

Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



N° 38

Revue d'information de la Coordination Nationale Infirmière - Syndicat professionnel - Février 2014



Expérimentation du travail en 7 h

Le passage en force de la direction
De la contestation générale
à la riposte syndicale



Droit de grève

Le service minimum
Droits et devoirs des agents assignés



Dossier Stratégie Nationale de Santé

Rapport CORDIER
Stratégie Nationale de Santé

© B2/CNI

**CATALOGUE 2014
DISPONIBLE**

Sylvie N.
Infirmière

tre 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 et programmes de DPC** au niveau national. Chaque année, **plus de 4 500 personnes** nous font confiance pour progresser professionnellement et personnellement.

Alors pourquoi pas vous ?

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

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



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

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

ÉDITION

Imprimeries DROUIN
92 Avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE
Vous souhaitez qu'un de vos articles soit publié,
n'hésitez pas à le transmettre à l'adresse suivante :
coord.nat.inf@gmail.com

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente CNI

RESPONSABLES DU COMITÉ DE RÉDACTION

- Éric AUDOUY (Infirmier,
CNI Hôpital Sainte-Marguerite - Marseille AP-HM)
- Sophie BERLAND, (Infirmière, CNI Poitiers)
- Sandrine BOUCHOU, (Infirmière, CNI Poitiers)
- Stéphane DERES (Infirmier, CNI Poitiers)
- Régine WAGNER
(Infirmière, CNI CHG Aix-en-Provence)

PHOTOS

Laurent FAIVRE (Infirmier, CNI Belfort Montbéliard)

DESSINS

Pierre BIZALION

*Photos réalisées dans les services de réanimation,
urgences, médecines et chirurgie du Centre Hospitalier
de Belfort-Montbéliard. Nous remercions le personnel
pour son accueil et sa disponibilité.*

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



www.coordination-nationale-infirmiere.org



IMPRIM'VERT®

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



Editorial



Inconditionnel de la revue CNI ou nouveau lecteur, c'est avec plaisir que je partage avec vous ce 38^{ème} numéro. Actualités, réformes en cours, pratiques ou témoignages, une fois de plus, vous pourrez découvrir une variété d'articles. Une innovation dans ce numéro, suite à la demande de nos adhérents, vous pourrez découvrir la synthèse du bilan d'activité 2013 de notre syndicat. Si cette publication soulève des questions ou des réactions, n'hésitez pas à nous en faire part.

Nul doute que l'un des temps forts de 2013 ait été le Salon Infirmier de Paris, Porte de Versailles. Trois journées denses, conférences, tenue du stand, visite de la Ministre mais surtout de nombreux échanges avec les professionnels et les étudiants en soins infirmiers qui sont venus s'informer mais également témoigner d'un quotidien bien complexe. Plusieurs professionnels, qu'ils soient infirmiers, infirmiers spécialisés ou cadres de santé ont partagé leurs difficultés à vivre un exercice en opposition avec leurs valeurs et verbalisé leur volonté de quitter la profession. Chez les étudiants également le doute est palpable, l'inquiétude croît face à la montée du chômage infirmier.

Forts, les témoignages de collègues le sont tout autant lorsqu'ils relatent leurs expériences, qu'ils s'agissent d'Alice et Aurélie et de leur bel engagement « un défi sportif - une course du cœur » en plein désert ou encore de Lionel qui nous fait partager son vécu de la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Des registres très différents et pourtant, il est impossible d'ignorer, sous leurs mots, les valeurs soignantes qui les animent...

Incontournables également, les retours des Coordinations Locales qui subissent les conséquences des impacts des restrictions budgétaires. Vous pourrez ainsi découvrir différents combats tels « les primes de Cavaillon » ou la mobilisation poitevine contre le passage en 7h et la disparition des temps de transmissions. Dans un contexte de morosité ambiante où il est devenu usuel de s'entendre répondre que tout est perdu d'avance, il n'est pas inutile de démontrer par les faits qu'il est tout à fait possible de se battre et de faire reculer nos directions !

Réorganisations de service, suppressions de postes ou de RTT, les raisons de se mobiliser se multiplient. Force est de constater cependant les lacunes des professionnels concernant leurs droits et notamment le droit de grève. Vous trouverez donc, pour faire le point, quelques éléments clés que nous vous invitons à compléter en nous contactant. S'informer et connaître ses droits pour mieux se positionner est sans conteste un impératif d'actualité.

Marisol TOURAINE a annoncé, il y a plusieurs mois déjà, vouloir restaurer la confiance chez les hospitaliers. A cet affichage, s'est ajoutée, en septembre, la très médiatique présentation de la Stratégie Nationale de Santé qui s'appuie sur le rapport Cordier. Vous trouverez dans ce numéro un dossier sur ce sujet. Mais à être sur le terrain et à entendre ses acteurs (que l'on exerce à l'hôpital, en clinique, en libéral ou ailleurs), il est clair que, nous, professionnels de santé attendons des actes significatifs pour un réel changement.

Invisible du grand public, la baisse de la qualité des soins est intolérable pour les professionnels et incompréhensible pour les usagers du système de soins. La Coordination Nationale Infirmière a donc décidé d'écrire au Président de la République ainsi qu'au Premier Ministre pour souligner, une fois de plus, les difficultés et signifier l'état d'urgence. Nous ne manquerons pas de vous informer sur notre site de la réponse à notre lettre ouverte...

Evidemment, nous n'allons pas naïvement attendre les bras croisés. L'avenir des blouses blanches est avant tout entre les mains des premiers concernés. Sans doute avons-nous TOUS une part de responsabilité au regard de l'adage « qui ne dit mot consent » ? C'est en effet à NOUS, soignants, de nous exprimer pour faire sortir des couloirs la grogne silencieuse et de la transformer en énergie positive afin d'exiger les moyens d'exercer en adéquation avec nos valeurs.

Reconnaissance professionnelle ou salariale, nous sommes nombreux à être très carencés... Et si le traitement dépendait de CHACUN d'entre NOUS ?

PROTEGEZ-VOUS : SYNDIQUEZ-VOUS !

Nathalie DEPOIRE
Présidente de la CNI



1000 postes proposés par
35 établissements

PARAMÉDICAL

le Salon **EMPLOI** des infirmiers & soignants

Mercredi 5 mars 2014

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Mercredi 21 mai 2014

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Etablissements présents : Hôpitaux, cliniques, crèches, maisons de retraite, agences d'intérim

Postes à pourvoir : infirmier(e), DE, IADE, IBODE, cadre de santé, auxiliaire de puériculture et puéricultrice, EJE, sage-femme, kinésithérapeute, aide soignant (e), manipulateur en radiologie ...

entrée gratuite - plus d'infos sur : www.jobrencontres.fr

Nos partenaires :

L'EXPRESS

ANOUS PARIS



Emploi Santé



Soins

l'infirmière

Jobenfance

Aide Soignant

EMPLOI Soignant





Téléchargez votre bulletin d'adhésion :
http://www.coordination-nationale-infirmiere.org/images/Bulletin_adhesion_ok.pdf



Rejoignez-nous sur notre application
smartphone et tablette



Sommaire

Éditorial	3
Lettre ouverte : Notre système de Santé en soins palliatifs ?	6
Planning des fêtes ou fête du planning. Soignant, suivez l'étoile du berger...	7
Universités d'été 2013 à Poitiers	8
La CNI en 2013 : Bilan d'une année d'engagement Pour préparer l'avenir de la filière infirmière	10
Salon infirmier 2013 : • Une vitrine professionnelle, un passage obligé pour la ministre de la santé • Témoignage Salon infirmier 2013	13
Le malaise infirmier	17
Expérimentation du travail en 7 heures... Un projet mort-né	20
Ouverture avant fermeture ! Le CHU de Poitiers... toujours à la pointe de l'innovation	22
Droit de grève à l'hôpital : Guide pratique	23
Rapport CORDIER : un projet global pour la Stratégie Nationale de Santé	26
Stratégie Nationale de Santé	28
Pénibilité : "Les oubliés" de la réforme	33
Un équipage APMH à l'assaut du désert	36
Un dimanche de garde ordinaire	38
Quand la Cour des Comptes relève une erreur informatique	40
Flash infos	42
Formation initiale infirmière : modifications 2013	43
Comparaison entre les 1 ^{ères} années 2012 et les 2 ^{èmes} années 2013 Hôpital Nord (AP-HM) - Suite étude IFSI	44
Billet d'humeur	47
De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle	48
L'autoritarisme tue : Il n'y a pas de fumée sans feu...	55
La prise en charge des auteurs de violence sexuelle : Un domaine novateur y compris pour les infirmiers	56
Modification des modalités et du contrôle des hospitalisations sans consentement	58
La démarche ergologique et l'exercice professionnel du cadre de santé	61

Lettre ouverte

Notre système de Santé en soins palliatifs ?

Marseille, le 29 janvier 2014

Monsieur le Président de la République,

Monsieur le Premier Ministre,

La CNI, syndicat de la filière infirmière, tient à vous signifier l'état d'urgence dans lequel se trouve l'ensemble des professionnels de santé en France.

Vous et votre gouvernement vous êtes engagés dans une démarche d'ouverture à travers le Pacte de Confiance puis à travers la commande d'une Stratégie Nationale de Santé. Les différentes concertations se terminent mais le résultat est sans appel, la situation ne cesse de se dégrader dans les hôpitaux, étranglés par les restrictions budgétaires qui se succèdent de mois en mois.

Lors de votre conférence de presse du 14 janvier 2014, vous avez adressé quelques pistes pour réduire la dépense publique afin de financer le Pacte de responsabilité. De nouvelles réductions de la dépense publique de l'ordre de 50 milliards sont envisagées entre 2015 et 2017. Les collectivités mais aussi la Sécurité Sociale seront mises à contribution et le parcours de soins pourrait favoriser un moindre recours à l'hôpital.

Avec des moyens en continuelle diminution, les Directions n'ont pas d'autres choix que de répercuter les décisions que vous prenez. Ainsi, les Hôpitaux s'engagent à un rythme effréné dans des restructurations ou autres mutualisations. Ces changements s'opèrent le plus souvent dans l'urgence sans concertation ni avec les professionnels du terrain, ni avec leurs représentants. Les équipes médicales ou d'encadrement sont bousculées, leur avis et expertise non-reconnus. La démobilisation de l'ensemble des acteurs du soin est très palpable, la qualité des prestations est plus que jamais menacée.

Infirmière, l'une des professions plébiscitées par les Français est en grande souffrance. Les conditions d'exercice se dégradent au fil des mois dans la majorité des secteurs d'activité et lui font perdre toute attractivité.

Il en va de vos responsabilités, le budget alloué que vous imposez à la Santé en France n'est plus adapté et encore moins compressible.

Il en va aussi de la santé des patients, des professionnels et du service public au sens général. Mener des campagnes de bientraitance n'a de sens que si les moyens sont donnés pour garantir l'efficacité du système et donc qualité et sécurité des soins. La première des préventions à conduire est celle de la lutte contre le développement du risque psycho-social. La majoration de l'épuisement professionnel et le développement des addictions chez les soignants est inacceptable. Pour bien soigner, il est urgent de prendre soin des soignants !

La confiance ne se restaure pas par l'affichage... Et à trop parler de confiance, les professionnels de la filière infirmière sont en train de la perdre...

En cette fin janvier, peut-être est-il encore temps de formuler un vœu. LE VŒU, Monsieur le Président, Monsieur le Premier Ministre, que votre gouvernement ait à cœur de préserver et développer notre système de santé en lui en donnant les moyens. S'il est un système qui nous touche tous, que l'on soit professionnels ou usagers, c'est bien celui de la santé.

Comptant sur votre engagement pour notre santé à tous,

Veuillez agréer, Monsieur le Président, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de ma très haute considération. ■

*Nathalie DEPOIRE
Présidente de la CNI*

Planning des fêtes ou fête du planning ?

Soignant, suivez l'étoile du berger...

A l'hôpital, le planning des fêtes de fin d'année est un véritable casse-tête chinois pour l'encadrement. Et c'est bien dans cette période que chacun se rappelle qu'il est soignant et qu'il doit assurer la continuité du service public. Un agent peut ainsi bénéficier d'une seule des deux fêtes... sauf pour les plus chanceux mais ils ne sont pas très nombreux. Mais visiblement, les contraintes imposées ne sont pas encore suffisantes. Certains managers innovants n'ont rien trouvé de mieux que de renforcer les effectifs en période de fête afin d'anticiper l'absentéisme. La manœuvre consiste à programmer plus d'agents que la grille de planning ne le permet et de les identifier avec une petite étoile... Brillante idée que de rajouter des jours de travail « étoilés ». Bien entendu, les agents concernés pourront retrouver leur repos hebdomadaire si aucun arrêt de travail n'est à remplacer mais ils n'en seront informés que la veille. Il s'agit bien là d'imposer une disponibilité virtuelle et surtout gratuite. Cette astreinte ne coûte rien à l'institution mais elle a l'avantage indéniable de faciliter le travail du manager soucieux d'anticiper l'absentéisme et surtout de passer ses propres fêtes... tranquille au coin du feu. Le soignant serait-il le mouton prêt à suivre l'étoile du berger ? Chacun accepte les contraintes qu'il ne conteste pas... Soignants, mobilisez-vous. Cette manœuvre n'est pas légale et encore moins respectueuse.. ■

*Stéphane DERES
Secrétaire de la CNI*

6^e congrès européen du TOUCHER-MASSAGE®

INSTITUT DE FORMATION JOËL SAVATOFSKI / SOILIANCE



*Et si on parlait
d'amour ?*

DIJON / 2-3 JUIN 2014
www.congres-toucher-massage.fr

*Philosophes, médecin,
prêtre, psychologues et
soignants se relayent
pour confronter leur
savoir, recherche et
expérience sur ce thème
très particulier qu'est
la place de l'amour
dans la relation
soignant-soigné.*

15 CONFÉRENCES

6 ATELIERS TOUCHER-MASSAGE



INSTITUT DE FORMATION
JOËL SAVATOFSKI

*Toute l'année
Stages intra / inter
Toucher-massage®
Formations certifiantes
à la relation d'aide
par le Toucher-massage*

www.ifjs.fr

03 80 74 27 57

Catalogue gratuit sur demande



Universités d'été 2013 à Poitiers

La CNI fait le point sur l'actualité de la profession

La CNI s'est réunie les 25, 26 et 27 septembre 2013 à Poitiers pour l'organisation de ses Universités d'Été. Cette manifestation a rassemblé l'ensemble des sections locales de l'Hexagone pour plancher sur les dossiers d'actualité.

Coincidence du calendrier, le projet de Loi sur les retraites (tant attendu) est donc sorti la veille des Universités d'Été. La question de la reconnaissance de la pénibilité a ainsi retenue toute l'attention. Le compte pénibilité a fait l'objet de débats. La CNI maintient sa revendication pour la bonification au 1/5ème pour les 2 catégories avec un salaire identique pour les catégories A et B (ayant les mêmes contraintes). Le projet de Loi prévoit également le rachat des 4 premiers trimestres de formation initiale à tarif préférentiel, ce qui, pour la CNI est insuffisant.

L'ouverture de ce compte pénibilité pour les salariés du privé soulève également nombre de questions car il se base essentiellement sur le recensement de l'exposition au risque qui actuellement fait trop souvent défaut.

Cette rencontre poitevine était également l'occasion de faire un point sur les différentes auditions et tables rondes au ministère et au sénat sur la psychiatrie, les conditions d'exercice (l'intérêt de définir des ratios soignant-patients), l'actualité professionnelle et, sur un plan plus général, la formation infirmière (formation initiale, spécialités infirmières et réingénierie des diplômes). La CNI a, en parallèle, apporté

son soutien aux puéricultrices pour la défense de leurs compétences et la construction d'un master spécifique. La reconnaissance des compétences est plus que jamais, un travail de longue haleine.

Nathalie DEPOIRE, présidente de la CNI, a profité de ces journées pour faire un compte-rendu de la présentation de la Stratégie Nationale de Santé par Marisol TOURAINE le 23 septembre. La CNI y était conviée en tant que représentant des personnels de la filière infirmière et participera aux forums en région. ■

Stéphane DERES
Secrétaire de la CNI

*Les prochains rendez-vous
sont fixés les 21, 22 et
23 janvier à Béziers,
les 21, 22 et 23 mai à
Martigues et les
30 septembre, 1^{er} et 2
octobre à Limoges.*



La CNI en 2013

Bilan d'une année d'engagement Pour préparer l'avenir de la filière infirmière

En 2013, la CNI a organisé 4 Assemblées Générales.

Ces journées sont l'occasion, pour les professionnels de la CNI réunis autour de la table, de faire le point sur les avancées des dossiers d'actualité (les retraites, la pénibilité du métier, la réingénierie des diplômes, le cursus LMD...), de faire des propositions dans les domaines de la Santé (évolution de l'Hôpital public, Stratégie Nationale de Santé, la Santé Mentale...).

Les 4 Assemblées Générales Nationales de la CNI de 2013

- 12 et 13 février 2013 à Bordeaux,
- 28, 29 et 30 mai 2013 à Cavaillon,
- 25, 26 et 27 septembre 2013 à Poitiers,
- 27 novembre 2013 pour une Assemblée Générale Extraordinaire à Cavaillon.

Les missions de notre syndicat professionnel s'organisent également par la tenue de Bureaux Nationaux pour effectuer des points réguliers sur les dossiers débattus en Assemblée Générale. En 2013, le Bureau National s'est réuni à dix reprises pour préparer les dossiers à présenter, organiser les rendez-vous (au ministère, auprès des parlementaires...).

La CNI a été invitée 4 fois au Ministère en 2013, le 9 janvier 2013 (présentation rapport Couty - Pacte de confiance), le 22 janvier 2013 (vœux de la Ministre de la Santé) le 23 septembre 2013 (présentation de la Stratégie Nationale de Santé) et le 12 décembre 2013 (concertation sur le projet de Loi d'orientation de la société au vieillissement).

Notre organisation syndicale travaille régulièrement avec la DGOS et le Ministère. Au total, 5 autres rendez-vous se sont tenus pour échanger avec Mme PARIER (Conseillère Technique du cabinet de Marisol TOURAINE) dont 2 audiences communes (9 juillet et 15 octobre 2013) avec l'association des NB3NP (Ni Bonnes, Ni Nonnes, Ni Pigeonnes).

La CNI a été également sollicitée en qualité « d'acteur concerné » à la présentation du département des Sciences Infirmières à Marseille le 11 janvier 2013. La CNI a participé également à une réunion IGAS - IGENR le 26 mars 2013.

Sur un plan national, notre syndicat a été invité dans le cadre de la concertation pour le projet de Loi d'orientation d'adaptation de la société au vieillissement.

La CNI a par ailleurs multiplié les rencontres auprès de nos parlementaires pour défendre la filière infirmière en France :

- **22 février 2013** - Table ronde Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, sur la Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie,
- **16 avril 2013** - Audition Sénat concernant le groupe de travail sur l'Ordre National Infirmier,
- **4 Juillet 2013** - Audition Assemblée Nationale sur la Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,
- **9 juillet 2013** - Audition Assemblée Nationale Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie,
- **28 août 2013** - Rendez-vous Assemblée Nationale avec les députées Coutelle et Romagnan, sur la pénibilité, conditions de travail, salaires et réforme des retraites,
- **9 septembre 2013** - Table ronde Sénat Modification loi du 5 juillet 2011, Soins psychiatriques et modalités de prise en charge,
- **9 octobre 2013** - Audition au Sénat sur la coopération entre les professionnels de santé.

Concernant l'Universitarisation de la filière infirmière, la CNI a apporté sa contribution concernant la réingénierie de la formation de Cadres de Santé avec la participation aux 3 réunions du groupe de travail de la DGOS sur le sujet. Notre organisation, avec d'autres partenaires, a par ailleurs relancé la plate-forme LMD qui s'est réunie à Paris les 6 et 20 novembre et le 4 décembre 2013).

La CNI en 2013

Bilan d'une année d'engagement

Pour préparer l'avenir de la filière infirmière

La CNI a participé au dernier Salon Infirmier (16, 17 et 18 octobre 2013, Porte de Versailles à Paris) avec 20 représentants qui se sont relayés sur le Stand. Notre syndicat a présenté 2 conférences (une sur la responsabilité professionnelle, l'autre sur l'ergologie et le Cadre de Santé et a participé à une table ronde sur « l'épuisement professionnel ».

La CNI, en 2013, a répondu aux sollicitations de la presse et des médias le 29 janvier 2013 sur France 5 (Enquête de Santé sur les urgences), le 4 septembre 2013 (France Inter, émission « les urgences et la violence ») et a été relayée régulièrement dans la presse (communiqués de presse ou articles professionnels).

La CNI, c'est enfin un travail en collaboration avec différents partenaires en lien avec la santé (les associations de professionnels, le SNICS*, l'AIAS**, infirmier.com...). L'activité 2013 aura été très dense avec une mobilisation dans les temps forts pour apporter notre contribution et défendre l'ensemble de la filière infirmière en France. L'année 2014 ne sera pas moins dense. Toutes les énergies seront sollicitées pour mener à mieux nos missions et atteindre nos objectifs. ■

*SNICS : Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de la Santé.

**AIAS : Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soin et du Social.





Salon Infirmier 2013



Salon infirmier 2013

Une vitrine professionnelle, un passage obligé pour la ministre de la santé

Le salon infirmier 2013 a fermé ses portes, vendredi 18 octobre 2013.

Comme tous les ans la CNI était présente à cette manifestation professionnelle annuelle. Une équipe remarquable et remarquée, la tenue orange et bleu était de rigueur cette année. Toute la Team CNI s'est déployée durant les trois jours du salon, distillant des conseils, recueillant des témoignages poignants, apportant des réponses aux questions du quotidien des visiteurs, le tout dans une ambiance détendue et chaleureuse.

La nouveauté de notre communication était le lancement de la nouvelle application CNI pour téléphone portable. Le flash code de téléchargement était présent partout.

Quels sont les faits marquants de cette session 2013 ?

1. La vie, vue des stands

Un salon tourné vers les inquiétudes des professionnels et futurs professionnels. En effet, un grand nombre d'entre eux ont exprimé leurs interrogations sur leur avenir, sur le chômage frappant la profession et ces quelques régions qui deviennent inaccessibles !

Deux causes essentielles : deux sorties de promotions dans un intervalle rapproché et une politique de gestion des hôpitaux à effectifs constants qui bloquent les emplois.

Un grand nombre de témoignages nous ont touché et traduisent une vraie crise :

- « en région parisienne, je travaille uniquement en intérim et là jusqu'en 2014, je n'aurai aucune mission car les budgets alloués sont épuisés »,
- « à Brest, des IDE nouvellement diplômées sont embauchées comme Aides-Soignantes dans des EPHAD »,
- « dans la région d'Angers, les étudiants sont prévenus que le CHU ne recrutera pas cette année ».

Les étudiants recherchent des conseils pour leur travail de fin d'études dans l'objectif de produire un écrit qui leur permettraient de sortir du lot pour se distinguer lors d'une embauche. Ils souhaitent aussi se perfectionner dans les gestes de base...

La réforme pointerait-elle ses faiblesses ?



Les étudiants témoignent de stages trop longs dans des unités n'offrant pas toutes les opportunités d'acquérir et de pratiquer tous les soins infirmiers.

Cette notion de sélection se précise lorsque nous faisons le tour des stands exposants et plus particulièrement ceux des établissements venus recruter.

Ils avouent volontiers avoir « le choix » et resserrer les critères de sélection telle que l'expérience acquise et des profils de poste réellement sur mesure !

Pour certains d'entre nous ayant des années d'expérience, ces notions restrictives nous interpellent. Comment ces professionnels pourront intégrer le milieu hospitalier privé ou public ?

Nous comprenons mieux maintenant l'engouement du public à postuler auprès des sociétés d'intérim et d'abuser des postes CDD proposés ici et là.

L'expatriation vers la Suisse et le Québec est une opportunité indéniable pour des futurs infirmiers.

2. Qui est cette dame en rouge ?

Au second jour, la ministre de la santé Marisol TOURAINE fait son apparition et nous avons pu entendre dans les allées du salon « mais qui est cette dame en rouge » ?

