucune instance nous concernant n'était présente pour nous défendre. Ces heures supplémentaires de sciences fondamentales me semblent injustifiées en raison du niveau d'études acquis lors de nos études d'infirmier(ère) et de notre pratique sur le terrain en milieu hospitalier ou extra-hospitalier.

De plus, lors de la mise en place des décrets, les négociateurs ont porté préjudice à la formation en retirant de l'enseignement d'origine celui de l'ostéopathie viscérale et crânienne pour l'obtention du diplôme. Heureusement des écoles ont maintenu cet enseignement par 2 années supplémentaires. L'intervention d'une instance représentative d'infirmier(ère) ou un syndicat (CNI) pourrait-il faire évoluer notre situation ?

Quand ma décision d'entreprendre des études d'ostéopathie a été prise, je travaillais encore dans le service des Urgences du C.H. d'Aix-en-Provence. J'ai fait une demande de prise en charge financière à l'ANFH. Mes requêtes ont toujours été refusées sous prétexte que les décrets d'application n'étaient pas parus. Après avoir cotisé 13 ans à l'ANFH et devant le refus de cette prise en charge, ma déception fut telle que je me suis dirigée vers le monde du libéral(e). J'y trouvais une aisance financière et une gestion de mon planning plus souple. En outre, le métier d'infirmier(ère) libéral m'a permis de découvrir la prise en charge d'une personne à domicile et le rôle important du relationnel auprès des patients.

Si mon projet avait été financé (ce à quoi j'avais le droit depuis le vote de la loi du 4 mars 2002), je serais toujours à l'hôpital à ce jour car j'y apprécie le travail en équipe et le contact permanent avec le monde médical important dans l'approche globale de l'être humain, appliqué par l'ostéopathie.

Maintenant l'ANFH est obligée de prendre les études d'ostéopathie en charge depuis avril 2007.

À mon avis, l'ostéopathe doit faire partie d'une équipe médicale et/ou paramédicale pour une meilleure prise en charge du patient dans les milieux hospitaliers. Je souhaite que les milieux de la Santé Publique évoluent favorablement dans ce sens.

Peut-être retrouverais-je un jour le milieu hospitalier ?

Diane REVELLION ■
Infirmière Libérale

COLLÈGE OSTÉOPATHIQUE EUROPÉEN

PARIS CERGY • MUNICH



UNE FORMATION AGRÉÉE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ POUR L'OBTENTION DU TITRE D'OSTÉOPATHE

- Plus de 20 ans d'expérience dans la formation ostéopathique au niveau européen.
- Formation sur 5 ans adaptée aux Professions de Santé conformément aux décrets de mars 2007.
- Pratique clinique au sein de la Clinique Ostéopathique du COE, 15 000 consultations par an.

Demande de documentation au : 01 34 33 71 56 ou www.osteo-coe.fr

Collège Ostéopathique Européen
46 av des Genottes • 95000 Cergy-Pontoise Tél. : 01 34 33 71 50 • Fax : 01 34 33 71 51 • mail : coe@osteo-coe.com
Etablissement d'Enseignement Supérieur Privé, enregistré auprès du Rectorat de l'Académie de Versailles sous le n° 0952 040 B

Démarche qualité
ISO 9001 en cours



Salon Infirmier 2007

Le désormais traditionnel Salon Infirmier a ouvert ses portes du 16 au 18 octobre 2007 à Paris. Il a accueilli cette année 48.000 visiteurs, 113 conférences, 200 intervenants. Une quarantaine d'établissements, venus à la rencontre des professionnels en activité ou en devenir, totalisaient 6.000 offres d'emploi.

Cette année encore, la Coordination Nationale Infirmière était au rendez-vous. Un stand où se sont relayés une dizaine de représentants CNI qui dressent un bilan assez positif de ces 3 journées : richesse des échanges, intérêt des participants. Le 17 octobre, une intervention en trio de François Izard, président de la CNI avec Dominique Mureau et Nathalie Depoire, vice-présidents fut l'occasion de faire le point de l'actualité suite au mouvement du 1^{er} semestre 2007 (reconnaissance de la filière infirmière : LMD - Salaires - Conditions de travail) et d'échanger avec les participants.

Plusieurs interventions réservées à l'ordre infirmier ont ponctué ce salon, sujet devenu récurrent depuis 3 ans mais qui cette fois se place dans le concret et annonce les élections de 2008. (conseil départemental : 24 avril ; conseil régional 24 juillet, conseil national, 25 novembre). L'occasion pour Mme la sénateur Demarescaux* de souligner qu'il est important de bien dissocier Ordre et Syndicat qui sont deux structures nécessaires, indépendantes et complémentaires à l'évolution de notre profession et de réaffirmer que l'une ne supplée pas l'autre et qu'elles ont un avenir commun.

Le 18 octobre, troisième et dernier jour de ce salon 2007 a reçu la désormais tout aussi rituelle visite ministérielle.

l'entrée des paramédicaux dans le système LMD est actée



Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé - Josephine GUARINOS, Nathalie DEPOIRE, Vice-Présidents CNI - Michelle BRESSAND, Directrice des soins APHP

Actualité oblige, la venue mais surtout le discours de Mme Bachelot étaient très attendus des professionnels et des étudiants.

Des représentants de la CNI en profitent pour lui remettre notre dernière revue. Temps fort, au cours duquel notre Ministre fait preuve d'humour en découvrant sa caricature en couverture, mais c'est l'occasion avant tout d'évoquer le mouvement infirmier et ses suites. Un conseiller nous glisse la promesse d'une annonce contenue dans le discours.

Mais c'est plutôt déçu que nous avons

dressé le bilan de ce dernier. Son contenu est en fait l'officialisation de la lettre de cadrage reçue par les organisations engagées dans le mouvement du 1^{er} semestre en juillet 2007. Soyons positifs, une étape est franchie puisque l'entrée des paramédicaux dans le système LMD est actée, l'annonce de la mise en place des groupes de travail dès le début 2008 est réaffirmée.

La revalorisation attendue et si nécessaire à l'attractivité de la filière infirmière est à peine évoquée alors qu'en parallèle la notion d'allongement de la carrière et d'augmentation de la durée du temps de travail est bien présente.

Il est clair aussi que la satisfaction ressentie à l'annonce de la réforme de notre formation pour tendre à la mise en place du système Licence / Master / Doctorat a été nuancée par l'évocation d'un seul interlocuteur : le leader d'une association étudiante. Le propos n'est pas de nier le travail réalisé par la FNESI mais nous regrettons que cette mise en avant ait occulté les autres travaux déjà réalisés par diverses organisations et associations professionnelles ainsi que tous les professionnels en activité tout aussi concernés par cette évolution.

la revalorisation attendue et si nécessaire à l'attractivité de la filière infirmière est à peine évoquée

En effet, parallèlement au mouvement du début 2007, une plate forme de réflexion s'est constituée et réunit AEEIBO - AFDS - ANFIIDE et GIPSI - APPI - ARSI - CEEPAME - CEFIEC - CESI - CNI - Convergence infirmière - FNI - ONSIL - SNICS-FSU - SNIES - UNSA Education - SNIIL - SNPI-CFE-CGC - UNAIBODE - UNASIF - UNEF.

La majorité des organisations et associations ont une réflexion et des travaux construits dont la rédaction est antérieure à 2007. Cette réunion de professionnels a été actée par plusieurs courriers adressés au ministère de la santé, il est donc pour le moins consternant qu'aucun d'entre eux n'apparaissent comme partenaires et interlocuteurs potentiels.

Si cet oubli est regrettable (et dommageable s'il devait se reproduire), le travail de la plate forme se poursuit et la CNI reste plus que jamais motivée à prendre part à cette nouvelle page de notre histoire professionnelle que sera la mise en place LMD.

Nathalie DEPOIRE ■
Vice-présidente CNI



Dominique MUREAU, Nathalie DEPOIRE, Vice-Présidents CNI
François IZARD, Président CNI

AEEIBO - Association des enseignants des écoles d'infirmiers de bloc opératoire **AFDS** - Association Française des directeurs des soins **ANFIIDE** - Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants **APPI** - Association de promotion de la profession infirmière **ARSJ** - Association de recherche en soins infirmiers **CEEPAME** - Comité d'entente des écoles préparant aux métiers de l'enfance **CEFIEC** - Comité d'entente des formations infirmières et cadres **CESI** - Coordination des étudiants en soins infirmiers **CNI** - Coordination Nationale Infirmière - **Convergence Infirmière FNI** - Fédération nationale des infirmiers **GIPSI** - Groupement d'intérêt professionnel en soins infirmiers **ONSIL** - Organisation nationale des syndicats d'infirmiers libéraux **SNICS/FSU** - Syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e)s de santé **SNIES/UNSA Education** - Syndicat national des infirmiers infirmières éducateurs de santé **SNIIL** - Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux **SNPI-CFE-CGC** - Syndicat national des professionnels infirmiers **UNAIBODE** - Union nationale des associations d'infirmiers(ières) de bloc opératoire diplômés(ées) d'état **UNASIF** - Union nationale des associations en soins infirmiers et des infirmier(ère)s français **UNEF** - Union nationale des étudiants de France.

* Sylvie Demarescaux : sénateur, rapporteur de la proposition de Loi portant création de l'ordre infirmier

Biatain - Ibu Contact

1^{er} pansement hydrocellulaire micro-adhérent à l'ibuprofène



Pour plus d'informations :

 contactez le Service Clients
01.56.63.18.00

 2 sites à votre disposition :
www.coloplast.fr/biatain-ibu
www.plaiebsite.com

* Intégralement remboursé LPPR pour les patients au régime général qui bénéficient d'une couverture complémentaire (Séc.Soc. 65% + complémentaire 35%) et pour les patients en ALD (Séc. Soc. 100%). Biatain - Ibu Contact - remboursé pour le traitement des escarres et ulcères - pansement. • 10 cm x 12 cm (bte de 16) : tarif LPPR 52,83 €, prix limite de vente au public 52,83 € TTC, • 15 cm x 15 cm (bte de 10) : tarif LPPR 61,91 €, prix limite de vente au public 61,91 € TTC, • 10 cm x 22,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 61,91 €, prix limite de vente au public 61,91 € TTC.

Biatain-Ibu

 **Coloplast**

“Vivit sub pectore vulnus”

La blessure vit toujours au fond du cœur

Si le traitement des plaies intéresse les professionnels de santé, ce n'est pas par simple curiosité intellectuelle, mais parce qu'il est un problème quotidien et récurrent ; une plainte exprimée par de nombreux malades, impotents ou dont l'autonomie est amputée par la seule présence d'une plaie. Et si toutes les plaies ne peuvent prétendre à la cicatrisation, nombre d'entre elles peuvent cependant se prévenir, s'améliorer ou trouver, grâce à des soins appropriés, un équilibre acceptable en terme de qualité de vie.

Fédérer et se former pour mieux traiter les plaies

La SFFPC, un regroupement de professionnels de santé pro-actifs une association transdisciplinaire déterminée à mener un combat pour changer les mentalités et les pratiques.

La SFFPC, fondée en 1996, a pour but de regrouper les professionnels désireux de se réunir pour aborder les problèmes pratiques et de recherches de la prise en charge des plaies. Le Journal des Plaies et Cicatrisations, (7.000 à 25.000 exemplaires avec 4 numéros par an) est le vecteur d'informations spécifiques pour ces professionnels qui y trouvent un écho à leurs préoccupations quotidiennes.

C'est depuis 1997 que des Diplômes d'Université de Plaies et Cicatrisations ont été organisés en premier à Montpellier et Paris VI puis progressivement dans tous les CHU du territoire. Ouverts aux praticiens de toutes spécialités (Médecine Générale, Dermatologie, Chirurgie Plastique, Rééducation Fonctionnelle, Chirurgie Oncologique, Brûlologues, Chirurgie Orthopédique) et aux paramédicaux (IDE, Cadres hospitaliers, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, Podologues), ils proposent des enseignements portant sur les plaies aiguës

(traumatique, brûlure, gelure, envenimations, dermabrasions et macérations) et les plaies chroniques (ulcère de jambe d'origine veineuse, artérielle, plaies du pied du diabétique, escarres, plaies cancéreuses).

