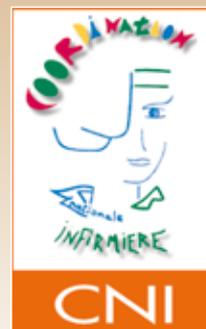


Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



N° 39

PROFESSIONNELS DE SANTÉ
COORD'ONNONS-NOUS !



Droit d'option IBODE/PUER :

Bizarre vous avez dit Bizarre !



Dossier

Élections professionnelles



La prévention des risques psychosociaux

dans la fonction publique





www.glyphes.fr - Photo : Thinkstock / Monkey Business Images.

Formations CERF...

Une qualité qui s'apprécie aussi dans le regard.

*“ Vous faites du bien, vous êtes bien...
Et ça se voit ! ”*

► **CERF**, c'est **400 modules** de formation et programmes de DPC pour les métiers de la **santé**, du **social**, de l'**éducatif** et du **médico-social**.



CERF FORMATION SAS

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

www.cerf.fr



FORMATION **CERF**



Editorial



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@groupe-drouin.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 BOUICHOU, (Infirmière, CNI Poitiers)
- Stéphane DERES (Infirmier, CNI Poitiers)
- Régine WAGNER
(Infirmière, CNI Aix-en-Provence)

PHOTOS

Laurent FAIVRE et Céline DUROSAY
(Infirmiers, 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

GROUPE DROUIN
IMPRIMEURS
groupe-drouin.fr

IMPRIM'VERT*

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



Nombre d'entre nous avait pressenti un été chaud. La météo n'a certes pas été partout au rendez-vous mais dans le domaine de la santé, le terme était bel et bien approprié ! Cet été 2014 restera à jamais marqué par les multiples agressions de collègues infirmières libérales et du terrible drame conduisant au décès de Mireille à Strasbourg le 20 juillet 2014.

Face à l'horreur : le silence. Les médias nationaux sont muets. Si d'autres professions ont hélas connus ces instants tragiques, elles ont reçus témoignages et hommages de leurs tutelles. Pour une infirmière, RIEN. Au delà de la profession, c'est toute la famille de la santé qui se sent abandonnée.

Beaucoup de professionnels de santé ont également eu ce sentiment face à la galère dans les services hospitaliers et les problématiques de remplacement encore plus prégnantes en cette période estivale. Les équipes souffrent, s'épuisent et leurs encadrements avec elles. Plusieurs Cadres de Santé nous ont en effet fait part de leur sentiment d'avoir une hiérarchie aux abonnés absents et d'être seuls dans la tourmente...

Dans ce contexte de contraintes budgétaires, le quotidien est loin d'être une sinécure. Partout, il faut assurer la prise en charge, prioriser les essentiels mais qu'en est-il des responsabilités, de l'humain, du relationnel, de la qualité des soins ? Ici et là, au détour des couloirs blancs, flotte le spectre de l'erreur. Certains nous dirons « j'essaie de ne pas y penser » tandis que nous en accompagnerons d'autres, traduits en conseil de discipline...

L'automne qui se profile, n'annonce pas plus d'éclaircie puisqu'il est fort probable que le budget santé se réduise encore. Est-ce inéluctable ? Les responsables politiques sont-ils réellement conscients des incidences ? Plus grave encore, les professionnels de santé pourraient-ils cautionner par le silence tellement absorbés par le quotidien. Non, je me refuse à croire à ce scénario catastrophe.

Le syndicat CNI a fait le choix d'élargir sa sphère d'adhérents au delà de la filière infirmière parce que nous sommes nombreux à voir nos cœurs de métiers malmenés, parce que nous sommes nombreux à partager les mêmes valeurs, à vouloir défendre une prise en charge de qualité et sécurisée des usagers.

Professionnels de santé de la Fonction Publique Hospitalière, vous serez appelés aux urnes le 4 décembre 2014 pour les élections professionnelles :

**Informez-vous, positionnez-vous et VOTEZ !
Vous êtes concernés,
ne laissez pas les autres décider à votre place.**

*Nathalie DEPOIRE
Présidente de la CNI*

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



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.

10 % DE RÉDUCTION⁽¹⁾
SUR VOTRE ASSURANCE AUTO

ET EN + POUR LES MOINS DE 30 ANS

JUSQU'À 100 € OFFERTS⁽²⁾

50^e SUR VOTRE ASSURANCE AUTO ET 50^e SUR VOTRE ASSURANCE SANTÉ

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

⁽¹⁾ 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.

⁽²⁾ 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.



Sommaire

Éditorial	3
Une nouvelle page d'histoire CNI...	6
Focus métier : Psychomotricien : un métier d'équilibre	7
3 questions à...	8
Droit d'option IBODE/PUER : Bizarre vous avez dit Bizarre !	10
Validations d'Acquis d'Expérience pour l'obtention du diplôme d'état de bloc opératoire	14
Loi Santé Présentation des orientations	18
6 ^e Congrès Européen du Toucher-Massage	21
Révision de note à Martigues : Changement vous dites ?	22
Témoignage : Glissements de tâches et responsabilité infirmière	24
Cadres de santé, quelles responsabilités ?	26
Dossier : Elections professionnelles	
• Rénovation du dialogue social	
• Calendrier des opérations électorales	
• Je suis aide-soignante et j'ai choisi la CNI	
• Implantation d'une section locale de la CNI : retour d'expérience du C.H. de Montmorillon	30
Grilles salariales	38
Paroles d'infirmière : Education Thérapeutique Martigues	46
Le métier d'IDE Arthérapeute en Psychiatrie	48
12 mai 2014 12 mai Poitiers 12 mai Belfort Montbéliard	51
A noter dans vos agendas	54
Terrain balisé, terrien qui balise ?	55
Le travail en binôme : témoignage	55
La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique	56
Note de la rédaction	59
Iniquité et pénibilité professionnelle, du constat vers l'harmonisation ?	60
Marche blanche : Strasbourg, le 20 août 2014	63
Histoire d'un jardin en psychiatrie	64
La mobilité en pédopsychiatrie	67
Le guichet des erreurs médicamenteuses	68

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



Rejoignez-nous sur notre application
smartphone et tablette



Une nouvelle page d'histoire CNI...

La Coordination Nationale Infirmière est une Fédération de syndicats professionnels issue des mouvements infirmiers des années 1988/91. Depuis sa création, notre organisation réunit des adhérents de la filière infirmière (Etudiants en Soins Infirmiers, Infirmiers, Infirmiers Spécialisés, Cadres de Santé, Cadres Supérieurs de Santé et Directeurs des Soins).



Elus depuis plus de vingt ans au sein des instances dans les secteurs publics et privés, les représentants de la CNI ont eu à s'impliquer sur des dossiers concernant la filière infirmière mais également en faveur de l'ensemble des professions satellites qui interviennent, en complémentarité, dans la prise en charge du patient.

En parallèle des évolutions du système de santé, la loi de modernisation sociale et notamment les changements de la définition de la représentativité syndicale ont conduit notre syndicat à de longs débats.

Un engagement pluridisciplinaire est aujourd'hui indispensable à l'instar de la Commission de Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques (C.S.I.R.M.T.), compte tenu du contexte économique et au regard des réorganisations sanitaires qui en découlent. Cette évolution répond également aux sollicitations des autres professionnels de la C.S.I.R.M.T. qui souhaitent adhérer à un syndicat professionnel pour obtenir une reconnaissance spécifique tant dans leur établissement qu'à l'échelon national.

Lors de l'Assemblée Générale Nationale du 21 mai 2014, le syndicat CNI a acté un élargissement de sa sphère d'adhérents. Il invite les professions de la filière rééducation (Cadres de santé, Pédiatres-Podologues, Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Orthophonistes, Diététiciens, Orthoptistes, Psychomotriciens) de la filière médico-technique (Cadres de santé, Préparateurs en pharmacie hospitalière, Techniciens de laboratoire, Manipulateurs d'électroradiologie médicale) ainsi que les Aides-Soignants, les Auxiliaires de

Puériculture, les Agents des Services Hospitaliers et les Psychologues à le rejoindre.

Sur un échelon local, il s'agira de poursuivre la démarche engagée pour coordonner l'action de l'ensemble des professions de santé au sein des différentes structures. Concernant le niveau national, il conviendra que chaque corps professionnel puisse faire vivre un collectif au sein de la CNI afin que les revendications spécifiques soient portées par un représentant du corps concerné.

Certaines sections locales font figure de pionnières puisqu'elles avaient déjà fait un choix d'ouverture en intégrant localement des adhérents aides-soignants. Leur retour d'expérience a permis à notre syndicat de s'engager vers cette évolution.

Il s'agit là d'une nouvelle aventure pour notre jeune organisation, d'un réel challenge mais aussi et surtout d'un projet d'union des métiers de la santé pour obtenir la reconnaissance des différentes compétences, améliorer les conditions de travail et donc, à terme, apporter une réelle plus-value pour la qualité et la sécurité des soins. ■

Nos buts :

- obtenir une reconnaissance du rôle et de la place des professions de santé dans le système de santé français,
- sauvegarder et défendre les professionnels de santé,
- améliorer les conditions de travail et de vie des professionnels de santé qu'ils soient étudiants, en activité ou retraité,
- défendre les droits et les intérêts moraux, tant collectifs qu'individuels des professionnels de santé,
- être à l'initiative ou de soutenir tout projet visant à améliorer la qualité de la santé en France,
- être à l'initiative ou de soutenir le maintien des acquis sociaux tant en ce qui concerne la protection sociale que la solidarité sociale,

Le syndicat peut agir pour l'un de ses membres à condition d'en avoir reçu mandat.

le Bureau National

Coordination Nationale Infirmière

Focus métier :



Psychomotricien : un métier d'équilibre



Le psychomotricien est un auxiliaire médical qui exerce sur prescription des médecins, auprès de toute personne qui présente un trouble psychomoteur, associé ou non à une pathologie physique et/ou psychique. Après la réalisation d'un

bilan psychomoteur, le psychomotricien va utiliser une médiation corporelle spécifique à chaque patient en fonction de l'objectif thérapeutique visé et des caractéristiques personnelles de chacun. Cela peut être pour exemple : la mobilisation active ou passive du corps dans l'espace (réalisation de parcours moteurs, danse, relaxation...), la sollicitation de moyens d'expression artistique (dessin, light painting, musique...). Ces prises en charges peuvent être effectuées en individuel ou en groupe. Dans l'exercice de ce métier riche et varié, nous travaillons souvent en interaction avec nos collègues infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes... dans une démarche pluridisciplinaire centrée autour du projet individualisé du patient. C'est avec cette même dynamique d'ouverture, que nous sommes heureux d'accueillir le colloque de la Coordination Nationale Infirmière les 30 septembre, 1^{er} et 2 octobre 2014.

l'Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, dont la mission de service public est la formation au diplôme d'Etat de psychomotriciens.

Après 30 ans d'absence de la psychomotricité au sein de la seconde ville de France, les besoins en professionnels se faisaient cruellement sentir : entre 6 à 18 mois d'attente pour trouver et recruter un psychomotricien, avec une densité professionnels / population largement inférieure à la moyenne nationale. Fortement ancrée dans le réseau local, l'ISRP est en partenariat avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et Aix Marseille Université (AMU). Dans ce maillage de stratégie d'opportunité partagée, dans un premier temps la formation théorique des étudiants est en partie assurée par les Professeurs de l'AMU. Dans un second temps, les étudiants peuvent réaliser leurs stages au sein de l'AP-HM, et bénéficier tout autant de l'expertise des professionnels du C.H.U. qu'ils sont susceptibles d'apporter leurs compétences. ■



Nouvelle école de psychomotriciens à Marseille

C'est au cœur de l'hôpital Sainte Marguerite de Marseille que s'implante en septembre 2014

*Interview, S. AMORETTI
Directrice pédagogique, Psychomotricienne,
DESS Sciences de l'éducation, Cadre de Santé*



3 questions à...

Françoise, aide-soignante, au CHU de Poitiers et adhérente à la CNI depuis 3 ans*.

Quelques mots sur votre parcours professionnel...

« J'ai obtenu mon diplôme d'AS en janvier 1996. Mon souhait était de travailler en binôme. En septembre 2004, j'ai eu la chance d'intégrer un service de réanimation. Cette collaboration avec l'infirmière est importante pour moi et je pense que la prise en charge globale du patient est plus pertinente. Toutes les organisations ne le permettent pas mais, pour moi, le fonctionnement en binôme me correspond mieux. »

Quel est votre rôle au sein de la CNI ?

« A la CNI, chacun a un rôle défini en fonction des responsabilités, du temps attribué ou de l'actualité. J'ai du temps dédié pour assurer une présence au local syndical. J'assiste aux conseils locaux. Ces échanges sont importants pour prendre des décisions ensemble et pour connaître les dernières informations de l'institution ou de ce qui se passe au niveau national. Je participe aux permanences avec mes collègues. Nous allons à la rencontre des équipes, les écoutons, prenons note de leurs remarques et répondons à leurs demandes. Les principales préoccupations des agents sur le terrain sont les dysfonctionnements du planning, l'avancement, les contrats proposés, sans oublier les conflits et certaines situations d'usure professionnelle ou d'extrême précarité. Le soutien fait partie de notre mission syndicale même si nous ne pouvons pas résoudre tous les problèmes. A la CNI, nous privilégions la concertation, la



négociation dans le respect de l'ensemble des acteurs. J'ai eu une autre expérience syndicale, dans une grande centrale, plus axée sur le conflit. Les méthodes ne me convenaient pas et d'ailleurs elles n'apportaient pas de résultats... »

Avez-vous un objectif précis ?

« Oui, car après avoir participé à la journée internationale de l'infirmière le 12 mai dernier, j'aimerais bien m'investir pour organiser une conférence similaire axée sur la profession d'aide-soignant. Le 26 novembre, jour de la fête de l'aide-soignante, est symbolique pour mettre en valeur le métier. La CNI de Poitiers compte parmi ses adhérents des auxiliaires de puériculture et des aides-soignants qui sont prêts à s'investir en ce sens à mes côtés. Il ne reste plus qu'à concrétiser ! » ■

Françoise BON-GAUDAR

Aide-soignante - CNI Poitiers

**La CNI de Poitiers, suite à une modification de son statut local, a fait le choix d'accueillir des Aides Soignants parmi ses adhérents depuis plusieurs années déjà.*

Ecole européenne du TOUCHER-MASSAGE
Institut de formation Joël Savatofski

STAGES SPÉCIALISÉS SOIGNANTS
FORMATIONS CERTIFIANTES
FORMATIONS SUR SITE

CATALOGUE GRATUIT SUR DEMANDE

www.ifjs.fr
03 80 74 27 57

ogopc
OGPC habilité à dispenser des programmes de DPC

Sur le salon, gagnez une formation à distance avec le



PARAMédical

le Salon
EMPLOI
des Infirmiers

Les salons de

L'EXPRESS

PARAMEDICAL

le Salon EMPLOI des infirmiers & soignants

Mercredi 17 septembre 2014 ^{35^e édition}

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Mercredi 11 mars 2015 ^{36^e édition}

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

Mercredi 10 juin 2015 ^{37^e édition}

de 10h à 18h

espace Champerret PARIS 17^e

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 ...

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

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

L'EXPRESS

ANOUS PARIS



Emploi Santé



SOINS l'infirmière

Aide Soignant

enfance

dépendance

EMPLOI Soignant



Droit d'option IBODE / PUER :

Bizarre vous avez dit Bizarre !

Le passage de Roselyne Bachelot au ministère de la santé aura au moins eu le mérite d'avoir marqué l'histoire infirmière en instaurant les mesures les plus injustes pour la filière infirmière.

La plus emblématique est certainement le principe d'un droit d'option scindant la profession en catégorie active et sédentaire.

Mais, dans le cadre de cette néfaste loi, nous avons encore trouvé une mesure encore plus inique que les autres, celle qui concerne le droit d'option des IBODE et des Puéricultrices.

Depuis le 20 janvier 2012, le syndicat Coordination Nationale Infirmière a interpellé la DGOS pour dénoncer l'injustice dont sont victimes les Infirmières de Bloc Opératoires Diplômées d'Etat et les Infirmières Puéricultrice Diplômées d'Etat. Notre intervention avait pour but de dénoncer une situation unique dans tout le dispositif du droit

d'option général, à savoir l'échelon 6 et l'échelon 7 de la classe supérieure se reclassant sur un même échelon 9 dans la nouvelle grille du 3^{ème} grade et sans reprise d'ancienneté.

La situation pour ces spécialisées était pour nous très injuste, car les IBODE et les Puéricultrices venant de passer au 6^{ème} échelon classe supérieure avaient été reclassées au même 9^{ème} échelon qu'une IBODE ou Puéricultrice au 7^{ème} échelon de la classe supérieure (échelon terminal de l'ancienne grille). Ces IBODE et Puéricultrices qui étaient au

7^{ème} échelon de la classe supérieure depuis de nombreuses années (avec une ancienneté de 5 à 10 ans pour la plupart), et qui étaient souvent des professionnelles en fin de carrière, ne pouvaient pas se permettre d'attendre entre 4 et 8 ans pour avoir une augmentation de salaire significative.

Les représentants de la DGOS, dès notre deuxième rencontre du 17 avril 2012, sont étonnés de ce cas de figure spécifique car personne ne leur avait signalé cette anomalie. Ils disent vouloir en savoir plus et contacter les personnes référentes.

Après de nombreux échanges mails et téléphoniques, le 10 mai 2012, le 4 juin 2012 et le 19 juin 2012, enfin une nouvelle rencontre nous est accordée au Ministère le 26 novembre 2012.

Reçu par Raymond LEMOIGN, alors Sous-Directeur Ressource Humaine de la DGOS, à



Droit d'option IBODE / PUER : Bizarre vous avez dit Bizarre !



l'évocation du sujet du droit d'option des IBODE et des PUERS, le mot est lâché : **Bizarrierie**.

Après l'expertise qu'il avait déclenché lors de notre précédente rencontre, il reconnaît à demi-mot la **Bizarrierie** et avoue que c'était peut-être une erreur volontaire par soucis d'économie. Très mal à l'aise, il nous assure que la DGOS veut rétablir le tir et cette grosse injustice que nous avons été les premiers à dénoncer. Il va lancer une demande d'arbitrage de « logique de rattrapage » au niveau de sa Direction et du Ministère pour faire reconnaître l'ancienneté de ces professionnels concernés.

Et puis le temps passe et les réponses à nos demandes se font de plus en plus longues.

A nos messages et nos rencontres à la DGOS et au Ministère du 10 janvier 2013, du 6 mars 2013, du 5 juin 2013 et du 5 février 2014, on nous annonce que la demande de logique de rattrapage a été chiffrée et que la décision est au niveau du Ministère. Ce même Ministère nous informe que la Ministre de la santé a acté cette mesure, mais que la balle est dans le camp du Ministère de la Fonction publique.

Et puis enfin vient un appel d'Eve PARIER, alors Conseillère Technique de la Ministre de la Santé, qui nous annonce qu'un projet de décret visant à modifier les grilles des Infirmières de Blocs Opératoires Diplômées d'Etat et les Infirmières Puéricultrices Diplômées d'Etat va être soumis au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière du 20 mai 2014. Mme PARIER nous

**Dernière minute : la DGOS nous apprend fin août, que le décret est soumis au conseil d'État et qu'il serait publiable fin septembre.*

précise ensuite que, dans la foulée, ce texte devrait être publié au Journal Officiel d'ici fin juin*.

Le projet de décret, visant à corriger l'iniquité, a bien été présenté et voté à l'unanimité au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

La CNI et tous les professionnels concernés s'en réjouissent et attendent la parution du texte avec impatience. La pugnacité de la CNI a une nouvelle fois porté ses fruits.

Pour autant notre victoire nous laisse un goût amer car, si cette décision avait été prise dès notre intervention du 20 janvier 2012, alors que le droit d'option courrait jusqu'en juillet 2012, beaucoup de choix d'option auraient été différents. En effet, cette décision de reprise d'ancienneté aurait impacté positivement la fin de carrière ainsi que les futures pensions de retraites de bon nombre de professionnels. Dans un contexte de pénurie de ces spécialités, beaucoup d'entre elles ont considérés, à juste titre, ces modalités de reclassement injustes et incompréhensibles. Ce reclassement n'étant pas du tout incitatif, la conséquence a été que la plupart d'entre elles ont opté pour la catégorie dite active et sont parties à la retraite dès 57 ou 58 ans.

Malheureusement l'égalité des chances sur des informations éclairées n'a pas été respectée pendant la période réglementaire du droit d'option des infirmières spécialisées. Nous continuons de penser qu'il faudrait faire reformuler un choix pour celles qui avaient opté pour la catégorie A Active sans connaissance de cette reprise d'ancienneté. ■

*Eric AUDOUY
Vice-président CNI*

*Bizarre
vous avez dit
Bizarre !*

Droit d'option IBODE / PUER : Bizarre vous avez dit Bizarre !

13/05/2014 09:22

Marisol Touraine

Le ministre des finances
et des comptes publics,

Michel Sapin

La ministre de la décentralisation,
de la réforme de l'État
et de la fonction publique,

Marylise Lebranchu

Le secrétaire d'État auprès du
ministre des finances et des comptes
publics, chargé du budget,

Christian Eckert

3

2

Validations d'Acquis d'Expérience

pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Bloc Opérateur

I. Pourquoi une VAE ?

- Pour valoriser les professionnels
- Pour favoriser l'optimisation de la qualité des soins en bloc opératoire.

