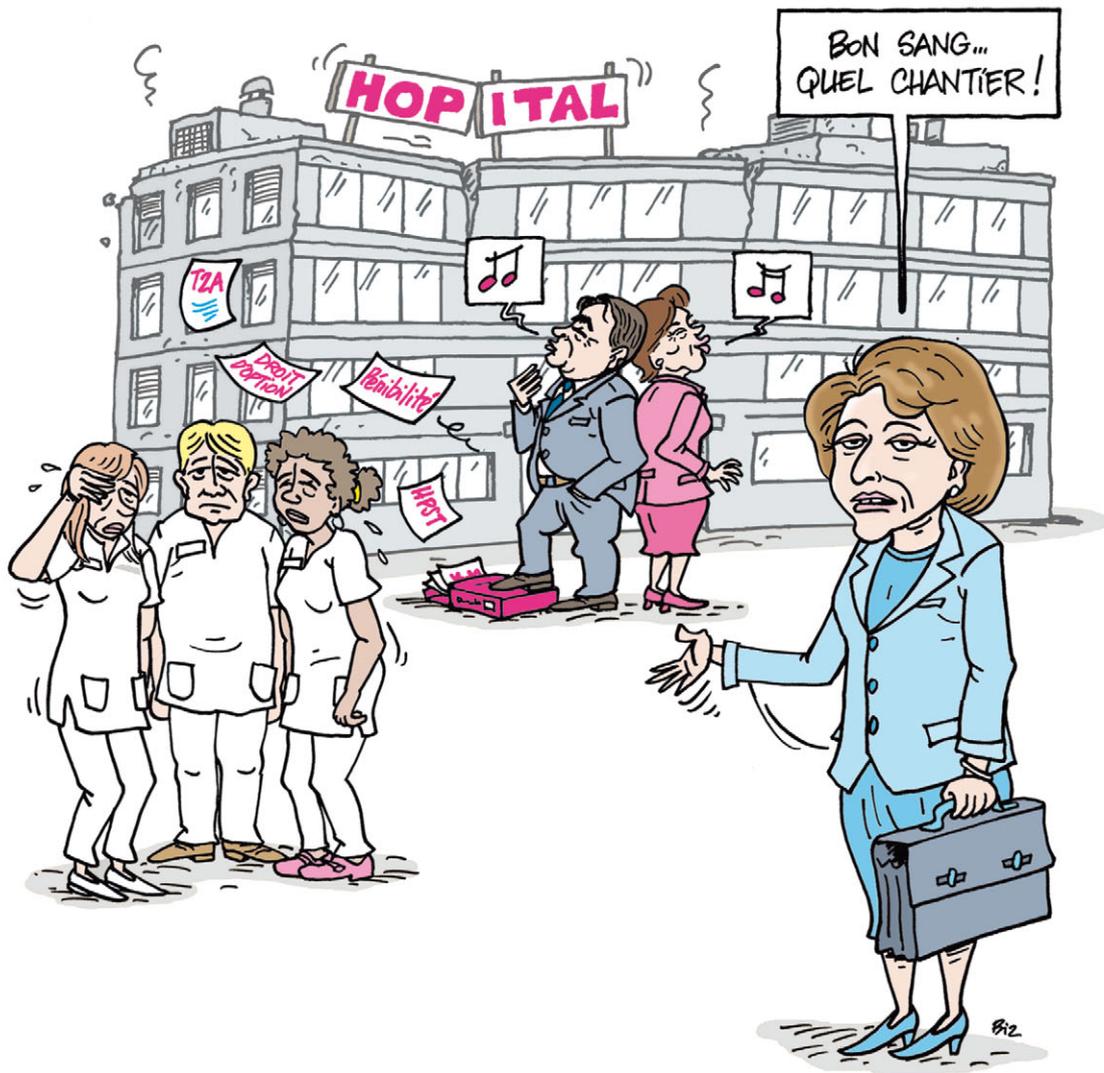


Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



FORMATION

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 4 500 personnes nous font confiance pour progresser professionnellement et personnellement.

Alors pourquoi pas vous ?



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

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



BIZ POUR LA COORD
Juillet 2012

COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE

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

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

Annie CARBONNE
Tél. 09 54 53 45 45 • Fax : 09 72 16 84 49
E-mail : annie.carbonne@free.fr

ÉDITION

Campus Communication
4 rue Galvani - 75017 Paris

*Vous souhaitez qu'un de vos articles soit
publié, n'hésitez pas à le transmettre à
l'adresse suivante : coord.nat.inf@gmail.com*

Directeur de la Publication

Nathalie DEPOIRE

Responsables du Comité de Rédaction

Régine WAGNER
(Infirmière, CHG Aix-en-Provence)

Éric AUDOUY
(Infirmier, Hôpital Sainte-Marguerite
Marseille AP-HM)

Stéphane DÉRÈS
(Infirmier, CHU de Poitiers)

Comité de Rédaction

CNI AP-HM

Photos

Laurent FAIVRE

Dessins

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

ISSN : 1291 - 3073
Dépôt légal à parution

*Photos réalisées dans les services des Urgences, de
Réanimation, de médecine du Centre Hospitalier
de Belfort-Montbéliard. Nous remercions le
personnel pour son accueil et sa disponibilité.*

Impression
Bioécoprint



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

5 Éditorial

6 Sollicitation

- Lettre ouverte à Marisol Touraine
Nathalie Depoire

9 Stress

- Stress, ne pas dépasser
la dose prescrite
Sandrine Bouichou - Stéphane Dérès

10 Mobilisation

- « Comtois rends-toi !
Nenni ma foi... »
Nathalie Depoire

14 Réanimation

- Le référentiel de compétences
Sandrine Dray

18 Mouvement

- Ubuesque ou pagnolesque ?
Eric Audouy

20 Étude

- Qui sommes-nous ?
Tous différents, tous infirmiers...
Nicole Tagand, Valérie Helbois

25 Formation

- Nouveau programme infirmier
CNI Salon de Provence

28 Formation Continue

- Le Développement Permanent Continu
Marie-Dominique Biard

30 Droit d'option

- Droit d'option pour la FPE et la FPT
Régine Wagner

32 Gypsothérapie

- La responsabilité en gypsothérapie
Janine Toulon

36 Responsabilité

- L'AIAS, un partenariat qui assure
AIAS

37 Actu IADE

- Évolution de la formation IADE

38 Formation

44 Coopération

- Coopération des professions de santé
Laurette Mira

48 Évolution ou révolution ?

- Le Dossier Patient Informatisé :
mythe devenu réalité
Christine Villerot
- Billet d'humeur
Danièle Hengen

50 Parcours

- On ne devient pas CN'iste par hasard
Louise Lacombe - Stéphane Dérès

52 Arrêts maladie

- Le jour de carence
Régine Wagner

54 Témoignage

- La recherche en soins infirmiers
Mourad Chikkaoui

56 Prescription infirmière

- Le traitement des plaies à domicile
Amandine Grappin

58 Psychiatrie

- La prise en charge au centre des débats
Christine Abad, Danièle Hengen

66 Offres d'emploi



mgas

La mutuelle des professionnels
du social et de l'hospitalier

A photograph of three healthcare professionals in blue scrubs. A woman in the foreground on the right is smiling and looking towards the camera. Two other professionals, a woman on the left and a man in the center, are slightly out of focus in the background.

**À NOUS DE PRENDRE
SOIN DE VOUS !**

An orange L-shaped graphic element in the top right corner of the page.

mgas

La mutuelle des professionnels du social et de l'hospitalier
Complémentaire santé, maintien de salaire, prévoyance, services

A green L-shaped graphic element in the bottom left corner of the page.

www.mgas.fr - 01 44 10 55 55

L'actualité de ces derniers mois ne vous aura pas échappée... 2012 est bien l'année du changement au plus haut niveau de l'Etat avec l'élection de François Hollande. Reçue par Marisol Touraine pendant la campagne électorale, la Coordination Nationale Infirmière a rappelé à la « future ministre » ses revendications pour l'ensemble de la filière infirmière et s'est faite porte parole des professionnels de terrain préoccupés par leurs conditions de travail ou plus simplement leur propre avenir. De l'abandon de la pénibilité du métier aux difficultés de la formation initiale (reconnaissance universitaire « partielle », précarisation des étudiants) en passant par les différentes réformes (HPST, plan de santé mentale...), la qualité de prise en charge du patient ou encore les salaires, l'entretien n'a occulté aucun sujet sensible. Un premier rendez-vous officiel avec le ministère de la santé a été programmé cet été pour poursuivre la discussion autour de ces revendications.

L'actualité infirmière passera cette année encore par le Salon Infirmier (24, 25 et 26 octobre, porte de Versailles à Paris) et la CNI y présentera deux conférences sur des thèmes très sensibles. La première intervention présentera ainsi les résultats de la nouvelle enquête sur le stress qui mettra l'accent sur la reconnaissance professionnelle et la relation entre les différents acteurs (étudiants, infirmiers, cadre, médecin sans oublier les patients et leur famille). La seconde abordera l'évolution de la psychiatrie qu'impliquent les réformes successives et la prise en charge qui en découle.



La CNI vient également de lancer une enquête dans plusieurs IFSI en France pour mesurer et comprendre la différence de perception entre étudiants et professionnels concernant le nouveau programme et ses modalités d'apprentissage. Une question se pose également : comment créer davantage de lien entre les instituts de formation, les professionnels de terrain et les étudiants qui effectuent leurs stages ? Quelques témoignages viendront étayer nos réflexions dans le domaine et mettre des mots et des « maux » sur différents vécus dans cette période de transition.

Dans ce numéro 35, vous pourrez également découvrir des affiches sur le « non-port de bijoux à l'hôpital réalisées par Stéphane Dérès, infirmier de métier qui participe, entre autres, à la promotion des bonnes pratiques dans les établissements de soins.

Enfin, dans un contexte économique très tendu, chacun peut observer une dégradation des conditions de travail car les différents plan de retour à l'équilibre et le développement de la mutualisation semblent dicter leurs lois. Mais quel en est le prix à payer ? Les mouvements de grogne se propagent, deux récits de conflits récents vous sont présentés dans ce numéro. La profession infirmière serait-elle sur le point de se fédérer ?

Le recours à un syndicalisme professionnel pour défendre notre profession et préparer l'avenir de l'ensemble de notre filière n'a jamais été autant d'actualité. Faites un pas pour retrouver votre cœur de métier, venez-nous rejoindre !

La CNI reste à votre disposition pour répondre à vos interrogations et à vos préoccupations quotidiennes.

En vous souhaitant bonne lecture,

Nathalie DEPOIRE ■
Présidente CNI



Lettre ouverte

à Marisol Touraine

La Coordination Nationale Infirmière (CNI), a sollicité la nouvelle Ministre des Affaires Sociales et de la Santé pour lui demander une audience et exposer les principales préoccupations de la profession.

Au nom de la Coordination Nationale Infirmière (CNI), permettez-moi, tout d'abord, de vous féliciter pour votre nomination de Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Vos courriers et vos prises de position répétés dans l'hémicycle durant votre mandat de député ont déjà, par le passé, témoigné de votre intérêt à l'égard de la profession infirmière et du système de soins en général. Nos échanges, lors de notre rencontre dans le cadre de la campagne présidentielle, ont également attesté de votre connaissance des dossiers et de votre volonté à les faire progresser. Cette attitude nous laisse à penser que vous saurez être à l'écoute des professionnels afin de garantir une offre

de soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

La liste de nos préoccupations est loin d'être exhaustive mais nous reprendrons ici les plus prégnantes.

Pénibilité : l'abandon de toute la profession

Présents à l'Assemblée Nationale lors des débats sur le reclassement des infirmiers et infirmiers spécialisés de la Fonction Publique Hospitalière, nous avons constaté que vous vous êtes opposée avec force et détermination à ce marché de dupes imposé aux professionnels. L'obtention de la catégorie A ne peut expliquer la perte de la pénibilité. Contraintes physiques mais aussi et surtout psychologiques, rythme de travail, stress sont autant de facteurs qui impactent notre exercice et attestent d'une pénibilité professionnelle qui n'est plus à démontrer. A l'instar d'autres professions, la CNI demande, au titre de la retraite, l'attribution de bonifications pour les professionnels de la filière infirmière.

Conditions de travail et qualité des soins : deux critères indissociables

De jour en jour, plus dégradées, les conditions de travail sur le terrain (public/privé) rendent le métier de soignant de moins en moins attractif. L'épuisement professionnel va croissant majorant les journées d'absence. L'impact délétère sur la qualité de la prise en charge des patients en est la conséquence logique mais pas inéluctable. La CNI pense qu'il est urgent de donner au Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail les moyens de faire appliquer l'article L 4612-1 du Code du Travail et de mettre en place une réelle prévention des risques psycho sociaux dans les établissements de soins, notamment au sein de la Fonction Publique Hospitalière. Nous pensons que la définition de ratios infirmiers/patients, par spécialité, sont des éléments incontournables qui permettraient une prise en charge efficiente des patients en améliorant paral-

lèlement les conditions d'exercice des professionnels. Ils permettraient de tenir compte de la charge de travail et de valoriser l'activité infirmière.

Salaires : un SMIC pour un niveau licence ?

Lors de sa campagne, le Président de la République, nouvellement élu, a déclaré qu'il donnerait « un coup de pouce » au SMIC. Or, les salaires en début de carrière dans la Fonction Publique Hospitalière ont tendance à se « smicardiser » et, pour les infirmiers, ils ne correspondent évidemment pas à un niveau Licence, la grille A proposée par vos prédécesseurs ne correspond pas à la grille A type de la fonction publique. Pourquoi de telles disparités ? Notre rémunération ne doit-elle pas être en adéquation avec nos compétences et nos responsabilités et quel que soit notre secteur d'activité ?

Pour la FPH, les primes octroyées sont souvent plus que symboliques. Nous citerons pour exemple, la prime de nuit rémunérée à hauteur d'1.07 € brut de l'heure ! Enfin, parmi ces quelques primes, certaines ont été instaurées pour valoriser des temps d'exercice spécifiques (dimanches et fériés). Ces contraintes très particulières liées à la continuité des soins voire du service public s'imposent à une très grande majorité de soignants et impactent d'une part leur vie sociale, familiales et d'autre part, dans la durée, leur propre santé. La CNI demande une revalorisation des primes liées aux contraintes spécifiques ainsi qu'une indexation sur le coût de la vie.

Formation : vers une filière en Science Infirmière... enfin assumée

Obligation européenne, le cursus LMD est encore trop timide en France. Cette réforme « à minima », entamée par le gouvernement sortant, ne satisfait pas les professionnels qui souhaitent une véritable formation universitaire

avec une filière en Sciences Infirmières dédiée de la Licence au Doctorat. La CNI pense que la recherche infirmière représente un levier puissant et sous estimé qui doit permettre d'optimiser le rapport coûts/bénéfices à long terme dans le champ de la santé. Il est donc nécessaire d'investir dans une filière universitaire intégrale pour développer les compétences requises, selon le champ d'activité dévolu au diplôme préparé et avec l'accompagnement financier indispensable à cette évolution (bourse d'études, moyens nécessaires à l'encadrement...).

Etudiants en Soins Infirmiers : la course d'obstacles

Les conditions de vie des étudiants en IFSI n'ont pas été épargnées au fil des réformes. Avec la Loi Cherpion, une disparité importante s'est révélée concernant la rémunération des stages. La CNI constate, une fois de plus, que les étudiants en IFSI ne sont pas considérés comme de vrais étudiants universitaires. Le grand nombre d'étudiants paramédicaux est-il un frein à l'homogénéité des études universitaires et à l'équité qui en découle ? Les étudiants qui renoncent aux soins, pour raison financière, est également une problématique majeure sur laquelle il est urgent de se pencher.

Psychiatrie : vers des professionnels reconnus et entendus ?

Les professionnels attendaient impatiemment la refonte des textes de 1990 mais la Loi du 5 juillet 2011 n'a pas réellement répondu à leurs attentes. Oubliant certains points qualitatifs, majorant certaines problématiques, cette réforme aspire déjà à une révision pour la rendre applicable et pertinente. Notre première demande étant bien sûr, que cette fois-ci, les professionnels soient consultés et entendus dans leurs attentes et à travers la réalité du terrain. Refonte en termes d'organisation, attribution de moyens ●●●

ciblés mais aussi reconnaissance des compétences, la CNI demande, depuis toujours, la création d'un véritable diplôme (niveau Master) d'infirmiers spécialisés en psychiatrie. Enfin, nous demandons également que l'expérimentation, mise en place par les ARS d'Ile-de-France et de PACA concernant les médiateurs en santé soit totalement arrêtée.

Dépendance : les compétences de terrain au service des usagers

Annoncé à grand renfort médiatique, ce projet de réforme a tout d'abord été reporté puis finalement abandonné. Néanmoins, pour la CNI, la problématique est bien réelle et mérite l'ouverture d'un véritable débat national intégrant l'ensemble des acteurs de terrain et les usagers. Aujourd'hui et sans plus attendre, il est nécessaire de définir quelles structures, avec

quelles compétences et quels moyens sont à mettre en place afin d'accompagner au quotidien la perte de l'autonomie (personne âgée, handicapée ou atteinte d'une maladie chronique). Les déserts médicaux, les transferts de tâche, l'attractivité vers les professions de santé, l'accès aux soins pour tous, les autres sujets considérer ou reconsidérer sont encore nombreux.

A l'occasion de l'inauguration du Salon Hôpital expo-HIT Paris 2012, vous avez annoncé votre volonté d'instaurer « un pacte de confiance » avec les personnels hospitaliers en saluant leur « implication » et vous avez déclaré vouloir rétablir « le dialogue social ». Au nom de la Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel de la filière infirmière (étudiants en soins infirmiers, infirmiers, infirmiers spécialisés, cadres de santé, directeurs de soins), je vous adresse donc ce courrier pour vous remercier de ces propos et vous signifier notre

engagement. Au regard de votre volonté d'ouverture, la CNI répondra, bien entendu présente. Notre filière professionnelle a été oubliée et/ou malmenée par les précédents gouvernements. Vous comprendrez que pour nous, la vigilance est de mise et que nous jugerons les actes. Vos récents positionnements nous laissent entrevoir des perspectives de changement.

Par cette lettre, je vous sollicite donc officiellement afin d'obtenir une audience car nous souhaitons pouvoir au plus vite échanger sur tous ces thèmes d'actualité et vous faire part de nos revendications et propositions en matière de santé.

Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de notre haute considération.

Nathalie DEPOIRE ■
Présidente de la CNI

**VOUS ÊTES SALARIÉ À L'HÔPITAL
OU PROFESSIONNEL DE SANTÉ ?***

**Découvrez les offres
qui vous sont réservées**

**Des garanties
spécifiques
à tarif
préférentiel !**

Parrainage

Parrainez un proche et bénéficiez d'une réduction exceptionnelle** de 40€ sur votre cotisation

Des remboursements supplémentaires

- Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, étiopathie...)
- Prévention (vaccins, sevrage tabagique)
- Chirurgie correctrice de l'œil



Renseignez-vous au 12 avenue du 6 Juin - 14028 CAEN Cedex 9

Téléphone : 02.31.15.30.25 - www.adreamutuelle-muti.fr



Stress, ne pas dépasser la dose prescrite

En 2011, la Coordination Nationale Infirmière a présenté, au Salon Infirmier, les résultats de son questionnaire sur le stress, enquête réalisée en ligne sur son site internet entre août et septembre 2011.

Ce travail quantitatif avait pour principal objectif de « mesurer la température » et de délivrer un état des lieux auprès des paramédicaux. Les résultats analysés par le Dr Gèneviève Coulombier (Service de Santé au Travail du CHU de Poitiers) avaient clairement mis en évidence une « surdose » de stress chez les professionnels de santé ainsi que chez les étudiants en soins infirmiers.

Le stress présente évidemment de multiples facettes et est fortement induit par les contraintes du métier (horaires alternants, planning constamment modifié, charge de travail...) mais le manque de reconnaissance dans son travail et la notion de « charge émotionnelle », de violences (verbales ou physiques) semblent s'imposer comme des critères déterminants à prendre en compte. Ces aspects ne sont pas anodins et méritent d'être approfondis car ils cachent certainement, au-delà du stress, un mal-être spécifique à nos professions.

La CNI poursuit ses investigations. Notre prochaine enquête va ainsi se concentrer sur ce sentiment « de ne pas être reconnu dans son travail ». Les soignants sont-ils satisfaits de la prise en charge et de la qualité des soins apportés ? Se sentent-ils respectés en tant que professionnel et/ou tout simplement en tant que personne ? Comment qualifier la relation entre les différents professionnels de santé



(collègues de travail, encadrement ou équipe médicale) ou encore les patients et leur famille ? Que pensent-ils de la formation initiale ? Quelles sont leurs possibilités d'expression ?

**Pour la CNI,
la reconnaissance
personnelle est
évidemment indispensable
pour que chacun retrouve
« le métier qu'il a
choisi ».**

Ce questionnaire, destiné à l'ensemble de la filière infirmière, est en ligne sur notre site :

(<http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/>) jusqu'au 21 septembre 2012.

Les résultats nationaux seront présentés au Salon Infirmier (Paris, porte de Versailles) le 25 octobre 2012 (10h15-11h15, salle Lyra).

Sandrine BOUICHOU
Stéphane DÉRÈS ■
CNI de Poitiers



« Comtois rends toi ! Nenni ma foi... »

Un conflit hospitalier sans précédent a occupé le devant de la scène médiatique du Nord Franche-Comté durant près d'un mois.

Les cinq organisations syndicales (CASAP, CFDT, CGT, CNI et FO) du Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard se sont mobilisées contre le projet « effectifs cibles » du nouveau directeur de l'établissement (arrivé en janvier 2012), soit la suppression de 95 ETP.