Depuis 10 ans, des Commissions Plaies et Escarres se sont développées dans tous les Centres Hospitaliers. Ces regroupements de professionnels en transdisciplinarité ont pour rôle de gérer les parcs de supports de prévention d'escarres, les pansements, le développement de nouvelles technologies, l'enseignement des bonnes pratiques et leur respect grâce aux protocoles. Parallèlement, chaque établissement a plus ou moins développé au sein des Instituts de Formation Infirmiers un module d'enseignement Plaies et Cicatrisations.

La SFFPC se réunit chaque année depuis 11 ans, avec une fréquentation variable de 1.700 en 1996 à 6.050 participants en 2004 lors du Congrès Mondial des Plaies (en moyenne 3.000 participants chaque année).

La dynamique de l'enseignement et de la communication au sein du corps médical et paramédical a été possible grâce à une forte mobilisation et aux efforts importants consentis dans le domaine de la recherche par de nombreux laboratoires.

Sylvie Meaume ; Luc Téot ; Isabelle Fromantin ■

Président, Vice-président et Trésorière de la SFFPC (Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation)

Des plaies et des coûts

Nous ne pouvons plus faire l'économie d'une réflexion sur les dépenses de santé, chacun à notre échelle, dans nos fonctions, selon nos possibilités d'action. Cela ne signifie pas qu'il faille traiter les plaies des patients au rabais (bien au contraire !), ni se lancer dans de compliqués calculs. Mais « penser juste », sans perte de temps, d'énergie ou défauts de soin est déjà en soit une façon de dépenser moins. S'il nous semble important d'aborder aujourd'hui cette question, c'est sans doute car nous sommes inquiets face à certaines mesures telles que le déremboursement déjà acté et/ou annoncé de pansements. Nous avons le choix de réagir de deux façons : ignorer, attendre et s'adapter, ou s'intéresser, agir et défendre des pratiques de soins.

Défauts de soins

Il ne s'agit pas ici de dresser une liste exhaustive de l'ensemble des dysfonctionnements rencontrés dans le traitement des plaies. Nous sommes tous dépendants d'un système (aussi bien en ville qu'à l'hôpital) qui ne nous permet pas individuellement d'être aussi efficace que nous le souhaiterions. Cependant, nous allons nous permettre de rappeler quelques points importants et récurrents liés à la pratique des soins ou à leur organisation. ●●●

1. Défauts de pratiques

• L'utilisation abusive d'antiseptiques, bactéricides et antibiotiques sur les plaies.

Une plaie chronique infectée (ex : escarre, ulcère) ou une plaie aigüe (post opératoire, brûlure) doit bien évidemment être traitée ou désinfectée. Mais une plaie colonisée, chronique, dont l'écosystème bactérien est équilibré doit être tout simplement lavée et débarrassée tant que possible de ses débris nécrotiques et fibrineux (débridement mécanique) sans recours à des bactéricides (ex : antiseptiques, pansements à l'argent). Les antibiotiques locaux n'ont, sauf rares exceptions, plus aucune place dans le traitement des plaies tant le rapport bénéfice/risque (pression de sélection) est en leur défaveur.

L'utilisation injustifiée et prolongée de pansements à l'argent en dehors de périodes d'infection avérées joue très certainement aujourd'hui dans les discussions autour du déremboursement de ces produits.

• L'assèchement des plaies

Depuis les années 60, nous avons la preuve que les plaies cicatrisent plus vite dans un milieu humide contrôlé. Pourtant, nombre de plaies sont encore asséchées, au risque de créer un retard de cicatrisation. Les exceptions à la réalisation d'une cicatrisation dirigée en milieu humide sont rares : les plaies artérielles en absence de revascularisation et quelques cas isolés telles que les bottes kaposiennes ou suites opératoires spécifiques. Nous gagnerions à profiter plus massivement des résultats de ces études qui après 50 ans ont toujours du mal à concurrencer les idées reçues et obsolètes.

• Le manque de prise en charge globale

Même si la plupart des plaies chroniques apparaissent suite à un traumatisme ou une hyperpression, leur difficulté à cicatriser s'explique par la conjonction de multiples facteurs qui dépassent largement les berges de la plaie ! (ex : dénutrition, insuffisance veineuse et/ou artériel, tabagie). Leur traitement ne se limite pas au pansement (action locale) mais au soin

apporté à la correction de chacun de ces facteurs (action globale). L'importance de l'interrogatoire visant à identifier les raisons de la chronicité d'une plaie arrive trop souvent après la réalisation du pansement ou pour justifier son échec.

2. Défauts d'organisation

• La difficulté à travailler en interdisciplinarité

Si nous écrivons cet article à six mains (deux médicales, deux chirurgicales, deux infirmières) c'est que notre expertise dans le traitement des plaies nous a appris que nous avons besoin de travailler ensemble, en complémentarité. Nous admettons que cette vision idyllique n'est pas toujours comprise ou maîtrisable. Pour autant, il faut y tendre et la favoriser tant que possible car elle est souvent la condition sine qua non à l'obtention d'une cicatrisation. Le chirurgien a les capacités d'accélérer les phases de cicatrisation (ex : détersion, recouvrement de la plaie), le médecin celles de mettre en place des actions de prise en charge globale (ex : prescription d'une compression, traitement anti-infectieux) et l'infirmière de soigner au quotidien (ex : pansement, éducation, orientation). Cette interdisciplinarité doit bien souvent être élargie à bien d'autres professionnels de santé (ex : podologue, masseur-kinésithérapeute). Aussi, attention : la plaie n'est pas l'affaire de l'un ou de l'autre mais celle de tous.

• Le non respect de la continuité des soins

Sans doute est-ce par excès de bonne volonté que les protocoles de soins sont parfois modifiés de façon répétée. Outre le coût que cela entraîne (achat d'une multitude de pansements), ces ruptures de continuité sont généralement improductives. Quel pansement peut agir en seulement deux ou trois jours ?

Cette curieuse habitude a des origines variées : un manque de consensus d'équipe ou inter-équipe, une méconnaissance, des rivalités de personnes ou de professions, une incompréhension de l'étiologie de la plaie, un manque de transmission,...

Aussi semble t-il sage de se référer sans cesse aux bonnes pratiques lar-

gement diffusées, se former ou faire confiance à ceux qui le sont, créer des « groupes plaies » interdisciplinaires dans les établissements et ne pas se mettre en opposition systématique face à une autre façon de faire.

Dépenses et investissements

Pour être économe demain, il faut savoir investir aujourd'hui dans du matériel peut être plus onéreux que les normes standard, mais permettant de mieux prévenir (car le traitement d'une plaie chronique est cher), d'accélérer la cicatrisation ou d'améliorer la qualité des soins (et donc, leur efficacité en termes de durée et survenue de complications).

Pour illustrer ces propos, nous proposons de pointer ici quelques procédés parfois sujets à polémique.

• Les pansements modernes

Hydrocellulaires, hydrofibre, alginates ou hydrocolloïdes coûtent plus cher qu'une compresse ou une mèche traditionnelle. Mais ils contrôlent le milieu humide (absorbe l'excès sans assécher), permettent l'espacement des soins (de 2 à 5 jours en moyenne) et/ou drainent et/ou préservent la peau péri lésionnelle. Si après ces arguments des prescripteurs sont encore réticents, sans doute faut-il leur rappeler que les conditions de remboursement en ville ne sont pas calculées à l'ancienneté ! (ex : remboursement partiel des compresses, déremboursement du Tulle Gras, ...).

• La thérapie par pression négative (TPN)

L'avis est unanime : la TPN accélère la phase de bourgeonnement des plaies dans nombre de situations complexes (ex : contact osseux). Ce pansement mécanique peut se positionner comme une alternative à la chirurgie ou en complément d'un geste chirurgical. Actuellement réservée à un usage hospitalier ou en HAD, son utilisation est souvent limitée par un problème de coût. Les indications doivent être réfléchies afin que le choix de cette thérapie n'entraîne pas un allongement de la durée de séjour lié, malgré l'évolution favorable de la plaie, à une impossibilité de poursuite du traitement dans un établissement de soin ●●●



 **smith&nephew**
ALLEVYN[®]
GENTLE

Parce que tous les patients
méritent le meilleur pour cicatriser



de suite ne prenant pas en charge ce type de matériel. Il sera souhaitable, dans un avenir proche, que ce traitement se démocratise et que ses bénéfices soient connus et reconnus afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de malades.



• Les supports dynamiques

En référence à la Conférence de Consensus sur les Escarres de l'adulte et du sujet âgé (2001), les supports dynamiques sont recommandés dès que le malade présente un risque élevé d'apparition d'escarre ou si une escarre est constituée et si le malade passe plus de 15 heures par jour au lit. Bien que répondant à ces critères, beaucoup de patients hospitalisés ou en HAD sont au mieux sur des supports statiques, au pire sur des matelas standards. Pourtant le calcul du coût de la location d'un matelas / coût d'un traitement de l'escarre semble sans appel.

• Les sets de soins

Nous admettons que certains sets de soins donnent lieu à du gaspillage de matériel lorsqu'ils sont prescrits sans tenir compte de leur contenu et de leur indication. Cependant, pour des soins complexes réalisés au domicile, ils sont garants d'une réalisation de la réfection du pansement dans de bonnes conditions.

Vulnus

Le nombre de patients porteurs de plaie n'est pas connu et il n'existe pas de données épidémiologiques en France comme à l'étranger. Les chiffres régu-

lièrement avancés sont basés sur les estimations des Sociétés Savantes. Le chiffre communément admis de patients porteurs de plaies serait d'environ 1,5 millions.

Le manque de visibilité des plaies

Elle commence par l'impossibilité de les montrer. Trop horrible, trop gore. Il faut les cacher, vivre avec en ne les montrant pas et en n'en montrant pas les conséquences psychiques. Perte de combativité, obligation d'accepter un véritable handicap. La plaie est un handicap caché. Vivre avec une prothèse, oui, avec un moignon qui coule non.

Vivre paraplégique oui, sentir mauvais non.

Vivre à 17 ans avec une plaie du sillon inter fessier qui tache le pantalon, sent fort, nécessite un pansement toutes les trois heures. Comment séduire ? Quelle image de soi peut-on espérer ?

Il faut en parler, faire parler les patients, créer des groupes de réflexion de patients sur les améliorations à apporter. Quête encore trop personnelle des praticiens experts en plaies et cicatrifications.

Le manque d'existence administrative est flagrant. Pas de Groupe Homogène de Malade porteur de plaies. Pas de différence de cotation entre une érosion cutanée temporaire et une large plaie du sacrum qui peut entraîner la mort. Pas de cotation appropriée des gestes médicaux et/ou paramédicaux qui prennent parfois beaucoup de temps. Pas de visibilité, pas de remboursement, perte de motivation pour les professionnels de ville qui vivent à l'acte, perte de moyens dans les hôpitaux, faible investissement sur les nouvelles technologies.

Il faut repenser tout le système de soins en matière de plaies, organiser des structures transversales au sein des hôpitaux en dédiant du personnel propre, former les référents médicaux et paramédicaux et intégrer ces structures comme les centres antidouleur ou les soins palliatifs.

Il est toutefois encore très difficile, voire impossible, dans un monde qui

lisse les images, de parler des plaies. Les patients doivent en endurer les souffrances en cachette, taire les difficultés qui sont générées dans la vie de tous les jours et le travail et, qui plus est, n'avoir que peu d'espoir de s'en débarrasser facilement, car la formation et la pratique médicales en ce domaine pâtissent encore d'un manque de prise en compte dans l'organisation du geste médical.

Le projet vulnus

La SFFPC, en partenariat avec d'autres groupes scientifiques impliqués dans les plaies, se propose de développer une étude épidémiologique large visant à affiner ces chiffres et à proposer aux tutelles une réalité plus tangible concernant le nombre exact des porteurs de plaies aiguës et chroniques à un moment donné.

Une association loi 1901 a été créée en mars 2007 pour soutenir ce projet, un blog interactif de réflexions et d'échange d'idées a été mis en ligne en juin 2007, plusieurs réunions de préparation entre professionnels et industriels ont été menées depuis janvier 2007, des contacts s'établissent avec les Caisses d'Assurance Maladie, la DHOS, les compagnies d'assurance et mutuelles.