Loi 2002-73 du 17 janvier 2002 (Modernisation sociale)

- Décret 2002-615 du 26 avril 2002 instaure la VAE pour toute certification professionnelle
- Décret 2002-616 du 26 avril 2002 crée le répertoire national des certifications professionnelles
- Décret 2002-617 du 26 avril 2002 crée la commission nationale de la certification professionnelle
- Décret n°2002-795 du 3 mai 2002
- Arrêté du 25 janvier 2005 modifié ouvre le diplôme professionnel d'Aide - Soignant à la VAE
- Arrêté du 16 janvier 2006 ouvre le diplôme professionnel d'Auxiliaire de Puériculture à la VAE
- Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

II. Un droit

Loi 2002-73 Article 133

« Toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valoir les acquis de son expérience, en vue de l'acquisition d'un diplôme, titre à finalité professionnelle ou d'un certificat...salariée, elle peut bénéficier d'un congé... »

II. La VAE permet

Loi 2002-73 article 134

- Accès à tout ou partie du titre, diplôme ou certificat

- « la validation produit les mêmes effets que le succès à l'épreuve ou aux épreuves de contrôle des connaissances et des aptitudes qu'elle remplace »

IV. VAE pour DEIBO : quelles conditions ?

Arrêté du 24 février 2014 article 1

1. Etre **titulaire** du Diplôme d'Etat Infirmier ou équivalent.
2. **Avoir exercé** les activités IDE en rapport direct avec le contenu du diplôme Ibode pendant au moins **trois années** en équivalent temps plein de façon consécutive ou non.

V. VAE pour DEIBO : quelles conditions ?

Arrêté du 24 février 2014 article 1

3. **Justifier de la réalisation d'activités** dans chacun des quatre domaines :
 - « Réalisation de soins et d'activités liés à l'intervention et au geste opératoire » (circulante, instrumentiste, aide opératoire) *3 activités*
 - « Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention » (accueil et suivi du patient en pré op et per op) *2 activités*
 - « Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés » (hygiène patient, personnel, environnement, stérilisation, tri des déchets) *3 activités*
 - « Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité en bloc opératoire et dans les secteurs associés » (contrôle qualité, gestion des risques, traçabilité) *2 activités* selon le référentiel d'activités

Validations d'Acquis d'Expérience pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Bloc Opérateur

VI. Comment obtenir une VAE ?

Les différentes étapes

Les outils

ETAPE 1

Accueil
Information
Orientation
Conseil



Le candidat

Le conseiller

Document d'information générale pour le candidat et pour les organismes d'information

ETAPE 2

Contrôle de la recevabilité de la demande

DRJSCS*



Livret de recevabilité + notice d'accompagnement pour le candidat

ETAPE 3

Renseignement du dossier VAE avec accompagnement



L'accompagnateur VAE

Livret de présentation des acquis + notice d'accompagnement pour le candidat

ETAPE 4

Réunion du jury et entretien candidat/jury
Évaluation à partir du dossier et de l'entretien
+/- Validation totale ou partielle



DRJSCS
Les membres du jury

Guide pour le jury : Guide d'évaluation du candidat + notice d'accompagnement pour le jury

Référentiel de compétences

Référentiel d'évaluation

Validation module Actes exclusifs

DEIBO

*Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale

D'après la DHOS/CG Conseil

Validations d'Acquis d'Expérience pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Bloc Opératoire

1. Livret de recevabilité (BO mars 2014)

Contenu :

- Coordonnées du candidat
- Situation professionnelle
- Niveau scolaire, diplômes obtenus
- Formation professionnelle suivie
- Lettre de motivation

A savoir :

- **Livret à retirer**, à remplir et à renvoyer à l'organisme en charge des dossiers (DRJSCS ou <http://vae.asp-public.fr>)
 - ▶ Absence de réponse dans les 2 mois équivaut à un rejet
- **Acceptation du livret 1:**
 - ▶ Vous devez déposer le livret 2 dans les 3 ans qui suivent.



2. Livret de présentation des acquis de l'expérience (BO mars 2014)

Contenu :

Le candidat présente, par écrit, les compétences qu'il estime avoir acquises, au travers de la description de ses activités professionnelles et des situations rencontrées.

L'entretien :

Arrêté du 24 février 2014 article 4

- Permet au jury de vérifier si les acquis dont fait état le candidat correspondent aux **aptitudes, aux compétences et aux connaissances exigées pour la délivrance du DEIBO**
- En évaluant les **compétences acquises** par le candidat du fait de sa formation initiale et de son expérience professionnelle, en les comparant :
 - ▶ au référentiel de compétences du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire
 - ▶ aux critères d'évaluation qui permettent d'apprécier la maîtrise de ces compétences.
- L'entretien a une durée maximum d'une heure.

VII. Le jury de la VAE :

Arrêté du 24 février 2014 article 5

C'est le jury du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire (nommé par le Préfet de région). Le Préfet peut décider d'organiser des sous-groupes de 3 examinateurs

- 1 Directeur d'école ou cadre formateur Ibode d'une autre région ou cadre Ibode accueillant les élèves en stage ou Ibode ayant exercé au moins 3 ans
- 1 Médecin spécialiste en chirurgie participant à la formation des IBO
- 1 représentant d'une Direction d'établissement employant des Ibode

VIII. Décision du jury

Trois décisions possibles à l'issue de l'examen du livret 2 et de l'entretien :

1. Validation de toutes les compétences hors compétences exclusives

- ▶ Formation complémentaire sur les actes exclusifs puis attribution du DEIBO

2. Validation de certaines compétences :

2 possibilités dans les 5 ans :

- ▶ Continuer à se perfectionner aux regards des compétences non validées et déposer un nouveau livret
- ▶ Suivre et valider, en école IBO, les unités d'enseignements correspondant aux compétences non acquises

A savoir : 1 seule compétence validée permet l'entrée sans concours en école IBO

3. Validation d'aucune compétence :

- ▶ 3 ans pour représenter un nouveau livret de validation

IX. VAE pour DEIBO : quelques précisions

Le candidat doit valider l'ensemble des compétences du métier au niveau prédéfini pour acquérir le diplôme d'Etat par la formation traditionnelle.

Validations d'Acquis d'Expérience pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Bloc Opératoire

Aucune validation de l'exercice illégal -> le module « actes exclusifs » sera à suivre en école IBO par tous.

Les compétences correspondant aux IDE ne sont pas validées à nouveau lors de cette VAE, mais **uniquement les compétences spécifiques.**

Des formations plus longues peuvent être organisées à la demande du candidat ou des employeurs.

L'important pour le candidat est de bien choisir les situations et les activités illustrant les compétences acquises.

X. Accompagnement de la VAE

Décret n°2002-795 article 1

Art R 931-34 code du travail et 931-22, 23, 24, 25, 26

- Un congé peut être demandé en vue
 - De la participation aux épreuves
 - De l'accompagnement à la préparation
- D'une durée de 24 heures de temps de travail
- Rémunéré (temps de travail)
- Une fois /an
- Possibilité de prise en charge des frais

La demande de VAE est une démarche en plusieurs étapes nécessitant un réel investissement personnel.

BON COURAGE ... ■

Chantal LEVASSEUR

Directeur de Soins

Directeur de l'IFCS et des écoles IADE et IBODE



VAE

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

IMPRIMERIE VERTE
PEFC
FSC

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

Loi SANTE

Présentation des orientations



PRÉSENTATION DES
ORIENTATIONS DE
LA LOI DE SANTÉ



Annoncée pour le 17 juin, la présentation des orientations de la future Loi SANTE a finalement eu lieu le jeudi 19 juin 2014.

Malgré « deux rounds » d'inscriptions, la salle était trop petite et nombreux sont ceux qui sont restés debout. Le nombre de dossiers distribués était également insuffisant. Rien de bien grave en soi puisque le dossier est mis en ligne mais tout de même, déformation professionnelle oblige, je ne peux m'empêcher de penser qu'il est heureux pour nos patients que nos services et nos soins soient mieux organisés que toute cette logistique ministérielle...

Le plan de communication par contre se décline sans fausse note, les médias sont au rendez-vous, les interprètes en langue des signes se relaient pendant les discours tandis que le texte est tapé et affiché simultanément.

Cependant malgré cet affichage et une attention soutenue, nous étions plusieurs à ressortir déçus de cette présentation, sans doute avons nous trop d'attentes !

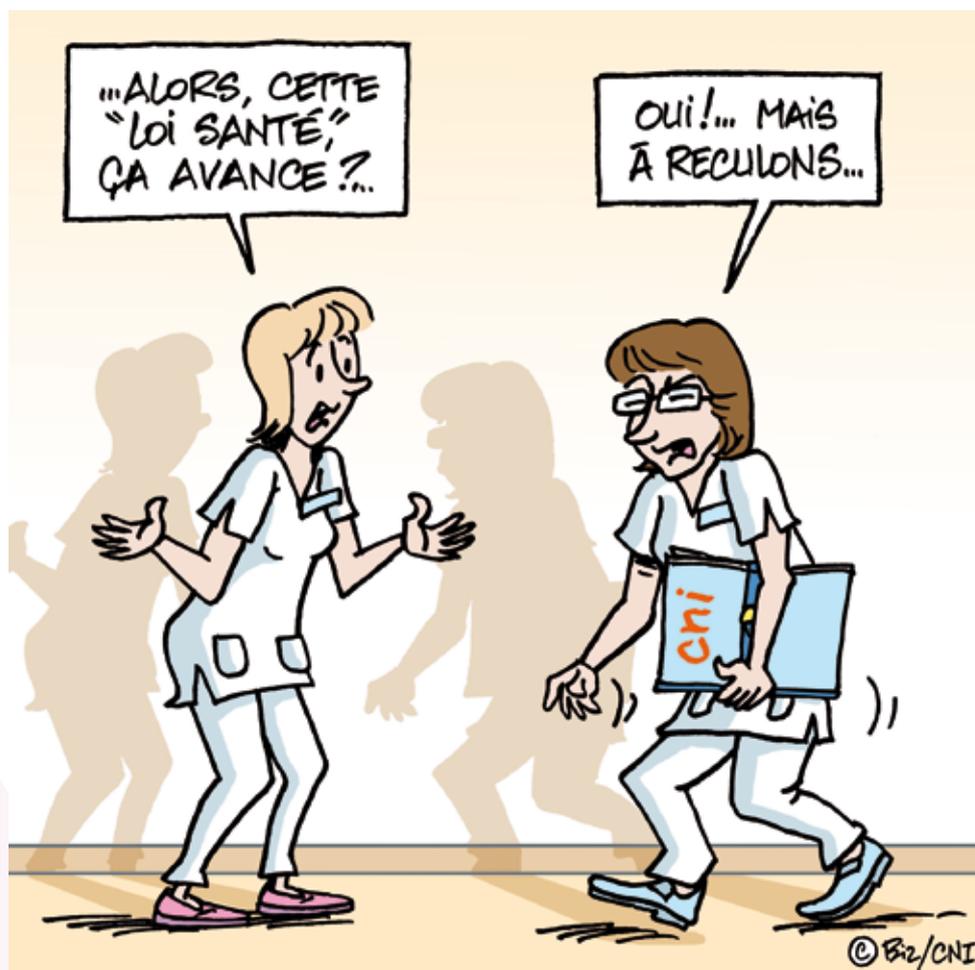
Nous, qui souhaitons des actes, devons prendre patience. En effet, cette Loi SANTE annoncée depuis de longs mois sera présentée en septembre en Conseil des ministres mais ne s'inscrira pas au parlement avant début 2015.

Même si la ministre de la santé annonce que « *De nombreuses mesures techniques sont nécessaires, des négociations sont en cours ou à venir : elles n'attendent pas la loi pour se mettre en place. Elles devront être prêtes au moment où ce texte entrera en application* »

Le changement ce n'est pas encore maintenant !

Dans son discours, Mme Marisol TOURAINE réaffirme « **la stratégie nationale de santé dont l'enjeu est de refonder notre système de santé** » et annonce « **un avant et un après** ».

La première orientation stratégique du projet de loi est d'inscrire la prévention comme un des socles de notre politique de santé.



© B2/CNI



Présentation des orientations

Si le constat posé en ce domaine et la nécessité d'agir sont réels, il est surprenant qu'à aucun moment elle ne prononce le mot infirmier, alors même que Mme Marisol TOURAINE, Ministre de la santé, développe les orientations de la future Loi SANTE. Pourtant le Code de la Santé Publique prévoit que :

Article R4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R4311-2

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 oeuvre 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.

Si l'ambition est réellement de faire de la prévention un axe majeur de la politique de santé, il est impératif que les infirmiers voient leurs compétences reconnues et reçoivent les moyens de les exercer. En ce domaine, ils sont majoritaires à répondre présents. L'avenir nous dira si les pouvoirs publics sont également prêts à nous reconnaître...

Comment ne pas adhérer au discours de la ministre quand elle énonce que « *La loi garantira aux usagers la permanence d'accueil et de la prise en charge ; le respect d'un délai de prise en charge raisonnable compte tenu de l'état du patient ; l'égalité d'accès aux soins.* » ?

Des valeurs professionnelles communes aux acteurs du soin induisent une certaine envie d'applaudir mais très vite un quotidien récurrent depuis de trop longs mois nous incite à modérer ce genre de réaction. Un réalisme certain nous pousse à exiger des actes et non plus de beaux discours en ce domaine.

Comment surtout ne pas sentir sourdre l'inquiétude lorsque Mme Marisol TOURAINE déclare que « *ce projet de loi reconnaîtra de nouveaux métiers, notamment les professions paramédicales à pratiques avancées. Je pense aux infirmiers cliniciens* »...

Il est urgent que nous ayons des réponses claires sur ces annonces de nouveaux métiers. De quoi parle-t-on exactement ? Quelles compétences ? Quelle formation ? Quelle reconnaissance ? Quelle place donnée à la recherche infirmière en France ?

Alors que l'avenir des formations IBODE, Puéricultrices, Cadres de santé n'est toujours pas clairement défini dans un champ universitaire.

Loi SANTE

Présentation des orientations

Alors que nous avons un besoin urgent de lisibilité, ces annonces répétées par la Ministre de la santé, par le Président de la République, dans ce contexte d'incertitudes, s'apparentent plus à un chiffon rouge agité qu'à un réel espoir...

Comment enfin analyser cette phrase du discours de la ministre : « *L'attractivité de l'hôpital et les conditions de travail sont un chantier majeur qui, au-delà de la loi, nous mobilisera dans le cadre de travaux auxquels je serai attentive.* »

Ce chantier est effectivement majeur et il est surtout urgent d'agir ! Nous partageons le constat mais pas le manque de décision sur ces problématiques, des vies sont en jeu autant parmi les usagers que parmi les personnels.

Ce discours perdure sans qu'il soit suivi d'effet ce qui le rend peu crédible...

D'autant moins convaincant que les restrictions budgétaires sont plus que jamais de mise et vont encore restreindre le budget santé ...

Pour approfondir le sujet, je vous invite à consulter le discours intégral de Mme Marisol TOURAINE :

<http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-les-orientations-de-la-loi-de-sante.html>

et à nous contacter et vous informer sur www.coordination-nationale-infirmiere.org

Pour défendre qualité et sécurité des soins, n'hésitez pas à rejoindre la CNI parce que...

**tout seul, on râle, on proteste et on peut espérer...
A plusieurs, on propose, on négocie et on obtient... ■**

Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI

*Tout seul, on râle,
on proteste et
on peut espérer...
A plusieurs,
on propose,
on négocie et
on obtient ...*

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
Reentrée 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 Coordinateurs 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



6^{ème} congrès européen du Toucher-Massage

Le 2 juin 2014 débutait le 6^{ème} congrès européen du Toucher-Massage, organisé par l'Institut de Formation Joël Savatofski (IFJS) et l'association Soiliance, au Palais des Congrès de Dijon. Partenaire de l'IFJS, la CNI était présente et a tenu un stand durant la première journée de ce congrès.



Un accueil chaleureux nous a été réservé dès notre arrivée avec le souci permanent de s'assurer de notre confort et de notre bien-être : le ton était donné.

Le contact avec les participants à cette formation s'est instauré rapidement, simplement dans le même climat de partages et d'échanges que nous avions ressenti dès notre arrivée.

L'organisation de cette journée nous a permis d'assister, au moins partiellement, aux conférences proposées.

La première matinée était consacrée à parler d'Amour ; thème universel abordé par les intervenants sous des angles, tantôt drôles, tantôt poignants, mais toujours avec authenticité et dans le souci de partager des expériences, des vécus au cœur du soin. Les interventions de Christophe Pacific, Cadre supérieur de santé agrégé en philosophie et d'Eric Fiat, Maître de conférences en philosophie, nous ont donné une perspective différente de notre rapport à l'amour, au respect et à notre façon de le transférer dans notre quotidien professionnel.

En tant que soignants et membres de la Coordination Nationale Infirmière nous y avons retrouvé toutes les valeurs et les motivations qui nous portent.

Alors que nous étions déjà comblées par les rencontres et les échanges de ce début de journée, entrain en scène Paolo DOSS, clown bienheureux, extravagant et auréolé d'une richesse intérieure infinie. C'est sans retenue aucune qu'il a partagé avec nous ses expériences en milieu hospitalier mêlant le rire aux larmes sans fausse pudeur.

Diverses interventions de professionnels de santé ont suivi cette même ligne au fil des heures suivantes.

Cet état d'esprit était encore bien présent alors que nous échangeions avec les congressistes sur nos propres expériences et entendions les leurs.

C'est avec plaisir que nous avons été interpellés à plusieurs reprises par des personnes qui avaient reconnu nos couleurs pour les avoir vues au salon infirmier d'octobre 2013.

Les revues que nous leur avons apportées ont rencontré un vif succès empreint d'un réel intérêt pour les articles que l'on nous a décrits comme étant de qualité. Les divers témoignages au stand, les réactions de ce public soignant ainsi que les interventions légitimaient nos combats CNI. Pour nous, représentants syndicaux, dont le quotidien est devenu parfois bien complexe (réorganisation avec suppression de postes, accompagnement de collègues en situation de souffrance et d'épuisement professionnel), mais qui portons viscéralement la volonté de défendre la qualité des soins, ce congrès a été dynamisant.

En quelques mots, chacun se reconnaissait dans des valeurs communes, l'envie de prendre soin. Ces ondes positives partagées, ces sourires soignants sont hélas trop absents de nos établissements de soins.

Il nous a semblé évident que l'ambiance sereine et apaisante de ce 6 juin ne suffisait pas à rassurer et à faire oublier les inquiétudes et les interrogations relatives à notre profession. Pour autant, ce fût une jolie parenthèse, un souffle d'air qui nous a transporté de rencontre en rencontre tout au long de cette journée. ■

Céline DUROSAY
Vice Présidente CNI Belfort Montbéliard



Révision de note à Martigues : Changement, vous dites ?

Tout agent de la Fonction Publique Hospitalière est évalué et noté tous les ans. Ce système est infantilisant et inefficace. Sommes-nous nombreux à penser la même chose ?

Lors de mon arrivée au Centre Hospitalier de Martigues, la note administrative était égale à 20 et ce pour tous les agents. Pour moi, rien d'étonnant. Dans mon précédent établissement, la note était de 21 et également pour tous les agents. A cette époque, je « râlais » mais ne me posais pas vraiment de questions. La note était pour moi un rappel de mes années de lycée et il me semblait stupide d'inscrire une infirmière dans une notation « scolaire » mais je ne me questionnais pas plus. Et nous n'étions pas encore dans un système de santé qui prônait la rentabilité.

En 2005, changement de Directeur des Ressources Humaines. Il prend la décision de modifier la notation pour se mettre en conformité avec la législation. Les carrières sont revues, le début de carrière correspond à la note 15 et augmente de 0,25 par an.

A Martigues, la direction et les représentants du personnel ont souhaité, en parallèle de la note administrative, mettre en place un système de bonification appelé « boni » qui permet de mettre en avant la « valeur de l'agent » si celui-ci s'est investi un peu plus que les autres durant l'année. Ce « boni » de 0,25 à 0,75 n'est valable que pour l'année en cours. Il n'est pas ajouté à la note administrative. Il n'est utilisé que pour les

avancements d'échelon et pour calculer la seconde répartition de la prime. Conscient que cette modification impactait le montant de la prime annuelle, l'ensemble des partenaires sociaux, dont la CNI, ont validé néanmoins ce protocole interne. Ils obtenaient ainsi le maintien du calcul de la prime.