Pour sa deuxième année, la ministre Madame Marisol TOURAINE a visité le salon. Elle a fait plusieurs étapes dont une au stand de la CNI où Nathalie DEPOIRE, présidente de la Coordination Nationale Infirmière, l'a interpellée sur des questions essentielles pour la profession : comme la prise en compte de la pénibilité pour le départ à la retraite et les conditions de travail. Les réponses apportées à nos questionnements nous ont paru très inappropriées et technocrates, ce qui s'est confirmé lors du discours inaugural qui a suivi.

Mais a-t-elle marqué les esprits ?

Ces propos, se voulant rassurants, se sont concentrés sur trois points :

- la stratégie nationale de santé et le « ... réflexe prévention, qui constitue même votre rôle propre, le cœur de votre métier... »,
- conditions d'exercice dont « ... elle sait qu'elles peuvent être éprouvantes... »,
- La formation et la poursuite du processus Licence Master Doctorat.

Notre ministre nous propose une Licence en Santé, alors que depuis plusieurs années, la profession infirmière propose et demande la création d'une Licence en Sciences Infirmières adossée à une filière en Sciences Infirmières.

Les professionnels présents sont interpellés par cette proposition. La Coordination Nationale Infirmière sera attentive aux annonces de la Ministre de la Santé concernant notamment l'évolution des formations IBODE et Puéricultrices ainsi que la création de nouveaux métiers.

3. Les conférences

Fière de son expertise, des compétences et de la richesse de l'expérience de ses adhérents, la CNI a présenté deux conférences lors du salon :

- La responsabilité infirmière : Nathalie DEPOIRE (Présidente de la CNI, infirmière au CH Belfort/

Montbéliard, titulaire du D.U. Droit Expertise et Soins) et Sandrine BOUCHOU (infirmière au CHU de Poitiers).

- Le rôle du cadre et l'ergologie : Catherine BOMPARD (Cadre de santé à l'AP-HM).

Deux conférences très appréciées par les étudiants et professionnels présents qui ont permis des échanges concrets sur le vécu individuel et collectif de chacun.

4. « Infirmière pour la vie » : engagez-vous qu'ils disaient !

L'accroche du salon cette année était « infirmière pour la vie ». Cela semble quelque peu ironique dans le contexte actuel où les infirmiers rencontrent des difficultés à trouver un emploi, où les conditions de travail sont de plus en plus souvent dégradées, où de plus en plus de situations d'épuisement professionnel sont déclarées... Est-ce bien encore un métier qui fait rêver ? Est-ce encore un métier pour la vie pour ces professionnelles soumises à des conditions de travail de plus en plus pénibles ? L'avenir seul nous le dira.

Nous vous donnons donc rendez-vous l'année prochaine, les 5, 6 et 7 novembre 2014. ■

*Eric AUDOUY et Marie Do BIARD
CNI AP-HM*

*« Infirmière
pour la vie » :
engagez-vous
qu'ils disaient !*

Témoignage Salon infirmier 2013

Mardi 15 octobre

6h30 à Montbéliard :

Départ matinal, direction Paris pour participer au Salon Infirmier pour la première fois. C'est dans la bonne humeur que nous voyons les kilomètres défiler.

Vers 14h :

Arrivée au Parc des Expositions afin de préparer, pour les 3 prochains jours, notre stand G45.

C'est une joyeuse équipe qui déplace les meubles, empile les cartons, accroche les affiches, prépare les revues, sans oublier de réserver une place à l'objet qui nous sera vital dans les jours à venir : la machine à café.

Petite touche finale, la déco : en orange et bleu bien sûr, couleurs de la CNI ! Cette année, le leitmotiv, est de créer un visuel.

Mercredi 16 octobre 8h

Après une courte nuit, nous sommes tous au rendez-vous pour l'ouverture de ce salon, impatients des rencontres que nous ne manquerons pas de faire, prêts à échanger et partager nos valeurs, nos combats, nos espoirs pour l'avenir mais aussi, nos expériences individuelles et les difficultés que nous rencontrons dans nos milieux professionnels. Les heures et les jours qui vont suivre nous démontreront une chose : pour que les gens se livrent, il faut se livrer soi-même.

Nous enfilons donc nos superbes tee-shirts orange floqués du logo CNI. Les m&m's orange et bleu estampillés de notre sigle rejoignent leur bocal et c'est parti pour 3 jours qui se succèdent à une vitesse impressionnante.

Bien que toutes nouvelles sur ce salon, l'esprit CNI fait que nous ne sommes jamais perdues et qu'il y a toujours une personne pour nous guider, compléter les réponses que nous ne sommes pas en capacité de suffisamment détailler.

Personne n'est à l'écart, c'est une grande et belle famille qui s'organise sans même avoir besoin de se concerter parfois, telle une ruche où chacun trouve sa place et sait ce qu'il a faire. Car il ne



s'agit pas seulement d'être au stand pour échanger avec les visiteurs, il faut également aller aux entrées distribuer nos flyers avec les dates et heures de nos conférences (et oui ! nous sommes aussi présents sur ce terrain-là), distribuer nos revues aux entrées ou aux sorties des ateliers et des conférences, déambuler dans le salon avec ces mêmes supports pour proposer aux visiteurs de venir nous rencontrer sur le stand G45 (avec un atout dans notre manche : le petit questionnaire à remplir avec tirage au sort et box « bien-être » à gagner le vendredi...).

Les échanges sont riches et parfois bouleversants, comme avec cette cadre qui nous explique que la politique de management actuelle lui a transmis la « haine de son métier ». Le mot est fort mais elle nous explique qu'elle l'emploie car « c'est le seul qui convienne ».

Nous verrons défilier de nombreux étudiants inquiets pour leur avenir car les postes se font rares aux sorties des IFSI. Cette situation nous sera également renvoyée par des infirmières qui, diplômées l'an passé, n'ont pas trouvé de poste et travaillent actuellement en tant qu'aides-soignantes en EPHAD. Il y a aussi cette dame brune d'une quarantaine d'année qui, après avoir suivi son mari pour mutation, n'a pas retrouvée d'emploi et travaille en intérim. Elle nous dit : « même l'intérim n'est plus ce qu'il était et les missions se raréfient en dehors des vacances scolaires ».

Le constat nous impressionne. Etre infirmière n'est plus la garantie d'avoir un emploi et au-delà de ces mots, il y a aussi tous les maux : les angoisses, les

cadences de travail infernales qui font craindre de faire une erreur, les tensions familiales qui naissent des rappels incessants et fait nouveau dans notre profession, la peur du lendemain.

Jeudi 17 octobre

La visite de notre ministre sur notre stand, Marisol Touraine, et l'échange qui a lieu entre elle et notre Présidente, Nathalie Depoire, nous donne assez peu d'éléments pour rassurer cette population infirmière pourtant en attente de soutien.

Pour autant, nous ne nous laissons pas abattre, nous avons un métier magnifique. Nous sommes amenés à évoluer à différents niveaux et à la CNI nous sommes bien décidés à y contribuer activement.

Nous poursuivons donc cette aventure parisienne avec le même enthousiasme qu'au premier jour et nous essayons de transmettre notre message aux visiteurs du stand : vous n'êtes pas seuls, isolés aux quatre coins de la France. La CNI est là pour vous aider, vous soutenir et vous rassembler.

Vendredi 18 octobre

Notre périple continue. Le tirage au sort de la gagnante du coffret cadeau vient clore l'épopée. Après avoir rangé et démonté notre QG de 9m2, nous reprenons la route en direction de l'est de la France, épuisées mais plus riches de tous ces moments partagés et déjà pleines d'idées pour le prochain salon.

Alors rendez-vous en novembre 2014 à Paris ! ■

*Céline DUROSAY et Brigitte WOLF-FATISSE
IDE, CNI Belfort/Montbéliard*

*Rendez-vous les 5,
6 et 7 novembre
2014 à Paris !*



Le malaise infirmier

Échanges avec Nathalie DEPOIRE, présidente CNI suite à la diffusion, le 17 octobre 2013 au Salon Infirmier d'un documentaire ayant pour thème les conditions de travail, la souffrance au travail et l'épuisement professionnel chez les soignants.

Ce film a été réalisé à l'initiative de l'Union Nationale des Mutuelle de Santé et La Mutuelle Complémentaire de la ville et Hôpitaux de Paris qui ont également organisé une table ronde pluridisciplinaire à laquelle notre présidente a également participé. Nous avons donc choisi de vous faire partager quelques réponses.

Nathalie DEPOIRE, dans le contexte de contraintes économiques, comment peut-on résoudre le problème de l'absentéisme ?

« Le budget des hôpitaux, c'est 70% pour payer le personnel. Les directions veulent faire des économies en faisant des coupes franches. Aujourd'hui, ce qui gangrène nos hôpitaux, c'est l'absentéisme qui est en lien direct avec la problématique d'épuisement. Ce n'est pas en niant les problèmes qu'on trouve des solutions. Je pense donc qu'il y a urgence à se préoccuper de la santé des soignants. On pourra multiplier les campagnes d'affichage pour promouvoir la bientraitance des patients, si on traite mal les soignants, on traite mal les patients. Et il y a urgence à réagir. On ne peut pas toujours invoquer le système et ses contraintes économiques. On ne fait pas d'économie en augmentant les absences puisque l'absentéisme a bien un coût lui aussi. »

Ne pensez-vous pas qu'il existe un paradoxe avec les infirmières qui prennent très bien soin des autres au risque d'y laisser leur propre santé ?

« L'infirmière, sa priorité, c'est la prise en charge des patients, la prise en charge de sa famille le soir quand elle rentre à la maison. On ne lui a jamais appris à prendre soin d'elle-même et il y a urgence à le faire et ça commence par l'informer de ses droits, c'est le rôle des syndicats. Les soignants éprouvent une réelle difficulté pour se positionner car bien souvent ils n'ont tout simplement pas la connaissance de leurs droits. Hélas, la profession n'est pas assez syndiquée, se défend très peu et souffre énormément. Quand je parle d'infirmières, je parle de toutes les professions y compris les équipes d'encadrement, les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé. »

Comment expliquer cette dérive ? Les contraintes économiques sont-elles responsables de tout ce mal être ?

« Les dernières lois ont restructuré l'hôpital et les décisionnaires mettent aujourd'hui en place des choses sans connaître réellement notre rôle, nos missions et nos compétences. Les nouvelles organisations de restructuration sont imposées aux professionnels de terrain sans concertation préalable. L'organisation de travail leur est imposée alors que, si en amont on avait travaillé avec les concernés, les problématiques auraient été discutées, résolues. On aurait évité des conflits et des souffrances inutiles chez les soignants, comme chez les médecins. Les changements se décident à l'échelon du Directoire avec les chefs de pôles. Ils s'imposent ensuite aux cadres supérieurs qui sont chargés d'aller imposer les décisions à leur tour. Tout est imposé, rien n'est discuté ni anticipé. Les équipes d'encadrement peuvent ainsi se retrouver en souffrance à leur tour, puisqu'ils sont tiraillés entre une mission taillée par des gestionnaires et leur propre valeur soignante. Elles se retrouvent confrontées sur le terrain à des équipes en colère qui freinent des quatre fers. Elles doivent ensuite gérer cette colère alors qu'elles ne sont pas soutenues par la direction qui leur impose de porter le mandat. C'est une vraie catastrophe dans la gestion actuelle. »

Concrètement, sur le terrain, quelle est la marge de manœuvre des équipes d'encadrement ?

« Clairement, on a aujourd'hui des personnels d'encadrement, que ce soit cadre de santé ou cadre supérieur de santé, qui ont peur d'aller au-devant des équipes car elles savent très bien que, sur le terrain, ce qu'elles vont devoir présenter va

faire une levée de bouclier catastrophique et on arrive aujourd'hui à des situations d'évitement. Elles n'osent même plus répondre aux professionnels car elles savent pertinemment que le projet n'est pas viable et ne pourra être mené. La CNI accompagne régulièrement ces équipes d'encadrement pour la prise en charge de leur propre souffrance. Dans les équipes, les cadres sont aussi les premiers témoins de l'épuisement des professionnels. Ils ne sont pas aidés non plus à accompagner leur personnel en détresse. »

De quelles données dispose-t-on pour mesurer le mal être à l'hôpital ?

« Les données chiffrées d'une enquête de satisfaction menée auprès des soignants de 2005 à 2006 ont été présentées au ministère. Un peu plus tard, il y a également eu une étude sur la satisfaction des médecins. Si on croise les deux enquêtes, elles mettent en avant que les soignants et les médecins disent qu'il faut qu'on arrive à se reparler à l'hôpital. Lorsque j'ai démarré ma carrière, des staffs étaient organisés, on échangeait entre nous. Aujourd'hui, c'est de plus en plus rare, on ne prend plus le temps de parler des patients. Il faut courir, il faut faire de l'acte mais quand est-ce qu'on se pose entre professionnels pour échanger et aller de l'avant ? Les professionnels n'ont qu'une envie, c'est de rentrer chez eux, de parler d'autre chose. Les temps de transmissions sont de plus en plus courts. Hier, on parlait des problèmes de service, on arrivait à poser les choses. Aujourd'hui, des tensions énormes voient le jour au sein même des

équipes. On médiatise beaucoup les violences hospitalières, les agressions de patients avec couteau ou arme à feu. Par contre, personne ne parle des violences internes, des personnels qui s'agressent entre eux parce qu'ils n'en peuvent plus, des médecins qui s'en prennent aux cadres. Quand vous êtes appelés à intervenir parce que vous êtes obligés de ceinturer un médecin pour qu'il ne frappe par un cadre, c'est que ça va mal. Mais il ne faut surtout pas en parler. Donc, il y a un moment où, encore une fois, si on ne retravaille pas, à la base, tout cela pour parler et régler ces problématiques, on ne s'en sortira jamais. »

Qu'est ce qui fait défaut aujourd'hui pour lever ces tabous ?

« Il faut que les professionnels osent dénoncer ce qui se passe et pour cela, ils seront accompagnés. Les CHSCT sont prévus pour aborder et résoudre ce type de difficulté. Hélas, les professionnels ne savent pas ce qu'est ou à quoi sert un CHSCT et bien souvent, ils ont peur de faire la démarche. Les professionnels méconnaissent le rôle des instances comme les missions de leurs représentants syndicaux. Lorsque que nous demandons à consulter le planning des agents, leur réponse est souvent la même « Attendez, il faut que je demande au cadre si on a le droit de vous le montrer ». Et bien non ! Je suis désolée, un membre du CHSCT a le droit de consulter le planning, il a le droit de s'inquiéter du respect des bornes réglementaires. Aujourd'hui, si les bornes de repos ne sont pas respectées, on ne peut pas attendre une prise en soins de qualité. C'est un vrai souci. Je vais vous parler d'une collègue avec qui j'ai travaillé dans le passé. Elle était très compétente et respectueuse. Je l'ai vu répondre à un patient d'une manière telle que je me suis dit « ce n'est pas possible ». Son comportement heurtait mes valeurs de professionnelle et surtout, je ne reconnaissais pas la professionnelle que j'avais connue. Je suis allée la voir, nous avons regardé son planning pour constater qu'aucune borne de repos n'avait été respectée. Elle était totalement épuisée et quand nous nous sommes posées pour en parler, elle est tombée en larmes. Voilà une situation d'épuisement qui impacte une professionnelle mais aussi le patient. Il faut arrêter de jouer avec la conscience professionnelle du soignant qui revient travailler par solidarité avec ses collègues parce qu'en face, il y a le patient ».*





Quelle solution avez-vous apportée à votre collègue ?

« Nous l'avons accompagnée, revu les bornes horaires. Nous avons rencontré la direction afin d'obtenir du remplacement supplémentaire. Car, pourquoi était-elle épuisée ? Tout simplement parce que les absences n'étaient pas remplacées. Le rôle d'un représentant du CHSCT est de dénoncer ces situations et d'accompagner les professionnels vers une prise en charge immédiate pour sa santé. Il faut ensuite identifier les causes, constater les problèmes de gestion d'absence. C'est notre rôle aussi de monter au créneau effectivement ».

Peut-on encore anticiper ou prévenir ce type de situation ?

« Il faut dire que beaucoup de professionnels ont peur et éprouvent aussi une certaine culpabilité. Je m'adresse à tous les professionnels de la filière : « Arrêtez d'avoir peur, positionnez-vous, n'ayez pas honte d'être infirmière, de faire valoir vos compétences et votre décret de compétences. Faire notre boulot, c'est aussi être là pour défendre la qualité des soins. Ce n'est pas parce qu'aujourd'hui le management ne correspond pas au besoin, qu'il ne permet pas toujours d'assurer la qualité des soins 24 h/24 et qu'on doit l'accepter. Je me répète, chacun doit se positionner au regard des textes, de nos règles professionnelles mais pour cela... il faut les connaître. Il ne faut pas tout accepter et souffrir en silence. La solidarité est aussi une force. Le mouvement de 88-91, a mobilisé 100 à 150 000 infirmières dans la rue et a permis d'obtenir des avancées pour la filière infirmière. Si les professionnels souhaitent y

retourner, les syndicats seront là, ils sont prêts. Les conditions d'exercice sont devenues de plus en plus difficiles et le chômage infirmier s'installe dans certaines régions. On arrivera peut être à se poser tous ensemble, à dire cette fois-ci, c'est fini. Nous sommes des professionnels, nous voulons être reconnus et respectés pour assurer une prise en charge de qualité. »

Le constat global que vous dressez est assez pessimiste. Comment voyez-vous l'avenir dans les hôpitaux ?

« Je voudrais donner une note positive pour finir, même si on n'est pas au bout du chemin au centre hospitalier où j'exerce. Nous avons mis en exergue des problématiques d'organisation du travail. Nous avons demandé à ce qu'on arrête de mettre, d'un côté l'organisation médicale, de l'autre l'organisation paramédicale, pour que tout le monde se mette autour d'une table et discute ensemble d'une organisation commune. Cela n'a pas été simple mais l'union fait la force. Il a fallu planter la tente sous l'hôpital pendant un mois tous ensemble, tous les syndicats, avec des actions auprès des élus mais surtout avec des personnels très mobilisés. Aujourd'hui, cet établissement est dans une phase d'action sur les réorganisations des services qui impliquent médecins, paramédicaux et direction avec bientôt une nouvelle charte de fonctionnement. Il faudra certainement encore se battre mais il n'est pas impossible de travailler ensemble ces organisations et c'est plutôt sur cette note positive que je voulais terminer. » ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente de la CNI

*CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.

Les contraintes économiques sont-elles responsables de tout ce mal être ?

Expérimentation du travail en 7 heures... Un projet mort-né

A chaque restructuration, les directions nous racontent de belles histoires et tous les arguments sont bons pour essayer de nous convaincre qu'une mauvaise mesure peut quand-même... répondre à nos besoins. L'exercice de style est très particulier et tout est dans la communication...

C'est ainsi qu'une proposition est née dans un CHU de Poitiers, accros aux expérimentations, de faire travailler les soignants en journée de 7h en supprimant le temps de transmissions orales et les 19 jours de RTT* annuels (la RTT deviendrait ainsi journalière : $7h \times 5 = 35h$ par semaine). Cette nouvelle organisation, pour être « viable » (rien que le mot fait peur), s'appuierait sur l'informatisation du dossier de soins et sur les prescriptions « connectées ».

Le point de vue de la direction

« Il n'est évidemment pas question de faire des économies de personnel », la direction indique que l'effectif affecté dans cette unité « expérimentale » sera calculé sur une base de 7h40 par jour (RTT comprise). L'argumentation se poursuit. Ce service bénéficierait du même effectif qu'un service classique et serait ainsi « autonome » au niveau des remplacements (en cas d'arrêts de maladie mais aussi pour les congés). La direction n'a pas manqué, avec cynisme, de rappeler les conclusions du travail sur les RPS (Risques Psycho-Sociaux), mettant en exergue la diminution du nombre de rappels et de changement de planning qui sont les préoccupations majeures des soignants. En résumé, la direction imposerait aux agents concernés de « payer » leurs propres remplaçants en sacrifiant 19 jours de RTT.

La suppression des transmissions orales ?

Après le volet RTT, passons à la suppression des transmissions orales. Ce temps d'échange essentiel entre les soignants permet de faire passer des informations concernant les patients qui sont difficiles à retranscrire, de donner une impression

ou un avis sur une situation ou une prise charge particulière. Toutes les spécificités de l'être humain ne peuvent pas entrer dans « une case à cocher ou à remplir ». Les soignants ne se retrouvent pas dans cette robotisation insidieuse qui accentue la déshumanisation des hôpitaux.

Le passage en force de la direction

Pour faire « passer son projet », la direction a appliqué la pire des méthodes. Sans affirmer qu'elle a agi intentionnellement, elle a choisi d'informer en premier lieu l'encadrement puis les agents ayant postulés pour travailler dans l'unité et enfin... les partenaires sociaux lors d'une réunion informelle. A aucun moment, le rythme de travail en 7h et la suppression du temps de transmission n'ont été abordés préalablement dans les instances. Ce projet d'organisation aurait évidemment dû être présenté au CHSCT pour recueillir son avis puis proposé au CTE** mais il n'avait clairement aucune chance d'obtenir un avis favorable. La direction a donc occulté délibérément le dialogue social en annonçant l'ouverture de cette nouvelle unité « coûte que coûte ».

Le mépris des instances et des représentants du personnel

Suite à l'annonce du projet et devant la contestation générale des représentants du personnel, le DGA*** (qui ne voyait pas l'intérêt d'un avis des instances) finit par accepter de réunir un CHSCT extraordinaire avec beaucoup de suffisance « vous voulez un CHSCT, vous en aurez un, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise », laissant penser, par le ton employé, que cette instance, indispensable au regard de la loi, n'avait que peu d'intérêt à ses yeux.

Expérimentation du travail en 7 heures... Un projet mort-né

De la contestation générale à la riposte syndicale

Mépris des instances et des personnels, il n'en fallait pas tant pour que la fronde syndicale s'organise. Les 4 syndicats représentatifs (CGT, CFDT, FO et CNI) s'allient pour un mouvement unitaire et solidaire. Un préavis de grève est déposé. Le mouvement prend de l'ampleur et au regard de l'indifférence de la direction, une opération de blocage des ronds points d'accès à l'établissement est menée. En parallèle, l'intersyndicale sollicite le maire de la ville, le directeur de l'ARS, le préfet. La grève est relayée sur les ondes. Les usagers et le grand public prennent conscience de la situation et des enjeux sur la qualité des soins.

Tout ça pour ça...

La direction a fini par céder et n'aura donc pas eu gain de cause, cette fois-ci encore. Le travail en 7h est abandonné, les transmissions orales rétablies. La grève aura eu le mérite de sensibiliser les élus locaux, directeurs d'ARS, préfet... à la problématique des restructurations imposées et à

l'absence de concertation. Les professionnels auront perdu une partie de leur salaire dans le mouvement mais, belle expérience, ils auront pu constater que le combat mené n'était pas inutile et que la mobilisation a encore de beaux jours devant elle. ■

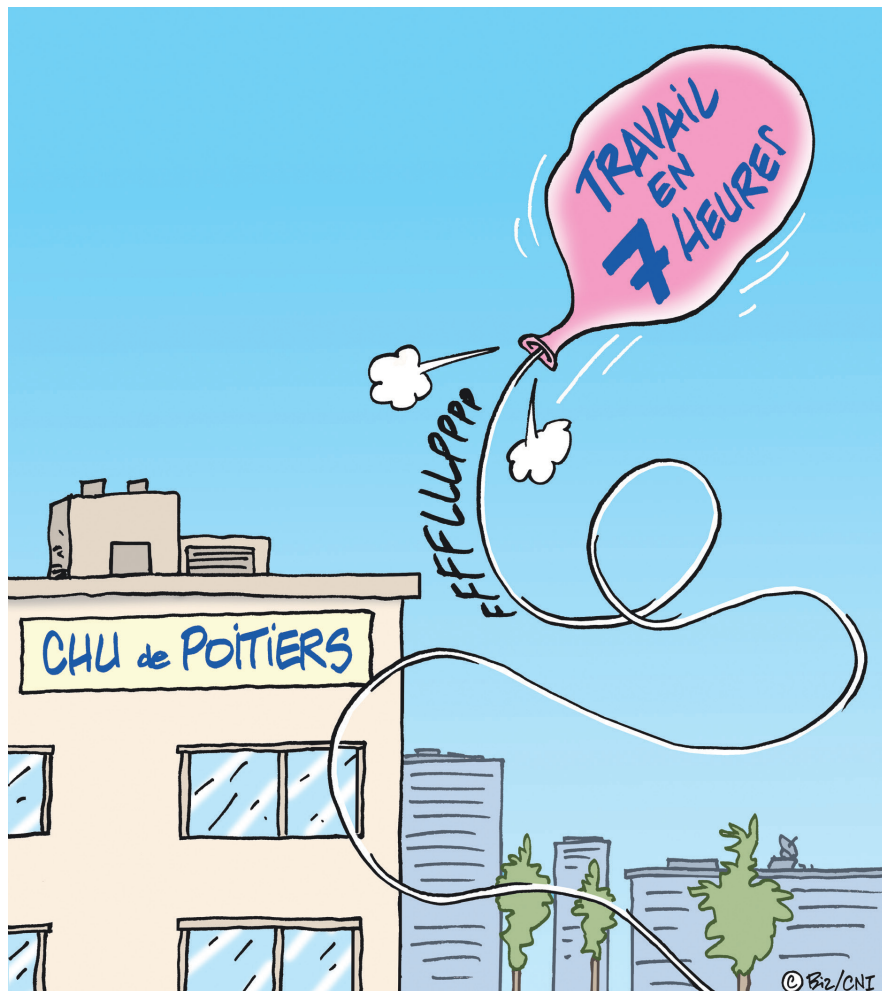
*Stéphane DERES
Secrétaire de la CNI*

*RTT : Réduction du Temps de Travail.