C'est en 2008 qu'aura lieu la 1^{ère} édition de VULNUS (Journée de la Plaie), articulée autour de deux grands événements différés :

- Une enquête épidémiologique nationale - fin 2007
- Un événement grand public - printemps 2008

Adresse du blog :

<http://journeedelaplaie2008.blogspot.com>

Conclusion

Nous avons la possibilité, ensemble, d'organiser et d'améliorer encore davantage la prise en charge des plaies. Cette dynamique ne repose pas sur les épaules de quelques décideurs mais sur la volonté de chacun (soignant et médecin) de se sentir responsable, se former, diffuser l'information et agir à son niveau. ■



Accès à un masters 2

Partenariats Université de Reims / IFCS de Reims

A fin de répondre à sa mission « de garantir la qualité de l'encadrement et la formation des pairs... »¹, l'IFCS de REIMS en cohérence avec :

- les accords de BOLOGNE (qui préconisent que les systèmes d'enseignement supérieur doivent s'inscrire dans le système LMD pour garantir la libre circulation des acteurs, une qualité de formation, et faciliter la reconnaissance mutuelle des diplômes)
- la loi du 04 mai 2004 concernant la formation professionnelle (qui met la formation professionnelle au centre de la fonction des ressources humaines) propose depuis septembre 2006, un Master 2 Sciences Sociales, Spécialité Interventions Sanitaires et sociales, Parcours Encadrement des Unités de

Soin et de Formation des Etablissements de Santé (EUSF), qu'elle renforcera en septembre 2008 et septembre 2009 avec deux autres Masters 2 Administration Economique et Sociale, Spécialité Administration et expertise socio-économiques, parcours respectivement intitulés :

- Recherche : recherche en Sciences Sociale des professions de santé (RDPS)
- Professionnel : ingénierie de formation des formateurs de cadre de santé (IFFCDS) - en cours de négociation.

La finalité poursuivie, tout en développant une culture professionnelle, est d'affirmer la qualité du service rendu par les professionnels de santé aux personnes en demande de soins. Ce partenariat vise à former des profes-

sionnels capables d'assurer des compétences stratégiques, organisationnelles, relationnelles, pédagogiques et méthodologiques indispensables dans tous les services offrant des prestations de soins.

Au regard des évolutions du système de santé, il apparaît indispensable de familiariser l'encadrement avec d'autres grilles d'observation, d'autres modes d'analyse, d'autres méthodes d'évaluation. L'acquisition d'un vocabulaire professionnel amènera vers une pratique de manager.

Il s'agit donc d'acquérir une connaissance approfondie des problématiques économiques et sociales, pour développer le pilotage et la gestion des unités de soins au regard de la mise en place de la gouvernance. Il faut ainsi encourager, au travers ●●●

d'échanges interprofessionnels, l'intégration de concepts, savoirs et pratiques pour favoriser leur application dans le domaine professionnel.

La cohérence sociale, territoriale, politique et économique recherchée, oblige les institutions hospitalières et extra-hospitalières à redéfinir et/ou clarifier leurs missions en précisant leurs capacités à concilier santé publique et réponses curatives. Ces trois Masters 2, à des niveaux différents, poursuivent ces buts.

Si le Master 2 Sciences Sociales, Spécialité Interventions Sanitaires et sociales, Parcours Encadrement des Unités de Soins et de Formation des Etablissements de Santé se réalise concomitamment à la formation menant au diplôme cadre de santé, il peut également, comme les deux autres Masters 2, être abordé au travers de la formation continue pour les cadres de santé déjà diplômés.

Les Masters 2 sont structurés par Unités de valeurs (8) représentant un volume d'environ 380 heures d'enseignement.

En ce qui concerne le parcours EUSF, les domaines et champs abordés sont :

- les cadres de l'intervention sanitaire



et sociale

- les politiques publiques et sociales
- les méthodologies du mémoire professionnel, des projets...
- le droit du travail
- la gestion des ressources humaines
- la démarche qualité et les pratiques d'évaluation
- la pratique d'une langue étrangère.

Pour accéder à l'entrée au Master, les étudiants (non titulaires d'un Bac + 4) devront satisfaire à une Validation

des Acquis Professionnels (VAP : arrêté n° 2002-590 du 24 avril 2002) se déclinant sous forme d'une présentation écrite et orale d'un dossier d'admission. Il est néanmoins à noter que l'admission à l'IFCS, n'entraîne pas systématiquement l'entrée en Master, déterminée par la réussite au concours d'entrée, la validation de la VAP, l'entretien de motivation des étudiants. La validation du Master2 se fait à parité I.F.C.S-Université (30 ECTS).

Tableau synoptique de le programmation de la formation en partenariat

1^{er} semestre

Module	Enseignements diplôme cadre	Unités enseignement	Domaines et champs Master 2	ECTS	Volume horaire
1 et 2	Initiation à la fonction d'encadrement - concepts et modèle en socio, psycho et psychosociologie - la fonction cadre Santé publique - notions générales d'économie et de finances - concepts et démarche en santé publique - épidémiologie et statistiques	UE 7	Cadres de l'intervention sanitaire et sociale (1) 1 - politiques publiques et sociales 2 - approches de l'intervention sanitaire et sociale	6	48 42
3	Analyse des pratique - modèles théoriques, approches, courants, méthodes et outils	UE 8	1 - anglais 2 - méthodes	2 3	12 18
5 et 4	L'histoire des institutions et références législatives - la fonction hospitalière et sociale - gestion financière des établissements hospitaliers - outils de gestion et de contrôle Le cadre législatif et réglementaire de la formation - Gestion financière de la formation	UE 9	1 - méthodologie, pratique du projet d'établissement 2- gestion économique et financière	3 3	24 24
1		UE 10	Stages	7	12
	Total du semestre			30	180

1 - Arrêté du 18/08/1995 relatif au diplôme cadre de santé - Annexe 1 MSP/MIE/SG 95/33

Tableau synoptique de le programmation de la formation en partenariat

2^{ème} semestre

Module	Enseignements diplôme cadre	Unités enseignement	Domaines et champs Master 2	ECTS	Volume horaire
1	Comparaison internationales des systèmes de santé Fonction hospitalière Organisation et conditions de travail Hygiène et sécurité	UE 11	Cadres de l'intervention sanitaire et sociale (2) 1- approches comparatives des politiques sanitaires et sociales 2- droit du travail	3	48
				4	30
3 et 6	La recherche	UE 12	1 - anglais 2 - méthodes du mémoire professionnel	2 3	12 18
4 et 5	Analyse systémique et stratégique - autorité et pouvoir - gestion des ressources humaines Organisation et évaluation des activités professionnelles - planification et organisation des activités professionnelles - système qualité, démarche, outils	UE 13	Pratiques d'encadrement 1 - gestion des ressources humaines 2 - pratiques de gestion et démarches participatives 3 - démarche qualité et pratique d'évaluation	2	18
				2	24
				3	36
6		UE 14	Stage	7	
	Total du 2 ^{ème} semestre			30	198

Les intervenants participant à ces enseignements sont des universitaires de l'U.R.C.A, l'équipe pédagogique de l'I.F.C.S, des professionnels de santé, des formateurs consultants.

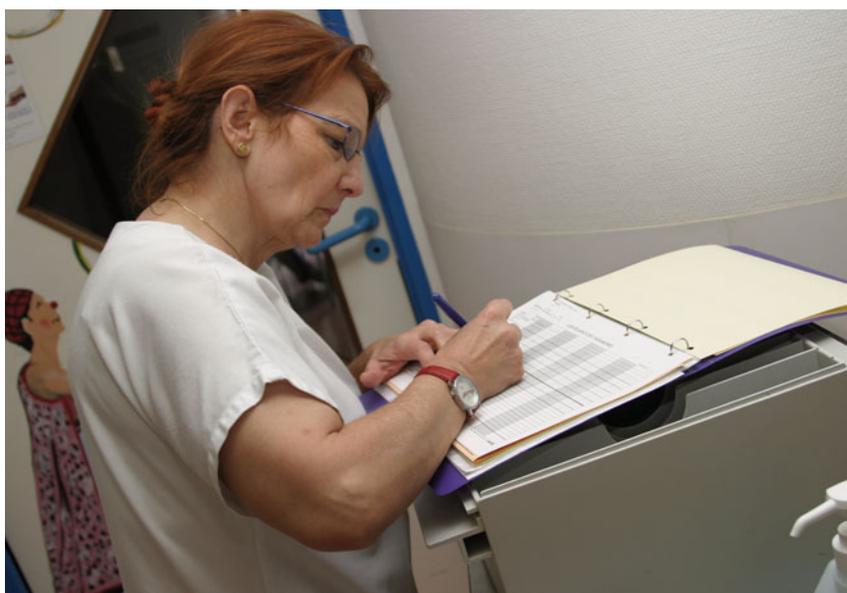
Le Master 2 RCDS s'articulera autour de :

- l'identification des différents champs de recherche
- les méthodes et outils de recherche
- un approfondissement des approches socioéconomiques des organisations et institutions sanitaires
- les différents concepts et état des savoirs en sciences sanitaires et sociales.

Quant au Master 2 IFFCDS, les principaux thèmes abordés seront :

- la professionnalisation et la formation
- le conseil en formation
- les politiques de qualité, normes et certification
- les problématiques et dispositifs d'évaluation en formation
- la médiation, savoirs et dispositifs
- les savoirs entre pratique, formation et recherche
- les modèles et conditions éducatives.

D'autres thèmes sont proposés sous forme de séminaires essentiellement, les étudiants devront en choisir deux



correspondant à leur projet professionnel.

Ce partenariat répond à un double objectif :

- assurer la qualité des compétences professionnelles de l'encadrement des organisations hospitalières
- préparer les professionnels cadre à s'inscrire dans une posture d'universitaire et de futur chercheur.

Selon la grille sociologique des professions, ce qui fait encore défaut à la profession infirmière, aujourd'hui,

c'est la construction d'un corpus de savoir scientifique reconnu. L'équipe pédagogique de l'I.F.C.S de Reims a pour ambition de contribuer à la construction de cet « édifice scientifique » : donner aux professionnels la possibilité d'élaborer, théoriser et conceptualiser les savoirs infirmiers.

Jocelyne JACQUES ■
Directrice de l'IFCS de Reims

Catherine HANNEQUIN ■
Formatrice à l'IFCS de Reims



l'Hospitalisation privée en France

*L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
a déclaré en 2003 le système de santé français
comme le meilleur du monde.*

*Ceci est dû, notamment, à l'offre hospitalière
de soins.*

Le système hospitalier français se compose d'établissements de santé publics et d'établissements de santé privés. On distingue les hôpitaux publics, établissements publics rattachés à une collectivité locale, des hôpitaux privés à but lucratif, sociétés commerciales, et des hôpitaux privés à but non lucratif, associations loi 1901.

L'hôpital moderne tel que nous le connaissons a commencé à être construit pendant la seconde guerre mondiale, avec la loi de 1941 qui pose le fondement de l'hôpital public. Puis, les ordonnances « Debré », en 1958 per-

mettent la création des CHU et du Secteur privé hospitalier avec les établissements sanitaires privés.

Les établissements sanitaires privés sont composés d'entités différentes, selon leur fonctionnement financier. On distingue les établissements privés à but lucratif et les établissements à but non lucratif, eux même, divisés en deux catégories, ceux participant au service publique hospitalier (dit PSPH) et ceux qui n'y participent pas (non PSPH).

Les établissements à but lucratif

(« les cliniques ») sont la propriété de particuliers ou de sociétés et sont autorisés à faire des bénéfices ; ils ont des règles de gestion et des modes de financement différents de ceux des hôpitaux publics et des établissements à but non lucratif.

Les établissements à but non lucratif relèvent d'associations, de fondation, de congrégations, d'organismes sociaux (mutuelles ou caisses d'assurance maladie).

Certains d'entre eux, dits PSPH, ont une vocation spécialisée comme les centres régionaux de lutte contre le cancer. Ces établissements PSPH sont soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics. Ils assurent des missions de service public et ils peuvent bénéficier des avantages accordés aux établissements publics.