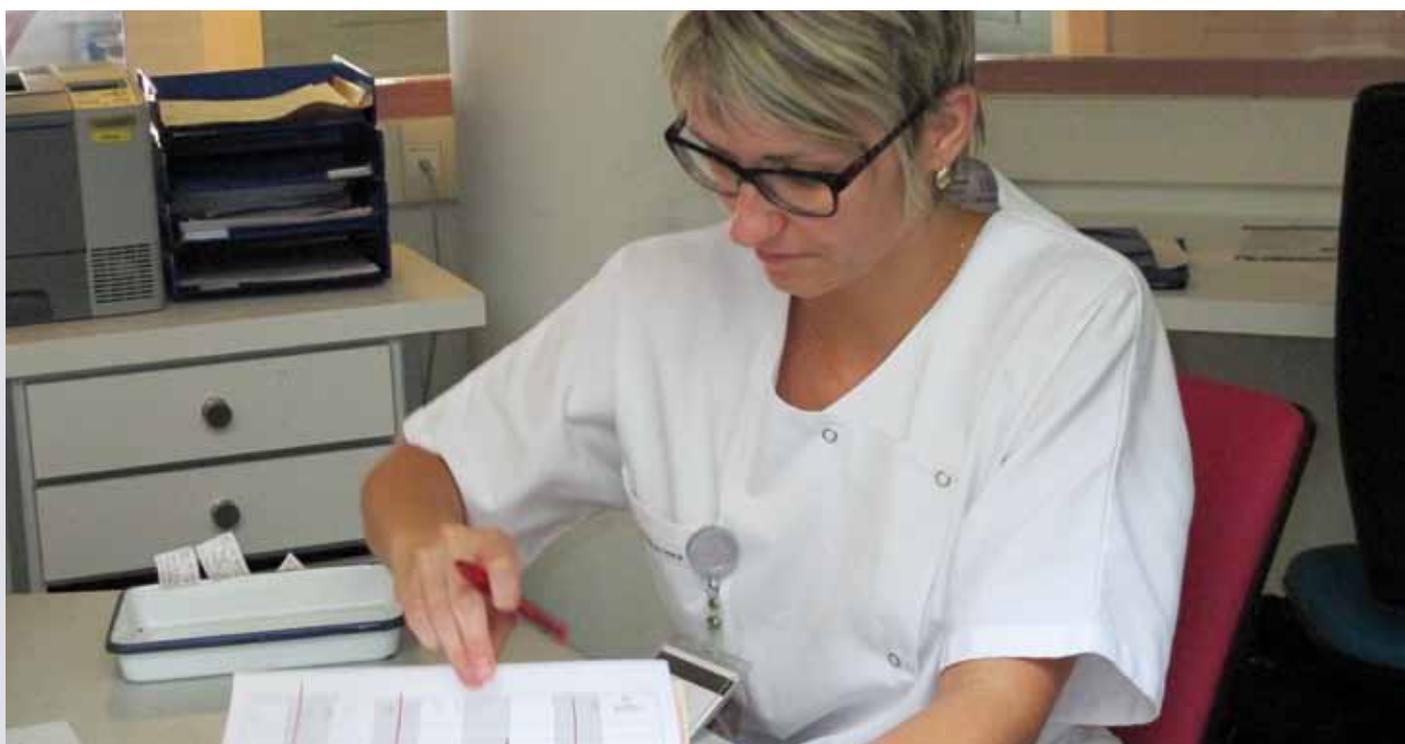
En 2014, nouveau changement de DRH. Peu de temps après sa prise de fonction, lors d'une réunion avec les syndicats, il nous informe que nous revenons au statut, et ce, sans concertation ni négociation !

La CNI questionne :

Si nous revenons au statut systématiquement, cela impactera le montant de la prime tout comme le nombre de jours d'absence par exemple, d'où une inégalité pour les agents, qui dans notre établissement, considèrent globalement celle-ci comme un treizième mois.

Que nenni ! La prime sera calculée en fonction de la note... « point barre » !

Suite à cette décision unilatérale de la direction, au milieu des autres syndicats, il n'y a que la CNI qui continue à revendiquer la valeur des agents !



*Ce système est
infantilisant et
inefficace.*

*Sommes-nous
nombreux à penser
la même chose ?*

Où sont les discours prononcés, les belles paroles de 2005 ?

Qui défend le personnel ?

Petit rappel :

La prime de service est versée à tous les agents titulaires et stagiaires non médicaux de la fonction publique hospitalière dont la note administrative est comprise entre 12,5 et 25.

Le calcul de la prime de service s'effectue en deux répartitions.

1. La première répartition tient compte des absences, à l'exception des congés maladie pour, et suite à une hospitalisation avec arrêt de travail prescrit par un médecin hospitalier.

La formule est :

Note x indice au 31 décembre x (140 - jours d'absence) x valeur du point pondéré en fonction du temps partiel ou du temps d'affectation dans l'établissement sur l'année.

2. La deuxième répartition ne concerne que les agents qui totalisent moins de 8 jours d'absence, y compris leurs congés pour ou suite à une hospitalisation.

La formule est :

Note x 140 x valeur du point pondéré en fonction du temps partiel ou du temps d'affectation dans l'établissement sur l'année.

Les abattements de la prime de service dans la fonction publique hospitalière

Le montant de la prime de service subit un abattement de 1/140^{ème} du montant pour chaque jour d'absence de l'agent sauf en cas de congé annuel, déplacement dans l'intérêt du service, d'accident du travail, maladie professionnelle et congé de maternité ou d'adoption.

Le Conseil d'État a indiqué que les jours de repos et les jours fériés ne doivent pas être exclus du nombre de jours d'arrêt de maladie servant au calcul de l'abattement pour absence de la prime de service des fonctionnaires hospitaliers.

En cas de mutation, la prime est payée proportionnellement à la durée des services accomplis dans chaque établissement, compte tenu de la note chiffrée arrêtée par l'établissement ayant procédé à la notation.

Les agents travaillant en mi-temps thérapeutique conservent le bénéfice de la totalité de leur traitement et sont bénéficiaires de l'intégralité des primes et indemnités auxquelles ils peuvent prétendre, donc de la prime de service. ■

Danièle HENGEN
Cadre de Santé, Martigues

Témoignage

Glissements de tâches et responsabilité infirmière

Comme tout professionnel, les médecins, infirmières ou aides-soignantes ont une responsabilité propre en lien avec leur champ d'exercice. Mais qu'est-ce que la responsabilité ? Selon le Larousse, la responsabilité est l'obligation ou la nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres.

A l'hôpital, certains professionnels engagent leur propre responsabilité en acceptant ou en déléguant des actes ou autres missions. Dans ce registre, les glissements de tâches sont nombreux. Il peut s'agir d'un médecin en retard dans sa consultation. Pressé, il demande à l'infirmière de remplir l'ordonnance pour lui. Ou encore cette infirmière, submergée de travail qui demande à l'aide-soignante de donner les médicaments aux patients.

En arrivant dans un nouveau service, j'ai pris pleinement conscience que certaines pratiques n'avaient pas lieu d'être. Je donnerai l'exemple des aides-soignantes qui font des aspirations endo-trachéales quotidiennement (en dehors des cas d'urgences) ou qui passent les médicaments dans les sondes naso-gastriques. Pour moi, c'est clair, en tant qu'infirmière, si je cautionne cette pratique, je contrains, ma collègue aide-soignante à prendre des responsabilités qui ne sont pas les siennes mais surtout je me porte garante de l'exécution d'un soin qui comporte un risque potentiel.

Le glissement de tâches, nous y serons tous confrontés un jour ou l'autre dans notre carrière. Alors que faire ce jour-là ? Est-ce qu'il faut fermer les yeux en faisant confiance au médecin qui me dit « ne t'inquiète pas je te couvre ! » J'ai fait mon choix. Au même titre que je n'accepterai pas un glissement de tâche médical, je ne délèguerai pas d'actes qui engagent ma propre responsabilité. En cas de procédure judiciaire, le « ne t'inquiète pas je te couvre » n'aura aucune valeur.

Cette question sur « le risque et les responsabilités », nous devrions nous la poser tous les jours. Alors, arrêtons de fermer les yeux, de « faire plaisir », de vouloir « se valoriser » avec des actes en dehors de notre champ de compétences.

Personnellement, j'ai refusé de prendre ce risque. Apprenons à dire NON à des pratiques illégitimes mais OUI à la valorisation de nos compétences légales. ■

Céline LAVILLE
Infirmière CHU de Poitiers



“ 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'aministration

Renseignez-vous sur nos offres promotionnelles du moment



UNS

Union
Nationale
DES mutuelles
DE LA Santé

01.42.76.12.48

www.mc602.com

Cadres de santé, quelles responsabilités ?

Dans un contexte de restrictions budgétaires entraînant de multiples injonctions contradictoires auquel vient s'ajouter un quotidien phagocyté par la gestion des absences, les Cadres de santé sont nombreux à exprimer un mal être certain.

Les questions concernant la responsabilité du Cadre de santé s'accumulent auprès de nos représentants CNI.

Faut-il y voir un lien de cause à effet avec le climat de travail actuel ?

La question est pour le moins légitime.

Au travers de cet article, il convient d'apporter quelques éléments de réponse.

Qui sont les Cadres de santé, sur un plan juridique ?

L'article 4 du Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des Cadres de santé de la fonction publique hospitalière, modifié par le décret n° 2012-1465 du 26 décembre 2012 précisent :

Les agents du grade de Cadre de santé exercent :

1° Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les pôles d'activité clinique ou médico-technique des établissements et leurs structures internes ;

2° Des missions communes à plusieurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou plusieurs structures internes des établissements ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;

3° Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. Ils prennent part, le cas échéant, aux jurys constitués dans le cadre du fonctionnement des instituts ou écoles ;

4° Le cas échéant, des fonctions de collaborateur de chef de pôle, prévues au huitième alinéa de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, lorsque celles-ci ne peuvent être assurées par un Cadre supérieur de santé.

Cet article définit clairement que les Cadres de santé sont chargés des fonctions d'encadrement.

Il convient également de noter qu'il n'existe pas de définition formelle d'une réglementation

concernant les actes professionnels du Cadre de santé. La nature des obligations inhérentes à la fonction Cadre est donc juridiquement imprécise.

Lorsqu'il exerce dans un établissement public, le Cadre de santé est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur d'établissement qui exerce à son égard le pouvoir de nomination et de notation.

Il apparaît que le Cadre de santé a des obligations d'organisation et de contrôle au sein du service de soins dont il a la charge. Il peut, dès lors, être déclaré personnellement responsable s'il manque à une de ses obligations.

Gestion du personnel et obligation d'organisation

Le décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précise par son article 13 que :

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le Chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois.

Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

Cadres de santé, quelles responsabilités ?

Il ressort de ce texte et de la jurisprudence que le planning de travail des agents (Infirmiers, Aides- Soignants, Agents des Services Hospitaliers, Infirmiers Anesthésiques Diplômés d'État, Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'État, Puéricultrices ...) doit être signé soit par le Directeur, soit par délégation de signature par le Cadre. A cet égard, il appartient aux Chefs d'établissements de prendre les arrêtés de délégation de signatures pour les Cadres.

Le Cadre établit les prévisions de congés et peut être amené à limiter le nombre de personnes désirant s'absenter sur une même période, faute de remplaçant.

Le Cadre de santé qui autoriserait trop de personnel à partir aux mêmes dates engage sa responsabilité et celle de l'établissement si un malade ne recevait pas les soins adaptés par manque de personnel.

L'absentéisme du personnel qui s'inscrit dans le temps et génère une réduction d'effectif, impacte la qualité et la sécurité des soins. **Le Cadre de santé doit alors, par un rapport, informer** le Chef de service qui est responsable de l'organisation de son service et avertir le Directeur de la coordination des soins afin qu'une solution soit rapidement trouvée.

Le rôle du Cadre est de définir la place de chaque professionnel du service par l'élaboration de fiches de poste. Le Cadre doit en effet veiller à la répartition des tâches et aux respects des règles professionnelles conformément à la législation.

En cas d'accident, la caution, par le Cadre, d'un glissement de tâches expose la responsabilité du professionnel qui commet la faute mais également celle du Cadre qui en favorise la survenue.

Le Cadre de santé expose également sa responsabilité concernant la gestion du matériel et des locaux. En effet, si un patient est victime d'un accident imputable à une mauvaise utilisation ou à un dysfonctionnement de matériel, le Cadre devra prouver pour dégager son éventuelle responsabilité que le personnel, y compris de nuit, était formé à l'utilisation dudit matériel et avait à disposition la fiche technique et d'entretien.

Le Code de la Santé Publique définit également par l'article R 4312-31 la responsabilité du Cadre de santé pour les actes accomplis par les professionnels de son équipe :

Article R4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers

ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Cette responsabilité n'implique pas une présence permanente et la vérification de tous les actes accomplis par les personnels placés sous son autorité mais cet article établit que le **Cadre a donc l'obligation de veiller au respect des règles professionnelles par les membres de son équipe.**

Il appartient donc aux Cadres de vérifier que les personnels connaissent leurs règles professionnelles et d'identifier le cas échéant un besoin de formation ou d'actualisation de connaissances.

A l'hôpital, la prescription médicale est souvent impliquée dans les affaires de responsabilités.

Lorsque, par exemple, un infirmier accepte et réalise une prescription médicale par téléphone, illisible, raturée ou non signée, il s'expose à une situation potentiellement dommageable pour le patient.

Article R4312-29

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés.

Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.

Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.

L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.

Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.

En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte-rendu écrit, daté et signé.

Cadres de santé, quelles responsabilités ?

Le Cadre de santé doit s'assurer que les infirmiers de son équipe exécutent des prescriptions conformes aux critères définis et doit le cas échéant rappeler aux infirmiers lors de réunions de service qu'ils doivent refuser de réaliser des prescriptions non conformes. Le Cadre de santé doit également informer le Chef de service de la situation.

Le Cadre de santé s'assure par ailleurs que les infirmiers ne réalisent pas d'actes n'entrant pas dans leur champ de compétences même s'ils sont prescrits.

Même si les procédures à l'encontre des infirmiers et des Cadres sont fort heureusement peu nombreuses, elles existent et sont, lorsqu'elles se produisent, une épreuve.

A l'instar des infirmiers, des Cadres de santé ont été condamnés à des peines avec sursis et des amendes.

Il est donc impératif de s'informer des obligations et des textes réglementaires.

Il convient pour les Cadres de santé, comme pour les infirmiers, de développer encore la culture de l'écrit.

Même si gestion des absences et travail en sous effectif rime trop souvent avec le quotidien, il est important d'informer la Direction des soins et le Chef de service et de conserver une trace écrite pour consigner les dysfonctionnements.

Ces situations sont récurrentes mais ne doivent jamais être banalisées au regard des responsabilités individuelles engagées... ■

Nathalie DEPOIRE

Présidente CNI

D.U, droit, expertise et soins

Bibliographie :

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

*A l'instar des Infirmiers,
des Cadres de santé ont été
condamnés à des peines
avec sursis et des amendes.
Il est donc impératif
de s'informer des
obligations et des
textes réglementaires.*



Initiatives vous attend au 27^e
SANTÉ

Salon Infirmier[®]

5, 6 et 7 novembre 2014

Paris Porte de Versailles • Pavillon 7/2

Sous le haut patronage du Ministère en charge de la Santé

- Conférences
- Posters
- Exposants
- Ateliers

Votre mission
est précieuse

L'INFIRMIÈRE
MAGAZINE

libérale

Directif SOINS
Management

EDITIONS
LAMARRE

EspaceInfirmier.fr
ACTUALITÉ ET SAVOIR-FAIRE INFIRMIER

www.saloninfirmier.fr

Elections professionnelles 2014

Rénovation du dialogue social

La loi sur le dialogue social dans la fonction publique a été publiée au journal officiel le 5 juillet 2010. Après une période transitoire, son application transforme en profondeur la pratique du dialogue social dans tous les versants de la fonction publique.

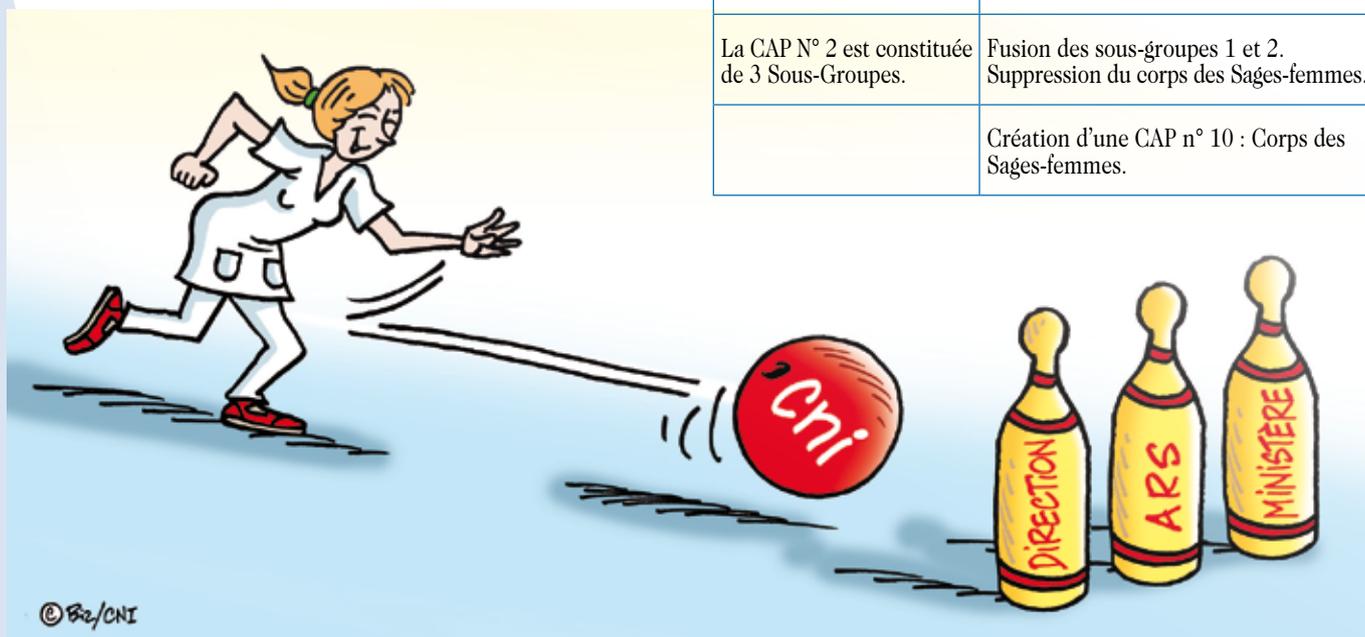
La première mesure de cette nouvelle loi, c'est une élection unique et des mandats identiques de 4 ans. Le 4 décembre 2014 donc, se tiendront les premières élections générales de la fonction publique puisque, ce jour-là, les agents des trois versants, Fonction Publique d'Etat, Fonction Publique Territoriale et Fonction Publique Hospitalière sont appelés à renouveler la totalité de leurs instances de représentation des personnels.

La seconde mesure phare est la notion de représentativité. Désormais, pour être considérés comme représentatif, les syndicats devront apporter la preuve de leur audience. Cette dernière étant attestée par l'obtention d'au moins un siège dans les instances consultatives au niveau duquel s'apprécie l'audience (comité technique local ou ministériel). Autrement dit, tous les syndicats régulièrement constitués pourront désormais candidater aux élections, mais seuls ceux qui auront démontré leur audience réelle seront considérés représentatifs.

Il s'agit là encore d'une évolution majeure, voulu par les grosses centrales syndicales, défavorisant bien sûr les syndicats professionnels. Cela aura nécessairement des conséquences sur les équilibres syndicaux et pourrait déboucher sur des recompositions syndicales d'ici les élections.

Ce qui change pour les prochaines élections professionnelles dans la FPH :

CTE (Comité Technique d'Établissement)	
En 2011	Ce qui change en 2014
3 collèges : Catégorie A, B et C.	Fusion des 3 collèges au profit d'un collège unique A B C
18 membres titulaires et 18 membres suppléants dans les établissements de 5000 agents et plus.	Suppression de la tranche d'effectif « 5 000 agents et plus ». Plafonnement à 15 membres titulaires et 15 membres suppléants dans les établissements de 2 000 agents et plus. Du fait de la fusion des collèges il n'y aura plus qu'un seul bureau de vote pour les catégories A B C
Désignation par les Organisations Syndicales des représentants titulaires et suppléants en fonction du nombre de sièges obtenus	Désignation des représentants titulaires puis des représentants suppléants dans l'ordre de présentation des listes par les Organisations Syndicales
CAP (Commission Administrative Paritaire)	
En 2011	Ce qui change en 2014
	Modifications de l'annexe du décret des CAP liées à la nouvelle appellation des grades de la filière socio-éducative et du corps des cadres de santé.
La CAP N° 2 est constituée de 3 Sous-Groupes.	Fusion des sous-groupes 1 et 2. Suppression du corps des Sages-femmes.
	Création d'une CAP n° 10 : Corps des Sages-femmes.



NOMBRE DE REPRÉSENTANTS À ÉLIRE AU CTE des établissements sanitaires et des établissements sociaux et médico-sociaux :

ANNÉE 2014				ANNÉE 2011			
Effectifs	Titulaires à élire	Suppléants à élire	Total de représentants à élire	Effectifs	Titulaires à élire	Suppléants à élire	Total de représentants à élire
- de 50	3	3	6	- de 50	3	3	6
50 à 99	4	4	8	50 à 99	4	4	8
100 à 299	6	6	12	100 à 299	6	6	12
300 à 499	8	8	16	300 à 499	8	8	16
500 à 999	10	10	20	500 à 999	10	10	20
1000 à 1999	12	12	24	1000 à 1999	12	12	24
2000 et +	15	15	30	2000 à 7499	15	15	30
				7500 et +	18	18	36

NOMBRE DE REPRÉSENTANTS À ÉLIRE AUX CAP des établissements sanitaires et des établissements sociaux et médico-sociaux :

Pour chaque Commission Administrative Paritaire, le nombre des représentants du personnel est déterminé en fonction de l'effectif des agents qui en relèvent.

4 à 20 agents	1 titulaire, 1 suppléant
21 à 200 agents	2 titulaires, 2 suppléants
201 à 500 agents	3 titulaires, 3 suppléants
501 à 1 000 agents	4 titulaires, 4 suppléants
1 001 à 2 000 agents	5 titulaires, 5 suppléants
2 000 agents et plus	6 titulaires, 6 suppléants

Les instances :

Les CAP ou Commissions Administratives Paritaires (Locales ou Départementales) gèrent « l'individuel », la vie professionnelle des agents :

- C'est une instance représentative paritaire consultative.
- C'est une instance compétente pour donner des avis sur la situation individuelle professionnelle des agents.
- Si le nombre des agents relevant d'une CAP locale est inférieur à 4 agents, il n'est pas élu de représentants locaux pour cette commission et c'est la CAP départementale qui est compétente pour la situation de ces agents.

- L'effectif des personnels pris en considération pour déterminer le nombre de représentants est calculé le dernier jour du mois précédant de 6 mois la date du scrutin.
- Les CAP se réunissent au moins 2 fois par an sur convocation de leur président.

Les Commissions Administratives Paritaires donnent des avis sur toutes les décisions qui peuvent modifier la carrière individuelle des agents de la fonction publique hospitalière.