**CTE : Comité Technique d'Établissement.

***DGA : Directeur Général Adjoint.

*Nos directions
vont-elles enfin
expérimenter le
dialogue social
et faire de la
concertation avec
ses personnels un
art de vivre ?*



Ouverture avant fermeture !

Le CHU de Poitiers...

toujours à la pointe de l'innovation

De l'ouverture imminente à la fermeture immédiate

Annoncée avec beaucoup d'assurance, l'ouverture expérimentale de l'Unité d'Hospitalisation d'Aval aura donc été reportée. Ainsi, le CHU de Poitiers aura bien inventé, en 2013, le concept de la « fermeture avant ouverture ». Le plan pour désengorger les urgences a donc pris la forme d'un plan d'hibernation (ne pas confondre avec le plan hivernal). L'unité dédiée à la prise en charge des patients des urgences ouvrira donc, dans plusieurs mois, pour assurer la sécurité des patients et des agents... En attendant, un fonctionnement transitoire a été improvisé pour répartir les lits dans l'ensemble de l'institution. Comment le CHU est-il passé de l'ouverture imminente de ce service à sa fermeture immédiate afin d'effectuer des travaux in extremis ?

De l'urgence d'ouvrir à l'urgence d'attendre

Le projet ambitieux était pourtant à la hauteur des enjeux... sur le papier. La situation « d'embouteillage » aux urgences nécessitait bien une réorganisation en profondeur pour assurer l'accueil des usagers et une prise en charge optimisée. Ce type d'unité avait le mérite de répondre aux besoins mais il aura manqué l'essentiel, à savoir l'anticipation et la concertation de tous les acteurs. Comment peut-on encore réorganiser l'hôpital sur un coin de bureau sans associer l'encadrement, les professionnels paramédicaux, leurs représentants ainsi que le corps médical ? La précipitation démontrée par la direction sur le projet est le reflet d'une méconnaissance et du mépris du rôle et des compétences des acteurs concernés par cette restructuration. Le délai d'attente avant l'ouverture de cette structure sera donc l'occasion de remettre à plat le projet et d'entamer, enfin, une réflexion collégiale.

La palme de l'innovation... petit retour en arrière

Petit retour en arrière... Le 10 avril 2013, un communiqué de presse annonçait que le CHU de Poitiers avait remporté le prix du « management public » pour son projet de mutualisation « médecine et chirurgie » en mai 2012. Cette mutualisation « expérimentale et innovante », qui avait pour objectif l'amélioration des conditions de travail a fait, quelques mois seulement après sa mise en place, l'objet d'un diagnostic de l'ARACT (Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de travail) puis d'une « démutualisation » partielle pour dissocier la médecine de la chirurgie. L'aventure aura donc duré un an et demi mettant en avant, non pas sa réussite mais son échec, occasionnant, hélas, une fuite des compétences soignantes et, par conséquence, une diminution de la qualité de prise en charge des patients.

Réorganisation : l'histoire et l'échec se répètent

Dans un autre contexte « expérimental et innovant », l'histoire de l'Unité d'Hospitalisation d'Aval est donc un autre exemple de la gestion inappropriée des restructurations à l'hôpital. Elle aurait pu, par ailleurs, faire l'objet d'un épisode supplémentaire dans la série « 24h aux urgences » tournée dernièrement dans l'établissement. Le grand public se serait sans doute passionné de cette aventure rocambolesque, de l'absence totale de concertation, de l'improvisation des acteurs et surtout du suspense final : « fermeture de l'unité... avant son ouverture ». ■

Stéphane DERES
Secrétaire de la CNI

Droit de grève à l'hôpital

Guide pratique

Les assignations et la notion de service minimum peuvent dérouter les agents qui ne savent plus « comment faire grève ». D'autres se demandent encore « si faire la grève » sert encore à quelque chose, quels sont réellement leurs droits et les répercussions financières. Même si la grève ne peut être totale du fait de la mise en demeure de travailler, faire remonter à nos administrations notre mécontentement peut se révéler très utile.

L'obligation du préavis

Pour être licite, la grève doit avoir fait l'objet d'un préavis (art. 5 de la loi du 31 juillet 1963), déposé par une organisation syndicale représentative. Ce préavis, **précisant les motifs du recours à la grève**, doit parvenir cinq jours francs avant le déclenchement de la grève (le jour de dépôt du préavis et le jour du début ne comptent pas) à la direction générale de l'établissement, ainsi qu'à la DRH* lors d'une entrevue, si possible. Le préavis fixe le lieu, la date, l'heure de début et la durée limitée ou non) de la grève.

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

Le service minimum

La jurisprudence qui s'est dégagée ces dernières années pour le service public, précise l'obligation d'avoir un effectif minimum de sécurité correspondant à celui d'un dimanche ou d'un jour férié. Toutefois, cela n'exclut pas la discussion et la négociation, y compris par service, pour l'organisation de la grève, compte-tenu de la sécurité et des soins indispensables à prodiguer aux patients.

Le directeur doit...

- faire respecter la sécurité physique des patients, assurer la continuité des soins et les prestations hôtelières,
- éviter les blocages et limiter les reports dans la prise en charge des patients afin d'assurer un chaînage cohérent,
- faire assurer la « conservation » des installations et du matériel.

Les assignations

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

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

Dans tous les cas, il est important de bien réfuter certaines pratiques tendant à l'assignation par voie d'affichage dans l'établissement ou le service. Certains agents assignés peuvent être absents du service au moment de l'affichage et se trouver ainsi en situation illicite le jour de la grève parce qu'ils n'auront pas pu prendre connaissance de leur assignation au travail.

Si vous êtes assignés

Vous vous êtes préalablement déclarés gréviste auprès de votre supérieur hiérarchique et vous devez travailler comme un jour normal.

Les assignations permettent de comptabiliser, dans son intégralité, le nombre de grévistes global (assignés ou non) et de le signifier directement aux administrations. Ces données chiffrées légitimeront les représentants du personnel dans leurs revendications ou actions et pèseront ainsi dans les négociations.

Les assignations abusives

Serait considéré comme portant atteinte au droit de grève le fait d'assigner un nombre de personnes nettement supérieur à celui nécessaire pour assurer le fonctionnement du service minimum.

Droit de grève à l'hôpital

Guide pratique

Certains hôpitaux pourraient avoir recours à cette méthode afin de minimiser les pertes financières de l'établissement.

En cas d'assignation abusive un recours au tribunal administratif pourra être engagé.

Droits et devoirs des agents assignés

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

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

Sanctions en cas de refus de l'assignation

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

La perte de salaire

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

Une journée de grève coûte cher. Mais dans la Fonction Publique Hospitalière, nous avons possibilité de ne faire grève qu'une, deux ou trois heures. La retenue sur salaire sera fonction des heures de grève. Il n'est donc pas obligé de sacrifier une journée entière de salaire...

Questions / réponses

Suis-je libre de marquer le nombre d'heures de grève ?

Vous êtes libre de faire grève une heure, plusieurs heures ou encore sur une journée complète. Votre choix ne doit pas « s'adapter » à l'activité du service. Il doit avant tout vous correspondre. C'est au cadre, ensuite, de considérer s'il est nécessaire ou non de vous assigner pour assurer la continuité du service.



Qu'est ce que la réquisition ?

La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 instaure le pouvoir de réquisition du préfet sur le personnel public de santé. Cette réquisition est une procédure écrite qui émane de l'autorité judiciaire (préfet, police nationale ou gendarmerie) et qui peut être utilisée dans le cadre de la grève dans le but d'assurer la permanence des soins. La réquisition est une procédure très lourde à mettre en place. L'agent est prévenu à son domicile de sa réquisition par un représentant de l'état. A noter que le secteur privé ne dispose d'aucun pouvoir de réquisition sur les personnels en cas de conflit dans un établissement même lorsqu'il s'agit d'organiser un service minimum.

Puis-je être assigné pour une seule heure de grève ?

Même pour une seule heure de grève, personne ne peut vous imposer le moment de la journée pendant lequel vous souhaitez exercer ce droit. Parti de ce principe, vous pouvez donc être assigné pour une heure seulement sur un créneau horaire bien précis. Evidemment, la démarche administrative est lourde mais exercer son droit de grève, c'est aussi signifier son mécontentement auprès de son encadrement et de son administration. Un agent n'a pas si souvent l'occasion de le faire...

Quelles sont les conséquences financières pour l'établissement ?

Il est difficile de répondre à cette question. Si l'activité de l'hôpital est stable, un mouvement de grève est plutôt une bonne affaire au regard des retenues de salaire. Par contre, si le programme opératoire est revu à la baisse, si des hospitalisations sont reprogrammées ou des consultations annulées, l'établissement peut effectivement perdre de l'argent. Dans tout les cas, la grève reste un droit au regard de la réalité des situations dans nos hôpitaux. C'est aussi le seul moyen de se faire entendre...

Je travaille au bloc, le programme opératoire doit-il être réévalué ?

La grève fait l'objet d'un préavis de 5 jours qui permet à la direction de discuter ou de négocier avec les partenaires sociaux avant la date mentionnée. Ce délai permet aussi d'organiser l'activité pour que seules les opérations urgentes ou vitales soient maintenues. Il revient au directeur et il en va de sa responsabilité, de tout mettre en œuvre pour que le patient n'ait pas de « perte de chance » dans sa prise en charge. Après ces quelques précisions, il est évident que toutes les interventions dont le report n'a pas d'incidence sur le pronostic, doivent être déprogrammées. Dans le cas contraire, un recours au tribunal administratif peut être envisagé si une direction maintient le programme opératoire (alors qu'il aurait très bien pu être allégé) en assignant un nombre exagéré de personnel dans les blocs.

La grève ne sert à rien. Vous y croyez encore ?

Cette question est une réflexion qui revient assez souvent dans les discussions. Il convient de distinguer deux types de grèves, celui qui concerne une problématique nationale (retraite, pouvoir d'achat...) et celui qui concerne une situation locale (restructuration, réorganisation, conditions de travail dans la structure...). Dans le premier cas, il est souvent difficile de faire le lien et d'évaluer l'impact du mouvement de grève. Par contre, sur le terrain, lorsqu'il s'agit de dénoncer des conditions de travail dans un secteur particulier, une restructuration, une mutualisation, une réorganisation, l'efficacité de la grève peut se mesurer directement sur les avancées obtenues par le personnel et leurs représentants. Heureusement, beaucoup d'exemples actuels montrent que la

grève permet d'améliorer les conditions d'exercice. Le résultat est d'autant plus probable que la pression sera forte. En cela, l'appui et la présence des personnels aux côtés de leurs représentants sont essentiels. Le taux de grévistes est également un paramètre qui signifie la détermination du personnel auprès de la direction. Se faire entendre ou obtenir des avancées résulte toujours d'un rapport de force. C'est à la fois une constatation et un regret car un vrai dialogue social devrait permettre, dans une majorité des cas, de trouver, en amont, un terrain d'entente et d'éviter le conflit. La grève est parfois un échec du dialogue social mais dans d'autres cas, hélas, elle révèle l'absence totale de ce dialogue... par volonté ou par mépris. Certaines situations explosives trouvent leurs origines dans la volonté des directions d'imposer et de ne pas communiquer... La réalité du terrain et le bon sens les rappellent souvent à l'ordre.

Peut-on m'obliger à retirer la mention « en grève » sur ma tenue de travail ?

Même si les mentions « en grève » ou « assigné » sur la blouse du personnel ne véhiculent pas forcément une image flatteuse de l'institution dans laquelle vous travaillez, personne ne peut vous obliger à la retirer mais les intimidations ne sont pas rares. Positionnez-vous simplement en connaissance de vos droits. ■

*CNI de Belfort-Montbéliard
CNI de Poitiers*

**DRH : Direction des Ressources Humaines.*

*Peut-on m'obliger
à retirer la mention
« en grève » sur ma
tenue de travail ?*

Rapport CORDIER :

un projet global pour la Stratégie Nationale de Santé

Les 19 recommandations du comité des « sages »

Ce rapport s'adresse essentiellement aux directeurs d'établissement en vue d'un rapprochement médecins généralistes et médecins hospitaliers. Il développe 19 recommandations pour amplifier une médecine de proximité attentive aux besoins et aux conditions environnementales de la population. Il souhaite aussi que les droits des usagers soient respectés et que les aidants soient accompagnés. Il prône une coordination des soins et des services sans redondance ni insuffisance.

Ce rapport propose d'accroître les métiers d'aide à la personne et aux interventions à domicile, en facilitant l'accès à la formation, et en créant s'il y a lieu de nouveaux métiers de proximité.

Enfin, deux points clés pour notre profession sont évoqués. Il propose de reconnaître le métier d'infirmier clinicien, en identifiant et en reconnaissant ce métier mais surtout en développant les compétences professionnelles par un transfert entre médecins et soignants. Il fait un parallèle avec les infirmières cliniciennes anglo-saxonnes et propose :

- « d'assurer le suivi en consultation des malades chroniques suivant une procédure établie par le médecin
- de coordonner des examens de suivi et de reconduction
- de suivre la bonne exécution des traitements et la surveillance de leur tolérance
- d'intervenir dans les domaines de la prévention, de l'éducation et du dépistage. »

Le deuxième point propose lui, de simplifier la réglementation en matière de transferts de compétence, renverser l'architecture de l'article 51 de la loi HPST, en proposant des cahiers des charges nationaux pour les thématiques les plus concernés, sous la forme de recommandations, en laissant à chaque équipe la possibilité élaborer des protocoles mis en œuvre sous la direction et la responsabilité des médecins mais selon les besoins créer des variantes. Il est souhaitable que, selon ce rapport, cette réforme de l'article 51 passe également par un travail interministériel.

En effet, de nombreuses enquêtes montrent que les infirmiers obtiennent différents diplômes au cours de leur carrière (DU : hygiène, de santé au travail, en gériatrie, soins palliatifs, ...), sans reconnaissance, de plus ces compétences ne sont pas toujours utilisées. Un travail interministériel,

ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, permettrait d'identifier des masters et des DU nécessaires aux besoins de la population. C'est ainsi que ce rapport conçoit la reconnaissance des compétences infirmières ainsi que des différents diplômes dans une perspective d'évolution de carrière.

Le rapport remarque que le répertoire des métiers de la fonction publique ne comprend pas de fiche pour les métiers d'infirmières cliniciennes ni praticiennes (appellation qui n'est pas développée si ce n'est en faisant un parallèle avec les « nurses practitioners » américaines).

Mais il cite l'importance des infirmiers en pratiques avancées et propose de les positionner dans deux secteurs d'intervention :

- « Les soins « courants » dits de première ligne : prévention, diagnostic, traitement (soins pour plaies, traumatismes légers, vaccination) et orientation
- La prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques : conseil, accompagnement et éducation thérapeutiques analyse des examens de contrôle et réajustement des thérapeutiques. »

Le rapport souligne l'absence de formation intermédiaire dans le monde de la santé entre bac+3 et bac+10, il y a pourtant des masters qui commencent à être reconnus comme celui d'IADE et d'autres qui seront reconnus prochainement, on peut l'espérer, IBODE, Puéricultrices. La formation tient une place importante dans ce rapport car il revient souvent pour favoriser la formation continue, la VAE pour adapter et développer les métiers nécessaires aux besoins de la population. Il propose de revoir la formation des médecins, c'est un élément souvent abordé dans différents rapports mais qui n'a jamais abouti.

Ce rapport serait une opportunité pour la profession d'infirmière de faire reconnaître ses compétences et de la valoriser par des diplômes reconnus. En effet, il souhaite un travail interministériel pour recenser les diplômes mais aussi de développer les fiches métiers de la fonction publique, à nous d'être vigilants et de savoir faire reconnaître nos compétences tant par des diplômes que par une rémunération en adéquation. ■

Laurette MIRA
Vice-présidente CNI

A nous d'être vigilants et de savoir faire reconnaître nos compétences tant par des diplômes que par une rémunération en adéquation.

RAPPORT CORDIER

Un projet global pour la Stratégie Nationale de Santé : 19 recommandations

1. Promouvoir la santé de chacun et de tous
2. Impliquer et accompagner la personne malade, soutenir l'entourage
3. Créer une instance représentative des associations des usagers du système de santé
4. Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires
5. Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant
6. Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux
7. Créer un service public de l'information pour la santé
8. Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital
9. Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé
10. Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé
11. Développer la télémédecine à bon escient
12. Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes
13. Réformer les modalités de rémunération et de tarification
14. Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux
15. Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé
16. Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche
17. Renforcer les capacités prospectives et stratégiques
18. Avec les ARS faire le choix de la subsidiarité
19. Réorganiser le pilotage national

Stratégie Nationale de Santé

Annoncée par le Premier Ministre début 2013, la Stratégie Nationale de Santé affiche l'ambition de définir un cadre de l'action publique dans les années qui viennent pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...).

Le 23 septembre 2013, la présentation de la feuille de route par Marisol Touraine a acté la première étape. La Coordination Nationale Infirmière faisait partie des nombreux invités.

Avant de parler du fond, arrêtons-nous quelques instants sur la forme de ce temps fort :

- 4 ministres à la tribune accompagnées de M. Alain CORDIER qui a présidé le Comité « des Sages » mis en place à la demande de M. Jean-Marc AYRAULT en mars 2013,
- une salle comble avec de nombreuses personnes debout, composée de présidents d'organisations professionnelles et d'usagers, des représentants des ARS et une grande présence de la presse,
- des discours retransmis en direct sur écran et traduit en langage des signes avec 3 interprètes qui se sont relayés,
- une retransmission en direct avec toutes les ARS.

Les 4 ministres pour lancer la SNS le 23 septembre 2013 :

Marisol TOURAINE

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

Michèle DELAUNAY

Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie

Dominique BERTINOTTI

Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, chargée de la Famille

Geneviève FIORASO

Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche

Il est clair que la Stratégie Nationale de Santé est actée ce 23 septembre 2013 et largement diffusée auprès des acteurs concernés.

Vous pouvez d'ailleurs retrouver sur le site du Ministère, les discours, la vidéo de l'intervention de Marisol Touraine ainsi que les éléments clés de la SNS.

<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/feuille-de-route-de-la-strategie,16246.html>

Dans son discours Marisol Touraine souligne « Cette ambition, cette volonté, cette exigence appellent la coordination de toutes les politiques publiques. Je veux saluer la présence de trois ministres aujourd'hui à mes côtés.

Geneviève FIORASO, parce que l'université forme les professionnels de demain et parce que nos chercheurs inventent les thérapies d'avenir. Santé, formation et recherche sont indissociables.

Michèle DELAUNAY, parce que l'un des plus grands défis est d'adapter notre société au vieillissement.

Dominique BERTINOTTI, parce que la famille joue un rôle essentiel dans l'éducation à la santé et dans l'accompagnement des malades. »

On peut alors s'étonner, au regard des objectifs affichés, de l'absence de Marie-Arlette CARLOTTI, Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, chargée des Personnes Handicapées et de la Lutte contre l'Exclusion.

Bien que, dans son discours, la Ministre de la Santé précise encore :

« Mais au-delà, tous les ministères, ou presque, sont directement concernés et leur mobilisation est indispensable, car la santé passe par l'école, la médecine du travail, l'attention aux prisons notamment.

Il n'y a qu'une politique de santé. Il n'y a pas la santé publique d'un côté et l'assurance-maladie de l'autre. Il n'y a qu'une politique de santé, celle que je conduis dans le cadre de la stratégie nationale

dont j'énonce aujourd'hui les principes et les objectifs qui seront inscrits dans une loi présentée en 2014.

Pour accomplir la refondation nécessaire, notre stratégie repose sur trois piliers : ancrer notre politique autour d'objectifs de santé publique identifiés et partagés, structurer la médecine de parcours à partir des soins de premier recours et développer les droits des patients. »

Au travers de la SNS, le gouvernement affiche la volonté d'améliorer la santé des français en développant la prévention. Comme le dit le vieil adage « mieux vaut prévenir que guérir ! » et nous sommes bien sûr très favorable au développement de politiques de prévention. Les choses se compliquent lorsque Marisol TOURAINE annonce « *Le médecin traitant sera identifié comme le pivot de la politique de prévention. Pour une prise en charge globale, il sera rémunéré pour ses actions de prévention, de coordination des parcours de soins ou de santé publique. Depuis un an, nous avons avancé. Nous continuerons dans le PLFSS* pour 2014, en proposant de nouveaux modes de rémunération des médecins. Nous généraliserons, au-delà du paiement à l'acte, les rémunérations sur objectifs de santé publique que l'assurance maladie a commencé à mettre en place.*



L'infirmier, un acteur de premier plan dans l'éducation thérapeutique et préventive

« Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de **prévention**, **d'éducation de la santé** et de formation ou d'encadrement ». Code de la Santé Publique - article L. 4311-1

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1. De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
2. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
3. De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
4. De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
5. De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. » Code de la Santé Publique - article L. 4311-2.

Stratégie Nationale de Santé

Cette politique de prévention se fera dès le plus jeune âge et tout au long de la vie.

Il nous faut agir le plus tôt possible pour que les comportements d'aujourd'hui ne deviennent pas les maladies de demain. Je veux qu'ensemble nous nous donnions dix ans pour généraliser le « réflexe prévention ». Mieux détecter les enfants rencontrant des problèmes de vue qui pénalisent les parcours scolaires. »

Pas une phrase, pas un mot sur le rôle infirmier dans cette politique de prévention. Peut-être devons nous rappeler à nos tutelles que, même si le code de la santé nous considère hélas encore comme des « auxiliaires médicaux », ce dernier nous confère un rôle non négligeable concernant la prévention et nous sommes donc des acteurs incontournables dans ce domaine.

Nul besoin donc de définir de nouvelles missions pour les infirmier(e)s en ce domaine, notre décret de compétences établit clairement une compétence infirmière en matière de prévention et d'éducation de la santé.

Il existe également un autre incontournable qui proscrit de considérer le médecin comme seul

pivot et référent d'une politique de prévention, je pense bien sûr à la réalité de la répartition médicale sur le territoire français. En effet, la répartition géographique a été imposée aux infirmier(e)s mais, pour les médecins, le ministère de la santé a fait le choix de mesures incitatives en affirmant la volonté de ne pas engager de coercition envers eux. Dont acte ! Pour autant, le constat s'impose, les médecins ne sont pas présents partout et il devient dès lors incohérent de faire reposer la stratégie de prévention sur eux seuls. Nous devons réaffirmer avec force notre place dans le système de santé !