Les autres, dit non PSPH, ont des règles de gestion privée et ils sont régis dans la plus part du temps par la convention collective de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif dite FEHAP.

L'histoire de la naissance de la convention FEHAP remonte au XIX^e siècle, où de nombreux hôpitaux de renom sont créés à l'initiative d'associations, d'œuvres nationales ou de fondations (de particuliers, d'entreprises industrielles ou commerciales). Ces établissements

ne sont pas financés par l'Etat. En 1936, ils se réunissent en créant la FEHAP. De plus, le 31 octobre 1951, les établissements adoptent une Convention Collective Nationale ou CCN FEHAP du 31 octobre 1951.

La FEHAP a cinq missions :

- **Informier** : ses adhérents sur l'activité du secteur sanitaire, l'évolution de la réglementation.
- **Défendre** : auprès du ministère de la santé, en représentant le secteur privé sans but lucratif.
- **Promouvoir** : auprès des pouvoirs publics, du grands public, des malades et de leurs proches.
- **Conseiller** : Son service juridique renseigne sur l'application de la réglementation du travail et de la Convention collective du 31 octobre 1951. Elle est au cœur de la négociation et oriente la politique salariale de ses adhérents.
- **Former** : en formation continue et diplômante.

Rassemblant quelques établissements lors de sa création, la FEHAP a gagné la confiance de près de 3.000 établissements en 2006, représentant 185.000 salariés équivalent temps plein (ETP) du secteur sanitaire et médico-social.

Dans le secteur sanitaire, on retrouve des établissements FEHAP intervenant

en Médecine, en Chirurgie, en Obstétrique, en Psychiatrie, en Soins de Suite et Réadaptation, en Hospitalisation A Domicile et en Dialyse. Dans le champ Social et médico-social, ils interviennent dans les secteurs de l'Enfance, du Handicap, des Personnes âgées et des personnes en difficultés.

La Convention collective FEHAP définit le salaire de tous les employés des établissements adhérant à la FEHAP. Par exemple, le salaire d'un(e) infirmier(e) est défini par un coefficient (477 points). A ce coefficient correspond un point (d'une valeur de 4.312 € au 01/09/07) qui détermine la rémunération :

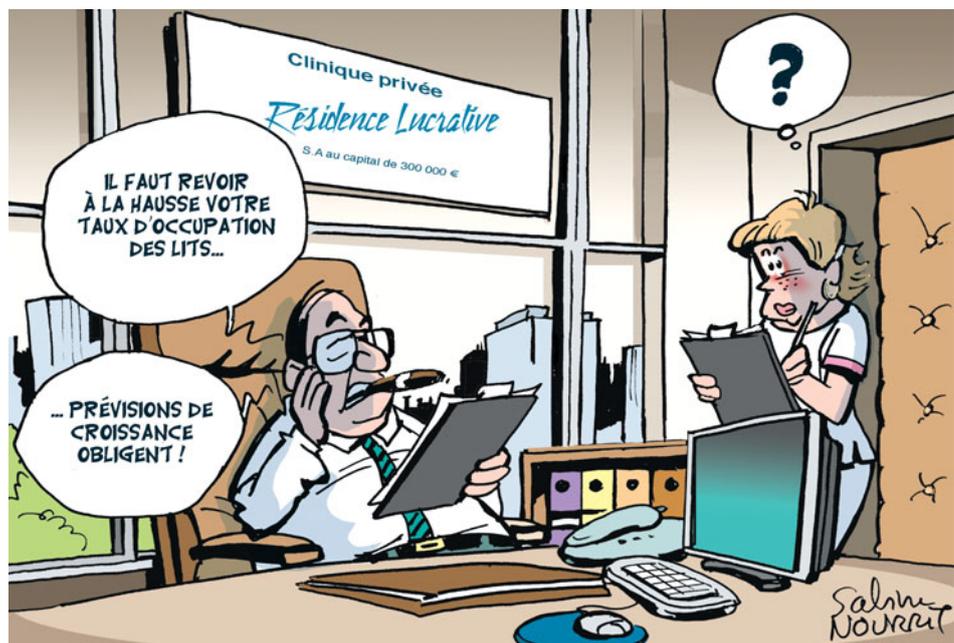
$477 \times 4.312 = 2061\text{€}12$ brut par mois en début de carrière.

Il faut ajouter une prime d'assiduité correspondant à 5% de la rémunération annuelle brute, versée suivant une périodicité et des critères définis dans les accords d'établissements.

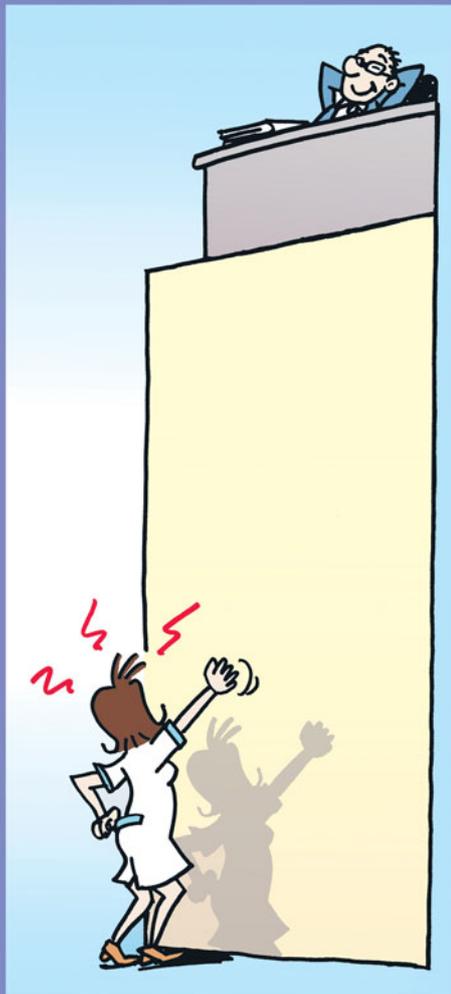
C'est ainsi que fonctionnent la plupart des établissements à but non lucratif. Ces établissements partagent des valeurs communes avec le service public hospitalier.

Christophe ROMAN ■

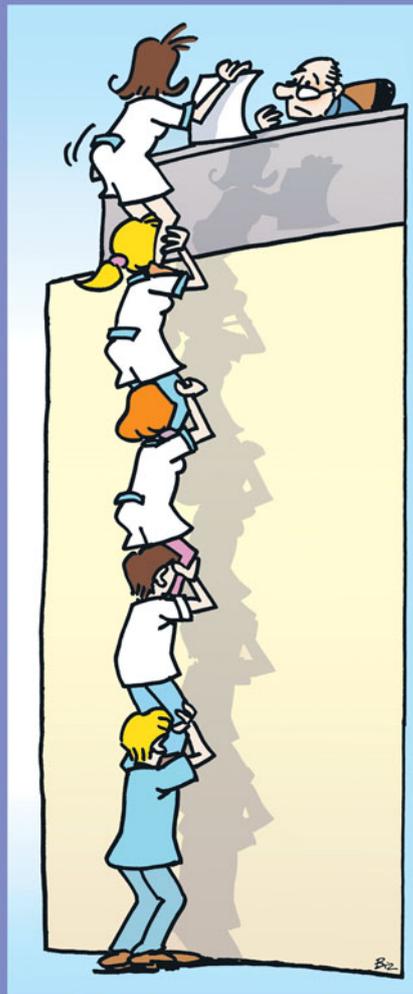
CNI Hôpital Saint-Joseph Marseille



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



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



REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

**C
N
I**

**COORDINATION
ATIONALE
NFIRMIERE**



Contacts

Tél. 04 91 74 50 70

Fax 04 91 74 61 47

Email : coord-nat-inf@hotmail.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

Coordination Nationale Infirmière

Syndicat Professionnel
270 boulevard Sainte-Marguerite
13009 Marseille
6508 / RC 1249 / 1

*J'adhère à la Coordination Nationale Infirmière
Je reçois sa revue professionnelle chaque semestre.*

C O T I S A T I O N A N N U E L L E

IDE : 70 €

(depuis le 01/01/05 cotisation déductible des impôts à 66% soit cotisation à 23,80 € par an).

ETUDIANTS : 15 €

J'adhère à la Coordination Nationale Infirmière pour 1 an :

Nom :Prénom :

Nom de jeune fille.....

Adresse :

Code postal :Ville :

Lieu et secteur d'activité :

Tél :Email :

Etablissement employeur :

Service :N° Poste :Grade :

Je joins à ce bulletin un chèque de 70 € (ou 15 €) à l'ordre de :

Coordination Nationale Infirmière

Et l'envoi à : Coordination Nationale Infirmière BP 46 - 33603 Pessac cedex

Par mon adhésion à la CNI, je peux accéder à une assurance professionnelle (protection juridique)
au tarif préférentiel de 1,70 € par mois, soit 20,40 € par an.

L'adhésion se fait par année civile :

ex : si on adhère au mois de mars on paiera 10 mois x 1,70 € = 17 €

Je souhaite prendre l'assurance professionnelle

J'envoie uniquement mon chèque d'adhésion de 70 € (ou 15 €) à la CNI,
le formulaire pour l'assurance me sera alors envoyé dans les prochains jours

Je ne souhaite pas prendre l'assurance professionnelle



Égalité des droits et des chances

La loi du 11 février 2005

Loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ; représentera-t-elle un avancé significative pour la connaissance des droits des personnes handicapées, comme sa grande sœur du 30 Juin 1975.

Fondatrice de la prise en charge du handicap, la loi du 30 Juin 1975 affirme, pour la 1^{ère} fois le devoir de la nation envers les personnes handicapées.

30 ans plus tard, le constat est unanime, cette loi n'est plus adaptée. La distance est devenue trop grande entre les principes et la réalité. Les personnes handicapées ne veulent plus être considérées comme une population à part.

Or cet objectif n'a visiblement pas été atteint par la loi de 1975, que ce soit à l'école, au travail ou encore en matière

d'accessibilité. En effet, à l'école, l'intégration des enfants en milieu ordinaire reste une exception. Dans le milieu professionnel, à la fin 2001, le taux de chômage des travailleurs handicapés est proche de 26 % (contre 9 % de la population totale), 37% des entreprises assujetties à l'obligation de l'emploi n'ont recruté aucun travailleur handicapé. De même, l'accessibilité des transports, ou encore des bâtiments n'a pas été réellement contrôlée ni sanctionnée.

Au fil des ans une prise de conscience s'élève sur la nécessité de reformer la loi de 1975.

Forte de 101 articles, la loi 2005-102 du 11 février 2005, concerne plus de cinq millions de personnes handicapées en France, soit environ 8 % de la population.

La loi ose une définition du handicap

Constitue un handicap, au sens de la loi, toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap, ou d'un trouble de santé invalidant.

La loi pose le principe de droit à la compensation

« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap, quelles que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ».

Le droit à la compensation :

La loi handicap met en œuvre le principe du droit de compensation, en établissement comme à domicile.

La prestation de compensation couvre les besoins en aide humaine, technique, animalière, en matière d'aménagement du logement ou du véhicule, et ce en fonction du projet de vie formulé par la personne handicapée : une équipe pluridisciplinaire, au sein

de la maison départementale de la personne handicapée, évalue les déficiences mais aussi les capacités de la personne handicapée et lui propose un plan personnalisé de compensation de son handicap. Ce plan vise à lui garantir la plus grande autonomie possible, en répondant à ses besoins, ses aspirations et ses capacités.

Indépendamment du droit de compensation, la loi handicap, améliore les ressources des personnes handicapées qui perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH), puisqu'il est désormais possible de cumuler l'AAH avec un revenu d'activité ou de percevoir un complément de ressources supplémentaires pour les personnes handicapées qui ne peuvent travailler. Par ailleurs, si la prestation de compensation est aujourd'hui versée aux adultes handicapés de plus de 20 ans et dont le handicap a été reconnu avant 60 ans, elle doit à terme, être accessible à toute personne handicapée quel que soit son âge.

