

Syndicat CNI

<http://syndicat-cni.org>



N° 49

Revue d'information du Syndicat CNI - Syndicat professionnel - Novembre 2019



Projet de réforme des retraites

page 13



Le droit de grève

page 17



L'ergologie ou comment envisager la fonction de cadre avec philosophie

page 8

© CNI/Biz

CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

SANTÉ MENTALE

Travailler avec le délire dans la psychose	23 au 27/03/20	Toulouse
La prise en charge des pathologies limites et borderline chez l'adulte	30/03 au 03/04/20	Paris
La solitude et la dépression chez les personnes âgées et leurs conséquences	09 au 12/06/20	Paris
Troubles de la personnalité et troubles du contrôle des impulsions	15 au 19/06/20	Paris
La clinique de la névrose : hystérie, obsession, phobie. Comprendre et aider la personne névrosée	02 au 06/11/20	Paris

ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES FAMILLES

Etre femme, naître mère. La psychopathologie de la maternité	04 au 07/05/20	La Rochelle
Le portage physique, psychique et affectif des enfants (0-5 ans)	11 au 15/05/20	La Rochelle
L'évaluation de la souffrance psychique de l'enfant de 3 à 11 ans	02 au 05/06/20	Paris
Accompagner l'enfant et l'adolescent ayant un Trouble du Spectre Autistique (TSA) en SESSAD ou en IME	21 au 25/09/20	La Rochelle
Adolescence : conduites à risques	28/09 au 02/10/20	Paris

ACTIVITÉS À MÉDIATIONS THERAPEUTIQUE, ÉDUCATIVE OU D'ANIMATION

Massage toucher-détente du visage, des pieds, des mains - Niveau 1	16 au 20/03/20	Paris
La méditation en pleine conscience. Niveau 1 : un outil de prévention en santé mentale	16 au 20/03/20	La Rochelle
Initiation à l'art-thérapie en Dessin-Peinture-Collage - Niveau 1	25 au 29/05/20	Tours
Le conte comme médiation thérapeutique	22 au 26/06/20	Paris
Mime et danse-théâtre comme médiateurs dans le cadre de la relation d'aide	14 au 18/09/20	La Rochelle

DROIT - EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE

Travailler la nuit en institution	09 au 13/03/20	La Rochelle
Les droits du patient en psychiatrie	05 au 07/05/20	Paris
La réflexion éthique. Partager et conceptualiser les dilemmes rencontrés en secteurs sanitaire et médico-social	13 au 15/05/20	Paris
Sécurisation du circuit du médicament (EHPAD ou Service de Soins de Suite et de Réadaptation)	06 au 07/10/20	Paris
L'identitovigilance en établissement de santé. Prévenir, identifier et gérer les erreurs d'identité	13 au 14/10/20	Paris

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

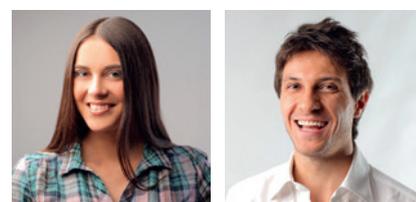


CERF FORMATION SAS

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



**Catalogue
2020
disponible**



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



FORMATION **CERF**



SYNDICAT CNI

CHU La Milétrie
2 rue de la Milétrie - CS 90577
86021 POITIERS CEDEX
Tél.: 07 86 20 16 11
E-mail : secretariatnationalcni@gmail.com

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

ÉDITION

Groupe DROUIN Maître Imprimeurs
2 cours Sablon - 63000 Clermont-Ferrand

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

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Céline LAVILLE, Présidente Syndicat CNI

RESPONSABLE DU COMITÉ DE RÉDACTION

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

COMITÉ DE LECTURE

- Céline DUROSAY
(Infirmière, Syndicat CNI HNFC)
- Céline LAVILLE
(Infirmière, Syndicat CNI CHU Poitiers)

PHOTOS

- Syndicat CNI HNFC

DESSINS

Pierre BIZALION

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

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

Syndicat CNI - ISSN 2492-4288



<http://syndicat-cni.org>

GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR
groupe-drouin.fr

IMPRIM'VERT*

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



Revue n° 49 - décembre 2019

Éditorial



En cette fin d'année vient l'heure des bilans.

2019 a été particulièrement riche d'actualités pour les professionnels de santé.

La loi sur la réforme de la fonction publique, puis la loi « Ma santé 2022 » et enfin le projet de réforme des retraites ont été vécues comme un sabordage (ou des attaques) de notre système de santé publique pourtant réputé comme d'excellente qualité.

Mais peut-on encore parler d'excellence au regard des témoignages qui se sont succédé au fil de ces derniers mois ? Manque de lits, d'effectifs, maltraitance institutionnelle, la liste est tristement longue...

Malgré tout, les soignants ont toujours autant à cœur la qualité du prendre soin et leurs valeurs restent fortes et intactes.

Telle est bien la raison du soulèvement qui les anime depuis des mois pour faire entendre l'urgence d'une situation qui se dégrade année après année, sans que les gouvernements successifs n'aient été capables de répondre aux besoins criant de nos établissements.

Le Syndicat CNI n'a de cesse de dénoncer les situations, individuelles ou collectives, parfois dramatiques, qui se multiplient et c'est naturellement qu'il a rejoint les collectifs inters urgences et inter-hôpitaux au fil des manifestations de 2019.

Cette année a également été, pour le Syndicat CNI, l'heure de la relève pour un nouveau bureau national qui a à cœur de poursuivre le travail engagé depuis 31 ans et de continuer à vous informer sur vos droits, vos devoirs et sur les actualités de la planète soignante.

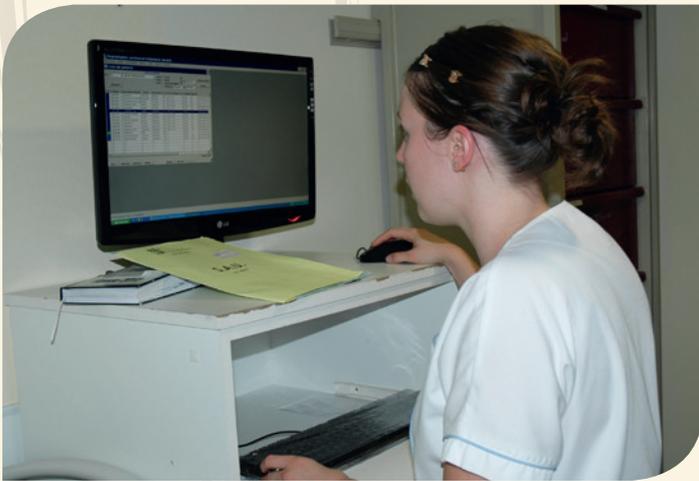
Au fil de ce nouveau numéro vous pourrez donc trouver une synthèse du rapport Delevoye afin de mieux comprendre le grand débat en cours sur le projet de réforme des retraites, des informations sur le droit de grève dans la FPH, mais également des témoignages de professionnels sur leurs pratiques au quotidien.

S'il est triste de constater la continuelle dégradation de la qualité d'accueil et des prises en soins en France, les mouvements de 2019 ont tout de même permis de raviver l'espoir d'une capacité de mobilisation des professionnels de santé, car nous vous le disons régulièrement, sans les professionnels, les syndicats ne sont rien et seules des mobilisations conséquentes permettront de faire entendre la voix des soignants.

Gageons que cet éveil est notre force en 2020.

Nous vous laissons donc à votre lecture de ce numéro 49 et vous donnons rendez-vous l'année prochaine pour, ensemble, exiger et enfin obtenir, que tous les professionnels de santé soient enfin entendus et reconnus à la hauteur de leur investissement et de leurs compétences.

Céline LAVILLE
Présidente Nationale du Syndicat CNI



SOMMAIRE

Éditorial

3

Annie,

6

une syndicaliste en retraite

L'Ergologie

8

ou comment envisager
la fonction cadre
avec philosophie !



Synthèse du rapport Delevoye

13

sur le projet de réforme
des retraites

Le droit de grève

17

Mise en place

19

du Comité Social et Économique
(CSE)

Infirmier en Pratique Avancée,

21

nouveaux textes...

Frais de formation

22

MIPS/AIAS

24

un vieux duo trop peu connu !



Aide-soignant

27

un métier en voie de disparition

Voyage « Système-Hic »

29

au cœur de la famille
« On s'dit rien »...

Téléchargez votre
bulletin d'adhésion



Rejoignez-nous sur
notre application
smartphone et tablette



Drôle d'expression...



Annie, une syndicaliste en retraite

Je suis une infirmière en retraite depuis 2010, j'ai fait toute ma carrière à l'hôpital public. J'ai toujours été syndiquée à la CNI depuis sa création.

En mai 2019 j'assiste à une Assemblée Générale Nationale, je suis abasourdie par ce que j'entends sur les conditions de travail. Dans quel monde vit-on ? Que s'est-il passé en 9 ans ? J'écoute les professionnels de santé parler de malveillance, humiliation, acharnement professionnel, de menaces, de travail à flux tendu, des congés supprimés. Je rêve, non c'est plutôt un cauchemar que vivent mes anciens collègues. Mais il y a aussi beaucoup moins de médecins quelles que soient leurs spécialités.

Une seule question se pose à moi, comment les soignants peuvent-ils prendre en charge des malades dans ces conditions de travail si dégradées ?

Je comprends mieux la fuite des soignants vers le libéral et même des réorientations professionnelles. J'ai l'impression de revivre la situation en mode dégradé des années 1970. La grande différence que je peux dire c'est que dans les années 1970 les corps médical et paramédical travaillaient aux coudes à

coudes alors que maintenant je le ressens comme de l'individualisme, chacun pour soi !

Ce qui est une aubaine pour la direction des établissements qui applique avec délectation l'abus de pouvoir et le « diviser pour mieux régner ». Les chefs d'établissements sont formés pour faire des économies, leurs maîtres mots sont retour à l'équilibre, mutualisation, gestion draconienne. Ils agissent comme un véritable rouleau compresseur où l'être humain est quantité négligeable, il ne reste que des chiffres, des bilans.

On peut se poser la question : quand ils atteignent les objectifs fixés pas les ARS, leur prime est-elle aussi laminée ou plutôt gonflée par les économies faites sur **le dos** des agents et par conséquent des malades ? Ce manque d'humanité est antinomique avec le monde de la santé.

Tous les professionnels sont touchés par la dégradation des conditions de travail : les soignants mais aussi les équipes des ateliers, laboratoire, pharmacie, administratif, entretien central...

La mise en place de la T2A n'a fait qu'aggraver la situation des établissements. Et même sombrer plus rapidement dans le gouffre du déficit. Comment peut-on mettre en parallèle la gestion des centres hospitaliers publics et celle des établissements privés à but lucratif, leurs missions sont à l'opposé. Pour les hôpitaux c'est la santé pour tous et pour les cliniques ce sont surtout les bénéficiaires, le montant des dépassements d'honoraires et voire même la sélection des patients pour que le temps d'hospitalisation soit le plus bref. Les patients un peu compliqués comme les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sont très rarement pris en charge en secteur privé, le temps d'hospitalisation risque d'être plus long, plus compliqué et la sortie demande souvent de trouver un lieu d'accueil soit en SSR soit en EHPAD.