La CAP est consultée sur :

- la titularisation ou le refus de titularisation,
- la prolongation de stage,
- l'avancement d'échelon ou l'avancement de grade,

Elections professionnelles 2014

Rénovation du dialogue social

- la révision de notation et des appréciations,
- l'inscription sur la liste d'aptitude,
- en cas de refus :
 - d'un temps partiel,
 - d'un congé de formation,
 - de mise à disposition,
 - d'un détachement,
 - d'un temps de décharge syndicale,
 - d'une démission,
 - de demande de retour à temps plein.
- les sanctions disciplinaires : la commission concernée fait office de conseil de discipline.

Le nombre de suffrage aux CAP Départementales déterminera les nombre de personnes à désigner pour la commission de réforme.

Corps de Catégorie A

CAP n° 1 : personnels d'encadrement technique.

CAP n° 2: personnels de catégorie A des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

CAP n° 3 : personnels d'encadrement administratif.

CAP n° 10 : Personnels médicaux : personnels Sages-femmes.

Corps de Catégorie B

CAP n° 4 : personnels d'encadrement technique et ouvrier.

CAP n° 5 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

CAP n° 6 : personnels d'encadrement administratif et des assistants médico-administratifs.

Corps de Catégorie C

CAP n° 7 : personnels techniques, ouvriers, conducteurs ambulanciers et personnels d'entretien et de salubrité.

CAP n° 8 : personnels des services de soins, des services médico-techniques et des services sociaux.

CAP n° 9 : personnels administratifs.

Le CTE ou Comité Technique d'Établissement gère « le collectif », la vie de l'établissement :

- C'est une instance représentative qui vise à associer les agents de la fonction publique titulaires, stagiaires, contractuels dans la gestion de l'établissement.
- C'est une instance de concertation entre la Direction et les représentants élus des personnels.
- Le Directeur : siège de droit en qualité de président mais ne vote pas.

- Les représentants du personnel non médical sont élus pour toute la durée du mandat (4 ans).
- Le nombre de représentants du personnel varie de 3 à 15 membres titulaires en fonction du nombre d'agents titulaires, stagiaires, contractuels hors personnel médical présents dans l'effectif de l'établissement au 31 décembre de l'année qui précède celle au cours de laquelle le comité est constitué ou renouvelé.
- Le représentant de la Commission Médicale d'Établissement (CME) siège avec une voix consultative.

Le CTE est consulté sur :

- le projet d'établissement,
- les orientations stratégiques de l'établissement et son plan de financement, le plan de redressement,
- le compte financier, l'affectation des résultats,
- le règlement intérieur,
- le bilan social,
- les conditions et l'organisation du travail,
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement,
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- l'organisation interne,
- la politique de formation du personnel, le plan de formation, le plan de développement professionnel continu,
- les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Le CTE est informé sur :

- l'état prévisionnel des recettes et des dépenses,
- la situation budgétaire, les effectifs prévisionnels et réels de l'établissement,
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le nombre de suffrages au CTE déterminera la représentativité du syndicat et le nombre de personnes à désigner pour les CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) et pour le Conseil de Surveillance. ■

*Eric AUDOUY
Vice-président CNI*

Calendrier des opérations électorales

Opérations électorales	Dates
Appréciation de l'effectif servant de base pour déterminer le nombre de sièges à pourvoir	<i>Samedi 31 Mai 2014</i>
Affichage de la date des élections dans les établissements	<i>Mercredi 4 Juin 2014 au plus tard</i>
Affichage du nombre de sièges à pourvoir	<i>Lundi 30 Juin 2014 au plus tard</i>
Affichage des listes électorales	<i>Vendredi 3 octobre 2014 au plus tard</i>
Inscriptions ou radiation des listes électorales	<i>Du samedi 4 octobre au lundi 13 octobre 2014 inclus</i>
Affichage des modifications	<i>Mercredi 15 octobre 2014 au plus tard</i>
Réclamations éventuelles sur ces modifications	<i>Du jeudi 16 octobre au lundi 20 octobre 2014 au plus tard</i>
Clôture des listes électorales	<i>Mardi 21 octobre 2014</i>
Dépôt des listes des candidats	<i>Jeudi 23 octobre 2014 au plus tard</i>
Informations des délégués de listes concurrentes présentées par les organisations syndicales affiliées à une même union	<i>Lundi 27 octobre 2014 au plus tard</i>
Modifications ou retraits de listes nécessaires	<i>Jeudi 30 octobre 2014 au plus tard</i>
Vérification des listes des candidats	<i>Du vendredi 24 octobre au vendredi 31 octobre 2014 inclus</i>
Informations des unions de syndicats dont les listes concurrentes se réclament	<i>Du vendredi 31 octobre au lundi 3 novembre 2014 inclus</i>
Modifications éventuelles des listes des candidats	<i>Du samedi 1^{er} novembre au mercredi 5 novembre 2014 inclus</i>
Désignation par l'union de syndicats de la liste pouvant se prévaloir d'elle	<i>Lundi 10 novembre 2014 au plus tard</i>
Clôture et affichage des listes de candidats dans les établissements et les ARS	<i>Mercredi 12 novembre 2014 au plus tard</i>
Remise par les délégués de liste des professions de foi	<i>Entre le mardi 4 et le jeudi 13 novembre 2014</i>
Vérifications par les délégués de liste du contenu et du nombre d'exemplaires de la profession de foi destinée aux électeurs	<i>Lundi 17 novembre 2014 au plus tard</i>
Envoi par voie postale à chaque électeur du matériel électoral	<i>Lundi 24 novembre 2014 au plus tard</i>
Déroulement et dépouillement du scrutin	<i>Jeudi 4 décembre 2014</i>
Proclamation des résultats	<i>Jeudi 4 décembre 2014</i>
Transmission des procès-verbaux des élections à chaque organisation syndicale ayant présenté sa candidature ainsi qu'au préfet du département et au DG de l'ARS	<i>Vendredi 5 décembre 2014 au plus tard</i>
Vérification par le DG de l'ARS de la concordance entre les PV et les résultats enregistrés par les présidents des bureaux de vote sur la plateforme de saisie des résultats et validation entraînant l'agrégation automatisée des résultats et leur transmission au ministre chargé de la santé :	<i>Lundi 8 décembre 2014 au plus tard</i>

Calendrier valable sans contestation de la recevabilité d'une candidature

Elections professionnelles 2014

Je suis aide-soignante et j'ai choisi la C.N.I



Une aide-soignante à la CNI

Il y a quelques années déjà, un infirmier, pionnier de la CNI, avec qui j'ai travaillé de nuit aux urgences, m'a sollicité pour le rejoindre dans son syndicat en me proposant de m'y investir. Au départ le sigle Coordination Nationale Infirmière ne me disait rien car je ne m'y retrouvais pas. Mais au fil du temps, il a su me convaincre. Le sigle est une chose, avec son histoire, mais l'esprit en est une autre. En adhérant à la CNI de Poitiers, j'adhérais à un esprit, celui d'un syndicalisme de proximité sans doctrine ni appartenance politique. Le côté indépendance, la vraie, me parle tout autant que l'autonomie qui s'y rapporte. Notre collaboration a commencé ainsi.

Infirmier et aide-soignant : un travail et un engagement indissociable

C'est de cette entente sur le terrain auprès du patient que mon parcours de représentante du personnel est né. Nous allions pouvoir continuer à travailler en binôme dans les soins, au local syndical et dans les instances. Je me suis retrouvée titulaire en CTE* dès la première élection et j'ai ainsi appris le fonctionnement d'un établissement. J'ai compris comment étaient prises les décisions dans les instances et l'énergie qu'il fallait pour défendre nos intérêts, faire valoir notre travail et préserver la qualité de prise en charge du patient. J'ai ainsi obtenu le droit de donner un avis sur des décisions entrant dans le champ de compétence du Directeur.

Une mission parfois complexe

Au fil des années et des instances, j'ai ainsi appris à comprendre les budgets, comment étaient présentés les projets d'établissement. J'ai eu connaissance des bilans sociaux et des plans de formation. Je fais partager mon expérience à mes collègues et je leur transmets les informations en temps réel.

Un rôle de transmission

Echanger avec les collègues, c'est aussi recueillir des informations, des ressentis ce qui permet de soulever des questions en CTE ou en CHSCT** sur des dysfonctionnements, des situations particulièrement injustes. Après les instances, je vais à leur rencontre pour leur transmettre les réponses de la Direction, pour leur communiquer les derniers avancements ou le résultat de leur recours personnel en CAPL***. L'accompagnement individuel est très fréquent et occupe en grande partie de notre temps à la CNI.

Une idée de l'action syndicale

La CNI vient de s'ouvrir aux professionnels de la CSIRMT****. A Poitiers nous avons pris les devants depuis quelques années. Il ne s'agit plus de défendre un corps de métier mais plus l'entente et la complémentarité des acteurs de soins. D'ailleurs, les projets de services ou institutionnels vont dans ce sens. L'objectif reste la qualité du service rendu. Chaque profession en assure une partie. La CNI est armée pour relever le défi. Il reste à chaque métier de la santé de l'investir et j'encourage tous les professionnels en ce sens. Travailler à la CNI est une très belle expérience. Tout n'est pas simple au sein d'un hôpital, le danger serait de ne rien tenter. Venez nous rejoindre ! ■

*Michèle Berthon
Aide-soignante
CHU de Poitiers*

* CTE : Comité Technique d'Établissement

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

*** CAPL : Commission Administrative Paritaire Locale

**** CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

Elections professionnelles 2014

Implantation d'une section locale de la CNI : Retour d'expérience du C.H. de Montmorillon

Une place à prendre et un nouvel éclairage

L'antenne locale du Centre Hospitalier de Montmorillon s'est ouverte à la suite des élections professionnelles d'octobre 2011 dans un établissement de proximité où étaient déjà implantées deux autres centrales syndicales. La CNI a su trouver sa place en apportant une expérience différente et une vision globale du parcours du patient en lien avec l'ensemble des professionnels impliqués.

Créer du lien entre les professionnels de santé

Cette complémentarité entre tous les métiers concernés est indispensable pour comprendre et améliorer la prise en charge du patient. L'intérêt est aussi d'expliquer les enjeux auprès des collègues, les atouts et les contraintes de la politique de santé au niveau des territoires. Pour atteindre cet objectif, le soutien des élus de la CNI de Poitiers est donc précieux, du fait de leur expérience, puisque la CNI, juste implantée au C.H. de Montmorillon faisait office de « novice »... Mais ça... c'était avant...

La CNI, syndicat très sollicité

Notre Centre Hospitalier est une petite structure. Environ 500 agents, tous métiers confondus y travaillent. A ce titre, nous sommes sollicités régulièrement par les différents corps de métier de l'hôpital, travaillant très souvent en étroite collaboration. La CNI de Montmorillon a donc été régulièrement amenée à défendre les différents agents de l'hôpital, dans le cadre de restructurations de services ou pour des questions plus personnelles.

La CNI et le suivi des dossiers

Premier exemple, notre Laboratoire a dû, dans le cadre de la réforme de la Biologie de Territoire, être fusionné avec celui du CHU de Poitiers, entraînant des modifications d'organisation, dans les modalités des astreintes de nuit et de week-end... Nous avons travaillé sur ce dossier en intersyndicale, et le rôle de la CNI, syndicat infirmier à l'origine, a naturellement trouvé sa place dans la défense des conditions de travail de nos collègues. En effet, au quotidien, les techniciens de laboratoire sont des partenaires privilégiés dans la prise en charge des patients, notamment aux Urgences. La force de la CNI a été de suivre les agents dans un premier temps au sein du CH de Montmorillon. Puis, suite au regroupement des laboratoires, la CNI de Poitiers a pu prendre en charge et suivre le dossier dans les



Elections professionnelles 2014

Implantation d'une section locale de la CNI : retour d'expérience du C.H. de Montmorillon

instances du CHU. Les autres syndicats travaillant moins en collaboration au niveau départemental sur de tels sujets, la CNI a donc été l'interlocuteur privilégié pour défendre l'intérêt des techniciens de laboratoire.

La CNI aux côtés des aides-soignants et ASH

Les Aides-soignants, les ASH nous sollicitent aussi au quotidien pour le suivi de leurs carrières et pour leurs conditions de travail. Ainsi, dans notre établissement, après un congé maternité, seules les IDE pouvaient prétendre à un temps partiel de droit à 80% (il est parfois utile de rappeler les droits). Les Aides-soignants se voyaient systématiquement proposer des postes à 75%, la Direction invoquant « des raisons d'organisation des services ». La CNI a obtenu, grâce à son rôle en instance, que tous les soignants puissent prétendre aux mêmes droits, comme le veut le cadre législatif.

La CNI à la radio...

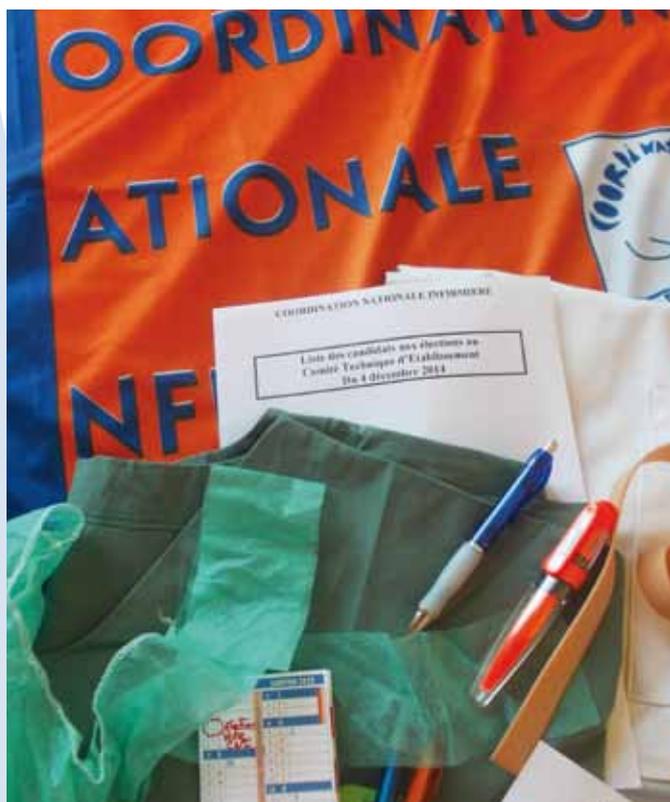
Actuellement, le service d'Imagerie Médicale est soumis à des modifications dans leur planning

(jours travaillés, des astreintes...) et nos collègues manipulateurs en électroradiologie nous ont donc également sollicités pour ces problématiques d'organisation.

Donner (ou redonner) du sens à l'action syndicale

Le fait d'appartenir à une petite structure joue bien évidemment un rôle important dans notre proximité avec tous les corps de métier des filières soignantes et médico-techniques. Tous ces collègues font appel à la CNI parce qu'elle défend tous les acteurs qui gravitent autour du patient et pas seulement les infirmiers. Travailler ensemble, dans un même but, enrichie également notre expérience de syndicaliste et apporte une vision plus large de notre mission. ■

Cécile BOURRY
Infirmière
C.H. de Montmorillon



LA MGAS VOUS PRÉPARE UNE *très* BONNE RENTRÉE !



Agents de la Fonction Publique Hospitalière

du 1er septembre au 31 décembre 2014

Vos avantages

1 mois
gratuit*



Cotisations
réduites*

- 15%

la première année

- 10%

la deuxième année

*Détails et conditions sur mgas.fr

Grilles salariales

Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés (ISGS), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers Anesthésistes (ISGS IADE), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers de Bloc Opératoire (ISGS IBODE) et Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Puéricultrices (ISGS Puéricultrices), je suis en catégorie A Sédentaire

PREMIER GRADE ISGS						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon / durée	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	566	2620.75€	566	2620.75€	0€
10	4 ans	548	2537.40€	549	2542.03€	4.63€
9	4 ans	524	2426.27€	529	2449.43€	23.16€
8	4 ans	505	2338.30€	509	2356.82€	18.52€
7	3 ans	487	2254.95€	488	2259.59€	4.63€
6	3 ans	456	2111.41€	457	2116.05€	4.63€
5	3 ans	423	1958.61€	424	1963.25€	4.63€
4	3 ans	399	1847.48€	402	1861.38€	13.90€
3	3 ans	379	1754.88€	382	1768.77€	13.89€
2	2 ans	355	1643.75€	363	1680.80€	37.05€
1	1 an	342	1583.56€	349	1615.97€	32.41€

DEUXIÈME GRADE ISGS et première grille des ISGS IBODE et ISGS PUÉRICULTRICES						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	581	2690.20€	604	2796.70€	106.50€
10	4 ans	570	2639.27€	578	2676.31€	37.04€
9	4 ans	547	2532.77€	552	2555.93€	23.16€
8	4 ans	524	2426.27€	529	2449.43€	23.16€
7	3 ans	501	2319.78€	506	2342.93€	23.16€
6	3 ans	478	2213.28€	483	2236.43€	23.16€
5	2 ans	456	2111.41€	460	2129.94€	18.53€
4	2 ans	436	2018.81€	440	2037.33€	161.23€
3	2 ans	416	1926.20€	420	1944.73€	18.53€
2	2 ans	400	1852.12€	403	1866.01€	13.89€
1	1 an	387	1791.92€	390	1805.82€	13.89€

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés (ISGS), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers Anesthésistes (ISGS IADE), Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Infirmiers de Bloc Opératoire (ISGS IBODE) et Infirmiers en Soins Généraux et Spécialisés Puéricultrices (ISGS Puéricultrices), je suis en catégorie A Sédentaire

TROISIEME GRADE correspondant à la première grille des ISGS IADE et à la deuxième grille des ISGS IBODE et ISGS Puéricultrices						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	611	2829.12€	631	2921.71€	55.56€
10	4 ans	593	2745.76€	608	2815.22€	69.46€
9	4 ans	575	2662.42€	585	2708.72€	46.30€
8	4 ans	550	2546.66€	558	2583.70€	37.04€
7	3 ans	525	2430.90€	533	2467.94€	37.04€
6	2 ans	500	2315.15€	509	2356.82€	41.67€
5	2 ans	480	2222.54€	485	2245.69€	23.15€
4	2 ans	454	2102.15€	460	2129.93€	27.78€
3	2 ans	434	2009.55€	439	2032.70€	23.15€
2	2 ans	418	1935.46€	420	1944.72€	9.26€
1	1 an	398	1842.85€	403	1866.01€	23.15€

QUATRIEME GRADE deuxième grille des ISGS IADE						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
7	-	625	2893.93€	642	2972.65€	78.72€
6	4 ans	607	2810.59€	616	2852.26€	41.67€
5	4 ans	581	2690.20€	595	2755.03€	64.83€
4	3 ans	559	2588.33€	574	2657.79€	69.46€
3	3 ans	532	2463.31€	551	2551.30€	87.99€
2	3 ans	524	2426.27€	535	2477.21€	50.94€
1	2 ans	490	2268.84€	525	2430.90€	162.06€

Une prime spéciale mensuelle de 120€ brut est attribué depuis le 01/01/2011 aux infirmiers anesthésistes appartenant aux troisième et quatrième grades du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés régi par le décret du 29 septembre 2010 susvisé.

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

Grilles salariales

Cadre de Santé Paramédical et Cadre de Santé Supérieur Paramédical, je suis en catégorie A Sédentaire

CINQUIEME GRADE correspondant à la grille des Cadres de Santé Paramédical						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
11	-	634	2935.61€	658	3046.73€	111.12€
10	3 ans	617	2856.89€	636	2944.87€	87.98€
9	3 ans	590	2731.87€	613	2838.37€	106.50€
8	3 ans	570	2639.27€	590	2731.87€	92.60€
7	3 ans	540	2500.36€	567	2625.38€	125.02€
6	3 ans	515	2384.60€	542	2509.62€	125.02€
5	3 ans	500	2315.19€	518	2398.49€	83.30€
4	2 ans	476	2204.02€	493	2282.73€	78.71€
3	2 ans	449	2079€	473	2190.13€	111.13€
2	2 ans	435	2014.18€	451	2088.26€	74.08€
1	1 an	423	1958.61€	443	2051.22€	92.61€

SIXIEME GRADE correspondant à la grille des Cadres de Santé Supérieur Paramédical						
Depuis Juillet 2012				Juillet 2015		
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Indice Majoré	Salaire brut	Gains 2012 / 2015
7	-	672	3111.56€	734	3398.64€	287.08€
6	3 ans	657	3042.10€	698	3231.94€	189.84€
5	3 ans	635	2940.05€	662	3065.25€	125.20€
4	3 ans	602	2787.44€	630	2917.08€	129.64€
3	3 ans	582	2694.83€	598	2768.91€	74.08€
2	2 ans	557	2579.07€	572	2648.53€	69.46€
1	2 ans	537	2486.47€	550	2546.66€	60.19€

L'actuel régime indemnitaire devrait être remplacé
par l'instauration d'une prime de fonction
et de résultat (P.F.R.).

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

IDE de catégorie active B. Technicien de laboratoire, masseur kinésithérapeute, manipulateur en radiologie, diététicien, ergothérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien. Catégorie B.

CLASSE NORMALE				CLASSE SUPERIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
9	-	515	2384.60€	7	-	562	2602.22€
8	4 ans	483	2236.43€	6	4 ans	540	2500.36€
7	4 ans	450	2083.64€	5	4 ans	519	2403.13€
6	4 ans	420	1944.73€	4	3 ans	494	2287.37€
5	4 ans	394	1824.34€	3	3 ans	471	2180.87€
4	3 ans	370	1713.21€	2	3 ans	448	2074.37€
3	3 ans	346	1602.08€	1	2 ans	423	1958.61€
2	2 ans	332	1537.26€				
1	1 an	327	1514.11€				

PUER et IBODE, je suis resté en catégorie A active.

