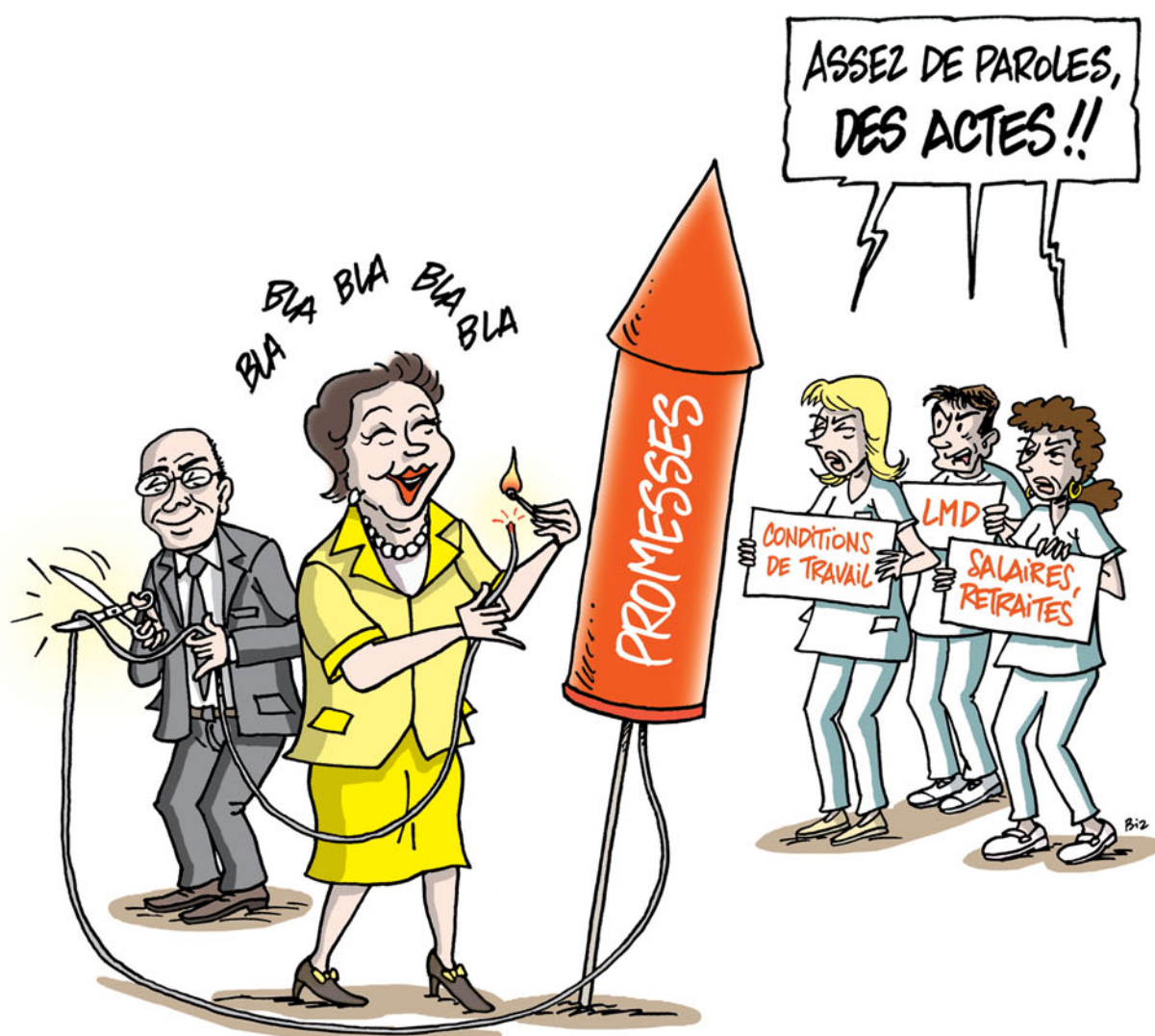


Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org





Sylvie N.
Infirmière

Être mieux formé pour mieux aider les autres.

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

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

Alors pourquoi pas vous ?



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

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



BIZ POUR LA COORD
Juillet 2009

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. 05 56 37 88 96 • Fax : 05 56 84 06 77
E-mail : annie.carbonne@free.fr
Campus Communication
4 rue Galvani - 75017 Paris

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

Directeur de la publication
Nathalie DEPOIRE

Responsables Comité de Rédaction
Régine WAGNER
(Infirmière, CHG Aix-en-Provence)

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

Comité de Rédaction
CNI AP-HM

Photos
Laurent FAIVRE
Stephane SCHOFFEN

Dessins
Pierre BIZALION

Maquette
Stephane JUILLA

Photos réalisées dans les services des Urgences, de Pédiatrie, de consultation Traumatologie, Unité de soins continus, hôpital de jour médecine du Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard. Nous remercions chaque membre du personnel pour son accueil et sa gentillesse.

Impression
Bioécoprint



Dépôt légal à parution

Toute l'info de la profession sur :

www.coordination-nationale-infirmiere.org

5 Éditorial

6 Hôpital public

- Attention danger
Andrée Renoir
- Billet d'humeur.....p.10
Danièle Hengn

12 H.P.S.T.

- Hôpital, Patients, Santé et Territoires,
le retour suite et fin.....
Eric Audouy

25 VAE Ibode

- Faut-il s'en indigner ou s'en réjouir ?
Chantal Levasseur



28 Psychiatrie

- Pas de couronne mais des fleurs..
Nadia Villard

30 Infos pratiques

- La retraite.....
- Heures supplémentaires défiscalisées.....p.31
Régine Wagner

33 Formation

40 Réforme des études

- Le canada dry des blouses blanches
Nathalie Depoire



48 La réserve sanitaire

- Kézaco ?.....
Andrée Renoir

50 Itinéraire d'un infirmier

- Interview de Sylvain Ruffier.....

52 Développement durable

- Les Hôpitaux mauvais élèves du développement durable.....

57 Les pansements

- Indications et utilisations recommandées.....

62 Plaies et cicatrisation

- Infirmières référentes en « plaies et cicatrisation ».....
Monique Malleret, Delphine Tixier

66 Offres d'emploi

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

Assurance Personnelle des Infirmiers
et autres professions paramédicales
des Aides-Soignants et professions à caractère social



Assurance Personnelle des Infirmiers et des Aides-Soignants

Les métiers des **Infirmiers** et autres **professions paramédicales**, des **aides-soignants** et **professions à caractère social** présentent des risques.

Pour cette raison, la GMF a conçu **l'Assurance Personnelle des Infirmiers** et des aides-soignants :

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



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

GMF en ligne  **0 820 809 809**

0,12 € TTC la minute

ou

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

1992 - 2009 ce sont bel et bien 17 longues années qu'il a fallu attendre pour voir naître le nouveau programme des études infirmières...

Ce qui était attendu comme une révolution s'avère être une réforme importante certes, mais avant tout une étape sur la route de notre évolution professionnelle.

Afin de déterminer si ce virage s'avère positif, il est impératif d'engager notre vigilance dans la concrétisation des suivantes :

- Une équivalence Licence pour les infirmiers et infirmières en activité déjà diplômés
- Revalorisation salariale de la filière infirmière
- Attribution des moyens de mise en œuvre de la réforme
- Mise en place d'une Licence
- Création d'une discipline en Sciences Infirmières.

Il est évident que nous devons nous impliquer et nous mobiliser pour que ces étapes répondent à nos attentes mais également aux enjeux en terme de santé publique.

HPST, Hôpital, Patients, Santé, Territoires dite Loi Bachelot ou le feuilleton à rebondissements de ce premier semestre 2009 qui nous réserve encore semble-t-il de multiples surprises... là encore un sujet majeur que cette réforme à travers laquelle les pouvoirs publics prétendent réorganiser l'hôpital en écartant l'un de ses principaux acteurs : les petites mains que nous sommes...

La parution des décrets d'application, la mise en place de cette réforme, l'évolution de ce dossier auront-ils pour conséquence une amélioration, une majoration de la fuite des soignants ou le réveil des professionnels pour préserver une prise en charge de qualité ?

Ne serait-il pas temps en effet, que les 500.000 paramédicaux que nous sommes se fassent entendre et prennent leur place au sein du système de santé français ?

Les blouses blanches sont, il est vrai de nature peu revendicatives. Plus préoccupée à prendre soin des autres que d'elle-même, la filière infirmière a souvent tendance à s'oublier.

Face aux suppressions de postes, les rappels se multiplient, les heures supplémentaires augmentent et sont plus souvent stockées que rémunérées et l'on compte bien sûr sur cette formidable conscience professionnelle qui va conduire les professionnels que nous sommes à répondre présent...

Parallèlement, le malaise infirmier est là palpable et ce quel que soit notre secteur d'activité, le manque de reconnaissance est omniprésent.

Formation, salaires, conditions de travail, c'est ce cocktail qui a conduit au mouvement infirmier de 1988 qui a vu 150.000 infirmiers descendre dans les rues.

En 2009, nous y ajouterons nos retraites mais les autres doléances sont toujours d'actualité.

Cette grande mobilisation a été suivie d'avancées mais les évolutions techniques, celles du système de santé et de la société en synergie font qu'elles sont aujourd'hui insuffisantes.

Un autre constat s'impose : le taux de syndicalisation de notre profession n'excède pas 5%... Ceci explique-t-il cela ?

Pour assurer une prise en soins de qualité ne faudrait-il pas également nous occuper un peu de nous ?

Sommes-nous de bons professionnels lorsque nous répondons présents au-delà de nos heures mensuelles sur nos repos ou nos congés ?

Et si ENFIN, nous nous coordonnions pour aller ensemble chercher cette reconnaissance qui nous fait tant défaut ?

Coord'ialement

Nathalie DEPOIRE ■

Présidente CNI Coordination Nationale Infirmière





Hôpital public

attention danger !

Présentée comme LA potion magique pour les établissements sous dotés, la tarification à l'activité (T2A) devait être le remède miracle pour renflouer les caisses des hôpitaux.

Force est de constater que l'application de la T2A à 100% à compter du 1^{er} janvier 2008 est loin de soulager les hôpitaux publics.

Les nécessités de retour à l'équilibre budgétaire imposé conduisent les directions à recourir aux suppressions de postes.

Les dépenses (du personnel) du groupe 1 représentant plus de 70% du budget la solution la plus simple est de réduire les effectifs. Cette analyse répond bien sûr à une logique purement comptable et non qualitative en terme de qualité de soins.

Les organisations syndicales ne sont pas les seules à s'opposer à cette logique et à crier leur désapprobation. Nous vous proposons de découvrir ci-après quelques extraits, « morceaux choisis » d'un rapport de la Fédération Hospitalière de France (FHF) « **Hôpital public état d'alerte** » datant de septembre 2008 et dont vous pourrez retrouver l'intégralité sur le site de la FHF.

Au mois de juillet dernier, Roselyne Bachelot, Ministre de la Santé annonçait que l'Assurance Maladie devrait économiser **4 milliards d'euros par an dès 2009**.

Un an auparavant, une étude publiée par la DREES¹ avait montré que les cliniques commerciales avaient eu un taux de rentabilité financière de 16% en 2005. Le groupe Générale de Santé, leader du marché français des cliniques à but lucratif, a ainsi reversé 420 M€ à ses actionnaires en 2006.

Cela signifie qu'au moment où l'Assurance Maladie essaie de faire des économies, des actionnaires réalisent des profits, payés par l'argent public, en investissant dans des établissements qui choisissent leurs patients et se concentrent sur les seules activités rentables. **Est-ce acceptable ?**

A l'heure actuelle, les tarifs appliqués aux hôpitaux publics et aux cliniques commerciales ne sont pas les mêmes. Ils convergeront en 2012, « **dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs**² ».

Comme le souligne la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005, les hôpitaux publics ont des missions spécifiques et des contraintes très différentes de celles des cliniques commerciales. Pour que la convergence des tarifs hospitaliers public-privé soit possible, il faudrait donc :

- **un périmètre d'activité comparable : ce n'est pas le cas !**
- **des coûts de revient comparables : ce n'est pas le cas !**
- **des contraintes de qualification et de sécurité identiques : ce n'est pas le cas !**

Quel est l'objectif de cette convergence tarifaire ?

Il s'agit de mettre le secteur public en concurrence directe avec le secteur commercial, pour qu'il réduise ses coûts de revient.

Or **les hôpitaux publics,**

eux, soignent tous les patients, quel que soit leur revenu, leur âge ou leur pathologie, et quelle que soit l'heure à laquelle ils se présentent. Ils ont donc des coûts plus élevés que les cliniques commerciales, pour des raisons structurelles que nous allons expliciter dans ce document.

Les principes du service public de santé auxquels les français sont attachés sont garantis par l'hôpital public

Les français sont attachés à l'hôpital public.

Contrairement à l'idée véhiculée par certains, **les Français plébiscitent l'hôpital public.**

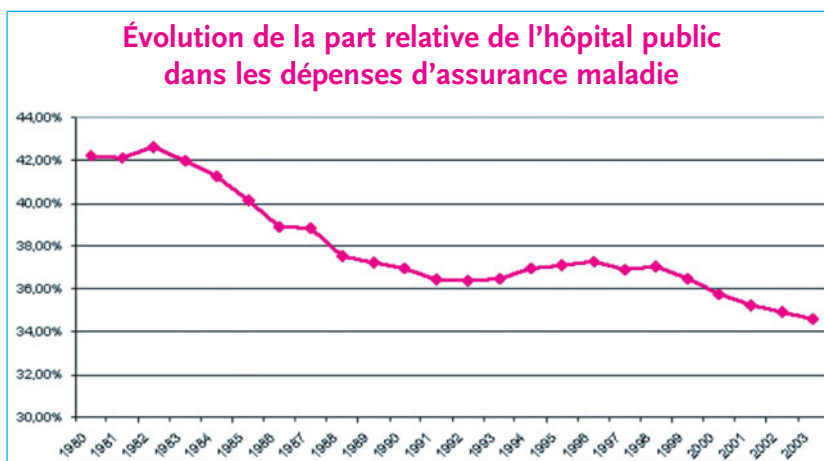
Selon un récent sondage TNS Sofres, publié en mai 2008³, **81%** des Français sont satisfaits de l'hôpital public. Ce résultat est particulièrement signifi-

catif puisque **plus de trois Français sur quatre** ont dû s'y rendre au cours des douze derniers mois (pour eux ou pour un proche).

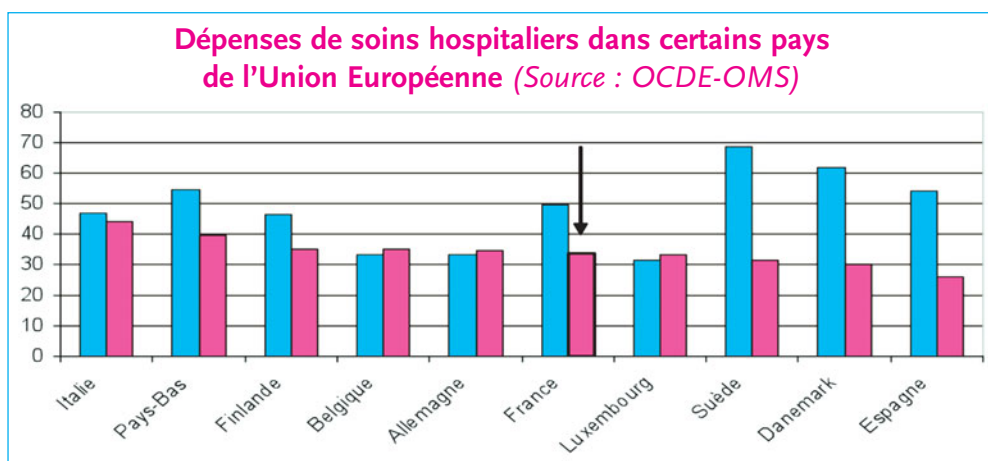
Les Français considèrent **l'égalité de l'accès aux soins** comme « l'élément de définition le plus important du système hospitalier français ». Ils réaffirment donc avec force ce principe, faisant ainsi écho aux très vives protestations exprimées face aux volontés de l'Assurance Maladie de moins rembourser certaines dépenses de santé (notamment dans le cas des affections de longue durée cette année).

L'hôpital public est de plus en plus efficient.

- La part des dépenses d'Assurance Maladie consacrée à l'hôpital public **n'a fait que baisser depuis 20 ans.**
- Cette part est passée **de 42 à 34%** depuis 1980. ●●●



- Et cette baisse a été souvent **plus importante que chez nos voisins européens.**



1 - Etude n°583 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) sur « L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005 », p8.

2 - Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2005, article 17 VII.

3 - Sondage TNS Sofres-Fédération hospitalière de France, « Les Français et l'hôpital », réalisé les 23 et 24 avril 2008.

- Le secteur public a **gagné des parts de marché** aux dépens du secteur privé : il a augmenté sa part de **+ 1,15% depuis 2002**.
- Alors que la **dérive des dépenses a lieu en ville et dans les cliniques commerciales** : le dernier rapport de la Cour



des Comptes de 2007 le constate : « les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieures de 187 M€ à l'objectif, alors que celles des cliniques privées dépassent l'objectif de 168 M€⁴ ».

- Et que l'hôpital se **modernise** : depuis une dizaine d'années, les personnels hospitaliers sont les acteurs des nombreuses réformes de l'hôpital public : mise en place des ARH, accréditation, réforme de la T2A et de la gouvernance, regroupement d'hôpitaux etc....

Ces réformes commencent à porter leurs fruits, mais il faut du temps pour qu'elles permettent des gains d'efficacité substantiels. Assécher encore davantage les finances des hôpitaux publics ne peut que compromettre leur réussite.

L'hôpital public assure des missions de service public qui sont aussi des atouts pour la France : les hôpitaux accueillent **tous les patients quel que soit leur âge** :

- Ils accueillent **les nouveaux nés** : 100% de la réanimation néonatale est assurée par le service public.
- Ils accueillent **les enfants** : 90% des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge en médecine par l'hôpital public.
- Ils accueillent **les personnes âgées** : 97% des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer. 350 000 personnes aujourd'hui sont prises en charge par le service public. Répondre à ce défi a bien sûr un coût important.
- Les hôpitaux accueillent **tous les patients quelle que soit leur situation sociale** et garantissent ainsi l'égalité d'accès aux soins pour tous.
- Les hôpitaux accueillent **tous les patients quelle que soit l'heure à laquelle ils se présentent** : en 2006, il y a eu plus de **16 millions** de passages aux urgences. A l'hôpital public pour **88%** d'entre eux⁵.

Ce sont **des différences majeures** entre le système public de santé, et le système commercial.

LA RECHERCHE

Il consacre **2 milliards d'euros par an** à la recherche, l'enseignement et l'innovation, soit plus de 15% du budget total des CHU.

Les protocoles de recherche sont initiés et mis en œuvre à l'hôpital, en CHU ou en CHG. Les patients sont accueillis pour des essais cliniques dans les structures publiques.

La recherche est une **véritable fierté française**. Depuis leur création il y a 50 ans, les CHU ont effectué 78 premières mondiales (soit plus d'une par an !), relatées dans les journaux du monde entier. A titre d'exemple, la première greffe totale du visage a eu lieu à l'hôpital en 2005.

LA FORMATION

L'hôpital assure la formation de tous les praticiens, même ceux qui exerceront ensuite dans le secteur commercial.

Il accueille chaque année **63.000 étudiants** en médecine, **105.000 étudiants** pour les professions paramédicales, et il assure la formation continue des praticiens hospitaliers et libéraux tout au long de leur carrière.

Un acteur économique déterminant de l'aménagement du territoire

Il est le **premier employeur** dans de nombreuses communes. Ses employés sont autant de consommateurs, indispensables au développement des activités alentours.

Il est un **acheteur très important** : il consacre chaque année 13 milliards d'euros à l'achat de biens médicaux et de services. L'hôpital est donc un véritable « stimulateur de croissance » pour nos industries de santé (fournisseurs de biens et de services, laboratoires...), et pour toutes nos grandes entreprises et PME qui travaillent pour lui.

Ainsi il n'y a pas de désaffection des Français pour leur système de santé.

Ce qu'ils attendent de l'État c'est qu'il protège leur service public de santé et l'égalité d'accès au soin pour tous.

4 - Rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale, septembre 2007, p88-89.

5 - Source SAE 2006

	France	Allemagne	Belgique	Espagne	Finlande	Italie	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède
Existence du secteur privé à but lucratif	Autorisé et assez important	Autorisé et moyennement important	Interdit	Autorisé et assez important	Autorisé mais très limité	Autorisé et moyennement important	Interdit	Néant (fondations à but NON lucratif)	Autorisé mais très limité
Existence du secteur privé à but lucratif dans l'activité totale	34%	25%	0%	34%	3%	23%	0%	0%	3%

L'Hôpital public est aujourd'hui en danger

En France, l'importance des cliniques commerciales est anormalement élevée.

La France est le pays européen où la part de marché des cliniques est la plus élevée. Dans de nombreux pays, on considère à l'inverse (voir tableau) qu'elles sont un facteur de déséquilibre et une source d'inégalités dans l'accès aux soins, du fait de la difficulté de réguler de manière équitable cette concurrence. Ceci explique qu'elles ne reçoivent aucun financement par le biais de fonds publics.

Les conséquences négatives de cette situation sont aggravées par la volonté idéologique d'utiliser une même base tarifaire pour les hôpitaux publics et les cliniques privées.

L'évolution du financement du secteur commercial déstabilise l'offre de soins.

Le marché français des cliniques commerciales attire aujourd'hui de nombreux investisseurs étrangers :

- La Générale de Santé, qui possède 175 établissements, est dotée de capitaux majoritairement italiens.
- Le groupe Vitalia, qui a racheté 46 cliniques en deux ans, appartient au fond d'investissement américain Blackstone.
- Capio, qui possède 26 établissements, est détenu par des fonds américains et européens.
- Médi-partenaires, qui possède 22 cliniques, est doté de capitaux britanniques.

Le **danger est grand** pour le système de santé français :

- Que se passera-t-il si ces investisseurs, en situation de monopole dans de plus en plus de régions, décident de revendre leurs établissements en même temps ?
- Car ces fonds exigent des taux de rentabilité financière de 15 à 20%.
- Comment peut-on accepter que des fonds étrangers réalisent de tels profits alors que dans le même temps le système de remboursement accumule les déficits ?
- On constate que dans certaines régions, les cliniques ont déjà des monopoles sur certaines activités. Ainsi par exemple :
- A Carpentras ou Chateaubriand, toute la chirurgie est réalisée par le secteur commercial.
- A Nevers, les deux urologues qui exerçaient à l'hôpital sont partis en clinique : toute la chirurgie urologique est réalisée en clinique. Une personne souhaitant se faire opérer devra donc aller dans le secteur commercial, où les dépassements d'honoraires peuvent aller de 100 € à plus de 400 €.

Et **cela a un prix élevé pour le patient** :

La plupart des chirurgiens travaillant dans les cliniques commerciales sont en secteur 2.

Selon l'IGAS, en 2005, les praticiens exerçant en clinique ont facturé **470 M€ de dépassement**.

Toujours selon l'IGAS, **66%** des dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par les assurances complémentaires.

Certes il existe également une activité

libérale de secteur 2 à l'hôpital, mais elle est exercée par seulement 4% des médecins. **Le total des compléments demandés par les médecins hospitaliers représente ainsi seulement 12% du montant total des dépassements effectués en ville.**

L'asphyxie budgétaire des hôpitaux publics menace le service public.

L'hôpital public est **sous-financé** depuis de nombreuses années, il reçoit des moyens inférieurs à ses besoins minimums de fonctionnement.

Les établissements ont tout mis en œuvre pour retarder le plus longtemps possible les conséquences pour le service public de cette **asphyxie budgétaire** : reprises sur les provisions, plans d'économies, emprunts...

De nombreux projets d'investissements sont ainsi gelés ou remis en cause. L'hôpital se paupérise : **s'ils n'investissent pas aujourd'hui, comment les établissements seront-ils capables de répondre aux défis de la médecine de demain ?**

Et les situations déficitaires se multiplient. Pour équilibrer les budgets hospitaliers les établissements n'auront plus le choix, car les autres solutions sont désormais largement épuisées. Ils devront prendre des **mesures de réduction de l'emploi et de la masse salariale**.

En effet, dans un contexte hospitalier où les dépenses de personnel représentent près de 70% des budgets et où les autres postes budgétaires sont fortement orientés à la hausse (médicaments, énergie, assurances...), on comprend facilement que les établissements ne pourront faire face à une

telle impasse financière qu'en proposant une réduction sensible de leurs effectifs.

Ces suppressions d'emplois touchent l'ensemble du territoire.

Pour la FHF cela est inacceptable.

La question se pose donc aujourd'hui avec force : quel système de santé voulons-nous pour l'avenir ?

Améliorer l'efficacité des hôpitaux est certes indispensable, mais cela ne doit pas se faire aux dépens des missions du système de santé français :

- Comment garantissons-nous **l'égal accès aux soins pour tous** et sur tout le territoire ?
- Comment encourageons-nous **la recherche** pour que la France reste à la pointe de l'innovation ?
- Comment nous assurons-nous que tous les Français ont accès à ces

meilleurs traitements ?

- Comment maintenons-nous l'accueil des patients ayant des pathologies lourdes et non rentables ?
- Comment maintenons-nous la continuité des missions du SAMU et du SMUR ?

Ce rapport FHF vient étayer nos questionnements et nos revendications en apportant chiffres à l'appui, des confirmations à nos argumentaires.

Et pourtant, il est paradoxal de comparer cette étude aux actions de la FHF face au projet de Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

Il est tout aussi surprenant de voir que ceux qui la composent, c'est-à-dire pour une grande part les directeurs de nos hôpitaux, se soumettre et cautionner cette atteinte majeure à l'hôpital public en répondant présent dans le plus grand plan social mis en place à ce jour en France...

La suppression de 20.000 postes au sein de la Fonction Publique Hospitalière est dramatique et lourde de conséquence pour l'avenir.

Un regard à nos grilles salariales et il est aisé de comprendre que le choix d'exercer dans le service public correspond plus à une adhésion aux missions de service public qu'à l'appât du gain...

La dynamique actuelle qui rapproche l'hôpital d'une entreprise ne répond pas aux objectifs premiers des soignants et provoque démotivation et départs.

Professionnels, élus ou usagers, nous sommes tous concernés par l'avenir de l'hôpital...

Saurons-nous y préserver une réelle qualité de soins et une égalité d'accès aux soins pour tous ?

Andrée RENOIR ■

CNI 76

Billet d'humeur

Septembre 2009, rentrée ordonnée et infirmières obéissantes ?

La réforme des études, l'arrêté daté du 28 mai, paraîtra au BO de juillet.

Il n'est pas question pour moi de discuter le fond de cette réforme mais plutôt la forme !

La licence nous avait été promise. Nous récupérons un grade licence et toujours un DE, puisque selon nos technocrates celui-ci est indispensable pour exercer notre si beau métier.

Mais le nous est limitatif. Pour l'instant, seuls les diplômés de 2012 l'obtiendront. Les autres... les rumeurs circulent mais qu'allons-nous gagner ou devoir perdre ?

Si nous voulons la licence, il va falloir la mériter car rémunérer toutes les IDE à Bac +3, n'est pas dans l'air du temps. Économie, gestion rigoureuse ne vont pas de pair avec cette revendication. Nous le savons bien puisque les mutations, les retraites, les maladies ne sont pas remplacées. La solution envisagée serait de retarder l'âge de la retraite, pour la plupart d'entre nous ou de diminuer la pension ? Ce qui permettrait également de maintenir les effectifs.

De plus, les nouvelles organisations d'encadrement des stages demandent du temps, de l'information et de la formation. Quelles équipes seront prêtes pour tutorer les étudiants ?

Cette réforme est sans doute nécessaire, mais n'aurait-il pas été essentiel de travailler en amont avec les for-

mateurs d'IFSI, et de terrain pour s'approprier ces innovations et les mettre en œuvre dans les meilleures conditions. NON, mais il fallait agir vite et rattraper le retard accumulé depuis des années mais à quel prix ?

Nouvelle réforme de l'Hôpital, la loi HPST votée en début d'été, réorganise notre système de santé, transforme l'Hôpital public en entreprise et laisse peu de place aux représentants des personnels et encore moins à la filière infirmière. Quelle influence aura la Direction des Soins et la CSIRMT dans les choix qui seront induits par le Directeur et le Président de la CME. Cette loi renforce le pouvoir médical après une mobilisation et un lobbying des médecins.

Mais nous étions si nombreuses dans les rues pour manifester notre opposition à ce texte que les politiques sans lunettes, ne nous ont pas vues !

Septembre 2009 sera une rentrée sereine pour les IDE. Rien n'aura changé. Manque de personnel, manque de matériel, service minimum toute l'année, départs non remplacés, congés supprimés, rappels incessants, heures supplémentaires non payées.

ET nous IDE, serons-nous toujours aussi sages, silencieuses et ordonnées ?

ALORS, COURAGE.

Danièle HENGEN ■

CNI Martigues

Des solutions adaptées... ... à chaque étape de votre vie

La Banque
Fédérale
Mutualiste (BFM)
est la Banque
des Agents
de la Fonction
publique et du
Service public

Banque mutualiste, la vocation de la BFM est de mettre à votre disposition **des outils bancaires et financiers performants à coût compétitif**. En étroit partenariat avec le groupe Société Générale, la BFM a conçu une offre adaptée à vos spécificités :

- **Pour faciliter votre mobilité**, votre numéro de compte vous suit partout même si vous déménagez.
- **Pour financer vos dépenses importantes ou réaliser vos projets**, vous bénéficiez d'une gamme de prêts à taux préférentiels.
- **Pour vos projets Immobiliers**, vous profitez de taux légers et d'avantages exclusifs en matière d'assurance, de caution et de frais de dossier.
- **Pour votre épargne**, découvrez le Livret BFM Avenir : une épargne performante pouvant donner accès à un prêt à TEG avantageux.



POUR EN SAVOIR PLUS :

- Venez rencontrer un Conseiller BFM dans l'Agence Société Générale la plus proche.
- Appelez le Centre de contacts de la BFM, à votre disposition du lundi au samedi de 9 h à 18 h sans interruption :

écofil 0 821 222 500
0,118 EUR TTC / min depuis un poste fixe en France métropolitaine

- Connectez-vous sur le site de la BFM :

Projet de loi portant réforme de l'Hôpital et relatif aux Patients, à la Santé et aux Territoires.

le retour... suite et fin !

Petit rappel de la saga HPST, digne d'un feuilleton à suspens.

Malheureusement nous avons eu droit à une série médiocre qui a duré cinq mois et dont nous connaissons la triste fin.