La scolarité

Le droit à l'éducation pour tout enfant qui présente un handicap constitue une des évolutions fondamentales de la loi. Chaque enfant handicapé doit pouvoir être scolarisé dans l'établissement le plus proche de son domicile et bénéficier d'un accompagnement adapté. Le projet personnalisé de scolarisation coordonne le déroulement de la scolarité et l'ensemble des actions pédagogiques, psychologiques éducatives sociales, médicales et paramédicales qui viennent compléter la formation scolaire, et ce en étroite liaison avec les parents.

L'intégration des élèves handicapés est ainsi facilitée avec le concours d'équipes de suivi de scolarisation qui aident à la mise en œuvre du projet personnalisé, un enseignement référent et des auxiliaires de vie scolaire.

Par ailleurs en primaire, les classes d'intégration scolaire (Clis) accueillent en milieu scolaire mais de façon différenciée des élèves handicapés physiques, sensoriels ou mentaux, qui peuvent profiter d'une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités. Des structures comparables, les unités pédagogiques (UPI) prennent le relais des clis au collège et au lycée.

L'emploi

Priorité est donnée au travail en milieu ordinaire. Facteur d'intégration, en incitant les employeurs : 6% de travailleurs handicapés doivent être employés dans des entreprises de plus de 20 salariés. Cette mesure est étendue aux titulaires de la carte d'invalidité et aux titulaires de l'AAH. Les entreprises doivent également prendre des mesures appropriées pour permettre aux travailleurs handicapés d'accéder à un emploi correspondant à leur qualification, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée.

Tout ou une partie des dépenses supportées à ce titre par l'employeur peut être compensé par des aides et le dispositif de sanctions sera renforcé, elles pourront atteindre, à terme 1.500 fois le SMIC horaire par travailleur handicapé non employé, étendu aussi aux employeurs publics.

Par ailleurs le ministre délégué au travail et le ministre délégué aux personnes handicapées ont présenté, le 15 novembre 2006, un plan national de 15 mesures pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, effectif dès 2007. Une proposition d'insertion sera faite à chaque personne Handicapée dans un délai maximal de 6 mois à compter de sa demande à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Un référent « insertion professionnelle » sera par conséquent recruté dans chaque MDPH afin, notamment de faire le lien entre l'équipe pluridisciplinaire chargée de l'élaboration du projet de vie et les services d'aide au recrutement (ANPE et Cap Emploi).

L'accessibilité

C'est une condition essentielle pour pouvoir effectuer les actes de la vie quotidienne et participer à la vie sociale, quel que soit le handicap (physique sensoriel, psychique, mental, cognitif, polyhandicap). La loi de 2005 étend l'obligation d'accessibilité aux logements neufs et à toute la chaîne de déplacement (aménagement de voirie, accès aux gares, transport en commun...) et ce dans un délai de 10 ans. Les écoles d'architecture sensibilisent d'ores et déjà les futurs professionnels aux problèmes de l'accessibilité ●●●

des bâtiments. « Une charte entreprise handicap » incite les entreprises à aller au-delà de leurs obligations réglementaires pour améliorer l'accès aux personnes handicapées aux commerces et à l'emploi, par l'information et par des dispositifs concrets. Par ailleurs, le ministère de la culture et de la communication a élaboré début 2007 un guide pratique de l'accessibilité, « culture et handicap », destiné aux professionnels de la culture, afin de permettre à toutes les personnes, quelque soit leur handicap, d'exercer des actes de la vie quotidienne et de participer à la vie sociale et culturelle.



La loi place la personne handicapée au centre du dispositif

C'est sur la base d'une approche fondée sur les besoins et les choix de vie de la personne que les décisions la concernant sont prises. On passe d'aide forfaitaire « à une aide individualisée » :

« Les besoins de compensation sont définis en prenant en considération les besoins et les aspirations, tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie par la personne elle-même ou à défaut avec ou pour elle, par son représentant légal. Cette loi a instauré le projet de vie de la personne handicapée

qui prend en compte ses aspirations, et ce, tant dans une dimension éducative que sociale.

L'accès au droit des personnes handicapées

Pour faire valoir leurs droits, notamment aux prestations, (demande de cartes ex : station début pénible) et organiser leur vie quotidienne, les personnes handicapées disposent désormais d'un interlocuteur unique : la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Précédemment, la pluralité des organismes Compétents, (CDES = Commission Départementale D'éducation Spéciale, COTOREP =

Commission technique Orientation Reclassement Professionnel, caisse de sécurité sociale, aide sociale départementale). Leur cloisonnement, la complexité des procédures administratives, constituaient pour ces personnes autant d'obstacles à surmonter. Au sein de la maison départementale, une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), prend les décisions relatives à l'ensemble de leurs droits, entre autres en matière de prestations, (AAH) et d'orientation, vers des établissements et services spécialisés. Elle se substitue, depuis le 1^{er} janvier 2006, dans chaque département à la CDES et à la COTOREP.

La maison départementale des personnes handicapées assure la coordination des différentes

équipes et assure la mise en place d'un partenariat avec les acteurs du secteur.

La loi crée une nouvelle prestation de compensation

« Toute personne handicapée a droit à une prestation de compensation, prenant en compte l'âge, mais aussi la nature de l'importance des besoins de compensation au regard de son projet de vie ».

Elle englobe des aides de toute nature permettant à la personne de vivre en milieu ordinaire ou adapté en réponse à ses besoins.

Les cinq éléments de la PCH

- **Aide Humaine** : Pour les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette partie sera plus longuement développée.
- **Aides Techniques** : fauteuils roulants logiciels grossissants etc. ...
- **Aménagement du Logement et du Véhicule** : accessibilité salle de bains accélérateur au volant etc....
- **Charges Spécifiques** : (protections) Exceptionnelles etc.
- **Aides Animalières**

Principe de la PCH

- La prestation de compensation est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.
- La PCH représente la compensation du handicap, au quotidien, dans le cadre de vie.

La PCH n'est qu'une partie du PPCH (Plan Personnalisé Compensation du Handicap) qui s'intéresse à l'ensemble des prestations y compris hors champ de la CDAPH = (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées), soins infirmiers.

- Son attribution est personnalisée. Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées, sur la base du projet de vie exprimé par la personne. L'équipe pluridisciplinaire apprécie les besoins de manière individualisée.

- Au regard du projet de vie Après une évaluation de la situation de la personne dans sa globalité, en tenant compte de ses limitations d'activités et de ces capacités, de son environnement et de sa situation.

Le PCH à domicile

Loi du 11/02/2005 : décrets n° 2005 - 1588, 1591. 2006 - 669. 2006 - 1311. Annexe 2-5 (référentiel pour l'accès à la PCH). Arrêtés du 28 décembre 2005.

Conditions d'attributions

- 1) Condition de résidence
- 2) Conditions d'âge
- 3) Conditions liées au handicap
- 4) Critères médicaux d'accès aux droits

pour les 5 éléments de la PCH.

1 : Condition de résidence

Résidence stable en France métropolitaine depuis plus de 3 mois.

Séjour < 3 mois hors territoire national.

Séjour > 3 mois pour étude ou formation professionnelle.

Possibilité d'élire domicile auprès d'une association ou d'un organisme à but non lucratif agréé.

2 : Condition d'âge

- Limite d'âge : de 20 à 60 ans. (16 ans si la personne ne remplit plus la condition d'ouverture de droits aux prestations familiales).
- Entre 60 et 75 ans : si le handicap répondait aux critères prévus avant l'âge de 60 ans (D . 2006 - 1311).
- Pas de limite d'âge pour les personnes exerçant une activité professionnelle (L 245 - 1).
- Au-delà de 60 ans pour les bénéficiaires de l'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne) ; optant pour la PCH (o.2453).
- Bénéficiaire de m'AEEH pour aménagement de logement, de véhicule ou surcoût lié aux transports.

3 : Conditions liées au handicap

- Avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité
- Ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités appréciées au moyen référentiel.

Les difficultés doivent être définitives, ou d'une durée prévisible d'au moins 1 an.

Il n'est pas nécessaire que l'état soit stabilisé.

4 : Critères Médicaux d'accès au droit

Mobilité : Se mettre debout, transfert (changement de position) marche, se déplacer (intérieur et extérieur), préhension main dominante ; non dominante, activité de motricité fine.

Entretien personnel : Se laver, assurer l'élimination et utiliser les toilettes, s'habiller, manger.

Communication : Parler, entendre, voir (distinguer et identifier), utiliser des appareils et techniques de communication.

Relation exigence : orientation dans le temps, orientation dans l'espace, gérer sa sécurité (connaissance du danger), maîtriser son danger (maîtrise de soi).

Les aides humaines :

- 1 - condition d'accès aux aides humaines
- 2 - aides effectives d'une tierce personne pour les actes essentiels
- 3 - surveillance régulière
- 4 - les frais supplémentaires
- 5 - emploi de l'aide humaine.

1 - condition d'accès aux aides humaines. la personne handicapée doit présenter :

- Soit une difficulté absolue pour la réalisation d'un acte ou d'une grave difficulté. Pour la réalisation de deux actes essentiels (toilette, habillage, alimentation, élimination) ou aux déplacements.
- Soit et à défaut, d'un temps d'aide apporté par un aidant familial au titre des actes essentiels ou de la surveillance de 45 minutes par jour.

Les difficultés rencontrées dans le domaine de la participation à la vie sociale, ne peuvent justifier à elles seules l'ouverture de la P.C.H - aides humaines. Les besoins d'aides humaines peuvent être reconnus dans les trois domaines suivants :

- Les actes essentiels de l'existence
- La surveillance régulière
- Les frais supplémentaires liés à l'exercice d'une activité professionnelle ou d'une fonction.

La partie concernant les besoins d'aides humaines nous permettra de faire un lien sur notre rôle propre et nous amènera à réfléchir sur la place de l'infirmière face aux personnes lourdement handicapées.

2 - Aide effective d'une tierce personne pour les actes essentiels.

Ces actes essentiels, il s'agit des aides liées à :

La toilette

Qui comprend les activités « se laver » et « prendre soins de son corps ». Dans ce cadre, le temps d'aide humaine quotidien peut atteindre 70 minutes. Il inclut le temps pour la réalisation d'une toilette au lit, au lavabo, par douche ou bain. Pour l'installation dans la douche ou de la baignoire (y compris les transferts entre la douche ou la baignoire et le fauteuil roulant). Sont compris l'hygiène buccale, le rasage et le coiffage. L'équipe pluri-

disciplinaire devra tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une toilette complète ou d'une aide à la toilette.

Temps maximum : 70 minutes par jour.

Habillage / déshabillage

Effectuer les gestes nécessaires pour mettre ou ôter les vêtements selon les circonstances. Sont compris mettre et ôter une prothèse.

Temps maximum : 40 minutes par jour.

L'alimentation

C'est le fait de « manger » et « boire », mais aussi le temps d'aide à l'installation de la personne pour prendre les repas, y compris couper les aliments et /ou les servir, et assurer une prise régulière de boissons hors des repas équivaut à un temps quotidien pouvant atteindre 1 heure 45 par jour.

Des facteurs tels que l'existence des troubles de la déglutition, notamment s'ils nécessitent le recours à une alimentation spéciale, hachée ou mixée ; peuvent être de nature à justifier un temps d'aide quotidien important.

L'élimination

Prévoir et contrôler miction et défécation, en exprimant le besoin, en se rendant dans un endroit approprié et en réalisant les gestes nécessaires y compris les transferts.

Les actes concernant l'élimination, qui relèvent des soins infirmiers ne sont pas pris en compte.

Le temps quotidien peut atteindre 50 minutes maximum par jour.

Déplacements intérieur

Temps maximum par jour : 35 minutes

Déplacement extérieur

Aide pour les démarches liées au handicap tout déplacement à l'extérieur pour d'autres motifs seront pris en charge dans la participation à la vie sociale.

Temps maximum : 30 heures par an : 5 minutes par jour.

Participation à la vie sociale

Besoin d'aide humaine pour ce déplacer à l'extérieur et pour communiquer afin d'accéder aux loisirs, à la culture, à la vie associative. ●●●

Temps maximum : 30 heures par mois ; 59 minutes par jour. Le temps d'aide quotidien total au titre des actes essentiels, peut donc atteindre 6h05 par jour.