*Nous devons
réaffirmer avec force
notre place dans
le système de santé.
INFIRMIER : pivot
de la chaîne
pluridisciplinaire
du soin.*

CESEGH
Centre d'Etudes Supérieures en
Economie et Gestion Hospitalière

**LA RÉFÉRENCE EN FORMATION
POUR LA GESTION HOSPITALIÈRE**

MASTER 2
Gestion des Établissements de Santé (Niveau 1)
Parcours Management des Établissements Sanitaires Privés
Parcours Management des Établissements Médico-sociaux

1

2 **Diplôme d'Université**
Qualité et Gestion des Risques en Établissements Sanitaires et Médico-sociaux

3 **Diplôme d'Université**
Management Infirmier

4 **Certification Professionnelle**
Gestionnaire de SSIAD (Niveau 2)

5 **Diplôme d'Université**
Management en Imagerie Médicale Libérale

6 **Diplôme d'Université**
Management Stratégique des pôles d'activité hospitaliers **NOUVEAU**

7 **Diplôme d'Université**
Droit et santé **NOUVEAU**

Depuis plus de 20 ans,
le CESEGH est une structure de référence, qui associe enseignants universitaires et professionnels du secteur hospitalier pour répondre aux besoins de formation spécifique à la gestion hospitalière.

CESEGH : Arche Jacques Cœur • 222, place Ernest Granier • CS79025
34965 Montpellier Cedex 2 • Tél : 04 99 13 60 50 • Fax : 04 99 13 60 54
Email : contact@cesegh.fr • Site : www.cesegh.fr

EN PARTENARIAT AVEC :

UMI Université Montpellier I
FHP Fédération Française des Hospitaliers
SYNERPA
unassisi
F N M R

CETOHA
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 cetohm@cetohm.com

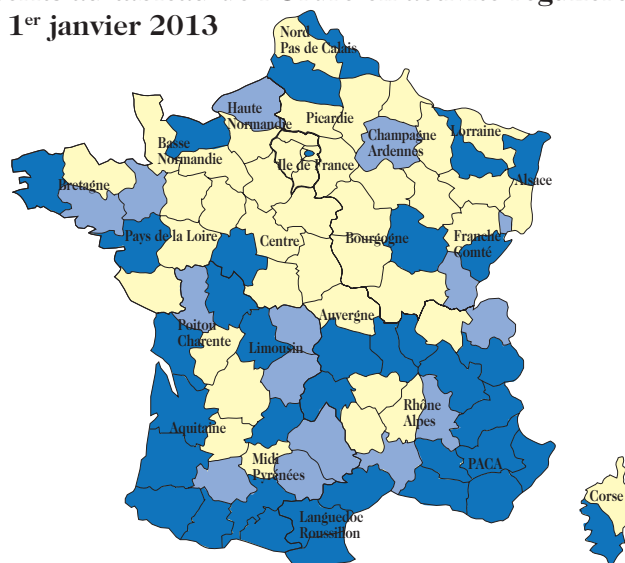
**PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ,
DEVENEZ OSTÉOPATHE**

Une formation en 5 ans (9 fois 4 jours par an) conforme aux décrets du 25 mars 2007
Un établissement référent - de formation continue (enregistré sous le n° 11770257277)
- agréé par le Ministère de la Santé
- certifié ISO 9001:2008
- certifié ISO 29990:2010

Une équipe pédagogique qualifiée, expérimentée, professionnelle

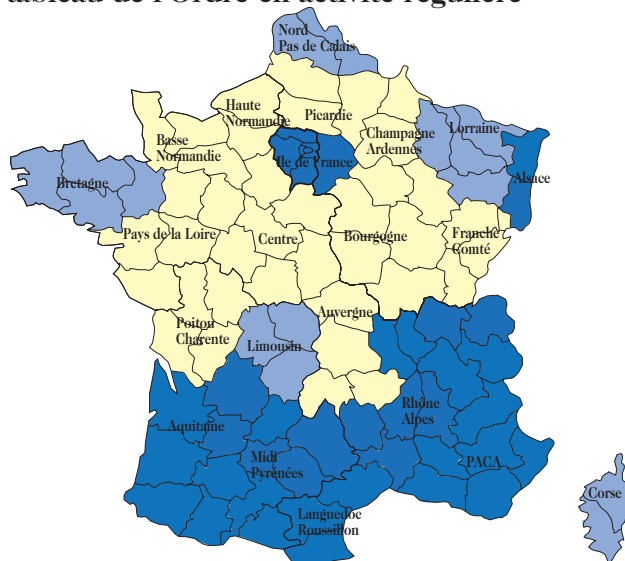
www.cetohm.com

Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013



Densité en activité régulière pour 100 000 habitants
 ■ Densité faible (43) ■ Densité moyenne (15)
 ■ Densité forte (38)

Densités régionales des médecins spécialistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière



Densité en activité régulière pour 100 000 habitants
 ■ Densité faible (10) ■ Densité moyenne (5)
 ■ Densité forte (7)

Arrêtons-nous également sur les professionnels nécessaires au développement de cette Stratégie Nationale de Santé et notamment sur les compétences et donc les formations.

Dans son discours Marisol TOURAINE souligne « Ces dernières années, une grande confusion a accompagné l'intégration des formations sanitaires et sociales au dispositif licence-master-

doctorat (LMD). Demain, nous développerons les pratiques avancées, à partir d'un métier socle et nous accélérerons la délégation de tâches, ainsi que la création de nouveaux métiers, par exemple d'infirmier clinicien.

Dès 2014, mes services, en lien avec ceux de Geneviève FIORASO, travailleront avec les professionnels de santé pour identifier ces pratiques avancées et ces nouveaux métiers. »

Il s'agit là du seul moment du discours où le terme « infirmier » est prononcé... Pour autant, les contours de cette création du métier d'infirmier clinicien demeure assez flou. Beaucoup de points restent à définir, tant en terme de formation, de statut, qu'en terme de salaire...

Pour la Coordination Nationale Infirmière, il n'existe pas d'opposition majeure au développement de la coopération entre professionnels de santé à la condition que soient identifiées et reconnues les compétences infirmières. Le socle initial de formation infirmière (Licence) doit pouvoir s'inscrire dans un système LMD complet avec une filière en Sciences Infirmières. Les pratiques avancées doivent s'inscrire dans ce parcours.

Cette inscription permettra également le développement de la recherche infirmière.



Stratégie Nationale de Santé

Les annonces de la Stratégie Nationale de Santé se sont également posées en lien avec les travaux menés par Edouard COUTY dans le cadre de la construction du Pacte de Confiance.

Le Comité des « sages » concède, avec lucidité, que *« depuis longtemps les rapports se succèdent avec souvent des recommandations qui renforcent les précédentes, et les principaux axes d'action sont connus (...) tout ou presque a déjà été écrit, voire expérimenté »*.

Il est donc clairement temps de passer à la phase action. Mais force est de constater que le gouvernement est encore en mode « consultation ».

De nombreux forums régionaux sont organisés afin de poser la concertation. Dans les faits, les discours se succèdent, les débats constructifs sont rares. La Ministre est le plus souvent absente des forums. Certes, certaines manifestations ont été pour le moins mouvementées.

Mais comment prétendre restaurer la confiance chez les hospitaliers lorsque les actions concrètes se résument à des pertes d'acquis sociaux, à des réorganisations ayant pour but principal des suppressions de postes... Les seules mesures

sont en effet encore et toujours les restrictions budgétaires !

Alors, oui, la Coordination Nationale Infirmière souhaite s'inscrire dans une démarche constructive et voir s'améliorer le système de santé mais la première des urgences est d'entendre les infirmiers, tous secteurs d'activité confondus, et d'acter des mesures concrètes. Car s'il est un pivot dans la chaîne pluridisciplinaire du soin, c'est bien l'infirmier et cela se vérifie quelque soit le secteur d'activité !

La Stratégie Nationale de Santé doit s'exprimer dans une Loi Santé qui s'inscrirait au parlement en juillet 2014. La Coordination Nationale Infirmière s'engage d'ores et déjà à être force de propositions auprès du Ministère puis des parlementaires.

Professionnels, n'hésitez pas à nous rejoindre et vous mobiliser.

L'avenir sera celui que nous construirons ! ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI

**PLFSS: Projet de Loi et de Financement de la Sécurité Sociale*



OUVRAGES
LOGICIELS & WEB

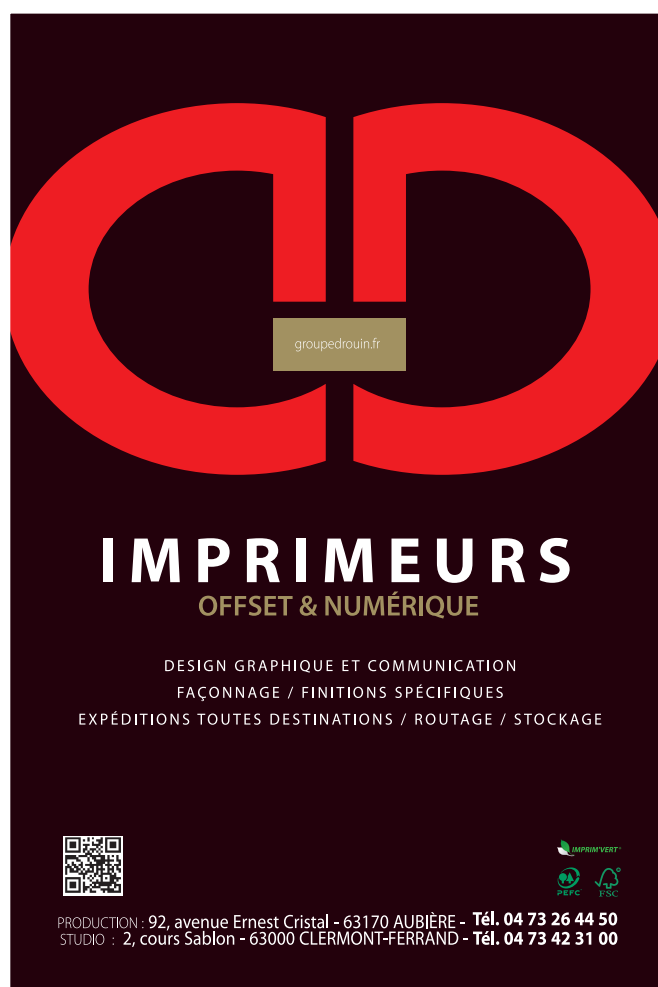
**VOS APPLICATIONS
MÉTIERS SUR MESURE**

LOGICIELS
APPLICATIONS WEB

APPLICATIONS
MOBILE

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

OUVRAGES
9 rue Philippe Marcombes 63000 Clermont-ferrand
09 50 97 89 53 - contact@ouvrages-web
www.ouvrages-web.fr



groupedrouin.fr

IMPRIMEURS
OFFSET & NUMÉRIQUE

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

IMPRIMEURS
PRODUCTION : 92, avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE - Tél. 04 73 26 44 50
STUDIO : 2, cours Sablon - 63000 CLERMONT-FERRAND - Tél. 04 73 42 31 00

Pénibilité : « les oubliés » de la réforme

Avec le nouveau projet de réforme des retraites 2013, le gouvernement s'est engagé à créer un « compte personnel pénibilité » pour les salariés du secteur privé.

L'article 6 crée, à compter du 1^{er} janvier 2015, un dispositif ouvrant des droits à tous les salariés du secteur privé exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité au-delà de seuils qui seront définis par décret. Ce compte sera nourri par des points en fonction de la durée d'exposition. Chaque trimestre d'exposition au cours de l'année civile ouvrira des droits :

- Un point s'il y a exposition à un facteur de pénibilité
- Deux points, maximum, s'il y a exposition à plusieurs facteurs de pénibilité au cours de la même période.

A partir de 10 points, les agents se constitueront ainsi les droits suivants :

- Soit le financement de tout ou partie des frais d'une action de formation professionnelle continue.
- Soit la compensation de la diminution de leur rémunération en cas de réduction de leur durée de travail.
- Soit la majoration de leur durée d'assurance auprès du régime de retraite.

Ce compte personnel pénibilité est une avancée pour les infirmières du secteur privé dont la pénibilité n'était aucunement reconnue. Mais le mécanisme est limité car il ne compensera qu'un maximum de deux années sur l'âge de départ en retraite.

De plus, la difficulté d'attribution et de traçabilité des points contenus dans ce compte personnel semble assez complexe et aléatoire. Les fiches d'expositions obligatoires depuis 2010 en sont la preuve flagrante puisque pour la plupart elles sont peu remplies et cela semble compromettre une bonne tenue du futur « compte personnel pénibilité ». Pour établir des critères fins de pénibilité, il faudrait pouvoir reconstituer les parcours professionnels. Or, aujourd'hui, on ne dispose pas d'outils permettant de façon pragmatique et homogène.

Dix facteurs de pénibilité sont définis dans le Code du travail (article D. 4121-5). Notre profession est exposée à plusieurs de ces facteurs. Le travail de

nuit, les horaires en équipes alternantes, le port manuel de charge et l'exposition à des agents chimiques dangereux (chimiothérapie).

A ces critères, la CNI estime qu'il serait opportun d'ajouter les 2 suivants :

1. l'augmentation de la charge de travail,
2. les risques psycho-sociaux majorés (agression, stress, médiatisation judiciaires...).

L'invalidité des agents est une cause de départ précoce à la retraite dans la Fonction Publique Hospitalière (soit 9% des agents).

Toutes les études démontrent la pénibilité de notre profession et l'usure professionnelle qui en découle.

Dans la Fonction Publique Hospitalière entre 2005 et 2008, environ 75 600 agents ont fait valoir leurs droits en retraite. 75% d'entre eux appartenaient à la filière soignante et de rééducation. Cette tendance augmente. En 2015, un infirmier sur deux sera parti en retraite (Santé.gouv.fr).

Avant la réforme de novembre 2010, les infirmiers de la Fonction Publique Hospitalière pouvaient partir en retraite avant 60 ans. Une majoration d'assurance de 1 an tous les 10 ans leur était accordée depuis la réforme Fillon de 2003 au regard de leur pénibilité professionnelle. Ceux ayant optés pour le maintien d'une catégorie active maintiendront ce droit à majoration. Les professionnels ayant fait le choix de la revalorisation salariale sont placés en catégorie sédentaire perdent ce droit et verront leurs droits à la retraite s'ouvrir à partir de 60 ans... Les infirmiers entrant dans la Fonction Publique Hospitalière à partir de 2010 n'auront plus accès à la majoration et verront leurs droits à la retraite s'ouvrir à partir de 62 ans avec l'allongement de la durée de cotisation 43 ans en 2035, contre 41,5 ans aujourd'hui. Or, qu'ils aient optés pour une catégorie active ou sédentaire, qu'ils aient intégrés la FPH après la fin 2010, ou qu'ils travaillent dans le secteur privé, tous ces professionnels ont les mêmes contraintes d'exercice et sont exposés aux mêmes facteurs de pénibilité.

Comme nous l'avons dit plus haut, l'âge d'ouverture

Pénibilité : « les oubliés » de la réforme

des droits à la retraite des infirmières recrutées dans la FPH depuis 2010 est porté à 62 ans. Dans une réforme des retraites qui se dit « équitable » comment peut-on comprendre la logique du gouvernement qui enlève à l'un et donne à d'autres ? Dans quelques années la pénibilité des infirmières du secteur public ne sera plus reconnue. Occulter la pénibilité dans un secteur d'activité donné reviendrait-il à dire que cette pénibilité est différente selon le secteur alors que les contraintes sont les mêmes ? L'impact des réformes doit toucher l'ensemble de la profession à critères identiques de pénibilité (travail de nuit, équipe en horaires alternants...).

La CNI revendique la reconnaissance pour les infirmiers et infirmiers spécialisés d'une pénibilité professionnelle à partir de quinze années de services effectifs, et ce, quel que soit le statut (catégorie A ou B) ou le secteur d'activité (privé/public). A l'instar d'autres professions, nous demandons l'attribution d'une bonification au 1/5^{ème} aux infirmiers et infirmiers spécialisés.

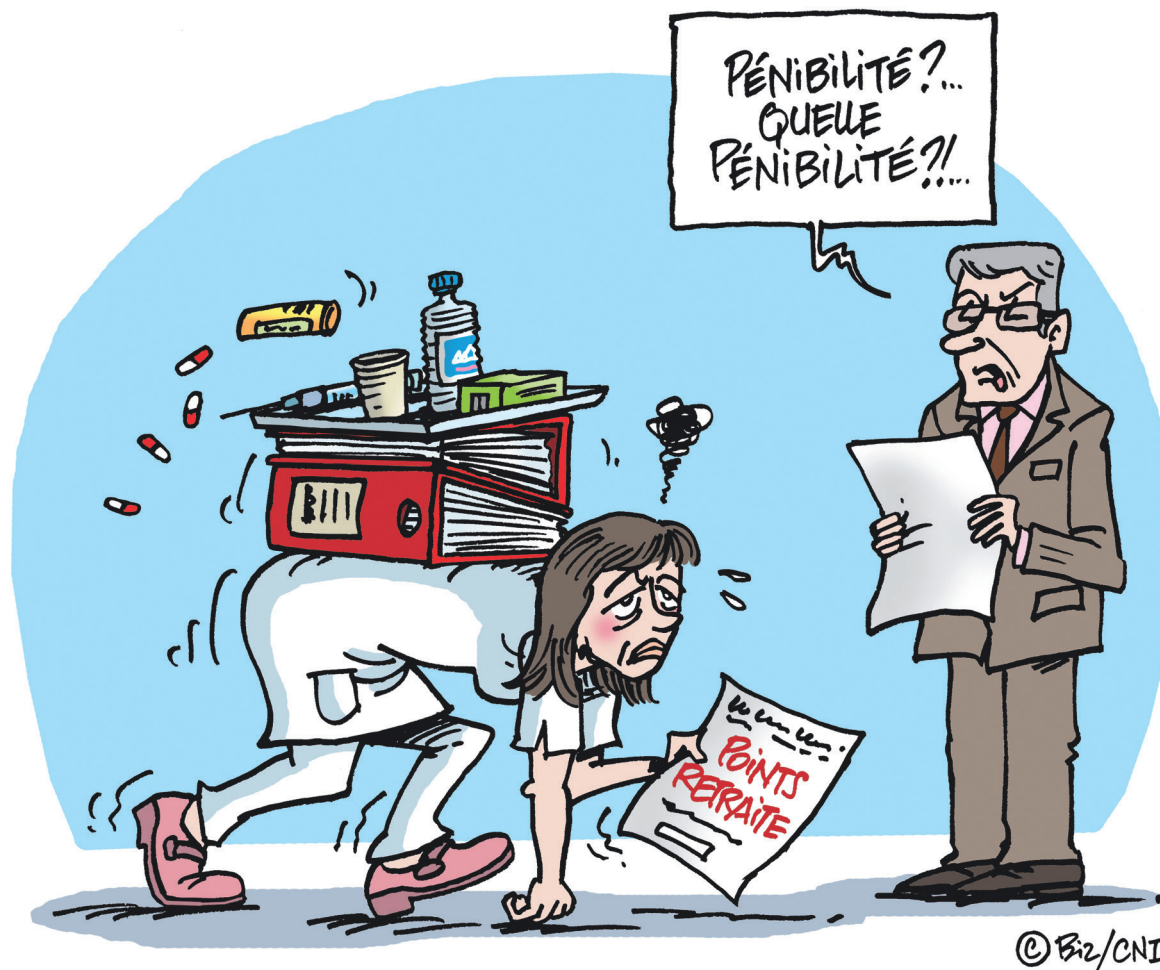
La remise en cause de notre pénibilité professionnelle peut, à terme, avoir de graves conséquences sur la prise en charge des usagers et porter préjudice à l'ensemble des métiers de la

santé en encourageant la désertion des soignants en activité.

La prévention est un des axes donné par le gouvernement pour prévenir et réduire les situations où la santé des travailleurs est altérée sur le long terme. Cette question loin d'être résolue ne peut occulter le fait que certains facteurs de pénibilité feront irrémédiablement partis de notre exercice professionnel infirmier. Personne n'envisage que des robots remplacent les infirmières la nuit. Des mécanismes de compensation sont nécessaires et devront être réévalués à la hauteur des contraintes. Pour exemple la prime de nuit des agents de la FPH : Montant actuel de 1,07€ brut de l'heure, sensiblement identique pour le secteur privé.

Quel que soit les actions de prévention entreprises par le gouvernement ces dernières ne doivent pas menés à un démantèlement des horaires ou cycles de travail (application des 12h, alternance de nuit/jour...). En ce sens, les discussions avec les partenaires sociaux seront primordiales afin de préserver l'équilibre des agents.

Mieux prendre en compte la pénibilité du travail pour rendre le système plus juste était l'objectif du gouvernement...



© Biz/CNI

Après de nombreux débats au parlement et un rejet unanime du Sénat début novembre. La réforme des retraites a été définitivement adoptée le 18 décembre 2013. Cette dernière a été votée à main levée à l'Assemblée Nationale.

Les principales mesures de cette réforme des retraites sont le maintien de l'âge légal de départ à 62 ans, l'allongement de la durée de cotisations à 43 ans en 2035 et la mise en place à partir de 2015 d'un compte pénibilité pour le secteur privé.

Cotisons, cotisons :

A court terme : le gouvernement a renoncé à augmenter la CSG et projette une hausse des cotisations salariales et patronales de 0,15 point en 2014 puis +0,05 point par an jusqu'en 2017. A terme, c'est donc une hausse de 0,3 point que prévoit la réforme sur un salaire brut, et même de 0,6 point si l'on combine la part salariale et la part patronale.

A plus long terme, la réforme prévoit comme annoncé un allongement de la durée de cotisation à 43 ans en 2035, contre 41,5 ans actuellement. Cela représente un trimestre de plus tous les trois

ans. Le recul de l'âge légal de départ à la retraite a finalement été écarté. Reste que, malgré un âge légal maintenu à 62 ans, il faudra certainement travailler au-delà pour obtenir une retraite à taux plein...

Compte pénibilité :

Le nouveau « compte pénibilité » a été présenté comme la véritable nouveauté de la réforme. Il a effectivement été adopté et doit être mis en place le 1er janvier 2015. Il sera financé par « une contribution payée par toutes les entreprises » et « près de 20 % des salariés du secteur privé auront vocation à détenir un compte pénibilité » selon les déclarations du premier ministre.

Les travailleurs handicapés justifiant d'une durée d'assurance minimale pourront prendre leur retraite à 55 ans si leur taux d'incapacité est de 50 % (80 % aujourd'hui).

Pour la CNI, nous sommes loin d'une réelle reconnaissance de la pénibilité professionnelle infirmière. Le combat continue... ■

*Régine WAGNER et Nathalie DEPOIRE
Trésorière et Présidente CNI*



Un équipage APHM à l'assaut du désert

Participation au Trophée...



L'histoire commence lors d'une pause repas à l'hôpital nord. Nous nous lançons un pari un peu fou : participer au « Trophée roses des sables ».

« Le Trophée roses des sables » est une compétition 100% féminine issue de la pure tradition des rallyes raids africains. L'objectif étant de rallier l'étape du jour à l'aide d'un road-book, d'une carte et d'une boussole, en respectant les différents contrôles de passages. La notion de vitesse n'est pas retenue et les GPS interdits.

Le volet humanitaire tient une place majeure dans l'évènement puisque chaque concurrente se doit d'acheminer au minimum 25 kg de dons humanitaires au profit de l'association « enfants du désert ».

« Un défi sportif - une course du cœur » :

- Association « enfants du désert » : cette année, 35 tonnes de dons récoltés par les équipages : médical, hygiène, scolaire...,
- Association « cancer du sein, parlons en ! » : formation d'un ruban humain géant dans les dunes,
- Opérations Roses Solidaires – Croix Rouge Française.

La direction de l'APHM a tout de suite cru en notre projet et nous a soutenues. Ils ont mis à notre disposition un « Berlingo 4X4 » utilitaire en service, préparé par DANGEL.

Après la récolte des dons et la chasse aux sponsors pour pouvoir payer l'inscription, nous voilà parties pour une aventure dite « extraordinaire et inoubliable ».



Dès le début, au village, départ de la course, nous ne sommes pas passées inaperçues... : un Berlingo avec une rampe gyrophare au milieu de 4X4 dont certains étaient préparés pour le DAKAR.

Après quelques « gentilles moqueries », sourires de compassion et une prédiction de quasi abandon par les organisateurs, nous voilà à l'assaut du désert à bord de notre « Zébulon ».

La course fut une succession de moments magiques, émouvants, fatigants, tendus... mais nous n'oublieront jamais la remise des dons aux enfants qui avaient les yeux remplis d'étoiles.