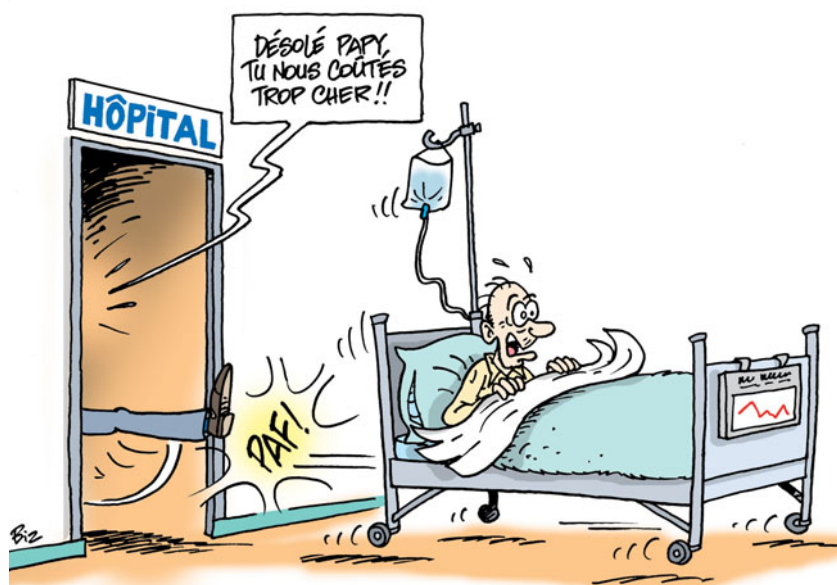
Ce projet de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale, après déclaration d'urgence, le 18 mars 2009

Il a été amendé par la Commission des Affaires Sociales du Sénat, a été discuté à partir du 11 mai 2009, et a été adopté le 6 juin par le Sénat, après un débat étalé sur quatre semaines, par 177 voix pour et 153 voix contre. Les discussions au Sénat, parfois très tendues, ont été d'une longueur exceptionnelle, avec 106 heures de discussions en séance publique, ayant permis d'examiner 1.370 amendements et d'en adopter 240, dont 117 du gouvernement. Le projet de loi compte désormais 134 articles, soit 32 de plus que le texte issu de l'Assemblée nationale.

Les opinions sont divergentes

les uns clament leurs enthousiasmes :

- une complémentarité entre directeur et corps médical permettant des pouvoirs accrus aux directeurs d'établissements mais qui ne fait pas obstacle à une large participation du corps médical pour la prise des décisions.
- les nombreuses mesures tendant à combattre la multiplication des déserts médicaux « en conciliant » une meilleure répartition de la démographie médicale avec la liberté d'installation des praticiens.
- rôle accru à la conférence régionale



de la santé et de l'autonomie (CRSA).

- renforcement du rôle des médecins à l'hôpital....

Les autres crient leurs indignations :

- timidité du texte sur la spécialité de médecine générale, sur les délégations d'actes entre professionnels de santé, et sur les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires.
- l'avènement de l'hôpital « entreprise » autour d'un gestionnaire financier.
- restructuration hospitalière, faisant prévaloir la rentabilité sur la dimension éthique et humaine des soins.
- des mesures destinées à réduire l'inégalité d'accès aux soins et l'absence

de toute mesure immédiate orientant l'installation dans les zones sous-dotées ou garantissant une offre de soins à tarifs opposables.

- un texte plus favorable aux médecins qu'aux patients.
- des demi-mesures pour l'accès aux soins et rien pour limiter les dépassements d'honoraires.
- l'absence de cohérence des mesures prises pour la santé publique....

Devant autant de débats contradictoires, l'avis de la Commission Mixte Paritaire (CMP) a été demandé. Composée de sept députés et de sept sénateurs, cette commission s'est

réunie le mardi 16 juin 2009 pour trouver une rédaction commune.

La lecture définitive du projet de loi est intervenue le 23 juin au parlement et votée définitivement par le sénat le 24 juin avec 174 voix pour et 155 voix contre. Il y a eu encore pas mal de palabres mais guère de changements sont intervenus.

La stratégie de la Coordination Nationale

Infirmière, établie en Assemblée Générale Nationale, était de proposer des amendements. Un groupe de travail s'est donc penché sur la proposition de loi et une série de modifications a été envoyée aux députés.

Très vite, nous avons remarqué que notre lobbying envers les députés n'avait pas le même écho que d'autres.

Opposé à la parution du texte en l'état, nous avons donc tout naturellement

rejoint le front de ceux qui demandaient le retrait du projet de loi HPST et la mise en place d'état généraux de la santé avec les acteurs du système de santé en France, tous secteurs confondus.

Nous avons bien sûr dans le même temps fait parvenir nos propositions d'amendements aux sénateurs.

Il est donc temps de faire le bilan de ces dépôts d'amendements.

Bilan des propositions d'amendements

Titre 1 MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Chapitre 1 : Modernisation des établissements de santé

Article 5 : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6144-1.	Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement et une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. « La commission médicale d'établissement et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elles proposent au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. « Elles sont consultées dans des matières et des conditions fixées par voie réglementaire ».

Amendement non retenu, voici l'article retenu : la CSIRMT n'est pas consulté sur l'élaboration de la politique de la qualité et de la qualité des soins, par contre les avis des usagers seront pris en compte.

Art. L. 6144-1. – Dans chaque établissement public de santé, la commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. **Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.**

Chapitre 1 : Mission des établissements de santé

Article 5 : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Article L.1151-1.	L'utilisation des dispositifs médicaux et la pratique des actes nécessitant une évaluation clinique et médico-économique complémentaire ou un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou de maîtrise des dépenses de santé peuvent être soumises à des règles particulières relatives : « - à la participation à une étude complémentaire dont l'objectif et le protocole seront fixés dans un cahier des charges ad hoc annexé à ces règles ; « - à la formation, à la qualification et à l'expérience des professionnels de santé prenant en charge les patients concernés par le dispositif médical ou l'acte ; « - aux conditions d'environnement requises pour leur utilisation ou leur réalisation ; « - à l'organisation prévue pour assurer le suivi du patient. « Elles peuvent également être soumises à des règles de bonnes pratiques. « Ces règles sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute autorité de santé du HCPP et des Ordres Professionnels concernés.

Amendement non retenu, voici l'article proposé : seule la Haute autorité de santé est consultée.

VI. – L'article L. 1151 1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux pour les patients » sont remplacés par les mots : « nécessitant un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou susceptibles d'entraîner des dépenses injustifiées » ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ces règles sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de Santé. »

« L'utilisation de ces dispositifs médicaux et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, **après avis de la Haute Autorité de Santé**, la liste de ces établissements ou précisent les critères au vu desquels les agences régionales de santé fixent cette liste. « Les dispositions du présent article s'entendent sans préjudice des dispositions relatives aux recherches biomédicales définies au titre II du présent livre, et à celles relatives aux autorisations, aux conditions d'implantation de certaines activités de soins et aux conditions techniques de fonctionnement définies aux chapitres II, III et IV du titre II du livre I^{er} de la sixième partie.

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 9 : Conseil de surveillance des établissements publics de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-5.	Le conseil de surveillance est composé comme suit : « 1° au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ; « 2° des représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, au moins un siège par organisations syndicales représentatives de l'établissement, et deux désignés par la commission médicale d'établissement, et deux désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; « 3° au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont deux représentants des usagers et un représentant des professions paramédicales libérales.

Amendement partiellement retenu, voici l'article proposé :

« Art. L. 6143-5. – Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« 1° Au plus cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés en leur sein par les organes délibérants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, parmi lesquels figurent le maire de la commune siège de l'établissement principal ou son représentant et le président du conseil général ou son représentant ;

« 2° Au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, **dont un représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement et par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement** ;

« 3° Au plus cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114 1 désignés par le représentant de l'État dans le département.

« Le nombre de membres de chacun des collèges doit être identique.

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés **au 1° et au 3°**. Le vice-président du directoire participe aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé [] participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« **Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de**

surveillance avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique au sein des établissements publics de santé, lorsqu'elle existe, participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

« Le directeur de la caisse d'assurance maladie désignée en application du premier alinéa de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L. 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative.

« Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, un représentant des familles de personnes accueillies participe, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

« Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par décret.

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-6.	Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance : « Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière, aux représentants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Amendement partiellement retenu, voici l'article proposé :

« Art. L. 6143-6. – Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est membre du directoire ;

« 4° S'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ; toutefois, cette incompatibilité n'est pas opposable aux représentants du personnel lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés qui assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution d'une mission de service public dans les conditions prévues à l'article L. 6112-2 ;

« 5° S'il est lié à l'établissement par contrat ; toutefois, cette incompatibilité n'est opposable ni aux personnes ayant conclu avec l'établissement un contrat mentionné aux articles L. 1110-11, L. 1112-5 et L. 6134-1, ni aux membres mentionnés au 2° de l'article L. 6143-5 ayant conclu un contrat mentionné aux articles L. 6142-3, L. 6142-5 et L. 6154-4 ou pris pour l'application des articles L. 6146-1, L. 6146-2 et L. 6152-1 ;

« 6° S'il est agent salarié de l'établissement. Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, ni aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ;

« 7° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé [] ».

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 10 : Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-7.	Le directeur conduit la politique générale de l'établissement. Il préside le directoire et représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. « 13° À défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, il décide de l'organisation du travail et des temps de repos en respect des codes du travail et de la santé publique.

Amendement non retenu, voici l'article proposé :

« Art. L. 6143-7. – **Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.**

« Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 15° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il est entendu par le conseil de surveillance à sa demande ou à celle du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

« Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle **ou, à défaut, du responsable de la structure interne**, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il pro-

pose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

« Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

« Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

« Après **concertation avec le directoire**, le directeur :

« 1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ; ●●●

« 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers [] ;

« 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;

« 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;

« 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;

« 6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;

« 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146 1 ;

« 8° **Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre I^{er} de la présente partie ou des réseaux mentionnés**

à l'article L. 6321 1 ;

« 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;

« 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;

« 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;

« 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;

« 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;

« **14° À défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;**

« 15° Présente à l'agence régionale de santé [] le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3.

« Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret. »

ARTICLE LOI HPST

PROPOSITIONS RÉDACTION

Art. L. 6143-8.

Le président de la commission médicale d'établissement **et le directeur de soins sont les vice-présidents** du directoire. Ils **préparent les projets médicaux et des professionnels de santé des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique** de l'établissement, qui **sont arrêtés** par le directeur après avis **de la commission médicale d'établissement, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques** et du directoire.

« En cas d'empêchement temporaire du président et **des vice-présidents** le directeur général de l'agence régionale de santé peut déléguer un membre du directoire dans les fonctions de président, sur proposition du conseil de surveillance.

Amendement très partiellement retenu, voici l'article proposé : changement du numéro de l'article en L.6143-7-5

« Art. L. 6143-7-5. – Le directoire est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

« Il comporte sept membres et neuf dans les centres hospitaliers universitaires :

« – le directeur, président du directoire ;

« – le président de la commission médicale d'établissement, vice-président. Dans les centres hospitaliers universitaires, il est premier vice-président, chargé des affaires médicales ; sont en outre vice-présidents un vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche ou **président du comité de coordination de l'enseignement médical, et un vice-président chargé de la recherche nommé par le président du directoire sur proposition conjointe du président d'un établissement public à caractère scientifique et technologique placé sous la tutelle conjointe du ministre chargé de la recherche et du ministre chargé de la santé, ayant pour mission de promouvoir la recherche dans le champ des sciences de la vie et de la santé, du président**

de l'université dont relève l'unité de formation et de recherche et du vice-président doyen ;

« – **le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;**

« – **des membres nommés et, le cas échéant révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance ; pour ceux de ses membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, par le président de la commission médicale d'établissement conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ; en cas de désaccord, constaté dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix.**

« La durée du mandat des membres du directoire est déterminée par décret. Ce mandat prend fin si son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du directoire ». ●●●▶



On peut être
 professionnel de la santé
 et avoir besoin d'un
diagnostic personnalisé
 à chaque instant de sa vie.

Mutuelle, assurance, épargne, financement...

à la MACSF, les services pour votre vie privée
 sont aussi efficaces que ceux que nous
 vous proposons pour votre vie professionnelle.

www.macsf.fr

☎ 3233* ou 01 71 14 32 33

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



Notre vocation, c'est vous.

Mutuelle Assurance Epargne Financement

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-9.	Le directoire prépare le projet d'établissement, sur la base du projet médical et des professionnels de santé des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique . Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, dans les conditions définies à l'article L. 6143-7.
Amendement retenu, voici l'article proposé : changement du numéro de l'article en L.6143-7-4 « Art. L. 6143-7-4. – Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques . Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.	
Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé Article 10 : Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé	
ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-10.	Le directoire est constitué par des membres du personnel de l'établissement, trois représentants syndicaux, en activité dans l'établissement, désignés par les organisations syndicales en fonction des résultats des élections professionnelles un par catégorie, trois désignés par la CSIRMT un par catégorie, trois désignés par la commission médicale d'établissement ». Les membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le directeur de l'établissement, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.
Amendement non retenu. Article retiré repris dans l'article L.6143-7-5	
Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé Article 13 : Organisation interne des établissements publics de santé	
ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
L'article L. 6146-1	du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre en collaboration avec la direction des soins la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs annuellement fixés au pôle par le président du directoire. Il organise avec la Direction des Soins , les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au chef d'établissement. Les agents affectés au sein d'un pôle peuvent être intéressés financièrement aux résultats du pôle. Pour un souci d'équité, cet intéressement devra se calculer sur une moyenne globale des résultats de tous les pôles de l'établissement, minorant ainsi les disparités entre pôles rentables et donc attractifs et ceux qui le sont moins ».
Amendement non retenu, voici l'article proposé : à noter que la notion d'intéressement financier disparaît dans cet article. « Art. L. 6146-1. – Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre. « Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation	
médicale et de recherche. Le directeur général de l'agence régionale de santé [] peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie. « Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques, ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées. Dans les centres hospitalo-universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-techniques sont dénommés pôles hospitalo-universitaires. « Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur	

présentation d'une liste par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-techniques. En cas de désaccord, constaté dans les conditions fixées par voie réglementaire, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les chefs de pôle de son choix. La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. À l'issue de cette période, leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions.

« Pour les pôles hospitalo-universitaires, les listes mentionnées au précédent alinéa sont établies conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'unité de formation et de recherche ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Dans les centres hospitaliers ayant passé une convention avec une université pour être associés à l'exercice des missions mentionnées à l'article L. 6142-1, les chefs de pôles d'activité sont nommés par le directeur, sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-techniques, après avis du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

« Peuvent exercer les fonctions de chef de pôle d'activité

clinique ou médico-techniques les praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1.

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-techniques, du président de la commission médicale d'établissement pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que, dans les centres hospitaliers universitaires, du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche. »

« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-techniques met en œuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services ou unités fonctionnelles, prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.

Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 22 : Communautés hospitalières de territoire

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6132-4.	La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire fixe la répartition des droits et obligations des établissements adhérents et de la communauté. Elle précise notamment : « 1° la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de la communauté hospitalière de territoire qui comprennent chacun des représentants des établissements adhérents ; « 2° les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 6132-8 à L.6132-11 ; « 3° les modalités de coopération et de mutualisation entre les établissements adhérents et la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion et de mutualisation des ressources humaines qui devront être basé sur le volontariat ;
Amendement non retenu, voici l'article proposé : article changé en art. L.6132-2.	gations ou transferts ; « – les modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements ; « – les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers ; « – en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus qui seront acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux ; « – le cas échéant, les modalités d'articulation entre les établissements publics de santé signataires de la convention et les établissements médico-sociaux publics participant aux actions menées dans le cadre de la convention de communauté hospitalière de territoire ; « – la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de

l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire, qui comprennent chacun des représentants des établissements parties à la convention.

« La désignation de l'établissement siège est approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne l'établissement siège.

« La convention de communauté hospitalière de territoire peut également prévoir la création d'instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Elle prévoit l'établissement de comptes combinés.

« La commission de communauté, composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des commissions médicales d'établissement et des directeurs des établissements partenaires, est chargée de suivre l'application de la convention et, le cas échéant, de proposer aux instances compétentes des établissements les mesures nécessaires pour faciliter cette application ou améliorer la mise en œuvre de la stratégie commune définie par la convention.

« Les présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé peuvent proposer au directeur général de l'agence régionale de santé la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 22 : Communautés hospitalières de territoire

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6132-7	Après avis des conseils de surveillance des établissements adhérents et de la communauté hospitalière de territoire, le directeur de la communauté hospitalière de territoire peut décider des transferts de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements adhérents à la communauté hospitalière de territoire, ou entre ces établissements et la communauté hospitalière de territoire, dans le respect du schéma régional de l'organisation des soins et des dispositions de l'article L. 6122-3. « Lorsque de tels transferts de compétences ou d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd ont lieu, l'établissement titulaire de la compétence ou de l'autorisation cédée transfère, par décision du président du directoire prise après avis du directoire, les emplois affectés, sur la base du volontariat . L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents volontaires qui assureraient jusque-là les activités considérées. « Le directeur d'un établissement adhérent à la communauté peut, après avis du directoire, décider du transfert de la propriété de biens meubles et immeubles au profit d'autres établissements adhérents à la communauté ou au profit de la communauté hospitalière de territoire.

Amendement non retenu. Article changé en Art. L.6132-9 retiré par le sénat, confirmé par la CMP.

Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 23 : Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
L'article L. 6146-3	Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les mesures appropriées pour que des établissements publics de santé d'un ou plusieurs territoires de santé créent un groupement de coopération sanitaire, il fixe les compétences de ces établissements obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat. « Lorsque les compétences transférées sont relatives à l'exercice d'une activité de soins mentionnée au second alinéa de l'article L. 6122-1, l'autorisation est transférée au groupement ». V- Le troisième alinéa de l'article 48 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé : « Par dérogation aux dispositions prévues au deuxième alinéa, en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés peuvent être mis, sur la base du volontariat , à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision des présidents de directoire des établissements concernés. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil. Un décret en conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ».

Amendement non retenu. Article changé en Art. L.6131-6 voici l'article proposé :

« Art. L. 6131-6. – Des mesures réglementaires, prises par décret en Conseil d'Etat, déterminent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent chapitre. »

VI. – L'article 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« **Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa, en cas de transfert ou de regroupement d'activités impliquant plusieurs établissements mentionnés à l'article 2, les fonctionnaires et agents concernés sont de plein droit mis à disposition du ou des établissements assurant la poursuite de ces activités, sur décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination. Une convention est alors signée entre l'administration d'origine et l'organisme d'accueil.**

Titre II : ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ
Article 51 : Principe général de coopération entre professionnels de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Dans le commentaire de l'article 17	L'objet de la mesure vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortants du cadre expérimental. Il s'agit de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé. La sécurité des soins aux patients restera une exigence garantie de quatre façons : • les transferts d'actes ne devront concerner que les professionnels de santé (médicaux/paramédicaux) en concertation avec les organisations professionnelles concernées et après avis du HCPP.

Commentaire non repris dans le projet sorti de la commission des affaires sociales du sénat donc nos propositions ne sont pas amendés.

Par contre il n'est toujours pas prévu de consulter le HCPP et les Ordres concernés. Voici l'article 17 changé en article 51 tel que proposé par le sénat :

Article 51

I. - Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :

« LIVRE PRÉLIMINAIRE

« **DISPOSITIONS COMMUNES**

« TITRE IER

« **COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

« CHAPITRE UNIQUE

« Art. L. 4011-1. - Par dérogation aux articles L. 1132-1, L. 4111-1, L. 4161-1, L. 4161-3, L. 4161-5, L. 4221-1, L. 4311-1, L. 4321-1, L. 4322-1, L. 4331-1, L. 4332-1, L. 4341-1, L. 4342-1, L. 4351-1, L. 4361-1, L. 4362-1, L. 4364-1 et L. 4371-1, les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer **entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins** ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. **Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles L. 4011-2 et L. 4011-3.**

« Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

« Art. L. 4011-2. - Les professionnels de santé soumettent à l'agence régionale de santé et de l'autonomie des protocoles de coopération. L'agence vérifie que le protocole répond à un besoin de santé constaté au niveau régional puis le soumet à la Haute Autorité de santé. « Ces protocoles précisent l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

« **Le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute Autorité de santé.**

« **La Haute Autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Dans ce cas, le directeur général de l'agence régionale de santé et de l'autonomie autorise la mise en œuvre de ces protocoles**

par arrêté. Il informe la Haute Autorité de santé de sa décision.

« Les protocoles de coopération étendus sont intégrés à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé selon des modalités définies par voie réglementaire.

« Art. L. 4011-3. - Les professionnels de santé qui s'engagent mutuellement à appliquer ces protocoles sont tenus de faire enregistrer, sans frais, leur demande d'adhésion auprès de l'agence régionale de santé et de l'autonomie.

« **L'agence vérifie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.**

« Les professionnels s'engagent à procéder, pendant une durée de douze mois, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et de l'autonomie et à la Haute Autorité de santé.

« L'agence régionale de santé et de l'autonomie peut décider de mettre fin à l'application d'un protocole, pour des motifs et selon des modalités définies par arrêté. Elle en informe les professionnels de santé concernés et la Haute Autorité de santé ».



TITRE III : PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

Article 84 : Éducation en santé - Éducation thérapeutique du patient

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L.1115-1.	Dans l'article 24, il faut retirer ou amender l'article concernant le nouveau métier d'éducateurs en santé car il ne tient pas compte des textes réglementant les professions habilitées à l'éducation à la santé (Article R. 4311-1 et Article R. 4311-3). Nous pouvons proposer d'amender l'article de la façon suivante : « Les conditions d'exercice des compétences d'éducateur de santé dans les domaines respectifs de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment les conditions de formation et d'expérience nécessaires, en tenant compte des qualifications et des compétences existantes dans ces domaines pour certains professionnels de santé et notamment des infirmiers ».

Amendement non retenu. Article 24 changé en Article 84 L.1161-1 voici l'article proposé :

« Art. L. 1161-1. - L'éducation thérapeutique fait partie de l'éducation pour la santé et s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

« **Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.**

« Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, tout contact direct entre un malade ou son entourage et une entre-

prise se livrant à l'exploitation d'un médicament, d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou une personne chargée de leur mise sur le marché est interdit.

« Art. L. 1161-2. - **Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.** Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé et de l'autonomie. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

« **Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.**

TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Chapitre 1^{er} : Création des agences régionales de santé

Sous Chapitre II : Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé

Sous-section 2 : Conseil de surveillance

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L.1432-3	Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort et dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, des représentants syndicaux nommés en fonction des résultats prud'homales et professionnelles départementales, des personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers. Les représentants des collectivités territoriales, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers sont élus selon des modalités définies par décret. « Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

Amendement non retenu, voici l'article proposé :

« Sous-section 2

« Conseil de surveillance

« Art. L. 1432-3. - I. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé et de l'autonomie est composé :

« 1° De représentants de l'Etat ;

« 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau natio-

nal et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;

« 3° De représentants des collectivités territoriales ;

« 4° Des personnalités qualifiées, dont des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.

« Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.

« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Le conseil de surveillance est présidé par le représen-

tant de l'État dans la région.

« À titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé peut être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé. Un décret détermine la ou les régions où cette expérimentation est menée.

« Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

« Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

« Il approuve le compte financier.

« Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'État, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé et de l'autonomie concernée.

« II. - Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :

« 1° À plus d'un titre ;

« 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;

« 3° S'il est salarié de l'agence ;

« 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;

« 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats, d'assurance, de bail ou de location ;

« 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.

« Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.

« Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.

« III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Conclusion

Le constat s'impose :

Le bilan est vite établi et nous constatons que, même si quelques amendements ont été partiellement adoptés et encore pas à la hauteur de ce que nous escomptions, cette stratégie de lobbyings est un échec.

Une démonstration de plus s'il en était encore besoin de la non reconnaissance des pouvoirs publics à l'égard de la filière infirmière.

Les infirmiers ne sont toujours pas entendus, reconnus et valorisés contrairement à d'autres professions du milieu médical.

Bien que nous soyons un des maillons essentiels de la chaîne des soins du système de santé français et acteurs principaux de l'hôpital, les demandes de la filière infirmière restent vaines.

Nous restons les braves petits soldats fidèles au poste mais néanmoins considérés comme la dernière roue de la charrette sur le schéma du monde sanitaire et ce malgré notre nombre : près de 500.000 infirmiers.

Cela laisse rêveur... non ?

Le jour où les infirmier(e)s se réveilleront...

Eric AUDOUY ■

Vice-président CNI

28 avril 2009 : les blouses blanches en action !

Suite à l'appel de vingt-cinq grands noms de la médecine française, une mobilisation historique s'est déroulée le 28 avril 2009 à Paris. C'est un cortège de plus de 10.000 personnes qui a manifesté de Montparnasse au Sénat.

La présence médicale est imposante : mandarins, médecins ou internes, ils sont en nombre pour rejeter la réforme en cours.

La Coordination Nationale Infirmière, déjà dans l'action depuis plusieurs mois, a également pris part à ce grand rendez-vous.

Non pas derrière les médecins comme certains se sont plus à le dire mais avec les médecins pour dénoncer les aberrations qui tendent à transformer l'hôpital en entreprise mais également pour souligner les carences de cette réforme.

Fortement impliqué également pour exprimer notre inquiétude de voir ainsi la filière infirmière écartée des instances de l'hôpital.

Quel intérêt y aurait-il à prendre en compte l'avis de ses petites mains qui après tout ne représentent qu'un tiers du personnel de l'hôpital ?



Salon Infirmier® 2009

13, 14 et 15 octobre

VIPARIS - PORTE DE VERSAILLES - PAVILLON 3



*Un seul métier
100 manières
de l'exercer*



Wolters Kluwer
France

**90 conférences
et ateliers techniques
200 exposants**

Salon Infirmier®
Case postale 817
1 rue Eugène et Armand Peugeot
92856 Rueil-malmaison cedex
Tél. : 01 76 73 34 32 / 39 06
Fax : 01 76 73 48 58
site internet : www.salon-infirmier.com
E-mail : saloninfirmier.formations@groupeliaisons.fr

L'infirmière
magazine

libérale
MAGAZINE

EDITIONS

LAMARRE

objectif
SOINS



VAE Ibode

Faut-il s'en indigner ou s'en réjouir ?

Redouté, critiqué ou au contraire encouragé et même attendu, le principe de validation des acquis de l'expérience pour accéder à la délivrance du diplôme d'ibode ne laisse pas les professionnels concernés indifférents. Que faut-il en comprendre ?

Lorsque le sujet de la validation des acquis d'expérience est abordé, les professionnels de santé sont partagés.

Il y a ceux qui s'indignent

Ceux qui s'indignent sont souvent des infirmiers qui, après une formation complémentaire, ont obtenu un diplôme de spécialité ou de cadre de santé. Parmi eux, on compte bien sûr, des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État qui revendiquent l'appartenance à un corps acquis par des « souffrances » partagées : la durée des études (même si certains ont suivi une formation en 10 mois et d'autres en 18), les épreuves de sélection, ●●●

celles du diplôme et notamment du travail de recherche. Ils expriment souvent de l'amertume.

Les autres infirmiers affichent plutôt une certaine condescendance. Ils ignorent que la VAE concerne ou concer-



nera l'ensemble des diplômes de santé (sauf celui d'IDE pour lequel les aides soignants et les auxiliaires de puériculture auront une exemption du « module » lié à la compétence intitulée « accompagner la personne dans la réalisation des activités de la vie quotidienne »).

Ces réactions sont très différentes de celles des ingénieurs qui, depuis 1934, peuvent obtenir leur diplôme par la voie de la validation des acquis. Chez eux, la réputation de « parcours difficile » pour ce canal fait que chacun en reconnaît la valeur. Là aussi, la « souffrance » valorise ce diplôme.

Il y a ceux qui se réjouissent

Ceux qui se réjouissent sont, en premier lieu, les infirmiers qui exercent en bloc opératoire depuis plusieurs années. Ils sont, bien sûr, conscients de leurs limites : ne pas toujours comprendre le sens de leurs actions, de ne pas pouvoir prévoir l'évolution des interventions mais ils savent aussi qu'ils ont assuré le service pour pallier le manque d'Ibode et qu'ils en ont rempli les missions, bon an mal an, à la satisfaction générale des équipes.

Ce sentiment d'exécuter des ordres sans en mesurer les risques ou l'intérêt, a souvent pollué leurs actions et en a amené beaucoup à quitter le bloc opératoire. Ceux qui ont persisté, ont gagné le droit de voir reconnaître leur utilité et leurs compétences. En tous cas, ils ne méritent pas le mépris.

Une position médiane

La raison est sans doute, comme toujours, **dans la mesure**. Il faut d'abord entendre **qu'aucune validation d'un exercice illégal n'est possible**. Ensuite, **considérer la VAE comme une équivalence est due à une méconnaissance grave voire coupable** des textes. C'est aussi mépriser l'engagement des professionnels qui ont, depuis plusieurs années, rédigé les référentiels d'activités, de compétences, de certification et de formation. Ceci est valable pour l'accès au diplôme Ibode mais aussi aux autres diplômes paramédicaux qui seront à terme concernés par la VAE.

Démontrer et argumenter ses compétences

En effet, **un candidat à la validation des acquis Ibode doit prouver ses compétences** et non prouver son activité : il doit rédiger puis défendre, face à un jury d'Ibode et de chirurgiens, une analyse de ses pratiques. Il doit ainsi montrer, à travers plusieurs situations, comment il sait mobiliser son savoir et son savoir-faire pour identifier les risques liés à l'intervention et au patient, mettre en place des actions préventives, choisir des dispositifs médicaux, expliciter leurs caractéristiques techniques, décrire les actions d'infirmier circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire... et ce pour toutes les spécificités chirurgicales (chirurgie viscérale, thoracique, cardiaque et vasculaire, orthopédique et traumatologique, tête et cou, chirurgie assistée par endoscopie ou microscopie...).

Par conséquent, il sera difficile à la majorité des IDE de valider l'intégralité des 8 compétences Ibode. Un **accompagnement** sérieux par des Ibode confirmés ou mieux des cadres Ibode devrait toutefois leur permettre d'acquiescer au minimum une validation partielle. Outre l'exemption du concours

d'entrée, ils obtiendront ainsi à la fois la reconnaissance d'un savoir manifeste et la possibilité d'une prise en charge financière. Leur employeur acceptera sans doute plus volontiers de financer une formation en école, forcément raccourcie au vu de son expérience, pour un agent qui aura prouvé sa volonté d'exercer en bloc opératoire.

Rester garant de la qualité des soins

Le **jury**, le même pour les VAE que pour la formation traditionnelle, comporte des professionnels Ibode et des cadres Ibode. **À eux d'être exigeants** autant pour les élèves que pour les candidats à la VAE. Ils sont garants de la qualité des soins dispensés par ceux qui seront Ibode quelle que soit la voie qu'ils auront suivie.

Exercer le métier d'infirmier en bloc opératoire ne s'apprend pas au cours des études d'infirmiers. L'environnement technologique, la spécificité des activités, l'impact économique et le coût humain de la non-qualité y est particulièrement prégnant. Les VAE vont sans doute **permettre à tous les professionnels de bloc opératoire de bénéficier pour le moins d'une analyse réflexive des pratiques et au mieux d'une formation commune**.

Une vision de bon sens

Si depuis plus de 20 ans, les Ibode réclament une **exclusivité de fonction**, le monde politique, médical et même la profession infirmière dans son ensemble n'a pas (encore) eu le courage de l'imposer. Pourtant aujourd'hui, les murs se fissurent et les scandales liés à des erreurs voire à des fautes aux conséquences gravissimes, émergent... ôter un sein par erreur, devoir amputer la jambe d'un jeune homme à cause d'une infection nosocomiale cela n'arrive pas qu'aux autres... Il faudra bien en tenir compte ou l'usager lui-même saura l'exiger... au risque de perdre définitivement confiance aux soignants.

Chantal LEVASSEUR ■

Directeur de Soins
AP-HM Marseille

Ce qu'il faut retenir sur la VAE

- La Loi 2002-73 du 17 janvier 2002 (modernisation sociale)
 - est un **droit** pour chacun, salarié ou bénévole ;
 - s'applique à l'**ensemble des titres, diplômes et certificats** de qualification inscrits dans le répertoire national des certifications professionnelles ;
 - permet l'**accès à tout ou partie** du titre, diplôme ou certificat.
- La **validation produit les mêmes effets que le succès à l'épreuve** ou aux épreuves de contrôle des connaissances et des aptitudes qu'elle remplace.

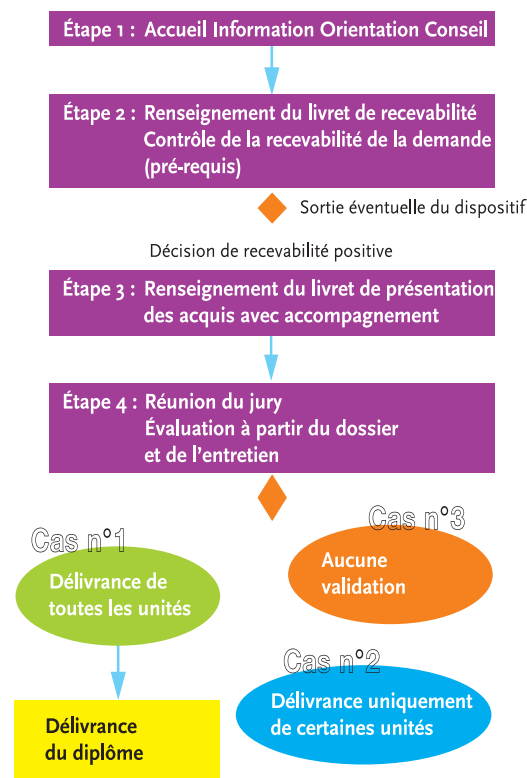
Conditions

- **Après 3 ans d'exercice minimum**, le candidat doit réussir l'ensemble des certificats (c'est à dire **valider l'ensemble des compétences du métier** au niveau prédéfini pour acquérir le diplôme d'État par la formation traditionnelle)
- Suite à la **validation partielle** des compétences, le candidat peut acquérir les autres compétences soit en présentant un nouveau dossier à l'issue d'un exercice complémentaire soit en validant les cursus de formation correspondants en école.
- Le candidat a **5 ans pour valider l'ensemble** des certificats.
- **Aucun exercice illégal n'ouvre droit à la VAE.**

Les 8 compétences Ibode

1. Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire
2. Analyser la qualité et la sécurité en bloc opératoire et en salle d'intervention et déterminer les mesures appropriées
3. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées au processus opératoire
4. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie ostéo-articulaire
5. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie abdomino-pelvienne et vasculaire
6. Mettre en œuvre des techniques et des pratiques adaptées à la chirurgie vidéo-assistée et à la micro-chirurgie
7. Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus opératoire
8. Rechercher traiter et produire des données professionnelles et scientifiques.

Itinéraire d'un candidat



Itinéraire d'un candidat



Pas de couronne mais des fleurs

Vous m'accorderez, mesdames, mais vous aussi, messieurs, même si la comparaison est plus rare, qu'il est plus qu'agréable d'entendre parler de nous comme d'une belle plante.

Dès lors, permettez-moi de faire ce lien métaphorique, qui viendrait comparer le soignant fraîchement diplômé à une jeune pousse dont l'avenir ne saurait être, s'il n'y avait, un jardinier, Nicolas ou un autre tant qu'il est tendre et amoureux, les temps d'arrosage, le mélange subtil de la terre et des engrais minutieusement choisis, les tailles aux moments propices et... un tuteur... pour éviter l'erreur d'orientation, la déviation.

Laissez-moi vous dire comment le lien s'est organisé chez moi lorsque l'hôpital m'a proposé un tuteur. Première pensée : Tiens ! Je vais rencontrer une nouvelle tête, qui plus est « pensante ».

En ces temps où les rencontres ne s'organisent presque plus que par le biais d'un ordinateur, c'était pas mal.

Puis, vint le moment où je m'attachais sur le mot TUTEUR.

Avais-je besoin d'être redressée, me percevait-on comme une personne déviante ?

La violence des mots n'est là que pour souligner l'angoisse qui m'étreignait à ce moment-là.

Très vite, je comparais la Direction des Soins à Big Brother, j'imaginais un système ultra sophistiqué qui leur permettait de suivre mes moindres faits et gestes lorsque je travaillais mais aussi lors de mes temps de repos. Tous ces films et bandes sons étudiés par de grands comportementalistes

avaient entraîné cette décision irrévocable : « j'avais réellement besoin d'être redressée ».

360 heures d'enseignement en psychiatrie pour m'entendre dire ça !

Devant ce postulat, et pour ne pas mettre en péril un équilibre, que je découvrais fragile, il me fallait réagir.

Après la colère et l'abattement, était venu le temps du questionnement.

**Pourquoi avais-je été
si blessée d'ap-
prendre qu'un tuteur
avait été désigné
pour m'encadrer ?**



Faisant fi de ce que j'énonçais plus haut, qui me renvoyait plus à un registre interprétatif, voire un délire de persécution, je décidais de faire appel à l'enseignement théorique reçu et l'expérience clinique acquise dans le pavillon d'accueil où j'exerçais alors, et ainsi, éviter une quelconque décompensation, qui aurait signifié un effondrement de mes défenses névrotiques habituelles.

L'état crépusculaire était derrière moi, la crise d'épilepsie ou d'hystérie provoquée par l'annonce du tutorat aussi.

Le docteur Breuer et Freud après lui, l'annoncèrent comme un postulat, l'empathie est nécessaire, sinon indispensable au traitement de l'hystérie.

Et si, comme je le présumais ma réponse avait été hystérique, il me fallait beaucoup d'empathie pour juguler ce sentiment et ses conséquences.

J'en étais pourtant loin lorsque je pris contact avec celui qui allait désormais me jauger, m'évaluer puis me juger pour mieux accomplir sa mission de « redresseur ».

Le jour J, ma présentation serait à la hauteur de la vexation. Rigueur, maîtrise du langage et des codes de communications viendraient marquer mon opposition au Savoir de l'Autre.

Et ce fût tout autre, un accueil chaleureux, convivial m'attendait. Serge, puisque mon Nicolas à moi s'appelle Serge, fit preuve de cette empathie qui me faisait tant défaut.

Après un temps de présentation de nos parcours respectifs, nous établissions une sorte de protocole, où l'échange aurait une place primordiale.

Quelque peu honteuse des réticences qui avaient été les miennes et, galvanisée par la générosité de mon bienfaiteur, j'osais m'exprimer sur mes doutes pour ne pas dire mon rejet.

C'est ensemble que nous nous sommes interrogés sur les raisons d'une telle réaction.

N'est-il pas établi, qu'un infirmier, nouvellement intégré dans une équipe de soins généraux, est, pour une période plus ou moins longue, accompagné d'un de ses collègues qui sera chargé de l'aider à prendre quelques repères dans le fonctionnement du service ?

Un temps où l'infirmier débutant peut se situer entre l'étudiant qu'il n'est plus et le professionnel qu'il est en passe de devenir ?

Je ne me risquerais pas à une comparaison avec les rituels de passage à l'âge adulte décrits par Lévi-Strauss....

Cette réflexion nous ramenait à ma réaction première, celle où, forte de ce diplôme obtenu, je réfutais l'idée même que ma formation débutait avec ma prise de fonction.

Car, bien plus que dans la répétition de gestes techniques ou dans l'application de protocoles, c'est bien dans l'écoute, la rencontre et l'échange qui font la spécificité de notre profession.

Ces moments sont l'occasion de nous raconter dans nos difficultés, nos interrogations sans crainte de jugement. Force est de constater que j'avais manqué d'humilité.

Mes défenses abolies, nous décidions d'évoluer sur le mode d'un échange des pratiques.

À l'évidence j'étais conquise par l'orientation que prenait notre relation et, au fil des rencontres j'avais la sensation de réellement m'épanouir, de pousser droit, telle le bégonia à l'approche de l'aurore, lorsque viennent perler sur ses pétales offerts quelques gouttes de rosée matinale.

Mes chers collègues, sachez-le, si les infirmiers spécialisés en psychiatrie sont en voie d'extinction, ils n'ont pas encore d'extinction de voix et si nous avons la sagesse d'aller puiser dans leur savoir et leur expérience, si nous acceptons de nous mettre en position de Candide, peut-être verrons-nous apparaître chez nous de nouvelles ouvertures.

N'oublions pas non plus les infirmiers post 92, qui ont fait le choix d'exercer dans cette spécialité et ont accepté de transmettre.

Un proverbe Africain dit :
« Lorsqu'un vieux meurt, c'est une bibliothèque qui brûle... ».

Et si nous ne sommes pas capables de maintenir, faire évoluer notre savoir, nous irons inéluctablement vers la fin... La fin de notre spécificité.

Il n'y aura plus alors à s'offenser de la tentative des décideurs de nous remplacer par d'autres corps de métier.

Et c'est là, que la possible composition florale que nous pourrions imaginer, ressemblerait plus à une couronne.

Nadia VILLARD ■

*IDE psychiatrie
Centre Hospitalier Valvert*

Billet d'humeur

Témoigner en direct sur un plateau télé peut s'avérer un sport dangereux surtout s'il est pratiqué par une infirmière.

Radio couloir laisse filtrer quelques rumeurs inquiétantes.

Récemment plusieurs collègues se sont exprimées dans les médias.

Apparemment avec une totale liberté...

Oui mais...! Il ne ferait pas bon faire preuve d'honnêteté...

Raconter son quotidien ne serait pas sans risque surtout si l'on souhaite faire carrière...

Pour certaines, il y aurait eu des recommandations, voir un solide cadrage de la hiérarchie avant l'intervention.

Pour d'autres qui se sont lancés sans filet, les entre-

tiens post-interventions laissent supposer des retours de bâton.

Comme quoi la vérité n'est pas toujours bonne à dire... Et encore nous on sait bien que nos collègues font preuve de retenue...

On ose imaginer ce qui pourrait se passer si tout était dit. Une question se pose : demain pour témoigner les infirmières devront-elles porter une cagoule ?

Ou refuser de s'exprimer et ne laisser la parole qu'à des personnes protégées par leur statut (directeurs d'hôpitaux, médecins ou permanents syndicaux).

Un sacré retour en arrière !

Andrée RENOIR ■

CNI 76

La retraite

dans la Fonction Publique Hospitalière : les grandes lignes

L'âge de la retraite est fixé :

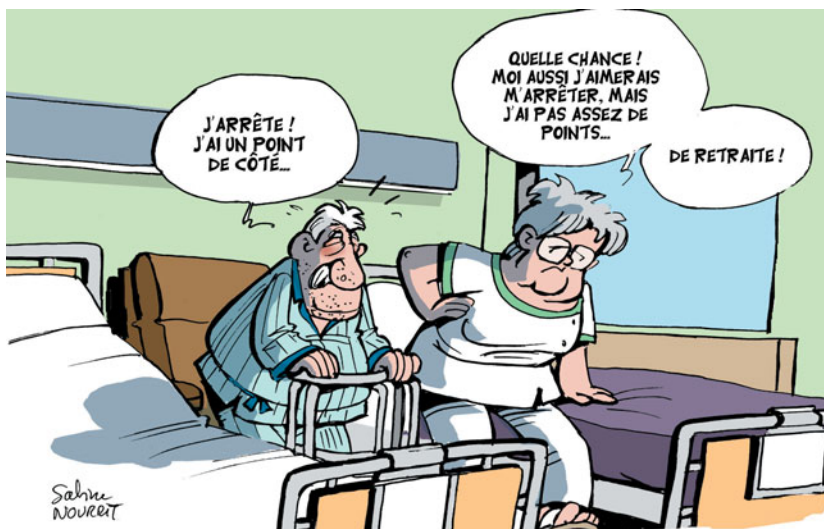
- à 55 ans pour agents ayant effectués au moins 15 ans de service en catégorie active avec possibilité d'aller jusqu'à 60 ans.
- à 60 ans pour agents en catégorie sédentaire avec possibilité d'aller jusqu'à 65 ans.
- 75% du salaire équivaut à une retraite à taux plein.
- À la retraite le revenu des agents baisse de 40%.
- Un an par enfant pour les enfants nés dans la FPH avant 2004.
- Six mois par enfant pour les enfants nés dans la FPH après 2004.
- Les femmes ayant élevé 3 enfants ont la possibilité de partir en retraite après 15 années de service quel que soit leur âge.
- Fraction de trimestre supérieure ou égale à 45 jours = un trimestre validé
- Fraction de trimestre inférieure à 45 jours = 0 trimestre validé.

La durée de cotisation

Jusqu'au 31 décembre 2009, est fixé comme indiqué dans le tableau suivant le nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension civile ou militaire, par dérogation au premier alinéa de l'article L. 13.

Calcul de la pension

Taux plein = 37,5 ans x 2% (taux de l'annuité) par an = 75%.
Avec l'augmentation de la durée de cotisation, le taux de l'annuité baisse d'années en années (Cf. tableau ci-contre).



Formule de calcul de la décote

La **décote** est une réduction définitive appliquée au montant de la pension d'une personne qui choisit de partir en retraite avant d'avoir atteint la durée de cotisation nécessaire, pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

$$P = \frac{(N \times 75\%) \times [1 - (CO\% \times d)] \times TB}{DSB}$$

P = montant de la pension

N = nombre de trimestres acquis dans la fonction publique (services effectifs et bonifications)

DSB = nombre de trimestres requis l'année d'ouverture des droits pour avoir une pension complète

d = nombre de trimestres manquants

CO% = taux de la décote par trimestre

TB = traitement indiciaire brut

Année au cours de laquelle sont réunies les conditions mentionnées au I et au II de l'article L. 24 (*)	Nombre de trimestres nécessaires pour obtenir le pourcentage maximum de la pension civile ou militaire (article L. 13)
Jusqu'en 2003	150 taux d'annuité = 2,000%
2004	152 taux d'annuité = 1,974%
2005	154 taux d'annuité = 1,948%
2006	156 taux d'annuité = 1,923%
2007	158 taux d'annuité = 1,899%
2008	160 taux d'annuité = 1,875%
2009	161 taux d'annuité = 1,868%
2010	162 taux d'annuité = 1,852%
2011	163 taux d'annuité = 1,840%
2012	164 taux d'annuité = 1,829%

(*) Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Version consolidée au 14 mai 2009

Formule de calcul de la surcote

La **surcote** correspond à la majoration appliquée au moment de la future pension d'un assuré âgé de 60 ans au moins et qui choisit de continuer à travailler alors qu'il a atteint la durée de cotisation nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

$$P = \frac{(N \times 75\%) \times [1 + (0,75\% \times d)] \times TB}{DSB}$$

P = montant de la pension

N = nombre de trimestres acquis dans la fonction publique (services effectifs et bonifications)

DSB = nombre de trimestres requis l'année d'ouverture des droits pour avoir une pension complète

d = nombre de trimestres travaillés à compter du 1^{er} janvier 2004 au-delà de 60 ans et au-delà de DSB

TB = traitement indiciaire brut

Une **surcote** de 0,75 % par trimestre, soit 3 % par an est appliquée si l'on dépasse les nombres de trimestres nécessaires pour une retraite à taux plein.

Une **décote** est prévue lorsque le nombre de trimestres nécessaire à une retraite à taux plein n'est pas atteint. Elle augmente progressive-

ment de 0,5% par trimestre en 2009 et jusqu'à 1,25% par trimestre en 2015.

Le système de réforme des retraites conduit inévitablement à une baisse des niveaux de pensions au terme de la réforme pour des carrières incomplètes.

Compte tenu du nombre de trimestre requis pour une retraite à taux plein, en 2030, l'âge moyen de départ en retraite sera de 60 ans voir 67, 68 ans ou plus.

À partir de 2009, chaque cotisant recevra de plus en plus tôt une indication globale du nombre de trimestres travaillés avec son total de point acquis. Cinq ans avant l'âge de la retraite, il recevra une stimulation du montant de sa pension selon qu'il parte à 60 ou 65 ans.

Pour le calcul de votre retraite rendez vous sur le site www.cnracl.fr

Commentaire CNI

La réforme des études qui s'appliquera avec le nouveau programme en septembre 2009 induit un passage en catégorie A pour les IDE.

La négociation sur les conditions de cette revalorisation doit s'ouvrir à la rentrée. On ne peut écarter la proposition contenu dans le rapport de l'IGAS en octobre 2008 qui préconise une contre partie à ce passage en catégorie A : un départ à la retraite qui reculerait à 60 voire 65 ans....

Pour la CNI, les IDE n'ont pas à « payer » cette reconnaissance à BAC + 3 qui nous est due.

Les infirmiers spécialisés (IADE, IBODE et IPDE) ont bénéficié de la catégorie A sans perdre leur classement en catégorie active.

La Coordination Nationale Infirmière poursuit sa revendication d'une bonification au 1/5^{ème} en reconnaissance de la pénibilité au travail.

En conclusion : vigilance absolue sur les discussions de la rentrée.

La CNI invite les professionnels infirmiers à s'informer sur son site : www.coordination-nationale-infirmiere.org

Régine WAGNER ■
Trésorière CNI

Heures supplémentaires défiscalisées

dans la Fonction Publique Hospitalière



ont considérées comme heures supplémentaires les heures effectuées :

- à la demande du chef d'établissement,
- lorsqu'il y a dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail.

Plafond d'heures supplémentaires

Les heures supplémentaires sont limitées à 180 heures par an et par agent.

Ce plafond est porté à 220 heures pour certaines catégories de personnels (infirmiers spécialisés, sages-femmes...). En cas de crise sanitaire et pour une durée limitée, ces contingents peuvent être dépassés, sur décision du ministre de la santé.

Lorsque la durée du cycle de travail est inférieure ou égale à un mois, le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectué par mois et par agent ne peut dépasser 15 heures.

Ce plafond mensuel est porté à 18 heures pour les catégories de personnels mentionnées ci-dessus.

Lorsque la durée du cycle de travail est supérieure à un mois, le plafond est déterminé en divisant le nombre d'heures supplémentaires pouvant être effectué dans l'année par 52 et en multipliant ce résultat par le nombre de semaines que compte la durée du cycle de travail. ●●●

Cumul avec d'autres indemnités

Les indemnités horaires pour travaux supplémentaires ne peuvent être cumulées avec d'autres indemnités de même nature.

Cela vaut notamment pour les indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires.

Elles ne peuvent pas non plus être attribuées à un agent pendant les périodes ouvrant droit à remboursement des frais de mission.

Calcul des indemnités

La rémunération horaire est déterminée sur la base du traitement brut annuel de l'agent concerné, au moment de l'exécution des travaux, augmenté, le cas échéant, de l'indemnité de résidence. Le tout est divisé par 1820. Cette rémunération est multipliée par 1,25 pour les 14 premières heures supplémentaires et par 1,27 pour les heures suivantes.

L'heure supplémentaire est majorée de 100% en cas de travail de nuit et de 66,67%, les dimanches et jours fériés.

Exonérations fiscale et de cotisations sociales sur les indemnités

Étendue des exonérations :

Les indemnités horaires pour travaux supplémentaires, versées au titre des heures supplémentaires effectuées à compter du 1^{er} octobre 2007, **sont exonérées de l'impôt sur le revenu**.

Ces indemnités sont également exonérées en totalité de cotisations salariales de sécurité sociale pour les fonctionnaires.

Les agents non titulaires bénéficient d'une réduction sur les cotisations salariales, dont le taux est plafonné à 21,5 %.

Conditions des exonérations :

L'administration doit respecter les règles relatives à la durée du travail et établir un document récapitulatif des heures supplémentaires effectuées par chaque agent par mois civil (sauf exceptions) et leur rémunération.

Elle doit, par ailleurs, mettre en œuvre des moyens de contrôle permettant

de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires accomplies. L'exonération d'impôt sur le revenu porte sur l'ensemble de la rémunération de l'heure supplémentaire, c'est-à-dire le salaire de base et la majoration légale ou conventionnelle dès lors que, dans ce dernier cas, son taux résulte d'une convention collective de branche ou d'un accord professionnel ou interprofessionnel et non d'un simple accord d'entreprise ou d'établissement.

Exemple de défiscalisation :

- Heures supplémentaires bruts par mois : 387,81 €
- Déduction charge salariale : 53,36 €
- Déduction de l'impôt sur le revenu : 387,81 €

Texte de référence :

- Circulaire du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique du 7 novembre 2007 relative aux indemnités versées aux agents publics bénéficiant de la réduction de cotisations salariales de sécurité sociale prévue par l'article L 241-17 du code de la sécurité sociale.

Exemple :

Tarif horaire de l'heure de base : 10 €

Heure supplémentaire payée :

10 € x 1,25% = 12,50 € pour les 14 premières heures.

10 € x 1,27% = 12,70 € pour les heures suivantes

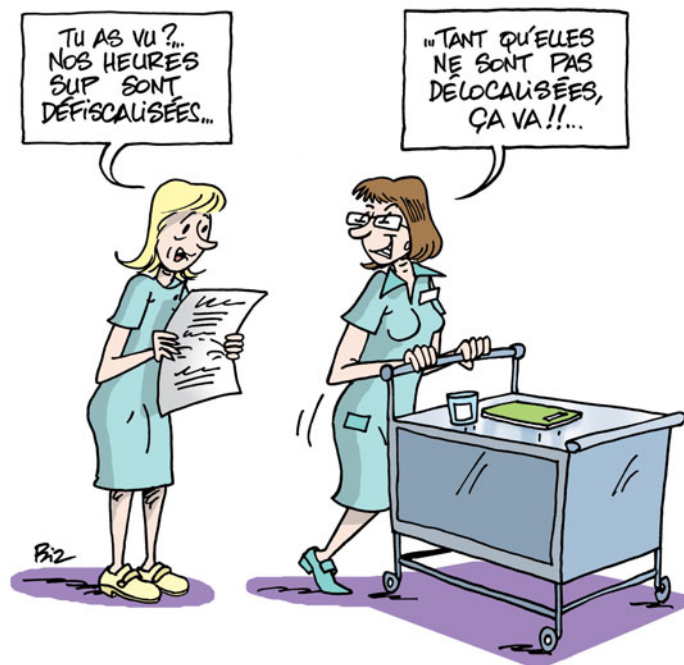
Cette heure sera doublée en cas de travail de nuit :

12,50 € x 2 = 25 €

Cette heure sera majorée de 66,67% en cas de travail le dimanche ou jour férié :

12,50 € x 66,67% = 8,333 €

soit une heure payée 12,50 + 8,333 = 20,83 €



- Circulaire du 20 décembre 2007 relative aux modalités de mise en œuvre de la réduction de cotisations salariales de sécurité sociale, au titre des heures supplémentaires effectuées par les agents hospitaliers.
- Circulaire N° DSS/5B/2008/34 du 5 février 2008 portant diffusion d'un « questions-réponses » relatif aux modalités techniques d'application de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.
- Décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.
- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 2007-1430 du 4 octobre 2007 portant application aux agents publics de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.
- Code général des impôts article 81 quater
- Code de la sécurité sociale article L241-17
- Code de la sécurité sociale article D241-21

Régine WAGNER ■
Trésorière CNI



INSTITUT EUROPÉEN DE FORMATION EN SANTÉ

La performance en plus

www.iefsante.com

Toutes nos Formations sont
adaptables aux procédures et
besoins de votre établissement

Formation Continue Médicale et Paramédicale - Plateforme E-Learning - Organisation de congrès
Audit - Bilan de Compétences - Ingénierie et Logistique de Formation

NOUVEAUTE 2009 - 2010

- > **Anglais médical** en E-Learning (I.F.S.I.)
- > **Bientraitance**
- > Congrès "**techniques et éthiques : quelles compétences**" le 17 Octobre 2009 à Nancy
- > Congrès "**La Bientraitance**" le 20 Novembre 2009 à Nancy
- > **Module de formation à l'Urgence** en E-learning gratuit

www.learnfirstaidonline.eu

FORMATION A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES > CONCEPT URGAPP®

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

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

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

Plus d'infos

www.afgsu.com

FORMATIONS D'ADAPTATION À L'EMPLOI

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

ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

- > Transmissions ciblées, Douleur, Accueil, Escarres, Accompagnement, Ergonomie, Bientraitance, Soins Palliatifs, Hygiène...



MISES EN SITUATION PROFESSIONNELLES



ATELIERS PRATIQUES



ETUDES DE CAS CONCRETS



APPORTS THEORIQUES INTERACTIFS

LUXEMBOURG

6. rue Nicolas WESTER
L - 5836 ALZINGEN
Tél. : 00 352 26 36 03 83

FRANCE

150. rue de Grigy
57070 METZ TECHNOPOLE
Tél. : 00 33 (0)3. 87.18.18.18

Partenaire du projet



Ne vous déplacez pas, nos formateurs et notre matériel viennent chez vous.

COLLÈGE OSTÉOPATHIQUE EUROPÉEN

PARIS CERGY • MUNICH



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

Une Formation agréée par le Ministère de la Santé pour l'obtention du titre d'Ostéopathe

- Plus de 20 ans d'expérience dans la formation ostéopathique au niveau européen.
- Cours en 5 ans adapté aux Professions de Santé.
- Formation au sein du campus du COE- Pôle Universitaire de Cergy.
- Pratique clinique au sein de la Clinique Ostéopathique du COE, plus de 20 000 consultations par an.

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

Démarche qualité ISO 9001



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

THEMES D'INTERVENTIONS :

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

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

Demandez le catalogue complet à :

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

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

Mel : info@realites.fr
Sur Internet : www.realites.fr




GRAPE INNOVATIONS
CONSEIL FORMATION
ENFANCE-PETITE ENFANCE-ADOLESCENCE

Service de formation professionnelle continue

- **Accompagnements individuels et groupal :**
GAPP, supervisions, groupes cliniques
- **Recherche et réflexion collective :** colloques, conférences, journées thématiques
- **Formations thématiques inter et intra établissements**

FORMATION INTRA 2009 (ex. de thématiques)

DYNAMIQUE DU DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

- Soutenir et accompagner les premiers liens • La première année de la vie • Séparations et retrouvailles

ADOLESCENCE

- Etre adolescent • Prise en charge des adolescents en pédiatrie

DÉMARCHE ET OUTILS PROFESSIONNELS

- Associer les parents au projet de prise en charge de leur enfant
- Communication et gestion des conflits • Gestion du stress
- Mieux communiquer en équipe • Mise en place d'ateliers créatifs à visée thérapeutique

L'INSTITUTION : UN LIEU POUR AGIR ET PRÉVENIR

- Maltraitance et prévention • Promotion de la bientraitance

ACCUEIL DES ENFANTS ET DES FAMILLES

- Accueil et communication avec les familles • Accueil d'enfants et de familles de cultures différentes • L'enfant à l'hôpital • Accueillir les enfants prématurés

ÉVEIL ET MÉDIATION CULTURELLE

- Contes et comptines • L'éveil des bébés • Des livres et des enfants

115 rue Vendôme 69006 Lyon
Tél 04 37 24 04 79 - FAX 04 37 24 05 62
e-mail : grape.innovations@wanadoo.fr
site internet : grape-innovations.coop



Le SERFA, service de formation continue de l'Université de Haute-Alsace, organise depuis plusieurs années des formations pour les personnels soignants, en partenariat avec des Centres hospitaliers et/ou des Associations :

- Diplôme d'Université "SOINS INFIRMIERS EN RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION" du 19 janvier au 17 septembre 2010
- Diplôme d'Université "SOINS INFIRMIERS D'URGENCE ET MISSIONS D'INFIRMIER SAPEUR-POMPIER" du 21 septembre 2009 au 21 mai 2010
- Diplôme d'Université "SOINS INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE : CONSOLIDATION ET INTÉGRATION DES SAVOIRS ET DES PRATIQUES" du 26 janvier au 26 novembre 2010
- Diplôme d'Université "STRATÉGIE DE COMPENSATION DU HANDICAP PHYSIQUE OU SENSORIEL" du 2 février au 1^{er} octobre 2010
- Diplôme d'Université de "PSYCHO-ONCOLOGIE" du 14 janvier au 3 décembre 2010
- Diplôme d'Université de "TACTIQUES ET TECHNIQUES D'INTERVENTION FACE AUX RISQUES ET MENACES NRBC" du 2 février au 1^{er} octobre 2010
- Formation courte "LE DIAGNOSTIC D'UNE MALADIE GRAVE : COMMENT AMÉLIORER LES CONDITIONS DE L'ANNONCE" les 15 et 16 octobre 2009 ou 6 et 7 mai 2010

Renseignements et inscription
SERFA - Mulhouse Tél : 03 89 33 65 00 – Fax 03 89 33 65 33 / catherine.muller@uha.fr / www.serfa.fr



Prévention et prise en charge des Escarres

3 Modules de 3 jours :

Module 1 : LYON (Médiathèque) du 7 au 9 décembre 2009

Module 2 : LE MANS (Centre de l'Arche) du 15 au 17 mars 2010

Module 3 : LYON (Médiathèque) du 17 au 19 mai 2010

Informations sur le site : **www.escarre-perse.com**

PRÉINSCRIPTIONS : Envoyez vos CV et lettre de motivation avant le 6 juillet 2009 à M^{me} Emmanuelle MAIRE

Faculté de Médecine - Laboratoire de Physiologie - Rue Haute Reculée - 49045 ANGERS cedex

Tél. 02 41 73 58 45 - Fax 02 41 73 58 95 • E-mail : emmanuelle.maire@univ-angers.fr



*"La performance au service
de l'humain"*

Toutes nos formations 2009 et 2010
sont sur notre nouveau site :
www.formavenir-performances.fr

Management - Responsabilité

Prévenir et faire face à l'agressivité 4 jours - 1 000 € 21 au 24 septembre 2009	Manager en transversal 2 jours - 600 € 7 et 8 septembre 2009
Animer des formations efficaces 3 jours - 825 € 28 au 30 septembre 2009	Animer et motiver son équipe 3 jours - 900 € 14 au 16 septembre 2009
Gérer son temps et développer son efficacité 3 jours - 825 € 16 au 18 septembre 2009	Responsabilité juridique des infirmiers et cadres de santé 3 jours - 825 € 19 au 21 octobre 2009
Améliorer la qualité de l'accueil 3 jours - 825 € 5 au 7 octobre 2009	Prendre une fonction d'encadrement 8 jours - 2 000 € 23 au 26 nov. et 14 au 17 déc. 2009

Prise en charge du patient

Infirmière hygiéniste 2 jours - 550 € 14 et 15 septembre 2009	Prise en charge des personnes en situation de précarité 3 jours - 825 € 28 au 30 septembre 2009
Infirmière d'organisation de l'accueil 3 jours - 825 € 14 au 16 septembre 2009	Prévention et soins des escarres 2 jours - 550 € 28 et 29 septembre 2009
Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés 4 jours - 1 000 € 5 au 8 octobre 2009	Toucher dans la pratique soignante 4 jours - 1 000 € 14 au 17 décembre 2009
Prise en charge du patient cancéreux 4 jours - 1 000 € 12 au 15 octobre 2009	Prise en charge des tentatives de suicide à l'hôpital 3 jours - 825 € 14 au 16 septembre 2009
Prise en charge des patients en état neuro-végétatif 3 jours - 825 € 14 au 16 septembre 2009	

Nos domaines d'intervention

Démarche Qualité et gestion des risques
Management
Droits - Gestion
Métiers, fonctions et perfectionnement
Accueil, communication et développement personnel
Prise en charge du patient
Maternité, enfance, adolescence
Gérontologie-gériatrie
Social - Handicap
Santé mentale
Prestations hôtelières

*Retrouvez notre offre actualisée en management
et notre parcours de professionnalisation diplômant
du manager des secteurs sanitaire, médico-social
et social*

Siège social - Formation Inter-entreprises :
171, avenue Jean-Jaurès - 75019 Paris
Tél. 01 53 19 80 30 - Fax : 01 53 19 02 80
Courriel : Inter@formavenir-performances.fr
Formation Intra-entreprise : pour connaître le conseiller en formation
de votre région consulter notre site Internet

La formation active au service de la santé

DES SESSIONS COURTES DANS VOS RÉGIONS DESTINÉES
AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- Les pathologies : oncologie, neurologie, diabète, insuffisants respiratoires.
 - Les techniques de soins : chimiothérapie, soins palliatifs, douleur, manutention, gestes d'urgence, plaies chroniques, relaxation
 - La gériatrie : Alzheimer, animation, troubles du comportement, fin de vie, prévention des maltraitances
- et des formations de développement personnel comme la gestion du temps, du stress et des conflits.

CATALOGUE ET RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE

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

Vous êtes infirmier, infirmière :
une nouvelle profession s'ouvre à vous !

Avec le CETOHM

**DEVENEZ
OSTÉOPATHE**



- Formation sur 6 années en alternance
- Agrément du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
- Diplôme donnant le droit d'exercice de l'ostéopathie en France
- Etablissement certifié ISO 9001
- Inscrit à la formation continue*
- "PORTES OUVERTES" sur www.cetohm.com

CETOHM
Collège d'enseignement
traditionnel de l'ostéopathie
Harold Magoun

10, rue de la Maison Rouge 77185 Lognes T. 01 60 37 61 60 • F. 01 60 37 61 54
www.cetohm.com

* sous le n° 11770257277



Ceccof FORMATION

CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE ET DE FORMATION
A L'INTERVENTION SYSTÉMIQUE ORGANISE
POUR SON 30ÈME ANNIVERSAIRE UN COLLOQUE INTERNATIONAL

COUPLE ou FAMILLE EVOLUTION DU CONJUGAL ET DU FAMILIAL

PARIS – 20 & 21 NOVEMBRE 2009



Ce Colloque anniversaire sera l'occasion de confrontation théoriques et cliniques à propos des thèmes qui nous touchent professionnellement et aussi personnellement. Avec des Psychiatres, Thérapeutes Familiaux, Psychanalyste, Philosophes... qui sont déjà intervenus dans nos précédents colloques.

Avec : M. Andolfi, M. Elkaim, E. Fivaz, J.C. Kaufmann, R. Neuburger, L. Perrone, R. Perrone, B. Prieur, N. Prieur, ...

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE COLLOQUE,
CONTACTEZ LE CECCOF FORMATION

96 AVENUE DE LA RÉPUBLIQUE – 75011 PARIS – TÉL. : 01 48 05 84 33 – FAX : 01 48 05 84 30
WWW.CECCOF.COM - E-MAIL : CECCOF@WANADOO.FR



Un établissement
de la Chambre
de Commerce
et d'Industrie
de Grenoble



Avec le Groupe Formation,
gérez et développez vos compétences !

- Un catalogue de 66 formations dédiées au secteur de la santé.
- Une offre sur mesure adaptée à votre problématique.
- Des outils souples et concrets pour gérer les compétences de vos collaborateurs.

04 76 28 26 89 - www.groupeformation.fr



ÉCOLE DE PSYCHOTHÉRAPIE EN SOPHROLOGIE EXISTENTIELLE

PARIS - BORDEAUX
D. RAYNAL

Seule École de Sophrothérapie agréée à pouvoir présenter ses élèves au
Certificat Européen de Psychothérapeute en Sophrologie par voie directe.

FORMATION COMPLÈTE :

- Certificat de Sophrologue
- Diplôme de Praticien
- Diplôme de Sophrothérapeute

PROCHAINES FORMATIONS : 10/2009 et 02/2010

Renseignements : iseba.fr

Tél. : 01-43-41-46-95 ou 05-56-48-03-40



**...professionnels
de santé**

**valorisez
vos
compétences**



L'Ecole Supérieure Montsouris,

Vous propose dans le cadre de la formation professionnelle continue

MASTER

- « Management des Organisations Soignantes »

LE DIPLÔME CADRE DE SANTÉ

- 50 infirmiers et ergothérapeutes
- Dispositif continu et discontinu dans un dispositif mixte universitaire
- Acquisition d'une « Maîtrise Management et Santé ».

DIPLÔME D'UNIVERSITÉ « SOINS »

- « Animation Gestion »
- « Santé Mentale ».

DES FORMATIONS EN SANTÉ MENTALE

- Perfectionnement clinique
- Tutorat
- Supervision pédagogique.

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

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



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

Ecole des Parents et des Educateurs d'Ile-de-France

La parentalité à l'épreuve du handicap
2x2 jours les 5-6 octobre et 9-10 novembre 2009

Le choix de la contraception
En 3 jours les 21-22-23 octobre 2009

La grossesse à l'adolescence
En 3 + 2 jours les 12-13-14 octobre et 23-24 novembre 2009

Accompagner les personnes en difficulté psychologique
En 3 + 2 jours les 14-15-16 septembre et 8-9 octobre 2009

L'accompagnement du mourir
En 3 + 2 jours les 21-22-23 septembre et 22-23 octobre 2009



Catalogue et fiche d'inscription sur demande à :
EPE - Service Formation
5 impasse Bon Secours - 75543 PARIS CEDEX 11
Tél. : 01 44 93 44 88 - Fax : 01 44 93 44 69
ou
www.epe-idf.com



Formation Professionnelle Continue
Certificat NF 214/09/00084



FORMATION 2010

COMPETENCES CLINIQUES

- Certificat Clinique en Stomathérapie - Lyon et Paris
- Soins aux personnes stomatisées (initiation + E-learning), mastectomisées, porteuses de plaies chroniques, souffrant de troubles de la continence, présentant une dénutrition.
- Pratiques professionnelles : Douleur, Toucher

GERONTOLOGIE

- Développer la bientraitance
- Prendre soin de la personne âgée, prévenir les chutes et la dénutrition

ORGANISATION DU PARCOURS DE SOINS

- Transmissions écrites et orales
- Protocoles de sortie, soins ambulatoires, consultation infirmière
- Tutorat (Infirmière, Aide-soignante). Réforme du Diplôme d'Etat
- Collaboration IDE/ASD

COMPETENCES EN RELATIONS HUMAINES

- Communication, aide et soutien psychologique (malade et famille)
- Soins palliatifs
- Gestion du stress et de l'agressivité

COMPETENCES EN MANAGEMENT

- Diagnostic et préconisations pour décider et agir
- Manager les projets et les équipes d'une structure de soins

POUR TOUTS RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :

ESFORD

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

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

CNI 2009

DEVENEZ OSTÉOPATHE





Établissement agréé (arrêté du 9 août 2007) par le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports pour dispenser une formation en ostéopathie selon les décrets.

- Une formation en alternance réservée aux professionnels de santé
- Une formation complète et ambitieuse qui fera de vous un véritable professionnel de l'Ostéopathie
- Au moins 1800 heures de formation et stages cliniques organisés sur 6 ans de formation (au minimum 41 jours, répartis en 9 séminaires par an, positionnés les week end et jours fériés)
- Des locaux permanents adaptés spécifiquement à l'enseignement de l'Ostéopathie (salles de cours théoriques, salles de travaux pratiques et enseignement clinique)
- Dispensaire clinique
- Une équipe pédagogique expérimentée et compétente composée d'ostéopathes exerçant à titre exclusifs et de médecins
- Un enseignement adapté à la situation de chaque professionnel de santé
- Un enseignement reconnu nationalement depuis près de 20 ans
- La garantie de la certification ISO 9001 depuis 2006

Renseignements et inscriptions aux « journées portes ouvertes » auprès du secrétariat :
Tél. 04 42 58 63 72 - e.mail : eurosteo.aix@wanadoo.fr
Château de la Saurine - Pont de Bayeux 13590 MEYREUIL

l'Ecole Parisienne de Gestalt

vous propose

- Formations de Gestalt-praticiens, psychothérapeutes et intervenants en organisations
 - notre école est accréditée pour la préparation au CEP (Certificat Européen de Psychothérapie)
 - différentes possibilités d'entrée en formation au cours de l'année
- Module de préparation au 3^e cycle
 - pour les psychothérapeutes en exercice formés dans une autre approche
- Découverte de la Gestalt
 - au travers de nombreux stages ouverts à tous et programmés tout au long de l'année

Pour vous renseigner et vous inscrire :
site internet : www.gestalt.asso.fr
mail : epg@gestalt.asso.fr
tel : 01 43 22 40 41
EPG • 27 rue Froidevaux • 75014 Paris

38

Le Drainage Lymphatique Manuel® mis au point par le Dr Emil Vodder (1896-1986)

Les indications dans le rôle propre de l'infirmier :

Article 1 : Le DLM soulage le patient grâce à son action antalgique.

Article 2 : L'infirmier peut élaborer des protocoles de soins relevant de son initiative.

Article 3 : Le DLM agit sur les muscles lisses, le péristaltisme intestinal le para-symphatique (élimination intestinale et urinaire), sur le système nerveux sympathique (repos, sommeil et détente), agit sur la microcirculation et favorise les échanges (préviend les phlébites, les escarres), aide et soutien psychologiquement (toucher, parler).

Le DLM s'applique aussi aux troubles fonctionnels, les petits maux de tous les jours qui peuvent empoisonner la vie mais qui ne sont pas graves. C'est donc encore en préventif que nous allons l'utiliser avec succès pour les maux de tête, les syndromes pré-menstruelles, les colites, les troubles O.R.L. etc...



**Vous cherchez une formation sérieuse...
DRAINAGE LYMPHATIQUE MANUEL®**

Méthode originale Dr. VODDER®

Nous sommes les seuls représentants de l'école mère
"Dr Vodder-Schule Walchsee/Tyrol" en France

Suivre nos stages c'est obtenir :

- Un enseignement, selon les normes allemandes, dispensé par des spécialistes
- Un diplôme international de l'école VODDER
 - STAGES à Paris et en Province
 - Tarifs intéressants

Programme - Informations - Inscriptions : A.D.L.V.
Azken Itzulia Route de Saint Pée - 64210 ARBONNE
Tél./Fax : 05 59 41 81 03
e-mail : ADLVodder@wanadoo.fr
www.drainage-lymphatique-vodder.com

Psychothérapeute Psycho- et Socio- Somatothérapeute

pratiquant la psychothérapie

Paris, Lyon, Strasbourg, Toulouse
Aix en P. 350 thérapeutes en France Nantes

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

Coordination Nationale Infirmière

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



www.coordination-nationale-infirmiere.org

03 80 74 27 57
toucher-massage.com

ifjs
ÉCOLE EUROPÉENNE
DU TOUCHER-MASSAGE®
INSTITUT DE FORMATION
JOËL SAVATOFSKI

- **Stages d'initiation**
 - Le massage minute dans les soins
- **Stages à thème**
 - Autour de la naissance
 - Le toucher relationnel en soins palliatifs
 - TM® et la douleur aiguë ou chronique
 - Le toucher relationnel en santé mentale
- **Formations certifiantes**
 - Praticien en Toucher-massage® (spécial soignant, exclusivité IFJS)
 - Praticien en Massage anti-stress assis
- **Formations sur site**
Programmes et devis sur demande

afar FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

FORMATIONS 2009

**MANAGEMENT
SOINS EN SANTÉ MENTALE
SECTEUR MÉDICO-SOCIAL
MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES**

soit 400 stages disponibles sur le site :
WWW.AFAR.FR

44 rue Amelot BP 436 75527 PARIS CEDEX 11 • tél. 01 53 36 80 50 • formation@afar.fr

OPQF ffp ISO 9001 VERSION 2000

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



Association
Interprofessionnelle des
Acteurs du Soin et du Social



Mutuelle Nationale
Interprofessionnelle
des Professions du Soin
et du Social

- Responsabilité Civile Professionnelle
- Protection Juridique
- Complémentaire Santé

- Prévoyance
- Garantie Sports - Loisirs
- Action Sociale - Prévention

Informations et renseignements :

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

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

Réforme des études

« le canada dry des blouses blanches »

Malgré les annonces, présidentielle et ministérielles, le nouveau programme qui se met en place en septembre 2009 conduira à l'attribution du grade de Licence et pas à une Licence.

Petit rappel

Suite au mouvement infirmier de 1988 et à la circulaire EVIN (1989), le décret n° 92-264 et l'arrêté du 23 mars 1992 officialisent le diagnostic infirmier. La formation infirmière passe de 33 à 36 mois.

Le mot « élève » et les mots « école d'infirmiers » sont respectivement remplacés par le mot « étudiant » et les mots « institut de formation en soins infirmiers » dans tout acte administratif en comportant la mention.

Cette évolution s'inscrit dans un objectif d'harmonisation européenne.

La revendication portée par la profession infirmière d'évolution vers l'université est présente dans les mobilisations avec celle d'une revalorisation salariale et d'amélioration des conditions de travail.

Nous retiendrons ici comme élément de preuve des propositions de programme de Licence publiée dans la revue « Nouvelles Inf' » qui se trouve être « l'ailleule » de la revue CNI actuelle.

Les accords de Bologne signés par les ministres européens de l'éducation viennent renforcer cette volonté d'harmonisation mais tandis que nos collègues européennes voient leur formation évoluer, la France reste assez timide...

En février 2007, lors d'une réunion de travail du groupe VAE (Validation des Acquis de l'Expérience), un directeur de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation



et de l'Organisation des Soins) affirme que les IDE sont de simples auxiliaires médicaux (cf. code de la santé et décret de compétences) et qu'il n'est pas question de mettre en place une Licence en Soins Infirmiers.

Ces propos sont la goutte d'eau qui conduit la Coordination Nationale infirmière à initier une mobilisation. Quatre manifestations ont lieu entre mars et juin 2007 sur fond de campagne présidentielle.

Une lettre de cadrage annonce en juillet 2007, la volonté d'inscrire la formation infirmière dans le cursus L.M.D. Malgré la commande ministérielle, il faudra attendre octobre 2008 pour voir rendu les rapports des inspections générales.

En novembre 2008, l'ouverture d'une concertation des organisations paramédicales syndicales et associatives

présente le calendrier, la méthodologie retenue s'articule autour de 4 grands groupes :

Déclinaison et évolution des cursus de formation

Conventionnement

Vie des étudiants

Conditions de reconnaissance des professionnels ayant déjà le diplôme.

Des réunions qui débutent le 8 décembre et vont se conclure en mars. Elles réunissent les organisations (syndicats et associations) et les ministères, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et la Direction de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche.

Les travaux du groupe de réingénierie du diplôme débuté en 2006, sont repris, amendés par l'Enseignement Supérieur.

Plusieurs voix s'unissent pour demander la création d'une discipline en Sciences Infirmières permettant la

mise en place d'un véritable LMD...

Le 5 mai 2009, le nouveau programme est officialisé et l'attribution du grade de Licence présenté comme une étape...

L'ordre infirmier et la Coordination Nationale Infirmière conjuguent leurs demandes d'un échéancier... pas de réponse.

La démonstration de l'existence d'une science infirmière en France serait à faire...

Il appartient à la filière infirmière de relever ce défi.

Alors même que la France compte le plus grand nombre d'infirmiers en Europe, il est en effet assez paradoxal que la Haute Autorité de Santé utilise les connaissances scientifiques issues des travaux de recherche en sciences infirmières menés à l'étranger afin de formuler des recommandations de bonnes pratiques tandis que la profession infirmière de France doit faire la démonstration de l'existence de ces mêmes sciences infirmières....

Le référentiel formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de **professionnaliser** le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un

praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri-professionnelle.

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition des **compétences** requises pour l'exercice des différentes activités du métier d'infirmier.

Durée de la formation :

Le référentiel de formation est construit par alternance entre des temps de formation théorique réalisés dans les instituts de formation et des temps de formation clinique réalisés sur les lieux où sont réalisées des activités de soins. L'enseignement en institut de formation est dispensé sur la base de 35 heures par semaine dont les modalités sont prévues par les responsables de l'IFSI. La durée de présence en stage est de 35 heures par semaine dont les modalités d'organisation sont prévues par les responsables de l'encadrement de stage. La présence lors des travaux dirigés et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent l'être en fonction du projet pédagogique. La répartition de la charge de travail de l'étudiant est conforme au tableau ci-dessous.

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux, travaux dirigés, travaux personnels (rédaction de mémoire, travaux guidés ou en autonomie...) et stages.

Les stages :

Selon la directive européenne 2005-36 :

« L'enseignement clinique se définit comme étant le volet de la formation d'infirmier par lequel le candidat infirmier apprend, au sein d'une équipe, en contact direct avec un individu sain ou malade et/ou une collectivité, à organiser, dispenser et évaluer les soins infirmiers globaux requis à partir des connaissances et compétences acquises ».

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation ou dans le cas d'équipes d'encadrement restreintes. Ainsi, toujours placé sous la responsabilité d'un professionnel, l'étudiant acquiert progressivement une façon de plus en plus autonome d'exercer son futur métier.

Durée et répartition des stages :

Les stages ont une durée de 60 semaines, soit 2100 heures pour les trois ans.

Sur la base de 35 heures/semaine
Durée des stages pour la première année :

15 semaines, soit : 5 semaines en S1 et 10 semaines en S2.

Durée des stages pour la deuxième année :

20 semaines, soit : 10 semaines en S3 et 10 semaines en S4.

Durée des stages pour la troisième année :

25 semaines, soit : 10 semaines en S5 et 15 semaines en S6. ●●●

Semestres	CM	TD	CM + TD	Stages	CM + TD + Stage	Temps personnel guidé, supervision, suivi pédagogique, travaux entre étudiants	Temps de travail CM + TD + Stage + TPG	Charge de travail personnelle complémentaire estimée
S1	231	234	465	175	640	60	700	100
S2	126	183	309	350	659	41	700	150
S3	118	177	295	350	645	55	700	150
S4	109	187	296	350	646	54	700	150
S5	116	184	300	350	650	50	700	150
S6	50	85	135	525	660	40	700	200
Total	750	1050	1800	2100	3900	300	4200	900

1 - Directive Européenne sur la reconnaissance des qualifications – JOCE du 30.9.2005

S1			S2			S3			S4			S5			S6		
septembre à février			février à fin août			septembre à février			février à fin août			septembre à février			février à juillet		
22 semaines			30 semaines			22 semaines			30 semaines			22 semaines			22 semaines		
20 semaines de formation			20 semaines de formation			20 semaines de formation			20 semaines de formation			20 semaines de formation			20 semaines de formation		
30 crédits			30 crédits			30 crédits			30 crédits			30 crédits			30 crédits		
S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.	S.	I.	V.
5 S	15 S	2 S	10 S	10 S	10 S	10 S	10 S	2 S	10 S	10 S	10 S	10 S	10 S	2 S	15 S	5 S	2 S
Année 1						Année 2						Année 3					
I = Institut : 60 semaines. S = Stages : 60 semaines V = Vacances : 28 semaines																	

Pour une rentrée en février, les semestres sont de février à fin août et de septembre à février.

Quatre types de stages sont prévus :

1 - *Soins de courte durée* : l'étudiant s'adresse à des personnes atteintes de pathologies et hospitalisées dans des établissements publics ou privés.

2 - *Soins en santé mentale et en psychiatrie* : l'étudiant s'adresse à des personnes hospitalisées ou non, suivies pour des problèmes de santé mentale ou de psychiatrie.

3 - *Soins de longue durée et soins de suite et de réadaptation* : l'étudiant s'adresse à des personnes qui requièrent des soins continus dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale, en établissement dans un but de réinsertion, ou une surveillance constante et des soins en hébergement.

4 - *Soins individuels ou collectifs sur des lieux de vie* : l'étudiant s'adresse à des personnes ou des groupes qui se trouvent dans des lieux de vie (domicile, travail, école,...).

Le portfolio de l'étudiant est un outil qui sert à mesurer la progression de l'étudiant en stage. Il est centré sur l'acquisition des compétences, des activités et des actes infirmiers.

Il comporte plusieurs parties remplies lors de chaque stage :

- des éléments sur le cursus de formation de l'étudiant, écrits par celui-ci avant son arrivée en stage,
- des éléments d'analyse de la pratique de l'étudiant à partir des activités réalisées en stage, rédigés par l'étudiant,
- des éléments d'acquisition des compétences au regard des critères cités qui sont remplis par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement, lors de l'entretien d'éva-

luation du stage. Les indicateurs permettent aux professionnels d'argumenter les éléments sur lesquels les étudiants doivent progresser,

- des éléments sur la réalisation des actes, des activités ou des techniques de soins, à remplir par le tuteur, en concertation avec l'équipe d'encadrement et l'étudiant, pendant le stage,
- un bilan, réalisé par le tuteur, de la progression de l'étudiant lors de chacun des stages.

Cette réforme de nos études inscrit clairement une évolution de la profession infirmière.

Elle acte la valorisation de l'apprentissage en stage et implique le sujet dans la construction de ses compétences.

Arrêté du 28 mai 2009 relatif au diplôme d'État d'Infirmier¹

Art 1^{er} : Le diplôme d'État d'infirmier atteste des **compétences professionnelles** pour exercer les activités du métier d'infirmier selon :

- les référentiels d'activités et de compétences définis en annexe I et II ;
- les articles R. 4311-1 à R. 4311-15 du code de la santé publique.

Article 3

Des épreuves de sélection sont organisées par chaque institut de formation en soins infirmiers autorisé pour la préparation du diplôme d'État d'infirmier. Les instituts de formation qui le souhaitent ont la faculté de se regrouper en vue d'organiser en commun les épreuves. Ils doivent, après accord du directeur régional des affaires sani-

taires et sociales, informer les candidats au moment de leur inscription du nombre de places offertes par institut. Ce nombre est déterminé selon les conditions prévues par l'article L. 4383-2 du code de la santé publique.

Maintien des quotas

Article 4

Peuvent se présenter aux épreuves de sélection :

1° Les titulaires du baccalauréat français ;

2° Les titulaires de l'un des titres énoncés par l'arrêté du 25 août 1969 modifié susvisé, ou d'un titre admis en dispense du baccalauréat français en application du décret n° 81-1221 du 31 décembre 1981 susvisé ;

3° Les titulaires d'un titre homologué au minimum au niveau IV ;

4° Les titulaires du diplôme d'accès aux études universitaires ou les personnes ayant satisfait à un examen spécial d'entrée à l'université ;

5° Les candidats de classe terminale ; leur admission est alors subordonnée à l'obtention du baccalauréat français. Ils doivent adresser une attestation de succès au baccalauréat à la direction de l'institut de formation en soins infirmiers où ils se présentent dans les délais requis par l'institut ;

6° Les titulaires du diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique qui justifient à la date du début des épreuves, de trois ans d'exercice professionnel ;

7° Les candidats justifiant à la date du début des épreuves, d'une activité professionnelle, ayant donné lieu à cotisation à un régime de protection sociale :

d'une durée de trois ans pour les personnes issues du secteur sanitaire et médico-social, autres que les titulaires

1 - les références exactes du texte seront précisées lors de sa publication au Bulletin officiel prévu au Bo de juillet, le numéro 29 est imprimé avant sa parution.

du diplôme d'État d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'aide médico-psychologique, d'une durée de cinq ans pour les autres candidats. Ces candidats doivent au préalable avoir été retenus par un jury régional de présélection dans les conditions définies aux articles 5 à 10.

Rq* : les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture bénéficient d'un dispositif particulier.

Plus de validation d'acquis pour les non-bacheliers mais une présélection.

Article 15

Les épreuves d'admissibilité comprennent :

1° une épreuve écrite qui consiste en un travail écrit anonyme d'une durée de deux heures notée sur 20 points. Elle comporte l'étude d'un texte comprenant 3.000 à 6.000 signes, relatif à l'actualité dans le domaine sanitaire et social. Le texte est suivi de trois questions permettant au candidat de présenter le sujet et les principaux éléments du contenu, de situer la problématique dans le contexte, d'en commenter les éléments notamment chiffrés et de donner un avis argumenté sur le sujet. Cette épreuve permet d'évaluer les capacités de compréhension, d'analyse, de synthèse, d'argumentation et d'écriture des candidats.

2° une épreuve de tests d'aptitude de deux heures notée sur 20 points ; Cette épreuve a pour objet d'évaluer les capacités de raisonnement logique et analogique, d'abstraction, de concentration, de résolution de problème et les aptitudes numériques.

Les deux épreuves d'admissibilité sont écrites et anonymes.

Pour être admissible, le candidat doit obtenir un total de points au moins égal à 20 sur 40 aux deux épreuves. Une note inférieure à 8 sur 20 à l'une de ces épreuves est éliminatoire.

La correction est organisée par le directeur de l'institut de formation. Il peut faire appel à des personnes qualifiées sur la base d'un cahier des charges qui comprend notamment des grilles de correction.

Rq : étude d'un seul texte.

Les tests psychotechniques cèdent la place à un test d'aptitude.

La note éliminatoire n'est plus 7 mais 8/20.

Rq : les articles 33 à 37 actent la mise en place de passerelles.

Article 26

Les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture ayant réussi l'examen d'admission prévu à l'article 24 **sont dispensés** des unités d'enseignement correspondant à la compétence 3 du référentiel infirmier défini à l'annexe II « Accompanyer une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » soit :

- UE 2.10.S1 « Infectiologie hygiène » ;
- UE 4.1.S1 « Soins de confort et de bien être » ;
- UE 5.1.S1 « Accompagnement dans la réalisation des soins quotidiens ».

Ils sont également dispensés du stage de 5 semaines prévu au premier semestre.

Le temps dégagé par cette dispense de scolarité peut être consacré, après avis du conseil pédagogique, à favoriser l'adaptation de ces étudiants à la poursuite de leurs parcours

au minimum deux ans à la date du dépôt de leur dossier dans un institut de formation en soins infirmiers ;

3° Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages soit environ 50.000 signes, centré sur une problématique propre à la profession d'infirmier ;

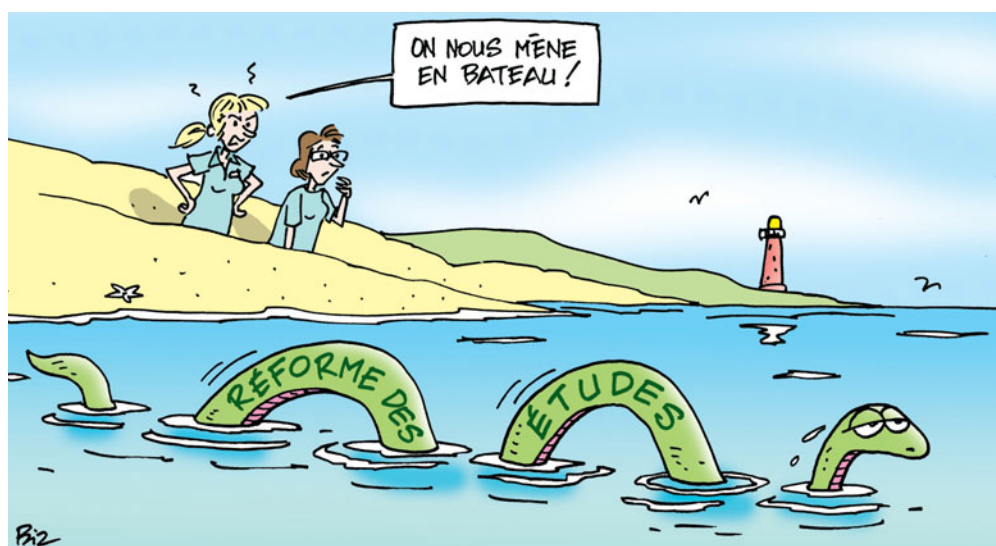
4° Avoir réalisé un stage à temps complet d'une durée de 5 semaines permettant la validation de l'acquisition des compétences 1 et 4 définies à l'annexe II.

Les modalités du stage sont fixées par le directeur de l'institut de formation. Le conseil pédagogique en est informé.

Article 34

Sont autorisées à se présenter au jury du diplôme d'État d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les médecins remplissant les conditions suivantes :

1° Etre titulaire d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine ou d'un



Article 33

Sont autorisées à se présenter au jury du diplôme d'État d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les sages-femmes remplissant les conditions suivantes :

- 1° Etre titulaire du diplôme d'État français de sage-femme ou d'un diplôme admis pour l'exercice de la profession en France ou autorisées à exercer la profession de sage-femme en France en application des dispositions du code de la santé publique ;
- 2° Avoir exercé leur profession depuis

diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la médecine dans leur pays d'origine ;

2° Avoir réalisé et validé les unités d'enseignement UE 3.1.S1 et UE 3.1.S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » ;

3° Avoir réalisé un stage à temps complet de soins infirmiers d'une durée de 10 semaines permettant la validation des compétences 1, 2, 4 et 9 définies à l'annexe II ;

4° Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages, soit 50.000 signes environ, centré

* : remarque

sur une problématique propre à la profession d'infirmier.

Les modalités d'organisation des unités d'enseignement et du stage sont fixées par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat, après avis du conseil pédagogique.

Article 35

Sont autorisées à se présenter au jury du diplôme d'État d'infirmier prévu à l'article 62, dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les étudiants en médecine remplissant les conditions suivantes :

1° Avoir validé la deuxième année du deuxième cycle des études médicales
2° Avoir réalisé et validé les unités d'enseignement UE 3.1.S1 et UE 3.1.S2 « Raisonnement et démarche clinique infirmière » ;

3° Avoir réalisé deux stages à temps complet de soins infirmiers d'une durée totale de 15 semaines permettant la validation des compétences 1, 2, 4 et 9 définies à l'annexe II ;

4° Avoir réalisé et validé un travail écrit et personnel de 15 à 20 pages, soit 50.000 signes environ, centré sur une problématique propre à la profession d'infirmier.

Les modalités des stages sont fixées par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers choisi par le candidat après avis du conseil pédagogique.

Article 36

Bénéficient d'une dispense de la première année d'études d'infirmier dans l'institut de formation en soins infirmiers de leur choix, les personnes remplissant les conditions suivantes :

1° Être titulaire d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou d'ergothérapeute ou de pédicure-podologue ou de manipulateur d'électroradiologie médicale ou du diplôme d'assistant hospitalier des hospices civils de Lyon ou, pour les étudiants en médecine, pouvoir justifier de leur admission en deuxième année du deuxième cycle des études médicales ou, pour les étudiants sages-femmes, avoir validé la première année de la première phase ;

2° Avoir passé avec succès une épreuve écrite et anonyme consistant en un multiquestionnaire portant sur chacune des unités d'enseignement de l'année considérée dans l'institut de formation

en soins infirmiers de leur choix chargé de l'organisation de cette épreuve.

Pour être admis en deuxième année, les candidats concernés doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à cette épreuve. Le conseil pédagogique en est informé.

Article 39

Formation = 3 ans = 6 semestres

La formation théorique de 2100 heures + la formation clinique de 2100 heures + le travail personnel complémentaire de 900 heures = 5100 heures qui constitue la charge de travail de l'étudiant.

Article 40

Le contenu de la formation est défini aux annexes III, IV, V et VI.

- annexe III : référentiel de formation ;
- annexe IV : maquette de formation ;
- annexe V : unités d'enseignement ;
- annexe VI : portfolio.

Vous pouvez retrouver l'intégralité de ces annexes sur notre site : www.coordination-nationale-infirmiere.org

Article 42

Le diplôme d'État d'infirmier s'obtient par l'obtention des 180 crédits européens correspondant à l'acquisition des dix compétences du référentiel défini à l'annexe II :

1° 120 crédits européens pour les unités d'enseignement dont les unités d'intégration ;

2° 60 crédits européens pour la formation clinique en stage.

Article 43

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 ;

3° Par la validation des actes, activités et techniques de soins évalués soit en stage soit en institut de formation.

Article 50

Le passage de première en deuxième année s'effectue par la validation des semestres 1 et 2, ou par la validation d'un semestre complet ou encore par la validation de 48 crédits sur 60 répartis sur les deux semestres de formation.

Les étudiants, qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu entre 30 et 47 crédits au cours des semestres 1 et 2, sont admis à redoubler. Ils peuvent suivre quelques unités d'enseignement de l'année supérieure après avis de la commission d'attribution des crédits de formation définie à l'article 59.

Les étudiants qui ont acquis moins de 30 crédits européens peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil pédagogique.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits acquis.

Article 51

Le passage de deuxième année en troisième année s'effectue par la validation des semestres 1, 2, 3 et 4 ou par la validation des semestres 1 et 2 et d'un des deux semestres 3 et 4, ou encore par la validation des deux premiers semestres et de 48 à 60 crédits répartis sur les semestres 3 et 4.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères et qui ont obtenu la validation des deux premiers semestres et entre 30 et 47 crédits au cours des semestres 3 et 4 sont admis à redoubler. Ils peuvent suivre quelques unités d'enseignement de l'année supérieure après avis de la commission d'attribution des crédits de formation définie à l'article 55.

Les étudiants qui ont validé les semestres 1 et 2 et qui n'ont pas obtenu 30 crédits sur les semestres 3 et 4 peuvent être autorisés à redoubler par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers après avis du conseil pédagogique. Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits acquis.

Article 52

Les étudiants admis en année supérieure, sans pour autant avoir validé l'ensemble des unités d'enseignement requises à la validation totale d'une année, sont autorisés à présenter les unités manquantes **au cours de leur année de formation.**

Article 60

Les étudiants ayant validé les cinq premiers semestres de formation et ayant

effectué la totalité des épreuves et des stages prévus pour la validation du semestre 6 sont autorisés à se présenter devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État d'infirmier.

Article 61

Le jury régional se prononce au vu de l'ensemble du dossier de l'étudiant.

Le dossier comporte :

- 1° La validation de l'ensemble des unités d'enseignement dont les unités d'intégration ;
- 2° La validation de l'acquisition de l'ensemble des compétences en situation ;
- 3° La validation des actes, activités ou techniques réalisées en situation réelle ou simulée.

Article 62

Le jury régional, nommé par arrêté du préfet de région, sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales, comprend :

- 1° Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, président ;
- 2° Le directeur des soins exerçant la fonction de conseiller pédagogique régional ou de conseiller technique régional ;
- 3° Deux directeurs d'institut de formation en soins infirmiers ;
- 4° Un directeur de soins titulaire d'un diplôme d'État d'infirmier ;
- 5° Deux enseignants d'instituts de formation en soins infirmiers ;

6° Deux infirmiers en exercice depuis au moins trois ans et ayant participé à des évaluations en cours de scolarité ;

7° Un médecin participant à la formation des étudiants ;

8° Un enseignant chercheur participant à la formation ;

Si le nombre de candidats le justifie, le préfet de région peut augmenter le nombre de membres du jury.

Le jury régional se prononce au vu du dossier de l'étudiant pour l'attribution du diplôme d'État.

Les candidats qui totalisent les 180 ECTS sont déclarés reçus au diplôme d'État.

La mise en place du nouveau programme ouvre une ère nouvelle pour la formation infirmière mais l'universitarisation de notre profession ne fait là que ses tous premiers pas...

Les IFSI ont jusqu'à juin 2010 pour finaliser leur convention avec les universités.

Appréhender ce nouveau programme prendra du temps et représente un challenge tant pour les IFSI que pour les terrains de stage...

Si l'appareil de formation fait entendre de nombreuses inquiétudes que pour la plupart nous partageons, la Coordination Nationale Infirmière souligne également le manque d'information des professionnels aujourd'hui en activité qui demain porteront une lourde responsabilité dans la formation et l'évaluation.

Comment, en effet, être serein lorsque l'on connaît la disponibilité des infirmières aujourd'hui et notamment à l'hôpital pour assurer leur fonction d'encadrement (suppression de postes, travail en effectif minimum...).

Pour notre syndicat, il est clair que cette réforme **doit s'accompagner de moyens.**

Ce nouveau programme est loin de répondre à toutes nos attentes mais il a le mérite d'exister. Il nous reste bien sûr à poursuivre la route sans laisser se creuser le décalage avec la formation de nos collègues européennes.

Nous devons restés mobilisés pour **la création d'une discipline en sciences infirmières.**

En parallèle de la mise en place de ce nouveau programme, un important enjeu se dessine pour les infirmiers : notre revalorisation.

Cette évolution profile le passage des IDE en catégorie A. Quelles en seront les conditions ?

Les négociations s'ouvrent à la rentrée...

Le rapport des inspections générales laissait deviner une contrepartie à la catégorie A : le passage en catégorie sédentaire et donc un départ à la retraite après 60 ans.

Allons-nous accepter de payer le prix d'une reconnaissance qui nous est due depuis des années ?

Les infirmiers spécialisés sont en catégorie A et ont un départ à la retraite dès 55 ans...

L'avancée s'applique de fait aux Diplômés d'État de 2012.

Quid des infirmiers que nous sommes ?

Quel avenir pour le « stock » ? Car c'est ainsi que nous nommes joliment notre tutelle...

Y aura-t-il une différence de traitement entre les diplômés d'avant et d'après 1992-1995, d'avant et d'après 2009-2012 ?

Notre président a déclaré qu'il n'était pas envisageable qu'il y ait des différences de traitement entre personnel ayant le même exercice...

Nous devrions savoir si ses actes confirment ces paroles avant la fin 2009...

« ces héroïnes du quotidien »... tel était ses propos lors de son discours en janvier 2009 à Strasbourg ; cela devrait nous inciter à l'optimisme...

Mais en matière de promesses, la filière infirmière a tendance à se fier à Saint Thomas.

Nous ne pouvons donc que vous inviter à la plus grande vigilance et à visiter régulièrement notre site. Nous n'excluons pas des actions pour impacter la négociation à venir...

Nathalie DEPOIRE ■
Présidente CNI

DIPLOME D'ÉTAT INFIRMIER																									TOTAL	
1 : SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET DROIT		Année 1 - Semestre 1				Année 1 - Semestre 2				Année 2 - Semestre 3				Année 2 - Semestre 4				Année 3 - Semestre 5				Année 3 - Semestre 6				
		CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	ECTS
UE 1.1.S1 PSYCHOLOGIE, SOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE		40	15		3																					3
UE 1.1.S2 PSYCHOLOGIE, SOCIOLOGIE, ANTHROPOLOGIE						25	10		2																	2
UE 1.2.S2 SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIE DE LA SANTE						20	15		2																	2
UE 1.2.S3 SANTE PUBLIQUE ET ECONOMIE DE LA SANTE										20	20		3													3
UE 1.3.S1 LEGISLATION, ETHIQUE, DEONTOLOGIE		20	20		2																					2
UE 1.3.S4 LEGISLATION, ETHIQUE, DEONTOLOGIE														30	20		3									3
	TOTAL	60	35		5	45	25		4	20	20		3	30	20		3									15
2 : SCIENCES BIOLOGIQUES ET MEDICALES		S1				S2				S3				S4				S5				S6				
		CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	
UE 2.1.S1 BIOLOGIE FONDAMENTALE		20	5		1																					1
UE 2.2.S1 CYCLES DE LA VIE ET GRANDES FONCTIONS		45	15		3																					3
UE 2.3.S2 SANTE, MALADIE, HANDICAP, ACCIDENTS DE LA VIE						15	15		2																	2
UE 2.4.S1 PROCESSUS TRAUMATIQUES		30	10		2																					2
UE 2.5.S3 PROCESSUS INFLAMMATOIRES ET INFECTIEUX										30	10		2													2
UE 2.6.S2 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES						30	10		2																	2
UE 2.6.S5 PROCESSUS PSYCHOPATHOLOGIQUES																		30	10		2					2
UE 2.7.S4 DEFAILLANCES ORGANIQUES ET PROCESSUS DEGENERATIFS														30	10		2									2
UE 2.8.S3 PROCESSUS OBSTRUCTIFS										30	10		2													2
UE 2.9.S5 PROCESSUS TUMORAUX																		30	10		2					2
UE 2.10.S1 INFECTIOLOGIE HYGIENE		20	20		2																					2
UE 2.11.S1 PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUES		35	10		2																					2
UE 2.11.S3 PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUES										15	5		1													1
UE 2.11.S5 PHARMACOLOGIE ET THERAPEUTIQUES																		30	10		2					2
	TOTAL	150	60		10	45	25		4	75	25		5	30	10		2	90	30		6					27
3 : SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES, FONDEMENTS ET METHODES		S1				S2				S3				S4				S5				S6				
		CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	
UE 3.1.S1 RAISONNEMENT ET DEMARCHE CLINIQUE INFIRMIERE		15	25		2																					2
UE 3.1.S2 RAISONNEMENT ET DEMARCHE CLINIQUE INFIRMIERE						5	25		2																	2
UE 3.2.S2 PROJET DE SOINS INFIRMIERS						5	15		1																	1
UE 3.2.S3 PROJET DE SOINS INFIRMIERS										5	15		1													1
UE 3.3.S3 ROLES INFIRMIERS, ORGANISATION DU TRAVAIL ET INTERPROFESSIONNALITE										10	10		1													1
UE 3.3.S5 ROLES INFIRMIERS, ORGANISATION DU TRAVAIL ET INTERPROFESSIONNALITE																		10	20		2					2
UE 3.4.S4 INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE														20	15		2									2
UE 3.4.S6 INITIATION A LA DEMARCHE DE RECHERCHE																						20	10		2	2
UE 3.5.S4 ENCADREMENT DE PROFESSIONNELS DE SOINS														10	20		2									2
	TOTAL	15	25		2	10	40		3	15	25		2	30	35		4	10	20		2	20	10		2	15

DIPLOME D'ÉTAT INFIRMIER																									TOTAL	
4 : SCIENCES ET TECHNIQUES INFIRMIERES, INTERVENTIONS		S1				S2				S3				S4				S5				S6				
		CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	ECTS
UE 4.1.S1 SOINS DE CONFORT ET DE BIEN ÊTRE		6	34		2																					2
UE 4.2.S2 SOINS RELATIONNELS						3	15		1																	1
UE 4.2.S3 SOINS RELATIONNELS										4	36		2													2
UE 4.2.S5 SOINS RELATIONNELS																20		1								1
UE 4.3.S2 SOINS D' URGENCES						6	15		1																	1
UE 4.3.S4 SOINS D'URGENCES														3	18		1									1
UE 4.4.S2 THERAPEUTIQUES ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL						7	23		2																	2
UE 4.4.S4 THERAPEUTIQUES ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL														6	34		2									2
UE 4.4.S5 THERAPEUTIQUES ET CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC MEDICAL																6	34		2							2
UE 4.5.S2 SOINS INFIRMIERS ET GESTION DES RISQUES						10	10		1																	1
UE 4.5.S4 SOINS INFIRMIERS ET GESTION DES RISQUES														10	10		1									1
UE 4.6.S3 SOINS EDUCATIFS ET PREVENTIFS										4	21		2													2
UE 4.6.S4 SOINS EDUCATIFS ET PREVENTIFS															15		2									2
UE 4.7.S5 SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE																10	20		2							2
UE 4.8.S6 QUALITE DES SOINS EVALUATION DES PRATIQUES																					30	20		3		3
	TOTAL	6	34		2	26	63		5	8	57		4	19	77		6	16	74		5	30	20		3	25
5 : INTEGRATION DES SAVOIRS ET POSTURE PROFESSIONNELLE INFIRMIERE		S1				S2				S3				S4				S5				S6				
UE 5.1.S1 ACCOMPAGNEMENT DANS LA REALISATION DES SOINS QUOTIDIENS (C3)			35		2																					2
UE 5.2.S2 EVALUATION D' UNE SITUATION CLINIQUE (C1)							20		2																	2
UE 5.3.S3 COMMUNICATION, CONDUITE DE PROJET (C2/6)											40		4													4
UE 5.4.S4 SOINS EDUCATIFS, FORMATION DES PROFESSIONNELS ET DES STAGIAIRES (C5/C10)															40		4									4
UE 5.5.S5 MISE EN ŒUVRE DES THERAPEUTIQUES ET COORDINATION DES SOINS (C4/C9)																40		4								4
UE 5.6.S6 ANALYSE DE LA QUALITE ET TRAITEMENT DE DONNEES SCIENTIFIQUES ET PROFESSIONNELLES (C7/C8)																					40		8			8
UE 5.7. UE OPTIONNELLE																10		1		10		1				2
UE 5.8 STAGE PROFESSIONNEL		5 semaines - 5 ECTS				10 semaines - 10 ECTS				10 semaines - 10 ECTS				10 semaines -10 ECTS				10 semaines - 10 ECTS				15 semaines - 15 ECTS				60
	TOTAL		35		7		20		12		40		14		40		14		50		15		50	175	24	86
6 : METHODES DE TRAVAIL		S1				S2				S3				S4				S5				S6				
		CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	CM	TD	TrPers	ECTS	
UE 6.1 METHODES DE TRAVAIL et TIC			25		2																					2
UE 6.2 ANGLAIS			20		2		10		2		10		2		5		1		10		2		5		1	10
	TOTAL		45		4		10		2		10		2		5		1		10		2		5		1	12
TOTAL GENERAL		231	234	60	30	126	183	41	30	118	177	55	30	109	187	54	30	116	184	50	30	50	85	40	30	180

La réserve sanitaire, Kézaco ?

La création d'un corps de réserve sanitaire a été instituée par la Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007.

Sa dénomination officielle : EPRUS (Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires), établissement placé sous la tutelle du ministre de la santé et des sports.



À quoi sert-elle ?

La première mission de la réserve sanitaire est de permettre de répondre à des situations exceptionnelles, constitutive de menaces sanitaires graves avec un risque majeur de désorganisation du système de soins.

Elle n'a vocation à intervenir qu'en cas de catastrophes, d'urgences, ou de menaces sanitaires graves lorsque les moyens habituels du système sanitaire ou des services chargés de la sécurité civile ne suffisent pas.

En aucun cas, elle ne se substitue aux moyens en place (SMUR, services

incendie et secours, ou unité de la sécurité civile).

Elle est mobilisée par un arrêté conjoint des ministres de la santé et de l'intérieur.

Sa mission est dans sa dénomination : c'est une réserve au cas où !

Qui la compose ?

La réserve a deux composantes :

1. La réserve d'intervention, hautement opérationnelle, mobilisable dans des délais très courts pour répondre à des événements graves sur le territoire national ou au niveau international. Elle est constituée de professionnels de santé et est soumise à des règles de formation et de perfectionnement plus contraignantes que la réserve de renfort.
2. La réserve de renfort : est la catégorie qui est mobilisée dans un second temps, si nécessaire, mais uniquement sur le territoire national. Elle comporte des contraintes de mobilité moindres.

La réserve est constituée de professionnels de santé salariés, retraités, étudiants des filières médicales ou paramédicales, ou d'autres professionnels dont la liste est définie par arrêté, volontaires qui souscrivent un engagement de trois ans auprès de l'EPRUS.

Le préfet du département est informé par l'Eprus des contrats conclus dans son département.

Le préfet de zone est également informé régulièrement des effectifs recrutés de la réserve dans sa zone de compétence.

Liste des professions concernées :

- Professionnels de santé ou anciens professionnels ayant cessé d'exercer depuis au moins 3 ans, internes en médecine, en odontologie et en pharmacie* aux personnes répondant à des conditions fixées par l'arrêté du 1^{er} avril 2008.
- Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS)
- Professionnels de la santé - environnementale (ingénieurs du génie sanitaire - IGS, ingénieurs d'études sanitaires - IES, techniciens sanitaires - TS et adjoints sanitaires AS)
- Fonctionnaires territoriaux ayant des compétences sanitaires
- Vétérinaires
- Psychologues
- Thanatopracteurs
- Professionnels des Établissements de santé sanitaire et médico-sociaux ou de transport sanitaire.

La réserve de renfort peut elle accueillir des étudiants poursuivant :

- des études médicales (deuxième cycle validé)
- des études d'odontologie (réussite à l'examen de cinquième année)
- des études en pharmacie (troisième

- année d'études et avoir effectué le stage officiel)
- des études de sages-femmes (réussite à l'examen de troisième année)
- des études d'infirmier (deuxième année validée)
- des études de masseur-kinésithérapeute (deuxième année validée).

Tous les candidats doivent satisfaire aux examens médicaux prévus dans l'arrêté du 21 mars 2008.

En dehors des aspects administratifs de gestion des réservistes, l'EPRUS est chargé de la mise en place des formations nécessaires et de l'organisation appropriée pour maintenir en permanence la capacité opérationnelle de la réserve sanitaire.

Pendant la durée de son engagement, le réserviste a des formations obligatoires.

La durée cumulée des formations obligatoires ne pourra pas excéder 15 jours par an.

La mise en œuvre de la réserve est lancée depuis le 30 décembre 2008.

Objectif de recrutement pour l'année 2009 :

- 500 volontaires pour la Réserve d'intervention
- 2.000 volontaires pour Réserve de renfort.

Autre mission

Gestion des produits et services :

L'EPRUS a pour mission d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer des produits et services nécessaires à la protection des populations face aux menaces sanitaires graves. Il peut également financer des actions de prévention des risques majeurs sanitaires.

Il lui appartient :

- de fournir à l'État l'expertise logistique nécessaire à la préparation et à la mise en œuvre des plans de réponses aux menaces sanitaires.
- de gérer les stocks de produits et traitements acquis ou non, fixés par l'État.
- d'ouvrir les établissements pharmaceutiques nécessaires pour la gestion des produits relevant de l'article L 5211-1 qui fixe la liste des actes réservés aux pharmaciens.

- de financer, le cas échéant, des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

À ce jour, l'EPRUS dispose de stocks constitués dans le cadre des plans de réponse aux menaces :

- médicaments vaccins, antidotes, antiviraux
- dispositifs médicaux (masques chirurgicaux, seringues, aiguilles conteurs)
- dispositifs de protection individuelle (masques FFP2).

Ces stocks se situent sur les sites civils et militaires, avec lesquels l'EPRUS a passé contrat, répartis dans les zones de défense, mais aussi dans certains établissements de santé.

Qui finance l'EPRUS ?

L'établissement est financé à parité par l'Assurance Maladie et par l'État pour répondre à la menace d'une pandémie grippale, aux risques bio-terroristes et au renouvellement des stocks.

Budget 2009 : 290 millions d'Euros.

Qui dirige ?

Le Président du conseil d'administration, Jean Louis Bühl est nommé par décret signé du Ministre de la Santé et du Ministre de la Sécurité Civile.

Le conseil administration comprend vingt-quatre membres : 12 représentants de l'État et douze représentants de la Sécurité Sociale.

Le directeur général, Thierry Coudert, assure la direction de l'établissement.

Comment devenir réserviste ?

Chaque postulant doit adresser une demande au préfet du département ou à l'EPRUS directement.

Pour obtenir les renseignements :

Site Internet : www.eprus.fr

Le contrat d'engagement est conclu pour une période de 3 ans.

Le renouvellement du contrat est subordonné à la remise d'un nouveau certificat d'aptitude.

N° Vert 0 800 00 21 24
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Le réserviste bénéficie d'un statut juridique et financier protecteur.

Sur le plan financier :

Un mécanisme de mise à disposition de l'établissement public est prévu pour les réservistes.

- Salariés** : agents publics, contractuels, salariés continuent à être payés par leur employeur, lequel bénéficie en retour d'un remboursement de la part de l'EPRUS.

Cette disposition permet au réserviste d'avoir l'assurance de conserver son salaire, un déroulement de carrière, ainsi que les avantages liés à son emploi d'origine, que ce soit lors d'une mission opérationnelle ou lors d'une période de formation.

Les périodes d'emploi et de formation dans la réserve sont considérées comme périodes de travail effectif.

- Exercice libéral** : les professionnels de santé indépendants sont directement payés par l'EPRUS. Les volontaires bénéficient d'une continuité de leur couverture sociale.

- Étudiants** : ils bénéficient d'un montant déterminé par journée d'activité ou de formation selon un pourcentage de la rémunération qui serait perçue par les étudiants s'ils étaient employés par un établissement public de santé, au premier échelon de la profession pour laquelle ils étudient. Il y a deux modes de rémunération, en période de formation ou en mission.

- Retraités** : pour un réserviste professionnel de santé retraité, les périodes d'emplois ou de formation sont rémunérées à hauteur de 20% de la rémunération annuelle moyenne de son ancienne profession. La rémunération journalière est calculée sur la base de 259 jours annuels travaillés.

Pour tous les réservistes, la totalité des frais (transports, hébergements, repas) est pris en charge par l'EPRUS.

Sur le plan juridique

Protection de l'État en matière de responsabilité civile ou pénale : l'État indemniserait le réserviste ou ses ayants-droit pour les dommages subis dans le cadre de la réserve sanitaire.

Andrée RENOIR ■

CNI 76



Rapatriement de deux patients en avion sanitaire, dont un intubé-ventilé, on est vite à l'étroit !

Itinéraire d'un infirmier

Interview de Sylvain Ruffier



**Directeur d'IMS
Organisation et
Président du salon
Infirmier CARE
2009 de Marseille.**

Depuis l'IFSI, quel est votre parcours ?

Après mon service militaire à l'Hôpital Saint-Anne à Toulon, j'ai tout de suite exercé à Marseille dans un service de Réanimation Polyvalente. Le parcours tout à fait normal d'un jeune Infirmier en somme.

Mais ensuite vous décidez de fonder en 2002 votre propre société à Marseille, IMS Organisation...

Un peu par hasard, j'ai été sollicité pour participer à des soutiens sanitaires lors de compétitions sportives. Ces demandes étaient de plus en plus régulières et j'ai rapidement identifié un besoin réel d'assistance médicale. À cette époque rien n'était organisé. De toute évidence, il fallait se structurer pour pouvoir répondre à des demandes de plus en plus pointues.

Aujourd'hui nos équipes interviennent

sur tout le territoire national pour des missions de soutien sanitaire sur des évènementiels sportifs et culturels. Cela va du concert de Madonna à Paris Bercy à l'Audi Medcup à Marseille (Ndlr : compétition internationale de voile) en passant par les soirées privées du Festival de Cannes. Notre travail consiste à anticiper les risques sanitaires et médicaux liés à un rassemblement de foule et à l'activité des participants. Nous pouvons mettre en place un véritable hôpital de campagne. Notre fonctionnement est proche en certains points de celui d'un SMUR.

Quel est le profil de vos personnels ?

Nous employons des médecins urgentistes ou anesthésistes réanimateurs et des infirmiers. De plus en plus, nos infirmiers sont amenés à effectuer des missions seuls avec leur équipement. Nous sommes donc assez exigeants sur leur recrutement, leur niveau de qualification et leur sens du service. Les sportifs et les artistes peuvent être des patients « sensibles ». Tous les infirmiers qui effectuent des missions d'assistance ou de rapatriement sanitaire ont suivi en interne des formations du type ACLS (Advanced Cardiac Life Support). Sur les dispositifs importants, les équipes médicales et paramédicales sont coordonnées par un infirmier superviseur. Cette mission est toujours confiée à un IDE expérimenté et rompu à la médecine d'urgence et de catastrophe, son rôle est d'assurer les relations avec l'organisateur et de coordonner les actions de nos services. C'est aussi un régulateur qui fait l'interface avec les moyens de secours public. Il doit faire preuve de tact car il est amené aussi à organiser l'intervention des médecins.

Quelles sont les autres activités d'IMS Organisation ?

Très vite nous avons été sollicitées par des compagnies d'assistance pour effectuer le rapatriement sanitaire de leurs abonnés depuis la France ou l'étranger. Notre rôle consiste à missionner une équipe médicale, à coordonner la logistique et veiller au bon déroulement de l'évacuation sanitaire.

Nous proposons de nombreuses formations dans le domaine de la médecine d'urgence et la réanimation, principalement à destination des médecins et infirmiers urgentistes. Notre volonté pédagogique est de proposer exclusivement des formations pratiques dispensées sous forme d'ateliers sur simulateurs de patients par des instructeurs certifiés.

Enfin, nous réalisons des audits et mettons en œuvre des programmes d'accès public à la défibrillation pour des collectivités locales, établissements de santé ou des entreprises (implantation de défibrillateur semi-automatique).

Vous organisez également l'événement CARE 2009 au palais des congrès de Marseille.

Pouvez-vous nous en dire plus ?

Bien sur. Il s'agissait de répondre à une problématique simple : proposer dans le Sud-Est un événement dédié à la profession Infirmière.

Dès la première année, les visiteurs ont été au rendez-vous, c'est donc logiquement que nous avons reconduit l'opération. En un lieu unique CARE offre aux infirmiers et aux étudiants IDE un congrès avec plus de 50 conférences, un salon professionnel et enfin un forum de l'emploi paramédical. À quelques semaines de la sortie des nouvelles promotions, ce dernier volet est particulièrement apprécié des EIDE en fin

de cycle qui viennent à la recherche de leur premier emploi.

Le véritable challenge était de s'adresser à toutes les catégories d'infirmiers, des EIDE aux cadres en passant par ceux qui sont spécialisés, qu'ils aient un exercice hospitalier ou libéral. Grâce à la richesse du programme scientifique et à nos partenaires, nous avons atteint cet objectif.

Cette année de nouveaux événements satellites se greffent à CARE élargissant l'offre d'information pour les visiteurs, mais je ne vous en dis pas plus. ■

Retrouvez des informations sur :
www.ims-org.com
et
www.care2009.fr

CARE 2009

**L'ÉVÉNEMENT
PARAMÉDICAL
À MARSEILLE**

**9 OCTOBRE 2009
10 OCTOBRE 2009**

- **SALON INFIRMIER**
- **FORUM EMPLOI**
- **2 JOURS DE CONFÉRENCES
ET ATELIERS PRATIQUES**

PARC CHANOT - PALAIS DES CONGRÈS - MARSEILLE
PROFESSIONNELS : 10€ - ÉTUDIANTS : 5€
PROGRAMME SCIENTIFIQUE ET INSCRIPTIONS :
www.care2009.fr - 04 91 24 67 67

En partenariat avec

N° Formation Continue : 93131112413

Les Hôpitaux



Mauvais élèves du développement durable

« Notre maison brûle et nous regardons ailleurs. La nature, mutilée, surexploitée, ne parvient plus à se reconstituer et nous refusons de l'admettre. L'humanité souffre. Elle souffre de mal-développement, au Nord comme au Sud, et nous sommes indifférents. La terre et l'humanité sont en péril et nous en sommes tous responsables. Il est temps, je crois, d'ouvrir les yeux.¹ »

La terre, notre planète, va mal. Et nous devons tous réagir, en espérant qu'il ne soit pas déjà trop tard. C'est en ce sens que le développement durable prend toute sa valeur.

D'abord nommé **éco-développement** en 1972, puis développement soutenable en 1980, le terme de « développement durable » a été introduit par la Commission mondiale sur l'environnement et le développement en 1987. Il signifie que « les besoins des générations actuelles doivent être satisfaits sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs ». Il s'agit d'un objectif fondamental de l'Union Européenne (UE), énoncé dans le traité et déterminant toutes les activités politiques de l'UE.

Le développement durable appelle un **changement de comportement de chacun** (citoyens, entreprises, collectivités territoriales, gouvernements, institutions internationales) face aux menaces qui pèsent sur l'homme et la planète.

En 1992, lors du sommet de la terre de Rio, 173 pays ont adopté l'« **Agenda 21** » qui fixe un programme d'action pour le XXI^e siècle dans des domaines diversifiés afin de s'orienter vers un développement durable à l'échelle de la planète. Le conseil de Göteborg de 2001 a adopté la première stratégie de l'Union Européenne en faveur du développement durable. Mais avec toutes les bonnes volontés du Monde,



il est apparu difficile ces dernières années de faire concilier les contraintes économiques avec les contraintes environnementales. **Car le développement durable impose des changements structurels en profondeur.** Tel est le défi que nous devons relever si nous voulons sauver notre planète.

« *L'hôpital a, par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable².* »

3.000 établissements de santé sont recensés en France, ce qui représente un nombre d'acteurs importants à sensibiliser pour une prise de conscience

de la nécessité d'un développement durable au sein des hôpitaux.

Depuis la mise en place du plan Hôpital 2007, la rationalisation des coûts financiers implique une diminution globale des dépenses. Cette maîtrise budgétaire représente une opportunité d'influer sur la consommation énergétique des établissements de santé.

L'hôpital est un des plus « gros pollueurs » au sein de notre société³, ce qui peut paraître paradoxal.

Sa mission première est de prendre soin et non de nuire, comme l'énonce le précepte d'Hippocrate : « Primum

non nocere » (d'abord ne pas nuire). Pour mieux soigner ensuite.

A Marseille, l'hôpital Saint-Joseph est un des précurseurs en matière de développement durable. L'établissement a en effet investi dans un **système de cogénération**. La cogénération consiste à utiliser le système pourvoyeur de chaleur pour fournir de l'électricité. L'EDF rachète alors cette électricité et une partie de la chaleur dégagée par le fonctionnement des groupes permet l'alimentation de l'hôpital en eau chaude et en chauffage.

D'autres moyens de réduction de consommation des énergies ont été évoqués dans divers congrès. Il a par exemple été question de développer des énergies renouvelables de type solaires, éoliennes et géothermiques qui respectent parfaitement les règles d'hygiène nécessaires dans les établissements de santé.

En ce qui concerne la climatisation, il paraît au premier abord indispensable dans nos régions ensoleillées d'installer un système de climatisation dans tous les secteurs des établissements de santé. Nous avons tous encore en tête la canicule de 2003. La climatisation améliore sans aucun doute le confort aussi bien des patients que des soignants.

Toutefois, ne pourrions-nous pas envisager de développer plutôt des techniques de régulation thermique moins consommatrices d'énergie ?

Il serait en effet plus judicieux d'investir dans des bâtiments construits à l'aide de matériaux spécifiques, assurant une isolation de la chaleur et du froid, tout en répondant aux normes écologiques (normes HQE énoncées dans le plan Hôpital 2012).

L'établissement du centre privé de dialyse du Béarn à Aressy a été construit en 2003 selon cette optique. La construction avec des matériaux spécifiques s'est accompagnée de l'installation d'un système de climatisation par ventilation, moins polluant et tout aussi efficace.

La consommation d'eau à l'hôpital est également impressionnante. Ceci pose la question de la **responsa-**

REPÈRES : L'HÔPITAL EN QUELQUES CHIFFRES

CONSUMMATION D'ÉNERGIE :

330 à 345 KWH / M² / an
15% de l'énergie utilisée par le secteur tertiaire
3% de l'énergie imputable au chauffage, éclairage et climatisation.

CONSUMMATION D'EAU :

750 à 1000 litres d'eau / jour / patient à l'hôpital
150 à 200 litres / jour / personne pour un usage domestique

PRODUCTION FRANÇAISE MOYENNE DE DÉCHETS HOSPITALIERS :

700.000 tonnes / an

bilisation des patients et du personnel pour une réduction de cette consommation. Car c'est par l'association des patients et du personnel qu'une économie substantielle pourra être réalisée. Des investissements peuvent être envisagés en ce sens : mise en place de système de chasse d'eau économique, de lave-mains à commande infrarouge, de détection de fuites d'eau...

Dans cette perspective de réduction de la consommation d'eau, la clinique Champeau de Béziers a mis en place un mode de nettoyage à la vapeur des locaux. Ce système permet une économie d'eau mais également une diminution de l'utilisation des produits détergents.

S'il est évident que ces équipements représentent un coût non négligeable à l'achat, les économies réalisées par la suite permettront sûrement au budget de se rééquilibrer, tout en ayant une action écologique.

Comme nous le constatons, des solutions sont déjà mises en place par certains établissements de santé. Toutefois cela n'est pas suffisant. **Il est nécessaire que l'ensemble des acteurs hospitaliers, des patients mais aussi des industries pharmaceutiques prennent conscience de l'obligation de revoir leur mode de fonctionnement et leurs habitudes en terme de production** et ce dans les limites de la réglementation en vigueur.

En effet, **la sécurité sanitaire, le risque infectieux et l'émergence d'agents transmissibles non conventionnels** tels que le Prion, ont amené le ministère de la santé à privilégier l'emploi de matériels et de dispositifs médi-

caux à usage unique, au sein des établissements de santé. La circulaire DGS/ 5C/ DHOS/ E2 n°2001- 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels vient confirmer cette volonté. L'objectif est de garantir davantage la qualité et la sécurité des soins donnés aux patients.



Il y a quelques années de cela, les IDE nettoyaient leurs seringues en verre, leurs aiguilles,...

Dans les années soixante, au vu de l'évolution des technologies, des découvertes scientifiques et de l'apparition de nouvelles pathologies, l'usage unique (UU) apparaît et trouve sa place dans le système de soins. Les risques de contamination par le VIH ont favorisé son utilisation dans nos pratiques soignantes. ●●●

La réglementation a accompagné son développement et induit sa mise en place à l'hôpital. Un nouvel essor est apparu avec le risque Prion lié à la maladie de Creutzfeldt Jakob.

En ce qui concerne le rapport de l'UU avec l'économie, il est certain qu'il peut signifier un surcoût immédiat, mais il est en général un gain de façon globale par le transfert des charges (personnel, emballage, stérilisation, produits de nettoyage...) et par la diminution des risques de transmissions infectieuses.

L'usage unique a un impact sur le volume des déchets hospitaliers qui se distingue selon trois catégories : les déchets ménagers ou domestiques (50% de la production, environ 350.000 tonnes par an), les déchets spécifiques (30 à 35% de la production totale, approximativement 210.000 tonnes par an) et les déchets à risque (15 à



RÉGLEMENTATION SUR LE TRI DES DÉCHETS :

Loi n°75633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et la récupération des matériaux. Principe du pollueur-payeur : « toute personne produisant des déchets est tenue d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination » modifiée le 13 juillet 1992 et le 02 février 1995.

Le décret numéro 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique « L'infirmier s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels »

Loi du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Loi du 13 juillet 1992 modifiant et complétant les lois du 15 juillet 1975 et du 19 juillet 1976 valorisant les déchets par réemploi au recyclage : interdiction à partir de 2002 de la mise en décharge de déchets non ultimes.

Décret du 6 Novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

Article 1335-1 du code de la santé publique définissant les déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI).

20% de la production totale, soit environ 140.000 tonnes par an). Les déchets ménagers sont constitués des déchets hôteliers, de restauration, de jardin, d'administrations...

Les déchets spécifiques représentent tous les autres déchets produits au niveau des unités des services de soins et du plateau technique. Il est laissé aux responsables des établissements le soin de considérer tel ou tel déchet spécifique comme déchet assimilé aux ordures ménagères (DAOM), déchet contaminé ou assimilable. Cette classification est importante puisqu'elle va induire des conditionnements différents pour la collecte et le traitement, donc des prix différents.

Les déchets à risque sont des déchets anatomiques, des tissus et cultures, du sang, des déchets des centres de transfusion ou de collecte des produits humains, du matériel d'aspiration diverse à usage unique, du matériel piquant ou coupant à usage unique. Les déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) représentent 20% du total des déchets hospitaliers, lorsque le tri est bien fait. Le traitement des DASRI est 8 à 10 fois plus coûteux que celui des autres déchets. Une des solutions à envisager serait d'essayer de réduire la masse des déchets, d'une part à la source en sélectionnant des produits qui seront en conditionnements collectifs et non individuels, d'autre part en obligeant les

prestataires de services grâce à une charte d'environnement, à éliminer leurs propres déchets. **Une autre solution ne serait-elle pas de valoriser ces déchets**, par le recyclage, par exemple.

Jusqu'au début des années 1990 l'essentiel des déchets était incinéré. Actuellement il existe deux possibilités pour traiter les DASRI : l'incinérateur répondant aux normes et la désinfection sur place des déchets avec la vapeur, remis par la suite dans le circuit normal des déchets ordinaires, ce qui en terme de coût serait plus avantageux. Le Centre national d'information indépendante sur les déchets (CNIID) soutient la deuxième solution à priori moins polluante.

À l'heure actuelle, en France, deux établissements hospitaliers suivent les normes de qualité ISO 14001 concernant l'élimination des déchets : *la clinique Champeau à Béziers et l'Institut Paoli Calmette à Marseille*. Mais, de plus en plus d'établissements sont sensibilisés par le développement durable et se lancent dans **le « management durable »**.

En effet, **le management environnemental** connaît une croissance de plus de 20% et concerne tous les pays du monde et toutes les tailles d'entreprises.

Les évolutions successives du code des marchés publics français donnent l'occasion aux professionnels de la santé de sélectionner des fournisseurs

en fonction des critères liés au développement durable.

La stratégie du management durable doit dépasser et anticiper les exigences réglementaires. **Il faudrait inscrire le développement durable dans la politique d'établissement en adoptant par exemple une charte du développement durable.**

En terme de management durable, actuellement, nous sommes plutôt en démarche « éco-défensive » répondant aux obligations réglementaires, alors qu'il est indispensable de mettre en place une démarche « proactive » pour faire du développement durable un vecteur de changements. Ces deux méthodes de management durable s'opposent et offrent des avantages et des inconvénients.

La démarche éco-défensive peut à la longue démotiver les personnels qui souhaitent s'engager d'avantage.

La démarche proactive, même si elle permet d'anticiper les contraintes réglementaires, peut également engendrer des surcoûts pour l'hôpital et donc poser quelques problèmes notamment avec la tarification à l'activité.

Aujourd'hui, le management durable est lié à la notion de développement durable et donc clairement lié à l'évolution sociétale. **Notre responsabilité sociale et économique est forte. Nous devons passer du statut de simple citoyen au statut « d'éco-citoyen ».**

Afin de répondre à notre vocation première, **l'hôpital s'engage dans une politique de développement durable**, qui cible notamment le tri sélectif des déchets, l'économie d'énergie. La législation sur les infections nosocomiales, sur l'utilisation de l'usage unique a des conséquences sur nos pratiques et entraîne une augmentation de la quantité de déchets.

Cette situation nous amène à nous interroger sur **l'ambivalence de l'utilisation de l'usage unique avec le poids de l'élimination des déchets hospitaliers** qui en découlent.

Certains pays, tel le Danemark, s'interrogent sur un éventuel retour en arrière, en réutilisant le matériel après stérilisation !

Peut-on envisager d'autres solutions... entre autres un partenariat entre

LES OUTILS DU MANAGEMENT DURABLE

- le Pacte mondial basé sur le respect des principes de l'Organisation internationale du travail (OIT) proposé par l'ONU en 1999 ;
- l'outil OHSAS 18001, établissant les normes anglo-saxonnes sur la santé, l'hygiène et la sécurité sur le lieu de travail ;
- les normes de la famille ISO 14000, sanctionnant les conditions de fabrication ainsi que la réflexion sur la vie du produit ;
- le fascicule d'information SD 21000, qui décrit un modèle opérationnel d'intégration du management durable au sein de l'entreprise ;
- la nouvelle norme ISO 26000, qui sera mise en place courant 2009 ;
- le tout récent label 1000 NR de l'Association française pour l'assurance de la qualité (AFAQ), qui propose de certifier les entreprises en fonction de leur management durable.

établissements de santé et laboratoires pharmaceutiques quant à la recherche de nouveaux matériaux biodégradables et l'optimisation des conditionnements visant à l'élimination des déchets.

Le cadre de santé a toute sa place dans cette démarche en tant qu'animateur d'équipe. Il va impulser une dynamique autour de problématiques et grâce aux différentes ressources qu'il va mobiliser, il sensibilisera le tout un

chacun afin de passer du statut de soignant au statut d'« éco-soignant ».

AUTEURS :

ARNAUD / GUIRAUD Patricia
AZZOLINA / MARTINI Marie-Josée
CARLIER / TOUBA Yamina
CHERRIERE Christelle
DUCH Cécile
GUERIN / GARDE Nathalie
NEBUNU Agnès
RASCHIERO Jérôme ■

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Discours de Jacques Chirac devant l'assemblée plénière-sommet mondial sur le développement durable. Johannesburg, 2 septembre 2002.
 - ² 34^{ème} congrès de la fédération internationale des hôpitaux, Nice, 2005.
 - ³ <http://www.novethic.fr/novethic/site/article/index.jsp?id=112441&titre=L'h%C3%B4pital%20%C3%A0%20l'heure%20du%20d%C3%A9veloppement%20durable>
 - ⁴ Haute Qualité Environnementale
- Cogénération à l'hôpital Saint-Joseph de Marseille : [http://old-www.upsud.fr/iutcachan/ge2/gei2cours.nsf/ad254e111cbbf181c125708c00539095/\\$FILE/Cogénération.pdf](http://old-www.upsud.fr/iutcachan/ge2/gei2cours.nsf/ad254e111cbbf181c125708c00539095/$FILE/Cogénération.pdf)
 - Développement durable : Soigner sans polluer : <http://www.laparoleauxhopitaux.macs.fr/innovation/developpement-durable--soigner-sans-polluer.html>
 - Le Développement durable : définition historique : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/develop_durable/documents/present_dd.pdf
 - Journée de l'architecture : hôpital, environnement et développement durable www.fhf.fr/colloques/fichier.php?table=actes&id=588
 - Et si le secteur santé se mettait au développement durable <http://www.novethic.fr/novethic/site/article/index.jsp?id=104508&titre=Et%20si%20le%20secteur%20sant%C3%A9%20se%20mettait%20au%20d%C3%A9veloppement%20durable>
 - Le secteur de la santé prend conscience de ses impacts environnementaux <http://www.novethic.fr/novethic/site/article/index.jsp?id=108217&titre=Le%20secteur%20de%20la%20sant%C3%A9%20prend%20conscience%20de%20ses%20impacts%20environnementaux>
 - L'hôpital à l'heure du développement durable <http://www.novethic.fr/novethic/site/article/index.jsp?id=112441&titre=L'h%C3%B4pital%20%C3%A0%20l'heure%20du%20d%C3%A9veloppement%20durable>
 - D. PRADE ; Le développement durable en santé : soigner sans polluer dans la durée ; Soins cadres de santé, supplément au n°64
 - S. MIGNOT ; L'hôpital passe au vert ; L'infirmière magazine, janvier 2007
 - E. LAMOTTE ; Les déchets hospitaliers ; RRH CH Falaise- mars 2005- version 2



Indolore



Protection



Imperméable



La nouvelle solution pour les plaies du talon

Pansement «tout-en-un»

Indolore et **atraumatique** au retrait

Protection optimale des malléoles

Imperméable à l'eau et aux bactéries

Adaptable à tous les talons

REMBOURSE 100%*
SANS DÉPASSEMENT

Dimensions
23 x 23,2 cm

Condit.
boîte de 10

Code ACL
6019236

 **smith&nephew**
ALLEVYN®
GENTLE BORDER
HEEL

Pansement hydrocellulaire adhésif
pour le talon avec gel siliconé



Interface adhésive siliconée

NOUVEAU

Les pansements

Indications et utilisations recommandées

Les indications ouvrant droit au remboursement des pansements¹ sont la prise en charge des escarres, brûlures, ulcères de jambe, plaies du pied diabétique et plaies dans l'épidermolyse bulleuse. Depuis ces dernières années, on déplore une grande prévalence des plaies à retard de cicatrisation qui augmente du fait de l'augmentation de l'espérance de vie de la population.

Parallèlement, ce domaine s'est considérablement enrichi, mettant à disposition des soignants une panoplie importante de technologies nouvelles. Mais le soignant manque d'informations pour prescrire les pansements les mieux adaptés. Alors pour actualiser nos connaissances, nous allons évoquer les différentes familles de pansements et leurs indications.

Conditions de prescription et d'utilisation

Pansements primaires

Selon la HAS², le choix d'un pansement primaire repose « sur une **analyse clinique de la plaie**. Sauf conditions strictement définies de délégation de compétence à l'infirmier, permettant de garantir la qualité du suivi, la prescription doit être réservée au **médecin** ou à un **infirmier titulaire d'un DIU Plaies et Cicatrisation** ».

Pansements secondaires

Pour les pansements secondaires, la HAS recommande « une prescription par le **médecin** ou par l'**infirmier**, conformément à l'arrêté du 13 avril 2007 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire ».

Plaies chroniques et aiguës

- Une plaie chronique est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé pour une ou plusieurs causes. Selon l'étiologie, une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution. Les causes incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation.
- En l'absence de cause locale ou générale pouvant retarder la cicatrisation, on parle de plaie aiguë. Les causes incluent notamment les brûlures, les gelures, les morsures, les

greffes et les prises de greffe, les dermabrasions profondes, les plaies à cicatrisation dirigée post-chirurgicale et les sinus pilonidaux opérés.

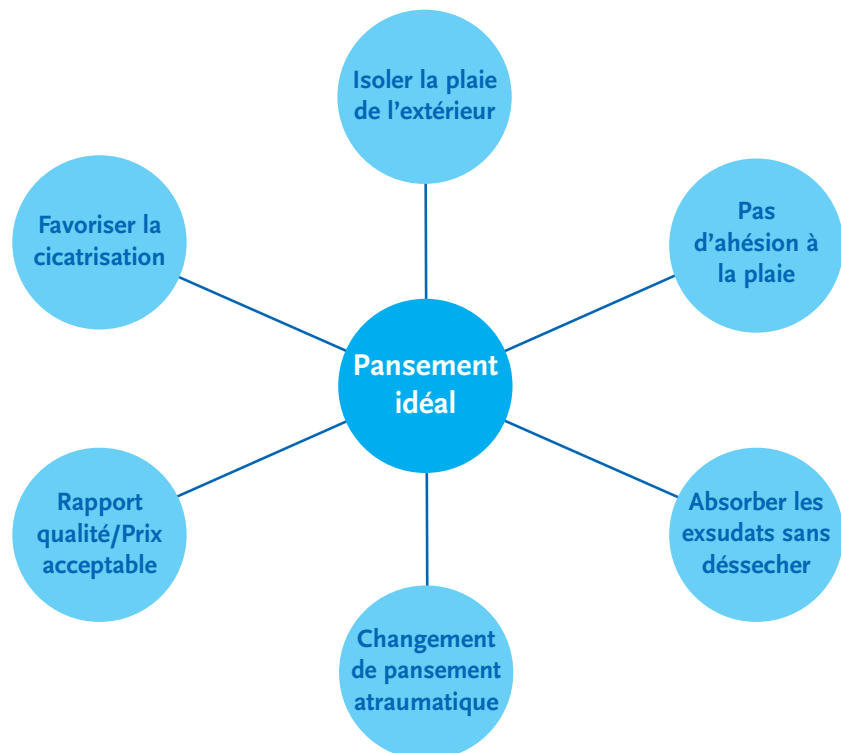
- Quelle que soit la plaie, son traitement est d'abord celui de son étiologie. Ainsi, le traitement des ulcères veineux est en premier lieu fondé sur la contention.

Les différentes familles de Pansements

La plupart des pansements sont destinés à favoriser la cicatrisation en

milieu humide. Les hydrocolloïdes, apparus au début des années 1980, peuvent être considérés comme le modèle de ces pansements, généralement dénommés pansements « modernes ». Les pansements gras, qui font partie des pansements « conventionnels » (avec les pansements en coton, les compresses humides, etc.). Ces pansements conventionnels restent actuellement très largement prescrits.

- **Alginate** : ces pansements sont composés majoritairement



1. Les « pansements et articles pour pansements » comprennent d'une part les pansements primaires, placés au contact direct de la plaie, d'autre part les pansements secondaires (incluant les compresses et les matériels de fixation et de maintien).

2. Haute Autorité de la Santé.

(> 50 %) d'alginate, avec ou sans carboxyméthylcellulose (CMC). Les alginate sont des polymères d'acides alginiques obtenus à partir d'algues, caractérisés par leurs capacités d'absorption et leurs propriétés hémostatiques. Ils existent sous forme de compresses ou de mèches.

- **Fibres de carboxyméthylcellulose** : (CMC, dites aussi hydrofibres) : ces pansements sont composés majoritairement (> 50 %) de fibres non tissées de carboxyméthylcellulose (CMC) pure. Ces fibres se transforment au contact des exsudats en gel cohésif, caractérisé par sa capacité d'absorption. Les CMC existent sous forme de compresses ou de mèches.
- **Hydrocellulaires** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants (généralement de la mousse de polyuréthane). Ils existent sous forme de plaques adhésives ou non, de formes anatomiques et de formes adaptées au remplissage des plaies cavitaires.
- **Hydrocolloïdes** : ce sont des pansements constitués de polymères absorbants, dont les propriétés physico-chimiques sont liées à la présence de carboxyméthylcellulose. Ils existent sous forme de plaques adhésives, de poudres ou de pâtes.
- **Hydrogels** : les hydrogels sont des gels contenant plus de 50 % d'eau. Ils sont principalement destinés à assurer l'humidification des plaies. Ils existent sous forme de plaques, de compresses imprégnées et de gels.
- **Pansements gras** : ce sont des pansements constitués d'une trame, imprégnée ou enduite de substances neutres (vaseline, paraffine, etc.).
- **Interfaces** : les pansements interfaces sont constitués d'une trame enduite de gel de silicone ou d'un autre polymère. Ils se distinguent des simples pansements gras par une adhérence faible, qui ne s'accroît pas tout au long de l'utilisation au contact direct de la plaie (absence de migration de la substance imprégnée ou enduite), afin de limiter les traumatismes et les douleurs induits par le retrait des pansements.
- **Pansements au charbon actif** : ils sont constitués de différents supports auxquels a été ajouté du charbon actif, à visée d'absorption des molé-

cules responsables des mauvaises odeurs des plaies. Ils existent sous forme de plaques et compresses.

- **Pansements à l'argent** : ils sont constitués de différents supports (crèmes, plaques, compresses, etc.) auxquels a été ajouté de l'argent sous des formes physico-chimiques variées, à visée théoriquement antibactérienne. L'activité antibactérienne est proposée dans un objectif de prévention de l'infection ou de cicatrisation plus rapide des plaies infectées.
- **Pansements à base d'acide hyaluronique** : ils contiennent de l'acide hyaluronique (glycosaminoglycane constituant naturel du derme) à des concentrations variables. Ils existent sous diverses formes (compresses imprégnées, crèmes, sprays, etc.).
- **Dextranome** : macromolécule de dextran à haut pouvoir hydrophile.
- **Matrice à effet antiprotéases** : matrice lyophilisée stérile pour pansement, composée de 55 % de collagène et de 45 % de cellulose oxydée régénérée.

Comment s'y retrouver ?

Formation pour :

- connaître les bonnes conduites
- échanger et favoriser la pluridisciplinarité
- homogénéiser les pratiques et protocoles
- se remettre en cause et changer ses habitudes
- apprendre et encore apprendre pour acquérir des automatismes et oublier ses vieux réflexes.

Choix du pansement

La technologie

Le pansement historique de la cicatrisation dirigée en milieu humide est l'hydrocolloïde, inventé dans les années 60.

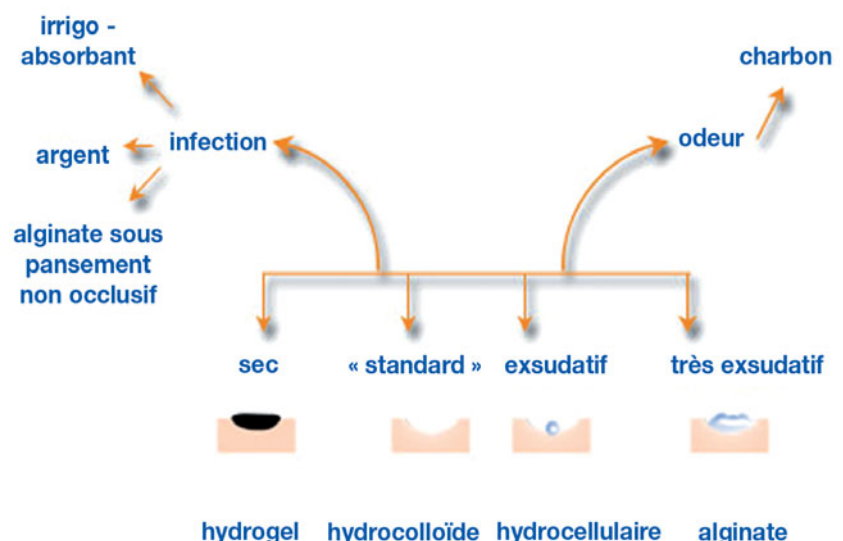
Ce pansement est toujours d'actualité, néanmoins plusieurs pansements se révèlent mieux adaptés à certaines situations :

- **plaie sèche** (plaie nécrotique par exemple) : on préférera un hydrogel qui réhydratera la plaie.
- **plaie exsudative** : on préférera un hydrocellulaire dont les capacités d'absorption sont supérieures à l'hydrocolloïde.
- **plaie très exsudative** : on utilisera un alginate ou un hydrofibre pour ses capacités d'absorption.
- **plaie malodorante** : pansement au charbon.
- **plaie infectée** : on utilisera soit un pansement argent + charbon, soit un alginate sous pansement secondaire non imperméable si la plaie est exsudative.

Les interfaces (ou tulles de nouvelle génération) peuvent être utilisés dans l'escarre, remplaçant avantageusement les anciens tulles gras.

La forme

Certaines localisations d'escarre rendent difficiles la pose et la tenue d'un pansement, notamment le talon et le sacrum. Un pansement classique rond ou





>> **Nouvelles performances**

Biatain Contact. Pansement de première intention. Tout simplement



Prise en charge de toutes les plaies exsudatives

Intégralement remboursé LPPR pour les patients au régime général qui bénéficient d'une couverture complémentaire (Séc.Soc. 65% + complémentaire 35%) et pour les patients en ALD (Séc. Soc. 100%), dans les indications escarres et ulcères : pansements 12,5 cm x 12,5 cm (bte de 16) : tarif LPPR 68,68 eur.,

prix limite de vente au public 68,68 eur. TTC, 20 cm x 10 cm (bte de 16) : tarif LPPR 88,06 eur., prix limite de vente au public 88,06 eur. TTC, 17,5 cm x 17,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 82,55 eur., prix limite de vente au public 82,55 eur. TTC.

Plus d'informations : www.coloplast.fr

carré s'adaptera mal à ces localisations et risque de présenter soit des plis, soit des fuites d'exsudats. D'où l'intérêt des formes spécifiques créées pour s'adapter à ces contraintes topographiques.

Modalités de prescription

La marque du pansement et sa taille doivent être renseignées, ainsi que la fréquence de renouvellement du pansement par l'infirmière.

Renouvellement du pansement

Les soins

- Nettoyer l'escarre avec de l'eau du robinet pour son effet tensioactif, ou du sérum physiologique stérile en cas de déterision difficile. Proscrire l'eau stérile, parfois responsable de douleur.
- Ne pas utiliser d'antibiothérapie locale, elle perturbe le bactériocycle et crée des résistances.
- L'utilisation des antiseptiques doit rester exceptionnelle, sur indication particulière, du fait de leur caractère irritatif et de leur toxicité.
- Si la plaie est souillée par des matières organiques, utiliser un savon doux, rincer de préférence à la douchette pour ne pas léser les tissus sains en phase de granulation.
- Sécher le pourtour de la plaie.
- Poursuivre le traitement instauré pendant au moins 5 jours, minimum d'évaluation de son efficacité. Tout changement doit être concerté.
- Ne pas négliger la douleur, demander au médecin un traitement approprié à la situation observée

Observations à effectuer

Le renouvellement du pansement est le moment privilégié pour :

- observer l'évolution de la plaie : la cicatrisation progresse-t-elle ?
- détecter d'éventuels événements d'alerte au niveau de la plaie : inflammation, douleur (chronique ou à la pose du pansement), odeur,...
- ou du patient : arrêt d'alimentation, diminution de la mobilité, fièvre, événement infectieux...

Tout événement ou toute régression de la cicatrisation devront être signalés rapidement au médecin traitant qui pourra prendre les mesures adéquates.

La réfection du pansement étant le seul moment où la plaie est visible, son observation est alors capitale.

Cas de la plaie malodorante

Les types d'odeur

Il faut distinguer deux types d'odeurs :

- l'odeur au renouvellement du pansement,
- l'odeur permanente (donc traversant le pansement).

Elles ont des causes et des conséquences différentes.

L'odeur au renouvellement est plutôt un inconfort passager alors que l'odeur permanente peut perturber de façon profonde le patient, ainsi que sa relation avec les soignants, sa famille ou son entourage.

L'odeur au renouvellement

Elle correspond le plus souvent à un hydrocolloïde qui se modifie au contact de l'exsudat. Ce n'est pas la plaie qui a une odeur mais les restes du pansement.

Par ailleurs, l'hydrocolloïde s'étant transformé en gel, éventuellement mélangé aux divers résidus de la déterision ; la plaie présente un aspect visuel qui peut étonner le patient, le gêner voire susciter de sa part un sentiment de rejet.

La découverte simultanée d'une mauvaise odeur et d'un aspect visuel doit donc être évitée ou préparée. Pour cela on informe le patient avant le soin (ou sinon lors du renouvellement du pansement) sur le fait qu'odeur et aspect visuels sont liés au pansement. L'utilisation de pansements autres que les hydrocolloïdes permet de réduire ce problème dans les cas délicats.

L'odeur permanente

Cette odeur est généralement liée à une infection de la plaie, avec prolifération bactérienne.

Elle évoque fréquemment pour le patient une odeur de « pourriture, gangrène, mort ». Elle provoque chez lui une souffrance, un dégoût, un rejet de sa propre plaie.

Consciemment ou inconsciemment, les soignants éprouvent un malaise, voire un rejet lors de leurs soins.

La famille peut également mal supporter cette odeur, ce qui peut être la cause d'espacement ou d'arrêt des visites.

Afin d'éviter une telle situation, on applique un pansement au charbon qui piège les odeurs. Lors des soins, on aère la chambre. Un prélèvement (antibiogramme) au niveau de la plaie peut permettre d'analyser la flore de la plaie et déterminer les souches en cause, afin de mettre en place une antibiothérapie ciblée par voie générale.

Sauf éventuellement dans le cas de soins palliatifs, l'utilisation d'antibiotiques locaux est à proscrire (risque de sélection de souches résistantes).

Conclusion

De nombreux soignants s'intéressent à la prise en charge des plaies chroniques pour optimiser des soins qui restent difficiles.

L'arsenal thérapeutique a évolué mais reste réducteur sans :

- la remise en cause de nos pratiques
- la connaissance des pathologies et des plaies
- la transversalité et la collaboration des équipes
- l'harmonisation et l'homogénéité de protocoles
- la formation pour acquérir les bonnes pratiques et les règles de bonne conduite.

Gestion de la plaie par l'échelle colorielle

- Noire : la nécrose
- Jaune : la fibrine
- Rouge : le bourgeonnement
- Rose : l'épidermisation

Complications

- L'infection
- L'hyperbourgeonnement
- La plaie cancéreuse

Elle permet d'uniformiser l'évaluation et la prise en charge des plaies au sein d'un établissement, permet d'avoir le même vocabulaire comprenant des définitions communes

Gestion de la plaie par l'échelle colorielle

PLAIE	QUANTITE D'EXSUDATS	OBJECTIFS	FAMILLE DE PANSEMENTS	NOMS COMMERCIAUX	RYTHME DES PANSEMENTS
NOIRE	o/+++	Ramollir puis exciser manuellement la nécrose.	Hydrogel + hydrocolloïde	Hydrosorb, Intrasite gel/conf, Purilon gel + Comfeel, Hydrocoll,	Tous les jours jusqu'à exsision de la nécrose
JAUNE	o	Eliminer la fibrine par détersion autolytique et manuelle, jusqu'à obtention d'un tissu sain	Hydrogel + hydrocolloïde ou Film de PU Alginate	Hydrosorb, Intrasite gel/conf, Purilon gel + Comfeel, Hydroclean, ou Opsite, Visulin Algisite, Seasorb soft, Sorbalgon	Toutes les 24 à 48 h selon saturation du pansement
JAUNE	+ / ++	Gérer l'exsudat et éliminer la fibrine.	Alginate Ou hydrofibre	Algisite, Seasorb soft, Sorbalgon Aquacel	Tous les 2 à 4 j selon saturation du pansement
ROUGE	+/-	Conserver le tissu de bourgeonnement, sans détersion.	Tulle gras Ou Interface Ou Hydrocellulaire Ou Hydrocolloïde	Hydrotul, Jelonet, Physiotulle, Atrauman, Jelonet Plus Allevyn, Biatain, PermaFoam, Comfeel, Hydrocoll	Toutes les 48 h Toutes les 48 à 72 h Maxi 5 j ou jusqu'à saturation complète Maxi 7 j ou jusqu'à saturation complète
ROUGE	++	Gérer l'exsudat et conserver un tissu sain.	Tulle gras Ou Interface Ou Hydrocellulaire	Hydrotul, Jelonet, Physiotulle, Atrauman, Jelonet Plus Allevyn, Biatain, PermaFoam,	Toutes les 48 h Toutes les 48 à 72 h Maxi 5 j ou jusqu'à saturation complète
ROSE	o/+	Favoriser la réépidermisation. Toucher le – possible au pansement.	Tulle gras Ou Interface Ou Hydrocellulaire Ou Hydrocolloïde Ou Film de PU	Hydrotul, Jelonet, Physiotulle, Atrauman, Jelonet Plus Allevyn, Biatain, PermaFoam, Comfeel, Hydrocoll Opsite, Visulin	Toutes les 48 h Toutes les 48 à 72 h Maxi 5 j ou jusqu'à saturation complète Maxi 7 j ou jusqu'à saturation complète De 3 à 7 j ou jusqu'à saturation complète
VERTE	+++	Eliminer l'infection qui entraîne un retard de cicatrisation.	PST à l'argent Ou Alginate Ou Hydrofibre	Allevyn Ag, Acticoat, Atrauman Ag, Biatain Ag, Algisite, Seasorb soft, Sorbalgon Aquacel	Toutes les 72 h, doit rester constamment humide Toutes les 24 à 48 h selon saturation du pst Maxi 48 h
MALODORANTE	+++	Pallier aux mauvaises odeurs	PST au charbon	Carbonet	Tous les jours si utilisé en pst primaire sur plaie infectée
HYPERBOURGEONNEMENT	++	Aplanir les bourgeons en excès afin de relancer la cicatrisation.	Corticoïde	Corticotulle Nitrate d'argent	Toutes les 24 h

Infirmières référentes en « plaies et cicatrisation »

Missions et actions au CHU de Clermont-Ferrand

L'évaluation et la prise en charge des plaies furent réellement prises comme dimension de soins au XVIII^e siècle sous Ambroise PARÉ.

Déjà, tout le XVI^e siècle fut traversé par une série de controverses, en particulier celle qui opposa les partisans des pansements secs aux partisans du pansement humide. Il est alors paru indispensable de faire un choix pour une prise en charge efficace de la plaie et donc du patient.

Fallait-il laisser les plaies à l'air libre ou les couvrir ?

Cette idée, comme bien d'autres, se développe pendant les différentes guerres qui participent à l'histoire du monde médico-chirurgical.

A partir des années 1960, le Dr Winter, par une expérience simple mais essentielle, prouve qu'un pansement qui maintient l'humidité entraîne un processus favorable dans la guérison des plaies.

Puis, dans une période plus proche, une réelle évolution de l'exercice professionnel de l'infirmière s'impose avec, la reconnaissance officielle de son rôle propre. L'infirmière travaille sur ses pratiques professionnelles. On voit émerger des soins dans le domaine des plaies avec le décret de compétence du 11 février 2002 (extrait du code de la santé publique du 29 juillet 2004) puis l'autorisation de renouvellement de prescription de certains dispositifs médicaux du 13 avril 2007.

C'est dans ce contexte que le rôle de l'infirmière en plaies et cicatrisation a vu le jour au CHU de Clermont-Ferrand. Infirmières dans le service de Chirurgie



Maxillo-Faciale du Professeur Mondié au CHU de Clermont-Ferrand, titulaires d'un Diplôme Universitaire de « Plaies et Cicatrisation » et titulaires du Diplôme Européen des Techniques de la plaie (EAWT), nous avons été quotidiennement confrontées à la réalité de soins techniques difficiles concernant essentiellement la prévention et les soins des plaies traumatiques ou chroniques diverses.

Face à la demande croissante des différents acteurs de soins et conscientes de l'évolution rapide des dispositifs médicaux mis sur le marché, nous avons décidé de mettre à disposition nos compétences d'expertes dans le domaine des plaies. Nous n'avons fait aucune restriction, tant sur l'étiologie des plaies que l'âge des patients (de

la naissance à la fin de vie).

L'insatisfaction des soignants devant le manque de résultats malgré un temps important passé à traiter les plaies. Le constat fait sur des habitudes ancrées ou des pratiques domageables et d'un défaut de connaissance du personnel médical et paramédical sont autant d'éléments qui nous ont poussées à proposer nos compétences et à continuer de développer cette activité.

Les consultations infirmières débutent en juillet 2004, soutenue par Madame Montagnon, Directrice des soins de l'établissement. Grâce à l'obtention d'un 1/2 poste d'infirmière, nous avons pu assurer des

consultations à la demande des services de soins, (temps équipe mobile : 25% chacune).

Nous sommes également sollicitées par la pharmacie pour le choix des pansements et pour valider les demandes des services.

Nous assurons le reste du temps notre poste infirmier au sein du service pour maintenir nos compétences.

Notre réelle valeur ajoutée est bien sûr sur la prise en charge des patients, mais aussi sur le bon usage des dispositifs médicaux, avec à la clé une économie pour l'établissement.

L'activité de l'équipe mobile de « plaies et cicatrisations »

Démarche de communication :

- Interventions lors de différents congrès : AFFICT, salon Infirmier, CPC, congrès national de podologie...
- Construction de partenariat avec la pharmacie / CAMS du CHU (marché des pansements...).
- Depuis 5 ans, nous avons créé un site Intranet pour offrir un outil moderne de connaissances qui puisse être consulté par tous les professionnels de l'établissement.

Démarche de formations :

- Organisation et animation de formations tri annuelles pour une vingtaine de professionnels par sessions (libéraux, établissements publics, privés, ...) associant la théorie et la pratique sur terrains de stage.
- Organisation et animation de formations institutionnelles pour les professionnelles du CHU (≈ 200 IDE formées en 2 ans).

Démarche pédagogique :

- Cours et travaux pratiques en IFSI, IFMERM...

Rôle d'alerte :

- Réalisation d'une enquête de prévalence « escarres » en mars 2008, en vue d'une démarche d'amélioration des pratiques, (E.P.P. paramédicale).
- Création d'un comité « escarres ».
- Essais, évaluation et suivi de l'attribution des supports.

Démarche clinique :

- En 2008, plus de 400 consultations et soins, données dans les différents services de l'établissement (aide à la détersion, mise en place de pansements adaptés...).
- Des conseils téléphoniques ou via Internet (iconographies à l'appui), des apports théoriques pratiques dans les services de soins.
- Créations de « protocoles » d'aide à la gestion des soins aux plaies.

Lors de nos consultations au lit du patient, nous tenons compte de différents principes pour déterminer un plan de traitement :

- S'assurer d'avoir les connaissances et l'habileté nécessaires pour déterminer et appliquer les soins et traitements infirmiers requis par la condition du patient (débridement et les produits et pansements à utiliser...).
- Ne pas faire à la place des infirmiers, mais avec pour s'assurer que les conseils donnés seront bien suivis.
- Tenir compte de la complexité de la plaie et / ou de l'altération de la peau et des téguments.
- Connaître les indications et les contre-indications cliniques aux mesures thérapeutiques en prenant en compte, entre autre les différents antécédents du patient (nettoyage, débridement, produits et pansements pour les différents types de plaies : ulcères artériels, veineux ou mixtes, plaies du pied diabétique, escarres, plaies chirurgicales, traumatiques, brûlures...).
- Respecter les règles de soins infirmiers en vigueur.
- Tenir compte du rôle de chaque membre de l'équipe de soins et interdisciplinaire.
- Prendre en compte l'environnement hygiéno-diéthétique du patient porteur de plaies.
- Évaluer les conditions de vie (en particulier pour un retour à domicile).
- Évaluer la douleur (outils, échelles, traitement...).
- Évaluer la plaie (type, site, forme, dimensions, peau péri-lésionnelle, degré ou classification, présence ou non d'exsudat, d'hématomes, d'infection...).
- Déterminer les mesures d'asepsie

requis (technique propre ou stérile).

- Déterminer la fréquence et la méthode des soins.
- Évaluer l'efficacité des mesures préventives et de traitement appliqués.
- Savoir aviser le médecin ou chirurgien des résultats ou des problèmes concernant les soins.
- Éduquer le patient.



- Savoir noter de façon rigoureuse dans un dossier de soins individuel toutes les données relatives aux soins afin d'assurer un suivi cohérent.

Unifier, promouvoir, enseigner et accompagner soignants et soignés dans la prévention et le traitement des plaies sont autant de choix pour améliorer la prise en charge des patients, si possible réduire les temps d'hospitalisation. Nous espérons que la reconnaissance de la plus-value de notre activité se concrétisera par une augmentation du temps soignant « Plaies et cicatrisation ».

« On est riche de ce que l'on partage »

**Monique MALLERET
et Delphine TIXIER ■**

(Infirmières expertes
en « Plaies et cicatrisation »)
CHU de Clermont-Ferrand

CARE 2009

L'ÉVÉNEMENT PARAMEDICAL A MARSEILLE

9 OCTOBRE 2009
10 OCTOBRE 2009



- SALON INFIRMIER
- FORUM EMPLOI
- 2 JOURS DE CONFÉRENCES ET ATELIERS PRATIQUES

PARC CHANOT- PALAIS DES CONGRÈS-MARSEILLE
PROFESSIONNELS : 10€ - ÉTUDIANTS : 5€

PROGRAMME SCIENTIFIQUE ET INSCRIPTIONS :

www.care2009.fr - 04 91 24 67 67

En partenariat avec



N° Formation Continue : 93131112413

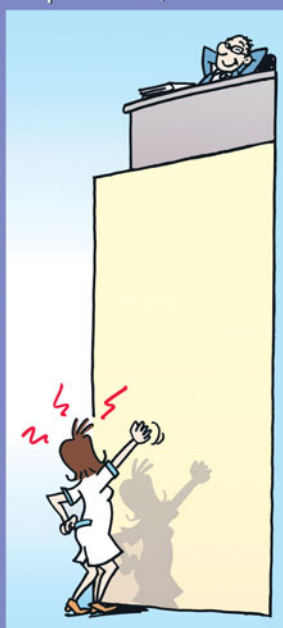
Le comité scientifique :

- ✚ Melle Sabine CAMOIN (IDE secteur libéral)
- ✚ M. Christophe CLOAREC (Cadre, Suisse)
- ✚ M. Francis DESCHAMPS (Cadre Sup)
- ✚ Dr DE FRANCESCHI (DAR CHU Timone)
- ✚ M. Lionel LEBRUN (IDE, CHU Timone)
- ✚ M. Christophe ROMAN (IDE, Hôpital St Joseph)

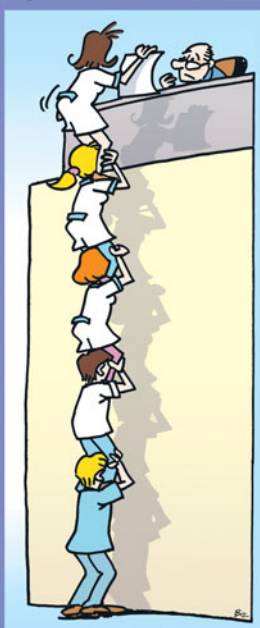
Comité d'organisation

- ✚ M. Vincent COSTEDOAT - Commissaire Général
- ✚ M. Sylvain RUFFIER - Président du Salon
- ✚ Me Aurélie LIEVEN - Attachée de Production
- ✚ M. Ariel LORIN - Régisseur Technique
- ✚ M. Nicolas FRAISSE - Responsable Logistique

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



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



REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

CNI COORDINATION
ATIONALE
NFIRMIERE

Contacts

Tél. 04 91 74 50 70

Fax 04 91 74 61 47

Email : coord-nat-inf@hotmail.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

Coordination Nationale Infirmière

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

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

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

☐ **IDE : 70 €**

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

☐ **ETUDIANTS 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 1,75 € par mois, soit 21 € par an.

L'adhésion se fait par année civile :

ex : si on adhère au mois de mars on paiera 10 mois x 1,75 € = 17,50 €

☐ 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



Venez rejoindre
le Centre Hospitalier de Versailles

Nous recherchons pour nos services,
de jour comme de nuit :

**HÔPITAL RÉFÉRENT
DES YVELINES,**

Services hospitalo-
universitaires,
SAU, SAMU, SMUR,
réanimation, activités
très diversifiées
(médecine, chirurgie,
obstétrique,
gériatrie, psychiatrie,
santé publique)
et plateau technique
de pointe

- des Infirmier(e)s,
- des Infirmier(e)s
Spécialisé(e)s,
- des Cadres de Santé
Spécialisés

Diplômé(e)s d'Etat

Nos atouts : Entretiens individualisés -
Choix d'affectation - Plan de carrière -
Un management centré sur la valorisation
et le renforcement des compétences -
Une formation continue développée - Une
intégration facilitée (accueil, tutorat).

Les conditions : Reprise d'ancienneté -
Versement de la prime d'installation dès la
mise en stage - Possibilité d'accueil en crèche -
Possibilité de logement (studios).

CONTACT : Brigitte SCHERB - Coordinatrice Générale des Soins
Centre Hospitalier de Versailles - Direction des soins paramédicaux
177, rue de Versailles - 78157 Le Chesnay Cedex
Tél. : 01 39 63 80 88 - emplois@ch-versailles.fr



VOUS DÉSIREZ TRAVAILLER DANS UN CENTRE
DYNAMIQUE, VENEZ REJOINDRE LES ÉQUIPES DU
CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE

Établissement situé dans un cadre verdoyant à 18 kms de Paris, ligne RER D
(Gare de Villiers le Bel), lignes de bus 22, 23 ou 37 (arrêt devant l'hôpital),
accès par autoroutes A1 ou A3.

Nous recherchons en CDD de 4 mois

INFIRMIERS h/f
DE JOUR OU DE NUIT

Amplitude horaire de 12 heures.

Un logement de type universitaire sera mis à disposition. Salaire motivant.

pour tout renseignement vous pouvez contacter :
la Direction des Soins : secrétariat 01 34 53 20 11
anick.bourbousson@ch-gonesse.fr
isabelle.frassa@ch-gonesse.fr

adresser candidature et lettre de motivation à
Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier
25, rue Pierre de Theilley - BP 30071 - 95503 GONESSE cédex

frederic.jambon@ch-gonesse.fr
www.ch-gonesse.fr

66



Travailler à Saint-Denis un projet d'avenir

Engagé dans un important programme de rénovation, le centre hospitalier
démontre cette année des travaux sur le site de l'hôpital Delafontaine.
En 2010, un nouveau bâtiment mère-enfant et blocs opératoires verra le
jour suivi de la réhabilitation du bâtiment médico chirurgical.

**Aujourd'hui nous recherchons des
I.A.D.E.S, I.B.O.D.E.S, Puéricultrices,
infirmier(e)s DE pour nos pôles :**

- Chirurgie
- Gériatrie
- Médecine
- Mère-Enfant
- Neurologie-Médecine Physique
- Urgences-réanimation-cardiologie-pneumologie

Prime d'installation à l'embauche, possibilités de logement et crèche

Les candidatures, accompagnées du cv doivent être envoyées par courrier
ou mail à :

Denis Boucher,
Direction des soins
Centre Hospitalier de Saint-Denis
2 rue du docteur Delafontaine
BP 279 93205 Saint-Denis CEDEX

denis.boucher@ch-stdenis.fr • Tél. : 01 42 35 60 19

PLUS d'infos : <http://www.ch-stdenis.fr>



Centre Hospitalier de Saint-Denis

Établissement public de soins de suite
et de réadaptation accueillant des enfants
de la naissance à 17 ans.
Situé à 15 kms de Rambouillet - 17 kms d'Orsay
35 mn de Paris (accès RER, autoroute)



Dans un agréable parc de 75 ha
en vallée de Chevreuse.

Recrute :

**DES PERSONNELS
INFIRMIERS**

**Poste jour et nuit
Temps plein**

**Poste à pourvoir de suite par mutation,
détachement ou par contrat**

Intégration dans une équipe jeune et dynamique
dont l'objectif prioritaire est une prise en
charge globale pour les enfants hospitalisés
en partenariat avec les équipes
éducatives et pédagogiques.
Nombreux projets
innovants !

Adresser lettre de motivation
+ CV avec photo à :
Monsieur le Directeur
H.P.R. de BULLION
78830 BULLION

www.hpr-bullion.fr



American Hospital of Paris

Établissement privé à but non lucratif (180 lits, 850 salariés - Convention FEHAP),
l'HÔPITAL AMÉRICAIN DE PARIS, délivre depuis plus de 100 ans des soins de la plus grande qualité
à une clientèle française, américaine et internationale.

Nous vous **RECHERCHONS** :

• IDE jour et IDE nuit

Pour nos services de chirurgie - médecine - USIC - réanimation polyvalente - pool

Au sein d'un environnement agréable, nous vous proposons un cadre de travail adapté comprenant, entre autres :

- Plannings en 12 h (avec cumul de jours de repos) - Effectifs adaptés à la charge de travail
- Reprise d'ancienneté + Primes diverses
- Protocoles de soins généralisés
- Parcours d'intégration de plusieurs semaines - Plan de formation
- Formation individualisée
- Aide au logement.

NB : l'anglais n'est pas exigé.

(des formations sont proposées).

**WE CARE...
ABOUT YOU!**

100ans
d'excellence
médicale

Depuis cent ans, nous nous engageons à offrir à chaque patient un suivi personnalisé
Notre mission va au-delà du soin en mettant en œuvre les meilleures pratiques
médicales françaises et américaines.
C'est ce qui contribue à faire de l'Hôpital Américain un hôpital unique !

Professionnels de santé, venez rejoindre un univers de travail unique et pluriculturel.

N'hésitez pas à faire parvenir votre dossier de candidature

par mail à recrutementdsi@ahparis.org

ou par courrier postal à " Hôpital Américain de Paris, Direction des Soins Infirmiers,
63 bd Victor Hugo, 92200 Neuilly-sur-Seine ".



La Clinique Jouvenet - Paris 16ème recrute

• Blocs orthopédie et ophtalmologie

INFIRMIER(E)S DE BLOC

CDI Temps plein 35h. Planning et horaires attractifs.
Interventions chirurgicales programmées. Bloc opératoire ouvert
du lundi au vendredi. Prime d'installation.

IDE SALLE DE RÉVEIL

CDI Temps plein 35h. Planning et horaires attractifs.
Interventions chirurgicales programmées. Bloc opératoire ouvert
du lundi au vendredi. Prime d'installation

SECOND CHEF DE BLOC

CDI Temps plein. Débutant accepté.
Connaissances en orthopédie indispensables.

• Service ambulatoire ophtalmologie et hospitalisation

IDE JOUR ET NUIT

CDI Temps plein 35h. Planning et horaires attractifs. Prime d'installation.

Merci d'envoyer votre lettre de motivation et votre CV à
CLINIQUE JOUVENET - Bernadette ARSAUT,
6 square Jouvenet 75016 PARIS - b.arsaut@gsante.fr



MATERNITÉ DES BLUETS (PSPH)

HÔPITAL PIERRE ROUQUES

RECRUTE IMMÉDIATEMENT

• 1 CADRE DE SANTÉ EN CDI temps plein ayant une expérience en maternité

- Gestion d'une équipe de 60 personnes
IDE - A.S. - ASH
 - Gestion des stagiaires
Équipe de jour et de nuit
Service Gynéco-Obstétrique
Maternité de 2.800 accouchements
Unité de P.M.A. - I.V.G.
C.C.N. FEHAP 1951 rénovée

Merci d'adresser votre curriculum vitae
et lettre de motivation à :
Hôpital Pierre Rouques "Les Bluets"
Service des Ressources Humaines
4 rue Lasson
75012 Paris (ne pas téléphoner)



2 Allée de la Fontaine au Roy
95270 SAINT-MARTIN DU TERTRE

RECRUTE h/f

INFIRMIÈRES D.E KINÉSITHÉRAPEUTES D.E

CONDITIONS DE RECRUTEMENT : Statut Fonction Publique Hospitalière - 20 jours
de RTT - Prime d'installation - Prime de service annuelle - Logement envisageable.

ADRESSER CANDIDATURE ET C.V À :
Madame SANMARTIN - Cadre de Santé - Tél. : 01 30 35 51 84

Établissement Public de Santé
installé dans un parc de 100 hectares.
Situé à proximité de Beaumont sur Oise
30 kms de PARIS.



URGENT LE CENTRE PÉDIATRIQUE DES LOGES EN JOSAS (78)

www.centredescotes.com

Recrute h/f :

Infirmières & Auxiliaires de Puériculture

CDI, CDD - Temps plein, temps partiel

Salaire selon Convention FEHAP - Possibilité de logement temporaire sur place

Contact :

- **Service des Grands Enfants** : Mme Chauvin au 01-39-24-18-05
Mail : christel.chauvin@centredescotes.com
- **Unité des Nourissons** : M. Cipolla au 01-39-24-37-16
Mail : pierre.cipolla@centredescotes.com



Établissement privé participant au
Service Public Hospitalier
Service d'Accueil d'Urgences

Nous recrutons H/F :

- **IBODE (ou faisant fonction d'IBODE)**
- **Manipulateur radio**
- **Kinésithérapeute**
- **Infirmière Jour/Nuit**

Renseignements : Coordination des soins 2, rue des Pères Camilliens 94360 Bry sur Marne
e.mail : f.cozic@ch-bry.org - Contact : 01 49 83 11 44



LE CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE L'EUROPE

A 30 minutes de Paris, sur la ligne A du R.E.R., situé dans un cadre agréable et verdoyant, le Centre Médico-Chirurgical de l'Europe (CMCE) est, avec 259 lits et places, un établissement hospitalier pluridisciplinaire de référence et l'un des plus importants Établissements de Santé privés d'Ile de France.

Dans le cadre du développement de ses activités, le Centre Médico-Chirurgical de l'Europe recrute des professionnels de santé.

En CDI - Temps plein

Des Infirmier(e)s D.E. tous services de soins (Médecine cardiologique, Unité de soins Intensifs, Soins palliatifs/Oncologie, Réanimation médico-chirurgicale, Chirurgie toutes spécialités ...).

Des Infirmier(e)s D.E. de Bloc Opératoire et I.B.O.D.E.

9 salles d'opération pluridisciplinaires

Chirurgie programmée 5 j sur 7 j et gestion des urgences en Astreintes 7j/7j

Des Infirmier(e)s D.E. de Salle de réveil

Des Infirmier(e)s D.E. Endoscopie

Des Aides-Soignant(e)s

tous services de soins (Médecine cardiologique, Unité de soins Intensifs, Soins palliatifs/Oncologie, Réanimation médico-chirurgicale, Chirurgie toutes spécialités ...).

Un Responsable d'unités de Soins

Rattaché à la Directrice des Soins Infirmiers, vous êtes chargé :

- D'encadrer les équipes soignantes (management, planning, formation),
- D'assurer la continuité des soins Jour-Nuit,
- De mettre en œuvre le projet de soins de l'établissement,
- De superviser et contrôler la réalisation des soins et en évaluer la qualité,
- D'assurer la prise en charge du patient en collaboration avec le médecin,
- D'assurer la gestion du service (relations avec les prestataires),
- De participer à la démarche Qualité.

Cadre de soins avec une expérience significative de management d'équipe, organisation, force de proposition et excellent relationnel sont vos principales qualités.

SALAIRE : selon expérience

Au sein d'Équipes dynamiques, vous participez activement à l'expansion de notre Établissement et bénéficiez d'un planning annualisé, d'un parcours d'intégration et d'un programme de formation assuré quelque soit la fonction.

Merci d'adresser votre candidature à la Direction des Ressources Humaines.

Par courrier : CMC de l'Europe - 9 bis route de Saint-Germain - 78560 PORT MARLY

Par mail : drh@cmce-europe.fr

www.clinique-europe78.fr



Rejoindre l'AREPA, c'est redonner un sens à la vie...

AREPA – Acteur majeur du secteur médico-social (1700 salariés - 68 sites), spécialisé dans la gestion de résidences pour personnes âgées, recrute pour ses établissements médicalisés d'Ile de France (dépts 78-92-93-94-95) des

• INFIRMIER(E)S D.E – CDI – Temps plein – Réf : IDE + département souhaité.

Sous la responsabilité du Cadre de Santé, et en relation avec l'équipe pluridisciplinaire de la résidence, vous participez à l'organisation quotidienne de l'activité de l'équipe soignante, dans un souci de continuité et de qualité de la prise en charge. Au-delà des missions propres dévolues à votre fonction, vous inscrivez votre activité dans une démarche préventive et éducative et créez les conditions d'une prise en charge individualisée. Vous assurez la mise en œuvre des protocoles de soins et des plans de sécurité sanitaire. En lien avec l'équipe et les acteurs du réseau de santé, vous participez à la gestion des relations avec les familles. Diplôme IDE exigé.

• AIDES SOIGNANT(E)S DIPLÔMÉ(E)S – CDI – Temps plein – Réf : ASD + département souhaité.

En relation avec l'équipe soignante et pluridisciplinaire de la résidence, vous participez à la prise en charge individualisée des résidents en dispensant les soins requis, dans une démarche éducative et préventive, dans le respect des besoins de la personne. Vous participez au développement d'activités d'animation et de loisirs visant à maintenir le lien social et contribuez à la gestion des relations avec les familles. Diplôme ASD exigé.

• AIDES-MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES – CDI – Temps plein – Réf : AMP + département souhaité.

En relation avec l'équipe soignante et pluridisciplinaire de la résidence, vous participez à la prise en charge individualisée des résidents en les accompagnant dans la réalisation de gestes de la vie quotidienne, dans le respect des besoins de la personne et en conformité avec les règles d'hygiène et de sécurité. Vous participez au développement d'activités d'animation et de loisirs visant à maintenir le lien social et contribuez à la gestion des relations avec les familles. Diplôme AMP.

• Un(e) INFIRMIER(E) COORDINATEUR – CDI – Poste à mi-temps – (Montfermeil - Dept. 93), Réf : IDEC 93

Sous la responsabilité du Directeur d'établissement, vous avez en charge l'Animation, l'encadrement de l'équipe soignante (2,5 IDE, 18 ASD/ASH) le recrutement, la formation, l'évaluation, l'intégration, et l'accueil des stagiaires. Vous organisez et coordonnez la prise en charge des résidents, conformément aux valeurs AREPA, aux projets de vie et de soins de l'établissement. Vous contribuez à la gestion des relations avec les familles et les divers acteurs de la santé, vous êtes garant du respect de la qualité des services dus aux résidents. Vous assurez la mise en œuvre des procédures et des protocoles de soins dans un souci de sécurisation des soins délivrés. Diplôme IDE exigé. Expérience réussie de l'encadrement d'équipe. Connaissance de la gériatrie demandée. Qualités relationnelles et sens de l'organisation. Bonnes connaissances en informatique.

Pour l'ensemble de ces postes, outre votre formation initiale, ce sont vos qualités professionnelles qui feront la différence : sens de l'écoute, intérêt pour les problématiques sociales et humaines, goût du travail en équipe, rigueur et patience.

Conditions de recrutement : CCN 51 + reprise d'ancienneté + prime. Avantages : Comité d'Entreprise, 1% patronal.

Merci d'adresser votre dossier de candidature (CV + LM) en indiquant la référence correspondante et la zone géographique souhaitée à : AREPA – Service recrutement – 60 rue Etienne Dolet – 92245 MALAKOFF CEDEX. Par mail : dominique.besson@arepa.org

70

REJOIGNEZ LE GROUPE MEDI-PARTENAIRES 25 CLINIQUES - 5000 SALARIÉS



ET PARTICIPEZ À LA CONSTRUCTION DE NOTRE
PROJET SOCIAL ET À LA RÉUSSITE DE NOS PROJETS
DE SOINS INFIRMIERS DANS L'UNE DE NOS
CLINIQUES QUI RECRUTENT :

Infirmer(e)s **Surveillant(e)s**
Sages Femmes **Aide Soignantes**

Pour toutes demandes concernant les recrutements dans les cliniques du groupe :
CMS - 23 rue Edmond Michelet - 33000 Bordeaux k.simon-trapy@medi-partenaires.fr

Retrouvez nos établissements sur notre site www.medi-partenaires.com



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE CAEN

Postes à pourvoir

Blocs Opératoires

ouverts aux :

• IADE - IBODE h/f

Diplômés d'Etat

• Infirmiers h/f

Diplômés d'Etat

ayant un projet spécialisation IBODE

Possibilité de prise en charge au titre de la formation promotionnelle dès la réussite au concours.

• Infirmiers Jour/Nuit h/f

Diplômés d'Etat

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

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

GROUPE HOSPITALIER LARIBOISIÈRE - FERNAND WIDAL

2, rue Ambroise Paré - 75475 PARIS Cedex 10

recrute h/f

**FUTURS PROFESSIONNELS DE SANTÉ,
INFIRMIÈRES, IADE, IBODE, CADRES DE SANTÉ,
PUÉRICULTRICES, AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURES,
AIDES-SOIGNANTS,
MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES,
MANIPULATEURS EN ÉLECTROCARDIOLOGIE,
TECHNICIENS DE LABORATOIRES.**

Vous êtes motivé(e), dynamique,
vous désirez vous investir dans des projets innovants,
intégrer des équipes de pointe, ou bien réaliser un stage.

*Le Groupe Hospitalier vous offre des possibilités en matière de
Contrat d'Allocation Etudes.*

N'hésitez pas, contactez-nous :

**Cellule de recrutement de la Direction des Soins,
01 49 95 24 69 ou 01 49 95 61 42
recrutement.lariboisiere@lrb.aphp.fr**



Accès facile :

SNCF : Gare de l'Est et Nord
RER : B et D (gare du Nord) et E (gare Magenta)
Métro : lignes 4 et 5 (gare du Nord) et 2 (Barbès - Rochechouart)
Bus : lignes 26, 42, 43, 46, 47, 48, 54, 60, 65, 302 et 350.

Avantages :

Crèches, Centre de Loisirs, Parking, Service Social

71



Évoluez dans le premier centre européen de lutte contre le cancer
et jouez un rôle essentiel dans la prise en charge et l'accompagnement
du patient.

Dans un environnement exceptionnel alliant recherche et soins,
vous bénéficierez d'un encadrement de qualité et de formations qui vous
permettent de réactualiser vos connaissances.

**L'Institut de cancérologie
Gustave Roussy
recrute des IDE de nuit,
débutant(e)s ou
expérimenté(e)s.**

Les +

- 125 nuits en 12h par an
- Encadrement personnalisé
- Prime d'embauche et prime mensuelle après un an
- Prime de nuit bonifiée
- Reprise ancienneté à 100 %
- Formation continue

Pour en savoir plus, connectez vous
sur www.igr.fr ou pour prendre rendez-vous,
appelez le 01 42 11 47 21





Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan recrute

DES INFIRMIER(E)S pour son Pôle de Psychiatrie

L'activité de l'établissement en quelques chiffres :

- 4 sites (court séjour, psychiatrie et gériatrie)
- 2 200 agents
- 1 219 lits et places d'hospitalisation et d'hébergement
- 375 étudiants infirmiers et aides soignants au centre de formation

Le PÔLE DE PSYCHIATRIE :

- La PEDOPSYCHIATRIE intersectorielle : Hôpitaux de jour, C.M.P et C.A.T.T.P, Accueil adolescents Hospitalisation complète
- La PSYCHIATRIE ADULTE : Hospitalisation complète (désectorisée), Hôpitaux de jour, C.M.P et C.A.T.T.P (sectorisation) Appartements thérapeutiques, Visites à domicile, Unité de liaison interhospitalière

Les ORIENTATIONS du PÔLE :

- Développer la complémentarité entre la psychiatrie et d'autres spécialités (handicap, gériatrie, addictologie, pédiatrie)
- Informatiser les prescriptions et le dossier patient
- Déployer le projet de pôle arrêté en décembre 2008

Les CONDITIONS de RECRUTEMENT en PSYCHIATRIE :

- Recrutement en C.D.I.
- Mise en stage après un an de C.D.I. sous réserve des évaluations.

Les candidatures sont à adresser à Madame BOUQUEREL, Direction des Ressources Humaines, Centre Hospitalier, Avenue Pierre de Coubertin, 40024 MONT-DE-MARSAN Cedex Tél. : 05 58 05 10 60 ou 10 40.



LE CENTRE HOSPITALIER Gérard MARCHANT

recrute h/f des :

INFIRMIERS EN GÉRIATRIE

TITULAIRES DU DIPLÔME D'ETAT

Pour tout renseignement, merci de contacter :

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

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

**Centre Hospitalier Gérard MARCHANT
Madame le Directeur des Ressources Humaines
134 route d'Espagne
31057 TOULOUSE cedex 1**

72

L'HÔPITAL INTERCOMMUNAL SUD-LEMAN VALSERINE à Saint-Julien-en-Genevois (Haute-Savoie)



Site internet : www.ch-st-julien.fr

Région attractive - Cadre de vie exceptionnel
(Montagne été/hiver Alpes, Jura - Lacs - vie culturelle genevoise)
proximité Genève (10 mn), Annecy (35mn), Lyon (1h20), Grenoble (1h30)
Bassin de population de 120 000 habitants

recrute

- **Infirmier(e)s**
- **Aides-Soignant(e)s**

Pour services de court-séjours et secteur personnes âgées

Temps plein ou temps partiel
Statut Fonction Publique Hospitalière
Possibilité de logement

Adresser lettre de candidature et C.V. à :
Monsieur le Directeur
Hôpital Intercommunal Sud-Léman Valserine
BP 14110 - 74164 - ST JULIEN EN GENEVOIS Cedex
ou par mail : directionsoins@ch-st-julien.fr

Pour tout renseignement concernant le poste de travail, s'adresser au
Secrétariat de la Direction des Soins - Tél. 04 50 49 65 37



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

recherche

DES INFIRMIER(E)S D.E.

à compter de mai ou juin
pour contrat minimum
jusqu'au 31 décembre 2009

Adresser lettre de motivation + curriculum vitae au plus vite à :
Madame le Directeur Général
Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Politique de recrutement
5 allée de l'Île Gloriette - 44093 NANTES CEDEX 1

Tél. : 02.40.08.72.99
e-mail : simone.guegand@chu-nantes.fr

Le CHRU de Montpellier recrute



Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier recrute pour ses services de soins dans le cadre de son projet d'établissement, des personnels qualifiés diplômés d'Etat :

- des infirmiers diplômés d'Etat (service de médecine, chirurgie, gériatrie, psychiatrie),
- des infirmiers spécialisés (IADE, IBODE,...),
- des aides-soignants,
- des puéricultrices,
- des manipulateurs en électroradiologie,
- des masseurs-kinésithérapeutes.

Candidatures
à adresser à :

Monsieur le Directeur du Développement Social
CHRU de Montpellier - Bureau du Recrutement
Centre Administratif André Bénéch
191, avenue du Doyen Gaston Giraud - 34295 MONTPELLIER cedex 5

Tél. : 04 67 33 01 60
Email : recrutement@chu-montpellier.fr
Site : www.chu-montpellier.fr

73

Vous êtes IDE, puéricultrice, masseur-kiné, cadre de santé, cadre de santé enseignant ?

Le Centre Hospitalier de Mulhouse recrute.

Evoluez et gagnez en professionnalisme

Le CHM est le premier investisseur formation du secteur hospitalier haut-rhinois.

Il vous offre une profusion de services, de métiers, de possibilités de mutations internes, avec des équipements sans cesse renouvelés, avec de nombreux pôles d'excellence et d'innovation.

Le CHM est constitué :

- d'un pôle d'anesthésie et réanimation chirurgicale qui réalise environ 18 000 actes d'anesthésie /an et sur un total de 21 salles.
- d'un pôle d'imagerie médicale doté d'un plateau technique complet
- de pôles de médecine physique, de réadaptation et rhumatologie, coeur-poumons-vasseaux, pathologies digestives et urologie, neurologie-dermatologie-douleur, gériatrie clinique, médecine interne, néphrologie et endocrinologie, oncologie-hématologie-radiothérapie, samu-smur-urgences et réanimation médicale, femme-mère-enfant, psychiatrie, biologie, pathologie et génétique, pharmacie-camp-stérilisation, santé publique, pôle interhospitalier d'orthopédie-traumatologie, pôle coordination ophtalmologie ORL odontologie plastique
- d'unités de surveillance continue
- d'un I.F.S.I. et d'un I.F.A.S.

et répartit son activité chirurgicale au sein de 3 blocs opératoires

Rejoignez le CHM et
les valeurs qui font la noblesse
du service public hospitalier

Evoluez et gagnez en qualité de vie

Le CHM vous propose aussi :

- la possibilité de mise en stage dès le recrutement
- la possibilité de travailler à temps partiel
- des prestations sociales (chèques vacances, chèques livre-disque, billetterie à tarif réduit, remise sur l'achat d'une voiture...)
- un accueil en crèche

Envoyez votre lettre de motivation et CV par Email :
drh-recrutement@ch-mulhouse.fr

Pour tous renseignements complémentaires
Evelyne Claudepierre, chargée de recrutement
Tél : 03.89.64.69.34



Centre Hospitalier
de Mulhouse

Au service de la vie

L'HÔPITAL INTERCOMMUNAL SUD-LEMAN VALSERINE à Saint-Julien-en-Genevois (Haute-Savoie)



Site internet : www.ch-st-julien.fr

Région attractive - Cadre de vie exceptionnel
(Montagne été/hiver Alpes, Jura - Lacs - vie culturelle genevoise)
proximité Genève (10 mn), Annecy (35mn), Lyon (1h20), Grenoble (1h30)
Bassin de population de 120 000 habitants

recrute

Cadres de Santé dans son pôle de chirurgie

- I pour le secteur chirurgie ORL/Urologie (24 lits) et consultations externes,
- I pour le secteur chirurgie viscérale et orthopédique.

postes à pourvoir au 1^{er} septembre 2009

diplôme d'état de Cadre de Santé exigé
de préférence issu de la filière infirmière

Adresser lettre de candidature et C.V. à :
Monsieur le Directeur
Hôpital Intercommunal Sud-Léman Valserine
BP 14110 - 74164 - ST JULIEN EN GENEVOIS Cedex
ou par mail : directionsoins@ch-st-julien.fr

Pour tout renseignement concernant le poste de travail, s'adresser au
Secrétariat de la Direction des Soins - Tél. 04 50 49 65 37

CLINIQUE DU PARC IMPÉRIAL - NICE Cet établissement du groupe DOMUSVI recrute



• Infirmier(e)s

Services :

- Médecine • Unité de soins intensifs cardiologie
- Urologie/Viscéral • Orthopédie/Vasculaire • Bloc opératoire
- Formation assurée
- Salaire à la hauteur de vos ambitions et de votre motivation
- Primes
- Temps plein ou partiel
- Horaires : postes Jour/Nuit en 12 h ou 7 h - CDI et CDD



Contact :

M.F. MALLEVIALLE
Tél. : 04 92 07 78 18 ou 15
Port : 06 33 88 95 88
E-mail : mf.mallevalle@azur.domusvi.com

CLINIQUE DU PARC IMPÉRIAL
28, boulevard Tzarewitch
06000 NICE

74



Le Centre Hospitalier de CADILLAC (Gironde)

(Établissement spécialisé en Psychiatrie,
situé à 35 kms de Bordeaux, à proximité
de la Côte Atlantique et des Pyrénées)

recrute h/f

DES INFIRMIERS D.E

pour ses Unités d'admission Psychiatrie générale,
Pédopsychiatrie et U.M.D

Postes à pourvoir sur Communauté Urbaine de Bordeaux
et site de Cadillac

- Mise en stage immédiate et accès facilité à la formation
continue dès votre 1^{ère} année d'expérience professionnelle.
- Aide et soutien de la Direction des Soins dans la recherche
d'un hébergement.

Renseignements auprès de la Direction des Soins
Tél. : 05 56 76 54 38

Candidature et CV à adresser à :
Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier - 89 Rue Cazeaux-Cazalet - 33410 CADILLAC
Courriel : secre-drh@ch-cadillac.fr

www.ch-cadillac.fr



www.hopitauxduleman.fr

Thonon / Evian, agglomération
de 50.000 habitants
située entre lac et montagne.

LES HÔPITAUX DU LÉMAN (Haute-Savoie), Établissement de la Fonction Publique hospitalière, recrutent h/f

INFIRMIÈRES

Activités de soins diversifiées :

- 375 lits et places en médecine / chirurgie
- 110 lits et places de psychiatrie adulte
- 63 lits de SSR et 25 places en pédopsychiatrie
- 302 lits de gériatrie.

Politique de soins fondée sur le respect, le professionnalisme, l'équité, la solidarité.

Points forts soulignés par la Haute Autorité en Santé :

- Le dossier patient unique
- La coordination des soins
- La bonne prise en charge des besoins spécifiques du patient.

Recrutement :

- Embauche en qualité de stagiaire
- Mutation et détachement possibles
- Reprise d'ancienneté.

Management :

- Mobilité au sein de l'établissement
- Formation continue réelle et accessible
- Promotion professionnelle.



Adresser votre candidature avec C.V. à :

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines
Hopitaux du Léman
3, avenue de la Dame - BP 526 - 74203 THONON-LES-BAINS Cedex
Téléphone : 04 50 83 20 33 Fax : 04 50 83 22 62
Adresses e mail : l-delwante-bidal@ch-hopitauxduleman.fr
s-vaudaux@ch-hopitauxduleman.fr



LE CHU DE NÎMES RECRUTE

Pour toute candidature, adressez votre curriculum vitae accompagné d'une lettre de motivation à :

Monsieur le Directeur Général
CHU de Nîmes,
Groupe Hospitalo-universitaire
Carêmeau,
Place du Professeur Robert Debré,
30029 NÎMES CEDEX 9
ou
Par mail : via le site www.chu-nimes.fr

1888 lits et places

(médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, hébergement) plateau technique de pointe (19 salles d'opération, bloc obstétrical, 2 accélérateurs de particules, 2 scanners, 1 IRM, 1 TEP Scan, 2 gamma caméras...)

- Cadres de santé diplômés
- Infirmiers diplômés d'Etat
- Infirmiers diplômés d'Etat retraités
Pour une collaboration ponctuelle sous forme de vacations ou de contrat de courte durée
- Infirmiers spécialisés (IADE, IBODE)
- Puéricultrices diplômés d'Etat
- Masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat

Sur emplois pérennes (mise en stage ou CDI) tous secteurs après période d'essai limitée

- Politique institutionnelle forte de formation professionnelle et d'accompagnement des projets individuels de carrière (IADE, IBODE, Puéricultrices, Cadres ...)
- Possibilité de logement à prix réduit (studios meublés 280 € par mois charges comprises) pendant la durée de la période d'essai.
- Primes d'installation : jeunes diplômés IDE - Contrats spécifiques

Situé entre Cévennes et Méditerranée, de conception architecturale très récente, le CHU de Nîmes offre de nombreuses opportunités professionnelles • Premier employeur du Gard

www.chu-nimes.fr

75

www.clubmedjobs.com



VOS COMPÉTENCES... SOURCES D'INSTANTS INOUBLIABLES

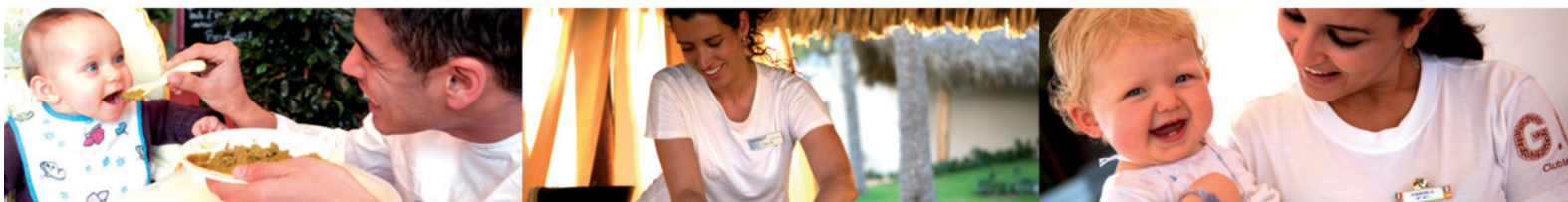
Travailler au Club Med, c'est choisir de valoriser vos compétences professionnelles et personnelles. De progresser tous les jours dans votre métier, au contact d'équipes détentrices d'un savoir-faire unique, et de clients tout aussi exceptionnels. D'évoluer dans des cadres raffinés, avec des programmes de formation continue et de nombreuses opportunités de carrière. Personnifiez notre vision du luxe convivial, en donnant et partageant les bonheurs du monde.

H/F, vous avez imaginé travailler dans l'un de nos 60 Villages sur les 5 continents, il ne tient qu'à vous de le vivre dans les métiers de la santé et de la petite enfance :

- Infirmier(ère)
- Infirmier(ère) Puériculteur(trice)
- Auxiliaire de Puériculture

Retrouvez nos offres et postulez en ligne sur www.clubmedjobs.com

Club Med 
TOUS LES BONHEURS DU MONDE



www.johnbost.org

Création de nouveaux établissements,
Renforcement des équipes soignantes,

la Fondation John Bost recrute...

plusieurs postes d'IDE
à pourvoir
dans le secteur psychiatrique

URGENT : 2 postes à pourvoir en EHPAD (Dordogne)

160 ans d'évolution dans le respect des valeurs
de son fondateur.
Un management centré sur la valorisation
et le renforcement des compétences, une
formation continue développée.

Visitez dès maintenant l'espace emploi
de la Fondation John Bost
sur www.johnbost.org

Œuvre protestante reconnue d'utilité publique, la Fondation John Bost
accueille près d'un millier de personnes handicapées, malades mentales
et personnes âgées dépendantes dans ses 21 établissements sanitaires
et médico-sociaux.

Fondation John Bost - 24130 La Force
Service des Relations Humaines
service-rh@johnbost.fr - 05 53 58 01 03



LE CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

1307 lits,
27 kms de BORDEAUX,
possibilité de crèche,
recrute h/f

- **INFIRMIÈRES**
"secteur Ehpad, MCO, SSR, Psychiatrie"
- **IBODE**
pour Bloc Opératoire

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

**Renseignements
préalables auprès de :**
Direction des Ressources Humaines
Tél. 05 57 55 26 70 Fax 05 57 55 34 94



76

Centre Hospitalier de Perpignan

Pour son nouvel établissement, le Centre Hospitalier de Perpignan recrute :

des Infirmier(ère)s • des IBODES • des Cadres de Santé

Situé au 3^{ème} rang régional par son volume d'activité, le Centre Hospitalier de Perpignan dispose d'un plateau technique de référence sur lequel s'appuie l'ensemble des prestations médicales et chirurgicales. D'une capacité d'accueil de 606 lits MCO et de 20 places de chirurgie ambulatoire, l'établissement génère une activité annuelle proche des 45000 entrées MCO auxquelles viennent s'ajouter 3600 entrées ambulatoires et 60000 passages aux Urgences. L'organisation en pôles cliniques privilégie la graduation et la continuité des soins, la mutualisation du plateau technique et la structuration des filières de prise en charge.

Adressez vos candidatures à : Centre Hospitalier PERPIGNAN - DRH / Direction des Soins
20 av du Languedoc BP 49954 - 66046 PERPIGNAN Cedex 9
ou par courriel : direction.dessoins@ch-perpignan.fr

Clinique Saint-Augustin

114, avenue d'Arès 33074 Bordeaux cedex
Tél. : 05 56 00 30 30 • Fax : 05 56 98 02 15

Recrute h/f

- **Infirmières CDI Nuit/Jour**

Pour ses services d'hospitalisation et ses plateaux techniques
(Bloc opératoire, SSPI, Réanimation, Soins continus)

- 13^{ème} mois • Participation • Intéressement

**Candidature et CV à adresser au
secrétariat de direction au 05 56 00 30 10
ou par courriel à dssi@clinique-saint-augustin.fr**

**LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
DE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL (VAR)**

Recrute

**INFIRMIERS(ERES)
KINESITHÉRAPEUTES
ERGOTHÉRAPEUTES
MANIPULATEURS RADIOLOGIE**

Postes à pourvoir rapidement

Adressez CV et lettre de motivation à : Madame Christiane SAUNIER
Directeur des Soins - Coordonnateur Général des Soins
Tél. : 04 94 40 21 55 - Tél. secrétariat : 04 94 40 25 31
Mail. : saunier-c@chi-frejus-saint-raphael.fr
CHI Fréjus/Saint-Raphaël
240, Avenue de Saint-Lambert - BP 110 - 83608 FREJUS CEDEX

**L'hôpital Privé Saint-Martin
de Pessac (33)**

1^{er} Hôpital Privé d'Aquitaine

307 lits et places

Recrute :

**INFIRMIERE h/f
CDI ET CDD**

L'hôpital Privé Saint-Martin fait partie du groupe Générale de Santé : leader de l'offre
globale de soins privés en France avec 20 000 salariés et 206 établissements et centres.

**Envoyer votre CV et lettre de motivation à : Nathalie LARRAMENDY
Hôpital Privé Saint MARTIN - Allée des Tulipes - 33608 PESSAC
ou par mail à : n.larramendy@gsante.fr**





Pour accompagner un projet hospitalier innovant et développer de nouvelles activités de soins, ou renforcer ses équipes.

L'HÔPITAL DÉPARTEMENTAL STELL
à Rueil-Malmaison (92)
(10 min de la Défense)

Contact : Lysiane BECAM,
Directeur des Soins
Tél. : 06.85.04.32.85
ou 01.41.29.91.45
Mail :
drh.recrutement@ch-rueil.fr

Recherche IDE (H/F)
Postes de nuit et de jour

Recrutement personnalisé
Déroulement de carrière
et rémunération attractifs

Ultima Verba



Infirmiers/infirmières
pour des Maisons de retraites
situées en Belgique

Le cabinet de recrutement Ultima Verba est mandaté par la filiale belge d'un des acteurs majeur européen du secteur de la dépendance pour le recrutement en CDI d'infirmiers/ infirmières de jour et de nuit pour des Maisons de Retraite situées en Wallonie et en Flandre.

Il / Elle assiste le résident dans ses actes de la vie quotidienne, lui dispense les soins techniques et contribue à retarder ou à réduire la dépendance. Il/Elle met à jour les dossiers de soins, assure les transmissions quotidiennes.

Il/Elle applique les procédures de soins, les protocoles d'urgence et ceux élaborés dans le cadre des plans de soins individualisés. Enfin, il / elle participe à la mise en place de la démarche qualité du groupe.

La durée de travail hebdomadaire est de 38 heures, répartie sur une période de 5 ou 6 jours.

Les candidats recherchés possèdent un diplôme d'état d'infirmier et sont débutants ou expérimentés. Ils font preuve de disponibilité pour répondre aux besoins d'information des résidents et des familles ou des autres professionnels.

De plus, ils sont organisés et méthodiques et témoignent d'une maîtrise de soi dans les situations d'urgence.

Par ailleurs, ils sont dotés d'une bonne connaissance des pathologies gériatriques, des besoins nutritionnels de la personne âgée. Ils sont de ce fait en mesure de suivre l'évolution de la personne âgée dans le temps, mais sont également aptes à dépister les urgences.

Enfin, ils ont du goût pour transmettre leur savoir.

La rémunération proposée dépend de l'expérience du candidat.

Pour postuler, veuillez adresser votre candidature et votre cv à contact@ultima-verba.fr
Vous pouvez également contacter notre conseil Christine Epstein par téléphone au 06 63 70 05 46



La SUISSE recrute (H/F) ...
(Hôpitaux, Cliniques, EMS)

IDE : Chirurgie, Dialyse, Médecine, Réanimation, etc.

IADE - IBODE - Puéricultrice - Kinésithérapeutes

Manipulateurs en Radio - Sages Femmes

Rejoignez une équipe au service de vos ambitions !

www.swiss-fusion.com
Swiss Fusion - CP 1085 - 1800 Vevey - Suisse
0041 79 377 78 96 - romandie@swiss-fusion.com

ME
Medi-Emploi Sàrl
Placement de personnel médical

Recherche
pour la Suisse

IDE - IADE - IBODE
Puéricultrice - Sage-femme

CDD quelques mois ou postes fixes

Hôpitaux, Cliniques et Centres de réadaptation

Nous vous conseillons dans cette nouvelle étape professionnelle

Medi-Emploi Sàrl - CP 1270 - 1260 Nyon 01 - Suisse

Tél. 0041 22 362 15 53 - info@mediemploi.ch

www.mediemploi.ch

Vous êtes à la recherche
d'un poste fixe ou
temporaire en SUISSE
dans le domaine médical ?

Accueil et suivi
de qualité !

Contactez notre
équipe sans hésiter

Free Man Médical
AURA Ressources Humaines SA
Rue St Roch 8
1004 Lausanne
+41 21 321 00 66
24 / 24 h
+41 79 310 74 72
medical@aurajob.ch
www.aurajob.ch



www.randstad.ch
Randstad (Suisse) SA
Médical

good to know you



Intérim et postes fixes
SUISSE FRANCOPHONE

Venez nous rejoindre en Suisse!

I.D.E toutes spécialisations
Sage-femme et Manipulateur Radio
IADE - IBODE
Kinésithérapeutes

Respect de la profession.
Logement sur place. Salaire motivant.

Agence de Neuchâtel:
Rue de St-Maurice 10, 2001 Neuchâtel
Tél. 0041 32 722 30 30
anne.chopard@ch.randstad.com

Agence de Genève:
15, rue de la Confédération, 1211 Genève
Tél. 0041 022 817 07 77
marie.vicari@ch.randstad.com
patrice.manakdjian@ch.randstad.com

Adecco Medical



Donnez du tonus à votre carrière en choisissant le bon emploi

Adecco Medical vous propose **des emplois vitaminés !**

Nous vous accompagnons avec **dynamisme** dans vos **recherches d'emplois en Intérim, CDD ou CDI.**

Nous recrutons (H/F) :

- Infirmiers,
- Etudiants infirmiers,
- IADE/ IBODE,
- Aides-soignants ...

Contactez un conseiller au :

N° Vert 0 800 007 006

Photo: iStock

Consultez nos offres d'emploi sur :

adeccomedical.fr

**Gagnez
1 voyage en Inde**

en vous connectant sur :

www.adeccomedical.fr

rubrique :

Les Temps Forts

ÉPICEZ VOTRE ÉTÉ



78

LFP INTERIM, EXPERT DANS LES METIERS DE LA SANTE ET SPECIALISÉ AU PLATEAU TECHNIQUE, VOUS PROPOSE DE NOMBREUX POSTES EN INTERIM-CDD-CDI SUR TOUTE LA FRANCE. POSSIBILITÉ DE LOGEMENT. MISSIONS À POURVOIR IMMÉDIATEMENT.

Sages-femmes et maïeuticiens Infirmiers D.E. h/f

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

Elèves infirmiers h/f

- 2^{ème} et 3^{ème} année

Accompagnement tout au long de votre cursus et de vos missions.



LFP PROVENCE

Véronique Dauvergne : 04 93 82 48 57

lfprouvence@lfpinterim.com

LFP PARIS

Ebtissem Hdhili : 01 55 31 90 30

e.hdhili@lfpinterim.com

WWW.LFP-INTERIM.COM



Quand la compétence est vitale



**Nous recrutons (h/f)
pour nos clients**



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

- Infirmiers
- IBODE - IADE
- Aides-soignants...

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

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

N° Vert 0 800 240 533

recrutement@appel-medical.com

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



Intérim et recrutement paramédical

ensemble **imaginons** votre avenir



IDE TOUTES SPECIALITES • IBODE • DSSI

Débuter sa carrière et évoluer dans le secteur privé, c'est intégrer des établissements à taille humaine, collaborer auprès de praticiens de renom au sein de plateaux techniques innovants, travailler en équipe et rejoindre un réseau de soins composé de 206 établissements et centres de Médecine Chirurgie Obstétrique, de Soins de suite et Réadaptation, de Santé Mentale, de cancérologie et de soins à domicile.

Générale de Santé vous accompagnera dans le développement de vos compétences. Notre implantation nationale vous permettra de bénéficier d'un déroulement de carrière dans l'ensemble de notre réseau par le biais de la promotion interne, de la mobilité géographique et de notre politique de formation Groupe.

Attentifs à votre intégration, une aide à la recherche de logement est aujourd'hui à votre disposition, sur certains de nos établissements nous vous proposons un service de crèche d'entreprise.

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

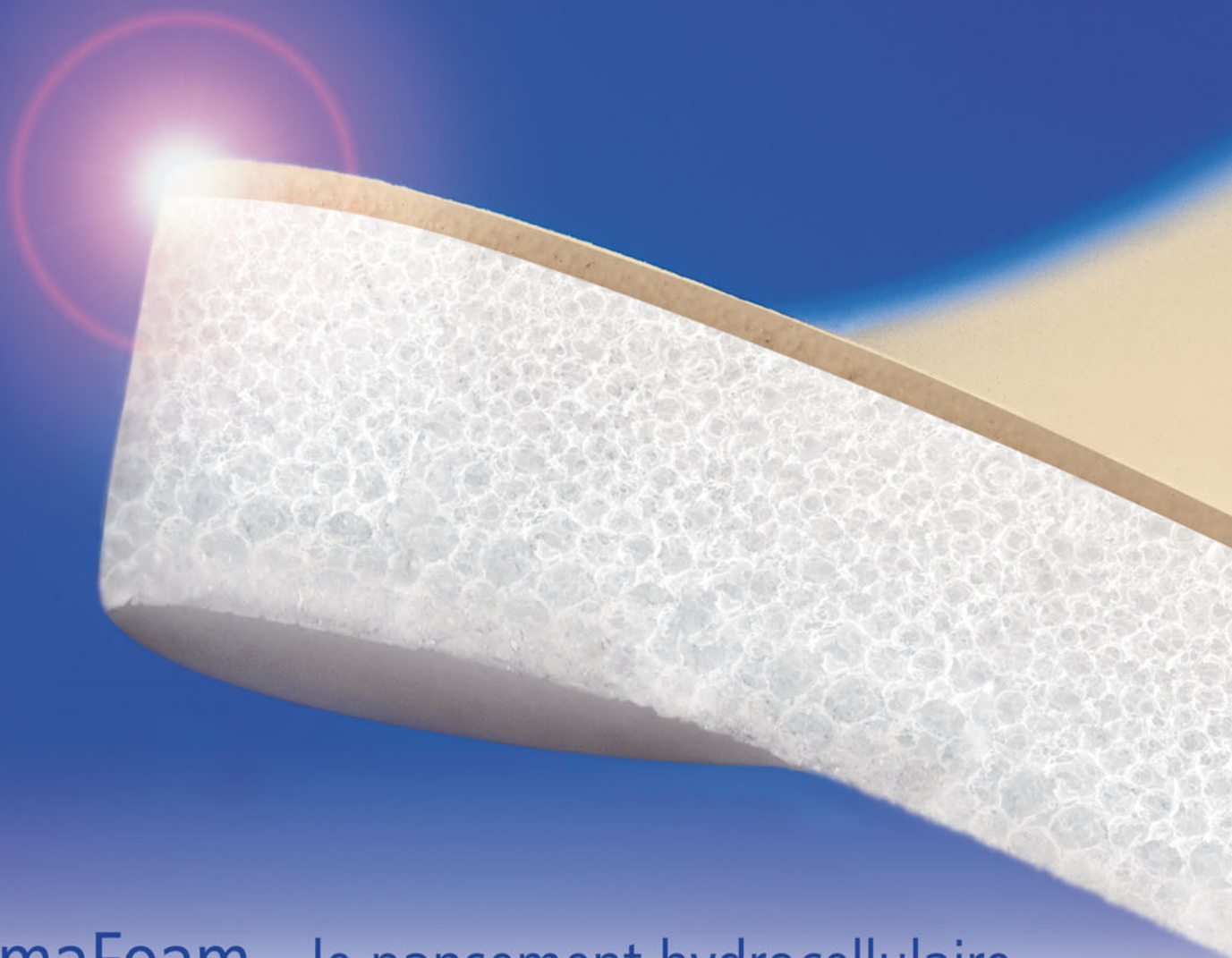
Candice LASKAR, Responsable Recrutement, Direction Emploi et Compétences
emploi@gsante.fr

Postulez en ligne www.generale-de-sante.fr espace Carrières

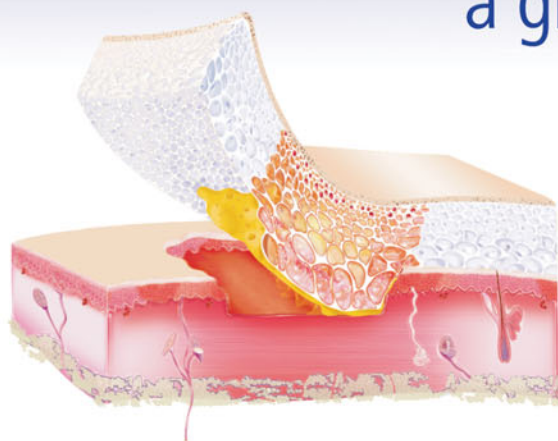


21 500 salariés, près de 7 000 infirmières et 5 500 praticiens, 1 million de séjours en 2008

Pour stimuler efficacement le bourgeonnement...



PermaFoam®, le pansement hydrocellulaire à gradient alvéolaire unique.



La structure innovante de **PermaFoam®** permet une absorption verticale et instantanée des exsudats, offrant ainsi une meilleure protection contre la macération, même sous une bande de compression.

PermaFoam® élimine efficacement les dépôts séro-fibrineux et réalise un **micro-débridement** de la plaie, stimulant la formation du tissu de granulation et favorisant l'épidermisation.

L.P.P.R.*



PermaFoam® une gamme complète de pansements hydrocellulaires morpho-adaptés



PermaFoam® confort



PermaFoam®



PermaFoam® sacral



PermaFoam® concave



PermaFoam® cavity



PermaFoam® tracheostomy



Laboratoires PAUL HARTMANN • Châtenois • F-67607 • Sélestat Cedex • e-mail : cicatrisation@hartmann.fr • www.hartmann.fr

*Remboursé Sécurité Sociale dans le cadre de la prise en charge des ulcères et escarres