Quelques éléments pour mieux comprendre

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard comprend cinq sites hospitaliers, compte 1198 lits* et places. 410* médecins, internes et attachés ainsi que 3442 personnels non médicaux* (soignants, administratifs, logistiques et techniques) y exercent. Il résulte de la fusion en 2000 de deux hôpitaux celui de Belfort (90) et celui de Montbéliard (25). A l'origine, il s'agissait de deux hôpitaux, deux villes,

* source site internet CHBM

deux départements, d'histoire et de culture différente... Face aux évolutions, aux restrictions et à la démographie médicale, un projet commun s'est imposé : un nouvel hôpital doit être construit et les deux sites urbains historiques de Belfort et Montbéliard auront alors vocation à accueillir les services de gériatrie, rééducation, consultations...et ...cela reste à définir... Il y a quelques années, lorsque ce projet a vu le jour, il était question d'un retour à l'équilibre financier grâce à l'outil « nouvel hôpital ».

Mais crise oblige, on nous demande aujourd'hui d'être vertueux et de réduire le déficit afin de permettre la construction.

En bon gestionnaire, le directeur a établi un projet visant à réduire les coûts en allant directement sur le plus gros postes de dépenses (70%) : les dépenses en personnel.

Cible, avez-vous dit ?

Pendant de longues semaines au cours de plusieurs réunions, cadres et syndicats entendirent parler d'effectifs cibles sans obtenir d'autres définitions que l'effectif à atteindre... En parallèle, dans les services de soins, les conditions de travail continuaient à se dégrader sur fond d'augmentation des absences et d'épuisement du personnel.

Une enquête sociale menée sur deux pôles auprès d'un public cadres de santé et médecins (*les organisations syndicales avaient formulé le souhait de la réaliser auprès de tous les agents de ces deux pôles mais choix trop onéreux selon la direction*) a mis en exergue plusieurs problématiques : déficit de communication interne, management, violences verbales et non verbales... Autant de clignotants d'alarmes qui ne pouvaient laisser insensibles les représentants du personnel. Il fallut plusieurs courriers avec copie à l'inspection du travail pour connaître l'exhaustivité des résultats.

Les syndicats entrent en action

Face au climat social dégradé, à l'absentéisme croissant et à l'expression de souffrance au travail, les organisa-

tions syndicales constituent une intersyndicale et déposent un préavis de grève illimité à compter du 13 juin 2012.

On peut noter l'absence de rendez-vous de négociation proposé par la direction dans la période de cinq jours francs du préavis. La nouvelle direction choisit d'assigner au-delà du protocole d'accord validé en CTE pour les blocs opératoires, la pharmacie, le laboratoire, la stérilisation : des assignations à 60% dès le premier jour de grève.

Une discussion est également en cours pour réviser l'organisation paramédicale de la permanence des soins au Centre Hospitalier. Secteur sensible, qui a donc sans autre forme de procès été d'emblée « sur-assigné ».

14 juin 2012 : 1^{er} jour de grève

Le 14 juin au matin se tient un CHSCT extraordinaire à la demande des organisations syndicales, qui font donc le choix de siéger. L'ordre du jour porte sur les résultats de l'enquête sociale, la hausse des absences et la souffrance au travail. La discussion est longue mais demeure stérile.

L'après-midi, une opération escargot permet au rassemblement des deux sites de se rejoindre. La direction reçoit alors une délégation du personnel : impossible alors d'obtenir une définition claire de ces fameux « effectifs cibles... »

Le Directeur demande aux représentants du personnel « d'allumer leurs petites lumières » pour comprendre que les économies sont nécessaires. Le ton est méprisant, le dialogue impossible. Les organisations syndicales quittent la table et réunissent le personnel en assemblée générale.

Le même soir se tient à Belfort, un meeting politique dans le cadre de la campagne législative. Deux ministres sont attendus Messieurs Pierre Moscovici et Emmanuel Valls : une délégation s'invite avec banderole.

Lors de cette assemblée générale fuse également l'idée de mettre en place des piquets de grève...

L'appel du 18 juin

De manière à assurer les piquets de grève 24h/24, les organisations syndicales mettent en place « deux campements » l'un sur le site de Belfort, l'autre sur le site de Montbéliard et font appel aux professionnels pour un relai afin de faire signer des pétitions aux collègues et aux usagers. Ce 18 juin 2012 venait de marquer l'entrée en résistance des personnels du Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard !

Les sourires narquois du premier après-midi tombèrent très vite face à la pugnacité des acteurs et au soutien de la population. En effet, de jour comme de nuit, les usagers ont été nombreux à venir signer les pétitions mais également à nous encourager d'un message de soutien, d'une tarte aux fruits, de viennoiseries, de café...

L'intersyndicale ne manqua certes pas d'imagination en organisant un barbecue revendicatif, puis des cafés/croissants infos. Très vite, les tentes devinrent un lieu d'échanges pour les syndicats, les professionnels et les usagers.

Alors que les réformes de réorganisation du temps de travail ont grignoté les minutes et restreint à quasi néant les échanges, de nombreux temps de convivialité ont réuni tous les corps de métier et réaffirmé un sentiment d'appartenance à un établissement mais avant tout à des valeurs communes pour la défense d'un service public de qualité.

Des temps forts...

De nombreux temps forts se sont succédés sous les tentes. Des fous rires mais aussi d'autres moments plus lourds tels des témoignages de professionnels épuisés en sous effectif, des expressions de découragement et d'écœurement qui systématiquement plaçaient le patient en premier avant toute revendication personnelle...

Des témoignages d'usagers en difficultés qui parfois ont pu grâce aux militants trouver des réponses. ●●●

Merci aux jeunes papas qui, en sortant de la maternité, sont passés nous donner les nouvelles des naissances (poids, taille, photos...), ils furent nos petites bulles d'oxygène dans des journées parfois bien dures...

Des moments plus difficiles, comme cet après-midi où je rejoins la tente montbéliardaise et qu'un collègue me fait lever les yeux vers les fenêtres d'un service de médecine qui connaît bien des difficultés de remplacement où s'affichent aux carreaux quatre feuilles A4 où les lettres SOS apparaissent... Face à ce cri spontané, ma gorge se noue. Même si les journées sont interminables et lourdes pour les leaders syndicaux, ma détermination grandit... Non, nous ne pouvons pas rester sourds à cet appel.

Effectifs cibles

Le 26 juin, 13^{ème} jour de grève, 9^{ème} jour de campement a lieu un Comité Technique d'Établissement. A l'ordre du jour : la démarche « effectifs cibles », les syndicats font donc le choix de siéger. La direction expose alors son projet...

Les services normés se verront appliquer les bases décret, pour exemple les services de réanimation : deux IDE pour cinq patients et une AS pour quatre patients (*décret n° 2002-466 du 5 avril 2002*). Face à cet énoncé, la CNI demande la parole :

CNI : « *Que devient l'obligation faite à l'établissement d'une intervention*

possible en permanence d'un kinésithérapeute ? »

Réponse DG : « *Je ne crois pas que cela soit dans le texte... »*

CNI : « *Nous vous invitons à relire le décret d'avril 2002... »*

La démarche présentée fait également état d'un « référentiel » pour les services de soins non normés :

■ Moins de 15 lits :

3 IDE / 24h = 1 M/ 1S/ 1N

■ De 15 à 24 lits :

4 IDE / 24h = 1M/1C/1S/1N

■ De 24 à 32 lits :

5 IDE / 24h = 2M/2S/ 1N

A notre question sur le « C », il nous est répondu qu'il ne s'agit pas d'une coupe mais d'un horaire continu dont les bornes sont encore à définir...

Quelles sont les bases effectifs AS ? Elles seront calquées sur les ratios IDE.

La direction annonce des discussions au sein des pôles mais affirme très clairement que les économies sont nécessaires. Rendez-vous est alors donné aux organisations syndicales pour une réunion de dialogue social où seront présentés les « effectifs cibles » le 28 juin...

Le 28 juin, la direction remet à chacune des cinq organisations syndicales deux exemplaires du document

« effectifs cibles ». Il s'agit d'un document comptable exposant pour chaque service l'effectif Equivalent Temps Plein actuel et l'effectif cible c'est-à-dire l'effectif à atteindre pour la direction. Une succession de chiffre où s'inscrit l'avenir de chaque service... En vert, - x ETP signifie que ces services sont sous dotés (le personnel réaffecté sera bien sûr issu d'un autre service de l'établissement et non d'un recrutement).

En rouge, - x ETP signifie soit un changement de service, soit un départ en retraite non remplacé, soit une fin de contrat.

La direction, après cette remise « officielle » du document de travail propose une réunion le 19 ou 20 juillet pour recevoir les remarques des syndicats. Une vive discussion s'engage alors au cours de laquelle la direction souligne que les organisations syndicales peuvent diffuser à volonté les documents qu'ils sont connus de l'encadrement et des élus locaux également...

De retour à la tente, les documents servent alors de support pour répondre aux questions du personnel et très vite la tension monte. La suppression annoncée de 95 ETP prend corps, derrière certains chiffres se devinent des noms...

La nouvelle se répand et contrairement à ce que la direction avait affirmé, nombres de cadres apprennent sous la



tente combien d'ETP ils devraient rendre... Belle marque de respect envers l'encadrement... La direction argumentera bien vite que les cadres de pôle sont responsables de ce problème de communication... No comment !

Dans ce contexte, la colère des personnels monte d'un cran, le soutien au mouvement s'amplifie, le confort sous les tentes augmente...

22^{ème} jour de grève, 18^{ème} jour de campement...

Le 5 juillet, se tient un Conseil de Surveillance. L'accueil sur le site de Belfort est tumultueux, près de 500 personnes sont massées devant l'entrée de l'hôpital. Nombre de banderoles forment une curieuse haie d'honneur : ici les enfants du personnel avec l'inscription « rendez le sourire à nos mamans » là les conjoints avec la mention « nos femmes ne sont pas vos esclaves » là encore des IDE portant « nous ne sommes pas des chiffres »... et puis une succession de silhouettes matérialisant les 95 ETP à supprimer... Le président du Conseil de Surveillance, maire de Belfort fut le seul à choisir cet accès, la direction et l'ARS choisissant discrètement une autre entrée... L' élu local fut alors copieusement hué. Très en colère, il expliqua alors au personnel son soutien. L'accueil qui lui fut réservé témoignait avant tout de la méconnaissance de ses positions par les agents, dommage que les plus concernés qui auraient mérités cet assaut aient choisi un autre passage...

Une délégation composée de représentants du personnel s'oriente vers la salle du Conseil de Surveillance avec un brancard transportant plus de 12.000 pétitions plus de 10.000 signatures d'usagers et plus de 1.900 du personnel. Ils furent nombreux à suivre et à s'inviter : plus de 100 personnes envahissent ainsi la salle et assistent à la lecture de déclaration.

Symboliquement, des citrons sont remis aux membres du Conseil de Surveillance. Il leur est demandé de visualiser cette image et de faire un choix : laisser les effectifs en l'état ou

presser le personnel comme des citrons mais en étant prêts à en assumer les conséquences...

La lecture de la déclaration fut suivie d'échanges avec le Président du Conseil de Surveillance, prônant pour sa part un moratoire et la directrice de l'ARS demandant un retour des syndicats au dialogue (...), proposant d'établir un calendrier de négociations mais argumentant les économies nécessaires. Les manifestants se dirigèrent alors vers une assemblée générale tandis que le Conseil de Surveillance débattait...

Le lendemain, 6 juillet, une réunion se tenait à la Communauté d'agglomération du Pays de Montbéliard pour désigner un successeur à la présidence de Pierre Moscovici, actuel ministre des finances, une délégation s'y est bien sûr rendue... Lecture de texte devant l'assemblée mais également rendez-vous en simultané avec la directrice de l'ARS et une délégation de l'intersyndicale : rendez-vous est alors pris pour une séance de négociation entre direction, syndicats et ARS.

Vendredi 13 juillet 2012, 30^{ème} jour de grève, 26^{ème} jour de campement

La rencontre entre la direction, les syndicats et l'ARS débute à 10 h. Les débats sont menés par la directrice de l'Agence Régionale de Santé qui se pose clairement en médiateur.

En introduction, cette dernière annonce avoir remis un courrier qui officialise le financement du pôle logistique et du « nouvel hôpital », deux projets parmi les dix retenus sur 26 par le ministère de la santé mais pour lesquels il convient d'opérer un retour à l'équilibre financier.

L'intersyndicale répond par une déclaration liminaire exposant les préalables à toute négociation.

Le projet « effectifs cibles » devient un outil de travail pour un nouveau projet « d'amélioration des conditions de travail et de révision des organisations de travail ».

Projet qualifié d'ambitieux par l'ARS, il correspond néanmoins à la demande de plusieurs syndicats récurrente depuis plusieurs années. Une discussion médicale et paramédicale doit redéfinir les organisations de travail au sein de l'établissement. La réflexion sera organisée par pôle. Un comité de suivi composé de la direction, des syndicats et de l'ARS se réunira mensuellement.

Une intervention de la FACT (Franche Comté Amélioration Condition de Travail) est programmée pour établir un plan d'action (réunion de cadrage fin août).

La direction du Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard s'est engagée à geler les fins de contrats jusqu'à la fin des discussions (programmée en décembre), à ne prendre aucune sanction vers les agents en parallèle des actions durant la grève. Enfin, l'engagement est pris par la direction de mettre en place une veille DRH sur l'été afin d'assurer les remplacements de manière à garantir un service minimum (sur la base du protocole de grève).

Les syndicats ont en contrepartie levé les piquets de grève, démonté les tentes et mis fin au préavis de grève illimité. Une cellule de veille active syndicale a été alors mise en place avec passage dans les services les mardis à Montbéliard et les jeudis à Belfort ainsi que des cafés infos du personnel entre 12 et 14h. L'intersyndicale participera au comité de suivi et au groupe de travail.

Le 1^{er} acte est clos mais la vigilance est plus que jamais de mise.

Ce mouvement peut être qualifié d'historique au CHBM non pas parce qu'il s'inscrit entre le 18 juin et le 14 juillet... mais bel et bien parce qu'il a prouvé que la mobilisation paie et peut être suivie d'effet...

Il est prématuré aujourd'hui de crier victoire alors qu'il nous reste à écrire la fin de l'histoire.

Nathalie DEPOIRE ■
CNI de Belfort-Montbéliard



Le référentiel de compétences

En France, les infirmiers exerçant en service de réanimation sont titulaires d'un Diplôme d'Etat et d'un grade Licence pour tous les diplômés à compter de 2012, qui se prépare au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers.

En effet, depuis 2009, il s'agit d'une formation de trois ans qui est organisée sur la base d'alternance de cours (à l'IFSI et parfois à l'université) et de stages en établissements de santé.

Au terme des trois ans, la formation est sanctionnée par un Diplôme d'Etat délivré par le Ministère de la Santé et le grade de Licence délivré par le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche. La formation des étudiants en soins infirmiers est donc organisée en enseignement théorique, sous la forme d'unités d'enseignement et en enseignement pratique, sous la forme de stages hospitaliers. Il n'y a pas d'enseignement spécifique dédié à la réanimation.

Spécialisation

■ Pas de spécialisation en soins infirmiers de réanimation.

A ce jour, il n'existe pas de formation spécifique, sanctionnée par un diplôme d'Etat, d'infirmier en réanimation. Pourtant, dispenser des soins de réanimation nécessite de disposer de connaissances et pratiques complémentaires. Les médecins peuvent se spécialiser en réanimation par la voie du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'anesthésie-réanimation chirurgicale ou dans le cadre d'un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires en réanimation médicale, qui vient compléter un 'Diplôme d'Etudes Spécialisées dans une discipline médicale (le plus souvent pneumologie, cardiologie, médecine interne ou néphrologie). Pour les infirmiers, il existe trois spécialisations : infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, infirmière puéricultrice. La spécialisation garantit la maîtrise d'un savoir et de pratiques dans un domaine de haute technicité. Il convient alors de poser la question suivante : la réanimation n'est-elle pas « un secteur de haute technicité qui nécessite des savoirs spécifiques » ? D'autant plus que l'exercice de la réanimation hospitalière fait l'objet de dispositions légales dans de nombreux pays, dont la France.

Secteur de haute technicité

■ La réanimation : secteur de haute technicité qui nécessite des savoirs spécifiques et réglementaires.

En effet et telles que précisées dans le décret du 5 avril 2002, qui est aujourd'hui le cadre réglementaire de la pratique de la réanimation : la réanimation est une discipline médicale qui s'attache à *"prendre en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance"*¹. La réanimation implique un monitoring continu des fonctions vitales et

le recours à des méthodes de suppléance comme la ventilation mécanique et/ou l'administration de catécholamines, qui sont des pratiques spécifiques à ce secteur d'activité. Ces techniques de réanimation, lourdes et souvent invasives, permettent de suppléer aux dysfonctions d'organes. Elles peuvent donc provoquer un traumatisme, voire une infection.

Elles sont cependant indispensables car, elles seules, permettent la survie du patient en attendant que l'affection aiguë qui a provoqué la défaillance des organes guérisse. Tout est mis en œuvre pour prévenir, éviter, voire traiter ces complications. Cela implique une surveillance continue de l'efficacité des techniques de réanimation par les équipes médicales et paramédicales, mais surtout une très bonne connaissance de leurs complications par les infirmiers afin de pouvoir les prévenir, les dépister et mettre en œuvre rapidement un traitement adapté.

Compétences spécifiques

■ La réanimation : une discipline qui nécessite des compétences spécifiques.

L'objectif final de la réanimation est la restauration de l'homéostasie ce qui nécessite à la fois l'utilisation de techniques spécifiques, de matériels coûteux et la permanence 24h/24 d'un personnel médical et paramédical, spécifique, compétent et entraîné². Ainsi, l'activité de soins en réanimation implique une organisation sans faille et un réel travail en équipe, multidisciplinaire et multi professionnel. Le contexte de l'urgence et la gravité des patients nécessitent une réflexion approfondie et une vraie "réactivité" clinique, la coordination des moyens humains autour du patient, la mise en œuvre de moyens techniques ou de procédures parfois lourdes, et donc des connaissances théoriques et pratiques solides et actualisées. D'ailleurs, et depuis des années, les sociétés savantes s'accordent à dire qu'il existe des compétences spécifiques au soin infirmier en réanimation et qu'une formation complé-

mentaire est nécessaire aux infirmiers désirant travailler en service de réanimation. L'enseignement dédié au soin infirmier en réanimation au cours de la formation initiale n'est pas suffisant.

Le référentiel de compétences

■ Le référentiel de compétences de l'infirmier en réanimation.

L'activité infirmière en service de réanimation n'est pas reconnue comme un métier ou une spécialité de la profession. Or, nous avons vu qu'elle nécessite un savoir faire et un savoir être spécifique liés à une prise en charge du patient complexe et de haute technicité. En ce sens et à l'initiative de la Société de Réanimation de Langue Française, une réflexion commune entre les professionnels de santé des sociétés savantes de la spécialité (SRLF, SFAR, GFRUP, CREUF) a permis d'éla-



borer un référentiel commun de l'infirmier de réanimation. Le but de ce référentiel est de reconnaître la nécessité de compétence spécifique des infirmiers exerçant au sein des unités de réanimation mais également de disposer d'un socle préalable à tout programme de formation. La méthodologie choisie est celle utilisée pour la réforme de la formation initiale et plus précisément le cadre référentiel était le cadre européen des certifications et pour l'éducation et la formation tout au long de la vie (CEC). Ainsi, le référentiel de compétences de l'infirmier en réanimation décline quatorze situations de soins, ●●●

¹ Code de la Santé Publique : Article R6123-33 modifié par Décret 2006-72 2006-01-24 art. 1 1° JORF 26 janvier 2006

² Réanimation-Urgences 1996 ; 5:709-711



spécifiques à la réanimation, en savoir, aptitudes et compétences.

Formation

■ Nécessité d'une formation d'adaptation à l'emploi formalisée.

A ce jour, la formation initiale en IFSI n'a pas pour vocation de permettre aux futurs infirmiers de maîtriser la complexité des savoirs et des pratiques dans le domaine de haute technicité que représente la réanimation. Il n'existe pas de spécialisation et la formation initiale n'est pas suffisante, elle ne permet pas de répondre efficacement aux exigences de l'exercice du métier d'infirmier dans la discipline. D'ailleurs, la France est l'un des rares pays en Europe où il n'existe pas de formation spécifique. Depuis 2003, une circulaire de la DGOS ancienne DHOS reconnaît la nécessité d'une formation d'adaptation à l'emploi pour les infirmières désirant travailler en réanimation. « *Compte tenu de la spécificité de la prise en charge des patients admis en réanimation, les infirmier(e)s affecté(e)s dans ces unités doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi. L'effectif d'infirmières des unités de réanimation doit être suffisant pour tenir compte de ces périodes de formation à organiser au sein des unités pour le personnel nouvellement affecté* »³. En 2006, une étude analytique sur la profession d'infirmière en réanimation a permis de constater que près de 85% des répondants ont bénéficié d'une formation d'adaptation à l'emploi (FAE) à l'arrivée dans le service. Cependant, on note une disparité en termes de durée de la formation, puisqu'elle varie de deux semaines à plus de douze semaines. La majorité se situe dans une fourchette basse : avec plus de 77% qui ont bénéficié de moins de deux semaines (30,25%) ou d'une durée de deux à quatre semaines (47,39%)⁴. Concernant les modalités d'organisation, elles restent à l'initiative de chaque service de réanimation ce qui permet de prendre en compte

la spécificité de l'unité mais qui crée une hétérogénéité de la formation des professionnels. Le livret d'adaptation à l'emploi fait donc suite au référentiel de compétences et propose une base de programme de formation d'adaptation à l'emploi. Le livret de la FAE est donc composé des quatorze situations de soins spécifiques déclinées en savoir et aptitude avec, pour chacune d'elles, une description et une grille d'évaluation. L'évaluation se fait selon trois niveaux et le niveau 3 est requis pour valider la période d'adaptation à l'emploi. Il a été également émis des recommandations en termes de modalités d'organisation et de mise en application au sein des unités. Au terme de ce travail, il est recommandé de prévoir huit semaines de formation d'adaptation à l'emploi pour un infirmier(e) sans expérience en réanimation et de définir les modalités d'évaluation et d'accompagnement (qui, quoi, comment et quand) tout au long de la formation, selon les moyens dont disposent chaque unité. Chaque service doit tenir compte et veiller à l'atteinte des objectifs de la FAE décrits en préambule dans le livret.