3) Surveillance régulière

Le besoin d'aide humaine peut également être reconnu lorsque l'état de la personne implique une surveillance régulière. Par « surveillance », il faut entendre le fait de veiller sur une personne handicapée afin d'éviter qu'elle ne s'expose à un danger menaçant son intégrité ou sa sécurité. Pour être pris en compte au titre de l'élément « aide humaine », le besoin de surveillance doit être durable ou survenir fréquemment et concerne :

- soit des personnes qui s'exposent à un danger du fait d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions mentales, cognitives ou psychiques.
- soit les personnes qui requièrent à la fois une aide totale pour la plupart des actes essentiels et une présence due à un besoin de soins constants. Le temps de surveillance attribué au titre de la prestation de compensation, peut atteindre trois heures par jour.
- Les personnes nécessitant à la fois une aide totale et des soins constants. Interventions itératives nécessaires dans la journée et interventions actives généralement nécessaires dans la journée et intervention actives, généralement nécessaires dans la nuit.

Les soins et interventions sont généralement liés à la prévention d'escarres, ou à l'accomplissement d'aspirations endotrachéales, dès lors que ces aspirations sont réalisées par des personnes habilitées.

Dans ce cas le cumul des temps d'aides humaines pour les actes essentiels et la surveillance peut atteindre 24h par jour.

Pour infos si la personne handicapée, ou sa famille, fait intervenir l'infirmière sur un financement d'auxiliaire de vie, le différentiel sera à sa charge.

4) Les frais supplémentaires

L'exercice d'une activité profession-

nelle ou d'une fonction élective impose des frais supplémentaires.

Nombre d'heures maximum : 156 heures par an.



Sont exclus :

- les besoins en aide humaine pour les actes essentiels sur le lieu de travail.
- Les frais liés aux aides en lien direct avec le poste de travail.

5) Emploi de l'aide humaine

L'élément « aide humaine » de la prestation de compensation, peut être employé, selon le choix de la personne handicapée, à rémunérer directement un ou plusieurs salariés, notamment un membre de la famille à certaines conditions, ou à rémunérer un service prestataire d'aide à domicile, ainsi qu'à dédommager un aidant familial.

Qui peut être aidant familial ?

- L'autre membre du couple (conjoint, concubin).
- Tout ascendant ou descendant, et collatéral, jusqu'au 4^{ème} degré ; de la personne handicapée.
- Tout ascendant ou descendant, collatéral, jusqu'au 4^{ème} degré du conjoint, concubin ; pacsé ; qui ne peut cependant pas être considéré comme membre de la famille, qu'à la seule condition, qu'il apporte une aide humaine ; au sens de la loi, et qu'il ne soit pas salarié pour cette aide.

Montant de l'PCH aide humaine :

- Aide à domicile employé directement : 11,02 € de l'heure.
- Service mandataire : 12,12 € de l'heure.
 - Service prestataire : 14,43 € de l'heure.
 - Dédommagement d'un aidant familial (qui ne travaille pas) : 3,19 € de l'heure.
 - Dédommagement d'un aidant familial, ayant cessé totalement ou partiellement son activité : 4,78 € de l'heure.

6) Prestation de compensation ; qui finance ?

La prestation de compensation se substitue à l'actuelle allocation compensatrice pour tierce personne, financée par les départements. Elle nécessite des financements complémentaires à ceux qui sont versés par le département.

Ils sont apportés par la nouvelle caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Conclusion

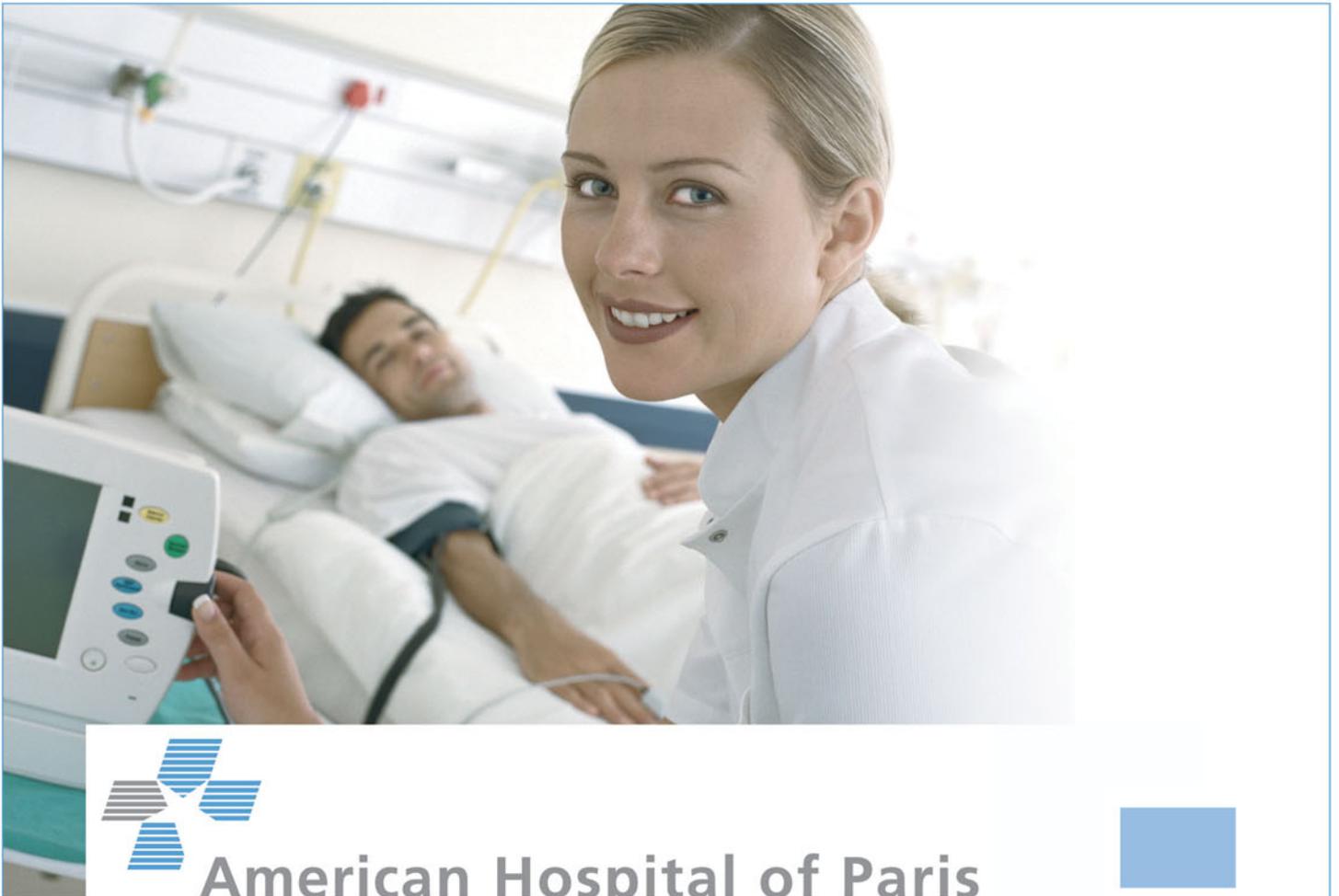
Deux ans après son entrée en vigueur, la loi sur le handicap représente une réelle avancée ; en terme de droits pour les personnes handicapées.

Mais sa mise en application connaît des retards. Les associations dénoncent des lenteurs et des dysfonctionnements dans sa mise en application, en particulier en ce qui concerne la scolarité.

Elles constatent aussi un retard dans la mise en place des maisons départementales. Dans certains départements, l'accueil se limite à un numéro de téléphone. Les équipes pluridisciplinaires sont souvent restreintes, peu ou pas formées. Toutefois, la nouvelle caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a pour mission de garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire et pour tous les handicaps.

Elle est chargée de suivre et de mesurer la qualité du service rendu aux personnes en fonction de leurs choix de vie.

Sylvie BURDIN ■
CNI GLEIZÉ (69)



American Hospital of Paris

Nous recherchons :

IDE de Bloc ou **IBODE** pour notre Bloc Opératoire (polyvalent, 5 salles)

IDE pour Dialyse, IDE Nuit (services de Médecine et Chirurgie)

Puéricultrice de Nuit (pour la Maternité)

Cadre IADE ayant la responsabilité des deux salles de réveil (bloc et ambulatoire)

Cadre de Santé possédant une expérience en unité de soins d'urgences ou de soins intensifs pour la Permanence Médico-Chirurgicale (service assurant les Urgences)

WE CARE...

ABOUT YOU!*

100 ans
d'excellence
médicale

Depuis cent ans, nous nous engageons à offrir à chaque patient un suivi personnalisé.

Notre mission va au-delà du soin en mettant en œuvre les meilleures pratiques médicales françaises et américaines.

C'est ce qui contribue à faire de l'Hôpital Américain un hôpital unique !

Nous vous garantissons :

- une période d'intégration avec parrainage individuel
- des actions de formation continue spécifiques
- des conditions de travail attractives dans un environnement international
- une évolution professionnelle individualisée

Lettre de motivation et CV à adresser à laurence.carrey@ahparis.org
ou "Hôpital Américain, Direction des Soins Infirmiers,
63 bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine".





Le Groupe Hospitalier LARIBOISIÈRE - Fernand WIDAL
2, rue Ambroise Paré - 75475 PARIS Cedex 10

recrute h/f

des INFIRMIERES, PUERICULTRICES, IADE, IBODE, CADRES DE SANTÉ, MASSEURS KINESITHERAPEUTES, MANIPULATEURS EN ELECTROCARDIOLOGIE, TECHNICIENS DE LABORATOIRE

N'hésitez pas, contactez-nous :
Cellule de recrutement de la Direction des Soins,
01 49 95 24 69 ou recrutement.lariboisiere@lrb.aphp.fr

Accès facile :
SNCF : Gare de l'Est et Nord
RER : B et D (gare du Nord)
Métro : lignes 4 et 5 (gare du Nord)
Bus : lignes 26, 42, 43, 46, 47, 48, 54, 60, 65, 302 et 350

Des services :
Crèches, Centre de Loisirs, Parking, Service Social



Le CHU Ambroise Paré
recrute

Des CADRES DE SANTÉ

- Service d'Accueil, Urgences (Jour et Nuit)
- Unités de Soins Cliniques Médico-Chirurgicales
- Laboratoire de Biochimie

Des INFIRMIER(E)S (Jour/Nuit)

- Unités de Soins Cliniques Médico-Chirurgicales
- Equipe de suppléance

Des MANIPULATEURS en ELECTROCARDIOLOGIE

Adressez votre candidature (lettre de motivation et C.V) à :
Madame Marie-Claude VERDIER,
Coordonnateur Général des Soins
Hôpital Ambroise Paré
9 Avenue Charles de Gaulle - 92104 BOULOGNE
Renseignements auprès du Secrétariat **Tél : 01 49 09 45 03**
Christelle.marous@apr.aphp.fr

66

Votre force savoir accompagner le quotidien

Vous souhaitez vous investir dans un secteur en pleine mutation, au sein d'équipes pluridisciplinaires, en vous impliquant dans un projet de soins de façon régulière et durable ?

Le Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris recrute

Infirmiers diplômés d'Etat h/f pour ses EHPAD, Paris et proche banlieue

Recrutement statutaire ou contractuel. Evolution de carrière par formations et concours internes. Facilités de logement.

Merci d'adresser CV et lettre de motivation à la Sous-Direction des Ressources, Service des Ressources Humaines, Bureau de la Gestion des Personnels Hospitaliers, 5 boulevard Diderot, 75589 Paris cedex 12 ou par courriel à delphine.butel@paris.fr

Recrutement par concours sur titres organisés semestriellement : renseignements auprès de Mme Sylvia LEGRIS, Section des Concours, au 01 44 67 16 97.