Nous avons pu amener du matériel scolaire, des vêtements... mais également du matériel médical (chauffe sérums, défibrillateurs, pousse-seringues électriques).

Tout au long de la course, nous n'avons pas eu de grosses galères mais des galères tous les jours : dégonfler, creuser, mettre les plaques, désensabler, regonfler...et recommencer peu de temps après, était notre quotidien.

Notre plus grosse frayeur a été une fissure dans le carter d'huile à 80 Kms de l'arrivée mais une réparation de fortune par les mécanos de la course nous a permis de rallier l'arrivée.



Un équipage APHM à l'assaut du désert

Notre plus grande satisfaction a été de terminer l'épreuve avec le plus petit véhicule, qui en a fait sourire plus d'un, alors que personne n'y croyait : 114^{ème} place sur 183 au classement.

Notre plus grande fierté est d'avoir terminé à la 5^{ème} place de l'étape marathon ; une étape sur 2 jours en autonomie complète que l'on a disputé dans la tempête de sable.

Nous avons vécu 10 jours d'aventure intense où les maîtres mots ont été « solidarité, entraide et partage ».

*Aurélie REGNIER-ARNAUD
et Alice BESSE DE LAROMIGUIERE
IDE et IBODE*



Trophée « roses des sables » 2012,
un rallye humanitaire 100% féminin
à travers le désert marocain.



Un Dimanche de garde ordinaire

10h

J'arrive, je passe par le standard et récupère les clefs du bureau des urgences affecté au cadre de garde le week-end.

Tout juste le temps de me déguiser en blanc et j'entame le tour des services. Je débute par la pédiatrie, encore quelques lits de disponible. Une auxiliaire a prévenu de son absence pour demain mais celle du matin me propose de venir. J'ai de la chance !

Je prends les escaliers, le téléphone retentit ! Un décès en gériatrie. La famille est présente et ne souhaite pas me rencontrer, ouf ! Toujours difficile d'être confrontée au chagrin des familles.

Je continue mon tour. Arrivée au niveau du service de cardiologie, fermé pour travaux, je m'aperçois que les portes sont ouvertes. J'entre. Quelle n'est pas ma surprise ? Dans la majorité des chambres, les fenêtres sont grandes ouvertes (nous sommes au 5^{ème} étage !), les outils traînent, les fils électriques pendent et les matériaux sont en accès libre ! Je me renseigne dans le service d'à côté. Cela est déjà arrivé et a déjà été signalé mais les portes ne sont toujours pas sécurisées ! Et la sécurité ? Tout est là pour inciter au vol ou au suicide, mais cette idée bizarre est sans doute due à mon côté psy ? J'appelle l'ouvrier de garde, il viendra cet après-midi, super.....

Les IDE de cardiologie sont en manque de sachets pour le transport des tubes.

Je continue le tour.

11h

Appel des ambulances pour le transfert du corps de Mme X, décédée ce matin en gériatrie, là-haut sur la colline. Plutôt qu'un appel, cela ressemble à un ordre.

11h10

Appel de la pharmacienne d'astreinte pour un problème informatique : patiente admise en pneumologie après passage aux urgences. Malgré le travail de la secrétaire, impossible de prescrire via notre logiciel. SOS téléphonique lancé à l'informaticien d'astreinte. Pas de prescription donc pas de traitement pour la patiente. Vive l'informatique !

11h20

Je ne suis toujours pas redescendue, les lits disponibles sont rares ! Pourvu que les urgences soient calmes...

11h25

Appel d'une entreprise funéraire pour un transfert de corps. Il faut appeler un brancardier, descendre à la morgue au sous sol, et rapidement. Oh, j'adore attendre dans ce local sinistre ! La voiture arrive, le téléphone sonne... je vérifie les papiers et je remonte.

11h50

L'infirmière de gériatrie n'a plus de Stagid® et me demande de leur en trouver. Cette fois, c'est moi qui appelle la pharmacienne. Elle viendra cet après-midi.

Je termine enfin mon tour. Il est 12h30, plus de deux heures pour 7 étages et 8 services. Je finis en appelant la réanimation et la maternité. C'est plus facile car ce sont des services qui fonctionnent en mode clos.

13h15

Appel de la réanimation pour un décès. La famille est présente et l'IDE me demande ce qu'elle doit faire...

13h30

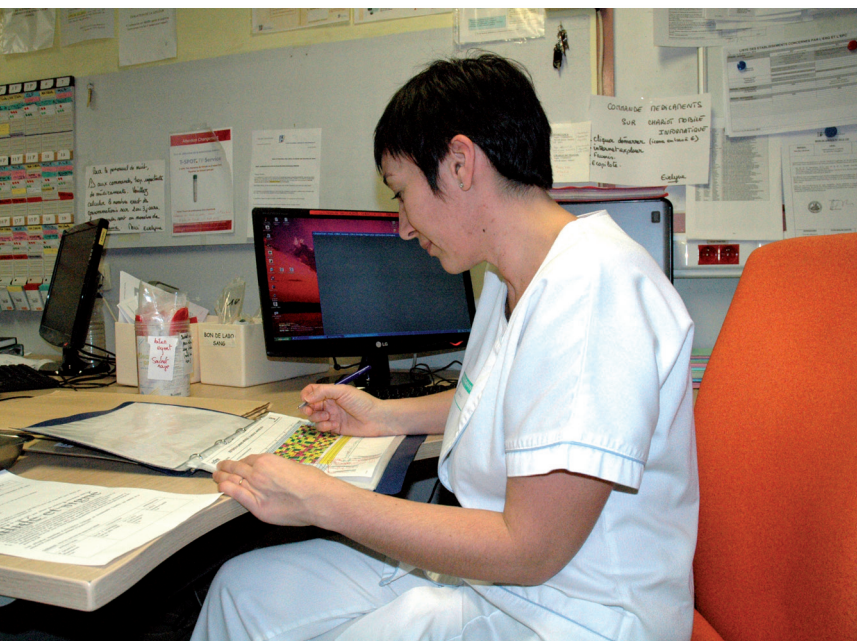
Visite à la pharmacie pour récupérer le Stagid®. Après avoir fait le tour téléphonique des services pour connaître leurs éventuels besoins.

14h10

Appel du long séjour, où des examens labo sont à descendre mais le chauffeur ne répond pas !

Je récupère mes clefs de voiture, informe le standard et je monte pour récupérer sur la colline les examens de labo, donner le Stagid® et faire un tour dans les services de psychiatrie. Tout est calme.

C'est bien les gardes, on se ballade. La gériatrie et la psychiatrie se situent au sommet d'une colline et l'hôpital général à la base de celle-ci.



14h30

Appel des pompes funèbres pour proposer un rendez-vous pour une sortie de corps.

Je redescends, porte les examens au labo, récupère des sachets pour les urgences et la cardiologie et me fais remonter les bretelles par la laborantine qui trouve leur consommation trop importante ! Merci madame au revoir !

15h

Appel du standard pour présentation de corps.

Le fils de la patiente décédée ce matin apporte des vêtements pour sa mère, ne souhaite pas la voir. Il est perdu, désespéré et a besoin d'être écouté.

Au moment de son départ, les pompes funèbres arrivent. Ils viennent chercher le corps de sa mère mais lui n'est pas au courant. C'est la sœur qui s'est chargée des démarches administratives sans l'informer. Restons ZEN, tout va bien.

15h30

Appel de l'administratif de garde pendant l'entretien avec le fils. Je suis un peu gênée mais je dois répondre. Le système de transport par obus pneumatique est en panne. Les médecins urgentistes l'ont appelé car les prélèvements restent bloqués aux urgences et ils cherchent quelqu'un pour les porter au laboratoire !!! Je réponds que cela sera possible dès que je serai disponible.

15h50

Sortie du corps et départ du fils.

Je cours aux urgences, les bilans sont partis.

Ensuite, j'enregistre les lits disponibles sur le site de l'ARS. Cela aurait dû être fait avant 15h, il est 16h30 mais mieux vaut tard que jamais.

Je poursuis mon chemin vers la maison médicale, qui se trouve dans l'enceinte de l'hôpital afin de réduire le temps d'attente et faciliter la prise en charge aux urgences.

17h30

Re-promenade au laboratoire pour les examens des urgences. A renouveler encore avant mon départ ?

Puis, je remplis le cahier de garde et reprends le chemin inverse à celui du matin.

Ce fut un dimanche calme, activité importante aux urgences mais je n'ai pas été obligée de réouvrir des lits, après avoir négocié avec l'administratif de garde. Pas d'absentéisme, pas d'agitation, pas de panne d'électricité. Le SSIAD* n'a pas appelé pour une voiture en panne. Je n'ai pas eu à gérer une fugue de patient de psychiatrie, pas de place en chambre fermée à trouver.

J'ai visité l'hôpital en long et en large et j'ai eu un peu de temps pour parler aux équipes.

Ce fut un dimanche de garde calme. ■

*Danièle HENGEN
Cadre de santé - CH Martigues*

*SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile.

*Un dimanche
de garde
calme !*

Quand la Cour des Comptes relève une erreur informatique

Quelle ne fut pas la surprise des infirmiers et sages-femmes contractuels du C.H. de Cavaillon de voir leur salaire de fin août amputé de la prime spécifique de 90 euros sans courrier explicatif. Après avoir interrogé la DRH, les professionnels apprennent qu'ils ne doivent pas percevoir cette prime et en plus qu'ils vont devoir rembourser les sommes perçues. L'enquête de la Cour des Comptes dont est la cible le C.H. de Cavaillon a montré cette erreur informatique, le logiciel de la paie attribuant cette prime à tous les professionnels infirmiers et sages-femmes.

En effet, le décret n°88-1083 du 30 novembre 1988, relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents, stipule que cette prime n'est attribuée qu'aux agents stagiaires ou titulaires.

Après une recherche des anciens textes, on peut lire que l'arrêté du 23 avril 1975 relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents précise :

« A compter du 1^{er} janvier 1975, une prime peut être attribuée aux agents énumérés ci-après en fonction dans les établissements relevant du livre IX du code de la santé publique :

- 1) Infirmiers et infirmières, infirmiers et infirmières spécialisés, puéricultrices et sages-femmes
- 2) Surveillants et surveillants chefs des services médicaux, surveillantes et surveillantes chefs des services médicaux, issus des emplois d'infirmier et infirmière, infirmier spécialisé et infirmière spécialisée ou de puéricultrice, chefs et cheftaines d'unités de soins (cadre d'extinction)
- 3) Surveillantes chefs des services médicaux issues de l'emploi de sage-femme
- 4) Moniteurs et monitrices d'école d'infirmiers et d'infirmières, directeurs et directrices d'école d'infirmiers et d'infirmières, moniteurs et monitrices d'école de cadres, directeurs et directrices d'école de cadres. »

L'article 2 précise : « cette prime est payable mensuellement et à terme échu. Elle est réduite, dans les mêmes proportions que le traitement. »

Ce texte n'indique pas le statut de l'agent. Pourquoi ce changement ? Qu'est-ce qui en 1988 a motivé cette modification du texte initial ?

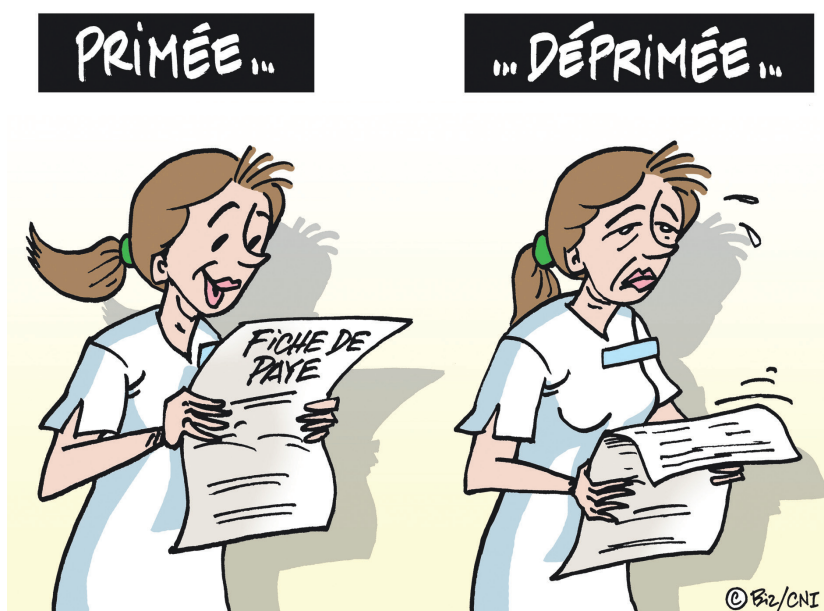
Ce décret est pour beaucoup passé inaperçu, tant pour les syndicats que

pour les professionnels mais aussi les DRH. En effet, dans beaucoup d'établissements de santé, le logiciel de calcul de la paie prévoit la prime quel que soit le statut des infirmiers ou sages-femmes.

Cette information a fait boule de neige et la DRH du C.H. de Cavaillon a prévenu les établissements du Vaucluse pour savoir si eux aussi attribuaient cette prime aux contractuels.

La CNI du C.H. de Cavaillon a rencontré tant la DRH que le directeur de l'établissement, demandant le non remboursement de la dette par les agents, la faute n'étant pas de leur fait. Enfin, le directeur a tranché. Tant que la Cour des Comptes n'aura pas rendu son rapport, il n'y aura pas de prélèvement sur le salaire pour rembourser cette prime versée à tort. Certains professionnels contractuels ont été stagiairisés pour éviter cette perte de salaire mais surtout pour limiter la fuite de professionnels. ■

Laurette MIRA
Présidente CNI de Cavaillon





Flash infos

Jour de carence : fin de la double peine !

En 2013, les absences maladies des fonctionnaires ont fait l'objet de retraits de salaire. Ces absences ont également impactées la prime de service, c'est pourquoi nous parlons ici de double peine.

La Loi de finances du 29 décembre 2013 a supprimé ce jour de carence pour maladie des agents publics à compter du 1^{er} janvier 2014.

NB : tout arrêt maladie ayant débuté avant le 1^{er} janvier 2014 reste soumis à la non rémunération du 1^{er} jour de congé.

GIPA : indemnité prorogée en 2014, décret du 14 janvier 2014

Publication au journal officiel du 16 janvier 2014 du décret n° 2014-33 du 14 janvier 2014 modifiant le décret N° 2008-539 du 6 juin 2008 relatif à l'instauration d'une indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat.

Ce décret proroge en 2014 l'application de l'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA).

Pour l'année 2014, la période de référence pour l'application de la formule servant à déterminer le montant de l'indemnité est fixé du 31 décembre 2009 au 31 décembre 2013.

Qu'est que le GIPA ?

La garantie individuelle du pouvoir d'achat résulte d'une comparaison établie entre l'évolution du traitement indiciaire brut (TIB) détenu par l'agent sur une période de référence de quatre ans et celle de l'indice des prix à la consommation (IPC hors tabac en moyenne annuelle) sur la même période. Si le TIB, effectivement perçu par l'agent au terme de la période a évolué moins vite que l'inflation, un montant indemnitaire brut équivalent à la perte de pouvoir d'achat ainsi constatée est versé à chaque agent concerné.

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

Un premier bilan estimatif du ministère indique que 130 000 agents de la fonction publique d'État ont bénéficié de la GIPA 2008, pour un montant moyen de 740 euros bruts.

En 2011, 28,8 millions d'euros ont été versés aux personnels non médicaux du secteur hospitalier public au titre de la GIPA, selon l'édition 2013 du rapport annuel sur l'état de la fonction publique. ■

LE BUREAU NATIONAL

Formation initiale infirmière : modifications 2013

Un arrêté paru le mercredi 31 juillet 2013 apporte certaines modifications à l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier.

Quatre principales réorganisations modifient le texte du 31 juillet 2009 qui avait instauré le nouveau référentiel du diplôme d'état dans le cadre de la reconnaissance des études au niveau grade Licence.

Ainsi, les candidats titulaires d'un titre ou diplôme étranger peuvent se présenter aux épreuves de sélection, leur permettant d'accéder directement à des études universitaires dans le pays où il a été obtenu.

Le passage de première en deuxième année s'effectue par la validation des 2 semestres ou la validation de 48 crédits sur 60 réparties sur les 2 premiers semestres de formation.

Antérieurement aux modifications, la validation d'un seul semestre permettait de passer en deuxième année. L'étudiant ne peut plus être admis en troisième année sans avoir validé les 2 semestres de la première année.

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

Avant les modifications, la validation d'un des deux semestres 3 ou 4 suffisait pour accéder à la troisième année.

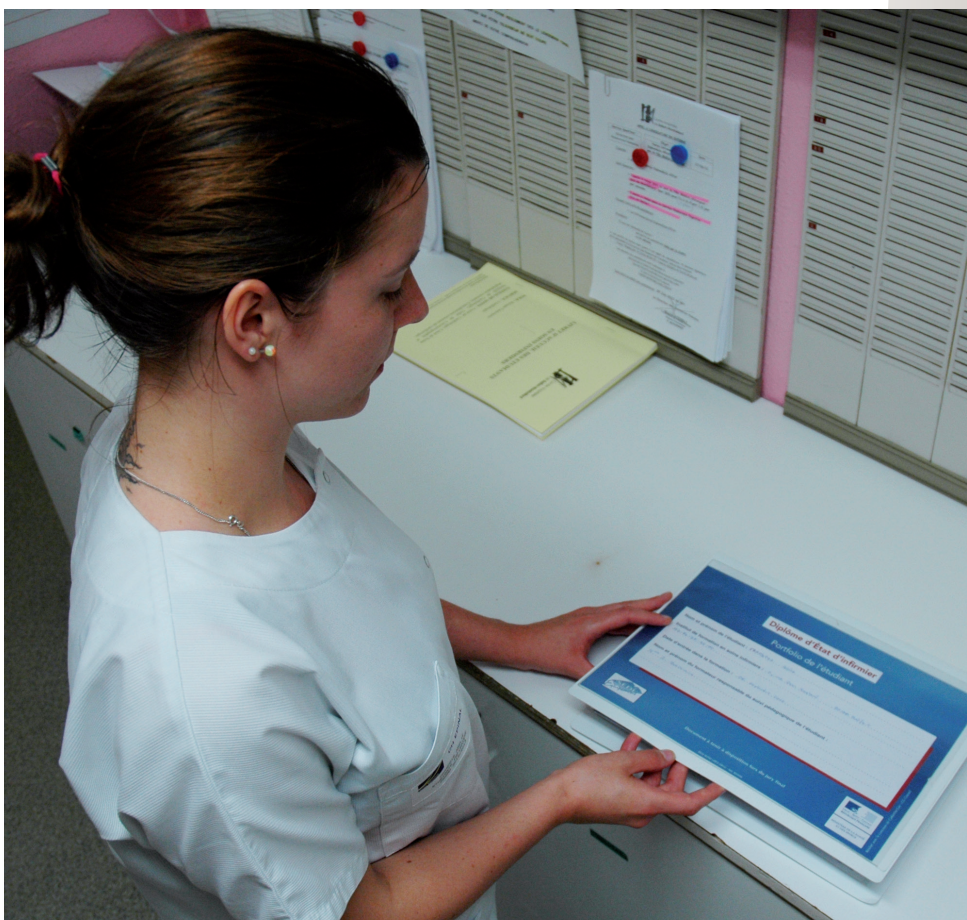
Le jury régional d'attribution du DEI se réunit trois fois par an et se prononce au vu de l'ensemble du dossier de l'étudiant et d'une synthèse réalisée par l'équipe pédagogique. Les dates du jury régional sont fixées entre les mois de février et mars, au mois de juillet et entre les mois de novembre et décembre. Cela permettra aux étudiants de ne pas attendre un an pour se représenter aux épreuves du Diplôme d'Etat. Ils pourront ainsi être diplômés en janvier / mars, juillet ou entre les mois de novembre / décembre.

Cet arrêté du 31 juillet 2013 permet de démêler certaines données que plusieurs circulaires* et instructions*

émanant de la DGOS avaient tenté d'éclaircir.

- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier
- Circulaire N°DGOS/RH1/2011/293 du 20 juillet 2011*
- Instruction N°DGOS/R1/2011/470 du 14 décembre 2011*
- Circulaire N°DGOS/RH1/2012/41 du 26 janvier 2012*
- Arrêté du 26 juillet 2013 relatif au Diplôme d'Etat Infirmier. ■

Régine WAGNER
CNI Aix-en-Provence



Comparaison entre les 1^{ères} années 2012 et les 2^{èmes} années 2013, Hôpital NORD (AP-HM)

Suite étude IFSI

« Qui sommes-nous, qui sont-ils ? » est le questionnement à l'origine de l'enquête menée par la CNI afin de porter toute l'attention nécessaire à l'arrivée sur le terrain des professionnels infirmiers issus du cursus LMD ⁽¹⁾.

Dès le début du projet nous avons envisagé de poursuivre l'étude sur trois années afin d'observer une évolution des données recueillies. Toute réforme, d'autant plus qu'elle a pu manquer d'accompagnement pour sa mise en œuvre ⁽²⁾, présente peu ou prou une période d'adaptation. C'est l'enjeu de ce premier comparatif à un an d'intervalle.

Les profils

Les données socioéconomiques sont recueillies à l'identique, il nous a semblé important de vérifier que la population étudiée était bien stable d'une année sur l'autre. Si la répartition par tranche d'âge est respectée, on constate une « perte » d'un peu plus de 10% d'étudiants entre la première et la deuxième année, ce qui n'est pas le cas entre la deuxième et la troisième année.

La première année est-elle une étape décisive dans la poursuite ou l'abandon des études, impliquant une notion de confirmation des choix ? On pourrait également attribuer cette chute d'effectif à un redoublement, ou à une non validation des Unités d'Enseignement, ou encore à un changement d'établissement. La question serait alors : « que sont-ils devenus ? » en comparant par établissement la liste en début d'année et celle de fin d'année.

La répartition entre les étudiants qui avaient travaillé avant de s'engager dans leurs études est stable.

On note une légère hausse (5%) de la proportion de financement des études, toutes sources confondues, qui pourrait indiquer une fidélisation par ce moyen. Cette supposition serait alors à corrélérer avec les départs de première année.

Discussion des résultats

Les motivations : Y a-t-il eu évolution ?

L'attrait pour les valeurs et relations humaines est stable à un taux toujours supérieur à 80%, ce qui confirme une motivation profonde, renforcée par

les items humanistes, stables également. Il faut malheureusement constater un net décrochage sur « aider son prochain » qui perd 12% entre la deuxième et la troisième année, tous sites confondus. En regard des idéaux maintenus, voir renforcés, c'est probablement la manifestation de la réalité du terrain qui change la donne. L'ambition d'aider son prochain est malmenée dans notre exercice quotidien. A l'heure de la tarification à l'activité, il n'est plus guère question de se préoccuper du patient dans sa globalité, rentabilité oblige. La vision holistique du patient passe par le prisme des actes codifiés. A ce jour, malgré tous les discours politiques, la prévention qui dépend de notre rôle propre ⁽³⁾ est souvent négligée. C'est pourtant un levier essentiel associé à l'éducation thérapeutique pour rendre au patient son autonomie en l'associant comme acteur de son processus de soins. Cette dimension manquante marque peut-être le sentiment de ne pas pouvoir aider son prochain en regard des idéaux, comme une constatation, et non une perte d'ambition. On pourrait corrélérer ce résultat à l'augmentation dans une proportion identique de la vision technique du métier : plus d'actes, c'est la demande faite aux professionnels et aux étudiants, ils sont confrontés à la réalité.

Il n'y a toujours très peu de personnes pour dire que c'est un métier comme un autre, avec moins de 1%. Les motivations affichées sont confirmées et renforcées : il y a bien une spécificité infirmière. Non seulement le choix de la profession n'est pas un hasard ou un pis-aller (échec des études en médecine, kiné ne dépasse pas 3%), mais la confirmation des résultats montre qu'il n'existe pas la moindre désillusion sur ce point. L'infirmier(e), dès son engagement dans la profession, pense qu'il amène quelque chose de spécifique.

Comparaison entre les 1^{ères} années 2012 et les 2^{èmes} années 2013, Hôpital NORD (AP-HM)

L'assurance de l'emploi reste stable avec un étudiant sur deux qui le note, ce qui est logique en regard du nombre d'étudiants ayant déjà travaillé dans un secteur autre (ni hospitalier, ni médicosocial) avant de s'engager dans ses études infirmières.

La possibilité d'évolution reste importante aux environs de 60%, et ne présente pas de modification significative depuis l'an dernier. La question portait sur les spécialisations historiques, qui reviennent plus loin sur le projet professionnel, avec une discordance sur le total des spécialisations listées. La somme des spécialisations puériculture, bloc, anesthésie et encadrement, alors même qu'il était possible de cocher plusieurs items, ne dépasse pas 42%. Le compte n'y est pas, même si on inclut « poursuivre en Master et Doctorat ». Les passerelles qui découleront inévitablement du cursus LMD au travers des Unités d'Enseignement communes, sont encore loin d'être en place. Pour retrouver une cohérence dans les chiffres, il faudrait ajouter la psychiatrie en spécialisation, dans le cursus du master. C'est une revendication de la CNI pour permettre aux professionnels de bénéficier d'une formation approfondie dans ce domaine qui faisait autrefois l'objet d'un diplôme spécifique ⁽⁴⁾. Il est tout de même difficile de l'affirmer au seul regard des chiffres. L'engouement pour la psychiatrie en termes d'exercice n'implique pas pour autant que c'est au travers d'une spécialisation que les étudiants souhaiteraient l'appréhender.

Au total, les spécialités n'attirent pas autant que prévu, mais aussi faudrait-il peut-être s'interroger sur l'image véhiculée par les spécialités. Quelle est la corrélation entre intérêt des étudiants et contact

avec la profession lors de leurs stages ? Peut-on affirmer que tous les étudiants sont passés au bloc dans leur parcours de stage en chirurgie ? Il faudrait vérifier la notion de contact et d'intérêt. Portés par les valeurs humanistes, n'ont-ils pas été abusés par les idées reçues qui montrent l'IBODE comme une technicienne, alors qu'elle représente l'îlot d'humanité auquel se raccroche le patient dans ce monde inconnu ? Un patient au bloc est un patient qu'on accueille, qu'on rassure, qu'on sécurise, avant de procéder à tout acte technique. Cette qualité du contact humain se ressentirait même sur la quantité de drogues consommées lors de l'endormissement.

Si l'acquisition du master est un essai transformé pour les IADE, ce n'est pas encore le cas pour les puéricultrices et les IBODE qui le réclament depuis au moins aussi longtemps. Le défaut de reconnaissance de la formation, de la qualification et de la rémunération qui va en regard, seraient des pistes à explorer.

Les étudiants se sont beaucoup plus exprimés cette année au travers des commentaires libres. Ont-ils, comme on l'a entendu, intégrés le « qui ne dit mot, consent » ? Ou, et nous aimerions le croire, font-ils confiance à la CNI, parce que c'est la deuxième année et qu'ils ont pu expérimenter notre façon de travailler et de porter leur parole pour qu'elle soit entendue et reconnue ?

Le sentiment de dévalorisation est toujours très fort et le regard de l'ancien pèse sur ces « nouveaux » étudiants. Ils l'expriment en ces termes : « ce sont les professionnels de terrain qui nous renvoient une image différente ».



Comparaison entre les 1^{ères} années 2012 et les 2^{èmes} années 2013, Hôpital NORD (AP-HM)

Le sentiment de différence persiste toujours très majoritairement à 70%, mais on voit poindre un côté positif à cette différence avec des commentaires qui indiquent qu'ils sont mieux armés pour réfléchir aux problématiques.

Si l'étudiant a pu suivre un tuteur et un parcours de stage son impression change du tout au tout : il se sent épaulé.

Le mal-être semble s'atténuer et la volonté de dialogue de la part des étudiants est notable : « j'aimerais dire aux IDE que nous poursuivons le même but, nous avons les mêmes valeurs. Au final, par d'autres chemins, mais nous avons la même fonction. »

Conclusion

Nous avons abordé l'analyse des résultats lors des premiers articles en 2012, la poursuite de l'enquête s'intéresse aux comparaisons d'une année sur l'autre, ce qui oblige à reprendre les anciens numéros pour se les remémorer. Cette évolution se poursuit et trouvera aussi son prolongement avec l'enquête centrée sur les diplômés de 2012 qui terminent leur première année d'exercice. Nous ne manquerons pas de partager leurs premières impressions de leurs débuts en tant que professionnels.

Nous avons tous été des étudiants... et nous avons aussi douté et appris avec les autres. ■

*Nicole TAGAND et Valérie HELBOIS
CNI APHM, Hôpital Nord*

*Nous avons tous
été des étudiants...
et nous avons
aussi douté et
appris avec les
autres.*

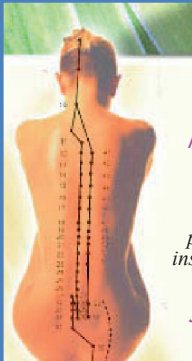
(1) Revues CNI n°35 et 36.

(2) Article de Nathalie Depoire sur la réforme des études qui met en garde sur les moyens : revue CNI n° 29 page 45.

(3) Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 Article R. 4311-1 Article R. 4311-2.

(4) Le Diplôme d'Infirmier de secteur psychiatrique du 16 février 1973 disparaît au profit du diplôme polyvalent par l'arrêté du 23 mars 1992.





Podoréflexologie Kinésiologie Digitopuncture

Méthode Holistique Therdyns
lamemoireducorps.com

Applications Respiratoire Endocrine
Cardiaque Urinaire Génitale
Appareil locomoteur Digestive Sensorielle

Synthèse de différentes techniques pour libérer, en profondeur, les traumatismes physiques et psychiques inscrits dans la mémoire du corps. Donner à celui-ci la capacité de s'auto-réguler et de se régénérer.

Formation
Par Didier Crévenat, podothérapeute-énergéticien
À Marseille, 3 sessions : 8, 9 et 10 mars - 11, 12 et 13 avril - 17 et 18 mai 2014

Renseignements
www.leonard-therdys.fr - contact@leonard-therdys.com
83, Bd du Redon - 13009 Marseille

Inscriptions
09 54 73 19 49

Billet d'humeur

2013 fut une année riche en événements sociaux corporatifs.

Nous avons eu les pigeons, les poussins, les dindons, les bonnets rouges et bien d'autres... dont les médias nous ont rabattu les oreilles. Chacun voulant défendre un privilège spécifique, aidé parfois par les syndicats traditionnels !

La presse de toute origine a multiplié les scoops. Tous ces mouvements de fronde ont envahi les écrans, les colonnes des journaux, les ondes radiophoniques !

En fin d'année, la révolte des sages femmes a été susurrée dans le creux des oreilles...

Mais qui a relayé les mouvements sociaux des hôpitaux ?

Qui, dans nos médias a choisi d'informer la population sur les conditions de travail des hospitaliers ?

Qui a choisi de relayer la colère des personnels de La Ciotat, Belfort-Montbéliard, Bordeaux, Poitiers, Béziers et tant d'autres ?

Les blouses blanches n'en peuvent plus ! La santé n'est pas une priorité nationale. Les hôpitaux doivent économiser plus de 500 millions d'euros ! Comment ? En réduisant les effectifs de toutes catégories et en augmentant l'activité : séjours plus courts, turn-over des patients plus important et donc diminution de la qualité dans la prise en charge des patients et de l'attention portée à ceux-ci !

Depuis que la CNI existe, nos priorités ont toujours été : la qualité de la prise en charge et la qualité des conditions de travail. Et tous les ans, nous voyons cette qualité diminuer malgré les progrès de la médecine et le dévouement du personnel soignant. Comment trouver le temps pour prendre soin de l'autre à effectif moindre ? Les soignants sont les premiers à souffrir lorsque les actes réalisés ne sont pas conformes à leur éthique. De plus, leur responsabilité est de plus en plus engagée, des repos supprimés, des congés raccourcis pour des salaires non-conformes à ce qu'ils sont en droit d'attendre !

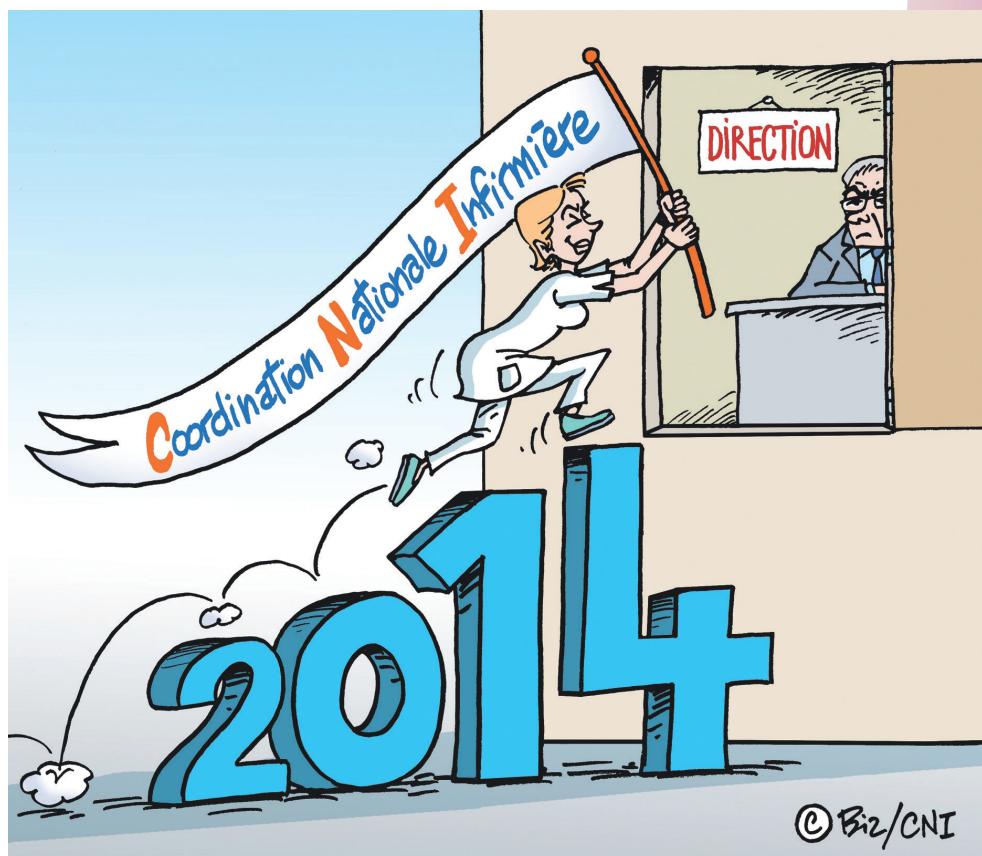
Avec quel mépris sont-ils traités par leurs autorités de tutelle : DES DIRECTIONS... AU MINISTRE.

Chaque année, ce dernier nous abreuve de belles promesses qui jamais ne se réalisent.

Alors mes chers collègues, soyons-nous aussi des bonnets rouges, des pigeons, des dindons, que sais-je ? DEFENDONS-NOUS ! Allez les blouses blanches, nous aussi, tous ensemble, défendons nos intérêts et ceux des patients. Ces combats sont aussi respectables, sinon plus que ceux désignés ci-dessus.

N'ayons pas honte d'être corporatifs, nous le valons bien ! Prendre soin de nous en 2014 serait la meilleure chose que je puisse vous souhaiter ! ■

*Danièle HENGEN
CNI de Martigues*



De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle

Note à l'attention du lecteur : Cet article est le fruit d'échanges passionnés que Marcos GOMEZ a bien voulu partager en ajoutant son expérience, et de la relecture attentive de Jean-Luc FERRACCI** pour respecter la genèse et les enjeux de la prescription infirmière libérale.*

Si je parle de prescription infirmière dans un hôpital, j'ai bien peur que les infirmiers me répondent qu'ils ne sont pas concernés. Si je parle de cotation des actes infirmiers, je ne pense pas que j'aurai plus de succès. Et pourtant, dans les deux cas, j'ai utilisé le mot infirmier, qui est bien commun à une profession et non pas un mode d'exercice. On pourrait toutefois trouver une passerelle dans les consultations externes où ces mots prennent un peu de sens, tout au moins en termes de cotation d'actes. Alors, en quoi les hospitaliers pourraient-ils être concernés par des outils qui ont été mis à disposition des libéraux par l'assurance maladie, tant pour permettre leur rémunération (cotation d'actes) que faciliter leur exercice quotidien (la prescription)?

La retranscription d'un débat n'est pas aisée, mais j'ai choisi d'insérer les remarques et analyses de Marcos dans le texte, sous forme couleur pour favoriser une lecture plus fluide.

Comparatif/distinction

Marcos Gomez (MG) : « la prescription infirmière, où en sommes-nous? »

En Mars 2013, une étude de la CNAM(a) révèle que les infirmier(e)s libérales ont de plus en plus le réflexe de prescrire les dispositifs médicaux autorisés. En effet, on est passé de 15 000 infirmier(e)s ayant pratiqué au moins une prescription de pansement en Janvier 2009 à près de 28 000 en Septembre 2011, soit, **plus d'un tiers de la population infirmière à domicile.**

Si ce chiffre est très encourageant, il n'en demeure pas moins qu'il aura fallu 4 ans pour qu'un tiers des infirmières s'approprie cet outil. Pourtant, lorsqu'en 2007, l'Arrêté sur la prescription infirmière naît, l'ensemble de la profession à domicile exulte. Enfin, on va pouvoir « cesser de faire le siège du médecin » que l'on harcèle quotidiennement, pour venir à domicile, dans l'unique but d'obtenir une ordonnance de renouvellement de matériel. On pense alors que c'est une réelle avancée pour la profession infirmière, son efficience et son organisation.

Cet enthousiasme est vite tempéré. En effet, l'infirmier(e) ne peut prescrire que s'il agit, pendant la durée d'une prescription médicale, d'une série d'actes infirmiers et que le médecin prescripteur ne s'y oppose pas. On est loin de la

liberté de prescription que beaucoup attendaient. Sont-ce ces limitations qui expliqueraient la prise de possession frileuse de ce nouvel outil qu'est la prescription infirmière?

En ce qui me concerne, même si la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) a utilisé divers canaux d'information (Ameli.fr pour internet, des agents envoyés au domicile des infirmier(e)s), il n'en demeure pas moins que c'est resté insuffisant. Pas assez informés sur ce qu'engageait le pouvoir prescriptif en termes de responsabilité civile professionnelle, beaucoup ont préféré continuer à solliciter le médecin. La méconnaissance a probablement engendré la défiance quant à ce nouvel outil.

Malgré tout, la part des montants remboursés pour les dispositifs médicaux prescrits par les infirmier(e)s gagne du terrain. Elle a augmenté de 37.5% chaque année de 2008 à 2011, et..... 80% concernent les pansements! Ces chiffres corroborent une étude de l'organisme Celtipharm (parue en automne dernier) qui montre que le chiffre d'affaires généré par les prescriptions infirmières dans les pharmacies de ville avait progressé de près de 50% en deux ans, entre mars 2009 et mars 2011.

L'Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire a remplacé l'Arrêté du 13 avril 2007 sans y apporter de grandes modifications.

MG : On peut le déplorer car beaucoup d'infirmières à domicile espéraient un élargissement du droit

De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle

de prescription des infirmières aux solutions (sérum physiologique) et produits antiseptiques en vente libre par ailleurs. Il nous a été refusé alors qu'un Arrêté du 25/05/2010 permet aux infirmières un renouvellement à l'identique d'une pilule contraceptive, appartenant pourtant aux médicaments ! Cette prise de décision, à mon sens, va à l'encontre des objectifs à l'origine de l'Arrêté du 13/04/2007. En l'occurrence, ce texte devait permettre à l'infirmier(e) d'obtenir du matériel sans avoir pour autant à solliciter le médecin pour la rédaction d'ordonnance. Il libérait ainsi le médecin et permettait à l'infirmier(e) de gagner du temps sur les soins de plaies et la prévention. Ce devait être également une source potentielle d'économies pour l'Assurance Maladie en diminuant le nombre de consultations médicales sans pour autant rémunérer l'infirmier. Or, les objectifs de simplification et d'économie deviennent caduques s'il faut toujours solliciter le médecin pour du sérum physiologique ou des antiseptiques.

La prescription infirmière intervient toujours dans le cadre d'une prescription médicale de soins infirmiers, y compris pour l'élaboration d'une démarche de soins infirmiers qui relève pourtant du rôle propre. C'est de facto le

cas pour le patient hospitalisé, mais moins automatique pour le patient au domicile. Faut-il en conclure pour autant que la démarche de soins infirmiers se pratique systématiquement à l'hôpital, et plus rarement en libéral ? Non bien sûr, il faudrait pour cela objectiver le propos en menant une enquête bifocale sur la réalisation effective de démarches de soins en fonction du lieu d'exercice.

MG : La démarche de soins infirmiers connue sous le terme de DSI est une démarche couramment pratiquée à domicile car elle est indispensable à la prescription de soins relevant du rôle propre. On ne peut que regretter qu'elle soit utilisée de façon limitée. L'infirmier(e) libéral(e) la pratique souvent pour des soins d'hygiène alors qu'elle pourrait être utilisée dans bien d'autres cas. A ce jour, tel que le support est conçu, il est difficile de l'utiliser pour des séries de pansement. Il serait probablement judicieux de contacter celles et ceux qui en sont à l'origine pour retravailler le support et en élargir son usage.

a. La **prescription à l'identique** consiste à reprendre la prescription médicale qui serait épuisée, pour la réactiver par une ordonnance



AMAÉ-SANTÉ
organisme de formation
conseil et évaluation de la qualité

Amaé-Santé organise ses programmes autour des thématiques transversales : douleur, bientraitance, travail avec l'entourage du patient, éthique, EPP, tutorat, ETP, recherche en soins..., intégrant les dernières avancées des travaux de recherche et les exigences des recommandations de bonne pratique. Ces programmes sont construits au regard de l'évaluation de la qualité des établissements de santé (HAS) et des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

Consultez notre site internet : www.amae-sante.fr

Contact : Pascale THIBAUT
06 15 32 05 91
pthibault@amae-sante.fr

Amaé-Santé - 4, rue Pierre Brossolette - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX
Numéro d'organisme de formation : 11 92 17236 92

Les Editions Velours vous présentent le témoignage d'Aymeric LAPP.



De son origine à nos jours, « le SAMU Lorraine », s'appuyant sur les 120 photos illustrant ce livre, nous explique l'organisation et le fonctionnement de ce service d'aide d'urgence à la population. Aymeric LAPP aborde tous les aspects des professions de ceux qui se mettent à notre service 24h/24. Vous serez saisi par les témoignages de femmes et d'hommes qui ont choisi de vivre ces interventions au quotidien, passant parfois en quelques minutes de situations cocasses à des histoires tragiques.

Éditions Velours, 95 rue La Boétie, 75008 Paris.
<http://www.editionsvelours.com>

De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle

infirmière afin de ne pas subir un manque de matériel qui interromprait les soins. Elle permet d'attendre une consultation médicale pour réactualiser. Ce travail ne serait-ce donc qu'un copier-coller ? Sur des exemples comme les aiguilles à insuline, les lancettes pour le contrôle glycémique, les infirmier(e)s d'éducation en endocrinologie vont déjà beaucoup plus loin. La collaboration pluridisciplinaire permet de travailler dans le contexte médical, mais, en général, le travail d'analyse des freins et leviers du patient, son mode de vie, ses croyances et son désir d'autonomie sont l'apanage des infirmier(e)s dans un rôle établi en équipe, mais autonome dans sa réflexion jusqu'à la prescription. Ce travail prend du temps, nécessite des compétences particulières d'écoute et la connaissance parfaite des techniques du matériel et de la pathologie, pour proposer celui qui sera le plus adapté au patient afin de l'accompagner vers la compliance et l'autonomie, dans de bonnes conditions de sécurité. Sur cet exemple bien spécifique, on est déjà loin de la prescription à l'identique. Si l'on sort du cadre hospitalier de l'équipe d'éducation ou chacun travaille en complémentarité dans une répartition des rôles spécifique à l'équipe, cette démarche infirmière nécessitera une sollicitation médicale plus ou moins aisée pour

validation. Y aurait-il des discordances entre savoir et reconnaissance de ce savoir ? Ce type d'exercice est lié à une expérience et une expertise bien spécifique. Peut-on imaginer un infirmier prescrire à l'identique sans tenir compte de son analyse de la situation du patient ou de ses compétences ? Il semblerait que l'on pointe, d'ors et déjà, un problème de formation lié à la prescription et une forme d'impasse, quel que soit le cas de figure : soit la compétence acquise ne permet pas de recopier en son âme et conscience, soit le manque de formation autorise certes la copie, mais sans en mesurer la portée. Dans un cas comme dans l'autre, la prescription à l'identique, centrée sur le matériel lié à la prise en charge du diabète ne répond pas clairement à un besoin du patient susceptible de permettre des économies sans nuire à la qualité. Ne pourrait-on pas, plus généralement, s'interroger sur la validité d'une prescription « recopiée », alors que cette pratique est formellement interdite à l'hôpital ?

MG : C'est certainement ce qu'a ignoré le législateur lors de la rédaction de l'Arrêté sur la prescription infirmière ou que n'ont pas assez défendu nos organismes représentatifs de la profession. L'infirmier ne se contente pas d'un « copier-coller ». Il met en œuvre tout son savoir théorique et expérientiel lors de la rédaction d'une





prescription. Ignorer cela, c'est ne pas reconnaître notre spécificité, notre professionnalité et la légitimité de notre expertise. De plus, que l'infirmier(e) fasse un «copier-coller» ou «pense» sa prescription, elle engage, de toute façon, dans les deux cas, sa responsabilité civile professionnelle. Beaucoup d'infirmier(e)s, malheureusement mal informé(e)s, l'ignorent.

b. La prescription de pansements laisserait plus de « liberté », puisque si l'information du médecin est requise, il n'est plus question de copier à l'identique.

MG : N'oublions tout de même pas qu'à ce jour, 80% des prescriptions infirmières concernent.... des pansements !!

Elle devrait faire suite à un recueil de données objectives. L'analyse colorielle, la prise de dimension, l'exploration, et l'état de la peau périphérique sont autant de signes cliniques qui alimentent une analyse conduisant à l'élaboration d'un diagnostic. C'est ce diagnostic associé à une bonne connaissance des produits de pansements dans leurs propriétés qui aboutira à la prescription. En réalité, rien de tout cela n'est demandé explicitement. Là encore le niveau de compétence, combinaison variable

entre connaissances théoriques et expérience spécifique, n'est pas associé à la prescription. Si on se rapproche des recommandations HAS (1), tout particulièrement celle d'avril 2011, destinée à aider les professionnels dans leurs choix, on peut lire : « 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 compression, celui du pied diabétique sur la mise en décharge ». Mais alors à quoi sert la prescription de pansement, si le traitement de l'étiologie n'est pas respecté ? En admettant que l'infirmier fasse preuve d'ingéniosité pour adapter le chaussage du patient à la mise en décharge de sa plaie, la compression (1bis) peut présenter un réel danger en l'absence de vérification de l'IPS (2) ou du doppler. Pour permettre la cohérence et assurer la sécurité du patient, une vision globale, est plus que nécessaire. Que serait le soin d'escarre en tant que plaie, sans la prévention secondaire, le matériel support curatif (seul le préventif est accessible à la prescription infirmière), la recherche d'un équilibre métabolique, l'éducation thérapeutique, la définition du projet de vie et des objectifs de soins ? Cette liste non exhaustive est un aperçu de tout ce qui entoure le soin de plaie, et donc la

De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle

prescription du pansement, qui n'a pas de sens sortie du contexte du patient. Ne rejoindrait-on pas au travers d'une prise en charge globale du patient plus complète, typiquement infirmière, le parcours complexe de soins (3) ? C'est ce que propose Florence Ambrosino et ses collègues (4) en formation master : « prise en charge holistique d'un patient porteur de plaies chroniques ou aiguës, avec étude du contexte environnemental, social, mise en relation avec les différents acteurs, consultation, établissement de protocoles de soins, formation interne des équipes soignantes, recherche, ... ». Tout dépendra de la formation initiale et continue du professionnel.

c. Cotation : L'activité libérale infirmière est tarifée à l'acte, au travers de l'AMI (5). A l'hôpital, on parle de tarification à l'activité, et cette activité est liée à la pathologie, sans distinction des intervenants. On pourrait dire que l'infirmier hospitalier a un coût affiché, directement lié à son salaire, mais il n'est actuellement pas possible de chiffrer son activité. Que l'on pratique la prévention d'escarre, l'entretien d'aide, l'accompagnement du mourant, ou le soin de plaie pour y revenir, il n'y a pas de corrélation entre ampleur et qualité de la tâche à réaliser, et adéquation du personnel. La CNI demande depuis plusieurs années une corrélation chiffrée entre nombre de patients et nombre de soignants, sans avoir été entendue à ce jour. Au-delà du nombre, il serait tout aussi intéressant de savoir pour quel contenu, et en quoi la prestation réalisée serait de qualité pour le patient. Car sans actes spécifiques, c'est bien à l'activité médicale que l'infirmier hospitalier contribue, ce qui justifie toutes les dérives observées. L'infirmier(e) hospitalier(e) pallie à tous les manques (personnel, matériel, organisation) pour atteindre le but médical, en risquant de perdre au passage rôle propre et raisonnement clinique, puisque « ça ne rapporte rien ». Nez dans le guidon, pied au plancher, nous perdons le cœur de ce métier que nous avons choisi. Ce qui nous donne satisfaction, c'est la relation avec le patient et le sentiment du travail accompli. Je vois encore trop souvent des patients rentrer au domicile sans transmission infirmière, comme si rien n'avait été fait en une ou plusieurs semaines d'hospitalisation.

Cette escarre, le patient l'avait-il à l'entrée ? Mais alors, quelle était sa dimension, en quoi a-t-elle diminué ou augmenté, quels sont les stades coloriels, les objectifs de soins, les produits utilisés, et l'éducation thérapeutique associée dispensée ? Les infirmiers libéraux ont obtenu une tarification dite « MCI » (7), ou majoration de coordination infirmière, qui doit permettre de transmettre par écrit au médecin traitant, mais aussi à l'équipe prenant en charge le patient les soins de plaie dispensés. Il s'agit donc d'un courrier et d'un résumé d'un dossier de soins détaillé. C'est au-delà du tarif une belle reconnaissance de l'importance de cette transmission pour la qualité et l'efficacité du soin de plaie.

MG : Attention, l'infirmier(e) à domicile est la pierre angulaire, le pivot de l'équipe pluridisciplinaire de proximité. Il ne faut pas oublier que les textes qui régissent notre profession nous propulsent au premier plan dans la tenue du dossier de soins infirmiers. Non seulement, c'est l'infirmier(e) qui élabore le dossier de soins infirmiers mais il (elle) doit y faire apparaître une feuille pour tous les autres intervenants. L'obligation d'archiver toutes les ordonnances des soins dispensés au patient lui incombent. La MCI ne peut être cotée que dans deux cas : la prise en charge d'un pansement lourd et complexe et des soins dispensés chez un patient en phase palliative. Nos organes de tutelle, la CPAM ou l'ARS (Agence Régionale de Santé), en cas de contrôle, sont en droit de demander les pièces justificatives de nos prises en charge. Etablir un dossier de soins infirmiers et/ou un dossier de suivi des plaies n'apportent que des avantages, que ce soit dans le respect de la réglementation (nous avons pu voir dans l'actualité récente des demandes de remboursement de cotations abusives), mais aussi dans l'amélioration du service rendu au patient. La communication, la transmission d'informations mais aussi l'évaluation et le réajustement de la prise en charge sont un gain de temps et d'efficacité pour les institutions lorsque le patient est hospitalisé ou vu en consultation.

Si l'impératif économique libéral devait servir de modélisation de la prestation, alors pour prendre en charge une plaie chronique, il faudrait à minima une démarche de soin (DSI) pour l'aspect holistique, (en termes de recueil des données, d'analyse, et d'objectifs de soins), un acte technique (AMI) pour le soin local, et

De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle

une transmission (MCI). La lorgnette financière n'est pas forcément péjorative si c'est un moyen de reconnaissance du travail accompli. Je suis convaincue que l'on ne peut pas réaliser un soin de plaie chronique de qualité sans suivre à minima ces trois étapes : démarche de soins, soins, transmission et évaluation. Faire du pansement un acte technique sorti de son contexte est une hérésie, contre laquelle il faut s'unir pour mieux la combattre.

Discussion : que l'on soit hospitalier ou libéral, nous sommes tous infirmiers, d'autant plus que l'exercice libéral n'est autorisé qu'après une expérience hospitalière, ce qui devrait consolider nos racines. Mais plus encore, qu'il soit chez lui ou à l'hôpital, le patient est bien un être unique qui a besoin de la conjugaison de nos compétences pour maintenir ou recouvrer sa santé. Plus notre langage professionnel est commun et partagé, plus nous potentialisons mutuellement notre travail.

MG : Entièrement d'accord et nous serions en adéquation avec les objectifs de la loi HPST de 2009 : «Coopération entre la médecine de ville et l'hôpital pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins».

A l'heure où le découragement s'installe, nous aurions peut-être intérêt à unir nos savoirs et nos forces autour du patient, pour enfin nous approprier la responsabilité propre à notre profession. La prestation ne doit pas être liée au lieu d'exercice, mais bien à l'intérêt du patient. Entre savoir et compétence, la responsabilité d'une prescription ne peut être minimisée par une simple « copie ».

MG : Le fait qu'aujourd'hui plus de 28000 infirmières à domicile aient pris possession de la prescription démontre que la profession est en marche pour qu'on lui reconnaisse sa légitimité quant à son savoir et son pouvoir dans le domaine du soin. Il est certes vrai qu'il aura fallu 4 années (entre 2007 et 2011) pour qu'un tiers des infirmières prescrivent mais cela est encourageant.

Retrouver notre cœur de métier, donner du sens à nos actes, c'est le fondement de la démarche de soins, qui accorde du temps au recueil des données, non comme des cases à cocher, mais comme des éléments induisant une conduite spécifique. Analyser, établir des objectifs de soins, des priorités, les faire valoir,

c'est redevenir partenaire dans une équipe. La reconnaissance de ces étapes comme une nécessité pour la prise en charge d'une plaie chronique, c'est la reconnaissance d'une nécessaire formation à cet exercice. Faire valoir notre spécificité dans notre analyse, c'est être reconnu en tant que professionnels, alors que l'exécution d'un soin technique est à la portée d'un aidant ou peut s'apprendre en regardant une vidéo. De plus en plus de sites de laboratoires de pansements proposent ce genre d'outils, effectuant eux même la « réflexion », qui conduit obligatoirement à l'utilisation de « leur » produit (l'infirmier coche, la machine décide, et pour le coup, l'infirmier recopie sur l'ordonnance ce qu'a décidé la machine, quel progrès !).

Conclusion : au travers de la prescription infirmière, et de la facturation libérale, j'ai voulu montrer à quel point nous pouvions nous rejoindre, et surtout nous soutenir par plus de cohérence entre libéraux et hospitaliers. La reconnaissance d'actes est une reconnaissance du travail, mais il ne faut



De la prescription infirmière à la reconnaissance professionnelle

pas laisser penser que l'infirmier n'est qu'un scribe qui, en recopiant, permet d'économiser une consultation médicale. Ce qui est autorisé doit l'être des deux côtés, ce qui est interdit, également.

MG : La prescription infirmière n'est, à mon sens, que le balbutiement d'une reconnaissance, de la part de l'état, du rôle de l'infirmier(e). Les infirmier(e)s à domicile et hospitalier(e)s se doivent de continuer à s'approprier cet outil pour qu'il devienne partie intégrante de notre profession. Souhaitons, pour l'ensemble des infirmiers, infirmières, que dans un proche avenir, nous soit enfin accordé un pouvoir prescriptif élargi aux solutions (sérum physiologique) et produits antiseptiques en vente libre. Nous y gagnerions en confort dans nos missions de soins à la personne, mais surtout nous détiendrions un outil cohérent, en adéquation avec notre savoir, notre expertise et nos pratiques quotidiennes.

Ce serait peut-être aussi à nous infirmiers, de nous positionner sur les conditions requises pour prescrire des pansements, en termes de formation, de compétences, d'utilisation et de partage d'outils fiables que ce soit pour le recueil des signes cliniques, l'élaboration d'un diagnostic, et assumer ainsi pleinement notre responsabilité... Je ne voudrais pas que quelqu'un d'autre le fasse pour nous. ■

*Nicole TAGAND
CNI APHM Hôpital Nord*

*J'ai voulu montrer
à quel point nous
pouvions nous
rejoindre, et surtout
nous soutenir ...
entre libéraux
et hospitaliers.*

*Marcos GOMEZ, infirmier libéral Marseille, DU Plaies

**Jean-Luc FERRACCI, infirmier libéral Marseille, DU Plaies, représentant élu à l'Union Régionale des Professionnels de Santé

(1) Les pansements Indications et utilisations recommandées, avis HAS avril 2011, www.has-sante.fr

(1 bis) Fiche de bon usage compression médicale dans les affections veineuses chroniques, www.has-sante.fr

(2) IPS indice des pressions systoliques ou rapport entre la tension artérielle mesurée en cheville sur la tension artérielle brachiale.

(3) EHESP, Ecole de Haute Etudes en Santé Publique, master 2 en sciences infirmières, option parcours complexe de soins. <http://www.ehesp.fr/formation/formations-diplomantes/master-sciences-cliniques-infirmieres/>

(4) F. Ambrosino, M. Caraye P. Demarthe, Master 1 SCI 2011-12 – Mémoire UE1

(5) AMI : acte médical infirmier

(6) Loi HPST : hôpital patient santé territoire
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Publiée au journal officiel du 22 juillet 2009. www.legifrance.gouv.fr.

(7) MCI tarifiée à 5€

www.espaceinfirmier.com :

« Idel : La prescription adoptée ».

www.senat.fr :

« Elargissement du droit de prescription des infirmiers aux solutions et produits antiseptiques en vente libre ».

www.espaceinfirmier.com :

« Dispositifs médicaux : la Cnam surveille les dépenses ».

www.legifrance.gouv.fr Celtipharm :

« Evolution de la prescription infirmière : un rôle en constante progression ».



L'autoritarisme tue

Il n'y a pas de fumée sans feu...

Rencontrer les agents dans les services permet de découvrir certaines pratiques abusives. L'être humain est aussi bien capable d'accepter des contraintes aberrantes... que de les imposer. Tout est question de position hiérarchique et surtout de positionnement. A notre grand étonnement, un agent hospitalier nous a indiqué que sa pause cigarette était programmée par l'encadrement à 11h le matin et qu'il ne devait surtout pas la prendre en même temps que son collègue pour ne pas discuter avec ce dernier. Il ne s'agit pas de défendre les fumeurs mais bien de dénoncer le fait que l'envie de fumer est difficilement programmable et surtout que le temps d'échange entre deux fumeurs ne peut-être répréhensible. Dans la situation décrite, il s'agit bien d'un abus de pouvoir qui vise, une fois de plus, à supprimer un temps d'échange entre deux agents... rien à voir avec la prévention du tabagisme. Attention, l'autoritarisme tue ! ■

Stéphane DERES
Secrétaire de la CNT

LICENCE PRO LOGISTIQUE HOSPITALIERE

Tronc commun 201h

Option au choix

**LOGISTIQUE
HOSPITALIERE**
167h

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
LOGISTIQUE APPLIQUEE
AUX BLOCS OPERATOIRES**
167h

Lieu IUT de Chalon sur Saône
Durée 368h pour le parcours complet
Rentrée Janvier 2016
Rythme 3 jours par mois pendant 18 mois
Pré-requis BAC +2 ou Validation des acquis
Public Professionnels de la santé
Validation Les titulaires du diplôme universitaire de Logistique Appliquée aux Blocs Opératoires suivent uniquement le tronc commun (201h)

Renseignements et inscriptions

03 80 39 51 93

Pédagogie agnes.basaille@u-bourgogne.fr
Administratif martine.bailly@u-bourgogne.fr
Toute l'info www.u-bourgogne-formation.fr

DIPLOME UNIVERSITAIRE LOGISTIQUE APPLIQUEE AUX BLOCS OPERATOIRES

167h (Tronc commun 139h + option au choix 28h)

Lieu Université de Bourgogne (Dijon) et CHU (Dijon)
Rythme 3 jours par mois durant 8 mois à partir de janvier 2015
Pré-requis BAC+2 ou validation des acquis professionnels et personnels
Options Deux options sont proposées selon le public
Public 1 Coordonnateurs de blocs ou de plateformes, Cadres de santé, IBODE, IADE, AS, Logisticiens, Assistants Logistique.
Public 2 Régulateurs ou Logisticiens de blocs ou de plateformes, Anesthésistes, Chirurgiens, Ingénieurs logisticiens, Ingénieurs organisation et méthodes.
Validation Diplôme universitaire de niveau 2 permettant de valider la licence professionnelle « Logistique hospitalière » en suivant uniquement le tronc commun (201h)

UNIVERSITE DE BOURGOGNE



La prise en charge des auteurs de violence sexuelle : un domaine novateur y compris pour les infirmiers

En 1995, avec le candidat CHIRAC qui promettait de s'investir dans la lutte contre le cancer, la santé est entrée dans le domaine politique. Dès lors, nos gouvernants, n'ont eu de cesse de médiatiser certains sujets de santé publique où leur volonté avait encore un impact : sécurité routière, lutte contre le tabagisme... S'il est une thématique, qui a particulièrement cristallisé l'attention tant des médias que des politiques, c'est la délinquance sexuelle et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles. Pour pallier à cette problématique, en plus de l'obligation de soins, le législateur a développé tout un arsenal de procédures, de cadres autour des prises en charges pour limiter les risques de récidives. Ainsi, la loi de 1998, acte de naissance de l'injonction de soins, sera renforcée par des lois sur la récidive en 2005 et 2007. Aujourd'hui, il est quasiment systématique, qu'un auteur de violences sexuelles envers des adultes ou des mineurs, soit condamné en plus de la peine « classique » à des soins obligés dont le cadre et la durée sont déterminés par un juge.



Ces prises en charges atypiques ont fait l'objet d'une réunion de consensus en 2001 où tous les spécialistes avaient fait l'inventaire des bonnes pratiques autour de cette spécificité nouvelle et amenée à être développée. L'unité M. FOUCAULT, créée en 2008, au sein du C.H. ESQUIROL de LIMOGES est un CMP (Centre

Médico Psychologique) spécialisé dans la prise en charge des troubles du comportement sexuel et donc dans la réalisation de suivis de personnes sujettes à des obligations ou injonctions de soins. Les soins qui vont vous être ici décrits sont dans la droite file des préconisations qui avaient été retenues lors de la conférence de consensus. L'équipe est constituée de deux psychiatres, trois psychologues et d'un infirmier, celui-là même qui vous écrit ces quelques lignes. Si l'équipe initiale était constituée d'un médecin, d'un psychologue et d'un infirmier, l'esprit et l'organisation du travail restent les mêmes. Dans un premier temps, chaque nouveau « patient », qu'il soit sous contrainte judiciaire ou pas, bénéficie d'une évaluation pluri professionnelle : il rencontrera à tour de rôle l'infirmier, un psychologue puis un psychiatre. Le psychiatre, en plus d'une expertise en criminologie, réalise un entretien « classique » de praticien à la recherche de troubles différentiels ou de pathologies associées qu'il faudrait en premier lieu traiter avant d'entamer toute prise en charge psychothérapeutique. Le psychologue fait également un relevé d'informations sur une thématique criminologique et constitue un « profil » de personnalité à partir des traits qu'il a pu observer au cours des entretiens ou qui sont apparus comme prédominants dans les tests effectués (Rorschach, MMPI*, test de QI...)

L'infirmier participe également à ce travail d'évaluation. En plus de présenter l'unité et les

La prise en charge des auteurs de violence sexuelle : un domaine novateur y compris pour les infirmiers



modalités de prise en charge au patient, il soumet le sujet à un questionnaire très complet, qui reprend en détails tous les éléments de vie (enfance, scolarité, travail, sexualité, vie de famille, loisirs) mais également les faits pour lesquels la personne a été condamnée. Il s'agira ici, de connaître la nature et les circonstances des actes, les affects et émotions qui habitaient l'auteur durant leur déroulement ainsi que le vécu que la personne en porte au moment de notre rencontre. Cet outil, est un questionnaire qui avait été élaboré par les équipes du Dr AUBUT au Canada, spécialiste reconnu en la matière. L'aboutissement de ce long travail d'évaluation sera une synthèse faite en équipe où chacun peut librement témoigner de ce qu'il a pu observer. Un projet de soins sera constitué pour la personne sous la forme préférentielle de participation à des groupes de paroles en plus d'un suivi individuel régulier. L'intérêt de la prise en charge groupale est multiple : le sujet face à des pairs connaîtra en premier lieu un sentiment d'identification, favorisant ainsi son intégration au groupe puis, constatant que chaque autre membre du groupe apporte des éléments d'explication qui lui sont propres, il sera obligé d'entamer une réflexion sur les motifs qui l'ont conduit lui-même à user ainsi de violences sexuelles. Le groupe se trouve être également un exercice de socialisation pour des individus en manque de capacités relationnelles. En tant qu'infirmier, je participe également à l'animation de ces groupes de parole et à l'accompagnement en individuel de patients.

Un travail qui peut aboutir également à un soutien à l'extérieur, au développement d'un travail en réseau avec les divers acteurs sociaux du secteur.

Ce qui constitue finalement la spécificité de ces prises en charge, c'est que le sujet, dans la majorité des cas, ne vient vers les soins que parce qu'il en est contraint. Il ne formule au départ aucune demande en lien avec notre activité. Ensuite, il est intéressant ici de constater qu'il s'agit peut-être du seul domaine où l'on ne soigne pas une maladie présente chez le patient mais que l'on travaille autour d'un acte qu'il a commis. Cette singularité nous oblige, nous soignants, à développer le lien thérapeutique. La personne que l'on reçoit est, dans la majorité des cas, empreinte de honte, de gêne, elle a déjà dû affronter le regard policier, judiciaire, la perte des proches et parfois même de son emploi lorsqu'elle a subi une incarcération. Elle considère en premier lieu le soin comme une sanction, une peine de plus, en tout cas certainement pas comme une ressource à un nouveau départ. C'est donc ici un travail à la fois relationnel, de compréhension, de patience qu'il faudra mettre en place, une attention toute particulière, une sensibilité attentive et objective à acquérir. De fait, devant la nature des faits qui peuvent nous être restitués, devant l'horreur que ces violences peuvent susciter, c'est également toute notre empathie, toute notre capacité de soignant qui sera mise à l'épreuve.

Vous l'avez compris, ce travail d'infirmier, de par sa distance avec toutes techniques ou gestes réservés à notre profession, mais pour sa proximité avec l'autre mais aussi soi, donne une nouvelle dimension à notre exercice. Il nous ramène ici à ce qu'est profondément notre profession, ce qui au final en fait la beauté : susciter une demande de soins, agir de manière à ce que le patient devienne acteur, accompagner une réflexion, faire apparaître des éléments de compréhension, favoriser ainsi la bonne évolution de personnes au passé difficile.

Ce travail de soignant en psychiatrie, s'il est parfois ingrat, est aussi la source d'une richesse incroyable pour l'individu qui l'exerce. Il oblige l'infirmier, à réfléchir à son rôle, les domaines de ses interventions, ses propres limites. ■

Lionel LALUE
Infirmier CNI Esquirol

**MMPI : abréviation de Minnesota Multiphasic Personality Inventory, questionnaire destiné à explorer plusieurs traits de la personnalité.*

Modification des modalités et du contrôle des hospitalisations sans consentement

Le 27 septembre 2013 a été voté la Loi n° 2013-869 modifiant certaines dispositions issues de la Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 concernant les droits, la protection et les modalités de prise en charge des personnes recevant des soins psychiatriques dans le cadre d'une procédure accélérée.

En effet cette nouvelle loi devait être votée avant le 1^{er} octobre 2013, date fixée par le Conseil Constitutionnel. Celui-ci a jugé contraire à la Constitution plusieurs dispositions du Code de la santé publique relatives à l'admission des patients en unités pour malades difficiles (UMD) ainsi qu'aux hospitalisations sans consentement des personnes pénalement irresponsables décidées par le Préfet.

Les parlementaires ont profité de cet impératif pour entendre les professionnels sur la loi du 5 juillet 2011. La CNI a participé de façon très active à cette réflexion. Nous avons été reçus trois fois à l'Assemblée Nationale par M. Denis Robillard et une fois au Sénat sur l'invitation de M. LE MENN, tous deux rapporteurs auprès de leur assemblée. Si toutes nos propositions n'ont pas été retenues, la parole soignante a été portée, confrontée aux autres professionnels et, dans une certaine mesure, entendue et reconnue par les parlementaires au travers de cette loi.



L'application de ce nouveau texte s'échelonne entre le 30 septembre 2013 et le 1^{er} septembre 2014. En voici les points principaux.

1. Modifications des procédures d'hospitalisations sans consentement (application immédiate)

Modifications imposées par le Conseil d'Etat

- Suppression du statut légal des unités pour malades difficiles qui redeviennent des services hospitaliers « ordinaires » ; les patients qui y sont hospitalisés bénéficient donc des mêmes droits et garanties que ceux reconnus à l'ensemble des patients admis en soins sans consentement.
- Il est maintenant précisé les cas d'irresponsabilité pénale (faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens) susceptibles de faire entrer les patients concernés dans un dispositif plus strict (modalités particulières de modification de la forme de la prise en charge, de levée de la mesure, ou encore de saisine du JLD*).

Rationalisation des certificats médicaux

- Fusion du certificat médical devant confirmer ou non la nécessité de la mesure de soins sans consentement et celui devant préciser la forme de la prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins). Désormais, c'est le certificat des 72h, établi par un psychiatre de

Modification des modalités et du contrôle des hospitalisations sans consentement

l'établissement d'accueil, qui doit également proposer une prise en charge adaptée à l'état de santé du patient et à l'expression de ses troubles mentaux.

- Le certificat de huitaine est supprimé. Rappelons toutefois qu'un avis médical est nécessaire pour la saisine du juge des libertés et de la détention.

Dispositions spécifiques aux soins sur décision du directeur

- Est désormais expressément prévu que la décision de maintien des soins sans consentement à l'issue de la période d'observation de 72h est prise pour une durée d'1 mois.
- Lorsque la durée des soins dépasse un an, l'évaluation du collège de soignants doit être une évaluation médicale.

Réintroduction des sorties de courtes durées non accompagnées

- La loi du 27 septembre 2013 réintroduit le principe des sorties d'essai, en rétablissant des sorties de courte durée non accompagnées d'une période maximale de 48h. La demande doit être faite 48h avant la date prévue.
- Ces sorties sont accordées, selon les cas, par le directeur ou par le représentant de l'Etat. En cas de soins sur demande d'un tiers, le directeur doit informer le tiers de l'autorisation de sortie qu'il a accordée au patient et de la durée de celle-ci. Par ailleurs, s'agissant des patients admis SDRE**, le représentant de l'Etat peut expressément s'opposer à la sortie.

Les alternatives à l'hospitalisation complète

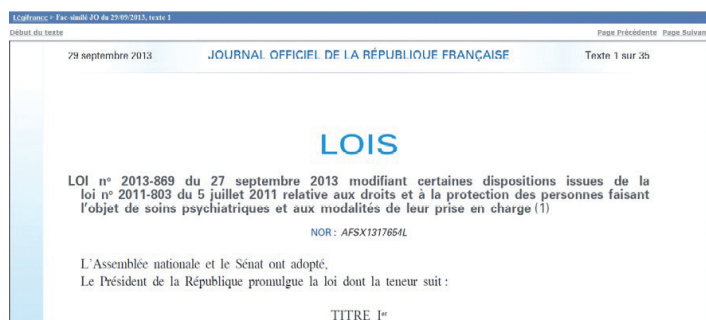
- Le texte précise expressément ce que le programme de soins peut comporter :

- des soins ambulatoires,
- des soins à domicile dispensés par un établissement autorisé à prendre en charge des patients en soins sans consentement,
- une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet.

- Ce programme de soins peut dorénavant être modifié par un psychiatre de l'établissement d'accueil, et non exclusivement par un psychiatre participant à la prise en charge du malade.
- S'agissant des patients irresponsables pénaux en soins sur décision du Préfet, le collège de soignants doit nécessairement être saisi préalablement à la modification de la forme de la prise en charge.
- Il ne peut plus y avoir de mesure de contrainte mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète. Cependant, en cas de non-respect du programme de soins, le patient peut se voir imposer une réintégration en hospitalisation complète. Les établissements de santé peuvent désormais recourir aux moyens de l'Etat (pompiers, police nationale) en cas de nécessité de retour en hospitalisation complète d'un patient en programme de soins.

Règlement des désaccords entre le Préfet et le psychiatre traitant

- Le directeur de l'établissement d'accueil a désormais 24h pour indiquer au Préfet qu'une mainlevée de la mesure ou qu'une modification de la forme de la prise en charge est envisagée par le psychiatre.
- Si le Préfet décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre, il doit en informer le directeur qui doit demander immédiatement l'examen du malade par un deuxième psychiatre qui doit se prononcer sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète dans un délai de 72h à compter de la décision du Préfet.
- Si l'avis du deuxième psychiatre confirme celui du premier, le Préfet doit ordonner la levée de la mesure de soins ou décider d'une prise en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète.
- Si les avis des 2 psychiatres sont discordants, la loi impose désormais au directeur de saisir le JLD.



Modification des modalités et du contrôle des hospitalisations sans consentement

2. Modification des modalités de contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD)

D'application immédiate

- Suppression de l'avis conjoint de deux psychiatres pour la saisine du JLD, mais seulement l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.
- En cas d'appel de l'ordonnance du JLD, un avis rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil devra être adressé au greffe de la Cour d'Appel au plus tard 48h avant l'audience.

A partir du 15 mars 2014

- Avant le délai de 6 mois depuis la dernière décision du juge, le JLD devra être saisi au moins 15 jours à l'avance, contre 8 actuellement.

A partir du 1^{er} septembre 2014

- Les audiences seront foraines (dans une salle attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée au sein de l'hôpital, la possibilité de convention entre établissements est prévue). Toutefois, en cas de nécessité, il est autorisé qu'une seconde audience soit tenue le même jour au siège du tribunal de grande instance.



- Le délai limite pour que le patient soit présenté devant le JLD, passe de 15 jours à 12 jours à compter de l'admission du patient ou de sa réintégration en hospitalisation complète. La saisine du JLD doit se faire dans un délai de 8 jours à compter de l'admission ou de la modification de la prise en charge.
- Les débats devant le JLD pourront avoir lieu en chambre du conseil, cette modalité étant de droit si elle est demandée par le patient. Pour la CNI les débats devaient se tenir de droit en chambre du conseil afin de garantir le secret médical dû aux patients.
- La présence d'un avocat (assistance ou représentation) sera obligatoire. Ceci va augmenter sensiblement la durée des audiences et le coût de la procédure.
- L'avis médical permettant au patient de ne pas être présent à l'audience devra être motivé.
- La possibilité du recours à la visioconférence est supprimée.

3. Contrôle des établissements

Les députés, sénateurs ainsi que les représentants au Parlement Européen élus en France peuvent désormais visiter à tout moment les établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients en soins psychiatriques sans consentement.

Par ailleurs, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, le gouvernement doit remettre au Parlement un rapport sur la dématérialisation du registre des hospitalisations sans consentement. ■

Thierry ALBERTI
CNI Aix Montperrin
Danièle HENGEN
CNI Martigues

*JLD : Juge des Libertés et de la Détention

**SDRE : Soins sur Décision d'un Représentant de l'État

¹ http://legifrance.gouv.fr/jopdf/common/fo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20130929&numTexte=1&pageDebut=16230&pageFin=16235

² Cette procédure fait qu'il n'y a qu'un seul passage au sein des deux assemblées avant que ce tienne une commission mixte paritaire.

La démarche ergologique et l'exercice professionnel du cadre de santé

Du grec ergo, « le travail, l'action, l'œuvre », l'ergologie fait référence à l'énergie, la vitalité de celui qui travaille, étudie son point de vue, se centre sur le rapport entre la personne et son milieu de travail. C'est un va-et-vient de connaissances et de remises en questions sur l'activité de travail, celle-ci étant une forme de l'activité humaine.

L'ergologie n'est pas une discipline scientifique, c'est une démarche, une tentative pour comprendre les va-et-vient du microscopique de l'activité au macroscopique de la vie sociale.

Utiliser l'ergologie en tant que cadre de santé, c'est développer une réflexion, une analyse pluridisciplinaire des situations de travail. Mettre en pratique cette démarche c'est étudier l'activité humaine de l'individu au travail : du cadre de santé, du soignant, paramédical ou médical. Cela nous permet d'adapter notre management, notre communication et les conditions favorables à la connaissance et la compréhension **des situations de travail et des activités de l'individu.**

Les origines de l'ergologie

Revenons tout d'abord sur la trajectoire de 3 médecins atypiques intéressés par la santé au travail :

- **Alain WISNER (1923–2004)** : Médecin français fondateur de l'**ergonomie française de l'activité**, directeur du laboratoire **Ecart prescrit-Réel** d'ergonomie du CNAM. L'ergonomie regroupe les connaissances de physiologie, psychologie et des sciences voisines appliquées au travail humain, dans la perspective d'une meilleure adaptation à l'homme des méthodes, des moyens et des milieux de travail.
- **Ivar ODDONE, 1923** : Médecin, précurseur de la médecine du travail qui démontre les renormalisations.
- **Georges CANGUILHEM (1904–1995)** Thèse de Doctorat, « essai sur le Normal et le Pathologique », 1943 et rééd. 1986 : il parle de **l'infidélité du milieu.**

A la fin des années 70 (ou fin du Taylorisme) et dans les années 80, s'est développée la recherche d'autres méthodes de travail. Des enseignants chercheurs français comme **Jacques Duraffour** (ergonome), **Alain Wisner** (CNAM), et **Yves Schwartz** (Philosophe), se sont interrogés sur ce qui pouvait permettre d'anticiper le travail.

Ils ont développé à l'Université de Provence un dispositif validé en janvier 1998 par la création

du Département d'Ergologie. Cette démarche ne se réclamait d'aucune discipline existante en particulier et avait l'ambition de les requérir toutes en tant que **l'activité humaine et l'activité de travail.** Cette pratique, originale dans l'Université, mêle



La démarche ergologique et l'exercice professionnel du cadre de santé

formation initiale et formation continue, professionnalisation et initiation à la recherche. Elle aboutit à la mise en œuvre de formations diplômantes. Dans un premier temps a été créé le Diplôme Universitaire d'Analyse Pluridisciplinaire des Situations de Travail, puis le D.E.S.S., puis en 2005, le Master d'Ergologie.

L'ergologie propose de s'intéresser au travail de l'individu, quel que soit son secteur et à la singularité de l'activité humaine.



Les quatre propositions de l'ergologie

1. La distinction travail prescrit - travail réel :

- le travail prescrit est anticipable,
- le travail réel n'est pas anticipable, c'est le lieu de la singularité,
- l'écart prescrit-réel est l'arbitrage réalisé par l'individu pour réaliser son travail. Cet écart existera toujours dès l'instant qu'il y a de l'activité humaine et son absence rendrait le travail impossible et invivable.

2. Les savoirs institués et investis :

Les savoirs institués sont les connaissances théoriques, diplômes, lois, normes, concepts, protocoles...

Les savoirs investis sont les savoirs d'expérience. En lien avec la qualification, ils sont spécifiques, singuliers et conduisent à des ajustements de normes. L'expertise participe à la réalisation de son travail, elle se nourrit de la renormalisation toujours unique. On a beau connaître les activités de travail d'un individu, l'anticipation nécessaire n'est pas suffisante pour avoir accès à la réalité.

Le dialogue entre l'institué et l'investi établit le lien avec les compétences et leur développement.

3. Le Corps-soi :

L'usage de soi par soi : une parole intérieure.

Le corps-soi est le creuset des débats de normes, entre ce que l'on a prescrit, anticipé et ce qui va passer par le corps-soi que l'individu crée

de façon singulière. Le corps-soi est le lieu de la renormalisation et de la resingularisation. L'individu au travail est capable « en partie » de dire ce qu'il fait, cependant certaines actions sont inconscientes, liées à l'expérience. Il y a une **dimension incorporée**, un débat de normes personnel, individuel.

L'usage de soi par les autres : on ne fait pas usage de soi sans prendre en considération les autres Entités Collectives Relativement Pertinentes (E.C.R.P.).

Y. Schwartz définit le **collectif** comme « une notion floue » qui renvoie à l'expérience des contraintes et des exigences du travail vécues de l'intérieur, [...] il est très important parce que c'est ce qui est construit en propre par les travailleurs¹ ». La dimension collective du travail est « visible » dans ces Entités Collectives Relativement Pertinentes (E.C.R.P.).

L'équipe : l'organigramme, l'anticipé, le prévisionnel, le prescrit.

Entité Collective Relativement Pertinente : c'est passer de l'équipe sur le papier à l'entité collective « flottante » mais cohérente qui se construit dans la situation singulière, l'activité réelle.

L'ECRP est par exemple le groupe constitué par un infirmier et un aide-soignant pour réaliser un soin, le brancardier et l'infirmier lors de l'arrivée d'un patient, le cadre et l'équipe d'encadrement du pôle, l'encadrement et la direction de l'établissement... toute activité singulière réalisée par une entité collective.

4. Le rôle de la valeur dans le débat de normes :

Les valeurs avec dimension : mesure de la satisfaction des patients, rentabilité, performance,

La démarche ergologique et l'exercice professionnel du cadre de santé

Durée Moyenne de Séjour (DMS), taux d'occupation des lits, nombre de passages dans les services...

Les valeurs sans dimension : valeurs éthiques, dévouement, patience, probité, utilité sociale de sa fonction....

Du moment qu'il y a choix, il y a valeur. Le choix est valorisé par l'opérateur.

Les normes : la loi HPST, les organisations par pôle, la réglementation, la définition de la fonction cadre hospitalière, les textes de loi officiels, protocoles...

Chaque individu adapte les normes selon ses propres valeurs. Le plus petit acte de travail a une emprise sur nous, quelque chose qui est de l'ordre de la valeur.

Apports de la démarche ergologique

En interrogeant et en articulant les concepts, la démarche ergologique « **articule, tricote** » un **dispositif dynamique à 3 pôles** :

Pôle 1 : savoirs institués : savoirs publics, connaissances déjà disponibles, diplômes, fiches de poste, normes, concepts ergologiques...

Pôle2 : savoirs investis : savoirs d'expérience, compétences acquises, usage de soi...

Pôle 3 : débats de valeurs, trouver l'éclairage singulier qui est dans une situation, mise en dialogue et création de savoirs, transformation du travail d'où :

- Re-travail et transformation des situations : développement des compétences
- Re-travail et transformation des normes antécédentes : en nouvelles normes.

Synthèse des concepts ergologiques

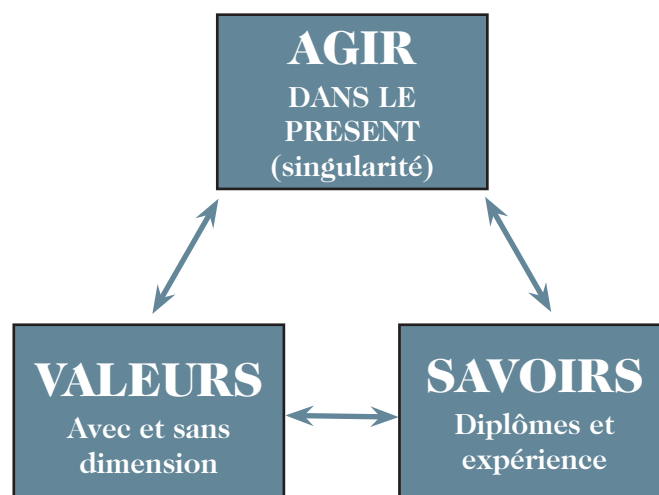
Comment utiliser cette démarche de réflexion pour étudier la nature du travail du cadre de santé ? En s'interrogeant sur la nature propre de son travail, ce qui le régit, les interactions entre les réglementations et l'activité, la référence aux normes dans l'exercice professionnel.

L'ergologie sert à mettre en évidence que **sans une adaptation, les savoirs seuls ne peuvent rien**. Les allers et retours entre les connaissances et le réel de l'activité, en sollicitant les compétences propres de l'individu, permettent le travail réel.

Il est **IMPOSSIBLE** pour l'être humain d'agir de manière neutre, comme un automate, et il serait **INVIVABLE** de tenter de le faire. L'individu agit donc toujours selon ses choix, selon sa valorisation de la situation propre. En effet, chacun agit selon son point de vue, ce qui lui paraît important, c'est-à-dire **ses valeurs**. L'ergologie permet d'envisager autrement le travail. Identifier la présence de nos valeurs dans nos choix nous permet d'imaginer qu'il en est de même chez les autres professionnels. Chaque individu tentera d'avoir ainsi son regard sur le **bien commun**, sur la situation et les divergences de choix des autres membres de l'équipe, de l'E.C.R.P.

Ce que prétend faire l'ergologie, c'est réconcilier d'un côté le **fait** et de l'autre côté la **personne qui va faire**. L'ergologie va montrer que dans l'agir du travail ce n'est pas l'un ou l'autre, c'est **l'un et l'autre**. Il n'y a pas de travail s'il n'y a pas, sur la base de faits, une interprétation, une version personnelle que chacun fait de ce qu'il a à faire.

Dès lors que l'on confie une tâche à quelqu'un, même si cette tâche est très précise, très codifiée, la **personne va donner sa version de cet effort d'objectivation, de ses savoirs**. L'ergologie montre le présent de l'activité humaine.



Aujourd'hui l'organisation part du postulat qu'il faut maîtriser objectivement le facteur humain, protocoliser à outrance, alors qu'en réalité **l'individu EST sa chance de réussite**.

La démarche ergologique vise la mise en évidence du débat de normes dans un univers de valeurs : **l'invisible du travail**.

Chacun utilise et adapte ses connaissances et ses compétences selon les activités à réaliser. Cette adaptation, ces renormalisations liées à l'activité réalisée développent des compétences « **vivantes** ».

La démarche ergologique et l'exercice professionnel du cadre de santé



Pour G. Leboterf, « la compétence est un savoir-agir reconnu. Elle se révèle par l'actualisation de ce que l'on sait et se réalise dans l'action. Elle se construit par la mobilisation, la mise en jeu des ressources (connaissances, capacités...) [...] La compétence est toujours compétence d'un acteur en situation. Elle émerge plutôt qu'elle ne précède² ».

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

Selon Yves Schwartz³, on a de plus en plus souvent le souci de lister les compétences, de les objectiver et de les évaluer. La notion de compétence ne peut être réduite à l'analyse du poste de travail d'une personne, mais propose de découvrir ce qui est requis au travail pour comprendre ce que fait une personne. **Une compétence ne peut donc être évaluée que par l'exercice d'une activité.** Elle suppose que l'on possède les aptitudes, les traits de personnalité, les connaissances requises. **Une compétence est acquise grâce à l'expérience.**

On tente aujourd'hui de détecter des compétences adaptées à une ou des situations de travail. Or, une situation de travail est toujours pour l'activité une « rencontre de rencontres », des variabilités à gérer.

De ces variabilités dépend l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Des rencontres et des compétences dépendent également l'acceptation, les combinaisons possibles de cet écart.

Compte tenu de tous ces éléments et concepts présentés, quel changement de paradigme pour le cadre ?

L'ergologie pour le cadre de santé

A titre personnel, la formation de cadre de santé que j'ai suivie lors de mon cursus m'a apporté les savoirs théoriques nécessaires à l'exercice de « base » de ma fonction. **Seuls, ils ne suffisent pas.** La licence en Sciences de l'Éducation a renforcé mes connaissances en psychologie, pédagogie, sciences de l'apprentissage et du langage...

La démarche ergologique a complété ces apprentissages en analysant l'activité de travail, ses composants. En éclairant de ses concepts propres fondamentalement respectueux de l'individu, de l'Humain, elle met en lumière **l'invisible du travail.**

Mon objectif est de mieux comprendre le travail : le mien en tant qu'individu et cadre de santé responsable d'une équipe paramédicale et celui des soignants dont je suis responsable. Prendre le temps de se pencher sur l'étendue de nos activités de travail permet de les identifier, les analyser, de mieux les comprendre et donc de les valoriser.

Au quotidien, la démarche ergologique m'aide et alimente ma réflexion dans :

- la gestion des ressources humaines :
 - en préalable : se remettre toujours en question, s'auto évaluer, identifier notre « corps-soi »,
 - s'attacher à connaître le point de vue de l'autre,
 - se centrer sur l'activité.
- la gestion des conflits : même démarche.
- les entretiens (simples, pédagogiques, d'évaluation, de réprimande...).
- mon positionnement de cadre et mes valeurs : (corps-soi, renormalisations...) :
 - individuel,
 - dans l'équipe d'encadrement,
 - avec les différents interlocuteurs pluridisciplinaires (Pôle, hiérarchie, institution...).

A titre collectif, cette démarche, **compréhensible et applicable par tout individu**, aide à discerner ce qui se joue dans le travail, dans son propre travail, dans le travail de l'autre, ce qu'exprime l'autre dans son travail.

La démarche ergologique et l'exercice professionnel du cadre de santé

Utiliser cette démarche de réflexion pour étudier le travail de chaque membre de l'équipe pluridisciplinaire permet au cadre de santé d'avoir une posture plus adaptée dans les démarches d'amélioration et de projet, d'être à sa place et de renforcer son identité professionnelle.

Le dispositif ergologique expliqué, travaillé et développé avec l'équipe d'encadrement du service hospitalier dans lequel je travaille depuis quelques années, nous permet d'envisager tout changement, toute volonté d'amélioration d'organisation sous un angle pluridisciplinaire, donc **au plus près de la réalité du travail**.

En écoutant les points de vue des professionnels, en présentant nos propositions centrées sur l'amélioration de la prise en charge du patient et donc sur l'activité soignante, en favorisant la communication, nous évitons certains conflits et tentons de développer le sentiment d'appartenance de l'équipe paramédicale de l'unité.

Cela ne règle pas toujours tout, restons humbles ! Mais cette méthode nous aide, en nous centrant sur l'activité, à favoriser le débat, le respect de la parole de l'autre et à éviter les pièges de l'arbitraire et de l'apriori. Elle favorise la vie et le développement du collectif de travail.

En conclusion

Le but de la démarche ergologique est de partir de l'analyse du travail pour ensuite interpellier ses deux processus de valorisation décrits par Y.Schwartz soit :

- l'économique ou le sens du travail pour l'entreprise,

- l'individuel ou le sens du travail pour ceux qui le réalisent.

L'option proposée, dans le cadre de ce dispositif, est un travail de réflexion afin d'identifier, de comprendre les variables et leurs répercussions sur l'écart entre le travail prescrit et le travail réel du cadre de santé dans une institution.

Articuler la complexité des situations de travail, leur singularité et leurs variabilités, permet d'approcher la réalité des activités de travail du cadre et de tout individu de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans le cadre de la démarche ergologique et de la réflexion sur la complexité des activités de travail, le cadre de santé, comme les autres professionnels membres de l'équipe et sensibilisés à ce dispositif, peuvent se retrouver, construire et valoriser leur identité professionnelle en respectant leur éthique.

L'ergologie nous aide à montrer le présent essentiel de l'activité humaine.

Le management ergologique permet au cadre de santé d'affirmer ses valeurs humaines et soignantes, de développer son identité professionnelle et ses missions d'encadrement. ■

*Catherine BOMPARD
Cadre de Santé
Décembre 2013*

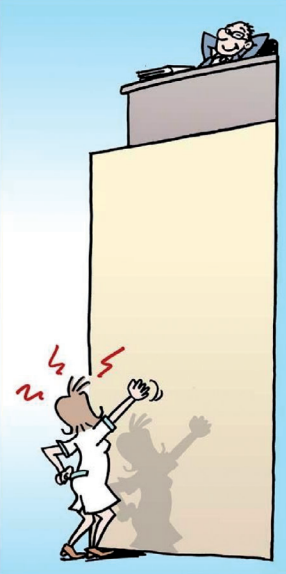
¹ Schwartz, Y., (2001), *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*, Toulouse : Octares éditions, pp523.

² Leboterf, G. (1994). *De la compétence, essai sur un attracteur étrange*. Paris: les éditions d'organisation. pp16.

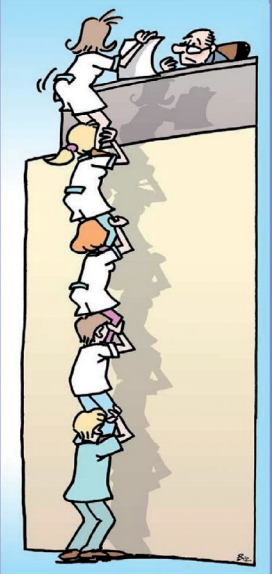
³ Yves Schwartz et Louis Durriève (dir.), « Travail et ergologie, entretiens sur l'activité humaine », « Annexe au chapitre 7, usage de soi et compétence », pp201 à 218



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



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



REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

C
N
I

COORDINATION
NATIONALE
INFIRMIERE



Coordination Nationale Infirmière

Syndicat Professionnel

Tél. **04 91 74 50 70**

Fax **04 91 74 61 47**

Email : fsi-sud@mail.ap-hm.fr

coord-nat-inf@hotmail.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

270 boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE
6508 / RC 1249 / 1

***J'adhère à la
Coordination Nationale Infirmière***

*Je reçois sa revue professionnelle
chaque semestre*

COTISATION ANNUELLE

- ☐ **IDE : 70 €** (depuis le 01/01/05 cotisation déductible des impôts à 66% soit cotisation à 23,80 € par an).
- ☐ **ÉTUDIANTS 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 : _____

N° Tél. _____ Email : _____

Établissement employeur : _____

Service : _____ N° Poste : _____ Grade : _____

Je joins à ce bulletin un chèque de 70 € (ou 15 €) à l'ordre de : **Coordination Nationale Infirmière**
et l'envoi à : **Coordination Nationale Infirmière, 270 boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE**

**Par mon adhésion à la CNI, je peux accéder à une protection juridique
(protection juridique et capital main active) au tarif préférentiel de 28 € par an.**

L'adhésion se fait par année civile.

- ☐ **Je souhaite prendre la protection juridique (un bulletin d'adhésion me sera alors envoyé dans les prochains jours).**
- ☐ **Je ne souhaite pas prendre la protection juridique.**

**" Avec la Mutuelle COMPLÉMENTAIRE je suis sereine
elle me verse un complément de salaire en cas de maladie "**

Offre PRIVILEGE
de bienvenue *

à partir de **17,80 €**

* Offre réservée aux agents ayant
moins de 5 ans d'administration

Renseignez-vous sur nos offres promotionnelles du moment



**Union
Nationale**
DES **mutuelles**
DE LA **Santé**

01.42.76.12.48

www.mc602.com

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



SPÉCIAL MÉTIERS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL

Exercer son talent au service des autres est une mission que nous partageons. C'est pourquoi, **la GMF, 1^{er} assureur des agents des services publics**, en fait toujours plus pour vous assurer dans votre vie personnelle (assurance auto, habitation, complémentaire santé, épargne) et vous accompagner dans votre vie professionnelle. À votre tour, rejoignez nos 3 millions de sociétaires pour profiter **des offres privilégiées** que nous vous réservons.

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

10 %
DE RÉDUCTION*
sur votre assurance **AUTO**

+

Pour les moins de 30 ans

JUSQU'À
100 € OFFERTS**

50 € sur votre assurance **AUTO**
50 € sur votre assurance **SANTÉ**

* Offre réservée aux agents des services publics, personnels des métiers de la santé et du social, la 1^{re} année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2014.

** Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la 1^{re} année, à la souscription d'un contrat d'assurance auto et/ou d'un contrat de complémentaire santé. Offre non cumulable avec le tarif Avant'âge 30 et valable jusqu'au 31/12/2014.

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

Les contrats complémentaire santé sont souscrits par l'A.D.A.C.C.S auprès de GMF Assurances et La Sauvegarde.
ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Paris 323 562 678 - Siège social : 11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon 75014 Paris. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

SHAM - Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes. Entreprise régie par le Code des assurances - Siège social : 18, rue Edouard Rochet - 69372 Lyon Cedex 08.

80
ans