CLASSE NORMALE				CLASSE SUPERIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	512	2370.71€	7	-	570	2639.27€
7	4 ans	485	2245.70€	6	3 ans et 6 mois	539	2495.73€
6	4 ans	456	2111.42€	5	3 ans	518	2398.50€
5	4 ans	429	1986.40€	4	3 ans	498	2305.89€
4	3 ans	411	1903.05€	3	2 ans	474	2194.76€
3	3 ans	386	1787.30€	2	2 ans	455	2106.79€
2	2 ans	367	1699.32€	1	2 ans	420	1944.73€
1	1 an	341	1578.93€				

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

Grilles salariales

IADE je suis resté en catégorie A active.

CLASSE NORMALE				CLASSE SUPERIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	544	2518.88€	7	-	604	2796.70€
7	4 ans	516	2389.23€	6	3 ans et 6 mois	566	2620.75€
6	4 ans	487	2254.96€	5	3 ans	544	2518.88€
5	4 ans	461	2134.57€	4	3 ans	524	2426.28€
4	3 ans	438	2028.07€	3	2 ans	501	2319.78€
3	3 ans	413	1912.31€	2	2 ans	482	2231.80€
2	2 ans	394	1824.34€	1	2 ans	454	2102.18€
1	1 an	367	1699.32€				

Une prime spéciale mensuelle de 120€ brut est attribué depuis le 01/01/2011 aux agents appartenant au corps des infirmiers anesthésistes régi par le décret du 30 novembre 1988 susvisé ;

Cadre de Santé et Cadre Supérieur de Santé, je suis resté en catégorie A active.

CADRE DE SANTE				CADRE SUPERIEUR DE SANTE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	611	2829.11€	6	-	642	2972.65€
7	4 ans	554	2565.18€	5	3 ans	621	2875.41€
6	4 ans	526	2435.53€	4	3 ans	581	2690,20€
5	3 ans	497	2301.25€	3	3 ans	566	2620.75€
4	3 ans	473	2190.13€	2	3 ans	544	2518.88€
3	2 ans	446	2065.11€	1	2 ans	524	2426.28€
2	2 ans	416	1926.20€				
1	1 an	380	1759.51€				

L'actuel régime indemnitaire devrait être remplacé par l'instauration d'une prime de fonction et de résultat (P.F.R.).

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

DIRECTEUR de SOINS - Catégorie A

Directeur des Soins de classe normale				Directeur des soins hors classe			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
8	-	690	3194,91€	8	-	821	3801,48€
7	3 ans	655	3032,85€	7	3 ans	783	3625,52€
6	3 ans	620	2870,79€	6	3 ans	734	3398,64€
5	2 ans	590	2731,88€	5	2 ans	703	3255,10€
4	2 ans	560	2592,97€	4	2 ans	670	3102,30€
3	2 ans	535	2477,21€	3	2 ans	635	2940,24€
2	2 ans	510	2361,45€	2	2 ans	604	2796,70€
1	1 an	490	2268,85€	1	2 ans	572	2648,53€

Réévaluation prévue au 1^{er} juillet 2015

PSYCHOLOGUE - Catégorie A

CLASSE NORMALE				HORS CLASSE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
11	-	658	3046.74€	7	-	783	3625.52€
10	4 ans 6 mois	612	2833.74€	6	3 ans	741	3431.05€
9	4 ans	567	2625.38€	5	3 ans	695	3218.06€
8	4 ans	531	2458.69€	4	2ans 6 mois	642	2972.65€
7	3 ans	495	2292.00€	3	2ans 6 mois	601	2782.81€
6	3 ans	467	2162.35€	2	2ans 6 mois	560	2592.97€
5	3 ans	439	2032.70€	1	2ans 6 mois	495	2292.00€
4	2 ans 6 mois	416	1926.20€				
3	1 an	395	1828.97€				
2	9 mois	376	1740.99€				
1	3 mois	349	1615.97€				

Valeur du point d'indice **4,6303 €**

Grilles salariales

Aide soignante et auxiliaire de puériculture - Catégorie C

ECHELLE 4. CLASSE NORMALE				ECHELLE 5. CLASSE SUPÉRIEURE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut	Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
12	-	377	1745.62€	12	-	402	1861.38€
11	4 ans	370	1713.21€	11	4 ans	393	1819.71€
10	4 ans	363	1680.80€	10	4 ans	380	1759.51€
9	3 ans	349	1615.97€	9	3 ans	371	1717.84€
8	3 ans	340	1574.30€	8	3 ans	355	1643.76€
7	2 ans	327	1514.11€	7	2 ans	341	1578.93€
6	2 ans	324	1500.22€	6	2 ans	334	1546.52€
5	2 ans	322	1490.96€	5	2 ans	327	1514.11€
4	2 ans	321	1486.33€	4	2 ans	325	1504.85€
3	2 ans	320	1481.70€	3	2 ans	323	1495.59€
2	1 an	319	1477.07€	2	1 an	322	1490.96€
1	1 an	318	1472.44€	1	1 an	321	1486.33€

ECHELLE 6. CLASSE EXCEPTIONNELLE			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
9	-	457	2116.05€
8	4 ans	431	1995.66€
7	4 ans	417	1930.84€
6	3 ans	395	1828.97€
5	3 ans	380	1759.51€
4	2 ans	365	1690.06€
3	2 ans	350	1620.61€
2	1 an	340	1574.30€
1	1 an	333	1541.89€

Agent de service hospitalier qualifié - Catégorie C

ECHELLE 3			
Echelon	Durée moyenne	Indice Majoré	Salaire brut
11	-	358	1657.65€
10	4 ans	345	1597.45€
9	3 ans	333	1541.89€
8	3 ans	327	1514.11€
7	2 ans	323	1495.59€
6	2 ans	321	1486.33€
5	2 ans	320	1481.70€
4	2 ans	319	1477.07€
3	2 ans	318	1472.44€
2	1 an	317	1467.81€
1	1 an	316	1463.17€

Pour les échelles 3, 4, 5 et 6, réévaluation prévue au 1^{er} janvier 2015

Valeur du point d'indice **4,6303 €**



Paroles d'infirmière

C'est dans le service de cardiologie où j'ai exercé dix ans que j'ai découvert l'éducation thérapeutique. Cette approche a été pour moi une révélation et c'est devenu une passion. Je me suis donc inscrite au D.U. d'éducation thérapeutique car j'avais envie de me spécialiser dans ce domaine.

Lorsque le poste d'infirmière en addictologie s'est libéré, j'ai postulé car c'était pour moi l'opportunité de développer mes compétences dans une discipline qui m'intéressait. J'avais besoin de m'épanouir dans une approche des soins axée sur le relationnel où l'éducation thérapeutique avait sa place.

J'ai appris les bases de l'addictologie avec le médecin et la psychologue en poste sur l'ELSA (équipe liaison de soins en addictologie) en assistant à leur consultation. Je complète mes connaissances par des lectures et des formations. Lorsque j'ai pris mes fonctions j'allais au chevet des patients sur demande de l'équipe soignante.

J'ai expérimenté avec le service de cardiologie de proposer un entretien à tous les patients fumeurs hospitalisés dans ce service.

Si la personne ne souhaite pas arrêter de fumer, je l'informe du fonctionnement de l'ELSA et de l'aide que nous pourrions lui apporter, si elle le souhaite. Souvent, le patient parle volontiers de ce qui l'empêche d'arrêter de fumer. Un entretien motivationnel est possible à ce moment-là. Le travail sur les représentations est primordial. Il

permet de proposer de l'aide et d'apporter des explications adaptées et personnalisées. La plus classique est : « arrêter de fumer est une question de volonté et je n'en ai pas ». Une évaluation de sa consommation, des explications sur la dépendance physique, si elle est présente, peut finalement aboutir à une aide à la réduction du tabac. Cette décision est facilitée car l'hôpital fournit des substituts nicotiques.

Si le patient est motivé pour une réduction ou un arrêt, un dossier est rempli pour évaluer **les trois dépendances : physique, comportementale et psychologique**. Un projet de soin personnalisé est mis en place pendant l'hospitalisation. Un suivi en consultation individuelle est conseillé après l'hospitalisation pour ancrer le sevrage ou continuer la réduction.

Ce suivi diminue le risque de reprise des consommations, permet de remettre en place l'arrêt plus rapidement s'il y en a de nouvelles et de surveiller le risque de bascule d'une addiction sur une autre (l'arrêt du cannabis est souvent compensé par une augmentation de la consommation de tabac).





Ce suivi peut être fait par le médecin et ou la psychologue suivant les problématiques et j'assure un lien téléphonique entre les consultations. Nous avons aussi la possibilité de proposer une consultation avec une diététicienne pour les personnes qui ont pris plus de 4 kilos lors de l'arrêt. La peur de la prise de poids est un frein non négligeable.

Petit à petit, cette prise en charge s'est étendue sur d'autres services et à toutes les addictions. Le lien thérapeutique est important dans la prise en charge. Il se fait parfois sur plusieurs hospitalisations. Ce lien permettra d'aborder ensemble les difficultés liées à d'autres addictions dont le patient ne parle pas. Cet entretien permet de proposer aussi un soutien face à des histoires de vie souvent difficiles.

Le souhait de notre équipe serait d'avoir un entretien avec toutes les personnes hospitalisées identifiées comme tabagiques ou hospitalisées avec un taux d'alcoolémie positif. C'est un enjeu de santé publique. Le tabac est la première cause de mortalité évitable et l'alcool la deuxième.

Nous proposons, tous les 15 jours, une réunion d'information ouverte aux personnes hospitalisées et aux personnes extérieures que nous animons à tour de rôle en binôme. Pendant la première demi-heure, les personnes remplissent un questionnaire concernant leur addiction. Celui-ci servira de base de travail pour les consultations individuelles qui suivront. Ensuite les mécanismes de la dépendance sont expliqués :

- Qu'est-ce qui fait que l'on devient dépendant ?
- Liens entre addiction et plaisir,

- Qu'est-ce que la dépendance physique, psychologique et comportementale ?
- Différence entre volonté et motivation,
- Pistes pour trouver un ensemble de moyens personnels pour ne pas simplement stopper l'addiction mais la remplacer dans toutes ses utilités et y gagner en bien être.

C'est ce travail qui se fait lors des consultations de suivi.

Nous organisons aussi des cures de sevrage lorsque la prise en charge en ambulatoire n'est pas suffisante et assurons le suivi à la sortie.

Nous travaillons en réseau pour proposer aux patients la meilleure prise en charge possible. Par exemple : une prise en charge avec une structure qui propose des ateliers de sophrologie et des groupes de paroles que nous n'avons pas.

Nous participons à des actions de préventions à l'extérieur (foyer, forum santé, institutions scolaires...).

Nous avons un staff le mercredi matin pour parler des patients dont la prise en charge est problématique, nous relayer des informations et faire évoluer notre pratique.

Voilà un aperçu du rôle de l'infirmière en addictologie et du fonctionnement de notre ELSA. ■

Mylène PELLIER
Infirmière - CNI Martigues

Le métier d'IDE Art-thérapeute en Psychiatrie

Présentation

J'exerce au Centre Hospitalier de Béziers depuis 32 ans.

Tout d'abord, j'ai exercé en tant qu'infirmier pendant 10 ans, puis j'ai entamé ce travail autour de l'Art-Thérapie depuis 2 ans.

A partir de 1992, j'ai commencé à utiliser la médiation thérapeutique (que les IDE utilisent en psychiatrie depuis fort longtemps) avec la peinture, la médiation corporelle et la relaxation en service de soins de psychiatrie adulte.

Puis en 1996, après l'obtention du DU « Psychiatrie, Psychothérapies médiatisées et créativité », j'ai mis en place l'art-thérapie groupale aux Ateliers à Médiations Thérapeutiques du Centre Psychothérapique « Camille Claudel » en tant qu'Art-thérapeute à temps plein en Psychiatrie adulte, avec en supplément, une prise en charge de résidents venant des Maisons de Retraite du Biterrois, dans le cadre d'une collaboration avec l'EMIPG* du Dr Azouaou.

Enfin à partir de Janvier 2012, l'installation des psychothérapies médiatisées en CMP-CATTP** à l'Espace Perréal, avec deux médiations, la médiation arts plastiques et un atelier de « Relation d'Aide et de Relaxation » pour ce qui concerne la médiation corporelle et l'éclairage psychosomatique.

Nous sommes ici dans le cadre d'une Art-Thérapie en individuel et en ambulatoire, d'une psychothérapie médiatisée.

Définition

L'art-thérapie est, pour moi, une méthode, un outil formidable et passionnant que j'ai toujours défendue au sein de l'institution hospitalière où elle reste, encore de nos jours, méconnue.

Il s'agit d'une art-thérapie qui fait le lien entre l'Art, l'Histoire de l'Art, les techniques d'arts plastiques et la Psychopathologie Clinique, la Psychanalyse, la Psychopathologie de l'Expression.

*EMIPG : Equipe Mobile d'Intervention en Psycho-Gériatrie

**CMP : Centre Médico-Psychologique

**CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Ce dispositif est la conjugaison de mon exercice en Psychiatrie, du travail de création et des techniques d'arts plastiques. Ces différents apports font la singularité de ce dispositif en Art-Thérapie institutionnelle et clinique.

Mon travail en Art-thérapie va toujours en direction du soin psychique en tant que véritable thérapie ou psychothérapie.

La méthodologie

J'ai choisi de forger mon propre outil art-thérapeutique et, puisque je travaille en psychiatrie adulte au Centre Hospitalier de Béziers, j'ai mis en place une méthodologie que j'ai nommé « Triptyque d'Art-Thérapie adapté à la psychiatrie, pour une prise en charge des psychoses en Art-Thérapie Institutionnelle »

Pour cela, je devais composer avec 3 contraintes :

- La première contrainte est amenée par l'institution hospitalière, son cadre, sa réglementation et sa hiérarchie.
- La deuxième contrainte est amenée par la prescription du médecin.
- La troisième contrainte est dans le type de population traitée en psychiatrie publique, c'est-à-dire, outre la prise en charge de la maladie mentale, prendre en compte les dérives sociétales que l'on appelle pudiquement la précarité.

Le Triptyque d'Art-Thérapie participe au soin, à la réadaptation et à la réinsertion sociale, principalement dans les psychoses mais aussi pour toute autre pathologie.

Méthodologie du Triptyque d'art-thérapie

Volet 1 : travail autour de l'identité

La question de l'identité évoquée par Jacques Lacan dans ce qu'il appelle la « forclusion du nom du père », m'a fait m'interroger sur ce que nous adresse le discours du psychotique.

Le métier d'IDE Art-thérapeute en Psychiatrie

- atelier création
- atelier collages et créativité

Volet 2 : adaptation à sa réalité et réadaptation à la réalité

Adaptation à sa réalité et réadaptation à la réalité, ce sont les bases théoriques que Freud énonce dans le principe de réalité et la confrontation qui en résulte entre le principe de plaisir et le principe de réalité.

C'est aussi pour Winnicott, l'adaptation au monde extérieur avec l'effet pervers du développement d'un faux-self adapté à la réalité mais qui laissera un sentiment d'inutilité. Le self permet d'atteindre une confiance en soi et en l'environnement, ce qui permet à l'individu d'être soi-même et d'avoir le sentiment d'exister.

- atelier arts plastiques
- atelier expositions
- atelier mandalas

Volet 3 : communication, socialisation et resocialisation

Communication, socialisation et resocialisation, c'est ici la question de l'être au monde du psychotique qui est abordée avec, comme corollaire, de pouvoir exister.

Pour Winnicott, l'objet transitionnel sera délaissé progressivement par l'enfant et se répandra dans le territoire intermédiaire qui sépare la réalité psychique intérieure du monde extérieur : le territoire de la culture et de la communication incluant le jeu, le langage ou l'art. La créativité influence la qualité des relations que le sujet aura avec la réalité mais aussi sa volonté à être en vie !

- atelier Café des Arts
- atelier Culture en marche
- sorties thérapeutiques et culturelles

La thérapie nécessite la mise en place de deux cadres :

Le cadre extérieur est sous tendu par la règle et les rituels d'atelier.

Le cadre intérieur, c'est celui du thérapeute (art-thérapeute) qui est sous tendu par la théorisation, ses références, la déontologie intégrées dans sa pratique.

Les psychothérapies médiatisées en CMP-CATTP avec deux médiations : médiation arts plastiques et médiation corporelle et relaxation.

Il s'agit ici de prise en charge en ambulatoire et en individuel.

1. Médiation arts plastiques :

Un entretien préalable (anamnèse) a lieu lors de la première rencontre.

Techniques proposées : peinture, dessin, collage, modelage.

Je propose une séquence de 10 séances au patient, à la fin des 10 séances, un compte-rendu est envoyé au psychiatre prescripteur (et au psychologue s'il y a lieu).

Au cours des séances, la problématique du patient est abordée mais pas d'emblée (stratégie du détour).

Sont abordés l'histoire du sujet, de sa famille, de son travail, de sa vie amoureuse, ses rêves, ses croyances personnelles, ses activités au quotidien pour aborder le thème de la créativité.

J'encourage le patient à sortir de son isolement et à s'ouvrir au monde.

Il m'a paru important de ne pas rester dans une psychothérapie contemplative mais plutôt de l'aborder de manière dynamique pour permettre au sujet d'aller vers une transformation voulue par lui-même.

En lien aussi avec la maïeutique socratique, Socrate parle de l'Art de faire accoucher les autres d'eux-mêmes.

Philosopher, c'est apprendre à mourir. Il introduit la métamorphose cathartique.

Quelques siècles plus tard, Freud nous parle de la maïeutique comme d'un accouchement de l'inconscient.

2. Médiation corporelle et relaxation :

Au déroulement de cet atelier, se rajoute l'hygiène du sommeil qui, chez le patient anxieux, est à préconiser.

L'hygiène de vie au quotidien est abordée également, avec un questionnement sur ses centres d'intérêt et ses activités.

Ces mesures éducatives, le patient est libre de les adopter ou de les refuser !

La méditation

La méditation est un formidable outil de connaissance de soi.

Le métier d'IDE Art-thérapeute en Psychiatrie

L'observation de nos pensées et la prise de conscience de l'agitation de notre esprit pointent du doigt nos obsessions, nos ruminations névrotiques.

Ces ruminations peuvent amener le sujet vers un état anxio-dépressif avec formation d'idées noires et suicidaires.

La Méditation permet l'observation des sensations, des émotions, des pensées, des images mentales. C'est cette prise de conscience et d'observation du mouvement des pensées qui favorise la diminution de l'agitation de notre esprit.

Il s'agit d'une méthode qui peut venir en complément d'une psychothérapie.

Les techniques de Méditation sont en lien avec l'introspection.

En lien également avec les philosophes européens, d'abord Hegel qui publie en 1807 « La phénoménologie de l'esprit », puis Merleau-Ponty en 1945 publie « La phénoménologie de la Perception » qui est la prolongation des recherches d'Husserl, il nous révèle la structure phénoménologique de la perception (les sensations).

Enfin Caycedo, médecin psychiatre espagnol en 1960, inspiré aussi par les travaux d'Husserl, fait le lien entre les techniques de Méditation qu'il a étudié en Inde pendant 3 ans et les philosophes européens pour créer sa méthode intitulée la sophrologie caycédienne.

En résumé : il s'agit de la perception du moment présent ici et maintenant.

Après les 10 séances, un compte-rendu est adressé au prescripteur.

Ces psychothérapies médiatisées se font sur prescription des psychiatres du CMP, (par l'intermédiaire d'un psychiatre de ville, d'une psychanalyste et d'une psychothérapeute).

Conclusion

Winnicott nous dit : « Il s'agit avant tout d'un mode créatif de perception qui donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue ».

Mon Art-Thérapie est une Art-Thérapie centrée sur le sujet, utilisant des médiateurs thérapeutiques artistiques ou culturels, avec pour finalité, que ce soit chez le sujet pendant la phase dépressive ou chez le patient psychotique, de donner un sens, une dynamique (élan vital) et tout simplement le goût de vivre.

Avec le souci pour l'art-thérapeute, d'être en équilibre sur le trait d'union qui sépare ou qui unit Art et Thérapie. ■

Jean-Louis AGUILAR

Infirmier DE

DU de Psychothérapies médiatisées

Praticien en Art-thérapie

Praticien en médiation corporelle et relaxation

Formateur / Enseignant-vacataire

*Winnicott nous dit :
« Il s'agit avant tout
d'un mode créatif de
perception qui donne
à l'individu
le sentiment que la
vie vaut la peine
d'être vécue »*



12 mai : Journée Internationale de l'Infirmière

12 mai 2014 à la CNI

Comme chaque année, le syndicat CNI s'est mobilisé à l'occasion de la Journée Internationale de l'Infirmière (JII), célébrée dans le monde entier le 12 mai (jour anniversaire de la naissance de Florence Nightingale).

Le Conseil International Infirmier a retenu le thème suivant : « *Les infirmières, une force pour le changement : une ressource vitale pour la santé* », mot d'ordre auquel la CNI adhère totalement ! Dans son dossier JII, le Conseil International Infirmier posait l'équation suivante :

« *Une main-d'œuvre infirmière éduquée + un cadre de travail favorable = des soins de qualité* »

Impossible pour notre syndicat de ne pas relayer ce message !

Nous ne pouvions, en effet, qu'adhérer et réitérer nos revendications pour la mise en place d'un cursus Licence Master Doctorat complet adossé à une filière en Sciences Infirmières à l'instar de nombreux autres pays européens. L'heure n'est plus à l'affichage, ni aux discours mais aux actes ! Les spécialisations infirmières actuelles IADE, IBODE et puéricultrices doivent voir leur référentiel de formation révisé, reconnu statutairement et financièrement. Les pratiques avancées à reconnaître (tels que cancérologie, gérontologie, psychiatrie...) doivent également être rapidement «masterisées». Au-delà des reconnaissances de compétences sur un plan salarial, il s'agit de donner une place à ces acteurs de soins, ce qui permettra une réelle plus value pour la qualité et la sécurisation des soins dans le système de santé français.