L'objectif principal étant de donner à chaque infirmier arrivant dans un service de réanimation, les savoirs, les outils et les méthodes lui permettant d'être apte à exercer ses fonctions et devenir un professionnel compétent. Il s'agit particulièrement de permettre à l'infirmier de se familiariser avec l'environnement de la réanimation et d'acquérir des compétences en terme de savoir, savoir faire et savoir être lors des situations d'urgence, face aux différentes techniques de réanimation usuelles et à la surveillance clinique du patient. Le référentiel de compétence de l'infirmier en réanimation ainsi que le livret de formation d'adaptation à l'emploi est consultable et téléchargeable en ligne sur le site de la SRLF : www.srlf.org

Sandrine DRAY ■

Cadre Supérieur de Santé AP-HM

³ Circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue.

⁴ Enquête analytique sur la profession d'infirmier en réanimation : AIDE-REA 2006 Jean-Noël Drault (Pau, France) ; Christian Floriot (Vesoul, France) ; Jean-Louis Ricome (St Germain, France) ; Paul Bonneil (Pau, France) ; Philippe Badia (Pau, France).

41^e Congrès International de la SRLF à Paris

*En collaboration
avec la Société Espagnole
de Réanimation*

16-17-18

JANVIER 2013

DATES CLÉS

Ouverture
des soumissions des résumés :
1^{er} septembre

Date limite
des soumissions des résumés :
7 octobre

Ouverture des inscriptions :
1^{er} septembre

www.srlf.org

Sessions
avec traduction
simultanée
(Français/Anglais/Français)



SeMicyuc
LOS PROFESIONALES DEL ENFERMO CRÍTICO

**Société
de Réanimation
de Langue Française**



Ubuesque ou pagnolesque

Les deux mon capitaine !

Voici l'histoire d'un mouvement social qui sort de l'ordinaire.

Préambule

■ **2010** : naissance d'un accord historique entre le syndicat majoritaire et la Direction, mettant en place une prime de présentisme.

■ **2011** : dans le cadre du retour à l'équilibre financier de l'AP-HM, remise à plat des astreintes et de leur rémunération avec mise en place d'une prime d'intéressement aux astreintes, arrangement local !

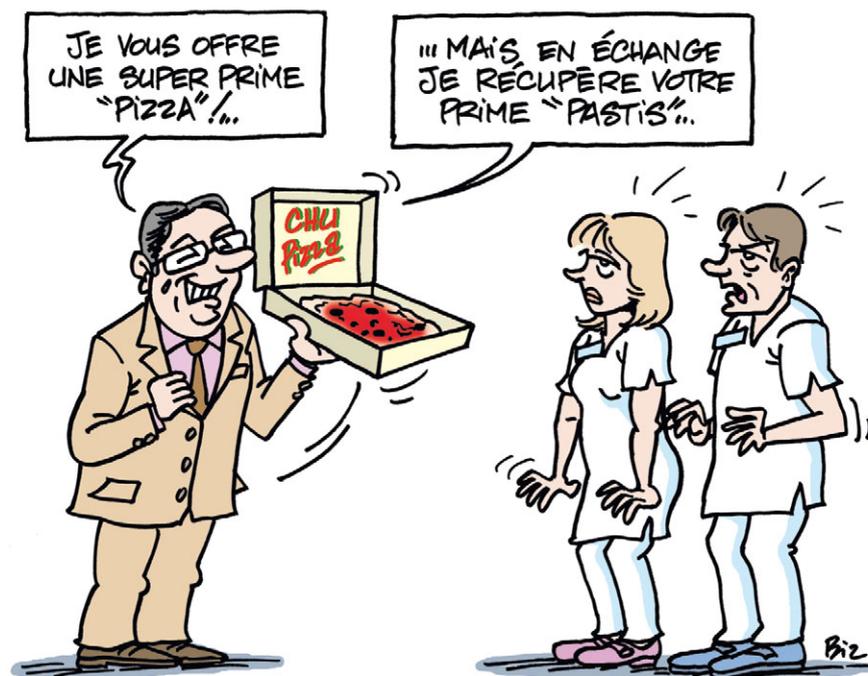
■ **Juillet 2011** : le cumul annuel des primes perçues atteint 17%, arrêt du versement des primes aux astreintes, révolution dans les secteurs d'activité concernés.

■ **Début 2012** : lors du CTE, la Direction Générale prévoit de financer ces deux « fameuses » primes en « ponctionnant » le reliquat de la prime de service de l'ensemble des agents.

Attention, on tourne : il était une fois dans le Sud-Est

Il était une fois, un grand CHU au sud-est de la France où rien ne peut se faire comme ailleurs. Ce CHU, en grande difficulté financière, était particulièrement surveillé depuis quelque temps par la cour des comptes... et le trésorier payeur se trouva fort dépourvu et sur ses « gardes »... lorsque le mistral fut venu.

Dans ce CHU, la cigale avait pris l'ha-



bitude de développer les heures supplémentaires et les astreintes pour distribuer à gogo le magot. Toutes les fourmis devaient travailler, hiver comme été, tout cela sur fond de pénurie infirmière et de plan de retour à l'équilibre.

Voilà le décor étant planté, reste à présenter les acteurs de cette fable marseillaise :

- un Directeur Général sur la sellette ;
- un Secrétaire Général de l'institution, fusible de service ;
- un DRH au bord de la crise de nerf ;
- et quatre organisations syndicales représentatives, jusqu'alors assez divisées dans leurs opinions.

Tout a commencé quand la prime d'intéressement aux astreintes ne fût plus versée par le trésorier payeur, celui-ci se rendant compte subitement qu'elle était devenue, du jour au lendemain, illégale...

C'est alors que le Directeur Général eût une idée pour compenser cette perte. Selon lui, il suffisait de prendre une partie de la part variable du reliquat de la prime de service pour s'en servir à payer les agents « méritants » ayant effectué des astreintes.

Quelle belle idée de génie, de détourner l'argent destiné à 12.000 agents pour le redistribuer approximative-

ment à 300 seulement. Cette décision eût, pour premier effet immédiat, la création d'une intersyndicale... des syndicats unis désormais comme les cinq doigts de la main (bien qu'ils ne fussent que quatre).

Et c'est alors que le grand n'importe quoi continua...

■ 22 mars : du rififi à l'hosto

Appel à la grève suivi par de nombreux agents qui envahissent le CTE. Séquestration très « gentille » du président du CTE et des DRH. En fin d'après-midi, promesse est faite par le Directeur Général de la venue d'un médiateur dans les prochains jours.

■ 29 mars : peur sur la ville

Toujours pas de nouvelle du médiateur, donc nouvel appel à manifestation, encore plus suivi. A nouveau, séquestration des Directeurs présents mais, cette fois-ci, toute la journée.

A 15h30, l'intersyndicale fait venir le Directeur Général dans la salle ainsi qu'un représentant de l'ARS.

Tout au long de la longue après-midi, dans la salle du CTE, nous constatons la navigation des messageries entre le Ministère de la Santé et le Directeur Général, navigation aussi entre la veille sociale de la Direction Générale de l'Offre de Soins et les syndicats.

C'est l'heure de la sieste, les négociations avancent... mais très doucement. En fin d'après-midi, nous apprenons que le Ministre de la Santé a décidé d'envoyer à Marseille, à la place d'un simple médiateur, des inspecteurs de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

Très bien, mais l'intersyndicale exige, par écrit, que communication soit faite sur le jour et l'heure de l'arrivée des inspecteurs ainsi que le motif de leur mission.

Vers 21 heures, aucune avancée du côté du Ministère, nous restons sur une date d'arrivée des inspecteurs de l'I.G.A.S le 3 avril en début d'après-midi mais sans obtenir les précisions attendus sur l'objet de la mission. Le blocus continue donc...

Puis vient la scène surréaliste où les organisations syndicales se font livrer des pizzas (bien pimentées) dans la salle

de la prise d'otages, suivie vers 23 heures par les pizzas « royales » des Directeurs.

Un peu plus tard, le Directeur Général, emporté (comme la pizza d'ailleurs) par quelques signes de lassitude, donne l'ordre à la maréchaussée d'évacuer la salle.

Ce qui fût fait à 23h45... Une quinzaine de gros bras de la Brigade Anti Criminalité, patibulaires (mais presque), libère manu militari ces pauvres Directeurs, otages en pleine digestion contrariée.

■ 3 avril : le négociateur

A nouveau, bonne mobilisation du personnel pour accueillir l'inspecteur parisien (mais presque) de l'I.G.A.S. A la grande stupeur de l'intersyndicale, ce brave Monsieur nous lit sa lettre de mission : il est venu pour une enquête sur la politique des Ressources Humaines et sur le dialogue social, enquête qui devrait durer six mois environ. Mais dans sa lettre de mission, pas de trace des revendications initiales de l'intersyndicale à l'origine du conflit.

La chaleur provençale faisant monter la tension dans le rang des représentants du personnel, un envahissement de la salle inopiné est décidé entraînant la fuite en 24 secondes chrono, des Directeurs et de l'inspecteur par une porte de secours.

■ 5 avril : retour vers le futur

L'intersyndicale essaye de renouer le dialogue et pose clairement, une nouvelle fois, leurs trois revendications :

- paiement de la prime aux astreintes sur une autre ligne budgétaire que la prime de service ;
- suppression de la prime de présence (autre spécificité marseillaise avec le pastis et la pétanque) ;
- paiement des jours de grève.

S'ensuit un dialogue de sourds... Les protocoles de sortie de crise proposés s'enchaînent, refusés un à un par l'intersyndicale car ne reprenant pas les trois revendications précitées. Entre temps, les actions médiatiques se poursuivent, gratuité des selfs pour le personnel et blocage des bureaux des entrées des consultations externes.

■ 25 mai : tu me fends le cœur

L'intersyndicale décide de s'inviter lors du conseil de surveillance présidé par le Maire de Marseille. Et à Marseille, une des choses qu'il ne faut pas faire c'est énerver Monsieur Gaudin à la veille d'élections législatives. En effet, celui-ci, un peu agacé par cette dégradation sociale au sein du plus gros employeur de sa ville et le tapage fait par ce conflit, demanda « gentiment » mais fermement au Directeur Général de régler au plus vite cette situation, devant les quatre Secrétaires Généraux de l'intersyndicale, témoins amusés de ce « remake » de la partie de cartes de Pagnol.

Et, épisode après épisode, le polar de série B continua ainsi pendant encore de long mois.

Épilogue ou pas ?

Au final, il y a bien eu un protocole de sortie de crise correspondant parfaitement aux trois revendications. Mais à l'heure où est écrit cet article, toujours point de signatures des syndicats, l'histoire est pathétique (ou presque) et surtout... toujours point réglée. La palme du dialogue social revient incontestablement à l'AP-HM pour son premier rôle.

Durant tout le conflit, pour la CNI, les préoccupations premières ont toujours été, les conditions et l'organisation du travail pour les personnels. Ce ne fût pas malheureusement la même motivation pour tout le monde. Côté syndical comme directorial et ministériel, des raisons peut-être personnelles, politiques, d'intérêt ou d'orgueil n'ont pas permis de mettre fin à ce conflit plus rapidement.

Ces raisons hypothétiques font que, ce conflit qui aurait pu être résolu en trois heures, a duré trois mois.

■ **Moralité** : « Quand la pizza ne parvient plus à adoucir les mœurs, il ne reste plus qu'à jeter un peu d'huile (pimentée) sur le feu pour faire exploser le poêle Gaudin... »

Eric AUDOUY ■
CNI AP-HM

PORTFOLIO de l'étudiant

Je pense
que le changement apporté
à la formation initiale va permettre
de faire évoluer
le statut de l'infirmière
dans les années à venir.

Audrey, 3^{ème} année

Les petits IFSI ne bénéficient
pas de faculté à proximité,
le seul lien qui est fait est celui
des cours via internet.
Je ne sais pas si cela
est très bénéfique pour les étudiants...

Charlotte, 1^{ère} année

Je pense très sincèrement que
le fond du cursus LMD
est une vraie avancée
dans les sciences infirmières,
mais les moyens manquent
sur le terrain
pour appliquer cette réforme.

Emmanuelle, 2^{ème} année.

A cause de la longueur
des stages, 10 semaines,
nous connaissons très peu
les différents services...
J'en suis à 20 semaines
de stage en maison de retraite...

Amélie, 3^{ème} année

Les infirmiers qui nous accompagnent
en stage sont basés
sur l'ancienne réforme.
Ils connaissent peu
le nouveau programme
et l'utilisation du Portfolio.

Juliette, 1^{ère} année

L'encadrement,
lorsqu'il est assuré par une infirmière
qui a suivi une formation « tutorat »,
est nettement plus adapté.

Mathilde, 3^{ème} année

Objectifs..... 3

Rappel du dispositif de formati..... 3

Le référenti..... 4

infirmier..... 5

iel de compétences..... 8

Le rôle de chacun.....

Mon parcours

Tableau récar

Tableaux par
(formation - analys

Mon parcours : acquisition des compéte

parcours :

ités et techniques de so

Qui sommes-nous ?

... tous différents, tous infirmiers

La Coordination Nationale Infirmière, par sa présence et sa proximité sur le terrain, est un témoin et un relai de la vie professionnelle.

La CNI est ainsi à même d'analyser les pratiques pour recentrer la filière infirmière sur son cœur de métier, de comprendre et d'entendre les difficultés rencontrées dans un monde professionnel qui a beaucoup évolué ces dix dernières années.

Sur le plan de la formation, l'année 2012 verra la sortie de la première promotion « cursus Licence Master Doctorat initial ». Ce nouveau cursus LMD ouvre la porte à une filière infirmière en pleine mutation, avec l'apparition des pratiques avancées et des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Des débouchés s'ouvrent ainsi en dehors des écoles de spécialités historiques, IADE, IBODE, PDE et Cadre.

En 2011, le statut des infirmiers a évolué dans la fonction publique hospitalière. Le choix de garder un statut, tenant compte de la pénibilité en restant en catégorie B, a été opposé à celui de la catégorie A, assorti d'une revalorisation salariale, mais entraînant la perte de la reconnaissance de la pénibilité.

Peur de ne pas avoir assez de techniques pratiques Infirmière durant les stages.

Céline, 1^{ère} année



Les IDE spécialisés ont été contraints au même choix en juillet 2012. Nouveau LMD, catégorie A, catégorie B, travail pénible ou pas ?

Tous ces professionnels s'appellent des infirmiers et travaillent côte à côte au quotidien.

Un fossé n'est-il pas en train de se creuser entre nouvelle et ancienne génération et formation ? Est-ce un classique fossé intergénérationnel ?

La CNI a mené une réflexion qui l'a conduit à envisager un travail de recherche pour faire la part des choses entre

Les professionnels formés au portfolio ont encore du mal à évaluer les stagiaires sur leurs acquis (il est difficile de valider les compétences).

Julie, 2^{ème} année

les croyances et la réalité objective.

HYPOTHÈSE : les changements dans le cursus de formation et les différences dans les modalités d'exercice n'ont-ils pas engendré des ruptures entre les professionnels infirmiers ?

Un travail de recherche doit ●●●



souvent une première carrière dans un autre domaine.

Cette tendance semble se confirmer au regard des premiers résultats. L'attribut « les jeunes » doit donc être nuancé quand on veut parler des étudiants en soins infirmiers. Les étudiants sont acteurs de leur formation et n'hésitent pas à faire part de leurs remarques, critiques et constructives, dans la question ouverte du questionnaire. Un échantillon vous est proposé sous forme de bulles de couleurs. Autant de sujets à approfondir pour mieux comprendre.

« lutter contre les croyances et s'appuyer sur les savoirs » (C. DEBOUT).

On ressent sur le terrain une comparaison permanente avec l'ancien programme. Les professionnels montrent beaucoup de scepticisme quant à nos capacités à devenir d'aussi bons infirmiers.

Cindy, 3^{ème} année

Un questionnaire a été établi, reprenant des données socio-démographiques, avant de creuser la motivation et le projet professionnel. Pour comparer, nous disposons de données collectées antérieurement par la DREES¹.

Deux IFSI test ont été sollicités :

- celui d'une grande ville universitaire, **Marseille** ;
- celui d'une sous-préfecture frontalière, **Thonon-les-Bains**.

La méconnaissance entraîne souvent les rejets, les scissions et les infirmiers ne sont pas épargnés par ces comportements humains. S'intéresser aux autres, c'est se donner les moyens de communiquer plus efficacement. La qualité de notre travail de soignant repose grandement sur la qualité de la communication. Le changement de cursus est-il accompagné d'un changement des motivations à l'entrée dans la profession ?

Le personnel hospitalier ne comprend pas toujours les difficultés que peut avoir un étudiant de 3^{ème} année au niveau pratique (manque de savoir faire avec ce nouveau programme...).

Karine, 1^{ère} année

Des différences apparaissent lors du dépouillement des premiers questionnaires, justifiant une diversité de l'échantillon et conduisant la CNI à étendre l'enquête sur d'autres IFSI au travers des Coordinations Infirmières Locales volontaires.

Nous ne voulons pas tirer de conclusions hâtives avant d'avoir terminé l'analyse complète des données.

La DREES observait en 2006, une entrée dans la formation de plus en plus tardive, après

La nouvelle réforme n'est pas toujours assez connue.

Laurie, 1^{ère} année

L'analyse des données sera faite pour la fin de l'année. Nous proposons par la suite de suivre les étudiants qui l'ont accepté, afin d'observer leur évolution motivationnelle et leur projection professionnelle au cours de leur cursus de formation, puis dans leur première année d'exercice.

Durant mes stages, j'ai croisé plusieurs infirmières qui souhaitaient s'impliquer dans l'encadrement mais ne pouvaient le faire par manque de personnel. C'est frustrant pour tout le monde.

Xavier, 3^{ème} année

D'autres analyses de questionnaires sont en cours. La CNI communiquera prochainement les résultats

Affaire à suivre..

Nicole TAGAND,
Valérie HELBOIS ■
CNI AP-HM

¹ <http://www.drees.sante.gouv.fr/>

Objectifs.....

Rappel du d

Le rôle de chacun

Il y a un problème de communication en général avec les infirmiers qui ne connaissent pas le nouveau référentiel, très complexe.

Adeline, 1^{ère} année

En service, on nous dit souvent « vous, avec votre réforme, on ne peut pas vous faire confiance ». C'est difficile d'être étudiant à cause des idées reçues dans les services.

Charlène, 1^{ère} année

Mon p

Tableau ré

Tableaux par (formation - a)

Les étudiants ne sont pas rémunérés à la même hauteur que les étudiants des filières générales.

Maxime, 1^{ère} année

Il faut mettre en place des rencontres entre étudiants et professionnels afin de partager les expériences et faire connaître notre formation.

Sophie, 1^{ère} année

Mon parcours : actes, activités et techn

Beaucoup de critiques de la part des infirmières, elles ont peur... d'être soignées par nous !

Sophie, 3^{ème} année

Nous n'avons aucune information sur les masters ou doctorats possibles en lien avec notre licence.

Sylvain, 2^{ème} année

PORTFOLIO

Méthodes et scientifiques

1. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées.
2. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles.
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées.
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles.

1. Évaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique.
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins,...).
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie à l'état de santé de la personne et à leur évolution.
4. Conduire un entretien de recueil d'informations.
5. Repérer les...

3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les protocoles de soins infirmiers et aux contextes, anticiper l'organisation des soins et réagir de manière adaptée.
8. Évaluer les compétences des collaborateurs et...
9. Analyser les données de la pratique professionnelle et...
10. Évaluer les compétences des collaborateurs et...

Sans bijou, sécurisez vos pratiques



Le non-port de bijoux à l'hôpital
Campagne de sensibilisation 2012

Nouveau programme infirmier

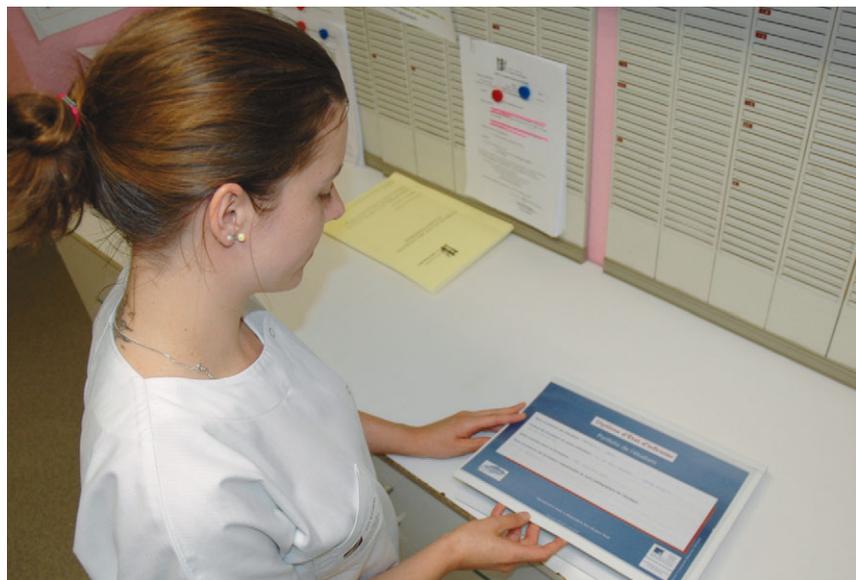
*Unités de soins-IFSI-étudiants,
une collaboration dans l'alternance.*

La mise en place du nouveau programme de formation infirmier a développé le partenariat IFSI / Hôpital, autour des notions de compétences, alternance et réflexivité.

■ **En 2006**, l'IFSI s'était rapproché de la Direction des Soins afin de mettre en place un groupe de travail visant l'amélioration de la formation clinique des stagiaires. Le groupe comprenait, à parité, des représentants de l'institut de formation (cadres de santé pédagogiques) et des représentants des unités de soins (cadres de santé, infirmiers et aides-soignants). Il avait abouti à la création, à partir de documents existants dans certaines unités, d'une trame de livret d'accueil et d'une procédure d'encadrement. Au sein de chaque service, les soignants avaient élaboré un livret spécifique. La première phase d'appropriation de la démarche d'accueil et d'encadrement était lancée.