Avant il y avait des directeurs de soins qui étaient à l'écoute des professionnels, qui négociaient

avec une direction d'établissement, maintenant ils sont phagocytés et leur marche de négociation est très limitée. Une question : est-ce qu'il y a autant de candidats à l'école de Rennes pour suivre la formation de directeur des soins ? Il semble que beaucoup d'établissements soient en quête de directeur de soins ou de coordonnateur de soins.

Mon regard sur le monde hospitalier est obscurci par tout ce que j'entends mais aussi sur ce qu'on peut lire, la fuite des soignants mais aussi ceux qui changent de métier, la maltraitance des soignants envers les malades mais aussi la violence subie par les professionnels de santé. C'est une véritable escalade. Peut-on encore parler de qualité, de sécurité de soins ? La prise en charge de notre population vieillissante, avec des poly-pathologies, accroît la charge de travail dans des services qui fonctionnent à flux tendu.

Les professionnels de santé se laissent maltraiter, même massacrer sans mobilisation, il y a un certain fatalisme qui les empêche de réagir. Comme si les 35 heures les avaient muselées en leur faisant miroiter des congés supplémentaires, la possibilité de développer des activités personnelles (sport, randonnées...) et en acceptant des modifications de planning au jour le jour.

J'ai vécu les grèves et les mobilisations des années 1980 et là je ne comprends pas pourquoi les professionnels se laissent faire et acceptent ces situations de travail dégradées. Je crois que dans pareille situation je porterai plainte pour ne pas être un objet dans les mains d'une administration malveillante.

Je dis aux soignants ne vous laissez pas faire, réagissez, notre métier est un super métier et arrêtez de fuir ou de faire l'autruche.

Annie

Infirmière retraitée syndicaliste
dans l'âme
Syndicat CNI Cavallon



L'Ergologie ou comment envisager la fonction cadre avec philosophie !

Du grec ergo, « le travail, l'action, l'œuvre », l'ergologie fait référence à l'énergie, la vitalité de celui qui travaille, étudie son point de vue, se centre sur le rapport entre la personne et son milieu de travail. C'est un va-et-vient de connaissances et de remises en questions sur l'activité de travail, celle-ci étant une forme de l'activité humaine. L'ergologie n'est pas une discipline scientifique, c'est une démarche, une tentative pour comprendre les va-et-vient du microscopique de l'activité au macroscopique de la vie sociale.

Elle fait appel à l'ergonomie et à ses méthodes pour étudier cette activité de travail. Selon la Société d'Ergonomie de Langue Française (S.E.L.F.), l'ergonomie regroupe les connaissances de physiologie, psychologie et des sciences voisines appliquées au travail humain, dans la perspective d'une meilleure adaptation à l'homme des méthodes, des moyens et des milieux de travail. Pour l'ergonome F. Daniellou : « elle étudie l'activité de travail, afin de mieux contribuer à la conception des moyens de travail adaptés aux caractéristiques physiologiques et psychologiques de l'être humain, avec des critères de santé et d'efficacité économique ».

Le cadre de santé, professionnel au centre de la prise en charge de la personne soignée, met tout en œuvre pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé. Il collabore avec l'équipe soignante, médicale, et administrative, est responsable du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction, de l'organisation de l'application de la prescription médicale et de la gestion administrative de l'unité¹.

Il est le garant de la qualité des soins, de la sécurité du patient et du personnel : dans cet objectif, il met en place ou réajuste (s'ils existent déjà) des outils professionnels (recueils de données, protocoles...) permettant l'organisation, la dispensation et la traçabilité des soins. Il doit faire preuve d'une capacité de recul et d'un sens critique afin de prendre des décisions objectives et pertinentes. Dans un souci d'amélioration continue de la qualité des soins, il impulse une dynamique d'équipe afin de créer

1 - Extraits des missions et rôle des surveillants (es) et surveillants (es)-chefs hospitaliers. Circulaire DH/SA/PK/CT/n° 000030 du 20 février 1990.

un environnement de travail énergique et motivant. Il encourage les agents à participer et animer des groupes de travail, et met à disposition du personnel les actions de formation. Il participe à l'évaluation des soins, conçoit des améliorations et prévoit les moyens nécessaires à leur réalisation.

▮ Le cadre est un gestionnaire : il est responsable des locaux, de la gestion du stock de matériels et de produits mais aussi de leur maintenance. Le cadre est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité, il assure de manière rationnelle sa gestion de façon à mettre en adéquation l'effectif, la charge de travail et le matériel, en ayant constamment à l'esprit l'amélioration continue des conditions de travail. Il conduit les projets de son service, évalue le personnel et incarne l'autorité qui contrôle et prend des décisions. Il participe à l'évaluation, à la sélection et à la promotion des personnels. Il met en œuvre les moyens leur permettant de progresser. Il sensibilise les agents aux risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité.

▮ Le cadre favorise et développe la communication, à l'écoute des patients et de l'équipe dont il est le lien auprès du Corps Médical ou des autres personnes susceptibles de les aider et de la Direction. Il est disponible, accessible, et répond à leurs interrogations, il instaure une vraie relation de confiance. Selon les objectifs institutionnels, le cadre doit mettre en place une politique d'information du patient et du personnel, tout en favorisant les échanges interprofessionnels. Il suscite ou participe à des réunions de travail, rencontres ou échanges susceptibles d'apporter des améliorations à différents niveaux (qualité des soins, de la formation, des prestations hôtelières, administratives).

▮ Le cadre est formateur : il est le lien pédagogique entre l'Institut de Formation et l'Hôpital, il transmet son savoir et s'assure de la formation des agents et des stagiaires qu'il accueille au sein de l'unité. Il participe à des formations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Il complète également sa formation et participe à des recherches.

Les cadres vivent au quotidien les réformes et réorganisations institutionnelles. Ils participent aux projets en cours, en articulant au mieux *injonctions/valeurs professionnelles*. Ils relient les difficultés qu'ils rencontrent à la quête de sens et de reconnaissance professionnelle. Dans le contexte socio-économique actuel, cette demande est souvent évoquée par tous les citoyens, actifs ou non. Le travail est de plus en plus synonyme de productivité, c'est-à-dire mesurable. Or cela semble contradictoire avec les métiers de service. Les déficits budgétaires et les nouvelles tarifications dans le domaine hospitalier projettent le système financier au premier plan et les professionnels de santé ont du mal à se situer. De plus, la multiplication des procédures, autant préventives que sous forme de recours, les inquiète.

Il existe une sorte de crise professionnelle face à laquelle ils veulent réagir en faisant reconnaître l'importance de leurs activités et leur professionnalisme.

L'objectif majeur de cet article est d'amorcer une réflexion sous l'angle de l'activité, c'est-à-dire dans le cadre de la démarche ergologique. Comment utiliser cette forme de réflexion pour étudier la nature du travail du cadre de santé ? En s'interrogeant sur la nature propre du travail, ce qui le régit, les interactions entre les réglementations et l'activité, la référence aux normes dans l'exercice professionnel.

- Le premier objectif est de nous centrer sur le **prescrit** du travail en lien avec les normes, les prescriptions réglementaires et institutionnelles.

Le professionnel envisage sa profession en fonction de ces prescrits et de ce qu'il est, de ses valeurs propres. Marx affirme : « *Le travail constitue l'essence de l'homme*² », A. Supiot ajoute : « *Dans son rapport à l'employeur, le travailleur n'engage pas un élément distinct de sa personne, il engage sa personne même. Il ne met pas en jeu ce qu'il a mais ce qu'il est. La personne physique constitue l'objet de la prestation du salarié*³ ».

2 - Méda, D. (1995), *Le travail, une valeur en voie de disparition*, St Amand-Montrond : éditions Alto/Aubier, pp. 103.

3 - Supiot, A. (1994), *Critique du droit du travail, les voies du droit*, Paris : PUF, pp. 58.

L'activité de travail est une forme de l'activité humaine. S'intéresser au cadre de santé, prendre au sérieux ses réflexions, questionnements et difficultés professionnelles sont bien au centre de cette étude.

A. Supiot nous dit : « *Le travail humain se trouve toujours au point de rencontre des hommes et des choses [...], on ne pourra jamais éluder l'un ou l'autre de ces aspects*⁴ ». La rencontre entre les différents acteurs est incontournable. Selon Y. Schwartz : « *La « relation de service », parce qu'elle s'exerce au contact d'individus singuliers et de contraintes ou de règles institutionnelles, exige une gestion de ce point de rencontre toujours à moduler*⁵ ». Ce point de rencontre est mobile, varié, il faut donc être disponible pour lui permettre d'exister.

- **Le deuxième objectif** est d'identifier la part de l'homme et des relations interhumaines dans l'activité de travail du cadre de santé.

Pour Y. Schwartz, « *le travail prescrit est plutôt « rationnel, logique et scientifique » et le travail réel, moins rationnel* »⁶. N'y a-t-il qu'une seule rationalité ?

L'écart entre le prescrit et le réel est en perpétuel mouvement. En tenir compte permet de s'approcher de la réalité, d'être moins dans le théorique professionnel, de travailler avec l'être humain. Réfléchir sur les variables favorisant l'écart entre le prescrit légiféré et le réel en lien avec l'actualité, le quotidien, le vivant permet d'adapter notre représentation à la réalité de notre fonction de cadre de santé.

La démarche ergologique favorise ainsi, grâce à ses dispositifs de réflexion, l'identification des variables pouvant éloigner le travail prescrit du travail réel.

La confiance, l'expérience, la communication, sont quelques-unes des variables favorisant le réajustement et la pertinence de notre posture,

4 - Supiot, A. (1994), *Critique du droit du travail*, les voies du droit, Paris : PUF, pp. 43.

5 - Schwartz, Y., (2001), *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Toulouse : Octares éditions, pp. 425.

6 - Schwartz, Y., Durive, L. (2003). *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*. Aubenas : Octares, pp. 24.

notre appréhension de notre mission de cadre de santé.

A. Supiot nous dit : « *Le travail humain se trouve toujours au point de rencontre des hommes et des choses [...], on ne pourra jamais éluder l'un ou l'autre de ces aspects*⁷ ». La rencontre entre les différents acteurs est incontournable. Selon Y. Schwartz : « *La « relation de service », parce qu'elle s'exerce au contact d'individus singuliers et de contraintes ou de règles institutionnelles, exige une gestion de ce point de rencontre toujours à moduler*⁸ ». Ce point de rencontre mobile, varié, est à la source du travail d'encadrement.

Pour G. Leboterf, « *La compétence est un savoir agir reconnu. Elle se révèle par l'actualisation de ce que l'on sait et se réalise dans l'action. Elle se construit par la mobilisation, la mise en jeu des ressources (connaissances, capacités...) [...] La compétence est toujours compétence d'un acteur en situation. Elle émerge plutôt qu'elle ne précède*⁹ ».

Le concept de compétence renvoie à la capacité d'assumer une responsabilité professionnelle concrète et mesurable dans un contexte de travail donné. Ce développement de compétences existe par « l'usage de soi » que fait l'individu ou le professionnel.

Selon Yves Schwartz¹⁰, on a de plus en plus souvent le souci de lister les compétences, de les objectiver et de les évaluer. Or, « *l'activité n'autorise aucun jugement unilatéral* ». Désormais, la notion de compétence ne peut être réduite à l'analyse du poste de travail d'une personne, mais propose de découvrir ce qui est requis au travail pour comprendre ce que fait une personne. Une compétence ne peut donc être évaluée que par l'exercice d'une activité. Elle

7 - Supiot, A. (1994), *Critique du droit du travail*, les voies du droit, Paris : PUF, pp. 43.

8 - Schwartz, Y., (2001), *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Toulouse : Octares éditions, pp. 425.

9 - Leboterf, G. (1994). *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris : les éditions d'organisation. pp. 16.

10 - Yves Schwartz et Louis Durive (dir.), « *Travail et ergologie, entretiens sur l'activité humaine* », « *Annexe au chapitre 7, usage de soi et compétence* », pp. 201 à 218

suppose que l'on possède les aptitudes, les traits de personnalité, les connaissances requises. Une compétence est acquise grâce à l'expérience. On tente aujourd'hui de détecter des compétences adaptées à une ou des situations(s) de travail. Or une situation de travail est toujours pour l'activité une « rencontre de rencontres », une rencontre de singularités, de variabilités à gérer. De ces variabilités dépend l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Des rencontres et des compétences dépendent également l'acceptation, les combinaisons possibles de cet écart. Et à cela s'ajoute la variable de la nuit, cet espace particulier.

Un espace d'expression existe : c'est en quelque sorte une temporalité interne, « une parole intérieure ». C'est ce qu'Y. Schwartz définit dans l'« usage de soi », soit la part du conscient et de l'inconscient dans l'usage de soi, la part d'intervention du facteur humain. Elle est nécessaire dans tout espace relationnel. Le relationnel, difficile à quantifier, ne permet pas d'en faire état de façon significative, pourtant il est le fil rouge de cette profession. La relation est toujours à développer, réajuster.

L'écart travail prescrit et travail réel est universel, son contenu est toujours réajusté, re-singularisé. Il renvoie à l'activité humaine du cadre de santé, à ses valeurs professionnelles et personnelles. Il travaille en équipe d'encadrement, avec des soignants dont il est responsable, et différents corps de métiers. Il participe et crée des collectifs de travail pouvant avoir différentes formes.

Y. Schwartz définit le **collectif** comme « une notion floue qui renvoie à l'expérience des contraintes et des exigences du travail vécue de l'intérieur, [...] il est très important parce que c'est ce qui est construit en propre par les travailleurs¹¹ ». La dimension collective du travail est « visible » dans les Entités Collectives Relativement Pertinentes (ECRP). Les Entités, frontières invisibles, englobent des personnes appartenant à des services différents. Elles sont *collectives* parce que les informations circulent dans les deux sens. Elles sont *relativement pertinentes* en fonction de la variabilité de ses frontières et des intervenants. En fait l'existence

d'une ECRP est définie par l'activité qu'elle favorise, à un moment donné. Elle ne peut pas être comparée à un groupe formalisé.

Dans l'institution hospitalière elle peut être constituée de différentes façons : cadre/cadre(s), cadre/infirmière, cadre/cadre supérieure, cadre/patient/brancardier, infirmière/aide-soignante/cadre, cadre/directrice des soins...

Variabilité, multitude de combinaisons et de durée d'existence définissent les ECRP Le collectif permettant le travail du cadre n'est pas limité à une équipe mais est ouvert à de nombreuses combinaisons de relations humaines et professionnelles. Le prendre en compte permet de donner un espace à cette relation, une existence et donc à la reconnaître comme faisant partie de l'activité de travail.

Y. Schwartz dit à ce propos : « *Le langage dans le travail est riche et le travailleur l'utilise pour réguler son activité¹²* », et il existe « *deux dimensions dans le langage et le travail : le langage ordinaire dans l'activité et le langage distancé, élaboré* ». La parole située de l'acteur et la transmission de ces informations authentiques faciliteront sa reconnaissance. Une **attitude positive** de l'encadrement est nécessaire, lors de son écoute, dans ces actes, ce qu'il transmet, ce qu'il renvoie.

La démarche ergologique est une tentative pour comprendre les va-et-vient du microscopique de l'activité au macroscopique de la vie sociale. Son but est de se centrer, de partir de l'analyse du travail pour ensuite interpellier ses deux processus de valorisation décrits par Y. Schwartz soit l'économique ou le sens du travail pour l'entreprise et l'individuel ou le sens du travail pour ceux qui le réalisent.

L'option proposée, dans le cadre de la démarche ergologique, est une poursuite de la réflexion dans le but d'identifier, de comprendre les variables existant et leurs répercussions sur l'écart entre le travail prescrit et le travail réel du cadre de santé dans une institution.

11 - Schwartz, Y., (2001), *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Toulouse : Octares éditions, pp. 523.

12 - Schwartz, Y., Durrieu, L. (2003). *Travail et Ergologie. Entretiens sur l'activité humaine*. Aubenas : Octares, pp. 126.

Alain Wisner, ergonome, défend qu'il est nécessaire d'observer: « un réel d'activité fait de singularité, de spécificités et de variabilités, qu'il s'agit donc d'accepter dans toute sa complexité afin de ne pas en mutiler la compréhension¹³ ».

Edgar Morin, philosophe, précise que: « le défi de la complexité nous fait renoncer à jamais au mythe de l'élucidation totale de l'univers, mais il nous encourage à poursuivre l'aventure de la connaissance qui est dialogue avec l'univers¹⁴ ».

Articuler la complexité des situations de travail, leur singularité et leurs variabilités, permet d'approcher la réalité et le sens du travail. Le travail des cadres de santé, de jour comme de nuit, est d'essayer d'accompagner les équipes et les pratiques pour que, dans le dialogue, elles n'aient pas l'impression de perdre de leur identité. Il en est de même pour celle des cadres.

Seul le travail, à partir des différences et des spécificités, peut se permettre de se représenter un peu mieux le prescrit, le réel, l'écart entre les deux et les variabilités en fonction des activités à réaliser. Dans le cadre de la démarche ergologique et de la réflexion sur la complexité des activités de travail, le cadre de santé peut se trouver, construire et valoriser son identité en respectant son éthique.

La réflexion est ouverte !

Catherine BOMPARD

Cadre Supérieur de Santé
Syndicat CNI AP-HM

Reprise d'un article fait en juin 2011



13 - Duraffourg, J., Vuillon, B. (2004), *Alain Wisner et les tâches du présent. La bataille du travail réel*, Bouloc: Octares éditions, pp. 53.

14 - Morin, E., (1987), *Lettre internationale*.

Synthèse du rapport Delevoye sur le projet de réforme des retraites

Ancien ministre de la fonction publique, de la réforme de l'état et de l'aménagement du territoire (de mai 2002 à mars 2004), Jean-Paul Delevoye a été nommé en septembre 2017 Haut commissaire à la réforme des retraites et a fait son entrée au gouvernement auprès de Mme Buzyn le 3 septembre 2019.

Il a été sollicité afin de réinventer le système de retraite et d'harmoniser les différents modes de calcul existants à ce jour.

C'est mi-juillet 2019 qu'il a rendu public son rapport, entraînant dans la foulée une vague de protestation de la majorité des organisations syndicales y compris le Syndicat CNI.

La multiplicité des systèmes actuels met en exergue des inégalités, sont complexes et ne sont plus viables dans le contexte socio économique et démographique d'aujourd'hui me direz-vous, alors pourquoi cette levée de boucliers ?

Nous allons tenter de vous faire une synthèse des préconisations faites par M. Delevoye ci-dessous, celle-ci vous permettra de comprendre les inquiétudes suscitées par ce rapport.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce dossier fait état de préconisations et n'est en aucun cas un projet de loi, il a d'ailleurs déjà fait l'objet d'un certain nombre de réticences de la part de plusieurs membres du gouvernement. Pour autant au vu de son contenu, il nous semble impératif de vous alerter et de vous informer sur les conséquences possibles des modifications envisagées.

1. Un système par répartition, en points

Le système universel c'est l'arrêt des régimes spéciaux. Il est basé sur un système par points.

- ▶ Inclusion des primes dans le calcul de la retraite : y aura-t-il rétroactivité pour les

actifs d'aujourd'hui ? Les personnes qui auront déjà fait la moitié de leur carrière avant 2025 seront lésées par rapport à celles qui débutent.

Le Système universel incitera au prolongement de l'activité. Les Catégories actives seront progressivement fermées.

- ▶ 5 % par enfants dès le 1^{er} enfant. Attribution à l'un ou à l'autre, décidé par le couple. **P7**
- ▶ La pension de réversion ne sera pas inférieure à 70 % de la somme des retraites que le couple percevait avant le décès. **P7**
- ▶ Montant minimum de retraite 1000 euros. **P7**
- ▶ Pour les jeunes, prise en compte des stages et de toutes formes d'activités professionnelles ou professionnalisantes. **P8**
- ▶ Ouverture de droits aux aidants naturels. **P8**
- ▶ Cumul emploi/retraite autorisé et permet d'acquérir des droits supplémentaires. **P8**
- ▶ Des points attribués en cas de chômage, maternité, invalidité/maladie. **P20**
- ▶ Disparition de la retraite pour invalidité chez les fonctionnaires. **P20**
- ▶ Valeur du point indexé au revenu moyen par tête (RMPT). **P23**
La valeur du point ne pourra pas baisser.

PX > renvoi à la page du rapport concerné

» Les 1^{ers} impactés seront les agents nés en 1968. **P25**

» Les droits acquis avant 2025 seront transformés en points. **P25**

2. Un système dans lequel chaque euro cotisé donne les mêmes droits

» Taux de cotisation de 28,12 % (60 % employeur/40 % salarié)

1 - cotisation plafonnée de 25,31 % jusqu'à 120 000 euros. **P 32**. C'est à partir de ces montants de cotisations versées que seront calculés les droits à retraite.

2 - cotisation déplafonnée de 2,81 % qui s'appliquera au-delà des 120 000 euros.

Pas de droit à la retraite sur ces cotisations elles iront dans le fond mutualisé qui participera au financement mutualisé et solidaire des dépenses du système de santé. **P32**

» Taux de cotisation : le même pour tous. **P34**

» Prise en compte des primes dans le calcul de la retraite. **P 34**. L'intégralité de la rémunération versée (salaire + primes) sera soumise à cotisations et permettra de générer des droits pour la retraite, mais cela signifie également que nous subirions une baisse de revenus par rapport à aujourd'hui. De manière à rendre progressive cette baisse de revenus, l'assiette 60/40 entre employeur et salarié ne sera pas appliquée à cette hauteur immédiatement, l'employeur prendra en charge temporairement une part plus grande des cotisations.

» Convergence progressive des barèmes de cotisations pour les libéraux et indépendants sur 15 ans. **P40**

3. Des conditions de départ valorisant l'activité

» Âge légal de départ maintenu à 62 ans. Système universel, incitera au prolongement de l'activité. **P46**

» Aujourd'hui, âge moyen de départ, 63 ans et 4 mois. (en 2018) **P46**

» L'âge du taux plein 64 ans, tiendra compte de l'évolution de l'espérance de vie. La répartition de 2/3 durée de vie active ne changera pas. **P47**

» 1/3 durée de vie en retraite. **P48**

Un outil de simulation sera mis en place pour que chacun puisse faire un choix éclairé. **P48**

Si départ avant l'âge du taux plein : avec le système actuel la décote est de 15 %, avec le système universel la décote sera de 10 % max.

» Le cumul emploi/retraite possible permettra de constituer de nouveaux droits. Activité sans plafond, à partir de l'âge du taux plein qui permettra d'améliorer sa retraite. **P 50**

» Retraite progressive rendue accessible à tous **P50**

» Garanti d'un niveau de retraite minimum pour les revenus faibles pendant leur carrière soit 85 % du SMIC net pour ceux qui auront réalisé une carrière complète. **P53**

» Minima retraite de 1000 euros/mois net pour ceux qui ont fait une carrière complète. Ce montant sera indexé sur l'évolution du SMIC. **P53** Le bénéfice de ce minima débutera à l'âge du taux plein.

» Départ anticipé maintenu pour les carrières longues à 60 ans, pour ceux qui auront commencé à travailler avant 20 ans. **P55**

» Pour un travailleur handicapé, le départ anticipé entre 55 et 59 ans sera possible en fonction de la durée d'activité pour un taux d'incapacité de 50 % minimum.

4. La reconnaissance de la pénibilité et des spécificités de certains métiers

Prix en compte de la pénibilité. **P60**

» Généralisation du C2P avec une harmonisation. Les critères sont les suivants :

- Prise en compte du travail de nuit.
- Travail en équipe successive alternante.
- Travail répétitif.
- Activité en milieu hyperbare.
- Travail dans une température extrême.
- Travail dans le bruit.

» L'exposition donnera droit à des points pénibilités :

- 4 points/an si exposition à un risque.
- 8 points/an si exposés à plusieurs risques.
- Limités à 100 points pour une carrière.

Trois utilisations possibles :

- soit formation pour un poste moins pénible
- soit Passer à temps partiel sans perte de salaire
- soit Partir jusqu'à 2 ans plus tôt à la retraite (60 ans).

» Une concertation sur la définition des seuils d'exposition aux facteurs de risque tel que le travail de nuit et autres sera mise en place. **P 60**

Remarque : aujourd'hui les seuils définis ne permettraient pas aux agents hospitaliers d'entrer dans ces seuils et de bénéficier d'une prise en compte de la pénibilité.

- ▶ La retraite pour incapacité permanente sera ouverte aux fonctionnaires et aux régimes spéciaux. Elle permet un départ à 60 ans avec un taux plein. Si les lésions sont liées à un accident de travail ou une maladie professionnelle :
 - . avec une incapacité au moins de 10 % avec 17 ans d'exposition.
 - . incapacité d'au moins 20 %. **P 61**

- ▶ Ces départs anticipés seront progressivement arrêtés. C'est dans le cadre du C2P et de la retraite pour incapacité permanente que la pénibilité sera prise en compte. **P 62**

Pour les métiers qui perdraient la reconnaissance de la pénibilité comme les catégories B et C chez les fonctionnaires, le relèvement de l'âge de départ à la retraite sera progressif.

Modalités de relèvement des âges pour les départs anticipés mis en extinction (exemple pour un âge dérogatoire de 57 ans). **P 63**

5. Les droits renforcés et harmonisés pour plus de solidarité

- ▶ Majoration de 5 % par enfant dès le 1^{er} enfant. Possibilité de mettre ces droits sur le père ou la mère.

Le choix sera à faire aux 4 ans de la naissance ou à l'adoption de l'enfant. En cas d'absence de choix des parents, les droits seront automatiquement attribués à la mère.

- ▶ Possibilité d'acquérir des points si interruption ou diminution du temps de travail pour élever un enfant sous certaines conditions.
- ▶ Pension de réversion : Pas de rétroactivité à 2025.

Elle assurera 70 % du revenu global du couple au conjoint survivant. **P 75**

- ▶ Pour les proches aidants il est prévu l'attribution de points au titre des périodes d'aides. **P 78**

6. Renforcer la capacité des usagers à anticiper et à choisir le moment de la retraite

Un service dématérialisé consultable à tout moment permettra de :

- ▶ Connaître ses droits.

- ▶ Anticiper l'impact des changements (vie, carrière).

- ▶ Faire des choix éclairés. **P 82**

Simulation possible de l'impact sur la retraite et changement de vie ou de carrière, et simulation du montant de retraite en fonction de l'âge du départ. **P 82**

7. Une gouvernance innovante

- ▶ Caisse nationale de retraite universelle missions :
 - . Préparer la mise en place du système.
 - . Assurer l'unification de la gouvernance et du pilotage des régimes de retraite actuels. **P 88**

Puis sera chargée de la gestion opérationnelle du système.

Conseil d'Administration avec 26 administrateurs (13 représentants des assurés et 13 représentants des employeurs). **P 89**

Pilotage unifié du système universel. **P 94**

- ▶ Conseil citoyen : donne son avis au CA, aux présidents des commissions des affaires sociales de l'AN et du sénat.
- ▶ AG : émet un avis sur l'orientation générale du CA.
- ▶ CA : gère et pilote le système.

Propositions au gouvernement faites par le CA puis avis au parlement.

8. Une organisation unifiée et un financement intégré

Simulation de toutes professions et parcours : Uniquement des exemples d'emplois administratifs.

En conclusion

Au moment où nous publions cet article, les propositions et les discussions auront encore évolué, il est probable que vous aurez entendu parler de manifestations passées ou à venir pour s'opposer à ce projet.

Nombre d'entre vous, jeunes actifs, ne vous sentez peut-être pas concernés. Quand on commence sa carrière professionnelle on n'envisage pas sa retraite. Les multiples réformes vous portent à croire que d'ici à ce que vous puissiez bénéficier de celle-ci d'autres verront encore le jour, « si

P X > renvoi à la page du rapport concerné

tant est que la retraite existe encore » diront même certains.

C'est exactement pour cette raison qu'aujourd'hui il faut réagir sans attendre.

La retraite est un droit acquis au prix de combats longs et difficiles.

Les conditions de travail ne cessent de se dégrader, rendant de plus en plus difficile de parvenir, en santé, à l'âge de la retraite à taux plein.

Le travail que vous fournissez au quotidien tout au long de votre carrière, mérite de pouvoir bénéficier le temps voulu, d'un repos chèrement gagné.

Si nous ne nous levons pas aujourd'hui pour défendre nos droits alors nous cautionnons les méthodes et moyens mis en œuvre par le gouvernement pour les bafouer...

Cautionner c'est accepter, accepter c'est renoncer, le syndicat CNI ne renoncera pas.

Bureau national
Syndicat CNI



Source rapport Delevoye :

https://www.reforme-retraite.gouv.fr/IMG/pdf/retraite_01-09_leger.pdf

Le droit de grève

Bien que les Français aient souvent la réputation d'être « des champions » lorsque l'on parle de grève, force est de constater qu'il s'agit là d'un droit souvent méconnu des hospitaliers.

Parmi ces professionnels du soin, nous trouverons toujours des défaitistes pour affirmer que « *la grève ne sert à rien* » ou d'autres pour clamer leur impossibilité de faire grève car ils sont « *systématiquement réquisitionnés!* »

Il est donc pertinent de rafraîchir la mémoire de certains et de leur redire que sans les grèves de mai et juin 1936, nous n'aurions point de congés payés. Même si cet acquis semble aujourd'hui une évidence, il n'est pas si ancien. C'est en effet dans le cadre des accords de Matignon que Léon Blum annonce un projet de Loi. Le texte promulgué le 20 juin 1936 acte alors, un congé payé de quinze jours dont douze ouvrables pour tout salarié ayant accompli un an de services continus dans l'entreprise.

Par ailleurs, l'emploi récurrent du terme « réquisitionné » par les hospitaliers assignés, note également une méconnaissance des textes qui régissent le droit de grève dans la Fonction Publique Hospitalière.

L'assignation relève de la responsabilité du chef d'établissement alors que la réquisition dépend, elle, du préfet. Les règles se précisent sur fond de jurisprudences

Quelques définitions pour y voir plus clair

Le préavis

Pour être licite, la grève doit avoir fait l'objet d'un préavis (art. 5 de la loi du 31 juillet 1963), déposé par une organisation syndicale représentative. Ce préavis, **précisant les motifs du recours à la grève**, doit parvenir **cinq jours francs** avant le déclenchement de la grève. Le préavis fixe le lieu, la date, l'heure de début et la durée limitée ou non de la grève.

Pendant la durée du préavis, les parties intéressées sont tenues de négocier (art. 4 de la loi n° 82-889 du 19 octobre 1982).

Les assignations

L'assignation au travail est une décision privative de l'exercice du droit de grève.

La notification doit être matérialisée, soit par lettre recommandée avec accusé de réception parvenue au moins la veille du déclenchement de la grève, soit par tout autre moyen irréfutable (par exemple remise du pli à l'agent, contre émargement sur un document officiel ou remise d'un récépissé signé).

La réquisition

La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 instaure le pouvoir de réquisition du préfet sur le personnel public de santé. Cette réquisition est une procédure écrite qui émane de l'autorité judiciaire (préfet, police nationale ou gendarmerie) et qui peut être utilisée dans le cadre de la grève dans le but d'assurer la permanence des soins. La réquisition est une procédure très lourde à mettre en place. L'agent est prévenu à son domicile de sa réquisition par un représentant de l'état.



L'article 3 définit ainsi que *l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales est complété par un 4° ainsi rédigé :*

*« 4° En cas d'urgence, lorsque l'atteinte au bon ordre, à la salubrité, à la tranquillité et à la sécurité publiques l'exige et que les moyens dont dispose le préfet ne permettent plus de poursuivre les objectifs pour lesquels il détient des pouvoirs de police, celui-ci peut, par arrêté motivé, pour toutes les communes du département ou plusieurs ou une seule d'entre elles, **réquisitionner tout bien et service, requérir toute personne nécessaire au fonctionnement de ce service ou à l'usage de ce bien et prescrire toute mesure utile jusqu'à ce que l'atteinte à l'ordre public ait pris fin.** »*

La réquisition peut donc être décidée en cas de grève dans des services d'urgence de ville par exemple afin de maintenir la permanence des soins.

Les assignations abusives

Serait considéré comme portant atteinte au droit de grève le fait d'assigner un nombre de personnes nettement supérieur à celui nécessaire pour assurer le fonctionnement du service minimum. Certains hôpitaux pourraient avoir recours à cette méthode afin de minimiser les pertes financières de l'établissement.

En cas d'assignation abusive, l'agent concerné (ou les agents concernés) pourra saisir le Tribunal Administratif par une procédure en référé liberté.

Le référé liberté est défini par l'article L. 525-2 du Code de Justice Administrative. Ce dernier précise que : *« Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures. »*

Droits et devoirs des agents assignés

Les droits et devoirs des agents assignés sont exactement les mêmes que pour un agent en service normal. L'agent doit exécuter l'intégralité des fonctions confiées au regard de l'organisation mise en place dans un contexte de service minimum.

L'agent, sur sa tenue, peut indiquer qu'il est assigné.

À noter : aucune retenue sur traitement n'est opérée pour les agents grévistes et assignés au travail par l'administration.

Sanctions en cas de refus de l'assignation

Le refus de l'agent d'assurer son service, alors qu'il a été averti de son assignation, constitue une faute professionnelle, et, de ce fait, peut être sanctionné.

LA PERTE DE SALAIRE

Si vous êtes assignés (déclaré gréviste ou non) aucune perte de salaire.

Une journée de grève coûte cher. Mais dans la Fonction Publique Hospitalière, nous avons possibilité de ne faire grève qu'une, deux ou trois heures.

La retenue sur salaire sera proportionnelle à la durée de l'absence

La lettre circulaire DH/FH1 96-4642 du 12 janvier 1996 précise :

- ▶ Pour une journée de grève : 1/30^e du traitement mensuel brut
- ▶ Pour une demi-journée de grève : 1/60^e du traitement mensuel brut
- ▶ Pour une heure de grève : 1/234^e du traitement mensuel brut

Pas obligé donc de sacrifier une journée entière de salaire...

Un service minimum soignant est indispensable au fonctionnement d'un établissement hospitalier. Si le droit de grève des agents hospitaliers s'exerce dans un cadre très contraint, a fortiori actuellement alors que le service minimum s'apparente à celui du quotidien, il n'en demeure pas moins un **droit** et le combat débute sans aucun doute par en exiger le respect.

Il n'appartient pas à l'agent de s'inquiéter d'être assigné.

Sans assignation conforme au cadre légal, tout agent peut faire valoir son droit de grève.

Assigné et à son poste de travail, un agent peut se déclarer gréviste afin d'être recensé.

**Rédaction du Bureau National
du Syndicat CNI**

Mise en place du Comité Social et Économique (CSE)

Le Comité Social et Économique (CSE) est destiné à remplacer l'ensemble des institutions représentatives élues du personnel de l'entreprise. Mis en place par les ordonnances Macron du 22 septembre 2017 (ordonnance 1386) dans le cadre de la réforme du Code du travail. D'ici le 1^{er} janvier 2020, il se substituera ainsi notamment aux délégués du personnel, au comité d'entreprise et au CHSCT.

Le CSE doit être mis en place dans toutes les entreprises d'au moins 11 salariés d'ici le 1^{er} janvier 2020.

Le calendrier de substitution dépend de la date d'élection des actuels représentants du personnel.

Dans les entreprises employant entre 11 et 49 salariés, les compétences du comité social et économique se rapprochent de celles attribuées aux délégués du personnel.

À partir de 50 salariés, le comité social et économique de l'entreprise bénéficie de compétences étendues, proches de celles attribuées au comité d'entreprise, au CHSCT et aux délégués du personnel.

La composition du comité social et économique est calquée sur celle du comité d'entreprise. Le CSE comprend donc l'employeur et une délégation du personnel.

Seule différence : L'employeur, qui assure la présidence du CSE, peut être assisté par trois collaborateurs au lieu de deux.

Dans les entreprises de moins de 300 salariés, le délégué syndical est membre de droit du CSE.

Dans les entreprises d'au moins 300 salariés, chaque organisation syndicale représentative dans l'entreprise ou l'établissement peut désigner un délégué pour siéger au sein du CSE.

La commission CSSCT

Les commissions santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) font partie, avec d'autres commissions thématiques (commission « Formation », commission de l'égalité professionnelle...), des

commissions susceptibles d'être créées, ou devant l'être, au sein du comité social et économique (CSE) des entreprises d'au moins 50 salariés.

Elle se voit confier, par délégation du CSE, tout ou partie des attributions du comité relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail, à l'exception du recours à un expert et des attributions consultatives du comité (la CSSCT ne peut ainsi émettre un avis en lieu et place du CSE).

Cette commission devra obligatoirement être créée au sein du CSE dans :

- ▶ les entreprises d'au moins 300 salariés. L'effectif est apprécié selon les modalités prévues par le Code du travail (« Les règles de décompte des effectifs ») ;
- ▶ les établissements distincts d'au moins 300 salariés ;
- ▶ les établissements mentionnés à l'article L. 4521-1 du Code du travail (par exemple : établissement comportant au moins une installation nucléaire de base, classés Seveso, etc.), sans condition d'effectif.

Financement

Dans les entreprises d'au moins 50 salariés, l'employeur verse une subvention de fonctionnement au comité social et économique égal à 0,20 % de la masse salariale brute (0,22 % dans les entreprises de plus de 2000 salariés).

Heures de délégation :

Les salariés membres du CSE bénéficient de crédit d'heures d'au moins :

- ▮ 10 heures par mois dans les entreprises de moins de 50 salariés,
- ▮ 16 heures par mois dans les autres entreprises.

Le temps passé en réunion du CSE est rémunéré comme du temps de travail, et n'est pas déduit de ces heures de délégation. Il en est de même du temps passé en formation.

Formation

Les salariés qui sont élus au comité social et économique pour la première fois bénéficient d'un stage de formation d'une durée maximale de cinq jours.

Réunions

Le nombre de réunions du CSE est fixé par accord collectif, sans pouvoir être inférieur à six par an. En l'absence d'accord, le CSE se réunit au moins une fois par mois dans les entreprises de plus de 300 salariés et au moins une fois tous les deux mois dans les autres entreprises.

Les réunions du CSE rassemblent l'employeur ou son représentant et les membres de la délégation du personnel, ou à défaut leurs suppléants.

Protection

Les membres de la délégation du personnel au CSE bénéficient du même statut protecteur que les délégués du personnel et les élus du comité d'entreprise.

Assurer l'expression collective des salariés

Comme le comité d'entreprise qu'il est amené à remplacer, le CSE a pour mission d'assurer une expression collective des salariés permettant la prise en compte permanente de leurs intérêts dans les décisions relatives à la gestion et à l'évolution économique et financière de l'entreprise, à l'organisation du travail, à la formation professionnelle et aux techniques de production. C'est dans ce cadre, et sur les questions dont la liste est fixée par le Code du travail ou par accord, qu'il doit, notamment, être consulté par l'employeur avant toute prise de décision (voir ci-dessous).

Le CSE est informé et consulté sur les questions intéressant l'organisation, la gestion et la marche générale de l'entreprise, notamment sur :

- ▮ les mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs ;

- ▮ la modification de son organisation économique ou juridique ;
- ▮ la durée du travail ou les conditions d'emploi, de travail et de formation professionnelle ;
- ▮ l'introduction de nouvelles technologies, l'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ;
- ▮ les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils, des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Lors des visites de l'inspecteur du travail (ou de tout autre agent de contrôle de l'inspection du travail), les membres de la délégation du personnel au CSE sont informés de sa présence par l'employeur et peuvent présenter leurs observations. L'agent de contrôle se fait accompagner par un membre de la délégation du personnel du comité compétent, si ce dernier le souhaite.

Le CSE exerce ses missions sans préjudice des dispositions relatives à l'expression collective des salariés (par exemple, le droit à l'expression directe et collective prévu par l'article L. 2281-1 du Code du travail et aux délégués syndicaux, ces derniers conservent ainsi toutes leurs prérogatives, sous réserve des dispositions spécifiques prévues pour la négociation et la conclusion d'accords d'entreprise lorsqu'un conseil d'entreprise est mis en place dans l'entreprise).

Le Code du travail prévoit une information et une consultation obligatoire (ponctuelle ou récurrente) du CSE sur différents sujets ou domaines. Il est donc amené à émettre des avis consultatifs.

Il formule également, à son initiative, et examine, à la demande de l'employeur, toute proposition de nature à améliorer les conditions de travail, d'emploi et de formation professionnelle des salariés, leurs conditions de vie dans l'entreprise ainsi que les conditions dans lesquelles ils bénéficient de garanties collectives complémentaires en matière de prévoyance ou de retraite.

Jérôme FOUQUE

Manipulateur en électro radiologie
Syndicat CNI - Hôpital St-Joseph Marseille

Infirmier en Pratique Avancée, nouveaux textes...

Les textes actant l'exercice en Pratique Avancée pour les infirmiers ont été publiés au Journal Officiel le 19 juillet 2018 (cf. article Revue CNI n° 47 page 8) et la suite s'écrit :

En effet, l'article R. 4301-2 précisait :

Le ou les domaines d'intervention ouverts à l'exercice infirmier en pratique avancée, dont la mention correspondante est inscrite dans le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée, sont les suivants :

- ▶ Pathologies chroniques stabilisées ; prévention et poly pathologies courantes en soins primaires. La liste des pathologies chroniques stabilisées est établie par arrêté du ministre chargé de la santé,
- ▶ Oncologie et hémato-oncologie ;
- ▶ Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale.

La liste des pathologies chroniques stabilisées définies par l'article R. 4301-2 sont fixées par arrêté. L'arrêté du 18 juillet 2018 fixe la liste des pathologies suivantes : accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et diabète de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie.

Suite au décret n° 2019-835 du 12 août 2019 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et à sa prise en charge par l'assurance maladie, **le champ d'exercice de l'IPA est étendu** dans le domaine d'intervention « psychiatrie et santé mentale ». L'article R. 4301-2 du Code de la Santé Publique est donc modifié avec l'ajout de ce nouveau domaine d'intervention. La **santé mentale** et la **psychiatrie** vont intégrer les enseignements à la prochaine rentrée.

Ce **décret du 12 août** permet également d'« **encadrer l'exercice des étudiants** en formation au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée lors de leurs stages.

Par ailleurs, le décret modifie les codes de la santé publique, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles afin de **permettre**

l'exécution des prescriptions émanant d'un infirmier exerçant en pratique avancée par une infirmière, un technicien de laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie d'officine ou un service de soins infirmiers à domicile.

Il permet également la prise en charge par l'assurance maladie d'une prescription de produit de santé émanant d'un infirmier exerçant en pratique avancée.

Enfin, lorsque l'infirmier exerçant en pratique avancée est amené à demander une consultation d'un médecin spécialiste correspondant dans le cadre du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, ce décret permet de ne pas majorer la participation de l'assuré »

Un **nouvel arrêté** est paru au Journal Officiel le **13 août 2019*** et vient ainsi compléter le cadre juridique de la mise en place de l'exercice infirmier de pratique avancée.

Le texte précise que « en ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription s'effectue dans le cadre d'une procédure écrite établie par le médecin ». Pour de nombreux **médicaments utilisés en psychiatrie** tels « les thymorégulateurs, psychostimulants, antipsychotiques atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques approuvés dans le traitement de troubles psychiatriques et traitement de substitution aux opiacés, le renouvellement ou l'adaptation de la prescription peut, à l'appréciation du médecin, s'effectuer dans le cadre d'une procédure écrite établie par ce dernier. »

Nathalie DEPOIRE

Présidente du Syndicat CNI Hôpital Nord Franche Comté

* Arrêté du 12 août 2019 modifiant les annexes de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de la santé publique.

Frais de formation

Vos frais de déplacement peuvent vous être remboursés si vous vous déplacez hors de votre résidence administrative et de votre résidence familiale pour suivre une formation initiale ou une formation continue.

Un décret du 26 février 2019 et ses arrêtés ont modifié les remboursements des frais de formation. Les agents publics des trois versants de la fonction publique sont concernés.

Suite à cette harmonisation, voici la base forfaitaire définie :

	FRANCE MÉTROPOLITAINE			OUTRE - MER	
	Taux de base	Grandes villes ¹ et commune de la métropole du grand Paris	Commune de Paris	Martinique, Guadeloupe, Guyane, La réunion, Mayotte, Saint-Barthélemy, Saint-Pierre et Miquelon, Saint-Martin	Nouvelle-Calédonie, îles Wallis et Futuna, Polynésie française
Hébergement	70 €	90 €	110 €	70 €	90 € ou 10 740 F CFP
Déjeuner	15,25 €	15,25 €	15,25 €	15,75 €	21 € ou 2 506 F CFP
Dîner	15,25 €	15,25 €	15,25 €	15,75 €	21 € ou 2 506 F CFP

Si les tarifs sont supérieurs à ces taux, le remboursement s'effectue sur la base forfaitaire.

S'ils sont inférieurs à ces taux, le remboursement est effectué sur la base des frais réels.

Vous devez, bien sûr, veiller à conserver vos justificatifs de frais et les transmettre avec votre demande de remboursement.

Avant votre départ en formation, nous vous invitons à contacter le service référent de votre établissement afin d'obtenir le formulaire de demande de remboursement.

Vous pourrez ainsi préciser également les modalités d'avance de frais, ces dernières ne pourront excéder 75 % des frais engagés.

L'hébergement (chambre et petit déjeuner) est pris en charge si vous vous trouvez en mission pendant la totalité de la période comprise entre 0 heure et 5 heures.

NB: Le taux d'hébergement prévu est fixé dans tous les cas à 120 € pour les agents reconnus en

qualité de travailleurs handicapés et en situation de mobilité réduite.

Frais de transport

Le service qui autorise le déplacement choisit le moyen de transport au tarif le moins onéreux et le plus adapté à la nature du déplacement.

Si vous utilisez les transports en commun, vos frais sont pris en charge sur présentation des justificatifs.

Si vous utilisez votre voiture personnelle, vous êtes indemnisés de vos frais de déplacement :

- soit sur la base du tarif de transport en commun le moins onéreux,
- soit sur la base d'indemnités kilométriques dont le montant varie selon le type du véhicule, sa puissance et la distance parcourue.

Textes de référence

- Décret n° 2019-139 du 26 février 2019 modifiant le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État,

¹ - Villes de plus de 200 000 habitants : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice, Rennes, Strasbourg, Toulouse.

- ▶ Arrêté du 26 février 2019 modifiant l'arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités de mission prévues à l'article 3 du décret N° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État,
- ▶ Arrêté du 26 février 2019 pris en application de l'article 11-1 du décret N° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État,
- ▶ Arrêté du 26 février 2019 modifiant l'arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités de

stage prévues à l'article 3 du décret N° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État,

- ▶ Arrêté du 26 février 2019 modifiant l'arrêté du 3 juillet 2006 fixant les taux des indemnités kilométriques prévues à l'article 10 du décret N° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels de l'État.

**Rédaction du Bureau National
du Syndicat CNI**

GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR

★
2, COURS SABLON - 63000 CLERMONT-FERRAND
04 73 26 44 50
GROUPE DROUIN.FR
★

MIPS/AIAS un vieux duo trop peu connu !

À l'origine

La MIPS : une mutuelle évolutive et engagée

Fondée le 9 mai 1909 sous la dénomination AMI - Association Mutuelle des Infirmières - la MIPS proposait à ses adhérents une indemnité journalière au bénéfice d'infirmières sans revenus suite à un accident ou une maladie. À partir de 1945, l'AMI pourvoit à ses adhérents un régime de santé complémentaire et une prévoyance. Ses prestations concernent non seulement les infirmières mais aussi les assistantes sociales. Suite à la création du Régime de la Sécurité Sociale et à l'instauration du Code de la Mutualité, les mutuelles doivent s'adapter. L'AMI (Association Mutuelle des Infirmières) est concernée par ces évolutions. Lors de la disparition en 1947 de la Caisse Primaire d'Assurance Sociale des Infirmières de la Croix Rouge, l'AMI élargit son champ d'action. Désormais ses prestations s'adressent aux infirmières mais aussi aux assistantes sociales. Son appellation change pour devenir la MIAS (Mutuelle des Infirmières et Assistantes Sociales et aujourd'hui la MIPS, Mutuelle Nationale Interprofessionnelle des Professions du Soins et du Social).

L'AIAS : de l'Amicale des Infirmières et des Assistantes Sociales à l'Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soins et du Social

Créée en 1950, l'AIAS trouve son fondement dans le mouvement mutualiste de l'après-guerre, au service des professionnels du soins et du social depuis plus de 60 ans.

C'est une association loi 1901 qui propose aux acteurs du paramédical, du social et aux sages-femmes des assurances professionnelles avec pour objectif principal : permettre aux salariés et aux libéraux de ces spécialités d'exercer sereinement leur activité.

Au fil des années, l'AIAS a changé. La liste des professions couvertes s'est étoffée. Afin d'être plus représentative de la diversité de son sociétariat, son nom a également évolué pour être désormais l'Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soins et du Social. Ce qui a traversé le temps et reste identique à son origine : son engagement !

Aujourd'hui

Le duo est inséparable et complémentaire

La MIPS ne dispose plus d'une offre de santé, mais s'engage toujours auprès des professionnels salariés et libéraux du paramédical et du social en proposant des actions en faveur de la prévention des risques professionnels. Au travers de cette démarche, l'ambition est de sensibiliser les professionnels du paramédical (aides-soignants, infirmiers - IDE, IBODE, IADE, puéricultrices, cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes... y compris les sages-femmes) et du social (auxiliaires et assistants de vie, enquêteurs sociaux, éducateurs...) sur les risques encourus dans le cadre de l'exercice de leur activité. Ces projets déclinés sous la forme d'enquêtes, de réunions de sensibilisation (...) s'adressent notamment aux adhérents de l'AIAS. Dans le cadre de la mise en œuvre de ses projets, la MIPS s'associe à ses partenaires (organisations professionnelles du paramédical et du social) pour être au plus proche de la réalité du terrain.

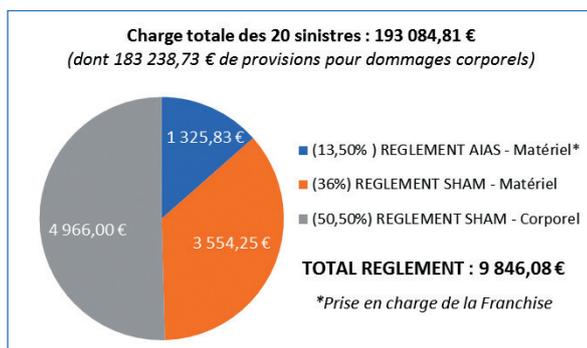
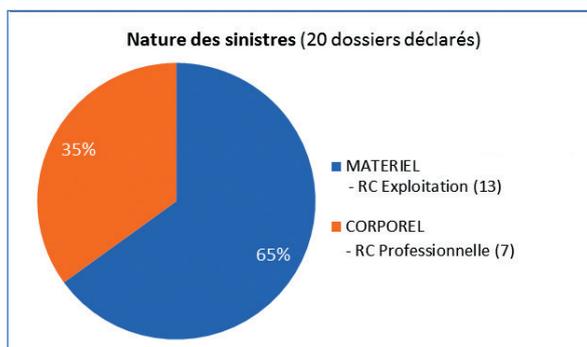
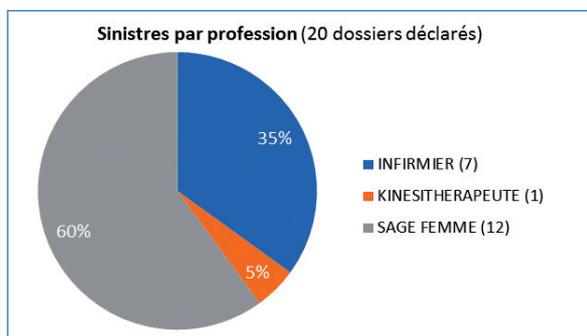
Concrètement, comment se formalise cette approche ?

- ▶ Une trentaine de professions du soins et du social couvertes en matière de RC Pro et de Protection Juridique.
- ▶ Un Conseil d'Administration composé de professionnels en activité et représentatifs de notre sociétariat ainsi que des représentants d'associations et syndicats professionnels.
- ▶ Une mutualisation des garanties.
- ▶ Une franchise intégralement prise en charge par l'AIAS en cas d'engagement de votre Responsabilité Civile.
- ▶ Une proximité avec nos adhérents par une écoute humaine et un service de qualité.
- ▶ Des actions d'information et de prévention organisées en partenariat avec notre partenaire la MIPS et en lien avec des associations et des syndicats professionnels.

Quelques chiffres :

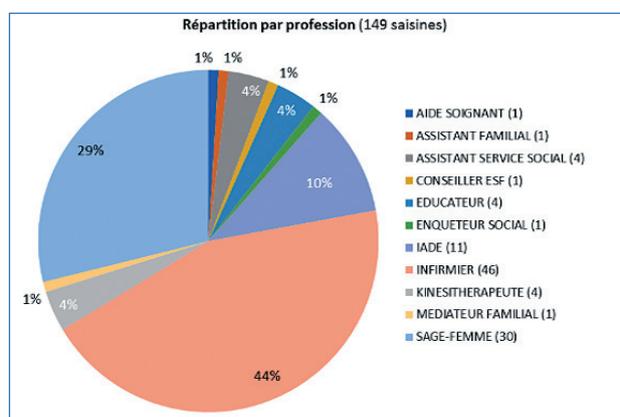
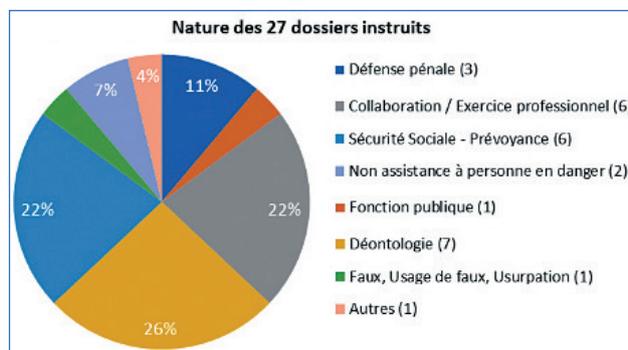
4000 personnes sont couvertes dont 2 000 professions infirmières, 3 000 libéraux et 1 000 salariés environ, 2 tiers du soins et 1 tiers du social.

Sinistres 2018 - Responsabilité Civile



Sinistres 2018 - Protection Juridique

POLE DE PROTECTION JURIDIQUE	
Nombre de saisines :	104
POLE DE PROTECTION JURIDIQUE	
Nombre d'assistances par téléphone :	77



	NOMBRE DE DOSSIERS - Capital Main Active & Soutien Psychologique 2016 à 2018		
	2016	2017	2018
CMA	4	2	5
Soutien psy.	4	8	1

Quelques exemples de Responsabilité Civile (RC) et Protection Juridique (RJ)

RC:

- › Perte de solution injectable
- › Lésion dentaire suite à intubation
- › Exposition au sang
- › Erreur d'injection
- › Infection suite à ablation prématurée de fils
- › Erreur d'administration médicamenteuse
- › Œdème sous cutané suite à perfusion
- › Bris d'ampoule injectable
- › Chute d'un patient depuis un lève-malade

PJ: surtout pour libéral et salarié privé

- › Harcèlement sur le lieu de travail
- › Litige avec l'URSSAF (libéral)
- › Baisse de cotation avec perte de salaire
- › Licenciement abusif
- › Détournement de patientèle
- › Litige avec la CPAM, caisse de retraite...
- › Convocation devant le conseil de l'Ordre...
- › Litige sur paiement des astreintes
- › Demande d'information sur le refus de soins

En conclusion :

L'AIAS est le partenaire historique de la MIPS et le partage de valeurs identiques a favorisé leur rapprochement naturel. Elle continue de proposer aux salariés et aux libéraux, des garanties responsabilité civile professionnelle et protection juridique. Elle propose aussi des projets initiés par et pour nos adhérents. Notre volonté est de fournir aux professionnels que nous garantissons des produits adaptés à leurs attentes. Cela a commencé avec la garantie individuelle accident Capital Main Active en 2011. À partir du 1^{er} janvier 2014, les adhérents de l'AIAS bénéficient en complément de leurs garanties professionnelles, d'une Assistance Psychologique.

Cet accompagnement peut être sollicité en cas d'évènement traumatisant survenu dans un contexte privé ou professionnel. L'engagement de l'AIAS est avant tout humain et au bénéfice de tous.

Vous ne pouvez plus dire que vous ne nous connaissez pas alors si vous adhérez à l'AIAS, vous rejoignez des femmes et des hommes engagés pour un exercice serein de votre profession. À très bientôt donc.

Éric AUDOUY

Président AIAS et Vice-président MIPS
Infirmier, Syndicat CNI AP-HM

David GILLET

Directeur Adjoint AIAS et MIPS



2019

a.i.a.s
PROTECTION DES ACTEURS
DU SOIN ET DU SOCIAL

a.i.a.s
30 route des Creusettes - 74330 POISY
Tél : 04 50 45 10 78 - contact@aias.fr
www.aias.fr
Association Loi 1901

Protection Juridique (PJ)

Un accompagnement juridique pour les litiges de votre vie professionnelle.

Vous êtes confronté à :

- ✓ un litige avec votre employeur ;
- ✓ un différend avec un organisme social, de prévoyance ou de retraite ;
- ✓ ...

- Assistance téléphonique ;
- Recherche d'une solution amiable ;
- Prise en charge des frais de procédure dans la limite de notre barème ;
- Recours en responsabilité ;
- Possibilité d'être représenté par l'avocat de son choix sous réserve de validation en amont auprès de l'assureur.

Assistance psychologique

Un soutien en cas d'évènement traumatisant dans le cadre de la vie professionnelle ou privée.

L'organisation et le prise en charge de prestations selon la situation.

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien ;
- et si nécessaire de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Capital Main Active (CMA)

Une garantie accident corporel innovante.

La protection de votre outil de travail en cas de perte d'usage de la main ou d'un membre supérieur suite à un accident dans un cadre professionnel ou privé.

Capital de 10 000 € avec une indemnisation sur la base du taux réel d'invalidité tel que prévu par le barème AIAS (nous consulter).

1,4 million d'accidents de la main chaque année.
Comment travailler sans ?

Cotisations annuelles 2019 : Professionnels

L'Assistance Psychologique et Capital Main Active sont incluses dans votre cotisation d'affiliation

Cotisation d'affiliation à l'Association AIAS	10 € / an
+	
Tarif adhérent CNI (salarié)	
Protection Juridique	18 € / an (3,50 € par mois)

Cotisations annuelles 2019 : Etudiants

Protection Juridique Responsabilité Civile	7 € / an
---	----------

Modalités d'adhésion

- Cotisation due pour l'année civile et payable d'avance annuellement (pour une adhésion en cours d'année, montant des garanties RC et PJ calculé au prorata).
- Prise d'effet des garanties : le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion.
- Renouvellement : chaque année civile par tacite reconduction sauf dénonciation par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance (31/12).

Adhérent de la CNI
Travaillez l'esprit tranquille !

Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soin et du Social
Contrats collectifs souscrits pour le compte des membres de l'AIAS auprès de la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM) pour les garanties Responsabilité Civile, Protection Juridique, Capital Main Active et d'Inter Mutuelles Assistance (CMA) pour la garantie Assistance Psychologique.
Les notices d'information des contrats sont disponibles sur simple demande auprès de l'AIAS ou sur le site web : www.aias.fr

Aide-soignant : un métier en voie de disparition

Ces dernières années les instituts de formation d'aide-soignant voient leurs recrutements diminuer de manière très importante.

Le groupe d'étude de recherche et d'action pour la formation d'aides-soignants (GERACFAS) a fait une étude en 2018, les résultats sont en chute libre.

En effet, le retour de l'enquête montre une baisse de près de 30 % dans plusieurs régions, alors que la demande est forte, en effet, 95 % des personnes formées trouvent du travail dans les 6 mois :

► 2016 : 42 603 candidats pour 11 090 places

► 2017 : 35 232 candidats pour 10 631 places

► 2018 : 26 162 candidats pour 11 134 places

Les instituts de formation aides-soignantes sont soucieux de la baisse d'inscrits aux épreuves de sélection entraînant des difficultés pour remplir les écoles. Les listes principales sont très vite retenues ainsi que les listes complémentaires qui sont actuellement récupérées par les différents instituts n'arrivant pas à un nombre d'étudiants suffisants dans leurs promotions. Les responsables des IFAS se posent de multiples questions du fait de ce constat unanime de la baisse des candidatures. Les inquiétudes se font ressentir sur le devenir de cette profession.

Il est impératif de se préoccuper des difficultés d'attractivité de ce métier contraignant, difficile et mal payé, où la pénibilité et la charge de travail trop lourde ne sont pas reconnues, avec des patients de plus en plus dépendants, poly pathologiques et très âgés. Toutes ces contraintes entraînent très souvent chez le personnel soignant un épuisement physique et moral. Face à un manque d'effectif et à un absentéisme grandissant et récurrent, les soignants sont confrontés à ce qu'ils ressentent comme de la maltraitance institutionnelle. Les soignants, font face à des difficultés d'éthique et de respect de la personne soignée, il leur est demandé, dans un souci de rentabilité, de faire des toilettes à « la chaîne » entraînant un non-respect des rythmes physiologiques des personnes âgées

et/ou malades et créant chez le personnel, un épuisement psychique et physique rapide avec en conséquence des arrêts de travail, des démissions, des burn-out.

À cela s'ajoute un salaire peu attractif (1532,32 euros brut par mois en début de carrière) plaçant les aides-soignants en emplois précaires et non attrayants.

Dans la feuille de route du dossier de presse du 30 mai 2018 « grand âge et autonomie » Madame Buzyn Ministre des solidarités et de la santé donne des grands axes afin de réfléchir sur des questions relatives aux difficultés rencontrées par notre société vieillissante.

Elle lance un débat et une réflexion associant l'ensemble des acteurs et des citoyens.

Un débat a eu lieu entre le GERACFAS et la Ministre des solidarités et de la santé concernant les enjeux de la prise en charge du grand âge et la formation des aides-soignants. La préoccupation des difficultés d'attractivité du métier inquiète. Madame Buzyn a demandé une contribution écrite afin de réfléchir et discuter sur comment relancer la dynamique de cette formation. Une demande importante existe dans les EHPAD.

Son principal objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de prévenir la perte d'autonomie. Elle souhaite prioriser la prévention au domicile comme dans les établissements, en repensant et en facilitant le parcours de santé des personnes âgées, favoriser le maintien à domicile par l'adaptation des lieux de vie et le soutien aux aidants, améliorer la qualité des soins et des accompagnements en établissement en renforçant la confiance des personnes âgées et de leur famille, mais aussi soutenir les professionnels et améliorer la qualité de vie au travail.

Ce dernier objectif ne semble pourtant pas être la priorité de nos têtes pensantes bien au contraire,

avec un constat malheureusement inverse et notamment des suppressions de poste, le nerf de la guerre est pour eux « faire des économies coûte que coûte ».

Il est primordial de redonner une attractivité à la formation d'aide-soignant, en développant et élaborant des outils de communication, d'information, en valorisant ce métier du soin, en permettant aux soignants de travailler en adéquation avec leurs valeurs, en libérant du temps consacré à la relation soignant/soigné qui donne à ce métier toute sa sublimité.

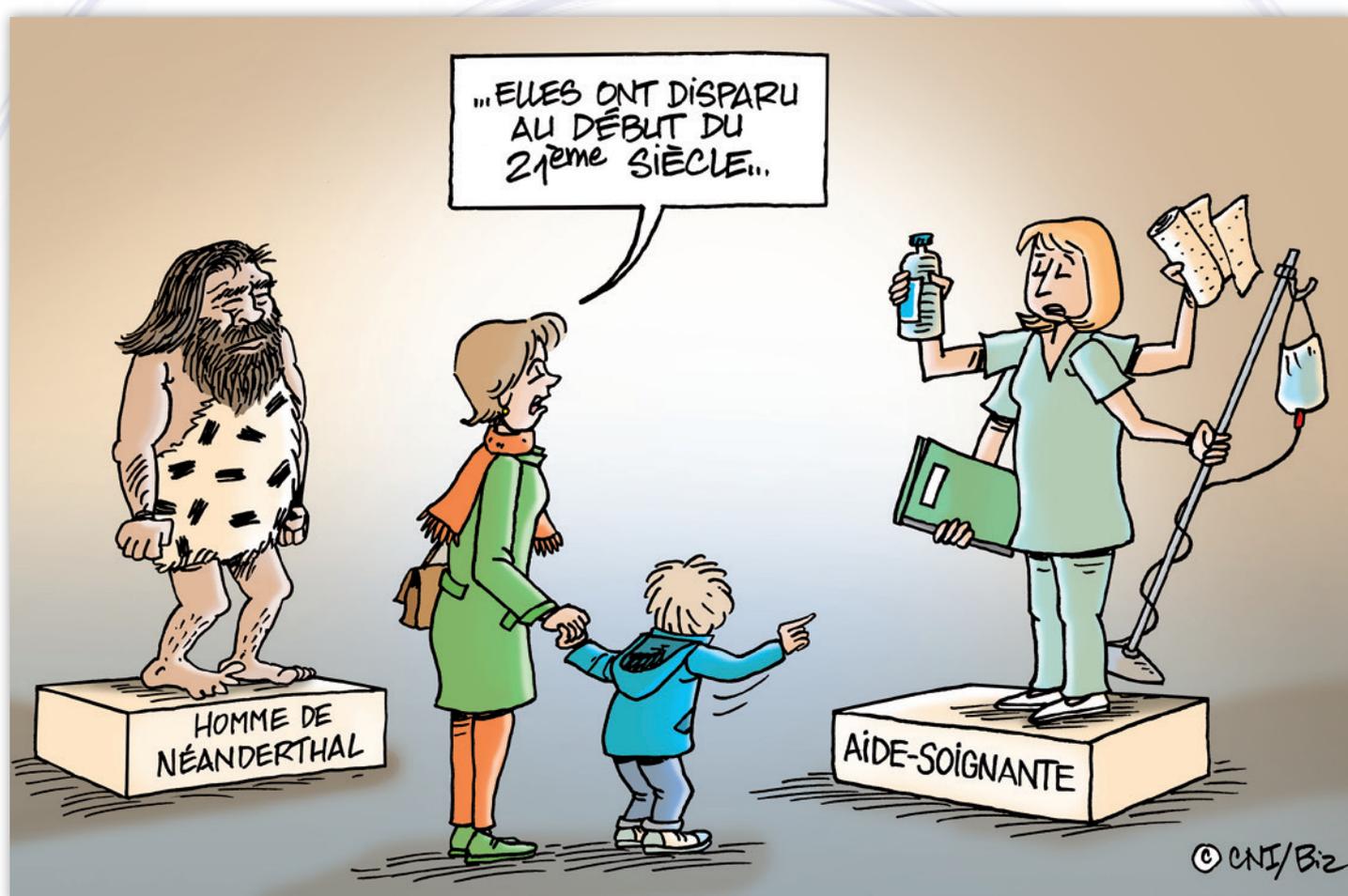
Notre syndicat professionnel œuvre dans la reconnaissance du métier aide-soignant où

l'aspect qualitatif est une priorité pour nous, par rapport à l'aspect quantitatif demandé par nos dirigeants. De plus le côté attractivité financière est à prendre en compte.

Une réingénierie de la formation aide-soignante est en cours, nous revendiquons le passage en catégorie B pour cette profession, qui se justifie d'ores et déjà de par le niveau d'entrée en IFAS, accompagné d'une réelle revalorisation salariale ainsi qu'une ouverture du champ de compétences et la création d'un rôle propre.

Sandrine GARDIOL

Infirmière formatrice en IFAS



Voyage « Système-Hic » au cœur de la famille « On s'dit rien »...

Ces dernières années les instituts de formation d'aide-soignant voient leurs recrutements diminuer de manière très importante.

Il était une fois l'histoire d'un groupe d'individus, unis par de très forts liens de sang, entachés d'une affection et d'une tendresse inégalables, mais qui pourtant faisaient couler beaucoup d'encre lorsqu'il s'agissait de raconter leurs relations au quotidien...

D'aucuns se souviennent du temps où Laura, 15 ans, ne semblait plus satisfaire aux exigences de ses parents (Revue CNI n° 47 - oct 2018) : « *elle n'est plus aussi docile, elle menace de fuguer ou de se scarifier, elle entre en furie, elle tente de nous lever la main dessus, etc.* » rapportaient ceux-ci en envisageant de lui faire consulter un psychologue. Un an plus tard et après moult tentatives avortées d'apaiser le climat intrafamilial, Laura et ses parents sont d'accord pour emprunter cette voie qu'ils ont longée, sans jamais vraiment oser s'y aventurer.

Vous l'aurez compris, dans la famille ON-S'PARLE-PAS, l'équilibre et l'harmonie s'articulent autour d'une entente implicite à dire que Laura est le problème ! Cet été, la jeune fille a osé verser la goutte qui a fait déborder leur vase en annonçant brutalement sa ferme décision à ne pas reprendre le chemin de l'école : « *depuis la maternelle vous me forcez à aller à l'école, j'ai maintenant 16 ans, la scolarité n'est plus obligatoire donc je fais ce que je veux; j'aime pas l'école, faire des études c'est nul et ch..., vous n'avez que ça à me dire « travailleilles, travailleilles ! » ; que je sois gaie ou triste ça vous est égal, vous me reprochez d'être la honte de votre famille sans vous apercevoir que C'EST VOUS qui n'êtes jamais là pour moi...* ». Passé le choc émotionnel dû à cette annonce « *déplacée et irrévérencieuse* » dixit M. et Mme O., ils décident de faire appel à « *ces professionnels qui pensent qu'ils sont de*

mauvais parents et qu'ils ne savent pas éduquer leur fille... ».

« Équipe des thérapies familiales, bonjour... »

« Bonjour Mme (...), sur les conseils de la psychologue que nous avons contactée l'année dernière parce que notre fille filait du mauvais coton à ne plus vouloir se soumettre à notre autorité, je voudrais que vous nous receviez tous ensemble afin que cette situation change ! »

« Vous voulez dire que vous êtes en demande d'une prise en charge familiale parce que tous vous vous sentez concernés par les difficultés relationnelles actuelles ? »

« Enfin... si vous le dites, quoi qu'il en soit IL FAUT que ça s'arrête ! Laura ne nous respecte plus du tout, ma femme est au bord de la dépression et moi si ça continue je vais m'isoler sur une île déserte ! »

Cet appel téléphonique survient dans un contexte de crise de vie (adolescence) et de transition familiale (tentative d'individuation de Laura *versus* remise en question de l'autorité des parents); par ce biais, M. O. devient le porte-parole de son foyer, la porte d'entrée des thérapeutes dans le système familial, celui qui permet que la famille entre en thérapie.

Dans un premier temps, la place assignée à chaque membre de la famille On-s'parle-pas serait la suivante :

- ▶ Laura est le patient-désigné,
- ▶ Mme O. (que nous appellerons Sophie) souffre de cette situation,
- ▶ M. O. (que nous appellerons Marc) demande de l'aide.

Les thérapeutes familiaux auront à charge de s'affilier à la famille, puis en occupant une place d'observateurs de : repérer et respecter la règle familiale (mode de communication, valeurs, croyances...), favoriser l'expérimentation en séance de la dynamique interactionnelle, soutenir l'utilité de l'expression des troubles du patient en tant que vecteurs de la survie du système familial (connotation du symptôme), définir des objectifs de travail thérapeutique précis en ayant recours si besoin au recadrage ou à l'amplification.

Séance 1

Marc et Sophie présentent leur adolescente Laura comme ayant adopté depuis peu un comportement des plus irrespectueux, en tant que parents ils trouvent que celle-ci ne les considère plus, si ce n'est comme ses copains. À plusieurs reprises, sur invitation des thérapeutes à commenter la présentation que ses parents font d'elle, Laura est soit en posture fermée qui donne lieu à un feedback parental de type « vous voyez, elle ne respecte même pas votre fonction, c'est pareil qu'avec nous ! » ; soit elle s'autorise à démentir les propos tenus justifiés par la déception qu'ils éprouvent à ne plus être les seuls décideurs de son parcours.

En s'affiliant tantôt aux parents, tantôt à l'adolescente, les thérapeutes soutiennent l'idée que ce n'est pas facile pour des parents de voir leur enfant en phase de se passer d'eux ni pour l'enfant de devoir renoncer à l'omniprésence et l'omnifaisance de l'adulte.

La fin de séance ayant donné lieu à une prescription de comportements : « en tant que parents continuez à montrer à votre fille qu'elle serait incapable de survivre sans vous ; Laura quant à vous, tâchez le plus possible de réussir dans ce que vous entreprendrez ! », les thérapeutes ont initié un support relationnel destiné à évaluer la capacité de la famille à entrer en changement.

Séance 2

Marc, Sophie et Laura ont fait l'expérience dans l'entre-deux séances du ressenti émotionnel de chacun selon sa fonction et le statut dans lequel on le confinait : à chaque fois que l'occasion s'est présentée (demande de sortie, argent de poche, participation aux tâches ménagères...), chacun a pu justifier son attitude en énonçant verbalement la consigne donnée par les thérapeutes. De sa place de père Marc a pu donner l'autorisation à Laura d'aller quelques jours en camping avec

ses amis en lui faisant accepter l'idée d'être leur convoyeur plutôt qu'à la laisser s'y rendre en stop ; Sophie a eu le plaisir de partager avec sa fille l'organisation d'une soirée pour laquelle l'adolescente avait profité des courses faites pour la maison pour acheter toutes les victuailles désirées plutôt que de devoir pour l'une demander un budget et l'autre donner de l'argent ; Laura, n'a pas cessé de les solliciter pour tout ou rien, arguant qu'elle ne se sentait pas d'agir seule.

Globalement parents et adolescente ont convenu d'un retour de dialogue, balisé certes par la consigne d'une tierce personne mais utile à la compréhension mutuelle de la nécessité de redéfinir des frontières claires pour le mieux-être de tous.

Au fil des séances, ce qui suscitait auparavant conflit, disputes et passages à l'acte s'est mué en écoute et acceptation des besoins de chacun, discussion visant à exprimer les efforts que chacun consentirait à faire pour améliorer les décisions communes et leur exécution. Au cours du processus thérapeutique, Laura a amené ses parents à ne plus être dans un excès d'autoritarisme, Marc et Sophie ont pu s'assouplir dans leurs positionnements en reconnaissant leurs craintes face au risque que leur fille ne leur échappe et qu'ils ne puissent compenser cette perte par d'autres investissements. L'adolescente a fait l'expérience du départ du nid accompagnée d'une autonomisation psychique qui ne lui vaille pas des conduites oppositionnelles ou des mises en danger pour être acceptée.

L'espace proposé permettait alors de « pouvoir se parler calmement, s'obliger à écouter leurs points de désaccord, oser tenter de sortir de sa zone de confort pour essayer autre chose de nouveau, etc. ». Ce qui se mettait en mouvement en séance, les interactions générant des réponses anxieuses ou paradoxales se sont progressivement transformées en reconnaissance réciproque de la mutation de la famille, changement qui n'incombait ou n'était soutenu ni par l'un ou l'autre des membres mais restait l'affaire de tous. Dans cette famille, ce n'était pas à cause de Laura finalement que la thérapie avait vu le jour ; mais GRÂCE à son impertinence et à sa rébellion, parents et enfant ont pu accéder à la dimension d'une séparation construite, dans le maillage de la confiance et l'acceptation du changement.

Elisabeth MORANTE

C.H. Béziers
Thérapeute Familial



Bulletin d'adhésion

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Etablissement ou secteur d'activité :

N° Tél : Email :

Service : N° Poste : Grade Catégorie / Collège :

Date :

Signature :

Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%.

Catégorie A Collège A Activité libérale	Catégorie B Collège B	Catégorie C Collège C	Cotisation Retraité	Etudiants (hors Salariés et PPH)
Cotisation 90 €	Cotisation 80 €	Cotisation 70 €	Correspondant à 50% du montant de la cotisation de la dernière catégorie occupée.	Cotisation 15€
après déduction fiscale 30.60 €	après déduction fiscale 27,20 €	après déduction fiscale 23,80 €	Déduction fiscale à hauteur de 66%	après déduction fiscale 5,10 €

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

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

Joignez à ce bulletin, un chèque de ... € à l'ordre du Syndicat CNI dont vous dépendez,

CNI de envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

Syndicat CNI

2 rue de la Milétrie - CS 90577 - 86021 POITIERS CEDEX

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

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

Contacts

Tél. : 07 86 20 16 11 - E-mail : secretariatnationalcni@gmail.com

www.syndicat-cni.org/

PLUS DE 3 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES NOUS FONT CONFIANCE. ET POURQUOI PAS VOUS ?

9 SUR 10
SOCIÉTAIRES
SATISFAITS*
DE NOS SERVICES

Retrouvez nos offres sur gmf.fr

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



ASSURÉMENT HUMAIN

GMF 1^{er} assureur des Agents du Service Public : selon une étude Kantar TNS de mars 2018.

*Selon une étude BVA de juillet 2018.

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle. Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

TBWA|PARIS