CENTRE D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE PARIS

orc.fr

Paris et proche Banlieue

I.D.E - I.B.O.D.E Aides-Soignant(e)s diplômé(e)s Sages-Femmes



Maternité - Chirurgie - Services de Médecine d'Urgence - USIC Soins Intensifs - Réanimation médicale - Médecine - Soins de Suite - Cancérologie - Gériatrie - Centres d'Hémodialyse

Contact : Sylvie BRISARD - 01 40 46 42 24

Vous pouvez postuler en ligne : www.sante-retraite.org

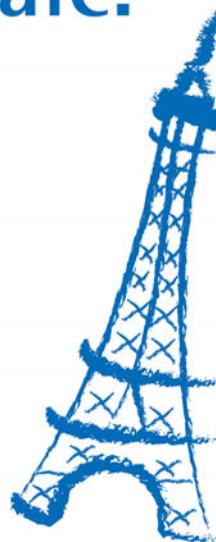
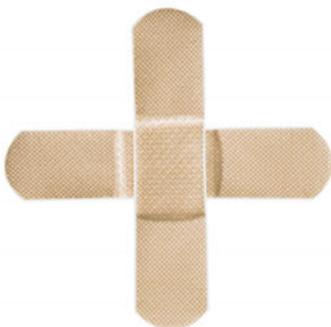
Cliniques Privées et Maisons de Retraite Médicalisées

Clinique Sainte Isabelle	Résidence du Marais
Clinique Jeanne d'Arc	Résidence St Germain
Clinique Alleray-Labrouste	Château de Lormoy
Clinique du Parc de Vanves	N. Dame d'Espérance
Hôpital Privé d'Athis-Mons	
Hôpital Privé de Thiais	
Hôpital Privé du Val d'Yerres	
Clinique du Dr Boyer	
Clinique de Villecresnes	

14 Etablissements

GIE Santé & Retraite - 14 rue P. et M. Curie - 75005 PARIS

Votre vocation est vitale. Rendez-la capitale.



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

Bienvenue dans le plus grand Hôpital d'Europe

Débuter sa carrière à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, c'est indiscutablement faire le bon calcul pour vivre sa vocation à fond et soigner son avenir. Avec ses 39 hôpitaux ou groupes hospitaliers, ses 600 services spécialisés, sa forte implication dans la recherche et son éventail incomparable de formations, vous serez à l'endroit idéal pour progresser dans votre métier en développant vos compétences. Au contact permanent de professionnels de renom, vous serez fier d'être un acteur majeur de la santé publique. Fier d'avoir trouvé la formule de votre réussite.

Cadres Infirmier(e)s, Infirmier(e)s

IDE ou spécialisé(e) IADE, IBODE, vous êtes passionné(e) par votre métier et capable d'assumer d'importantes responsabilités. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris vous accompagne dans l'apprentissage de votre profession, vous offre des opportunités de carrière à la hauteur de vos ambitions et peut aussi vous aider lors de votre première installation en Ile-de-France.

Pour plus d'informations :

www.infirmiere.aphp.fr

PARCE QU'UNE ALTERNATIVE A L'HOSPITALISATION EST POSSIBLE...

Homeperf

Nos collaborateurs, tous infirmiers diplômés d'état (IDE), sont présents sur tout le territoire, pour apporter un suivi de qualité et de proximité aux patients lors de leur retour à domicile. Nous recherchons pour nos agences des régions Paris-Ile de France, Sud-Est, Sud-Ouest, Rhône-Alpes, Nord-Est, Nord, Nord-Ouest :

Infirmiers Coordinateurs H/F

Votre mission : Assurer la prise en charge globale du patient perfusé ou sous nutrition artificielle en vue de son retour à domicile : coordination des acteurs de soin, évaluation, installation et formation au matériel mis à disposition, gestion administrative du dossier patient.

Vous accompagnerez le développement de notre activité auprès des prescripteurs.

Infirmiers diplômés d'état, vous possédez une solide expérience acquise en milieu hospitalier. Organisé, dynamique, disponible et autonome, vous êtes doté d'un bon relationnel.

Des déplacements fréquents sur votre secteur sont à prévoir. Statut cadre, véhicule de fonction 5 places et autres avantages.

Merci d'adresser votre candidature en précisant l'intitulé du poste+la ville souhaitée à DRH Homeperf - service recrutement -13, Z.I. Le Pontet - 69380 Civrieux d'Azergues ou par e-mail : aix@homeperf.com



Retrouvez-nous sur www.homeperf.com



Groupe Hôpital et Domicile

68

MBV 
LA MUTUELLE DU BIEN VIEILLIR

MBV, groupe en pleine expansion dédié à la création et à la gestion d'Établissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes, dont le siège social est situé à Saint-Jean de Védas (34) à proximité de Montpellier :

recherche

• Des infirmier(e)s

Postes en CDI ou CDD pour ses établissements du Languedoc-Roussillon

Dans le cadre de notre concept centré sur le soin, le respect et la dignité de la personne âgée, votre rôle sera d'assurer :

- Les soins.
- La coordination des actions entre les différents intervenants.
- La gestion, la préparation, la distribution et l'observance des traitements (rôle prescrit).
- La gestion des stocks en matériel et produits pharmaceutiques.

Vous détenez un diplôme d'Etat d'Infirmier(e), aimez le travail en équipe, êtes dynamique, rigoureux(se), détenez des aptitudes relationnelles et pédagogiques, et avez la capacité d'encadrer d'une petite équipe de personnel accompagnant et soignant.

Si vous souhaitez allier qualité de vie et environnement professionnel performant offrant des réelles possibilités d'évolution fonctionnelles et/ou géographique, merci d'adresser votre candidature au pôle Ressources Humaines :

M.B.V
Pôle RH
255, allée de la Marquerose
34 433 SAINT-JEAN DE VEDAS

contact_rh@mutuelle-mbv.fr
Tel : 04.99.52.22.99
Fax : 04.99.52.22.90

**Votre vocation est vitale.
Rendez-la capitale.**



ASSISTANCE PUBLIQUE  **HÔPITAUX DE PARIS**

Bienvenue dans le plus grand Hôpital d'Europe

Débiter sa carrière à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, c'est indiscutablement faire le bon calcul pour vivre sa vocation à fond et soigner son avenir. Avec ses 39 hôpitaux ou groupes hospitaliers, ses 600 services spécialisés, sa forte implication dans la recherche et son éventail incomparable de formations, vous serez à l'endroit idéal pour progresser dans votre métier en développant vos compétences. Au contact permanent de professionnels de renom, vous serez fier d'être un acteur majeur de la santé publique. Fier d'avoir trouvé la formule de votre réussite.

Cadres Infirmier(e)s, Infirmier(e)s

IDE ou spécialisé(e) IADE, IBODE, vous êtes passionné(e) par votre métier et capable d'assumer d'importantes responsabilités. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris vous accompagne dans l'apprentissage de votre profession, vous offre des opportunités de carrière à la hauteur de vos ambitions et peut aussi vous aider lors de votre première installation en Ile-de-France.

Pour plus d'informations :
www.infirmiere.aphp.fr



L'EPS VILLE-EVRARD

Etablissement public de santé mentale

recrute :

Infirmiers (H/F)

Des postes à pourvoir tout au long de l'année - Renseignements: Direction des soins - tel : 01 43 09 33 54

UN CONTEXTE DE TRAVAIL STIMULANT

L'établissement dessert 33 communes du département de la Seine-Saint-Denis (93) à partir d'une organisation territoriale de 18 secteurs (adultes et infanto-juvénile) et près de 90 lieux et structures de soins.

- des orientations cliniques diversifiées

- thérapies familiales
- psychiatrie analytique
- psychiatrie culturelle

- un dispositif de soins très diversifié

- Consultations et alternatives à l'hospitalisation :
Sur chaque secteur les patients disposent au moins d'une structure de consultation : centre médico-psychologique et d'une structure alternative à l'hospitalisation qui peut être un hôpital de jour et/ou un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Urgences - Crise
Les patients sont orientés soit vers un de nos 4 centres d'accueil et de crise soit vers les services d'urgences des hôpitaux généraux.
- Hospitalisation temps plein
Adultes : Aubervilliers, Bondy, Neuilly-sur-Marne, Saint-Denis
Enfants et Adolescents : Aubervilliers, Montreuil, Neuilly-sur-Marne

La mise en place du tutorat

- Dès la fin de votre première année d'intégration

DES AVANTAGES**- La formation continue :**

- L'EPS de Ville-Evrard offre de nombreuses actions de formation tout au long de la carrière, ainsi que des possibilités de promotion professionnelle (possibilité de rémunération pendant une formation diplômante).

- L'école des cadres de santé :

- Votre parcours professionnel pourra vous permettre de postuler à l'institut de formation des cadres de santé (IFCS - 30 places)

- Les avantages sociaux

- Une crèche de 120 berceaux à tarifs privilégiés ouverte de 6h30 à 21h30
- Des restaurants pour le personnel sur chacun des sites d'hospitalisation
- Un comité local des œuvres sociales qui offre des prestations variées, une aide au logement par des prêts sans intérêts
- Des correspondants locaux pour diverses mutuelles et un centre de sécurité sociale
- Un club omnisports réservé aux agents

Comment postuler :

Transmettre lettre de candidature et CV sous la référence CNI 01/08 à Monsieur le Directeur des Ressources Humaines
E.P.S. de Ville-Evrard - 202, avenue Jean Jaurès - 93332 Neuilly-sur-Marne Cedex
Mail : n.roinel@eps-ville-evrard.fr

PSYCHIATRIE PUBLIQUE 93www.eps-ville-evrard.fr

Ville-Evrard

ÉTABLISSEMENT
PUBLIC
DE SANTÉ

69

**GROUPE NATIONAL**

Spécialisé dans l'immobilier, la gestion et l'exploitation d'établissements médicaux sociaux recrute :

- **Directeurs EPHAD** h/f
- **Infirmières coordinatrice** h/f
- **Infirmières** h/f
- **Aides-Soignantes** h/f
- **Aides Médico-Psychologiques** h/f
- **Agents de service hôtelier** h/f

CDI temps complet ou temps partiel
Recrutement permanent

Adressez votre lettre de motivation et C.V détaillé par mail ou courrier à
GROUPE MIEUX VIVRE
12 bis avenue Antoine Becquerel
33608 PESSAC CEDEX
E-Mail : f.noller@mieux-vivre.eu

Le Groupe MIEUX VIVRE vous formera à la mise en place du projet de vie sociale, à la qualité du service et des soins.

Vous avez l'esprit d'équipe et le souhait d'évoluer au sein d'un Groupe. Nous vous assurons un projet de formation professionnelle personnalisé.

Localisation du poste :

Etablissements sur France entière – mutation interne possible

LE CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

27 km de BORDEAUX,
1307 lits, MCO, Psychiatrie, Ehpad
possibilité de crèche, recrute h/f

**Ouverture d'une clinique
intersectorielle de psychiatrie**

IDE

IADE

IBODE

CADRES DE SANTÉ

Adresser lettre et CV
à Monsieur le Directeur
des Ressources Humaines,
Centre Hospitalier, BP 199,
33505 Libourne cedex.