■ **En 2007**, sous l'impulsion de deux Directeurs de Soins nouvellement en fonction, l'IFSI et le Centre Hospitalier de Salon-de-Provence ont souhaité améliorer l'encadrement des stagiaires afin d'optimiser les conditions de leur apprentissage mais aussi de développer l'attractivité de l'établissement. Un des axes du projet de soins 2007-2011 comporte cet objectif. Un renforcement du partenariat avec l'IFSI s'est avéré alors indispensable.

■ **En 2009**, suite à la mise en place des pôles (Plan Hôpital 2007) au sein



de l'établissement, le Directeur des Soins a souhaité identifier pour chaque pôle un Cadre de Santé Référent IFSI (CRI) afin d'impulser, de soutenir et d'accompagner une dynamique de questionnement des professionnels sur leurs pratiques d'encadrement. Cette décision bien accueillie par l'équipe de l'IFSI allait lui permettre d'avoir des interlocuteurs privilégiés.

En collaboration avec les cadres pédagogiques, les cadres référents ont formalisé leurs missions (optimiser la collaboration IFSI / unités de soins et favoriser l'accompagnement de l'étudiant dans son apprentissage) et les actions à mettre en place.

Ce groupe de travail a engagé la mise à jour de la procédure d'encadrement en prenant en compte les premiers éléments du nouveau programme de

formation au diplôme d'état (programme de formation, arrêté du 31/07/09 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier). Au regard des missions du tuteur énoncées dans les nouvelles modalités d'encadrement, les cadres de santé de l'établissement ont décidé que, dans un premier temps, ce rôle leur serait attribué. Ils sont ainsi à la fois tuteur et maître de stage.

Le nouveau programme réaffirmant la place des professionnels des services de soins dans l'accompagnement des étudiants, la Direction de l'Institut de Formation a engagé avec la Direction des Soins de l'hôpital une réflexion sur l'opportunité d'inclure les cadres des services à la formation « pédagogie et compétence » prévue pour les cadres pédagogiques. Cette réflexion leur a permis d'apporter des réponses à leurs interrogations ●●●

concernant l'évaluation en stage et l'apprentissage par compétences. Elle a permis, par ailleurs, aux cadres soignants et pédagogiques de s'accorder sur un langage commun, de repérer les attentes des professionnels et les exigences du nouveau programme des études d'infirmier.

Les cadres référents et pédagogiques ont ainsi pu finaliser la procédure d'encadrement. Une évaluation de cette dernière est prévue dans un an. Entre temps, le Cadre de Santé Référent IFSI (CRI) et les cadres pédagogiques réaliseront des bilans intermédiaires.



Dans un souci de partage d'informations, d'harmonisation de pratiques et d'implication face aux changements initiés par la réforme, ces derniers ont présenté à l'ensemble de leurs pairs du centre hospitalier une synthèse de la réflexion du groupe, de ses choix, des outils pédagogiques retenus et de la formation dont ils ont pu bénéficier.

Tout d'abord, la présentation a abordé la notion de compétence. A partir de la philosophie du nouveau référentiel de formation qui se traduit par la déclinaison de dix compétences à construire au cours des six semestres, les cadres référents et pédagogiques ont retenu comme définition :

« *Combinatoire entre savoir, savoir-faire, savoir-être, dans une situation donnée* » .

La compétence n'ayant de sens qu'en situation de soins, les cadres ont mis l'accent sur l'importance des stages dans cette formation. En effet, par l'intermédiaire de situations professionnalisantes, l'étudiant va pouvoir questionner l'écart entre « travail prescrit et travail réel », appréhender les situations de soin dans leur complexité et ainsi développer une démarche réflexive.

Le soignant accompagnera l'étudiant dans cette démarche. La mise en mots du vécu de ses expériences en stage lui permettra de faire évoluer son système de représentations. En effet, au cours de cette formation pour adulte, il est pertinent de co-construire avec l'étudiant qui devra pour apprendre modifier ses représentations et ses schèmes d'action.

Ensuite, le groupe a développé son approche du partenariat : selon le modèle de l'alternance intégrative de Malglaive dans lequel « *les liens entre les lieux de formation sont assurés par l'utilisation des expériences mutuelles dans l'un et l'autre lieu* » on tend dans une logique de compétences, à favoriser le lien entre les stages et l'IFSI. « *Cette structure ainsi formalisée permet des interactions entre savoirs théoriques et savoirs pratiques que l'apprenant s'approprie, construit ou transforme en compétences professionnelles.* »

La procédure d'encadrement des stagiaires formalisée par les cadres référents et pédagogiques s'appuie sur ces notions pour les rendre opérationnelles. Elle facilite l'exploitation du potentiel pédagogique offert par cette alternance.

Le Portfolio est l'outil qui permet de faire les liens entre l'IFSI et les stages. C'est un guide pour le tuteur, les professionnels de proximité, le formateur et l'étudiant qui peut ainsi mesurer sa progression.

De son côté, l'IFSI a déterminé pour chaque unité de soins un formateur référent. Celui-ci aura pour mission :

- d'établir une relation privilégiée avec le maître de stage et le tuteur ;
- d'accompagner l'étudiant dans l'acquisition de ses compétences, en assurant un encadrement dans les unités de soins. Ce temps de rencontre se centrera sur l'échange, l'appropriation par l'étudiant d'une posture réflexive et sollicitera son questionnement et l'analyse de ses pratiques.

Par ailleurs, les modalités de la préparation du stage ont été revues. Elles doivent permettre à l'étudiant de repérer les acquis à mobiliser, d'engager des recherches pour lui faciliter l'exploitation du potentiel d'apprentissage des services.

Enfin, lors des exploitations de stage animées par le référent pédagogique ou le référent de promotion à l'IFSI, l'étudiant, à partir du récit écrit d'une situation ou d'une activité rencontrée repèrera la progression de ses apprentissages (techniques, relationnels, méthodologiques, organisationnels...) et questionnera son positionnement d'apprenant au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Le formateur contribuera lui aussi à la prise de conscience, par l'étudiant, de ses représentations.

A l'issue de ce travail de réflexion et de collaboration, il apparaît que la démarche réflexive devrait être au centre des exigences pédagogiques de tous les acteurs de la formation. Dans cet esprit, une formation collective au tutorat et à l'encadrement est souhaitée pour les cadres et les soignants.

Au-delà des objectifs initiaux, l'enjeu de cette démarche est bien l'amélioration des pratiques professionnelles et de la qualité du soin à la personne par de futurs soignants engagés et auteurs de leur formation.

IFSI de Salon-de-Provence
E. ARNAUDO, A. RAFFANEL ■
Cadres pédagogiques

CH de Salon-de-Provence
**A. BABIN, D. BOURDÈS,
E. DEPORTE, F. HAJAS, C. LECOMTE,
B. MAIOLI, C. PROUST** ■
Cadres soignants

GMF

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

OFFRE SPÉCIALE
PERSONNELS DES MÉTIERS
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

- 10 %*

sur votre assurance
AUTO



POUR LES MOINS DE 30 ANS

100 €
OFFERTS**

sur vos assurances
AUTO et SANTÉ

Pour découvrir les avantages qui vous sont réservés :

- Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
- Connectez-vous sur www.gmf.fr/fonction-publique-hospitaliere



Assurément Humain

* Offre réservée aux agents des services publics, personnels des métiers de la santé et du social la première année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2012.
** Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la première année à la souscription d'un contrat d'assurance auto et/ou d'un contrat de complémentaire santé. Offre non cumulable avec le tarif avant-âge 30 et valable jusqu'au 31/12/2012. Conditions et détails des prestations dans votre agence GMF ou sur www.gmf.fr.

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

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

SHAM - Société Hospitalière d'Assurance Mutuelles - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes, Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 18, rue Edouard Rochet 69 372 Lyon Cedex 08. Les contrats complémentaires santé sont souscrits par l'A.D.A.C.C.S. auprès de GMF Assurances et La Sauvegarde.



Développement Permanent Continu (DPC)

Avis d'incertitudes

*Débatu, promulgué, contesté,
le DPC n'en finit pas de faire couler de l'encre
et de tanguer sur un océan d'incertitudes
quant à sa mise en œuvre.*

Le DPC, est un dispositif issu de deux réformes que sont, la formation médicale continue d'une part, et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) d'autre part. Il a été officialisé par l'article 59 de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) : « le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé

publique et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ». Il devient une obligation unique commune à toutes les professions de santé, annuelle et individuelle qui sera contrôlée et pourra constituer une insuffisance professionnelle en cas de non respect.

Cette mesure concerne tous les acteurs du secteur de santé public, privé et libéral : les **médecins**, les **chirurgiens-dentistes**, les **pharmaciens**, les **sages-femmes**, les **professionnels de santé paramédicaux** : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, libéraux, hospitaliers ou salariés.

Voici donc les objectifs avoués mais le fond du projet est de mettre de l'ordre dans une offre en formation médicale pointée du doigt par deux rapports de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et qui préconisent une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles.

■ **Les six décrets d'application du 31 décembre 2011**, précisent un dispositif qui associe, analyse des pratiques professionnelles (APP) et acquisition ou approfondissement de connaissances et de compétences, en vue d'accroître la professionnalisation des professionnels de santé et de développer leurs compétences dans le cadre d'une politique nationale et régionale de santé publique.

■ **Avant 2012**, pour les paramédicaux, il existait la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) et l'EPP qui n'avaient aucun caractère obligatoire. **A compter du 1^{er} janvier 2013**, les professionnels de santé devront participer impérativement à un programme DPC collectif annuel ou pluriannuel.

■ **Trois critères devront être respectés :**

- les orientations nationales et régionales ;
- la méthodologie et les modalités validées par l'HAS (la Haute Autorité de Santé) ;
- la validation par l'organisme gestionnaire du DPC (OGDPC).

Les nominations des acteurs siégeant dans les différentes instances de gestion, (dont la commission scientifique indépendante ou CSI), divisent la communauté médicale qui a demandé un arbitrage auprès de la nouvelle Ministre de la Santé.

La filière infirmière sera représentée par un représentant du Conseil Scientifique du Haut Conseil des Professions Paramédicales (CSHCPP).

Le rôle de l'OGDPC et de la CSI est complexe, ils cadrent le DPC autour de directives nationales et régionales, ils évaluent les organismes DPC, ils répondent aux expertises, établissent la liste des diplômés universitaires (DU) éligibles au DPC ...

Dans les établissements, le DPC se traduira par la construction d'un plan de formation DPC, validé par le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et la Commission Soins Infirmiers Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), en adéquation avec les obligations nationales et régionales. La direction assurera la traçabilité de l'obligation DPC des salariés et aura la possibilité de sanctionner les salariés qui n'auraient pas satisfait à cette obligation. Les Hôpitaux Publics financeront le DPC local à hauteur 2,1 ou 2,9% du budget de la FPTLV.

Pour l'ensemble des acteurs libéraux, le contrôle se fera par l'ordre professionnel de référence pour assurer le respect de l'obligation DPC.

La FPTLV reste d'actualité pour l'ensemble des personnels hospitaliers mais le caractère non évaluatif des formations inscrites au plan de formation continue, exclut ces formations du dispositif DPC.

Le DPC suscite de grandes interrogations concernant l'obligation DPC des cadres, la récupération de fonds de financements issus des laboratoires pharmaceutiques, de l'obligation annuelle de formation

Le DPC est obligatoire et ne nous voilons pas la face, le DPC c'est pour demain.

DPC pour l'ensemble des personnels paramédicaux dans un contexte de pénurie infirmière et de difficultés organisationnelles des services de soins.

Le DPC pose une question fondamentale sur la formation initiale des professionnels de santé car cette obligation individuelle et annuelle sous-entend qu'elle ne serait pas de qualité dans un système Licence Master Doctorat.

Nous espérons un dispositif digne de notre système de santé, de la qualité de nos soins, respectueux de nos cœurs de métiers et non un organe complexe et rigide. Le DPC est obligatoire et ne nous voilons pas la face, le DPC c'est pour demain.

Restons prudents et vigilants sur sa mise en place et tentons de nous approprier cet outil que nous espérons aménageable !

Marie Dominique BIARD ■
CNI AP-HM

Références et sources :

- Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux
- Décret n° 2012-30 du 9 janvier 2012 relatif à la commission scientifique du Haut Conseil des professions paramédicales
- ANFH

Droit d'option dans la FPT et la FPE

Deux ans après leurs homologues de la Fonction Publique Hospitalière, les infirmiers et infirmières de la Fonction Publique Territoriale et d'Etat vont donc bénéficier de la réforme statutaire pour un passage en catégorie A.

Un droit d'option (choix entre catégorie sédentaire ou active) s'appliquera uniquement pour les infirmiers de la pénitencière et de la protection judiciaire de la jeunesse puisque ces personnels sont actuellement classés en catégorie active, les autres étant déjà en catégorie sédentaire.

■ Trois nouveaux corps seront ainsi constitués :

- le premier à vocation interministérielle ;
- le second à la Défense ;
- le dernier à l'Education nationale.

Au terme de la réforme, chaque corps comprendra deux grades : Infirmier DE et Infirmier DE hors classe.

Ces deux grades présenteront les mêmes caractéristiques que les deux premiers grades infirmiers en soins généraux de la FPH.

Une convergence des trois fonctions publiques est instaurée vers une même grille « catégorie A ». Il ne s'agit pas encore, hélas, d'une vraie « catégorie A type fonction publique »...

■ Pour une période de dix ans, trois grades seront constitués :

- IDE en soins généraux classe normale ;
- IDE en soins généraux de classe supérieure ;

- IDE en soins généraux hors classe.

Suite à la parution des trois décrets du 9 mai 2012, les IDE de la fonction publique d'Etat seront, à partir du 1^{er} juin, reclassés en catégorie A. A l'heure où nous imprimons ces pages, le décret instaurant la catégorie A pour les infirmiers de la fonction publique territoriale est au stade de projet et donc en attente de parution...

Comme les infirmiers spécialisés de la FPH, deux reclassements seront opérés en juillet 2012 puis en juillet 2015. Au bout de dix ans, les grades de classe normale et de classe supérieure devront fusionner.

Prochain cheval de bataille, la catégorie A type pour tous les infirmiers !

Après le retard pris dans les négociations, et grâce à la pugnacité des syndicats infirmiers, nous assistons, aujourd'hui, à un juste rééquilibrage qui va satisfaire bon nombre d'infirmiers de la Fonction Publique.

■ L'unité est enfin retrouvée... un même diplôme, un même employeur (à savoir l'Etat) : un même salaire !

Enfin, la Loi du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique vise à encourager la mobilité des fonctionnaires. Trois ans après la pro-

mulgation de cette loi, les infirmiers, dans l'impossibilité de bénéficier de cette opportunité car appartenant à différents systèmes catégoriels (A et B), pourront désormais postuler dans la fonction publique de leur choix. Il s'agit d'une avancée majeure qui va faciliter les parcours professionnels.

Prochain cheval de bataille donc, la catégorie A type pour tous les Infirmiers !

Comme chacun le sait, la loi Bachelot a reclassé les infirmiers dans une grille de rémunération nettement inférieure à la grille A « type » de la Fonction Publique. C'est un des objectifs prioritaires de la CNI : une réelle revalorisation des salaires au regard de nos compétences et de nos responsabilités.

Car, dès lors que le niveau licence sera reconnu pour tous, il ne pourra plus y avoir de disparité en termes de rémunération. Pour un même niveau de compétence, une même échelle de rémunération s'imposera donc.

L'ensemble des protagonistes de la filière infirmière (dans les trois fonctions publiques ainsi réunies) devront ainsi faire entendre d'une seule et même voix leurs revendications plus que jamais légitimes !

Régine WAGNER ■
CNI Aix-en-Provence



Responsabilité civile professionnelle et protection juridique



Catherine Destivelle,
alpiniste de renom et professionnelle de santé,
a choisi Groupe Pasteur Mutualité :

“ La gestion efficace des risques et l'esprit de solidarité m'ont permis d'aller toujours plus haut et plus loin. Ces valeurs, je les partage aujourd'hui avec Groupe Pasteur Mutualité.”

Pour en savoir plus
appelez le **01 40 54 54 54**
ou connectez-vous sur
www.gpm.fr



Souscrivez en ligne
dès à présent sur notre site
ou flashez le code ci-contre

La responsabilité en gypsothérapie

Gypsothérapie vient du latin gypsum signifiant le gypse, pierre dont est extrait le plâtre et du grec therapeia signifiant le traitement.

Ce terme existe depuis 1985. Il a été créé par Michel Cousin qui était Gypsothérapeute à l'hôpital militaire Lavéran à Marseille. Il a été le premier Président et le créateur de l'Association Hospitalière des Gypsothérapeutes de France. Il a été également le précurseur en matière de formations aux appareils d'immobilisations plâtrés.

La Gypsothérapie est l'art de confectionner des immobilisations et des contentions de l'appareil locomoteur. Le Gypsothérapeute met en œuvre un ensemble de moyens pour maintenir dans une position déterminée une fracture, une lésion tendineuse ou ligamentaire ou pour corriger progressivement une déformation.

Les matériaux utilisés vont être le plâtre, la résine, les produits thermoformables, les mousses de polyuréthane, les bandes adhésives extensibles et inextensibles pour la confection des strappings....

La réalisation des appareils nécessite une connaissance approfondie des différentes techniques à appliquer, des différents matériaux à utiliser et des risques encourus par le patient. Le rôle infirmier exige une acquisition des connaissances théoriques et pratiques spécifiques en Gypsothérapie. Une habileté manuelle, une dextérité, une grande rigueur sont nécessaires quant à la réalisation d'un dispositif d'immobilisation ou de contention. Les appareils ne sont pas sans dan-



ger et demandent des explications concernant leur surveillance et les conseils à donner aux patients. Les services intervenant dans cette activité vont se situer aux Urgences, au bloc opératoire, au service de consultations de traumatologie, d'orthopédie, de rhumatologie, et autres service d'hospitalisations.

Responsabilité Infirmière

La pose d'un plâtre ou autre système d'immobilisation est un acte médical, délégué à l'Infirmier(ère) (Décret 2004-802 du 29 Juillet 2004). Il peut être lourd de conséquences s'il est mal réalisé et provoquer des complications redoutables pouvant aller jusqu'à une amputation. Cette prestation engage la responsabilité de chacun quant à sa

réalisation, sa surveillance immédiate et les risques encourus par le patient.

Un appareil ne doit pas être circularisé en urgence, ou s'il est circularisé, il doit être fendu sur toute sa longueur et une languette de 1 à 2 cm doit être retirée afin de permettre une expansion de l'œdème. Si l'appareil n'est pas fendu, c'est un facteur aggravant de responsabilité en cas d'accident.

Dans le cas de tétanos, la responsabilité peut être recherchée si une couverture antitétanique n'a pas été assurée lorsqu'il existe une plaie sous l'immobilisation.

Des suites judiciaires peuvent être engagées. En matière de responsabilité, personne ne couvre quiconque. La responsabilité de l'établissement hospitalier, qui peut être condamné à

réparer, à indemniser, n'exclut jamais la culpabilité des personnes. Celles-ci peuvent se retrouver devant un tribunal correctionnel, être jugées et purger des peines d'emprisonnement.

Évolution de la pratique

Au siècle dernier, dans le cadre de l'orthopédie, sont apparus les « maîtres plâtres » en Europe mais également dans d'autres régions du monde.

Ce n'est qu'à partir des années 1920 et 1930 que ces « maîtres plâtres » ont commencé à se montrer. Ils apparaissent sur des photos à côté de grands noms de l'orthopédie.

Dans les années 1960, on a vu apparaître, dans beaucoup d'hôpitaux, des personnes formées par les chirurgiens traumatologues, pour préparer des bandes plâtrées destinées à la mise en place d'immobilisations. Le chirurgien posait l'immobilisation et le « plâtrier » l'assistait.

Le temps, l'expérience et les connaissances pratiques aidant, les « bons plâtriers » devenaient appréciés de leur chirurgien.

Progressivement, ce personnel formé qui aidait à la mise en place des appareils va poser seul les immobilisations avec la confiance du Chirurgien. A cette époque, les chirurgiens ont choisi de transférer les actes de gysothérapie à une majorité d'aides-soignants, voir d'agents de services hospitaliers. L'existence des « plâtriers » et la tentative de faire reconnaître ces glissements de tâches a été soulevée par l'Association Hospitalière des Gysothérapeutes de France.

Les Aides-soignants n'ayant légalement pas le droit d'exercer la Gysothérapie, ils sont actuellement remplacés en majorité par des Infirmiers(ères).

Évolution du cadre législatif

■ **Le Décret n° 84-689 du 17 juillet 1984** relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmière mentionnait : l'infirmier est habilité dans le cadre de son **rôle propre** à faire des

pansements simples et bandages, sur **prescription médicale**, à faire des bandages de contention, à **dépister les complications** et à **surveiller** le malade porteur d'un plâtre. *A cette date, l'infirmier n'avait pas le droit d'enlever un plâtre !*

■ **Le Décret n°93-345 du 15 Mars 1993** relatif aux actes professionnels et à la profession d'infirmière mentionnait :

Dans le cadre de son **rôle propre**, l'infirmier... doit **rechercher les signes de complications** pouvant intervenir chez un patient porteur d'un plâtre ou d'une autre immobilisation.

Il est également habilité à accomplir, sur **prescription médicale**, l'ablation d'un plâtre ou d'une autre immobilisation et poser des bandages de contention.

Par contre, l'infirmier **participe, en présence d'un médecin,...** à la **pose de plâtres et autres immobilisations**.

■ **Analyse de ces deux textes de loi.**

Elle permet d'identifier :

- un élargissement du rôle propre infirmier en matière de Gysothérapie ;
- l'extension des compétences infirmières sur prescription ;
- l'extension du rôle infirmier en présence d'un médecin.

Ce Décret de 1993 permettait donc à l'Infirmière de participer à l'acte médical de pose d'immobilisations et de contentions. Cependant, que veut dire « participe en présence... »

L'infirmière participe, le médecin est présent. Qui effectue l'acte ? C'est ici que commence toute l'ambiguïté du texte. Une question se pose : « où commence et où s'arrête la participation ?

Nous trouverons la réponse dans la **circulaire n° 97-412 du 30 Mai 1997**, suite à des plaintes de patients auprès du Ministère de la Santé. Ces plaintes concernaient des complications sous plâtres provoquées par du personnel non qualifié ayant réalisé les immobilisations.

Cette circulaire mentionnait :

« **L'article 6 du Décret n° 93-345 du 15 Mars 1993 permet à l'Infirmier de participer, en présence d'un médecin, à l'application de différents techniques et**

notamment à la pose d'un plâtre ou autre immobilisation.

Cette formulation signifie que le médecin pose le plâtre en fonction du diagnostic qu'il a établi et que l'Infirmier l'assiste dans l'exécution de cet acte. Il convient de rappeler par ailleurs, que l'article 4 du texte en cause, autorise l'Infirmier à réaliser, sur prescription médicale, l'ablation d'un plâtre ou d'une autre immobilisation. »

Cette circulaire a clarifié les termes du Décret en précisant que c'était le médecin qui effectuait l'acte et que l'infirmière l'assistait.

■ **Problématique**

Les médecins nous prescrivait de faire, nous n'apprenions pas à faire, nous n'étions pas autorisés à faire. Nous étions dans l'illégalité. Nous pratiquions l'exercice illégal de la médecine.

Il a fallu attendre le Décret de 2004 pour régulariser, en partie, la situation.

■ **Le Décret 2004-802 du 29 juillet 2004** précise :

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier **recherche les signes de complications** pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention. Il est **habilité à pratiquer la pose de bandages de contention et l'ablation des dispositifs d'immobilisation** ou de contention (art R 4311-7).

L'infirmier peut également **réaliser** sur prescription médicale la **pose de dispositifs d'immobilisation**. (art R 4311-9).

Par ailleurs, il **participe à la mise en œuvre** par le médecin, à la **pose de systèmes d'immobilisation après réduction**.

L'analyse de ce texte permet d'identifier l'extension du rôle infirmier sur prescription et d'élargir le rôle de participation à la pose d'immobilisation effectuée par le médecin après réduction.

■ **Notions de délégation**

L'infirmier(ère) ne peut déléguer que ce qui est de son rôle propre, donc les immobilisations ne peuvent ●●●

être déléguées ni à un aide-soignant, ni à un ASH, ni à une autre personne.

Le médecin ou le chirurgien ne peuvent déléguer non plus ces actes médicaux ni aux aides-soignants, ni aux ASH.

La loi HPST

Dans le cadre de la loi de modernisation de la fonction publique et particulièrement la loi HPST (loi n° 2009-879 du 21 07 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux territoires), une dérogation au Décret de 2004 pourrait être évoquée par le biais de la réalisation d'un protocole de coopération par des personnels volontaires au sein d'un établissement.

Ce dispositif juridique fait qu'il existe donc, actuellement, la possibilité d'un **transfert de tâches entre les professions de santé**. Il est même mentionné dans l'article L 4011-2 article 51 de la loi HPST que : « **la Haute Autorité de Santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national** » et que « **les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé...** »

Ainsi, avec l'aide des médecins d'une clinique, de l'Ordre du Conseil National des Médecins et de la SOFCOT (Société Française de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique) une proposition de protocole a été déposée en région Centre mais il s'est avéré que l'ARH (Agence Régionale de Santé) a déclaré le 1^{er} avril 2011 que « **l'acte de Gysothérapie ne peut être exécuté par un Aide-Soignant** » et que « **cette profession n'est pas reconnue comme profession de Santé mais qu'elle n'est mentionnée qu'au travers de celle d'infirmière.** » (source : Assemblée Générale du 7 octobre 2011 de l'Association Hospitalière des Gysothérapeutes de France à Bayonne).

Rappelons que l'article R 4312-14 mentionne que « **l'infirmier est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à accomplir, et, dans le cadre de son rôle propre, des**

actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants. »

Responsabilité médicale

En Gysothérapie, les médecins ont leurs responsabilités, aussi bien dans la prescription, dans la réalisation des actes et dans la délégation aux soignants.

La **prescription médicale** est un geste majeur qui ne peut se résoudre à imposer son administration sans aucune explication, elle doit être précise et détaillée, indiquant toutes les informations nécessaires à la réalisation du soin.

Elle est encadrée par des mesures réglementaires provenant du Code de Déontologie Médicale et du Code de la Santé Publique.

Le médecin se doit d'établir des prescriptions claires, précises, datées et signées, mais aussi d'en évaluer la réalisation par l'infirmier(ère) qui met en œuvre des soins sous sa responsabilité.

Le médecin et l'infirmier(ère) travaillent dans la complémentarité et la collaboration.

Responsabilité juridique

Elle peut être :

- civile : engagée en cas de faute découlant de l'acte de soin ;
- pénale : elle est toujours personnelle, engagée par un manquement aux obligations ;
- disciplinaire : également personnelle, elle découle d'un manquement aux obligations prévues dans un règlement ou dans des statuts.

La notion de compétence est une obligation, notre responsabilité est engagée si nous ne le sommes pas.

Obligation des soignants

L'article R 4312-26 mentionne que « **l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.** »

L'article R 4312-10 mentionne que « **l'infirmier(ère) a le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au**

patient un risque injustifié.

Ce qui implique d'avoir des connaissances et des compétences suffisantes afin de réaliser des immobilisations et contentions de qualité, efficaces et adaptées.

L'infirmière ne maîtrisant pas les connaissances et la technique, ne peut s'engager dans un tel soin.

La traçabilité

Elle est obligatoire. Elle impose :

1) une prescription médicale écrite et signée de la main du Médecin avec tous les renseignements nécessaires concernant :

- le diagnostic ;
- le descriptif de l'acte à effectuer ;
- le type d'appareillage ;
- les limites de l'appareil, la position des articulations.

2) la mise à jour du dossier de soins est impérative. Il doit être mentionné l'acte, le nom de la personne ayant réalisé l'appareil, les observations utiles, la date et la signature ainsi que le contrôle de l'appareil, par le médecin prescripteur, après sa réalisation. Le dossier de soins a une valeur juridique en cas de problèmes.

Droits des patients

Au niveau de la législation, les droits des patients sont devenus une priorité.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé énonce clairement que :

- l'usager a le droit de s'exprimer et d'être entendu ;
- l'usager dispose du droit d'être aidé et informé ;
- l'usager dispose du droit d'obtenir une réponse.

Les patients, victimes d'un préjudice, sont donc en droit de manifester leur mécontentement auprès des responsables des services de l'Établissement, qui transmettront le courrier à la Direction chargée des droits des usagers. Selon les cas les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation peuvent être saisies.

La charte du patient hospitalisé

Les Établissements de Santé ont l'obligation de garantir la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Pour ce faire des procédures d'évaluation sont régulièrement établies dans le cadre des visites de certification de HAS.

L'analyse des fonctionnements et des pratiques vise à assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au patient et à promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des Établissements. La Gysothérapie n'échappe à ces règles.

La formation en Gysothérapie

La Gysothérapie ne se pratique pas dans le cursus de la formation initiale infirmière.

Une infirmière sortant de l'IFSI peut en théorie selon le décret faire un plâtre, en pratique elle a l'obligation de se former pour accomplir un acte en toute sécurité.

Faudrait-il inclure, dans le programme de formation des étudiants en soins infirmiers, des notions de base, théoriques et en pratiques en Gysothérapie ?

La formation continue

L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme HPST établit l'obligation du développement professionnel continu des professionnels de Santé et l'évaluation des pratiques professionnelles, ce qui engendre le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

L'article R 4312-10 énonce : « pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier(ère) a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié. »

L'article R 4312-3 énonce : « l'infirmier(ère) n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence. »

Tout(e) infirmier(ère) devant pratiquer des actes de Gysothérapie doit être formé(e) pour être compétent(e), assurer des soins de qualité et ne pas mettre le patient en danger.

Cette formation devrait être obligatoire pour les professionnels confrontés au quotidien à ces techniques.

Diverses formations en Gysothérapie existent en France.

La formation à la certification en Gysothérapie

En 2001, j'ai pu créer une formation à la Certification en Gysothérapie et la mettre en place à l'Hôpital du Creusot. En 1998 et 1999, j'ai pu bénéficier de l'aide de la Conseillère Technique Nationale à la Direction Générale de la Santé, de la Conseillère Technique Régionale en Soins Infirmiers de la région Bourgogne et de la Directrice de l'IFSI qui à cette période, avait mis en place un Département Formation Continue.

Plus de soixante-dix Infirmiers(ères) de France et des pays d'Outre-Mer ont pu, à ce jour, suivre ce cursus et passer avec succès leur Certification.

Depuis 2011, j'ai pu créer ma propre structure de formation à la Gysothérapie. Je vous invite à visiter mon site internet : www.art-gypso.fr

Il s'agit de la seule formation validante, certifiante, qui permet de maîtriser un panel de techniques diverses.

Elle comporte cinq modules, fait l'objet d'un stage de trois semaines, d'un mémoire dont le thème est en adéquation avec la formation et de deux jours de Certification.

Les chirurgiens apprécient de bénéficier de personnel formé.

Certains Établissements hospitaliers, comme Bayonne, Tours, Soissons, Montauban, Montpellier, Boulogne sur mer.... possèdent de trois à cinq

personnes certifiées.

Des formations à la carte, en intramuros, sont organisées suivant les besoins des Établissements demandeurs.

Conclusion

La recherche de la qualité, l'évolution des textes de loi, les pratiques professionnelles, les matériaux utilisés, nous amènent à l'évolution de notre profession.

Le statut de l'Infirmier(ère) Certifiée en Gysothérapie est à comparer à celui de l'Infirmier(ère) Hygiéniste ou de l'Infirmier(ère) Stomathérapeute. Ces spécificités sont demandées dans les Hôpitaux afin d'améliorer la prise en charge des patients et de bénéficier de personnes expertes dans chacun de ces domaines.

Le développement de ces spécificités améliore la prise en charge des patients en leur permettant de bénéficier de soins experts.

Pour terminer, une citation de Maître Gilles DEVERS, avocat spécialisé en Droit Médical, rédacteur en chef de la revue : « Droit-Déontologie-Soin. »

« La notion de collaboration est le seul droit légitime. »

Dans le domaine du soin sur prescription, médecins et infirmiers(ères) doivent travailler ensemble dans la complémentarité à la lumière de la confiance.

La clef de la confiance est que l'infirmier(ère) engage sa responsabilité avec sa compétence.

Le fait de refuser la réalisation des soins qui n'est pas de sa compétence est tout à fait légitime.

Pratiquer des soins sans en avoir la compétence est une faute.

C'est l'exercice illégal de la profession. Un médecin qui dit : « fais cela, c'est moi qui te le dis ! » n'a pas de valeur, ni en droit, ni en fait, ni en philosophie. »

Janine TOULON ■

Cadre de Santé

Expert et Formateur en Gysothérapie

Site internet : www.art-gypso.fr

a.i.a.s - cni un partenariat qui assure

Depuis plusieurs années la CNI et l'association AIAS proposent ensemble une protection juridique à tarif réduit aux infirmier(e)s. Allons plus loin !

Notre rapprochement s'est fait naturellement alors que la CNI cherchait une assurance performante à proposer à ses adhérents et qu'elle a rencontré l'association AIAS, crée il y a bientôt 60 ans dans cet objectif. Aujourd'hui plusieurs milliers d'infirmier(e)s font confiance à l'engagement de l'association pour les défendre.

A l'heure où nous constatons 900 acci-

dents médicaux par jour dans les hôpitaux français, où les infirmier(e)s font face à des conditions de travail dégradées, l'AIAS propose aux adhérents de la CNI **un tarif préférentiel de 25 €/an** (cotisation d'affiliation incluse) pour bénéficier d'une couverture juridique s'ils doivent faire face à une erreur médicale, à un conflit avec un patient ou avec leur hiérarchie. Des juristes spécialisés répondent à vos questions et un avocat est mis à votre disposition dans les cas concernés. Comme toute assurance, auto ou habitation par exemple, cette couverture peut sembler inutile ou superflue... Mais elle s'avère malheureusement

utile dans la vie professionnelle d'un(e) infirmier(e). Les familles de victimes n'hésitant plus à porter plainte et les établissements se désengageant de la protection de leur personnel, beaucoup d'infirmier(e)s nous demandent une garantie plus complète couvrant la responsabilité civile, c'est-à-dire les indemnités que réclament les victimes (pouvant aller de quelques centaines à plusieurs millions d'euros). L'AIAS répond toujours présente, accompagne et soutient humainement ses adhérents. Mais de telles garanties ne peuvent être souscrites qu'avant un incident ! Après nous ne pouvons plus agir.



NOUVEAU !
CAPITAL MAIN ACTIVE

Comment travailler sans l'usage d'une main ?

En cas d'accident grave de la main ou du membre supérieur, l'AIAS vous protège et vous verse jusqu'à 10.000 € (suivant le barème de prise en charge AIAS)

Protection Juridique
.....
Responsabilité Civile
Professionnelle

TARIF SPECIAL CNI

25 € / an

(Protection Juridique et Capital Main Active)

Informations et renseignements :

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

Parlez-en autour de vous
www.aias.fr



Engagement pour la profession

Notre partenariat AIAS - CNI doit aller plus loin. L'AIAS a participé en 2011 à l'étude sur le stress des infirmier(e)s réalisée par la CNI qui a mis en lumière les niveaux de mal être élevés de certains professionnels. Cette année l'AIAS vient de réaliser en étroite collaboration avec la CNI une enquête qui aborde notamment la notion de glissement des tâches et la responsabilité qui en découle pour les professionnels infirmiers. Nous avons pu mesurer que, si parfois ces transferts étaient réalisés dans le cadre de protocoles bien établis, il arrive souvent que les infirmier(e)s soient contraints de réaliser des tâches à risques qui ne relèvent pas de leurs attributions. Ce sont précisément ces risques que nous avons voulu mesurer et qui vous seront présentés en avant-première dans l'enquête qui sera publiée à la rentrée sur le site de la CNI et de l'AIAS. En fonction des résultats de l'enquête, la Coordination Nationale Infirmière interviendra auprès des pouvoirs publics



pour faire reconnaître vos difficultés d'exercice et trouver des solutions adaptées à vos attentes de professionnel.

L'AIAS et la CNI s'engagent à vos côtés pour protéger les infirmier(e)s. A vous d'y contribuer en adhérant à notre association et à nos valeurs, pour

exercer plus sereinement et assumer pleinement vos responsabilités.

Rendez-vous sur notre nouveau site internet www.aias.fr ou téléphonez à Anne-Marie Quere au 04.50.45.10.78

L'équipe AIAS ■

Dernière minute : évolution de la formation IADE

L'arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Infirmier Anesthésiste a été publié au Journal Officiel (JORF n° 0175 page 12 376) le dimanche 29 juillet 2012. Il précise le rôle et le fonctionnement des écoles d'IADE, les conditions d'admission à l'école, de la scolarité, des modalités d'évaluation.

■ Article 25

Le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste s'acquiert par l'obtention des 120 crédits européens correspondant à l'acquisition des sept compétences du référentiel défini à l'annexe 2 :

- 1° 60 crédits européens pour les unités d'enseignement.
- 2° 60 crédits européens pour la formation pratique en stage.

Chaque compétence s'obtient de façon cumulée :

- 1° par la validation de la totalité des unités d'enseignement en relation avec la compétence ;
- 2° par l'acquisition de l'ensemble des éléments de la compétence évalués lors des stages.

La formation IADE sera de 24 mois organisée en quatre semestres universitaires, à temps plein. Elles comportent, répartis sur l'ensemble de la scolarité, des ensei-

gnements théoriques fondamentaux et cliniques, des enseignements pratiques, répartis en unités d'enseignement. La validation de chaque semestre résultera de l'attribution de 30 ECTS (European Credits Transfer System).

Ce nouveau programme présente 210 h de théorie de plus (biologie, chimie, physique fondamentale). L'obligation de deux années d'exercice Equivalent Temps Plein infirmier au 1^{er} janvier de l'année du concours reste obligatoire. (Article 6)

Les référentiels d'activité, métier, de compétences ainsi que la maquette de la formation qui constituent les annexes de l'arrêté du 23 juillet devraient paraître en août.

Une avancée qui confirme donc l'inscription de la filière infirmière dans le système Licence - Master - Doctorat.

Quid des autres spécialités ?

Quid d'une reconnaissance salariale à hauteur de nos compétences et de nos responsabilités ?

Affaire à suivre...



Coopération des professions de santé

Avenir ou désillusion ?

Le rapport de la mission « coopération des professions de santé : transfert de tâches et de compétences » (Rapport BERLAND, 2003), aborde ce transfert de tâches.

Ce rapport reste cependant controversé car pour certains, il cacherait, en vérité, des glissements de fonction.

Certaines remarques sont souvent évoquées pour expliquer la raison de ces pratiques, la pénurie médicale ou encore l'amélioration de l'accès au soin... ainsi que la diminution des coûts (en profitant d'une main d'œuvre moins onéreuse). Cette coopération va-t-elle dans le bon sens ou dans celui d'une médecine à « deux vitesses » en France ?

Toutes ces controverses suscitent un questionnement sur le bien-fondé même de ces propositions de coopération. Doit-on y voir une réelle avancée pour la profession infirmière dont les professionnels deviendraient des assistantes médicales ou alors simple une volonté de diminuer le coût des soins par la réalisation d'actes médicaux moins onéreuse écartant toute notion de reconnaissance ?

Quand en l'an 1000, les seringues ont été utilisées pour la première fois pour faire des injections, ce sont bien des médecins qui réalisèrent ces actes. Puis l'enseignement aux infirmières a permis à ces dernières d'acquérir cette pratique, les prises de sang (1929) puis la mise en place de perfusion. Parlait-on alors de transfert de tâches ? Ces infirmières, se sont-elles posées toutes ces questions ? Ont-elles accepté en y voyant une évolution de leur fonction ou ont-elles subi ?

La prise de sang est un bon exemple, en effet, c'est un acte qui fut de la compétence des médecins puis des infirmières du fait de l'évolution des techniques et des métiers. Aujourd'hui, cet acte peut être réalisé par un infirmier ou un technicien de laboratoire. L'acte lui-même pourrait avoir un coût identique. Dans les faits et selon la nomenclature, le coût est bien différent selon s'il est pratiqué par un infirmier exerçant dans le secteur libéral, en institution ou encore, dans un laboratoire.

Nous pouvons ainsi mieux comprendre que pour des actes plus onéreux, la décision de baisser le coût en le faisant pratiquer par d'autres professionnels peut-être envisagé. Mais pourquoi fonder le raisonnement uniquement sur les rapports de salaires entre les différentes catégories professionnelles concernées ? A-t-on pris en compte et évalué tous les facteurs qui composent le coût d'un acte ?

Le rapport Berland en 2003 proposait ces coopérations comme une réponse à la pénurie médicale et à une limitation des coûts. Plus tard l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à

la santé et aux territoires (HPST) a défini la coopération entre professionnels de santé comme suit : « *Par dérogation, les professionnels de santé (inscrit l'article L 4011-1 du Code de Santé publique) peuvent s'engager à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux, des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients.* »

La démarche de coopération s'inscrit concrètement dans un protocole de coopération lequel précise les nouvelles modalités d'organisation des professionnels de santé pour la prise en charge des patients. Ce protocole de coopération est autorisé par le directeur général de l'ARS après avis conforme de la HAS.

Depuis 2003, seuls quatre protocoles* ont été développés. S'agit-il d'une difficulté à mettre en place cette coopération ou d'une résistance ?

Cette coopération va-t-elle dans le bon sens ou dans celui d'une médecine à « deux vitesses » en France ?

Le ministère cite l'attitude du Centre national des professions de santé (CNPS) qui avait réclamé un gel du dispositif malgré l'adhésion des sociétés savantes et les craintes des usagers redoutant une « médecine à deux vitesses ».

A-t-on posé les bonnes questions ? A-t-on exploré tous les possibles ? Les mentalités sont-elles prêtes à vivre cette évolution ? Quelle formation sera-elle proposée pour accompagner ces nouvelles compétences, avec quel diplôme, quel statut, quelle rémunération ? Quels seront les contours de cette coopération ?

Les protagonistes mis en cause sont les médecins et les infirmiers. Faisons, ensemble, un petit zoom sur ces deux métiers.

Le médecin

Le médecin s'engage à respecter le code de déontologie médicale (décret n°95-1000 du 6 septembre 1995) et sa lecture permet de mettre en exergue, plus particulièrement certains articles :

- **Article 65** : le médecin ne peut se

faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'Ordre...

- **Article 69** : l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.
- **Article 92** : un médecin ne peut accepter que dans le contrat qui le lie à l'établissement de santé, où il est appelé à exercer, figure une clause qui, en faisant dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères liés à la rentabilité de l'établissement, aurait pour conséquence de porter atteinte à l'indépendance de ses décisions ou à la qualité des soins.
- **Article 95** : le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration,... Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.
- **Article 97** : un médecin salarié ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

En résumé, le médecin ne peut se faire remplacer dans ses actes professionnels que par un confrère. Il est responsable de ses actes et doit agir dans l'intérêt de la santé publique et des personnes en mettant tout en œuvre pour préserver la qualité des soins.

L'infirmier

L'infirmier n'a pas encore officiellement de code de déontologie mais doit respecter des règles professionnelles (code de santé publique article R 4312-1 à R 4312-32). Certains articles éclairent ainsi notre le débat :

- **Article 9** : l'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution basée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance. ●●●

- **Article 10** : pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.
- **Article 14** : l'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

- **Article 20** : l'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche, une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.
- **Article 26** : l'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.
- **Article 29** : l'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'in-

formation chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

- **Article 32** : l'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en œuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

L'infirmier, tout comme le médecin, doit préserver son indépendance et veiller à la qualité des soins. Il doit respecter la prescription et appliquer des protocoles thérapeutiques rédigés par le médecin. Par contre, il ne peut appliquer des techniques nouvelles pouvant entraîner un risque pour les personnes mais pourra les acquérir en actualisant ses connaissances professionnelles.

Ces deux métiers ont évidemment une éthique très proche ce qui impose de décrire très précisément les contours et les limites d'intervention pour que chacun puisse évoluer sans avoir un

sentiment de non reconnaissance.

Parler de coopération n'est peut être pas le terme approprié pour qualifier les nouvelles orientations de ces deux métiers. L'évolution des techniques et les besoins de la population nécessitent une réorganisation du profil de ces deux métiers. La création de ces protocoles de coopération sans doute très maladroit et certainement précipité. Le monde infirmier souffre déjà d'une non reconnaissance avec un simple grade de licence sans réelle valeur.

Le contexte actuel de pénurie infirmière, la non reconnaissance du diplôme, la rémunération en total décalage avec les responsabilités (sans parler des conditions et de la charge de travail) n'incitent pas, par ailleurs, les jeunes sur cette voie peu attractive.

L'avenir de la santé devra se poursuivre en présence de ces deux acteurs avec une redéfinition profonde de leur propre fonction. Les rapports, arrêtés ou décrets ne régleront pas le débat qui vient de s'engager. Il faut une réelle réflexion sur le métier d'infirmier que l'on pourrait appeler, momentanément, assistant médical et tendre vers une déontologie et une réglementation professionnelle adéquate (consultation, prescription...). Ce métier redéfini pourra s'exercer aussi bien en structure de soins qu'en libéral et bénéficiera d'une formation adaptée et reconstruite pour évoluer aux grés des techniques.

Enfin, médecin et infirmier doivent réfléchir ensemble, définir ce que l'un et l'autre acceptent de proposer pour que ce nouveau métier réponde à ce besoin sociétal.

Laurette MIRA ■
CNI Cavaillon

*

N°	Titre protocole de coopération	Mot clé	Délégrant	Délégué	Origine	Lieu de mise en œuvre	Avis collège HAS	Date arrêté DG ARS
4	Ponction médullaire en crête iliaque	Myélogramme	Hématologue	IDE	Etablissement de Santé	Institut Paoli Calmette	25/05/2011 Favorable	13/07/2011
1	Prise en charge patients atteints d'hépatite C	Hépatite	Gastro-entérologue	IDE	Etablissement de Santé	CH Montélimar	25/05/2011 Favorable	10/11/2011
2	Dépistage itinérant rétinopathie	Ophthalmologie	Ophthalmologiste	Orthoptiste	Libéral	Région Bourgogne	27/09/2011 Favorable	17/01/2012
13	Echographies trans-thoraciques	Echocardio	Cardiologue	IDE	Etablissement de Santé	CHU Strasbourg	05/10/2011 Favorable	19/12/2011



Qui accompagne tous les professionnels de la santé tout au long de leur vie ?

Notre engagement, c'est vous.



RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE PROTECTION JURIDIQUE - EPARGNE RETRAITE PREVOYANCE - SANTE - LOCAL PROFESSIONNEL - HABITATION - AUTO - FINANCEMENT

3233* ou
macsf.fr

* Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

17_350 - ailleurs EXACTEMENT

Le Dossier Patient Informatisé (DPI)

Mythe devenu réalité.

Le dossier du patient : notre outil de travail au quotidien.

Il contient tant d'informations précieuses qui nous permettent de connaître la personne, le motif de son hospitalisation et ses antécédents. C'est aussi un support indispensable, interface entre tous les professionnels de santé, pour une prise en charge efficiente dans le temps. Mais il est également un outil pour la traçabilité de cette prise en charge qui nous renvoie à notre responsabilité professionnelle individuelle, quel que soit notre rôle auprès du patient.

Tout le monde connaît, ou a connu, le « dossier papier », celui que chacun cherche « au même moment » pour avoir des informations sur la même personne :

- *Le médecin en a besoin pour faire sa visite.*
- *Oui, mais c'est l'heure pour l'infirmière de distribuer les médicaments.*
- *L'aide-soignante aimerait aussi pouvoir noter ses transmissions car elle a peur d'oublier quelque chose.*
- *Ah la diététicienne a été appelée pour une consultation....*

Oui, mais voilà, le dossier patient est unique et en version papier il n'existe qu'un seul et unique exemplaire que tout le monde "s'arrache".

L'informatisation, tout en respectant ce dossier unique, permet simultanément la consultation et l'utilisation de ce dossier par tous les partenaires pluridisciplinaires.

Pourtant, quel changement dans notre quotidien, car aujourd'hui nous sommes de plus en plus « martelés » par le



principe de la traçabilité mais aussi, nous ne sommes pas tous forcément égaux et à l'aise face à un nouvel outil informatique.

Il faut faire preuve de patience, de ténacité, de tolérance et d'un beau travail d'équipe pour mener à bien un tel projet.

Le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard s'est lancé dans ce grand chantier en 2010 (mais bien avant pour les agents du service informatique et l'équipe dédiée à la mise en place de cet outil indispensable).

L'établissement a fait le choix de créer une équipe qui a travaillé à temps plein pour l'élaboration et la transposition du dossier papier au support informatique.

Cette équipe, composée d'un cadre supérieur de santé, de deux cadres de santé et d'une infirmière avait la lourde

tâche de former tout le personnel de l'établissement pour la mise en place de ce projet que l'on peut qualifier de « pharaonique », tant il est la pierre angulaire de notre activité.

J'appartiens à l'un des services de soins qui ont inauguré la mise en route du dossier patient informatisé, cela remonte au mois de juin 2010... deux ans déjà !

Le déploiement du DPI s'est effectué de façon progressive, service par service, après avoir formé tout le personnel.

Une formation a été mise en place pendant un mois environ, afin que médecins, internes, cadres, infirmières et aides-soignants apprennent à connaître le logiciel et s'initient avec des exercices pratiques. Les personnels de quatre services ont suivi cette formation. Le lundi, le déploiement a commencé de façon simultanée dans deux ser-

vices. Les référents de l'équipe DPI sont venus « rentrer » dans le logiciel toutes les données et informations des patients présents en se servant des dossiers papiers. Ensuite, un membre de l'équipe DPI, présent 24h/24 jusqu'au samedi matin, nous a encadré et aidé à utiliser le nouveau logiciel. Pour le week-end, l'équipe était présente de jour et joignable par téléphone la nuit en cas de grosse difficulté.

La semaine suivante, le DPI a démarré dans les deux autres services et l'équipe

Le DPI, une place pour chacun et chacun y trouve sa place.

de l'informatique restait disponible pour répondre à nos questions et éventuels problèmes.

Ensuite, nous avons mis en place un cahier de suivi entre l'équipe soignante et l'équipe DPI afin de continuer à transmettre nos difficultés et obtenir une réponse.

A ce jour, la majorité des services de soins sont équipés. Restent à équiper les services de réanimation et de néonatalogie, qui nécessitent des ajustements et des modules spécifiques.

Avec le recul de ces deux années, je pense que la formule de mise en place

retenue a permis aux équipes sur le terrain de profiter pleinement des compétences de cette équipe DPI. Le retour d'expérience des premiers services utilisateurs a également fait évoluer l'utilisation du logiciel.

Je pense que beaucoup de mes collègues, comme moi, ne reviendraient plus en arrière. La cartographie que le DPI permet d'avoir sur le patient est très complète et permet à chaque professionnel, avec leurs différences, de s'exprimer au regard de son activité.

Christine VILLEROT ■

IDE, CH de Belfort-Montbéliard

Billet d'humeur

Mi-juin, les campagnes électorales sont terminées, les promesses s'envolent, pour celles et ceux qui y croyaient encore. Mais, concernant le domaine de la santé qui fut le grand absent de cette période riche en discours et en tout genre, nous n'aurons aucune désillusion...

Certains présidentiables, ont bien accepté d'accorder quelques minutes à la CNI mais les collaborateurs qui nous ont reçus semblaient globalement assez ignorants aux problématiques soulevées. D'autres ont juste oublié de nous recevoir ou n'ont pas jugé utile de le faire.

Et pourtant, comme pour la justice, l'éducation ou la police, la santé est bien sinistrée !

Aujourd'hui, il serait plus que nécessaire de le reconnaître et de commencer à travailler, sans tarder, sur les pistes d'amélioration.

Avec la loi HPST, la représentativité des personnels est malmenée, nous avons le droit de donner notre avis, mais pas le pouvoir de le faire entendre la plupart du temps...

Les règles budgétaires sont modifiées tous les ans. Il faut produire plus, toujours avec le même budget. L'hôpital est-il une usine et les soignants sont-ils encore ces petites mains dociles toujours prêtes à se rendre disponibles ?

Nous sommes des fonctionnaires heureux, selon la rumeur, mais sure-

ment pas paresseux. Combien de repos supprimés et de congés déplacés pour assurer des soins de qualité 24h/24, malgré la fatigue et les effectifs « peaux de chagrin ». Combien d'hôpitaux sont-ils soumis à des plans de retour à l'équilibre (PRE) ? Ce qui se traduit par des postes gelés ou supprimés.

Sous prétexte de reconnaître notre niveau Licence, le précédent gouvernement a divisé la profession. Mais, est-il normal que certaines infirmières soient en catégorie A et d'autres en B ? Avec un même diplôme, les mêmes compétences et le même travail, comment accepter de tels écarts de salaires pour une même ancienneté ?

Nous pourrions continuer ainsi car cette liste n'est pas exhaustive. Tous les jours, de nouveaux textes viennent compliquer notre tâche.

Petit focus : 11 juillet, en France les températures estivales sont loin d'être celles rêvées.

Ici et là, quelques mouvements de mécontentements visibles sur les réseaux sociaux mais pas dans les médias nationaux.

Dans mon établissement, le mercure monte ! Il dépasse la côte d'alerte. Les futurs diplômés de juillet ne prendront pas leur fonction comme prévu ! Pourquoi ?

Les estimations budgétaires sont catastrophiques, on nous prévoit un déficit de deux millions d'euros d'ici décembre. Activité et coût de GHS en baisse. Le personnel en subit les conséquences.

Lui qui est déjà pressurisé depuis le précédent plan de retour à l'équilibre, le PRE comme ils disent, très à la mode dans les établissements hospitaliers ! Des mesures scandaleuses sont mises en place pour limiter la casse.

Peu de recrutement un pour deux ou pour quatre selon les pôles, non renouvellement des CDD, des CAE.

Diminution voir suppression des heures sup, économies est le seul mot d'ordre que nous entendons !

Autant d'emplois nécessaires au fonctionnement de l'hôpital et à la prise en charge des patients.

L'Hôpital n'existe-t-il pas prioritairement pour les patients. Service Public nous a-t-on dit maintes et maintes fois...

Encore des jours de repos et de congés supprimés, des infirmier(e)s qui se retrouvent sans poste... et des patients qui attendront les soins !

Le changement c'est pour quand ?

Quand vous lirez ces quelques lignes, l'été sera terminé. J'espère que chacun(e) d'entre vous aura pu apprécier quelques jours de repos ensoleillés, recharger ses batteries pour affronter, le retour au chevet du patient, les futures difficultés...

Mais, n'oublions pas que nous ne sommes pas seul(e)s dans la galère et qu'ensemble, nous pouvons toujours modifier le cours des événements...

Danièle HENGEN ■

CNI Martigues



On ne devient pas CN'iste par hasard

C'est l'expérience d'Isabelle, 42 ans et infirmière dans un CH, qui raconte dans cet entretien le chemin qu'elle a emprunté pour créer une section locale CNI.

Tout a commencé à l'époque sur la mise en place d'une réforme.

« Tout a commencé lors de la discussion du protocole local, dans le cadre de la négociation des 35h. Je travaillais à l'époque de nuit et il était question de donner 2h30 par dimanche et férié aux agents de jour mais rien pour les agents de nuit. Les équipes de nuit se sont donc mobilisées, ont pris contact avec les syndicats en place. Des réunions et des manifestations ont suivi... ».

A la recherche d'un syndicalisme à l'image de la profession

Cette première expérience se révèle malheureuse puisque le petit groupe de soignants très motivés ne se retrouve pas du tout dans les choix et comportements des centrales syndicales de l'établissement qui signent des accords avec la direction malgré l'opposition des soignants. Pour autant, le groupe « d'irréductibles gaulois » ne rend pourtant pas les armes et se constitue en collectif. Très vite il se heurte au manque de légitimité et à l'organisation traditionnelle de la représentation à l'hôpital. Le collectif réclame une audition auprès du maire mais elle leur est refusée car, le premier élu de la ville « ne reçoit que les syndicats ». L'adaptabilité devient indispensable, chacun d'eux comprend alors la nécessité et l'importance des syndicats, en terme de représentativité, et le groupe décide de créer leur propre section. Il entame des recherches sur plusieurs organisations syndicales, hésite puis choisit de contacter la Coordination Nationale Infirmière, un syndicat, corporatiste et plus sensible aux préoccupations des professionnels du soin.

Rencontre avec la CNI

Le président de la CNI, François Izard, prend aussitôt en compte leur demande et vient à leur rencontre pour leur parler des valeurs défendues par le syndicat, les objectifs pour l'ensemble de la filière et les résultats déjà obtenus. Le collectif de soignants adhère tout de suite au projet proposé. Sur le fond comme sur la forme, ce mode de syndicalisme strictement professionnel s'impose dans son centre hospitalier.

L'implantation de la section CNI ne se fait pas sans difficulté mais les élections professionnelles les couronnent de succès et leur permet d'obtenir leurs premiers mandats au niveau de leur établissement. Isabelle participe alors au CHSCT, au CTE et aux diverses réunions avec une légitimité enfin reconnue... Isabelle découvre alors le militantisme « sur le tas » car, en effet, aucun membre du groupe n'a d'expérience en la matière et ignore les rouages du syndicalisme. Des formations syndicales sont également organisées au niveau national pour préparer et « affronter » les premières instances représentatives, les premiers contacts avec la presse et à gérer la vie quotidienne de la Coordination locale.

Une création et un accompagnement réussi

« On a appris sur le tas... Quand on a créé la section, on était tous assez novices en la matière donc ça a été une plongée dans un monde nouveau, compliqué aussi parce qu'il a fallu tout apprendre ! Par contre, nous avons bénéficié d'un accompagnement du bureau national par téléphone, par mail... Ce compagnonnage dans la durée, et réalisé par des professionnels de la filière, nous a mis en confiance et aidé à démarrer dans le syndicalisme. C'est un peu notre slogan, qui peut accompagner une infirmière mieux qu'une infirmière ? ».

Avec la logistique et l'aide du bureau national de la CNI, la nouvelle section locale découvre et apprend le travail syndical, sur le terrain auprès des professionnels et dans les diverses réunions

avec les élus des autres organisations et les membres de l'administration. Petit à petit Isabelle prend ses marques. Elle parvient également à vaincre sa timidité, à prendre la parole, à imposer ses arguments dans les différentes instances. Isabelle maîtrise ainsi, chaque jour un peu plus, les divers dossiers en lien avec la profession.

Qui peut accompagner une infirmière mieux qu'une infirmière ?

Dix ans après la création de la section CNI dans son établissement, Isabelle ne regrette rien, est fière de son parcours et reste très impliquée dans l'action CNI. Pour elle et toutes celles et ceux qui l'accompagnent, une chose est sûre... on ne devient pas CNiste par hasard.

Louise LACOMBE ■

Étudiante en Sciences Politiques

Stéphane DÉRÈS ■

CNI Poitiers



En 2009, **Louise Lacombe** a obtenu un master de science politique "Savoirs et pratiques du politique". La CNI a fait ainsi sa connaissance alors qu'elle termine son parcours universitaire pour décrocher un doctorat de science politique. Louise Lacombe fait une thèse intitulée "Déficit de reconnaissance et conditions de mobilisation des groupes professionnels féminisés dans le secteur de la santé : le cas des infirmières" à l'Université de Picardie Jules Verne à Amiens. Dans ce cadre, elle a effectué des stages pour observer le travail dans les services de soins (psychiatrie, gériatrie, unité mobile de soins palliatifs, chirurgie et réanimation). Elle a aussi appréhendé l'investissement syndical au sein d'une organisation et a réalisé de nombreux entretiens avec des membres de la CNI pour étayer son travail et développer son analyse. Toute l'équipe de la CNI la remercie pour son professionnalisme et lui souhaite toute la réussite qu'elle est en droit d'attendre.

Jour de carence : coupable d'être malade ?

C'est la loi de finances pour 2012 du 28 décembre 2011 n°2011-1977 dans son article 105 qui instaure le jour de carence dans la fonction publique.

Dispositions générales

Cet article prévoit le non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé maladie.

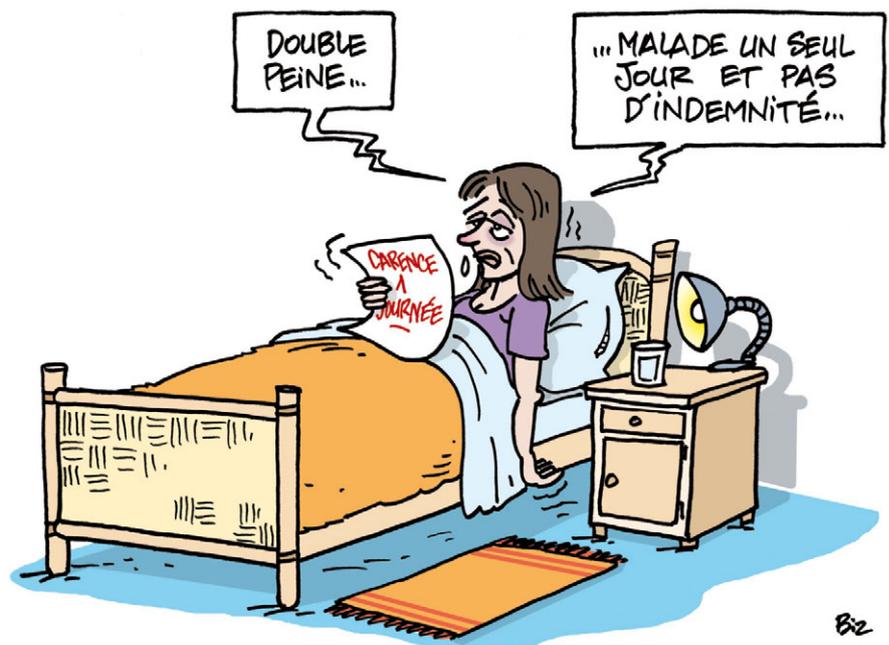
Il est ainsi rédigé « hormis les cas de congé de longue maladie, de congé de longue durée ou si la maladie provient de l'une des causes exceptionnelles prévues à l'article L. 27 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, les agents publics civils et militaires en congé de maladie, ainsi que les salariés dont l'indemnisation du congé de maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de sécurité sociale, ne perçoivent pas leur rémunération au titre du premier jour de ce congé ».

La mesure touche les « agents publics civils et militaires » : les fonctionnaires stagiaires et titulaires hospitaliers ainsi que les agents contractuels hospitaliers de droit public et les personnels médicaux.

Les agents contractuels hospitaliers de droit public n'ayant pas quatre mois d'ancienneté restent soumis au régime général avec trois jours de carence.

Cette disposition législative est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. Le premier jour d'un congé maladie constitue donc le délai de carence.

« La carence » ne s'applique, ni dans le cas d'un congé pour accident du travail ou maladie professionnelle, ni



dans le cas d'un congé de longue durée, d'un congé de grave maladie, d'un congé longue durée pour maladie, d'un congé de maternité ou de paternité et d'un congé pour adoption.

Le délai de carence ne s'applique pas à la prolongation d'un arrêt de travail. Seul, le premier jour de l'arrêt initial n'est pas rémunéré.

Si l'arrêt de travail est établi le même jour où l'agent a commencé sa journée de travail puis s'est rendu chez le médecin, le jour de carence sera reporté au lendemain.

Dès lors que l'arrêt de travail a été transmis au service gestionnaire, le premier jour de maladie ne peut en aucun cas être remplacé par un jour de congé ou un RTT.

Salaire

La retenue sur salaire concerne :

- le traitement de base ;
- les primes et indemnités (indemnités de résidence compris) ;
- les NBI ;
- les majorations et indexation outre-mer.

En revanche, le supplément familial est conservé.

La règle du 1/30^{ième} est appliquée. Si un agent perçoit un salaire brut de 2000 €, s'il ne touche pas de supplément familial, la retenue s'opère sur l'ensemble de sa rémunération, soit 1/30^{ième} de 2000 € soit environ 66 €.

Les sommes correspondant à la retenue s'appliquent strictement au jour non-travaillé et privent l'agent des primes qui peuvent s'y rapporter (dimanche, férié, nuit...). Lorsque l'agent bénéficie d'un congé de longue maladie et se trouve placé rétroactivement en congé de longue maladie, celui-ci a droit au remboursement du trentième retenu pour le jour de carence.

Le bulletin de salaire portera mention du montant et de la date qui se rattachent au jour retenu.

Cotisations sociales et retraite

Le jour de carence lié à la situation de congé maladie est compté comme du

temps de service effectif. Le jour de carence est donc pris en compte dans le calcul de la retraite. Toutefois, les cotisations « retraite », qu'il s'agisse de la part imputable au salarié ou à l'employeur, ne sont pas prélevées.

Mesure injuste et contre-productive

Alors que les différents rapports* démontrent que les arrêts de courte durée ne représentent qu'une infime partie du budget de la sécurité sociale, le gouvernement précédent s'est entêté à faire la démonstration que les « nantis » de la fonction publique doivent participer plus grandement à l'effort financier. Cette situation peut ainsi créer des animosités entre secteurs d'activité (public /privé). Il est à noter que certaines conventions collectives, dans le privé et en fonction des accords, prennent en charge les jours de carence.

Manque de moyen et d'effectif, heures supplémentaires et RTT non récupérées, charge de travail élevée... nos professions sont particulièrement exposées. Tous ces facteurs ne sont-ils pas

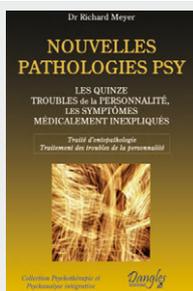
générateurs d'arrêts de travail ? Instaurer un jour de carence ressemble bien à une double peine pour l'ensemble des salariés. Comment les agents pourraient-ils accepter cette non-reconnaissance alors que les conditions d'exercice n'ont jamais été aussi difficiles.

Ne s'expose-t-on pas, dans ce contexte, à voir certains agents, de crainte d'être amputés sur leurs salaires, venir travailler en étant malades au risque de contaminer leurs collègues et certains patients (personnes âgées, enfants, immunodéprimés...).

Enfin, la CNI rappelle que le pouvoir d'achat des fonctionnaires n'a cessé de diminuer ces dernières années (gel du point d'indice et donc du salaire, augmentation des cotisations retraites). Le nouveau gouvernement reviendra-t-il sur cette mesure particulièrement injuste, voir contreproductive ou serons-nous définitivement « déclarés coupable » d'être simplement malades ?

Régine WAGNER ■
CNI, Aix Montperrin

* Rapport des comptes de la sécurité sociale septembre 2011.



Les troubles de la personnalité constituent les plus remarquables des pathologies nouvelles. Quinze pour cent de la population en souffriraient.

Ce livre présente les quinze troubles de la personnalité en une systématisation nouvelle qui les différencie et les relie. Un questionnaire de personnalité permet de faire un diagnostic détaillé. Cette étude s'élargit aux syndromes graves (psychoses et autisme) ainsi qu'aux symptômes plus courants : attaque de panique, stress aigu, trouble de l'adaptation, symptômes médicalement inexpliqués, somatoforme, de conversion.

Le dr. Richard MEYER, est psychiatre et psychanalyste, docteur en sociologie, académicien. Il a intégré les techniques psycho-corporelles en « somatothérapie » et en « somatanalyse », validant cette création dans une dizaine de livres précédents. Il a fondé l'Ecole Européenne de Psychothérapie Socio- et Somato- Analytique (EEPSSA) qui a formé plus de mille médecins, psychologues, psychanalystes, et psycho-somatothérapeutes.

Vente sur Internet : www.piktos.fr
Diffusion en librairie : DG Diffusion - Tél. 05 61 000 999

Artthérapeute Psycho- Somatothérapeute pratiquant la psychothérapie Paris, Lyon, Strasbourg, Toulouse Aix en P. 350 thérapeutes en France

Ecole Européenne de Psychothérapie Socio et Somato Analytique
Dr. R. Meyer www.eepssa.org Tél. 03 88 68 56 54

La recherche en soins infirmiers

Atout pour une évolution professionnelle

Déjà en leur temps, des femmes “penseuses” de notre profession telles que Florence Nightingale au 19^{ème} siècle et Virginia Henderson au 20^{ème} siècle, ont été des pionnières de la recherche.

■ **Serons-nous étonnés de constater où nous en sommes arrivés aujourd'hui ?**

Dans toutes les disciplines, le développement des connaissances est tributaire de la façon d'aborder la science (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010). La liaison entre la recherche scientifique et la discipline infirmière est devenue une obligation pour nous faire accéder à de nouvelles compréhensions de notre monde professionnel, en le regardant d'un autre œil, celui de la science.

La recherche scientifique sera donc l'outil pour affiner les connaissances existantes, mais aussi en générer de nouvelles. Tout comme la discipline infirmière est une discipline professionnelle, les connaissances raffinées ou générées grâce au processus de la recherche seront, sans doute, utiles à la pratique infirmière. Par conséquent, elles participeront largement à l'amélioration de la qualité des soins, objectif permanent, centre d'intérêt de la population et raison d'être de l'ensemble profession infirmière.

Les recherches infirmières doivent être conduites à partir de questions qui relèvent de la discipline (Meleis,

2007). La discipline infirmière est ainsi régit par trois champs d'exercice principaux : **la pratique, la gestion et la formation.**

La recherche en science infirmière doit être donc menée sur ces trois dimensions afin de développer de nouvelles connaissances qui viendront ensuite enrichir la discipline infirmière.

■ **Quel est donc l'état actuel de la recherche en soins infirmier ?**

De nos jours, la recherche en soins infirmiers est méconnue au regard de la recherche médicale (Atebe ; 2010 dans la catégorie Santé) pour deux raisons principales :

- la diffusion des recherches infirmières est tout d'abord limitée. Les infirmières écrivent très peu et ne font pas la démarche pour « s'approprier » les rapports scientifiques. Par conséquent, les sciences infirmières sont peu reconnues dans le monde scientifique aussi bien que par les décideurs influents.
- le financement des projets de recherche en soins infirmiers est très insuffisant. Ce facteur limitant influe évidemment sur la qualité et la quantité des recherches infirmières et des publications qui s'y rapportent. Christophe Debout, enseignant chercheur (EHESP) le confirme : « .../... faire de la recherche sans financement est impossible .../... si on

veut avoir une méthodologie qui soit solide, celle-ci a un coût. »*

■ **Quelles sont donc nos obligations envers la recherche en soins infirmiers ?**

La rareté des subventions et l'insuffisance du financement réservée pour les projets de recherche en soins infirmiers n'excusent pas la passivité de notre profession vis-à-vis de la recherche infirmière. L'ensemble de la filière a connu une évolution dans le temps et nous en sommes partie prenante.

L'infirmière n'est pas seulement une simple exécutante, elle est avant tout une professionnelle responsable de son propre rôle et de sa fonction. Elle détient également la responsabilité du développement de la profession et par conséquent de la recherche comme un potentiel qui permettra, à terme, une véritable existence ou reconnaissance sur le plan scientifique. La différence se retrouve également en termes d'engagement, certains sont ou seront des chercheurs et des producteurs de savoir, d'autres (pour la plupart) restent ou resteront des utilisateurs de savoir dans leur pratique sans conscience de la dimension scientifique de la discipline et de l'impact des résultats de la recherche. Mais, ces deux « fonctionnements » sont intimement liés. Si cette dissociation perdure, la profession infirmière n'aura pas su préserver toutes ses chances de développer la recherche en soins infirmiers.

Mourad CHIKKAOUI ■

Étudiant marocain en 2^{ème} cycle spécialité (enseignement paramédical)

* Interview réalisé lors de la journée nationale de l'ARSI le 27 janvier 2011.

Brava®

“Je m’étais
habitué aux fuites
occasionnelles -
Pour moi, c’était
normal”

Nicolas, stomisé depuis 2010

Pensez différemment. Pensez Brava®

Maintenant, il existe une nouvelle gamme
d’accessoires Brava® pour les personnes stomisées

La nouvelle gamme d’accessoires Brava® propose des produits
conçus pour la prévention des fuites et le soin de la peau
péristomiale.

Utilisez notre nouveau guide d’accessoires en ligne, il vous aidera
à choisir la solution la plus adaptée pour vos patients.

Découvrez la nouvelle gamme d’accessoires Brava®
sur www.coloplast.fr



Vous pouvez demander des échantillons gratuits sur www.coloplast.fr
ou contacter notre service client au 01 56 63 18 00.

Dispositifs médicaux de classe I. Fabricant : Coloplast A/S.
Lire attentivement la notice d’instruction avant utilisation

Remboursement intégral pour les patients au régime général bénéficiant d’une couverture complémentaire (Séc. Soc. 60% + complémentaire 40%) et les patients
en Affection de Longue Durée (100%), sur la base du prix public maximum conseillé : Anneaux modelables Brava (boîte de 20) : remb. Séc.Soc. 60,40 €, prix public
maximum conseillé 60,40 € TTC, Pâte Brava (boîte de 10 barrettes de 6 g) : remb. Séc. Soc. 11,74 €, prix public maximum conseillé 11,74 € TTC.

www.coloplast.fr

Coloplast est une marque enregistrée par Coloplast A/S, DK - 3050 Humlebaek. © Tous droits réservés aux Laboratoires Coloplast 312 328 362 RCS Bobigny

 **Coloplast**

A retourner à l’adresse suivante :

Laboratoires Coloplast - Service marketing - 6, rue de Rome - 93561 Rosny-sous-Bois cedex

Je souhaite recevoir des échantillons gratuits Brava®.

Dans la limite des stocks disponibles. Deux accessoires maximum par demande.
Une offre par établissement.

Accessoires souhaités

- Anneau modelable Brava® Lingette de protection cutanée Brava®
 Renfort adhésif Brava® Lingette de retrait d’adhésif Brava®
 Pâte en barrette Brava®

Nom _____

Prénom _____

Établissement _____

Adresse _____

CP |_____| Ville _____

Tél. |__| |__| |__| |__| |__| |__|

E-mail _____@_____

Le traitement des plaies à domicile

Nouveautés et perspectives

Amandine GRAPPIN ■

Le traitement des plaies au domicile par les infirmiers libéraux s'est modifié depuis plusieurs années. En effet, les connaissances dans la discipline des plaies et cicatrisation ont évolué, les pansements se sont diversifiés, de telle façon que les soins d'aujourd'hui sont différents de ceux d'hier. La technique est plus pointue, plus exigeante, et de même qu'elle nécessite de la part des professionnels une meilleure formation, elle nécessitait aussi de la part des autorités de santé une reconnaissance de ces nouvelles spécificités.

Ainsi, la prescription infirmière a été créée grâce à l'arrêté du 13 avril 2007¹. Il a contraint les infirmiers à réfléchir sur leur responsabilité professionnelle et sur leur formation. Nécessitant quelques clarifications, il vient d'être abrogé et remplacé par l'arrêté du 20 mars 2012².

Dans la foulée, l'avenant n°3 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux a été créé par arrêté du 25 novembre 2011³. Une nouvelle tarification est mise en place, appelée majoration de coordination infirmière (MCI) d'une valeur de 5 €, permettant de répondre à la spécificité de certaines prises en charges lourdes et complexes (soins palliatifs et pansements complexes notamment).

Reste donc cette question de l'exigence de la profession, en terme de formation, de technicité et d'équipement : probablement doit-elle faire preuve de sa capacité à évoluer si elle veut continuer à compter dans le paysage de la santé publique.

De la pratique clinique à la législation

L'article 5 bis

Depuis dix ans bientôt, l'article 5 bis a été créé, par arrêté du 18 février 2003 modifiant la nomenclature des actes professionnels (NGAP)⁴. Il stipule qu'un « pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse et de détersion avec défibrination » se cumule à taux

plein avec les autres soins concernant le patient, comme la surveillance des glycémies capillaires, l'adaptation des doses d'insuline ou encore la séance de surveillance clinique hebdomadaire.

Deux notions sont importantes dans cet arrêté : tout d'abord bien sûr la reconnaissance de la nécessité de soins particuliers pour les patients diabétiques porteurs de plaies, et donc une première reconnaissance de la discipline des plaies et cicatrisation. Pour ces patients, l'infirmier peut désormais facturer le 2^e acte à 100% de sa valeur, alors que pour tout autre patient celui-ci ne compte que pour 50% de sa valeur.

Ensuite, les termes de détersion et défibrination sont introduits dans la nomenclature, associés directement à la notion de pansement lourd 

¹ Arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JO du 14 avril 2007 page 6861, texte n° 126.

² Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire, JO n°0077 du 30 mars 2012 page 5768, texte n°34.

³ Arrêté du 25 novembre 2011 portant approbation de l'avenant n° 3 à la convention nationale des infirmières et des infirmiers libéraux, JO n°0274 du 26 novembre 2011 page 19997, texte 24.

⁴ Arrêté du 18 février 2003 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JO du 27 février 2003 page 3491, texte n°21.

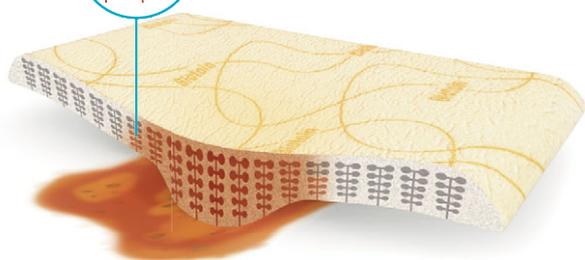
Il est possible d'avoir une gamme de pansements complète

Biatain®

Une absorption supérieure pour une cicatrisation accélérée



Structure matricielle unique en 3D



- Absorption et gestion optimales des exsudats ^{1,2,3}
- Conformabilité au lit de la plaie
- Création d'un milieu humide favorable à la cicatrisation ^{4,5}

La prise en charge de la plaie simplifiée



Pour la plupart des plaies

Biatain® Silicone*



Pour les zones plus mobiles

Biatain® Silicone Lite*



En cas d'adhésivité renforcée

Biatain® Adhésif*

Existe aussi en Non-adhésif

Retrouvez toute la gamme Biatain® sur www.coloplast.fr

*Intégralement remboursés LPPR pour les patients au régime général qui bénéficient d'une couverture complémentaire (Séc Soc 60% + complémentaire 40%) et pour les patients en ALD (Séc Soc 100%) pour les plaies aiguës, sans distinction de phase, et les plaies chroniques en phase de bourgeonnement en traitement séquentiel.

7,5 cm x 7,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 13,81 eur., prix limite de vente public 13,81 eur. TTC,
10 cm x 10 cm (bte de 16) : tarif LPPR 42.30 eur., prix limite de vente au public 42.30 eur. TTC,
12,5 cm x 12,5 cm (bte de 16) : tarif LPPR 65.33 eur., prix limite de vente au public 65.33 eur. TTC,
17,5 cm x 17,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 78.08 eur., prix limite de vente au public 78.08 eur. TTC,
18 cm x 28 cm (bte de 10) : tarif LPPR 119.22 eur., prix limite de vente au public 119.22 eur. TTC,
10 cm x 20 cm (bte de 16) : tarif LPPR 83.43 eur., prix limite de vente au public 83.43 eur. TTC,
21,5 cm x 21,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 119.22 eur., prix limite de vente au public 119.22 eur. TTC.

1. Andersen et al. Ostomy wound management 2002 ; (48)8 : 34-41 2. Nielsen et al. In vitro test of three foam dressings with silicone adhesive: fluid handling capacity with and without compression. Poster, EWMA 2011 3. Test réalisé par un laboratoire indépendant conformément à la norme EN 13726-1, rapport SMTL n°11/3585/1 4. Falanga. classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. Wound Repair and Regeneration 2000 ; 8(5) : 347-52 5. Romanelli et al. exudates management made easy. Wounds international 2010 ; 1(2)

Soins des stomies
Urologie & Continence
Soins des plaies

 **Coloplast**

Coloplast développe des produits et des services pour faciliter la vie des personnes affectées par des troubles très personnels et intimes. En travaillant de près avec les soignants qui utilisent nos produits, nous développons des solutions adaptées à leurs besoins spécifiques. C'est ce que nous appelons les "Soins médicaux intimes". Notre activité comprend les soins des stomies, l'urologie et les soins des troubles de la continence et les soins des plaies et de la peau. Nous sommes présents dans le monde entier et employons 7000 collaborateurs.

Le logo Coloplast est une marque enregistrée par Coloplast A/S © Février 2012
Tous droits réservés aux Laboratoires Coloplast

Laboratoires Coloplast
6 Rue de Rome - Les Jardins du Golf
93561 Rosny Sous bois Cedex
Standard : 01 56 63 17 00
Service clients : 01 56 63 18 00
Fax : 01 56 63 17 73

www.coloplast.fr

et complexe. La reconnaissance de la nécessité d'une technicité nouvelle chez l'infirmier libéral est donc actée, et témoigne aussi de l'évolution des connaissances dans la discipline des plaies et cicatrisation.

Là où il y a quelques décennies il ne lui était demandé que d'appliquer un pansement sur une plaie, l'infirmier doit désormais effectuer en ville des gestes particuliers nécessitant une pratique et une formation rigoureuse. Désormais, le professionnel peut s'appuyer sur l'arrêté 5 bis de la nomenclature lorsque la question se pose d'effectuer ou non des gestes de déter-sion au domicile.

Le droit de prescrire

Réclamé depuis longtemps et mis en place par arrêté du 13 avril 2007, l'autorisation de prescription pour les infirmiers a suscité beaucoup d'interrogations et de réactions, notamment par rapport à la formation, la notion de responsabilité et la non rémunération de cette nouvelle tâche.

Cet arrêté a été accueilli comme une reconnaissance et un moyen d'améliorer la pratique professionnelle au quotidien en permettant à l'infirmière de renouveler le matériel dont elle avait besoin pour ses soins (ex : compresses, pansements) sans que le patient soit obligé de se déplacer chez le médecin. Dans ce contexte, on comprend bien que les infirmières auraient souhaité que cet acte soit valorisé, surtout quand les prescriptions ne sont pas l'objet d'un simple renouvellement, mais aussi d'une modification du protocole de soin, ce qui sous-entend une évaluation et démarche de soins préalable.

Quoiqu'il en soit, la prescription infirmière semble à présent intégrée et utilisée de façon variable d'un professionnel à l'autre, selon ses besoins, ses connaissances et les patients dont il a la charge.

Certaines insuffisances ou imprécisions du texte continuaient cependant à en limiter l'intérêt, notamment par rapport aux sets de soins, aux supports de prévention d'escarre et au renouvellement des contentions. De plus, la liste des pansements prescriptibles se devait d'être réactualisée pour être en cohérence avec la nomenclature d'août 2010⁵ relative aux conditions de prise en charge des dispositifs médicaux.

Le nouvel arrêté du 20 mars 2012 est de ce fait venu abroger et remplacer l'arrêté du 13 avril 2007.

Il est clairement établi dans ce nouveau texte que l'infirmier est en droit de prescrire des sets de soins, ce qui est très positif dans le cadre de l'exercice libéral où il est parfois difficile de respecter des règles d'asepsie pour-tant nécessaires, dans des conditions d'organisation de soins parfois difficiles (ex : insalubrité du domicile). Par contre, il est dommage que ces sets de soins aient été restreints aux plaies post-opératoires.

En effet, après consultations d'experts, l'HAS avait demandé que les compositions des sets de soins pour plaies aiguës et chroniques soient modifiées afin de les rendre plus fonctionnels et mettre un frein au gaspillage inhérent aux pansements qui étaient disponibles dans ces sets et peu ou pas utilisés. Suite à cela, de nouveaux sets de soins post opératoires (par pack de cinq, renouvelable trois fois maximum) ont rapidement été fabriqués, mais les sets pour plaies chroniques ont disparu des officines. Visiblement, les négociations entre les fabricants et l'Etat n'ont pas permis de statuer sur un tarif de remboursement assez élevé pour que les industriels puissent concevoir des sets selon les nouvelles normes de l'HAS. Ce sont les infirmières, et surtout les patients qui s'en retrouvent pénalisés, et particulièrement lorsqu'ils sont porteurs de plaies nécessitant des déter-sions mécaniques répétées.

La liste des pansements prescriptibles à été remise à jour avec des nouvelles appellations (ex : fibres de CMC à la place d'hydrofibre - Aquacel®) et l'ajout des films de polyuréthane (ex : Tegaderm®, Opsite®) appelés aussi « film semi-perméables ». Ceci était d'autant plus important qu'il n'est théoriquement plus accepté d'associer deux pansements dits « modernes » (ex : alginate, hydrogel, hydrocellulaire, hydrocolloïde, fibres de CMC, pansement vaseliné) sur une même plaie, excepté les films de polyuréthane et les pansements au charbon (lorsque la plaie est malodorante).

Par contre, il a été expressément énoncé que les pansements imprégnés d'argent ne pouvaient plus être prescrits par les infirmiers. Cette disposition semble être liée à un souci de cohérence par rapport aux antiseptiques. En effet, il n'était pas très logique que l'infirmier puisse prescrire de l'argent, mais pas les autres types d'antimicrobiens. Par ailleurs, une plaie désinfectée ou traitée par un pansement à l'argent est une plaie à risque infectieux, inflammatoire ou infectée. Et dans ce cadre, il est estimé que la prescription doit être médicale afin que le médecin évalue le risque et anticipe, si besoin était, d'éventuelles complications (ex : infection avérée, altération).

On sait qu'une plaie se chronicise du fait de la présence d'un ou plusieurs facteurs de retard de cicatrisation, tel que l'insuffisance veineuse, qui conditionne les capacités de cicatrisation des ulcères veineux. L'arrêté du 13 avril 2007 permettait à l'infirmier de renouveler à l'identique (c'est à dire, de même classe) les bas de compression prescrit par un médecin. Or, les mi-bas et les bandes sont souvent plus adaptés et portés.

Le champ de prescription infirmière a donc été étendu au mi-bas, ce qui semble d'autant plus important que l'ulcère veineux est la plaie qui a la prévalence la plus élevée en ville (26%

⁵ Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à la modification de la procédure d'inscription et des conditions de prise en charge des articles pour pansements inscrits à la section 1, chapitre 3, titre 1er, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale, JO n° 0181 du 7 août 2010 page 14591, texte n° 15.

sur l'ensemble des plaies vues par les infirmiers libéraux)⁶. Il est par contre dommage que l'aide à l'enfilage de ces contentions ou la pose de bandes ne fasse toujours pas l'objet d'une cotation dans la nomenclature des actes infirmiers, tant pour prévenir l'apparition des ulcères que pour en permettre l'évolution rapide vers la cicatrisation.

En ce qui concerne les escarres, c'est bien sûr l'hyperpression sur un ou plusieurs points d'appui qui est le facteur principal d'apparition de la plaie ou de son aggravation, d'où la nécessité de mise en place précoce de supports (coussins, matelas) de prévention pour réduire tant que possible les pressions sur les zones abimées ou fragilisées. Là encore, l'ancien texte offrait un choix de matériaux réduit au regard de ce qui semble actuellement le plus utilisé et efficace au domicile, à savoir : les mousses à mémoire de forme (ou visco élastique), conformément à la Conférence de Consensus sur les escarres de novembre 2001⁷. Ces mousses permettent de répartir les pressions sur une plus grande surface, et donc, d'en diminuer l'intensité sur la zone d'appui, généralement plus saillante (ex : sacrum, talon).

L'infirmier à domicile est le professionnel qui est le plus à même de prescrire des supports adaptés, en tenant compte du malade (taille, habitudes de vie), de son habitat (lit, fauteuil) et de ses risques. Le nouveau texte offre donc la possibilité d'optimiser la prévention et le traitement de l'escarre.

La Majoration de Coordination Infirmière (MCI)

Les textes évoluent donc, lentement, mais avec un souci de cohérence vis-à-vis des soins apportés aux patients à domicile.

Depuis longtemps l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance

Maladie) souhaitait réglementer l'installation des infirmiers libéraux afin de répartir l'offre de soins de façon plus équitable à travers le territoire. C'est chose faite avec l'avenant n°3 conclu le 28 septembre 2011 avec l'ensemble des syndicats représentatifs des infirmiers libéraux. Ceux qui souhaitent s'installer sont désormais incités par des aides financières à s'installer en zone sous dotée, et ne peuvent s'installer en zone sur dotée que pour venir remplacer le départ d'un autre professionnel.

En contrepartie, l'avenant prévoit des mesures concernant la « valorisation des compétences infirmières au regard des nouveaux enjeux de santé publique en favorisant notamment les programmes d'accompagnement des patients, les actions de prévention, ainsi que le développement de nouveaux modes de prise en charge des patients. » La problématique des plaies complexes au domicile y est abordée puisque l'arrêté stipule qu'un des objectifs de l'avenant est d' « améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies lourdes nécessitant notamment des soins palliatifs, des pansements complexes, le suivi ou la réalisation de chimiothérapie à domicile », etc..

Par ailleurs, il prévoit aussi la « valorisation » de la profession infirmière, notamment au travers de l'évolution des modes de rémunération des infirmières et en tenant compte de l'évolution des pratiques et des techniques utilisées. Il est donc créé une majoration appelée Majoration de Coordination Infirmière (MCI) d'une valeur de 5 € par passage « pour la prise en charge des patients en soins palliatifs et des patients nécessitant des pansements complexes pour les soins les plus lourds, notamment les escarres et les plaies chroniques. »

L'arrêté prend donc acte de la problématique des plaies chroniques au domicile, ce qui permet de poursui-

vre la mise à jour des textes régissant la profession d'infirmier libéral, puisque la nomenclature et la tarification n'étaient plus vraiment en adéquation avec la réalité de la prise en charge. Rappelons que le tarif d'un pansement lourd et complexe au domicile était alors de 12,60 €, tarif dans lequel il fallait inclure l'analyse de la plaie et l'évaluation des facteurs de risque, la transmission aux médecins (ville-hôpital) et à la famille, l'éventuelle prescription de dispositifs médicaux, et enfin bien sûr le soin en lui-même comprenant éventuellement des gestes techniques comme l'ablation de nécrose, de fibrine ou d'hyperkératose, ou encore comme la pose de bandes multicouche ou à allongement court. Cette majoration de 5 € est en effet la bienvenue pour motiver le soignant qui souhaite continuer à organiser la coordination avec les différents acteurs de soin qui gravitent autour du patient, continuer à s'équiper et poursuivre sa formation dans la domaine des plaies et cicatrisation.

Innovations et limitations à domicile

En effet, les pansements sont des produits qui évoluent chaque année, dans le but d'offrir toujours plus de confort aux patients et tenter d'accélérer la fermeture des plaies, mais cela nécessite une mise à jour régulière du soignant.

La plupart d'entre eux entrent dans les gammes de produits remboursés tels que les nouveaux hyper absorbants (ex : Dry Max®, Wlivasorb®) qui ressemblent d'avantage à des « pansements américains », mais sont considérés comme des hydrocellulaires. Ils permettent une absorption des exsudats bien plus importante (composition similaire aux couches pour bébé). Ils ne peuvent théoriquement pas, pour être remboursés, être associés à un pansement primaire (autre pansement, en contact direct avec la plaie). ●●●

⁶ Meaume S, Kerihuel JC, Fromantin I, Teot L. Workload and prevalence of open wounds in the community: french Vulnus initiative. *J Wound Care*. 2012. Feb; 21(2): 62-73

⁷ Conférence de consensus. Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, Jeudi 15 et vendredi 16 novembre 2001, www.has-sante.fr

D'autres produits ont été légèrement modifiés, comme ceux de la gamme Urgo, qui ont non seulement changé de nom (ex : Cellostart® est devenu Urgostart®, Cellosorb® est devenu Urgoabsorb®), mais aussi légèrement modifié dans leur composition puisque les compresses qui étaient intégrées dans les anciens Urgotul® Duo ou Trio sont maintenant des fines mousses hydrocellulaires (Urgotul lite et Urgotul lite border).

D'autres dispositifs peuvent être considérés, même s'ils sont simples, comme de véritables innovations tels que les adhésifs siliconés (Micropore® siliconé, Mepitac®) qui peuvent être posés sur des peaux très fragilisées et sont repositionnables. Par contre, ces produits ne sont que partiellement (3M) ou non remboursés (Mölnlycke).

C'est sans doute dans l'antisepsie et le nettoyage des plaies que sont apparues les notions les plus troublantes et notamment celle du biofilm. Le biofilm est une organisation bactérienne différente de la colonisation qui était jusqu'alors évoquée et justifiait que les plaies chroniques soient lavées presque exclusivement à l'eau ou au sérum physiologique en absence de signes infectieux. Le biofilm semble permettre aux germes de se fixer sur une plaie, se développer sous un enduit protecteur (le slime) qui est susceptible de se rompre et provoquer des infections récurrentes, ou tout simplement retarder la cicatrisation. Ce biofilm n'est pas visible, sauf s'il est très mature. Il doit être suspecté en cas de retard inexplicable de cicatrisation et peut être prévenu et/ou traité par l'application de solutions ou gels (Protonsan®, Octenidine®) associés à une déterision. Là encore, ces nouveaux produits sont peu/pas remboursés mais semblent très efficaces. Ils nécessitent néanmoins une adaptation de la tarification puisqu'une fois appliquées, ces solutions de nettoyage doivent rester en place dix minutes sur une compresse imbibée avant de pouvoir poursuivre la réfection du pansement. La prescription du médecin doit donc être clairement établie afin que

le temps passé puisse être tarifé en conséquence.

Mais dans le traitement des plaies, c'est le TPN (Traitement par Pression Négatif) qui semble avoir le plus évolué cette dernière année avec les nouveaux appareils des marques Hartmann et Mölnlycke, et une nouveauté dans la gamme KCI, le Vac® Ultra, qui permet de réaliser des instillations sans interruption de la thérapie. Ces traitements ne sont applicables que dans le cadre de l'hospitalisation (conventionnelle ou à domicile - HAD). Il est regrettable que les infirmiers libéraux ne puissent avoir accès à ce type de thérapie : le coût pour la collectivité d'une prise en charge par un soignant libéral est bien moindre que par une hospitalisation à domicile, et ce sont aussi de nombreux patients qui ne peuvent pas bénéficier de soins performants. Les raisons de sécurité, surveillance et formation sont difficilement compréhensibles : puisque l'on accorde aux infirmiers libéraux le crédit de la sécurité pour les patients perfusés, en fin de vie ou sous alimentation parentérale, en quoi n'est-il pas possible de le leur accorder pour les TPN ?

En attendant, un nouveau pansement à pression négative, le PICO®, est disponible. Il s'agit d'un hydrocellulaire relié à un petit moteur, sans réservoir, l'absorption des exsudats étant assurée par le pansement. Cela sous-entend qu'en cas d'interruption de la thérapie, la plaie reste donc couverte par un pansement qui contrôle l'humidité et tend à favoriser la cicatrisation. Ce dispositif peut donc être utilisé à domicile, par l'infirmier, sans rupture de sa prise en charge habituelle.

Les indications du pansement PICO® sont sensiblement différentes de celles des autres TPN puisqu'il est utilisé sur des plaies peu profondes, peu à moyennement exsudatives et est contre indiqué si la plaie est infectée ou en cas d'exposition osseuse. Mais son non remboursement en ville en limite pour l'instant l'utilisation.

Ces innovations sont bien sûr très positives pour les malades, mais il est

parfois bien difficile à domicile de se tenir informé et/ou de se former, conjointement à une activité professionnelle déjà dense. Plusieurs laboratoires ont mis en place du e-learning, applications iPhone ou numéros d'appel d'aide à la prescription, par le biais d'une infirmière conseil. Ces initiatives sont bonnes, mais sans doute aurait-il été appréciable qu'elles soient accompagnées d'informations et de formations plus impartiales (hors laboratoire), d'un enseignement de la discipline Plaies et Cicatrisation dès l'IFSI.

Conclusion

Nomenclature, tarification, les pouvoirs publics semblent avoir pris le pas de faire évoluer le cadre législatif des infirmiers libéraux afin de rattraper le retard dans le domaine des plaies et cicatrisations. Le soignant peut donc désormais travailler à améliorer la qualité des soins dans ce domaine en se sachant suivi et en étant motivé par un but commun. Les nouvelles techniques et les nouvelles connaissances continuent à faire évoluer les soins, et il faut donc poursuivre sa formation continuellement pour être à jour et pouvoir revendiquer plus de technicité au domicile pour le patient.

Il reste cependant quelques difficultés concernant l'équipement de l'infirmier pour la pratique des pansements complexes. Les sets pour les plaies chroniques ne sont plus fabriqués et l'usage unique est recommandé mais il a un coût : une curette et un set à usage unique représentent environ 30% du tarif d'un pansement lourd, des ciseaux à usage unique environ 10%. L'infirmier doit donc désormais assumer seul cette charge. Il en est de même pour l'évacuation des déchets contaminés, qui est sous la responsabilité du soignant. Là encore, le coût non négligeable du recyclage fait que si la majorité évacue correctement les déchets piquants ou coupants, ils sont très peu nombreux à évacuer les déchets de pansements.

Amandine GRAPPIN ■
Infirmière libérale (91)

Hydroclean® active

Le bon réflexe pour déterger les plaies

NOUVEAUX
FORMATS
OVALES

4 fois plus efficace
versus hydrogel*

La gamme Hydroclean® active se démultiplie



Ø 4 cm

Ø 5,5 cm

4 x 7 cm

7,5 x 7,5 cm

10 x 10 cm

Hydroclean® active, un mode d'action
« irrigo-absorbant » innovant :

- Rince la plaie en diffusant de la solution de Ringer
- Élimine la fibrine et les nécroses
- Absorbe les exsudats et piège les bactéries
- Réduit les odeurs
- Favorise l'apparition rapide du tissu de granulation
- Souple et conformable
- N'adhère pas à la plaie

Informations complémentaires et astuces de fixation sur www.hydroclean.fr
ou auprès de notre infirmière conseil au **N°Vert 0 800 17 37 57**

*Dans l'obtention du tissu de granulation : essai clinique contrôlé randomisé et multicentrique Cleansite mené sur 75 patients atteints d'ulcères d'origine veineuse, anciens et non détergés (recouverts de 80% de fibrine). À J14, l'accroissement du tissu de granulation a été de + 40% sous Hydroclean® versus +10% sous Intrasite gel (p=0,004).

HARTMANN

Psychiatrie

La prise en charge au centre des débats.

Suite à des événements dramatiques en 2005, le gouvernement avait instauré un plan Santé-Mentale pour trois ans. Régulièrement, des faits divers sont médiatisés dès lors qu'il s'agit de passages à l'acte commis par des personnes ayant ou ayant eu des troubles psychiatriques.

■ Nous constatons aujourd'hui que deux axes se développent :

- la contrainte pour une durée indéterminée avec la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 instaurant des soins psychiatriques sous contrainte en ambulatoire ;
- la dilution du champ psychiatrique dans le champ social, médico-social et associatif avec des transferts de moyens et de compétences.

Le plan santé mental (2012)

Le ministère de la santé a dévoilé, début mars, le plan psychiatrie et santé mentale attendu depuis trois ans. Ce plan a pour objectif de lutter contre toutes les formes de rupture pour mieux vivre avec des troubles psychiques. Il positionne la psychiatrie et la santé mentale dans la loi HPST et missionne les ARS pour décliner les 25 actions contenues dans les quatre grands axes au sein des programmes régionaux de santé en fonction des besoins des populations locales.

La déclinaison de ce plan s'opère à quatre niveaux dont le secteur, avec le CMP* comme niveau, n'est plus qu'un niveau opérationnel local. Ce

* Centre Médico Psychologique



plan met l'accent sur l'ouverture au champ médico-social, social, associatif, par un travail en réseau et en partenariat, l'hospitalisation n'étant plus qu'une part restreinte de la prise en soin. Il édicte de grands principes et fait appel à la mobilisation conjointe entre les secteurs de la santé, du social, du logement, de l'emploi, de l'enseignement, de la justice...

Bien des axes proposés sont déjà en travail sur le terrain mais difficilement réalisables car, confrontés à la réalité sociale, économique et politique. Dans le travail en partenariat sanitaire, social, médico-social, fortement développé dans ce plan, les intérêts et les priorités ne sont pas toujours les mêmes que l'on soit du domaine privé, public ou associatif pour proposer des logements, du travail...

Un axe fort est donné à la formation des professionnels en première ligne (généralistes, SAMU). La formation des professionnels de psychiatrie s'appuie sur le DPC (Développement

Professionnel Continu) dont les thèmes sont déjà élaborés. La consolidation des savoirs n'est pas reconduite par les nouveaux infirmiers en psychiatrie, le tutorat à peine évoqué. Un vœu est porté pour que les infirmiers puissent bénéficier des pratiques avancées. Le Master s'éloigne encore un peu plus de la formation infirmière.

Enfin, rien n'est dit des moyens financiers et humains pour faire vivre ce plan si l'on veut réussir l'inclusion sociale des personnes vivant avec une maladie psychique.

Loi du 5 Juillet 2011

La mise en place de cette loi s'est faite sans moyen supplémentaire. Peu d'établissements sont équipés de salle d'audience. Les soignants sont donc contraints à accompagner les patients plusieurs fois par semaine au tribunal. Il faut donc faire appel, soit à la bonne volonté des personnels pour qu'ils déplacent leurs congés, soit avoir recours aux heures supplémentaires.

Les personnels soignants ne sont pas formés à ce type d'accompagnement et les personnels judiciaires ne sont, eux, par formés à l'accueil des patients. Certains patients ne comprennent pas pourquoi ils se retrouvent devant le Juge de la Liberté et de la Détention (JLD). Pour répondre aux droits des patients en soins sous contrainte (privation de liberté), chaque avis médical est notifié au patient. Dans les 15 premiers jours, il peut y avoir plus de cinq notifications à expliquer et à faire signer à des personnes qui ont encore des troubles psychiques majeurs et massifs.

Pour la CNI cette loi suscite deux remarques

- La première concerne le vécu des patients qui, confrontés au JLD, se sentent coupables, d'autant que l'audience se déroule en séance publique et qu'ils peuvent être assistés d'un avocat choisi ou commis d'office. Pour les patients dépressifs, délirants, que cela représente-t-il ? Comment vont-ils vivre l'intervention du tiers qui leur impose des soins corrélés avec une confrontation avec la justice. Ce passage obligé complique la prise en charge du patient pour l'équipe pluridisciplinaire. Où est le soin quand il est associé à une mesure de justice ? De plus, l'audience publique est contraire au principe déontologique des soignants car elle ne respecte pas le secret médical. Les informations vont circuler entre l'hôpital et le tribunal via fax...
- La seconde remarque concerne les coûts engendrés pour les établissements éloignés d'un tribunal, coût de transport, en personnel, en matériel. Effectivement, les patients, selon leur état, doivent être conduits dans un véhicule sanitaire ou dans un véhicule de secteur et accompagnés par un ou deux soignants. Evidemment, le surcoût de cette procédure vient grever le budget des services de psychiatrie. De plus, il est difficile de détacher des soignants qui connaissent le patient alors que les effectifs sont plus que réduits dans les ser-

vices (plan de retour à l'équilibre, manque d'attractivité de la profession et de la psychiatrie en particulier).

Les médiateurs

L'Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (comme celles de l'Île-de-France et du Nord-Pas-de-Calais) lance l'expérimentation d'un nouveau métier « Médiateurs-Patients en Santé Mentale » (annonce Presse APM et la Provence - décembre 2011).

Ce programme est porté par le centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS) en partenariat avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Partie prenante du projet au départ, la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY) s'est retirée du projet en janvier 2011. La CNI a participé à plusieurs réunions par l'ARS PACA sur l'évaluation des différentes actions et du futur projet du SROS, sans que cette expérimentation ne soit évoquée. L'ARS PACA va investir 330.000 € dans ce projet alors que certains établissements sont en déficit, que l'emploi est menacé et l'embauche de personnels réduite. A terme, ces nouveaux métiers devront être financés par les établissements.

Dès décembre 2011, la Coordination Nationale Infirmière demande l'arrêt de ces expérimentations, revendication suivie en janvier 2012 par les organisations syndicales de la fonction publique.

La dilution de la psychiatrie dans le champ du social, médico-social et associatif permet le transfert de compétences. Nous notons que depuis quelques temps, certains concepts et les compétences des professionnels de psychiatrie sont mis à mal. C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous voyons apparaître les médiateurs de santé directement inspirés d'expérimentation anglo-saxonne, reposant sur les concepts de la réhabilitation psycho-sociale.

Quelle politique de santé mentale souhaitons-nous mettre en place ?

Quels seront les soignants de demain ?

La pénurie de personnel est-elle aussi importante pour que l'on ait recours aux patients pour prendre en charge leurs pairs dans les services de soins.

Quelle amélioration cette innovation apporte-t-elle pour les patients ?

Christine ABAD ■

Cadre Supérieur de Santé

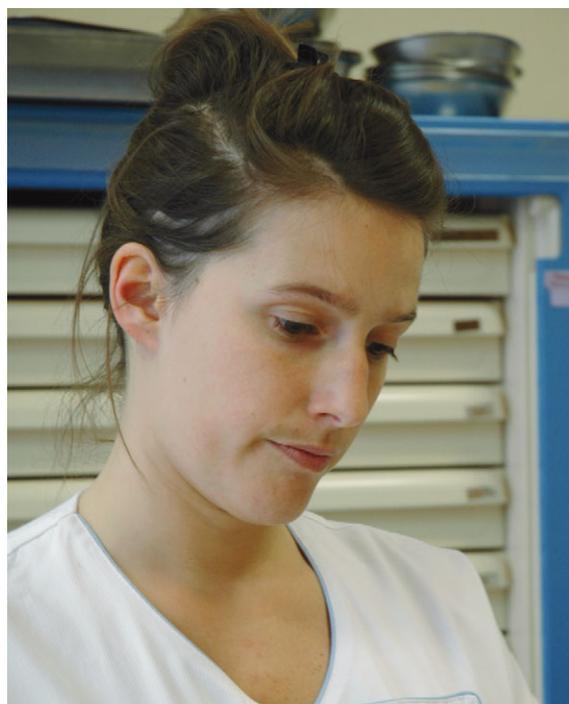
Danièle HENGEN ■

Cadre de Santé

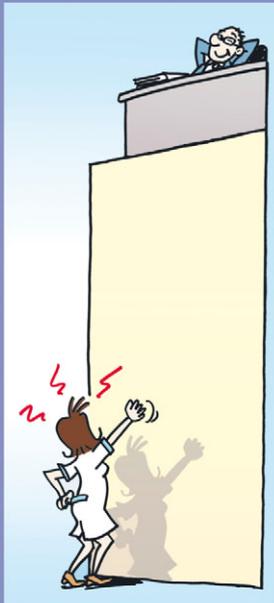
Collectif psychiatrie CNI

Pour la CNI, il est urgent et nécessaire de...

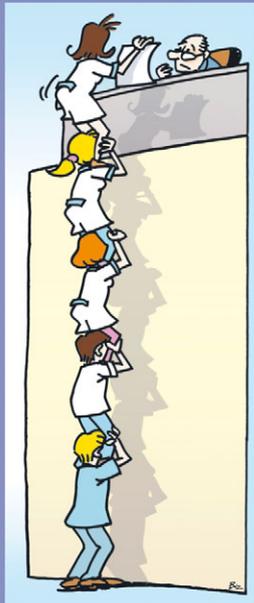
- **donner les moyens** aux établissements de santé d'assurer leur mission de service public ;
- **créer un véritable diplôme** (niveau Master) d'IDE spécialisés en psychiatrie en revalorisant les salaires, en reconnaissant la pénibilité du travail, en réfléchissant à l'évolution des parcours professionnels pour reclasser les professionnels qui souffrent ;
- **redonner et avoir confiance dans les professionnels ;**
- **donner une place aux associations d'usagers** dans les institutions par la création de maisons des usagers.



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**

Coordination Nationale Infirmière

Syndicat Professionnel

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

Email : coord-nat-inf@hotmail.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

270 boulevard Sainte-Marguerite

13009 Marseille

RC 150 / I

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

COTISATION ANNUELLE

IDE, spécialisés,
cadres de santé : 70 €

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

ETUDIANTS IFSI : 15 €

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

Nom :Prénom :

Nom de jeune fille.....

Adresse :

Code postal :Ville :

Lieu et secteur d'activité :

Tél :Email :

Etablissement employeur :

Service :N° Poste :Grade :

Date :Signature :

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

Coordination Nationale Infirmière

Et l'envoi à : Coordination Nationale Infirmière - 270 bd Sainte-Marguerite - 13009 Marseille

Par mon adhésion à la CNI, je peux accéder à une assurance professionnelle (protection juridique)
au tarif préférentiel de 25 € par an.

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

Professionnels

jusqu'au bout des doigts...

Aurélie
Aide-soignante

Elodie
Infirmière

Estelle
Infirmière

Avec vous
sans bijou

Mickaël
Aide-soignant

Carole
Infirmière



Le non-port de bijoux à l'hôpital

Campagne de sensibilisation 2012