Au travers du préavis du 12 mai 2014, la CNI a revendiqué également une fois de plus la définition de ratios infirmiers au lit du patient ainsi que la prise en compte de la pénibilité de la profession infirmière avec le retour à la catégorie active en fonction publique, une bonification d'un an tous les 5 ans et l'élargissement de cette mesure au secteur privé.

12 mai 2014 et actions CNI

L'Assemblée Générale Nationale CNI avait retenu le choix d'actions locales pour cette journée. Elles ont été multiples et variées en fonction du choix

et de l'implication des adhérents ainsi que la dynamique des bureaux locaux.

Ainsi, tandis que les uns se relayaient pour des distributions de roses, de cartes, de flyers dans les services de soins d'autres faisaient le choix d'actions revendicatives.

Pour exemple, la CNI de Bordeaux Gironde a choisi cette année de s'associer avec le collectif Ni Bonnes Ni Nonnes Ni Pigeonnes afin de rendre visible le malaise soignant à l'occasion de la journée internationale infirmière.

Une petite dizaine de soignant(e)s motivé(e)s, un scénario, quelques accessoires, une communication anticipée et ACTION !

Leur but ? Dénoncer la dégradation des conditions de travail et surtout le risque potentiel pour les usagers.

Il est certain que les passants ont été pour le moins interpellés par cette action... ■

Le Bureau National



La CNI de Poitiers se mobilise pour la fête de l'infirmière

Comme tous les 12 mai (date anniversaire de la naissance de Florence Nightingale), la CNI a célébré la journée internationale de l'infirmière. Cette année, le thème retenu par le Conseil International des Infirmières (<http://www.icn.ch/>) était : « Les infirmières, une force pour le changement, une ressource vitale pour la santé », mot d'ordre auquel la CNI s'identifie complètement.



La responsabilité professionnelle a également fait l'objet de débats animés et **Bernadette VERGNAULT** (députée Européenne) est venue rappeler le combat qui est le sien pour défendre les compétences de l'infirmière au sein de la communauté européenne.

Cette première manifestation a rassemblé quelques dizaines de professionnels. Elle a été annoncée préalablement dans la presse écrite avec un article dans la Nouvelle République puis à 12h30, le jour même et en direct, dans le journal télévisé régional avec une interview de notre président **Christian TRIANNEAU**.



Nous remercions nos partenaires pour leur participation, la boulangerie artisanale Pain & Compagnie ainsi que la mutuelle MHV. La réussite de cette manifestation nous encourage à poursuivre nos actions envers l'ensemble de la communauté soignante. La prochaine date à retenir mettra à l'honneur les aides-soignant(e)s le 26 novembre prochain. ■



Localement, sur Poitiers, une conférence a été organisée pour célébrer l'évènement en retraçant l'histoire de la profession. Les débats ont permis d'ouvrir les frontières et d'échanger avec des professionnels originaires de pays différents et ayant une expérience singulière.

*Vous pouvez retrouver
la dynamique équipe
de la CNI de Poitiers
au CHU ou sur leur
site internet :
www.cni86.fr*

*Sandrine BOUICHOU et Pierre BERTAUD
CNI Poitiers*

Journée Internationale de l'Infirmière 12 mai 2014 au CH Belfort Montbéliard

La Coordination Nationale Infirmière de Belfort-Montbéliard a choisi de renouveler l'expérience de 2013 et d'ainsi être au plus proche des personnels soignants pour partager un moment convivial.

C'est ainsi que grâce à un partenariat avec la MNH nous leur avons proposé une tombola gratuite leur permettant de gagner un petit lot (pince Kocher, bloc note, ciseaux, montres broches, etc....) et comme à la CNI on n'est jamais tout à fait perdant les malheureux au tirage au sort se voyait offrir un stylo, des bonbons et pour tous une boisson, une douceur et bien sûr le sourire et l'enthousiasme de nos équipes qui se sont relayées de 8h à 0h sur les sites de Belfort et de Montbéliard pour faire un tour de tous les services accompagnées de leur chariot coloré et porteuses d'un peu de réconfort .



Les discussions ont été riches, s'appuyant souvent autour du décret de compétence que nous leur distribuons ou de la revue nationale toujours très attendue.

Les sujets récurrents des problèmes de remplacements des arrêts maladie, des congés annuels limités, des charges de travail croissantes ont fait débats tout au long de la journée. La tension dans les services était parfois palpable et toujours cristallisée autour du besoin de ces professionnels à offrir des soins de qualité aux patients et de la frustration dans le sentiment de perdre petit à petit l'aspect relationnel du soin de part une charge de travail trop importante.

Bien sûr, la charge de travail n'a pas permis de très longs échanges mais ces temps mêmes brefs ont

été souvent très forts voire libérateur. Plusieurs soignants nous ont fait remarquer qu'ils avaient le sentiment d'être un pion sur l'échiquier planning et que ce café offert, cette attention portée en cette journée de fête c'était une bonne idée mais surtout « ça fait du bien »...

Plus encore que l'année passée, c'est l'ensemble des professionnels des services qui nous ont rejoint tout au long de la journée. De l'ASH au médecin en passant par les secrétaires, les cadres de soins, les infirmières et les aides soignants, tous ont tiré leur petit billet de tombola et apporté leur contribution à faire de cette journée un temps de partage et d'échange autour de nos métiers de la santé aussi complémentaires qu'interdépendants. ■

CNI Belfort Montbéliard

*Que vous soyez partenaires,
militants et/ou professionnels,
toute l'équipe de la CNI
de Belfort Montbéliard vous
adresse un grand MERCI
pour avoir contribué à ce
que ce 12 mai 2014 soit
une très belle fête !*



À noter dans vos agendas !

18 et 19 septembre 2014

Les XX^{èmes} Journées Françaises de l'Insuffisance Cardiaque
Palais du Pharo - Marseille

5 - 6 et 7 novembre 2014

Salon Infirmier

Il s'agit d'un rendez-vous incontournable pour la profession infirmière.

Le syndicat CNI vous donne rendez-vous sur le stand D 39.

Paris - Porte de Versailles - Pavillon 7/2

26 novembre 2014

Fête Internationale de l'Aide-Soignante

La CNI soutient cette journée symbolique.

Elle encourage toutes les initiatives qui donneront la parole aux Aides-Soignantes et Auxiliaires de Puériculture.

4 décembre 2014

Elections professionnelles

Venez soutenir les listes CNI et défendre spécifiquement votre profession de santé.

3 - 4 et 5 décembre 2014

XXXI^{ème} Congrès de la Société française de psycho-oncologie

Palais des congrès - Le Mans

14 et 15 décembre 2014

Salon Santé Social Paramédical

Espace Champerret - Hall C - Paris

30 - 31 janvier et 1^{er} février 2015

XIX^{ème} Congrès de Pneumologie

Grand Palais - Lille

5 - 6 et 7 février 2015

V^{èmes} Journées Francophones de Kinésithérapie

Grand Palais - Lille

Terrain balisé, terrien qui balise ?

Au CHU de Poitiers, un grand chantier de prélèvements ou de carottages des services de soins a eu lieu pour établir une cartographie de l'établissement et déterminer les endroits où l'amiante était présente. Ce diagnostic a essentiellement pour but de protéger la santé des ouvriers qui interviendront lors de la réalisation de futurs travaux. Ces prélèvements se doivent évidemment de respecter une procédure pour sécuriser les lieux afin de prévenir les risques liés à l'exposition. Mais qu'elle n'a pas été notre surprise de voir « débarquer » dans notre service deux experts revêtus d'une combinaison intégrale blanche, d'un masque à particules (pour ne pas dire un casque) et traînant derrière eux leur aspirateur à amiante. Et, de la fiction, nous sommes vite

passés dans le monde de l'au-delà... L'un des deux compères installe dans le couloir un panneau « défense d'entrer, zone sécurisée » pour baliser le terrain et prévenir le personnel soignant du danger potentiel. Les deux cosmonautes entrent dans une chambre occupée et commencent leur travail de carottage... sous les yeux d'un patient médusé... qui n'avait, quant à lui, aucune protection particulière... D'après vous, qui a balisé le plus, les experts ou le patient ? ■

Céline LAVILLE
Infirmière
Stéphane DERES
Infirmer - CHU de Poitiers

Le travail en binôme : témoignage

« Je suis auxiliaire de puériculture dans un service de pédiatrie. Le travail en binôme est une véritable collaboration entre la puéricultrice (ou l'infirmière) et l'auxiliaire de puériculture. Je travaille de nuit et tout commence à la fin des transmissions. Nous prenons ensemble connaissance des prescriptions dans les dossiers de soins et planifions les tâches pour la nuit. Chacun dans son rôle et dans le respect de nos compétences respectives, nous effectuons les changes, les surveillances, les soins, les démarches administratives ou encore l'accueil... Tout ce travail se fait dans une confiance mutuelle. Nous sommes ainsi très complémentaires et nous échangeons beaucoup sur nos pratiques. Cette façon de travailler correspond à mes attentes mais surtout à la prise en charge des enfants et de leur famille. » ■

Véronique DANIEL
Auxiliaire de puériculture - CHU de Poitiers

La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique

Monsieur J.M. Ayrault, alors premier ministre, débute un courrier, en mars 2014, aux différents ministres des trois fonctions publiques par :

« Les employeurs publics se doivent d'être exemplaires à l'égard de leurs agents. Promouvoir le bien-être de l'agent et, au premier chef, le respect de sa santé, est un objectif primordial ».

Dans les établissements de santé le message est bien passé. Tous les DRH organisent les formations, des débats sur les risques psychosociaux comme si c'étaient des événements nouveaux, une découverte.

Est-il si difficile, pour les employeurs, de reconnaître que le travail puisse être stressant, ou produire de la souffrance ?

Selon l'INRS, les principaux facteurs de stress en milieu professionnel sont :

- le contenu de la tâche : exigences quantitatives, exigences qualitatives, risques liés à l'exécution, le manque d'autonomie,
- les facteurs liés à l'organisation du travail : absence de contrôle, horaires de travail, consignes contradictoires, nouveaux modes d'organisation de travail,
- les relations au travail : manque de soutien, management peu participatif, absence de reconnaissance,
- l'environnement de travail : nuisance, mauvaise organisation des locaux, les facteurs liés à l'environnement socio-économique (avenir incertain).

Mais que sont ces risques, quelle définition peut-on en donner ?

Avant de s'intéresser aux risques psychosociaux, il convient de définir la notion de risque. Selon différents auteurs le risque peut être défini comme « la possibilité qu'un événement ou qu'une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées ». On confond souvent risque et danger. Le danger est une source potentielle de dommage tandis que le risque est la probabilité qu'une personne subisse un préjudice.

Les risques psychosociaux (RPS) sont une notion vague, tantôt les uns les utilisent afin de mettre un nom sur le stress au travail, pour d'autres, cela représente un synonyme de souffrance.

Les risques psychosociaux ne sont définis ni juridiquement, ni statistiquement aujourd'hui en France. Ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral, harcèlement sexuel) et violences externes (exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés).

Les accords conclus à l'unanimité par les partenaires sociaux en matière de stress (juillet 2008) et de harcèlement et violence au travail (mars 2010), permettent de s'appuyer sur des définitions relativement consensuelles, qui reconnaissent le caractère plurifactoriel des RPS, admettent l'existence de facteurs individuels mais aussi organisationnels.

On qualifie de risques psychosociaux les **éléments qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés** au sein de leur environnement professionnel. Ces risques peuvent recouvrir différentes formes : le stress, parmi les plus connus, mais aussi le **harcèlement**, l'**épuisement professionnel** et même la **violence au travail**. Ils sont la cause de plusieurs maux et **pathologies** (problèmes de sommeil, dépression, troubles musculo-squelettiques, maladies psychosomatiques...).

L'INSERM définit les RPS comme la **combinaison d'un grand nombre de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle**, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite.

La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique



- les changements du travail : conception des changements de tout ordre, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi, restructurations, etc. ...

Que doit-on faire dans les établissements ?

Plusieurs grands axes sont précisés dans les accords d'octobre 2013. Les établissements et le CHSCT réalisent :

- un diagnostic des facteurs de RPS qui sera intégré dans un document unique d'évaluation des RPS (DUERP),
- une définition et une mise en œuvre d'un plan d'action qui sera inscrit dans le DUEPR,
- une évaluation de la mise en œuvre de l'accord cadre (CHSCT du conseil commun de la fonction publique).

Enfin, il est organisé deux jours de formation pour les membres du CHSCT dédiée à la prévention des RPS.

Si tout le monde s'accorde à souligner la plurifactorialité des RPS qui caractérise à la fois l'organisation du travail et les relations interindividuelles, il est important de rappeler que les facteurs à l'origine des RPS sont connus et mis en évidence par une littérature scientifique foisonnante.

Ils peuvent être regroupés en 4 grandes familles de facteurs :

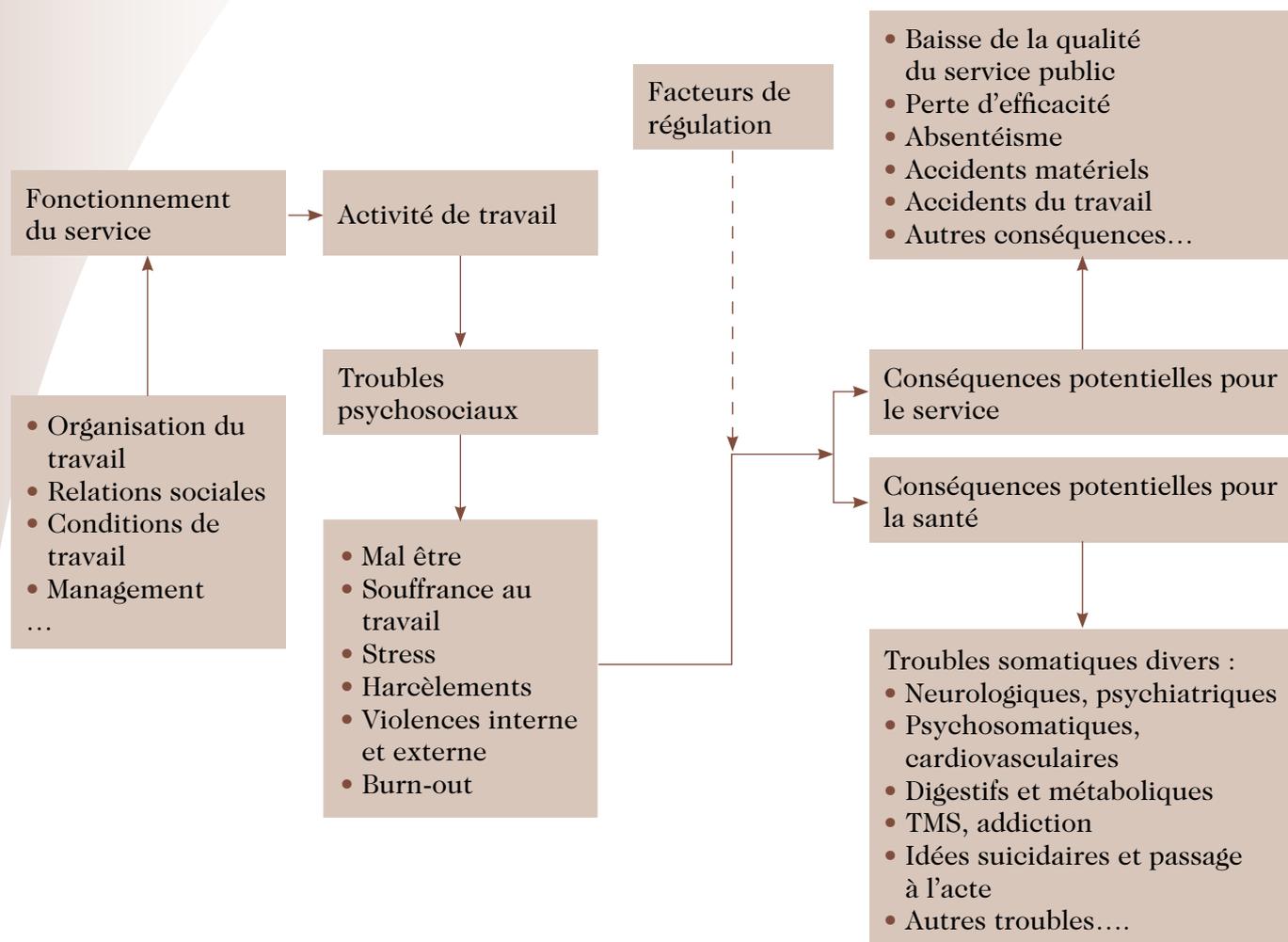
- les exigences du travail et son organisation : Autonomie dans le travail, degré d'exigence au travail en matière de qualité et de délai, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires ;
- le management et les relations de travail : nature et qualité des relations avec les collègues, les supérieurs, la reconnaissance au travail, la rémunération, la justice organisationnelle ;
- la prise en compte des valeurs et attentes des salariés : développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits d'éthique ;

Quelles conséquences ?

Les RPS ont des effets délétères sur la santé des travailleurs. Plusieurs mécanismes étiologiques (effets des stressseurs de type psychosocial, augmentation de la tension artérielle, comportements addictifs, à risque...) expliquent l'association entre facteurs de RPS et différents indicateurs de santé à la fois physiques et mentaux. Au regard d'une littérature ayant souligné les liens existant entre facteurs de RPS et maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques ou pathologies mentales (dépression, anxiété), les RPS se révèlent être un enjeu majeur en termes de santé publique.

Ces troubles peuvent avoir des conséquences économiques et professionnelles et se traduire par du désengagement au travail, un absentéisme accru ou des conflits entre les personnes.

Enchaînement des causes et conséquences



Quelle prévention ?

La prévention comporte plusieurs facettes : soit en amont de la manifestation de RPS (prévention primaire), soit en accompagnement face à des situations à risque (prévention secondaire), soit en gestion d'une situation de crise (prévention tertiaire). La prévention primaire est essentielle car elle vise à supprimer le risque à la source par le biais d'une réflexion sur l'organisation du travail notamment. Si la prévention est l'affaire de tous, il est de la responsabilité des Chefs de service, Chefs d'établissement et autorité territoriale, de veiller à ce que des actions concrètes permettant de traiter les risques à la source soient mises en œuvre.

Conclusion

Il existe, pour faciliter la réflexion au sein des établissements, des outils comme le guide

méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique ainsi qu'un référentiel d'indicateurs de diagnostics des RPS. Il ne reste plus qu'aux représentants du personnel de s'approprier les différents outils pour participer activement au diagnostic et proposer des axes d'amélioration. ■

Laurette MIRA
Vice-présidente CNI
Présidente CNI Carvaillon

Bibliographie :

La prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, « les essentiels » édition 2014, DGAFP.

Guide méthodologique d'aide à l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS dans la fonction publique, outils de la GRH, édition 2014, DGAFP.

Indicateurs de diagnostic des RPS, outils de la GRH, édition 2014, DGAFP.

Note de la rédaction

Responsabilités chef d'établissement :

La circulaire n° DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011 rappelle aux chefs d'établissements leurs obligations et les éventuelles conséquences en cas de non respect des dispositions relatives à l'évaluation des risques professionnels. Elle apporte des précisions relatives à la démarche, aux ressources et acteurs mobilisables.

Elle précise que l'évaluation des risques est aussi une obligation des chefs d'établissement inscrite par la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 par transposition de la directive n°89/391/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989. Elle a été codifiée dans l'article L.4121-3 du code du travail. Pour les risques qui ne peuvent être évités, **le chef d'établissement a en effet l'obligation** d'identifier les dangers **par unité de travail**, puis d'évaluer les dommages potentiels pour la santé et la sécurité des agents afin de proposer des mesures de prévention adéquates. L'annexe 1 détaille les obligations et les conséquences de leur inobservation.

Missions du CHSCT :

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission (Code du travail, art. L 4612-1) :

- de contribuer à la protection de la **santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs** de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure,
- de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité,
- de veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

**N'hésitez pas à contacter vos représentants
au CHSCT. ■**

Iniquité et pénibilité professionnelle, Du constat vers l'harmonisation ?

Un rapport sénatorial publié en juillet dernier formule cinq propositions pour aménager le dispositif de retraite des fonctionnaires en catégorie active.

Ce rapport rédigé par le sénateur Francis Delattre (UMP du Val d'Oise) au nom de la commission des finances a été publié sur le site internet du sénat.

Les personnels hospitaliers sont le premier groupe de personnel classé en catégorie active par rapport à la FPE* et à la FPT**.

Le nombre d'agents de la FPH*** classés en catégorie active était estimé au 31 décembre 2011, à environ 507 000 soit la moitié des effectifs.

Les infirmiers classés en catégorie active étaient à cette même date, au nombre de 124 843, les aides-soignants et agents des services hospitaliers qualifiés étaient de 299 337.

Avec la réforme 2010 du statut d'infirmier et la mise en extinction progressive de la catégorie active dans ce cadre d'emploi, selon la CNRACL, environ 50 % des infirmiers auraient opté pour le nouveau statut de catégorie A, sédentaire. Si l'on retient cette hypothèse, la part des agents hospitaliers classés en catégorie active se situerait actuellement entre 39 % et 41 % (soit 350 000 à 360 000 agents).

Hormis le système des catégories actives, il n'existe plus de dispositif de départ anticipé à la retraite ciblé sur la prise en compte de la pénibilité dans la fonction publique alors que, dans le privé, la Loi du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a prévu la mise en place d'un compte personnel de prévention de la pénibilité pour l'ensemble des salariés du droit privé exposés à un ou plusieurs facteurs de pénibilité à compter du 1^{er} janvier 2015.

La question d'un rapprochement entre les deux systèmes ne doit, d'après le sénateur, pas demeurer taboue. Le principal obstacle à cette vision est le manque de connaissances précises sur la pénibilité et les risques professionnels dans la fonction publique. La première étude sur ce sujet n'a été publiée qu'en février 2013 (enquête SUMER 2009/2010). Une concertation lancée en 2013 par le ministre de la décentralisation et de la fonction publique prévoit de réaliser une cartographie des métiers exposés aux dix facteurs de pénibilité définis dans le code du travail dans les 3 versants de la Fonction Publique. Cette cartographie concerne uniquement les catégories

sédentaires. Elle devrait être complétée par des contributions des ministères employeurs de la Direction Générale des Collectivités Locales et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour les emplois classés en catégories actives.

Sur ce constat, le rapport préconise donc ces deux premières propositions :

Recommandation n° 1 : ajuster le périmètre des emplois classés en catégorie active sur la base des résultats de la cartographie des métiers exposés aux facteurs de pénibilité dans la fonction publique (notamment au vu des évolutions technologiques).

Recommandation n° 2 : réaliser une étude sur les modalités d'application et le coût de la transposition du compte personnel de prévention de la pénibilité dans la fonction publique.

La commission Moreau sur l'avenir des retraites (juin 2013) avait souligné le retard en matière de prévention des risques et de la pénibilité dans la fonction publique. Le rapport de Francis Delattre reprend qu'une priorité doit être donnée à deux actions :

- Le renforcement de la médecine de prévention,
- Le développement des dispositifs d'aménagement de fin de carrière (enjeu particulièrement important pour les infirmiers anciennement classés en catégorie active).

La recommandation n° 3 : permettrait ainsi de développer les dispositifs de prévention de la pénibilité dans la fonction publique, en particulier en renforçant la médecine de prévention et en facilitant les aménagements de fin de carrière, notamment pour les professeurs des écoles et les personnels de soins hospitaliers.

L'âge effectif de départ à la retraite des fonctionnaires en catégorie active a reculé, sous l'effet des réformes des retraites de 2003 et 2010. L'âge minimum d'ouverture des droits à pension est passé de 55 ans à 57 ans (ou de 50 à 52 ans pour les super actifs de la police nationale et de l'administration pénitentiaire) et l'allongement de la durée d'assurance, pour une liquidation à taux

*FPE : Fonction Publique d'Etat - **FPT: Fonction Publique Territoriale - ***FPH: Fonction Publique Hospitalière

Iniquité et pénibilité professionnelle, Du constat vers l'harmonisation ?

plein, correspond à celui en vigueur pour le reste des fonctionnaires.

Les effets conjugués de l'allongement de la durée d'assurance et de cette limite d'âge précoce impliquent qu'il sera beaucoup plus difficile, voire impossible, d'atteindre le taux maximal de liquidation de 75 %.

De ce constat découle la recommandation n° 4 : en conséquence de l'allongement de la durée d'assurance prévue par la réforme des retraites adoptée en janvier 2014, réexaminer la règle de déduction des bonifications applicable aux agents « super-actifs », en cas de prolongation de leur activité au-delà de l'âge limite, afin qu'ils conservent la possibilité d'atteindre le taux maximal de liquidation.

Afin de permettre aux agents occupant des emplois à forte pénibilité, notamment les infirmiers et les aides-soignants, de poursuivre leur activité professionnelle, il leur est couramment proposé d'être affectés en fin de carrière sur des emplois sédentaires dans des services administratifs.

Or, pour les carrières dites « mixtes », la limite d'âge prise en compte lors de la liquidation de la pension est celle correspondant à la catégorie du dernier emploi exercé. Par conséquent, un agent remplissant la condition de durée de services pour bénéficier de la catégorie active mais terminant sa carrière dans un emploi sédentaire se voit appliquer la limite d'âge des sédentaires (soit 67 ans au lieu de 62 ans) pour le calcul de la décote. Sa pension sera donc amoindrie du fait de son reclassement sur un emploi sédentaire en fin de carrière. C'est d'ailleurs ce que la CNRACL* tente de faire de plus en plus, par exemple les auxiliaires de puériculture finissant leur carrière en crèche hospitalière.

Cette règle apparaît inéquitable pour les agents actifs reclassés en fin de carrière.

La recommandation n° 5 : permettrait ainsi, dans un souci de prévention et d'équité, de modifier la règle de limite d'âge utilisée pour le calcul de la pension des agents remplissant les conditions pour bénéficier de la catégorie active mais ayant une carrière « mixte » en raison d'un reclassement dans un emploi sédentaire en fin de carrière.

La pénibilité correspond « aux contraintes ou nuisance, rencontrées tout au long de la vie professionnelle, et qui peuvent avoir des effets à long terme sur la santé, voire l'espérance de vie »**

Les dix critères de pénibilité définis par voie réglementaire doivent faire l'objet d'un suivi

et d'une prévention spécifique par l'employeur qu'il soit privé ou public. Aucune étude relative à l'exposition aux dix facteurs de pénibilité des agents classés en catégorie active n'a été réalisée.

Toutefois, le rapport souligne que les organisations syndicales ainsi que l'administration sont d'accord pour dire que la quasi-totalité des emplois classés en catégorie active correspondent effectivement à des emplois pénibles.

Avec le changement de statut, les Infirmiers sont désormais en catégorie A mais ne bénéficient plus de la catégorie active. Or, il s'agit bien du même métier. Cela pose des difficultés sur le terrain pour les agents en fin de carrière, en particulier lorsqu'ils sont sur des postes difficiles.

On peut légitimement se poser la question, dans le cadre du statut, est-il possible de traiter différemment des agents ?

Voici les trois types de catégories infirmières dans le secteur public suite aux injustes réformes :

- Les infirmières ayant opté pour rester en catégorie B « active », conservent le bénéfice de la reconnaissance de la pénibilité de leur métier (majoration d'assurance d'un an pour 10 années travaillées), avec une ouverture des droits à la retraite à 57 ans. En contrepartie, leur grille salariale n'évoluera plus et elles subissent une perte de salaire liée à la hausse des cotisations retraite.
- Les infirmières ayant opté pour la catégorie A « sédentaire » perdent la reconnaissance de la pénibilité et ont une ouverture des droits à la retraite à 60 ans. Elles bénéficient d'une meilleure grille de salaire, certes, mais qui demeurent en deçà de leur niveau de compétences et de responsabilités. Il faut par ailleurs noter que cette augmentation s'annule parfois du fait de la hausse des cotisations retraites.
- Enfin, les infirmières diplômées depuis 2010, aucun choix n'est offert. Elles sont classées d'office en catégorie A « sédentaire » sans reconnaissance de la pénibilité avec une ouverture des droits à la retraite à 62 ans.

Et pourtant, le constat est identique :

- Des conditions d'exercice de plus en plus dégradées,
- Des rythmes de travail contraignants (horaires atypiques, l'alternance jour/nuit...),
- Un seuil de pénibilité élevé : port de charge (manutention importante), stress, contact avec la maladie, la mort, les substances chimiques et

*CNRACL : Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales

**Serge Volkoff et Valérie Pueyo, « Pénibilité du travail », Dictionnaire du travail, PUF, 2012

Iniquité et pénibilité professionnelle, Du constat vers l'harmonisation ?

biologiques (le seuil de pénibilité est identique aussi bien dans le public que dans le privé ou le libéral),

- Un manque d'attractivité croissant vers nos professions.

Face à ces faits, la CNI réaffirme ces revendications :

- Passage en catégorie A de tout le corps infirmier de la Fonction Publique Hospitalière,
- Reconnaissance de la pénibilité professionnelle par la mise en place d'une bonification au 1/5^{ème} c'est-à-dire une bonification du cinquième du temps de service accompli, accordée dans la limite de cinq annuités dans le public comme dans le privé.

Ces revendications fortes issues de notre expérience syndicale et professionnelle doivent être entendues au plus haut sommet des pouvoirs publics. Le rapport très instructif de M. le sénateur Delattre propose bon nombre de recommandations à étudier et à appliquer mais ce ne sont pas quelques petits aménagements de fin de carrière qui pourront compenser des années de travail difficiles et pénibles. D'autant plus que, rappelons-le, ce n'est qu'un rapport d'informations ! ■

*Régine WAGNER
CNI Aix-en-Provence*

*Source : article D. 4121-5 du code du travail
Rapport d'Information sur la retraite des agents de
catégorie active dans la fonction publique,
M. Francis DELATTRE, Sénateur*



Les dix facteurs de pénibilité

Facteurs de risque au titre des contraintes physiques

- 1 Manutentions manuelles de charges
- 2 Postures pénibles définies comme positions forcées des articulations
- 3 Vibrations mécaniques

Facteurs de risque au titre de l'environnement physique agressif

- 4 Agents chimiques dangereux (y compris poussières et fumées)
- 5 Activités exercées en milieu hyperbare
- 6 Températures extrêmes (inférieure à 10° C ou supérieure à 30 ° C)
- 7 Bruit

Facteurs de risque au titre de certains rythmes de travail

- 8 Travail de nuit
- 9 Travail en équipes successives alternantes
- 10 Travail répétitif caractérisé par la répétition d'un même geste, à une cadence contrainte

Marche Blanche

Strasbourg – 20 août 2014



Le 20 juillet 2014, alors qu'elle effectuait sa tournée dans une résidence sociale, Mireille, 63 ans, infirmière libérale, a été assassinée à Strasbourg. Le tueur est un patient septuagénaire.

Ce terrible drame trouvera écho dans la presse locale et professionnelle. Pas d'annonce au 20h, pas de réaction ministérielle, ce silence assourdissant vient

amplifier la douleur de toute une profession.

Les professionnels du soin se sentent doublement agressés ; par la perte de leur collègue mais aussi par la perception de ce sentiment d'abandon, d'indifférence.

L'horreur reléguée au rang des faits divers.

Comment pourtant ne pas réagir lorsque ceux qui œuvrent au quotidien pour soigner, reçoivent des coups et risquent leurs vies ?

Le 20 août 2014, une marche blanche a été organisée à Strasbourg. Autour de la famille de Mireille, ce sont 150 à 200 personnes vêtues de blanc et portant chacun une fleur blanche qui se sont retrouvés devant le lieu du drame, puis ont défilés en silence jusqu'à la statue de Gandhi. Une démarche solennelle pour rendre hommage à Mireille et témoigner un soutien à ses proches. Une volonté commune d'affirmer : « **Plus jamais ça !** » ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI



Histoire d'un jardin en psychiatrie

Il était une fois une équipe de sociothérapie dans un hôpital général qui avait peu de moyens, mais beaucoup, beaucoup d'idées... L'histoire du jardin de l'hôpital psychiatrique du Vallon à Martigues a commencé comme cela.

Notre unité de sociothérapie existe peu ou prou depuis la création du bâtiment en 1979. Destinée à accueillir les patients hospitalisés des trois secteurs de psychiatrie adulte pour des activités thérapeutiques, elle a évolué au fil du temps. Les projets aussi !

L'idée d'aménager le terrain à notre disposition ne date pas d'aujourd'hui, créer un jardin potager non plus. C'était un peu notre Arlésienne. Mais, pour des raisons diverses et variées, le projet, comme le jardin, est resté en friche.

En fin d'année 2013, grâce à un appel à projet de l'association « Jardins et Santé », est revenu l'Arlésienne sur le devant de la scène...

Le dossier monté par l'encadrement, en collaboration avec l'équipe de sociothérapie et avec l'aide et l'accord de la Direction de l'hôpital, nous avons appris qu'une bourse de 1030 euros nous était attribuée par « Jardins et Santé » pour notre espace extérieur après une fructueuse visite de deux responsables de cette association.

A partir de là, la machine s'est mise en route. Il nous a fallu beaucoup de ténacité, d'énergie, d'huile de coude, d'heures données, de patience, pour débiter la mise en place de notre jardin.

Pourquoi un jardin ?

Il nous a semblé pertinent de créer un espace extérieur agréable, le terrain étant clôturé depuis 2 ans maintenant.

Nous souhaitons associer les patients hospitalisés à son aménagement et créer un potager dans le cadre des activités thérapeutiques pour tout ce que cela peut apporter : activité de plein air, travail en groupe, objectifs communs, responsabilisation, valorisation, respect d'un cadre, contact avec la réalité de la terre, créer du lien, canalisation des phases d'excitation ou dynamisation de l'hypotonie... et bien sûr, la joie et la fierté de voir pousser ce pour quoi l'on s'est donné du mal...

La première des choses à faire... fût de retourner la terre à divers endroits pour pouvoir planter fleurs, arbustes et légumes. Ce qu'il faut savoir, c'est que notre terrain, c'est de la garrigue (eh oui, nous sommes dans le Sud) ! Cela signifie terre dure, rocaille partout, herbes folles, sécheresse, j'en passe et des meilleures ! Courageux, nous avons pris pioches et bêches sous le bras et... nous nous sommes très vite rendus compte que c'était clairement mission impossible sans l'aide d'un motoculteur. Après maintes discussions avec les services logistiques de l'hôpital, une entreprise est venue nous apporter et répartir 50 mètres cubes de terre et a retourné le coin potager de façon superficielle toutefois...

La deuxième étape a été de clôturer l'espace potager. Mesures prises, nous avons commandé les panneaux et poteaux nécessaires ainsi que le portillon d'entrée, sans oublier les sacs de ciment et de gravillons pour sceller le tout !

Et les infirmiers se sont transformés en maçons sur leur temps de repos. En peintres ensuite, avec les patients pour les carrés en bois à monter car nous avions l'idée de construire un potager en carré.

Nous sommes allés chercher du compost à la déchetterie, du fumier à la ferme pédagogique.



Nous avons sollicité le service des espaces verts de la municipalité qui nous a proposé des plans de légumes et des plantes et nous a aidé dans notre réflexion.

Nous avons installé un composteur sur le terrain du potager et allons donc faire une campagne d'information auprès du personnel pour récupérer de quoi fabriquer notre propre compost en lien avec la communauté d'agglomération pour les supports et, bien sûr, avec l'aide des patients au centre de cette activité.

L'étape suivante a consisté à créer l'espace plantes de Méditerranée. Nous sommes donc allés acheter des lavandes, gérânes, lauriers... que nous avons plantés, toujours avec les patients. Petit luxe, nous avons installé un lilas au milieu.... (qui n'est pas forcément une plante d'ici mais ça fait plaisir à Christine et ça pousse super bien !)

A l'heure actuelle

- le potager est opérationnel, les tomates, poivrons et citrouilles plantés, ainsi que les aromatiques (persil plat, frisé, sauge, basilic, romarin...), accompagnés d'œilletons d'inde efficaces contre les parasites,
- l'espace méditerranéen est installé,
- l'arrosage se fait tous les jours pour permettre l'enracinement,
- les jardinières de la cour sont toutes fleuries,
- nous avons une brouette et des outils adéquats et solides,
- le composteur a reçu ses premières épluchures...

Dans les prochaines semaines

- nous allons réaliser des fiches techniques de soins pour chaque sorte de plantes et de légumes avec les patients,
- nous allons récupérer des plants aux espaces verts pour les carrés non plantés,
- une visite au jardin pédagogique situé dans la ferme du même nom de la ville est prévue avec les patients de l'atelier,
- nous allons faire une information aux trois services de psychiatrie pour expliquer notre activité.

Dans le futur

- nous allons installer un arrosage automatique dans le potager ainsi qu'une cabane à outils,
- nous parsèmerons le terrain de bancs,
- il est prévu de planter un cerisier et un figuier dans le terrain ainsi que des framboisiers dans le potager contre la clôture,
- nous allons réaliser une séparation végétale entre notre cour et celle de l'unité du rez-de-chaussée afin de préserver la confidentialité des hospitalisés de ce service,
- un partenariat avec une jardinerie proche est envisagé, une réponse est attendue...

Le financement

Outre la bourse accordée par l'association « Jardins et Santé », nous avons sollicité diverses autres associations telles que le Lions Club, Rotary, Anysetiers, pour nous aider dans notre réalisation.

Nous avons également nos fonds propres à travers l'association Mosaïque qui gère les fonds alloués aux activités des services de psychiatrie, fonds provenant du CH de MARTIGUES.

Nous montons un dossier pour d'autres organismes susceptibles de nous subventionner tel que la Fondation de France, le Conseil Général...

Les acteurs

Le personnel de la sociothérapie est évidemment en première ligne, Laetitia (monitrice éducatrice), Charlie (animateur emploi avenir), Christine (Infirmière) et moi-même, Nathalie, (Infirmière de Secteur Psychiatrique). Nous avons également souhaité impliquer des infirmiers des trois secteurs pour l'aspect intersectoriel de cette activité ainsi que la continuité des soins.... aux plantes, car la sociothérapie n'étant pas ouverte le week-end. Les ASH de l'équipe Hygiène de nos locaux collaborent avec nous pour l'arrosage matinal lors des périodes de grosses chaleurs. Pour l'instant, Jonathan et Fanny sont nos infirmiers référents d'un des trois secteurs.

Nous n'oublions pas les patients. Ceux-ci ont participé à la mise en place de la clôture. Nous fûmes très étonnés devant l'investissement de

Histoire d'un jardin en psychiatrie

certaines patients pour qui peu de choses s'étaient avérées positives. Leur intérêt persiste malgré le peu de résultats actuels puisqu'il faut du temps pour récolter...

Nous espérons à terme un plus grand respect de l'espace jardin : mégots, papiers ne devraient plus avoir droit de cité hors les poubelles mises à disposition. Les dégradations de l'espace extérieur (peu nombreuses il est vrai) devraient disparaître.

Ce projet nous demande des efforts physiques certains mais aussi une organisation rigoureuse en lien avec les services et une gestion administrative et financière chronophage mais indispensable... mais nous sommes fiers du résultat !

**Un mot pour finir :
notre potager sera BIO
ou ne sera pas !**

Et il permettra de mettre en place un atelier cuisine à partir des légumes récoltés. Les patients ont quelques problèmes de surcharge pondérale souvent dus aux traitements et ne savent pas cuisiner de manière diététique.

Et puis encore : sous nos grands pins, il y a la place pour faire deux ou trois pistes de pétanque... mais ça, c'est un nouveau projet, une nouvelle histoire, en bref, un nouveau challenge pour la sociothérapie !! ■

*Nathalie PAWLOWSKI
Infirmière de Secteur Psychiatrique
CH MARTIGUES*



La mobilité en pédo-psychiatrie

Infirmière de secteur psychiatrique diplômée depuis 1986, je travaille dans une équipe mobile pour adolescents de 12 à 20 ans, présentant des troubles psychologiques à Marseille et dont le médecin directeur est le Docteur Gilbert FABRE, pédo-psychiatre qui est aussi responsable d'une unité d'hospitalisation de 5 lits pour adolescents ainsi que d'un hôpital de jour d'une capacité d'accueil de 25 ados. Le médecin avec qui je travaille plus directement sur l'équipe mobile est le Docteur Sarah DUMONT, psychiatre.

Par ailleurs, je suis secrétaire de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie fondée en 2006 et dont le président est le Docteur Vincent GARCIN, pédo-psychiatre chef de pôle à Lille.

La question de l'accès aux soins en santé mentale est d'actualité depuis les premiers textes sur le secteur. Elle demeure régulièrement posée par ceux qui sont confrontés à des comportements pathologiques : parfois les personnes elles-mêmes, souvent leur famille, les intervenants sociaux, la police, les élus... Lorsque la personne dispose d'une autonomie suffisante pour percevoir ses troubles et se déplacer vers le professionnel, il existe souvent une réponse.

En revanche, lorsqu'il s'agit de personnes non demandeuses ou hostiles, les difficultés commencent. En complément des autres dispositifs, la mobilité en psychiatrie représente une réponse pertinente pour une évaluation clinique ouverte.

Les équipes mobiles se sont développées pour répondre autrement auprès de populations ciblées comme les adolescents. Elles témoignent de l'intérêt que trouvent les professionnels dans cette façon de soigner et d'accompagner. Pour autant, la mobilité reste une question controversée, certains lui reprochent son coût, d'autres ses risques, en discutent l'utilité ou mettent l'accent sur le rôle de la psychiatrie dans le contrôle social. Pourtant, elle ne vise pas à se substituer à d'autres pratiques mais de compléter l'accès aux soins sans déplacement systématique de la personne et de favoriser le travail en partenariat.

Les troubles psychologiques chez l'adolescent sont très variés et même pour la plupart du temps compliqués à diagnostiquer, d'autant plus que l'adolescence est une période de profonds bouleversements, d'instabilité et d'immaturité psychique. Il serait d'ailleurs dangereux d'étiqueter des troubles qui peuvent disparaître au passage à l'âge adulte.

C'est pourquoi le facteur temps est un des plus importants à prendre en considération dans les prises en charges. Et, quand bien même certains adolescents montrent très tôt des troubles graves comme la schizophrénie, l'évolution peut être parfois étonnante.

Nous travaillons en binôme « éducateur-infirmier » ; c'est à mon avis une richesse de travail qui a, en outre, fonction d'éviter de poser un regard essentiellement clinique. Le rôle de l'infirmier en équipe mobile requiert une importante autonomie de travail, un sens de l'organisation, une connaissance des pathologies psychiatriques, des qualités relationnelles importantes et une grande disponibilité.

Les rencontres « conviviales » en ville, par exemple, avec un adolescent, permettent d'évaluer son état psychologique dans un cadre moins conventionnel et, de fait, moins stressant que celui d'une consultation classique. Elles permettent également d'évaluer l'ado dans son comportement à l'extérieur. C'est aussi, « l'air de rien », l'occasion de recueillir des confidences... Ces rencontres sont donc de précieux curseurs cliniques et font partie à part entière de la prise en charge thérapeutique.

D'autres rencontres sont possibles au domicile, c'est souvent le cas pour des adolescents qui ne sortent plus de chez eux (clinophilie). C'est aussi un outil intéressant pour identifier au mieux les problèmes familiaux. Nous avons un important rôle d'étayage familial, d'explications, de réassurance, de médiateur... qu'on pourrait appeler « guidance familiale » et qui se fait aussi par téléphone ou même par mails.

A ceci, il ne faut pas oublier le travail de réseau avec les partenaires comme les médecins généralistes, l'aide sociale à l'enfance, l'éducation nationale, la police... en quelque sorte un travail de « liaison dans la communauté ».

A ne pas oublier bien sûr, dans la fonction infirmière, l'observation clinique liée à la mise en place des traitements médicamenteux par les médecins, leur efficacité et leurs possibles effets secondaires.

Cette forme de travail est d'une grande richesse humaine et je déplore que dans une ville comme Marseille, il n'existe qu'une ou deux équipes mobiles en pédo-psychiatrie, d'autant plus que l'efficacité thérapeutique de ce type de prise en charge ne fait aucun doute. ■

Sylviane BERNARD

Infirmière - Association SERENA - Marseille

Le guichet des erreurs médicamenteuses

Depuis la publication en 1999 du célèbre rapport «To err is human» par l'Institute of Médecine (IOM) américaine¹, la prise de conscience visant à améliorer la sécurité des soins s'est accélérée. On estime entre 44 000 à 98 000 morts évitables dues aux erreurs médicales dans les hôpitaux américains chaque année, plus nombreux que les décès dus aux accidents de la route (43500 par an) ou au cancer du sein (42000 par an). Ainsi, chaque année, aux États-Unis, on attribue à 7000 le nombre de décès liés aux erreurs médicamenteuses.

« Bien que nous ne puissions changer la condition humaine, nous pouvons modifier les conditions dans lesquelles les humains travaillent... » déclare J. Reason². Avant 1990, l'approche culturelle de la gestion des risques tendait à la recherche de responsabilités des auteurs mais J. Reason considère que l'erreur humaine est évitable.

L. Leape³ affirme « L'erreur (humaine) n'est pas évitable mais elle est relativement prévisible. Si l'ampleur de l'erreur médicale est énorme, c'est en raison du recours à des systèmes mal conçus et non pas de l'irresponsabilité du personnel ».

D. Berwick⁴ renforce cette approche systémique du risque en démontrant que seulement 2 à 3% des erreurs cliniques sont attribuables à l'incompétence, à l'imprudence, au sabotage ou à la négligence grave, révélant ainsi que 97 à 98% des erreurs cliniques sont attribuables en fait aux dangers que recèlent les systèmes de santé.

Quelques Définitions

Erreur médicamenteuse

« L'erreur médicamenteuse est l'omission ou la réalisation non intentionnelle d'un acte au cours du processus de soins impliquant un médicament, qui peut être à l'origine d'un risque ou d'un événement indésirable pour le patient. »

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Événement indésirable

« Réaction nocive et non recherchée survenant chez l'homme utilisant ou exposé à un produit de santé sans préjuger d'un lien de cause à effet ».

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.

Événement indésirable associé aux soins

« Tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. »

Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, art.R. 6111-1.

Événement indésirable grave (EIG)

« Dommage survenant chez le patient lié aux soins plutôt qu'à sa maladie sous-jacente et répondant à certains caractères de gravité, tels que décès, mise en danger de la vie du patient, hospitalisation (ou prolongation de l'hospitalisation) entraînant une incapacité ou un handicap à la fin de l'hospitalisation ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale. »

Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse, SFPC, 2005.

Comprendre

Les erreurs médicamenteuses peuvent survenir à toutes les étapes du circuit du médicament : Prescription, Transcription, Dispensation, Administration.

Au niveau national, une enquête ENEIS (Enquête Nationale sur les Événements Indésirables liés aux Soins) recense en 2009, 374 événements

¹To err is human: building a safer health system. William Richardson, Donald M Berwick. Washington (DC) 1999. - ²Reason J. "Human error: models and management", BMJ, vol. 320, n° 7237, 18 mars 2000, p. 768-770. - ³Médecin et Professeur à la HARVARD School of Health - ⁴Berwick DM. Président et PDG, The Institute for Healthcare Improvement, dans une déclaration au Committee on Senate Appropriations Subcommittee of Labor, Health and Human Services, le 13 mars 2003.

Le guichet des erreurs médicamenteuses

indésirables graves (EIG) dont 177 sont évitables : 214 EIG survenus pendant la période d'hospitalisation dont 87 sont évitables (40,65 %), dont 24 (27,6 %) sont liés aux médicaments. Ainsi, 160 EIG sont à l'origine même du séjour hospitalier dont 89 sont considérés comme évitables (55,6%), dont 39 (43,8 %) sont liés aux médicaments.

Une première enquête ENEIS en 2005 constatait déjà que la moitié des EIG était causes d'hospitalisation et le tiers des EIG survenus lors de l'hospitalisation était liés aux erreurs de prescription ou d'administration, au suivi inadapté du patient ou à l'omission de traitement. La gestion des erreurs médicamenteuses, quel que soit le mode de prise en charge du patient, représente un enjeu majeur dans l'organisation des soins.

Les erreurs médicamenteuses sont à distinguer des effets indésirables des médicaments qui sont liés au médicament lui-même en tant que produit. L'erreur médicamenteuse est évitable lorsqu'elle manifeste ce qui aurait dû être fait et qui ne l'a pas été au cours de la prise en charge thérapeutique d'un patient. Lorsqu'elle survient, il est indispensable de la reconnaître et donc de la signaler.

Le guichet des erreurs médicamenteuses : qu'est-ce que c'est ?

Dès 2002, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, remplacée actuellement par l'ANSM ou Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé) avait mis en place une réflexion globale sur les erreurs médicamenteuses évitables en concertation avec les réseaux de centres régionaux de pharmacovigilance ou CRPV, la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, aujourd'hui DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins) et le SYNPREFH (Syndicat National des Pharmaciens des Établissements Publics de Santé). Plusieurs réunions se sont tenues pour partager les expériences et points de vue sur la gestion des erreurs médicamenteuses, en particulier les erreurs médicamenteuses évitables. Le Guichet Erreurs Médicamenteuses a été créé dans le prolongement de ces échanges.

Le Guichet des Erreurs Médicamenteuses mis en place en 2005 est une structure de réception et de gestion des signalements d'erreur ou de risque d'erreur médicamenteuse amenée à proposer des actions de prévention et des mesures correctives le cas échéant. La priorité est de recueillir et

collecter en un lieu unique l'ensemble des erreurs ou des risques d'erreurs médicamenteuses émanant des professionnels de santé dont ils ont connaissance et liés à des défauts de dénomination (confusion de médicaments), de présentation d'étiquetage, d'information (conditionnement primaire, conditionnement secondaire, notice, mise à disposition du résumé des caractéristiques du produit...), de conception du conditionnement (conditionnement inadapté, confusion entre formes)...

Le bilan de 5 ans d'activité met en évidence le rôle de l'AFSSAPS dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse et notamment les erreurs médicamenteuses signalées par les professionnels de santé sur une base volontaire. En effet, seule la circulaire DHOS / Afssaps de décembre 2008 demande aux professionnels de santé de signaler toute erreur ou risque d'erreur liés à la mise en place de nouveaux étiquetages. Il n'y a pas de réglementation définissant le Guichet Erreurs Médicamenteuses et ses activités.

En 2009, 1124 signalements d'erreurs ou de risques d'erreurs ont été rapportés contre 448 en 2008, soit **une augmentation de près de 150% en un an**, ce qui témoigne d'une sensibilisation accrue des professionnels de santé face au risque d'erreurs médicamenteuses.

La prise en charge médicamenteuse évolue à la fois par un renforcement du cadre juridique et grâce à une constante évolution des dispositifs d'évaluation et d'accompagnement plus particulièrement dans les établissements de santé.

Tableau 2 – Répartition des notificateurs :

	2005	2006	2007	2008	2009	Soit en %	Total	Soit en %
Pharmacien	54	141	65	161	477	42.4	898	40.7
Médecin	30	124	161	278	486	43.3	1079	48.9
Infirmier	1	14	4	1	29	2.6	49	2.25
Patient	0	3	2	0	9	0.8	14	0.6
Sage-femme	0	0	0	0	1	0.1	1	0.05
Autres	2	0	5	3	69	6.1	79	3.6
Non spécifié	15	5	8	5	53	4.7	86	3.9
Total	102	287	245	448	1124	100	2206	100

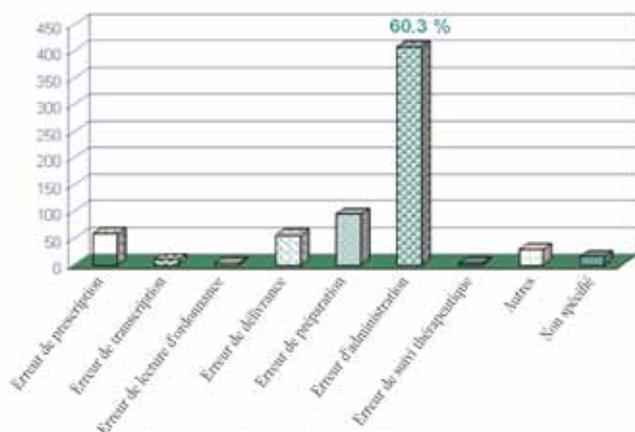
Le guichet des erreurs médicamenteuses

Les médecins représentent une grande proportion de notificateurs ; 75% d'entre eux exercent en Centre Régional de Pharmacovigilance.

Le nombre de signalements notifiés par des infirmiers a légèrement augmenté en 2009. A noter cependant qu'un nombre important d'erreurs ou de risques d'erreur sont constatés par des infirmiers mais sont transmis au Guichet par les pharmaciens, relais entre les établissements de santé et l'AFSSAPS.

Parmi les notificateurs entrant dans la catégorie « autre », on retrouve des adjoints au directeur d'établissement de santé, des directeurs de centres de vaccination, des chargés de matériovigilance et pharmacovigilance, des techniciens assurance qualité...

Niveau de réalisation de l'erreur médicamenteuse initiale en 2009



Aujourd'hui, le Guichet Erreurs Médicamenteuses est bien perçu par les professionnels de santé mais aussi par les Directions de l'ANSM comme une structure de coordination et de gestion des erreurs médicamenteuses. L'évolution du nombre de signalements reçus directement au Guichet, notamment en 2009, conforte cette observation.

Causes d'erreurs d'administration du médicament

Les étapes constitutives de l'acte d'administration peuvent se dérouler d'une manière inadaptée, erronée ou encore retardée. Les analyses existantes des erreurs médicamenteuses observées (REMEDI ou Revue des Erreurs liés aux Médicaments et dispositifs associés, ANSM, ENEIS...) trouvent leur origine le plus souvent dans des causes multifactorielles telles que :

- Le produit de santé lui-même dont la présentation ou les modalités de préparation peuvent contribuer à la survenue d'une erreur,

- Le patient et son comportement face à sa pathologie et son traitement,
- Les professionnels de santé dont les connaissances, les compétences et l'expérience influencent leur décision et en particulier, la balance bénéfices / risques lors de la prise en charge thérapeutique du patient,
- L'organisation des pratiques professionnelles qui structure la prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient, le circuit du médicament,
- L'environnement de la prise en charge du patient et les moyens mis à la disposition des professionnels et du patient lui-même,
- La gestion logistique du circuit du médicament (commande, réception, transport et livraison, stockage, prélèvement et préparation des doses),
- Le management institutionnel et professionnel de la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge des patients.

Les barrières sont destinées à éviter la survenue des erreurs, elles sont de nature organisationnelle ou technique. Afin de prévenir les erreurs, il faut, d'une part, diminuer la probabilité de l'erreur de sélection du produit et, d'autre part, diminuer la probabilité de la défaillance de contrôle.

Il est possible de travailler sur :

- L'étiquette de stockage (lisibilité, taille, orientation, lettres majuscules...), couleur et position de la boîte, sur la forme et la taille, sur le stockage (rangement, accès...),
- Les automates de dispensation, les armoires sécurisées,
- La DCI (la Dénomination Commune Internationale),
- Les risques de confusion entre médicaments (ressemblance sonore et visuelle),
- La conception des blisters permettant de conserver l'identification des doses unitaires,
- La qualité de l'information et son accès : informatisation, traçabilité, procédure, documentation...,
- Le management des risques,
- La formation des personnels.

La prise en charge thérapeutique médicamenteuse du patient est un des processus le moins bien organisé au sein de nos établissements de santé. S'y intéresser, c'est s'engager dans une réingénierie de ce processus.

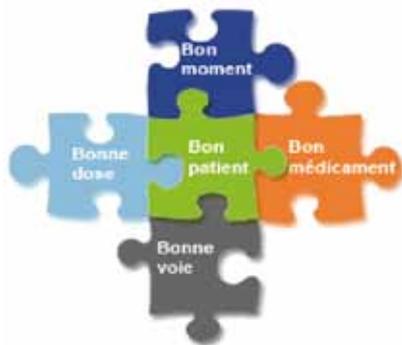
Les nouvelles technologies réduisent de 30 à 80 % les événements indésirables médicamenteux,

La double vérification réduit de 70% les erreurs d'administration,

Le simple contrôle à toutes les étapes du circuit réduit de 80 % les événements indésirables médicamenteux,

Le patient informé intercepte 2% des erreurs.

Règle des 5 B



En 1999, l'ISMP (Institute Of Safe Medication Practices) énonce la règle des **5 Rights** ou règle des « **5 B** » qui devient le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse : « administrer le **Bon médicament**, à la **Bonne dose**, au **Bon moment**, sur la **Bonne voie**, au **Bon patient** ». Elle représente des objectifs à atteindre pour lesquels des stratégies sont définies et mises en œuvre.

Cette règle évolutive est un outil pédagogique de prévention, qui doit guider chaque action réalisée lors de l'administration des médicaments.

L'une des conditions de réussite de la mise en œuvre de cette règle consiste à limiter les interruptions dans les tâches réalisées par les infirmières.

Le bon patient

S'assurer que le bon médicament va être administré au bon patient :

- vérifier l'identité du patient lors de chaque administration,
- connaître la procédure en vigueur dans votre établissement en cas d'homonymie,
- si l'état du patient le permet, lui demander de se présenter (ses nom, prénom et date de naissance),
- si l'état du patient ne le permet pas, d'autres moyens peuvent être utilisés comme le bracelet d'identification, la photo dans certains secteurs...

Le bon médicament

S'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit.

- la prescription doit être rédigée pour le bon patient ; elle est lisible et conforme aux exigences réglementaires.
- prendre le temps de lire de façon attentive l'étiquette, notamment lors des 3 vérifications successives :
 - au moment de la collecte du médicament dans le stock du service (armoire, chariot...),
 - au moment de la préparation (reconstitution, pilulier) et juste avant de donner le médicament au patient dans sa chambre.

La bonne dose

S'assurer d'administrer la bonne concentration, dilution, dose du médicament prescrit.

L'infirmier doit :

- Connaître les doses « habituelles », si la dose prescrite est adaptée au patient (enfant, personne âgée, insuffisant rénal...) des médicaments,
- Vérifier les calculs de dose réalisés et si besoin faire vérifier par un autre professionnel,
- Questionner le prescripteur ou le pharmacien lorsque la dose prescrite diffère de la posologie habituelle.
- Garder une attention particulière portée lors des calculs de dose et de dilution,
- Faire une double vérification en cas de doute sur les calculs et systématiquement pour certains médicaments considérés à risque et certains secteurs.

Le guichet des erreurs médicamenteuses

La bonne voie

S'assurer d'utiliser la voie prescrite.

L'infirmier doit :

- S'assurer que la voie est appropriée et sécurisée,
- Demander confirmation pour certaines voies très à risque (intrathécale en particulier).

Les abréviations sont connues et formalisées dans une fiche d'instruction.

Le bon moment

Certains médicaments sont administrés à certaines heures et fréquences spécifiques. S'assurer que l'administration est réalisée au bon moment :

- Selon les besoins du patient et tenter de concilier « son bon moment » avec les contraintes liées au traitement,
- Selon les contraintes pharmacocinétiques propres à chaque médicament.

Quelques chiffres

*Dans 1/3 des cas,
il n'y a pas de lecture de l'étiquette.*

Plus de la moitié des acteurs ne se lavent pas les mains au moment de l'administration.

Il n'y a pas de vérification de l'identité des patients dans 26% des cas.

On constate jusqu'à 10 interruptions des infirmières par heure.

- La vérification de l'identité du patient n'est pas réalisée dans 6 à 26% des cas.
- Il existe un défaut de suivi pour 9% des cas.
- Le manque de standardisation des prescriptions et des calculs est retrouvé pour 3,1% des anti-vitamines K.
- Des erreurs de calcul sont réalisées pour 14,2% des prescriptions auditées en pédiatrie.

- Les interruptions des infirmières sont très fréquentes (1 interruption pour 3 médicaments administrés) et de 6,7 interruptions par heure.

Des pistes de réflexions

Des moyens visuels permettant de faire passer un message :

Une veste de couleur lors de la préparation des médicaments est utilisée dans certains pays,

Un badge comportant le message suivant :

« Do not disturb » est également utilisé.



L'organisation du travail :

Une évaluation de la charge de travail et notamment des pics d'activité permet d'identifier les « zones horaires » à risque et de mener une réflexion sur la planification des préparations. Cette évaluation doit être confrontée à la charge en personnel en termes de nombre et de qualification.

Une procédure sur la préparation des médicaments doit viser à réduire voire supprimer les interruptions de tâche durant cette activité.

En cas d'interruption de tâche, la préparation doit être impérativement recommencée.

Type d'erreur

Selon l'AFSSAPS, l'erreur médicamenteuse peut être définie comme :

- avérée, lorsqu'elle résulte en l'administration au patient d'un médicament erroné, d'une dose incorrecte, par une mauvaise voie ou selon un mauvais schéma thérapeutique...

Le guichet des erreurs médicamenteuses

- potentielle, si elle est interceptée avant l'administration du produit au patient,
- latente (risque d'erreur), s'il s'agit d'une observation témoignant d'un danger potentiel pour le patient.

Les évènements qui ne devraient jamais arriver : « Never Events »

- Erreur lors de la prise en charge des patients traités avec des médicaments anticoagulants,
- Erreur lors de l'administration du chlorure de potassium injectable,
- Erreur de préparation de spécialités injectables pour lesquelles le mode de préparation est à risque,
- Erreur d'administration par injection intrathécale au lieu de la voie intraveineuse,
- Erreur d'administration par injection parentérale au lieu de la voie orale ou entérale,
- Surdosage en anticancéreux notamment en pédiatrie,
- Erreur de rythme d'administration du méthotrexate par voie orale (hors cancérologie),
- Erreur d'administration d'insuline,
- Erreur d'administration de médicaments spécifiques utilisés en anesthésie réanimation au bloc opératoire,
- Erreur d'administration de gaz à usage médical,
- Erreur de programmation des dispositifs d'administration (pompes à perfusion, seringues électriques...),
- Erreur lors de l'administration ou l'utilisation de petits conditionnements unidoses en matière plastique (ex : unidose de sérum physiologique, solution antiseptique...) notamment à la maternité ou en pédiatrie.

Chaque année au niveau national, 160 000 à 290 000 hospitalisations et 95 000 à 180 000 EIG pendant l'hospitalisation peuvent être considérés comme évitables. Les principaux enseignements pour la prévention des risques cliniques sont que tous les types de spécialité et d'établissement sont concernés, qu'une politique de gestion des risques devrait cibler les actions (patients fragiles, spécialités à « fréquence élevée »), que la formation initiale et continue doit contribuer à créer une culture de sécurité chez tous les professionnels de santé, que des méthodes de travail devraient être largement diffusées (analyse approfondie, retours d'expérience) et que l'approche préventive des erreurs et EIG devrait être complétée par une amélioration des capacités de récupération des EIG dans les établissements.

Professionnels de santé, faites progresser la culture de sécurité, tirez des enseignements de vos erreurs afin qu'elles ne se reproduisent pas. Tous les membres de l'équipe doivent être associés et chacun doit jouer un rôle actif pour que la confiance s'instaure et perdure, sans culpabilité. ■

*Synthèse réalisée par
Marie Dominique AUTEXIER
Infirmière CNI de Poitiers*

Bibliographie :

- WEBZINE de la HAS : GESTION DES RISQUES –JAM-N°14-Août/Septembre/Octobre
- Guichet Erreurs médicamenteuses : Présentation et bilan depuis la mise en place ; juin 2009.
- Le Guichet des erreurs Médicamenteuses : Bilan d'activité de l'année 2009 ; juillet 2010.
- Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. HAS juillet 2011. Ce guide est téléchargeable gratuitement sur www.has-sante.fr.
- Série Études et Recherche - 110 - Enquête Nationale sur les Événements Indésirables graves associés aux Soins - Description des résultats 2009 (pdf - 2.4 Mo - 19/09/2011 - [MAJ:25/04/2012]) - <http://www.drees.sante.gouv.fr/>



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
INFIRMIÈRE

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

PROFESSIONNELS : 70 €

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

ÉTUDIANTS : 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**

Comparez nos offres

PARCE QUE
NOUS SAURONS
TOUJOURS MIEUX
VOUS COMPRENDRE



Si vous trouvez moins cher,
**UNIPH vous rembourse la différence
+ 3 mois gratuits**

(à garanties équivalentes voir conditions sur www.uniph.fr)

DÉCOUVREZ NOS GARANTIES ET NOS SERVICES,
DEMANDEZ VOTRE DEVIS PERSONNALISÉ,
GRATUIT ET SANS ENGAGEMENT !



Tél.: 09 69 390 190
Internet: www.uniph.fr

Rejoignez notre page UNIPH 



Qui accompagne et soutient les infirmières jour après jour ?

Depuis 1935, la MACSF est une mutuelle d'assurance créée par et pour les professionnels de la santé. Notre engagement est de les accompagner dans leur vie personnelle comme dans leur cadre professionnel.

Retrouvez-nous sur le stand MACSF du congrès de l'AIRR.

3233* ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