**Renseignements
préalables auprès de :**

Direction des Ressources Humaines
Tél. 05 57 55 26 70 Fax 05 57 55 34 94



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CAEN

recrute

- **Cadres Infirmiers** h/f
Diplômés d'Etat
- **Infirmiers de Bloc Opératoire** h/f
Diplômés d'Etat
- **Infirmiers** h/f
Diplômés d'Etat
pour son service de nuit
(expérience de la réanimation ou souhait d'y travailler)

les candidatures accompagnées d'un curriculum vitae
et de la photocopie des diplômes devront être adressées
par voie postale uniquement à :

M. le Directeur des Affaires Médicales et
des Ressources Humaines
DRH - avenue de la Côte de Nacre
14033 - CAEN CEDEX

70

CENTRE HOSPITALIER
Gérard MARCHANT



LE CENTRE HOSPITALIER
Gérard MARCHANT

recrute des

CADRES DE SANTÉ

TITULAIRES DU DIPLÔME
DE CADRE DE SANTÉ

Pour tout renseignement, merci de contacter :

Monsieur SCHLESINGER Sylvain,
Directeur des soins : 05 61 43 77 15

**Les candidatures (lettre + CV) sont à
adresser à :**

Madame le Directeur des Ressources Humaines
134 route d'Espagne
31057 TOULOUSE cedex 1



Le Centre Hospitalier d'Avignon

(Vaucluse)

recherche

**INFIRMIER(E)S
IBODE - PUÉRICULTRICES**

Envoyer lettre de motivation et CV
à Monsieur le Directeur des Ressources Humaines
305 rue Raoul Follereau - 84902 Avignon cedex 9

Pour tout renseignement s'adresser à Eric Dulak,
Directeur des Soins au 04.32.75.35.81

RECIPRO
Santé

Conseil en Ressources Humaines et Recrutement

Nous recherchons pour des Etablissements de Santé :

- DSI - Cadre de Santé - IDE Coordinateur / Référent H/F
- IDE - IBODE - IADE H/F
- Formateurs IFSI H/F
- Kinésithérapeutes H/F
- Manipulateurs en Radiologie H/F

RECIPRO Santé - 3 avenue Franklin Roosevelt - 75008 Paris
Tél. : 01 44 95 71 44 - fbrecipro@orange.fr - www.reciprosante.com
Confidentialité assurée



Nous recrutons pour nos 60 villages de vacances dans le monde (h/f) :

- Infirmières,
- Infirmières puéricultrices,
- Auxiliaires de puériculture.

Vivez votre métier dans un monde d'exception

Professionnel reconnu dans les métiers de la santé, vous êtes passionné et possédez un bon sens du relationnel.

Rejoindre le Club Med, c'est vivre une expérience humaine et professionnelle unique, exercer son métier dans un cadre exceptionnel et prendre plaisir à apprendre de chaque rencontre.

C'est aussi bénéficier d'un soutien actif pour évoluer professionnellement en toute autonomie et responsabilité dans un environnement haut de gamme, convivial et multiculturel...

Diplômé, mobile et disponible pour la saison d'été 2008, postulez et retrouvez nos offres sur :

www.clubmedjobs.com

Club Med

Recrutement

JBM/CORPORATE • +015 4 TTC/mil • © Photos: Vincent LEROUX - Bruno VAN DOCKE



Votre partenaire expert dans les métiers de la santé recherche des professionnel(le)s diplômé(e)s et vous propose de nombreux postes à pourvoir toute l'année (missions d'intérim, CDD, CDI) sur toute la France.



Sages-femmes

Infirmiers D.E.

- plateau technique (bloc opératoire, anesthésie, réveil, USIC, SSPI, réanimation...)
- spécialisés hémodialyse
- soins généraux

Elèves infirmiers

- 2^{ème} année • 3^{ème} année
- Accompagnement tout au long de votre cursus et de vos missions. Nombreux postes logés.

LFP Provence

Véronique Dauvergne :
04 93 82 48 57
lfpprovence@lfpinterim.com

LFP Intérim Paris

Ebtissem Hdhili :
01 55 31 91 89
e.hdhili@lfpinterim.com

D'autres postes sont à pourvoir, n'hésitez pas à nous contacter.



orc.fr



JBM RECRUTE (H/F) INTERIM - CDI - CDD

- INFIRMIER(E)S TOUTES SPÉCIALITÉS
- IBODE
- IADE
- SAGES-FEMMES
- KINÉSITHÉRAPEUTES
- MANIPULATEURS(TRICES) RADIO
- ÉLÈVES INFIRMIER(E)S
- AIDES-SOIGNANT(E)S
- AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE



JBM - Grande Armée - Paris 17^{ème} - Tél. 01 44 17 17 77

JBM - Gare de Lyon - Paris 12^{ème} - Tél. 01 53 02 96 26

JBM - Poissy - 78300 - Tél. 01 30 06 15 20

JBM - Evry - 91026 - Tél. 01 64 97 24 84

JBM - Lyon - 69006 - Tél. 04 37 24 21 30

www.jbm-medical.com

JBM, le choix de l'excellence.



Médical & Paramédical en Suisse

Et vous, que faites-vous?

Nous recherchons pour différentes régions de Suisse Romande, pour des postes très intéressants en CDI ou CDD

- Infirmiers(ères) D.E.
- Infirmiers(ères) instrumentistes
- Infirmiers(ères) anesthésistes
- Infirmiers(ères), expérience en soins intensifs
- Infirmiers(ères), expérience en psychiatrie
- Infirmiers(ères), expérience en gériatrie
- Techniciens(nes) en radiologie médicale
- Sages-femmes

Nous nous chargeons de toutes les démarches administratives et vous aidons dans la recherche d'un logement.

Excellentes conditions de travail.

Appelez nous, nous nous ferons un plaisir de vous renseigner!

Antonia Di Feo et Sylvie Lüscher
Conseillères en personnel médical
0041 21 313 41 40 et/ou 0041 22 908 21 21



72

Votre spécialiste du monde **MÉDICAL**

ENVIE DE CHANGEMENT... ?

VENEZ DECOUVRIR DE NOUVEAUX
HORIZONS PROFESSIONNELS EN **SUISSE**

Vous êtes :

- **INFIRMIERS(ERES) D.E.**

en soins généraux et/ou avec spécialisations
(en dialyse, en anesthésie, en soins intensifs, etc...)

- **SAGES-FEMMES**

- **MANIPULATEURS-RADIOS**

Nous vous offrons des postes fixes en contrat à durée indéterminée ou des missions à durée déterminée avec une prise en charge individualisée dès votre arrivée en Suisse.

- Possibilités de logement
- Conditions salariales intéressantes
- Possibilités de permis de travail

N'attendez plus... contactez notre team pour toute information



Free Man Welfare SA
Rue Saint-Roch 8
1004 Lausanne (Suisse)
Tél. +41 21 321 00 66
medical@freeman.ch
www.freeman.ch

Conseil en personnel

MULTI **PERSONNEL**

SUISSE FRANCOPHONE
Possibilité de logement

Vous recherchez :
Des équipes dynamiques,
du personnel humain et professionnel,
des services à la pointe de la technologie ?

Au cœur des montagnes, en STATION DE SKI,
en Centre Ville ou en régions rurales

Vous êtes :

Jeunes Infirmières D.E ou Expérience confirmée en soins généraux

En services de Pédiatrie, Soins Intensifs (bonnes connaissances de l'intubation-ventilation),
Chirurgie, Médecine, Psycho-gériatrie, Psychiatrie adulte - Postes entre 80% et 100%

I.B.O.D.E / I.A.D.E (Expérience confirmée)

PHYSIOTHERAPEUTES (Poste entre 50% et 100%)

Postes CDD ou CDI

Très bonnes conditions salariales - Encadrement en début de mission

Contactez : Véronique Jacot : 0041/22 908 05 92 vjacot@multi.ch
Lauren Cordey : 0041/22 908 05 93 lcordey@multi.ch

Multi Personnel Service SA - 12-14, rue du Cendrier - 1201 Genève

Pour passer une annonce, contactez :

Annie Carbonne

Tél. : 05 56 37 88 96

Fax : 05 56 84 06 77

BP 39 - 2 rue Jean Bonnardel

33883 Villenave d'Ornon cedex

email : annie.carbonne@free.fr

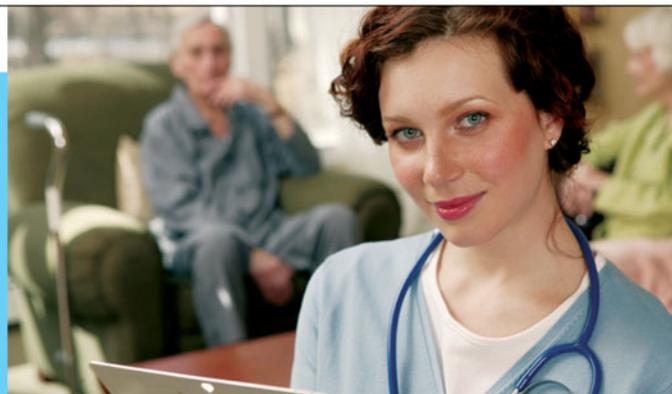
Quand la compétence est vitale

Nous recrutons (h/f) pour nos clients



Pour des missions
d'intérim ou des postes
fixes en CDI :

- Infirmiers
toutes spécialités
- Aides-soignants
- Sages-femmes...



N° 1 du travail temporaire et du recrutement médical et paramédical, l'Appel Médical recrute des professionnels passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques... votre agence de l'Appel Médical répondra à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise et d'accords exclusifs en terme de mutuelle, accès crédit conso, immobilier, participation...

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

N° Vert 0 800 240 533 recrutement@appel-medical.com
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Retrouvez nos agences et nos offres sur appel-medical.com

73

Leader européen des ressources humaines de la santé

Adecco Quick Medical Service

Intérim, CDD, CDI

Infirmiers (H/F)

Votre carrière mérite
toute notre attention...

Concrétisez vos projets de carrière grâce à :

- Nos missions dans toute la France et les DOM TOM
- Le savoir-faire de nos experts en RH dans 85 agences
- Notre programme de fidélisation et ses formations ciblées
- Nos espaces de recrutement et nos outils entièrement dédiés à votre parcours professionnel

Contactez l'agence la plus proche au :

N° Vert 0 800 007 006

quickmedicalservice.fr



5 février 2008 **15^e édition**

espace Champerret PARIS

3 juin 2008

espace Champerret PARIS

18 septembre 2008

espace Champerret PARIS

ORGANISÉ PAR

KAVESTA

> les salons thématiques

PARAMÉDICAL

Le Salon **EMPLOI** des Infirmiers

- ▶ Vous êtes infirmier(e) DE, IADE, IBODE, élève IFSI 3^{ème} année, manipulateur radio, aide-soignant(e), kinésithérapeute, cadre...
- ▶ Venez choisir + de 2500 emplois soignants proposés par 50 grands établissements...

information

tél. 0826 621 801*

www.infirmiers.com/salonparamedical

*0,15€ TTC/minute



Cliniques &
Maisons de retraite

www.sante-retraite.org

EMPLOI
Soignant

Soins



l'infirmière

objectif
emploi
PUBLICATIONS

LE MARCHÉ
DU TRAVAIL

bien dans ma tête
bien dans mon job

• IDE TOUTES SPECIALITES • IBODE • DSSI •

Débuter sa carrière et évoluer dans le secteur privé, c'est intégrer des établissements à taille humaine, collaborer auprès de praticiens de renom au sein de plateaux techniques innovants, travailler en équipe et rejoindre un réseau de soins composé de 185 établissements et centres de Médecine Chirurgie Obstétrique, de Soins de suite et Réadaptation, de Santé Mentale, de Cancérologie-Radiothérapie et de Laboratoires d'analyses bio-médicales.

Générale de Santé vous accompagnera dans le développement de vos compétences. Notre implantation nationale et notre croissance externe vous permettront de bénéficier d'un déroulement de carrière dans l'ensemble de notre réseau par le biais de la promotion interne, de la mobilité géographique et de notre politique de formation Groupe. Attentifs à votre intégration, une aide à la recherche de logement est aujourd'hui à votre disposition et, certains de nos établissements proposent un service de crèches à nos salariés.

Proximité, intérêt des missions, aménagement des horaires, prise en compte des conditions de travail et notoriété de nos établissements constituent nos principaux atouts.

Candice LASKAR, Responsable Recrutement, Département Emploi
et Gestion des Compétences - emploi@gsante.fr
Postulez en ligne www.gsante.fr espace Carrières



G É N É R A L E
D E • S A N T É

23 160 salariés dont 5 900 infirmières et 5 215 praticiens prennent en charge chaque année près de 2 200 000 patients.



MediSet® Hydrotul® **Nouveau**

Conçu pour vous simplifier les soins.



- ▶ **MediSet® Hydrotul®** est le dernier né de la gamme **MediSet® Pansement** du Laboratoire Hartmann. Complet et polyvalent, il est parfaitement adapté aux soins des plaies aiguës et chroniques.
- ▶ **MediSet® Hydrotul®** contient entre autres, le nouveau pansement interface **Hydrotul®**, ainsi que les bandes de fixation cohésives **Peha-haft®**.



Pour tous renseignements, contactez notre infirmière conseil au : **▶ N° Vert 0 800 17 37 57**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE