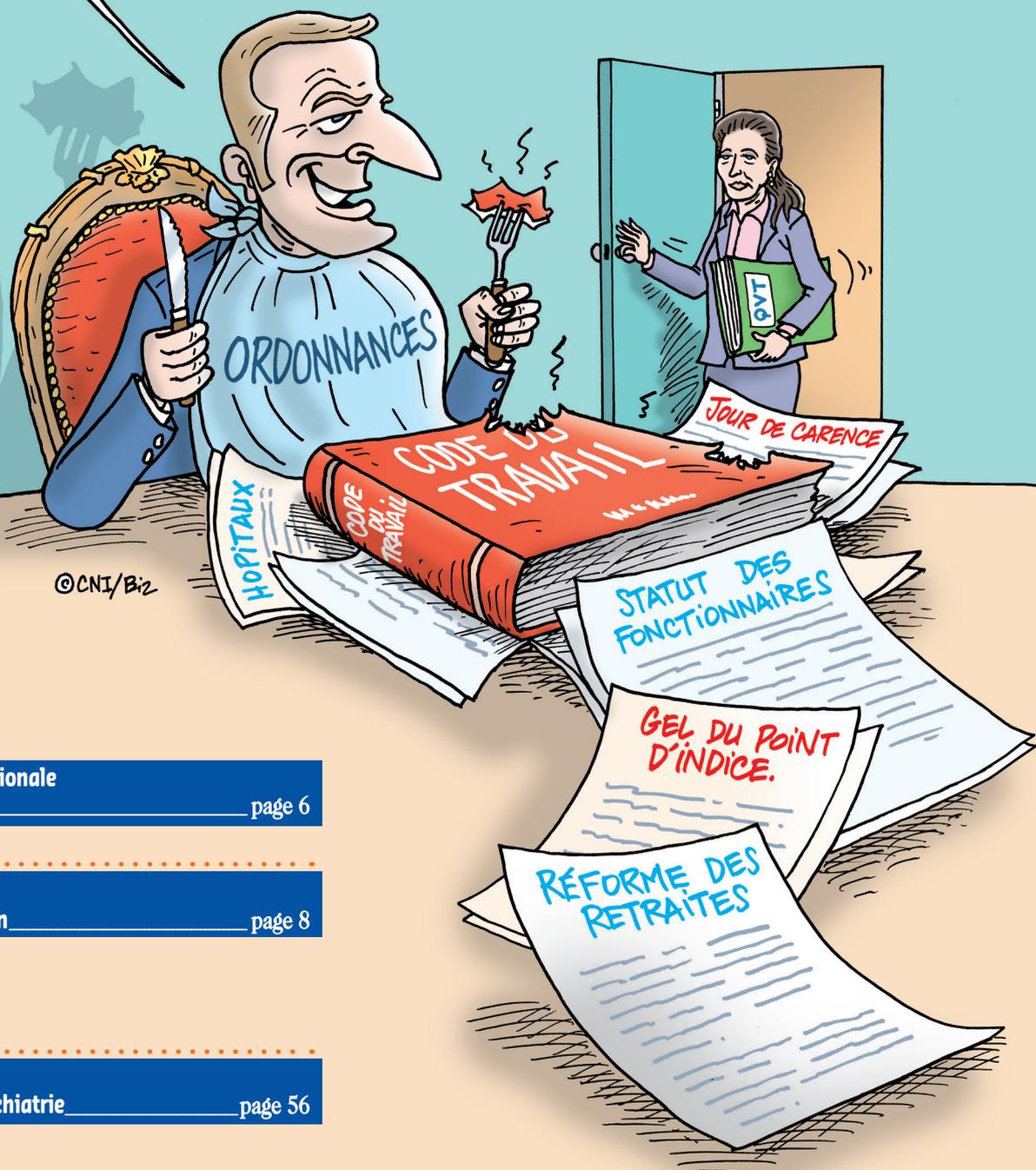


À TABLE!!



La stratégie nationale de santé _____ page 6



Le retour du droit d'option _____ page 8



Une expérience grecque en psychiatrie _____ page 56

CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

SANTÉ MENTALE

Les relations précoces dans la triade père-mère-bébé et leurs dysfonctionnements	26 au 30/03/18	La Rochelle
Thérapie comportementale et cognitive. Fondements théoriques et mise en pratique - Niveau 1	03 au 06/04/18	Paris
Psychiatrie d'urgence, soins spécifiques en urgence psychiatrique - Niveau 1	14 au 18/05/18	Paris
Troubles de la personnalité et troubles du contrôle des impulsions	17 au 21/09/18	Paris
Etat des lieux de la perversion : perversion sexuelle, perversion narcissique, perversion ordinaire	24 au 28/09/18	Lyon
Le développement des images du corps et de la parole chez l'enfant et ses dysfonctionnements	15 au 19/10/18	Paris

ACTIVITÉS À MÉDIATIONS THERAPEUTIQUE, ÉDUCATIVE OU D'ANIMATION

Méthodes de relaxation - Niveau 1	12 au 16/03/18	Nîmes
Atelier de stimulation cognitive pour personnes déficientes (Alzheimer et maladies apparentées)	19 au 23/03/18	La Rochelle
Le conte comme médiation thérapeutique	28/05 au 01/06/18	Paris
Massage toucher-détente du visage, des pieds, des mains - Niv.1	04 au 08/06/18	La Rochelle
La marionnette, outil de médiation	18 au 22/06/18	Paris
Initiation à l'art-thérapie en Dessin-Peinture-Collage - Niveau 1	24 au 28/09/18	Tours

RELATION D'AIDE ET SOIN

La consultation d'ethnopsychiatrie. Une modalité d'approche des migrants	19 au 23/03/18	Paris
Les soins esthétiques dans le cadre de la relation d'aide - Niveau 1	14 au 18/05/18	La Rochelle
Comment communiquer avec les personnes âgées démentes	28/05 au 01/06/18	La Rochelle
La communication non verbale dans l'accompagnement de la personne lourdement handicapée ou polyhandicapée	04 au 08/06/18	Paris
Interventions corporelles spécifiques pour psychotiques	05 au 09/11/18	La Rochelle

COMMUNICATION, EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE ET MANAGEMENT

La Programmation Neuro-Linguistique (PNL) - Niveau 1	19 au 23/03/18	La Rochelle
L'écriture professionnelle. Comment gagner en aisance et efficacité	11 au 15/06/18	La Rochelle
L'Analyse Transactionnelle (AT) : un outil au service de la relation d'aide - Niveau 1	01 au 05/10/18	Paris
Développer la capacité d'intuition dans sa pratique professionnelle	15 au 19/10/18	Paris
Le raisonnement et la démarche clinique infirmière (référentiel 2009)	12 au 14/11/18 et 10 au 12/12/18	Paris

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



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



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





SYNDICAT CNI

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

ÉDITION

Groupe DROUIN Maître Imprimeurs
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 Syndicat CNI

RESPONSABLES

DU COMITÉ DE RÉDACTION

- Éric AUDOUY (Infirmier, Syndicat CNI AP-HM)
- Marie Dominique BIARD (Infirmière, Syndicat CNI AP-HM)
- Stéphane DERES (Infirmier, Syndicat CNI Poitiers)

COMITÉ DE LECTURE

- Céline DUROSAY (Infirmière, Syndicat CNI Belfort Montbéliard)
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, Syndicat CNI Martigues)

PHOTOS

- Céline DUROSAY (Infirmière, Syndicat CNI Belfort Montbéliard)
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, Syndicat CNI Martigues)
- Syndicat CNI de Poitiers

DESSINS

Pierre BIZALION

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

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

Syndicat CNI - ISSN 2492-4288



<http://syndicat-cni.org>



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



Revue n°45 - Octobre 2017

Editorial



Prendre la plume pour rédiger cet édit est sans doute encore plus complexe que d'habitude, je dois vous l'avouer. Difficultés liées à un agenda chargé qui laisse peu de temps pour se poser et écrire, certes ! Mais nous sommes nombreux dans ce cas : la course contre la montre s'impose comme un incontournable de notre monde moderne.

Non, le hiatus réside plus dans la recherche d'équilibre entre la volonté de préserver un désir farouche de construire vers l'amélioration de nos conditions de travail, si essentielle à la qualité des soins et une envie irrationnelle de crier ma colère face à l'absence de réponse au malaise des blouses blanches. Ce mal-être profond qui met des vies - de soignants et d'usagers - en péril et qui, bien que de notoriété publique grâce aux médias, est pour l'heure en attente de traitement aussi bien préventif que curatif.

Si les suicides émeuvent ponctuellement l'opinion, aucune mesure forte n'est à ce jour annoncée malgré un changement de gouvernement et de ministre. Si le dialogue semble plus ouvert, tout reste à construire et les semaines passent...

Il est intolérable d'assister impuissants à la multiplication des arrêts de travail pour épuisement professionnel. Mais que font donc les syndicats ?

Très mobilisés dans la défense et l'accompagnement individuel, ils dressent également le constat de la difficulté à mobiliser, à fédérer et ce même sur des sujets qui nous touchent tous...

Il nous faut donc reprendre les basiques, comprendre pourquoi les blouses blanches sont aussi peu syndiquées. Faible culture de l'engagement, peur de représailles en se syndiquant, les idées reçues côtoient la méconnaissance du rôle des représentants du personnel.

Sur le terrain, les soignants ne connaissent pas la législation de l'organisation du temps de travail et ne font pas forcément la démarche de s'informer.

Peut-être faut-il juste faire découvrir aux professionnels de santé que pour bien traiter les patients dont ils ont la charge, il est nécessaire qu'ils exigent d'être eux-mêmes bien traités.

Mais avant de vous laisser découvrir les témoignages, les nouveaux textes, le concept de la « QVT » et vos droits, je ne peux conclure mon écrit sans un hommage à une très grande dame qui nous a quittés le 30 juin 2017.

Si sa droiture, son humanité et son engagement sont légitimement vantés, le nom de Madame Simone VEIL résonne et résonnera à jamais pour les infirmiers et la Coordination Nationale Infirmière comme celui de la femme et de la ministre de la Santé qui a su être à l'écoute des professionnels de la filière infirmière et a agi.

Puisse son parcours et son écoute être source d'inspiration.

*Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI*

Billet d'humeur...

Prime à l'intéressement au CHU de Poitiers: Soignants... performants et commerçants ?

Pour la 3^{ème} année consécutive, Monsieur le Directeur Général a décidé, au regard de la situation excédentaire du CHU de Poitiers, d'attribuer une prime à l'intéressement. En pratique, chaque pôle va donc recevoir une enveloppe budgétaire qu'il sera chargé de répartir. Au final, tous les agents de l'établissement seront concernés mais ils ne toucheront pas tous la même somme !

Le Syndicat CNI rappelle que cette prime à l'intéressement est allouée au regard de l'activité mais, dans un même temps, il faut aussi avouer qu'il est impossible pour un agent d'influer sur cette même activité. Comment un soignant peut-il recruter des patients ou générer des soins? Dans un hôpital, seule l'attractivité d'un service ou d'une spécialité peut permettre de recruter... le soignant n'y est pour rien d'autant que cette tarification évolue chaque année. Difficile de prédire les actes qui seront valorisés (ou dévalorisés) demain.

Par contre, tout le monde sait à présent que le soin est devenu un bien de consommation dans un système concurrentiel. Pour un soignant, cette nouvelle réalité bouscule ses valeurs et entraîne une perte de sens dans son exercice quotidien... Cette prime à l'intéressement démontre bien la dérive « opérée » et surtout fait un lien direct entre la maladie et l'intéressement. Dans ces conditions, cette prime est difficilement conciliable avec la mission du soignant qui s'investit sans compter et sans contrepartie, pour offrir la meilleure prestation au patient.

Pour le Syndicat CNI, cette prime est cynique voire perverse aussi bien dans son concept que dans ses modalités d'attribution qui entraînent des disparités entre les agents et des conflits futiles et inutiles.

Les conditions de travail ne sont-elles pas suffisamment pénibles au CHU de Poitiers? ■

Stéphane DERES
Infirmier - Syndicat CNI - CHU de Poitiers





-  La stratégie nationale de santé page 6
-  Le retour du droit d'option page 8
-  Une expérience grecque en psychiatrie page 56

Sommaire

Éditorial	3
Billet d'humeur...	4
Stratégie Nationale de Santé	6
Le retour du droit d'option	8
Billet d'humeur... Touche pas au grisbi...	11
Du changement : OUI - De l'improvisation : NON	12
Qualité de Vie au Travail (QVT) : le domaine de l'illusion et de l'utopie ?	14
Qualité de Vie au Travail - Interview de Nathalie DEPOIRE	18
Soignants et addictions : le tabou ?	20
Le Compte Personnel d'Activité - Nom de code : CPA	22
Quand les mots s'en mêlent...	27
Salon infirmier 2017	28
L'horoscope de l'ASH	29
Plaidoyer pour l'instauration d'un kit plaies chroniques en formation initiale	30
Le parcours insolite d'une infirmière, Françoise Boissières	34
Evolution et progrès technologique de l'imagerie mobile	36
Formation psychologique : du mythe à la réalité	38
Le Syndicat CNI reçu à l'Élysée	42
Désignation de la personne de confiance	43
La Commission des Usagers	46
Le dépistage de la surdité du nouveau-né au CHU de Poitiers	48
IADE Réserviste embarquée : une belle expérience !	51
Une expérience grecque en psychiatrie Leros, 1991	56
Un article... Kézako ?	60
Le droit de grève...	62
Organisation du temps de travail dans la Fonction Publique Hospitalière...	64

Téléchargez votre bulletin d'adhésion



Rejoignez-nous sur notre application smartphone et tablette



Stratégie Nationale de Santé

La Loi santé de Marisol TOURAINE de janvier 2016 pose la définition d'une stratégie nationale de santé sous la forme d'un décret. En effet, la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que : « *La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le gouvernement* ». Elle précise que « *La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie (...)* ».



L'actuelle ministre des solidarités et de la Santé, Madame Agnès BUZYN a communiqué mi-septembre 2017 et présenté les modalités de définition de la Stratégie Nationale de Santé 2017- 2022.

Agnès BUZYN a demandé aux directeurs du ministère de la Santé de lancer une large concertation, notamment auprès des principales organisations syndicales et professionnelles, des établissements de santé, des élus ainsi que des représentants des usagers et des aidants. Jusqu'à la mi-octobre, ils recueilleront leurs attentes et leurs propositions sur quatre thèmes prioritaires définis par la Ministre des Solidarités et de la Santé.

Quatre priorités pour la stratégie nationale de santé 2017-2022

• La prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux

C'est une ambition forte portée par le Premier Ministre et le Président de la République. Les principaux objectifs portent sur la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique, la prévention des maladies infectieuses, la lutte contre les conduites addictives, la promotion de la santé mentale, d'un environnement et de conditions

de travail favorables à la santé, l'amélioration du dépistage et la prévention de la perte d'autonomie. Une attention particulière sera apportée aux enfants et aux jeunes.

• La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé

L'objectif est de passer d'une approche en silo à une approche centrée sur les besoins des patients, avec des parcours organisés au niveau du territoire. La ministre présentera en octobre un plan d'accès aux soins qui sera ensuite complété.

• La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins.

La ministre souhaite une réflexion sur l'évolution de la tarification à l'activité qui prenne davantage en compte les parcours, la qualité et la pertinence des soins et des actes. La formation des professionnels est un second levier indispensable pour développer cette culture et ce souci permanent de la qualité.

• L'innovation

Organisationnelle, médicale, technologique ou numérique, l'innovation doit être mise au service de tous et répondre aux besoins prioritaires en santé. Cette démarche favorisera une meilleure association des patients, des usagers et des professionnels qui sont les premiers concernés par ces évolutions, par exemple en matière de télémédecine ou d'objets connectés. Des crédits spécifiques permettront de repérer et de sélectionner très tôt les projets à fort potentiel.

Le calendrier annoncé :

Septembre – Octobre 2017 Définition des priorités et lancement des concertations

La ministre a fixé des axes stratégiques et sollicite la contribution des autres ministères concernés. Elle lance une concertation menée par les directeurs du ministère auprès des représentants du secteur de la santé, des élus et des usagers. Un premier projet de

stratégie nationale de santé est rédigé.

Le Haut Conseil de la Santé Publique vient de remettre à la ministre son analyse de l'état de santé de la population, de ses déterminants et des stratégies d'action envisageables pour l'avenir.

Novembre 2017 - Consultation publique

Un premier projet de stratégie est mis en ligne sur internet pour que les Français puissent poster leurs réactions et propositions. La Conférence Nationale de Santé et le Haut Conseil de la Santé Publique sont saisis sur le projet pour formuler un avis.

Décembre 2017 - Adoption de la Stratégie Nationale de Santé

En décembre, le Comité Interministériel de la Santé, qui rassemble l'ensemble des ministres concernés, est réuni sous l'autorité du Premier Ministre.

Le Gouvernement adoptera définitivement la Stratégie Nationale de Santé qui sera publiée sous forme de décrets.

Si nous nous retrouvons dans les priorités en terme d'enjeux de santé, il est un élément incontournable qui, à l'heure où nous rédigeons n'est pas très lisible, c'est celui concernant la santé des soignants. Comment peut-on parler de qualité des soins sans parler d'amélioration des conditions de travail ? Comment ne pas s'interroger sur une stratégie qui se construit en parallèle des décisions financières puisque le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale a quasiment les mêmes échéances ? Les moyens attribués demeurent pourtant le nerf de la guerre !

Dans ce contexte, une seule certitude, le syndicat CNI est très mobilisé pour faire entendre la voix des soignants et inscrire une réelle amélioration de la qualité de vie au travail comme PRIORITE... ■

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI

infirmiers
ibode iade
aides-soignants (h/f)



nous recrutons d'urgence
en missions d'intérim ou en cdi

Depuis plus de 45 ans, l'Appel Médical est n° 1 du travail temporaire et du recrutement médical, paramédical et pharmaceutique et recrute des professionnels de santé passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, entreprises, laboratoires, établissements sociaux... l'une des 95 agences de l'Appel Médical répond à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Poste fixe en cdd ou cdi, intérim... nous vous apportons une réponse personnalisée et nous construirons ensemble votre plan de carrière. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise, d'accords exclusifs en terme de mutuelle, d'un crédit conso-immobilier, d'assurance, de la participation...

Fort d'une expérience réussie ou jeune diplômé(e)
et disponible pour construire votre carrière, contactez-nous :

www.appelmedical.com

N° Vert 0 800 240 533
APPEL MÉDICAL DEPUIS UN POSTE FIXE

santé

Le retour du droit d'option

Quand on reparle de la tristement célèbre Roselyne BACHELOT

Passage en catégorie A : personnels de rééducation et des manipulateurs d'électroradiologie médicale

Avant le catastrophique mandat de Marisol TOURAINE, le passage de Roselyne BACHELOT au ministère de la santé a au moins eu le mérite d'avoir marqué l'histoire infirmière en instaurant les mesures les plus injustes pour la filière. La plus emblématique est certainement le principe d'un droit d'option scindant la profession en catégorie active et sédentaire.

Et bien, le voilà de retour ce fameux droit d'option, puisque le protocole de Madame BACHELOT du 2 février 2010 relatif à l'intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômes reconnus dans le LMD par les universités. Il prévoyait que *« les corps composant la filière de rééducation et la filière médico-technique, dont la durée d'études est d'au moins trois années, ont vocation à bénéficier d'une architecture de grades et de grilles indiciaires similaire à celles des infirmiers, dès que leur formation aura fait l'objet de la réingénierie nécessaire à l'intégration dans le dispositif LMD, c'est-à-dire d'ici 2015 au plus tard, et que leur diplôme aura été reconnu par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que par les universités »*.

Nous voyons donc que le *« au plus tard en 2015... »* est un peu approximatif puisque les décrets et arrêtés concernant ces personnels ne sont sortis qu'en août 2017. On appelle cela la continuité du service public ! Les Ministres passent mais les réformes restent !

Création du corps des Manipulateurs d'électroradiologie médicale catégorie A

Les décrets n°2017-1260 et n°2017-1264 ainsi que son arrêté du 9 août 2017, instaurent un nouveau corps classé en catégorie A, définissant les modalités de nomination, d'avancement, de recrutement, d'intégration, de détachement et revoient la grille de rémunération comportant deux grades :

- Premier grade : manipulateurs d'électroradiologie médicale de classe normale
- Deuxième grade : manipulateur d'électroradiologie médicale de classe supérieure

Ils intègrent la grille des salaires des Infirmiers en Soins Généraux et des Ergothérapeute suite à la mise en

œuvre des mesures « Parcours Professionnels, Carrières et Rémunération (PPCR) (cf. grille ci-dessous.)

Le corps des manipulateurs d'électroradiologie étant classé en catégorie active, ils sont soumis au dispositif du droit d'option, précisé plus loin.

Création du corps des personnels de rééducation de catégorie A

Les décrets n°2017-1259 et n°2017-1263 ainsi que son arrêté du 9 août 2017, prévoient la constitution initiale des corps des personnels de rééducation de catégorie A (pédicures-podologues, masseur-kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes) par intégration automatique des corps actuellement régis par le décret n° 2011-748 du 27 juin 2011 portant statuts particuliers des corps des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, à l'exception du corps des diététiciens. Ils définissent aussi les modalités de nomination, d'avancement, de recrutement, de détachement et revoient la grille de rémunération comportant aussi deux grades :

- Premier grade : classe normale
- Deuxième grade : classe supérieure

Par ailleurs il est précisé, qu'à compter du 1er janvier 2018, le corps des masseurs-kinésithérapeutes, des psychomotriciens et des orthophonistes seront reclassés dans une nouvelle grille.

Les personnels bénéficiant du droit d'option sont ici les masseurs-kinésithérapeutes car classés en catégorie active. Le dispositif du droit d'option est ouvert aussi à titre individuel, pour les personnels des autres métiers, classés en catégorie sédentaire, pouvant faire valoir, à la date d'ouverture de ce droit d'option, d'une durée de services effectifs dans un emploi classé dans la catégorie active (entre 15 et 17 ans), telle que prévue à l'article 6 du décret n° 2011-2103 du 30 décembre 2011 portant relèvement des bornes d'âge de la retraite des fonctionnaires, des militaires et des ouvriers de l'Etat.

Le retour du droit d'option Quand on reparle de la tristement célèbre Roselyne BACHELOT

Droit d'option

Le décret n°2017-1260 du 9 août 2017 prévoit des dispositions transitoires dans le cadre du droit d'option mentionné dans l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique issu du protocole BACHELOT du 2 février 2010.

Ce droit d'option est ouvert durant une période de 6 mois du 1^{er} septembre jusqu'au 28 février 2018, aux membres du corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale et des masseurs-kinésithérapeutes régi par le décret n° 2011-748 du 27 juin 2011 portant statuts particuliers des corps des personnels médico-techniques de la catégorie B de la fonction publique hospitalière.

L'autorité investie du pouvoir de nomination doit notifier à chaque agent concerné une proposition d'intégration dans le nouveau corps de catégorie A en précisant la situation qui résulterait de son choix.

Il est bien précisé que ce droit d'option est exercé de façon expresse par l'agent par écrit daté et signé. Ce choix est définitif et irréversible, il n'a pas de droit au remord.

En l'absence de choix dans le délai imparti, l'agent est définitivement maintenu dans son corps d'origine.

Chantage à la catégorie A, quand la pénibilité s'achète

Comme pour le droit d'option des infirmiers en 2010, il s'agit bien d'un choix par dépit.

Soit un reclassement en catégorie A sédentaire sur des nouvelles grilles indiciaires en perdant la possibilité de bénéficier des avantages des services accomplis en catégorie active (majoration d'assurance d'un an tous les 10 ans), un âge légal de départ à la retraite porté à 60 ans et une limite d'âge passant à 65 ans.

Soit être maintenu en catégorie B active en voie d'extinction, sur les mêmes grilles indiciaires, un âge légal de départ à la retraite qui reste à 57 ans sous réserve de justifier entre 15 et 17 ans de services actifs en fonction de son année de naissance et une limite d'âge qui reste à 62 ans.

Pour les personnels recrutés à compter du 1^{er} septembre 2017, ils seront d'office sur les grilles indiciaires de la catégorie A sédentaire avec un âge limite de fonction fixé à 67 ans.

Des professionnels de chacune des catégories vont donc travailler côte à côte, avec un salaire différent et pour une durée très variable. Comment cette « cohabitation » sera-t-elle vécue au quotidien dans les services ?

Pour le syndicat CNI, la notion de pénibilité s'inscrit dans la durée d'exercice et pas dans la rémunération. En

public comme en privé et quel que soit le secteur d'activité, la pénibilité professionnelle soignante doit être reconnue, tout comme le salaire devrait être en adéquation avec les compétences et les responsabilités. Il est impératif et urgent que les pouvoirs publics donnent enfin la place qui revient aux soignants afin de répondre aux besoins de prise en charge des usagers.

Aujourd'hui, plus que jamais, le report de l'âge de départ à la retraite n'est plus concevable au regard des contraintes et des conditions d'exercice actuelles. Le contexte de maîtrise des dépenses a bien dicté sa loi à l'ensemble du personnel des hôpitaux et pour beaucoup, la rentabilité et la course à l'acte ne sont tout simplement pas compatibles avec le métier de soignant.

Dans ce contexte de pénurie, de faible attractivité pour nos professions paramédicales, la notion de pénibilité doit être débattue plus sérieusement et plus spécifiquement que par le biais d'une réforme générale. Le gouvernement pense peut-être que nous sommes atteints d'une sorte de paralysie mais il devra bien constater que cette réforme nuit également à la qualité des soins. Travailler dans des conditions si difficiles à partir de 60 ans et peut-être jusqu'à 67 ans n'est pas concevable. ■

La santé des soignés et des soignants en dépend.

*Eric AUDOUY
Syndicat CNI AP-HM*



PPCR : Grilles de salaire

des Masseur-Kinésithérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes,
Manipulateurs d'électroradiologie médicale, Pédiatres-podologues et Orthophonistes

Cette grille ne concerne que les personnels ayant opté pour le passage en catégorie A. Pour ceux qui ont choisi de rester en catégorie B, ils conservent la même grille PPCR de catégorie B.

Premier Grade, classe normale : Masseur-kinésithérapeute, Psychomotricien et Orthophoniste													Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier 2017 (indice 4.6580) (reclassement PPCR Catégorie B)				1er Septembre 2017 (reclassement catégorie A)				1er Janvier 2018 (Reclassement Catégorie A)				1er janvier 2019				
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
								11	-	608	2849,08	11	-	627	2938,12	
				10	-	583	2699,29	10	4 ans	593	2778,79	10	4 ans	594	2783,48	
				9	4 ans	562	2602,06	9	4 ans	566	2652,27	9	4 ans	567	2656,96	
8	-	529	2464,08	8	4 ans	539	2495,57	8	4 ans	542	2539,81	8	4 ans	544	2549,18	
7	4 ans	492	2291,73	7	4 ans	519	2402,97	7	4 ans	522	2446,09	7	4 ans	524	2455,46	
6	4 ans	459	2138,02	6	3,5 ans	498	2305,74	6	3,5 ans	501	2347,68	6	3,5 ans	503	2357,05	
5	4 ans	428	1993,62	5	3 ans	467	2162,21	5	3 ans	470	2202,42	5	3 ans	475	2225,85	
4	4 ans	406	1891,14	4	3 ans	434	2009,42	4	3 ans	438	2052,46	4	3 ans	450	2108,70	
3	3 ans	386	1797,98	3	3 ans	412	1907,56	3	3 ans	417	1954,06	3	3 ans	430	2014,98	
2	3 ans	370	1723,46	2	3 ans	392	1814,96	2	3 ans	398	1865,02	2	3 ans	410	1921,26	
1	2 ans	347	1616,32	1	2 ans	373	1726,99	1	2 ans	388	1818,16	1	2 ans	390	1827,54	
Valeur du point d'indice											4,6860 (1er Février 2017)					

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263

Premier Grade, classe normale : Manipulateur d'électroradiologie médicale, Pédiatres-podologue et Orthoptiste													Catégorie A - Sédentaire			
1er Janvier 2017 (indice 4.6580) (reclassement PPCR Catégorie B)				1er Septembre 2017 (reclassement catégorie A)				1er Janvier 2018				1er janvier 2019				
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	
				10	-	583	2699,29	10	-	591	2769,42	10	-	592	2774,11	
				9	4 ans	562	2602,06	9	4 ans	565	2647,59	9	4 ans	571	2675,70	
8	-	529	2464,08	8	4 ans	539	2495,57	8	4 ans	541	2535,12	8	4 ans	544	2549,18	
7	4 ans	492	2291,73	7	4 ans	519	2402,97	7	4 ans	521	2441,40	7	4 ans	524	2455,46	
6	4 ans	459	2138,02	6	3,5 ans	498	2305,74	6	3,5 ans	500	2343	6	3,5 ans	503	2357,05	
5	4 ans	428	1993,62	5	3 ans	467	2162,21	5	3 ans	469	2197,73	5	3 ans	472	2211,79	
4	4 ans	406	1891,14	4	3 ans	434	2009,42	4	3 ans	437	2047,78	4	3 ans	446	2089,95	
3	3 ans	386	1797,98	3	3 ans	412	1907,56	3	3 ans	416	1949,37	3	3 ans	422	1977,49	
2	3 ans	370	1723,46	2	3 ans	392	1814,96	2	3 ans	397	1860,34	2	3 ans	404	1893,14	
1	2 ans	347	1616,32	1	2 ans	373	1726,99	1	2 ans	388	1818,16	1	2 ans	390	1827,54	
Valeur du point d'indice											4,6860 (1er Février 2017)					

ACCORD RELATIF À L'AVENIR DE LA FONCTION PUBLIQUE :
LA MODERNISATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS, DES CARRIÈRES ET DES RÉMUNÉRATIONS
ARRÊTÉS DU 9 AOÛT 2017 ET DÉCRETS DU 9 AOÛT 2017 N°2017-1260, N°2017-1264, N°2017-1259, N°2017-1263

Billet d'humeur...



Touche pas au grisbi....

Voilà, on y est !!! Les répercussions d'une décision de l'ex-ministre de la Santé et des Affaires Sociales se font sentir. Je m'explique... Au dernier trimestre 2016, Marisol TOURAINE a décidé de ponctionner 300 millions d'euros sur le budget de réserve de l'ANFH, l'Association Nationale de Formation des Hospitaliers... Au nom de la loi de financement de la sécurité sociale...

Conséquence prévisible, l'ANFH a drastiquement réduit le nombre de congés formation accordé aux agents désirant se former, se reconverter, évoluer. Une fois encore, ce sont les personnels des hôpitaux qui font les frais d'une mesure décidée unilatéralement par cette ex-ministre !

La réponse de l'ANFH pour justifier un refus est maintenant la suivante: « *manque de crédit pour le financement de votre formation* ». Je vous laisse apprécier la formule...

Quelqu'un pourrait-il m'expliquer pourquoi d'un côté, et dans le même temps, on crée le DPC (Développement Professionnel Continu), très beau projet sur le papier et, de l'autre, on vous empêche de vous former en sabrant les budgets alloués à la formation dans la fonction publique hospitalière ?

Où est la cohérence de telles mesures ? Comment décréter que la formation professionnelle est un droit voir une obligation et, parallèlement, vous empêcher d'exercer ce droit ?

Vous me direz, on n'en était plus à une incohérence près dans ce ministère mais je crois que là, on a atteint des sommets ! On demande une qualité de soins optimum au personnel hospitalier, on lui intime l'ordre d'être de plus en plus performant, pertinent, pointu, mais on ne lui donne pas les moyens d'y parvenir !

Comment s'étonner ensuite que les soignants aillent mal alors qu'ils sont soumis à de telles injonctions paradoxales ? Je t'ordonne de te former mais je te refuse tes formations ! De quoi devenir parfaitement schizophrène !

Je ne sais pas si nous pouvons compter sur notre nouvelle Ministre pour changer quoi que ce soit à la situation mais, ce que je sais, c'est qu'il n'est de pire sourd que celui qui ne veut entendre !

Dommage, j'aurais bien terminé ce billet par « *à bon entendeur, salut !* »

Nathalie PAWLOWSKI

Infirmière de secteur psychiatrique - Syndicat CNI de Martigues

Du changement : OUI

De l'improvisation : NON

Le changement est « l'action, le fait [...] de modifier quelque chose, c'est le passage d'un état à un autre. Plus encore, on peut parler de modification profonde, d'une rupture de rythme, de ce qui rompt les habitudes, bouleverse l'ordre établi »¹.

Aujourd'hui, travailler au sein d'établissements hospitaliers nécessite des capacités d'adaptation pour faire face aux changements incessants qui sont demandés. Changements administratifs, dans le profil des patients accueillis ou dans la pratique quotidienne... S'ils sont bien orchestrés, ces changements peuvent permettre aux personnels de faciliter leur travail, de découvrir d'autres techniques et prises en charge. Mais, en revanche, faute d'anticipation, ces mêmes changements peuvent mettre les équipes en difficultés et parfois de manière extrême.

Actuellement, un hôpital vit grâce à la T2A² et donc aux rentrées d'argent qu'il effectue chaque année. Malheureusement, au gré de la valorisation des actes ou de situations singulières (réorganisation pour maintenir une activité, mutualisation...), un changement d'organisation peut se faire dans la précipitation, pénalisant à la fois les professionnels de santé et au « bout de la chaîne », le patient.

Ainsi, les soignants peuvent être mis, presque du jour au lendemain, face à une situation nouvelle et déstabilisante. Certains d'entre eux démontrent de réelles capacités d'adaptation, parfois même insoupçonnées. D'autres n'ont pas ces facultés et éprouvent les pires difficultés. Ces derniers se sentent alors démunis, incapables d'absorber (en plus de leur quotidien), ce surcroît de travail, de stress et d'apprentissage (au regard des nouvelles compétences à acquérir) en un laps de temps si court. Cette débauche d'énergie supplémentaire n'est tout simplement pas concevable. Il en découle une grande fatigue physique et émotionnelle, allant parfois jusqu'à ne plus avoir l'envie de venir travailler... Le sentiment d'abandon peut aussi atteindre les plus vulnérables et les impacter jusqu'à abandonner eux-mêmes (transitoirement ou définitivement) leur poste, le plus souvent par un arrêt de travail. Un agent peut aussi fuir une situation devenue dangereuse pour sa santé et même demander une mutation ou démissionner. Comment s'étonner

encore, dans ces conditions, du nombre d'arrêts maladie liés au burn-out ?

Prenons l'exemple d'un service qui doit, presque du jour au lendemain, se réorganiser pour accueillir des « lits » d'une autre spécialité qui a besoin de places pour « rattraper » son retard concernant les traitements médicaux de ses patients.

Dans un monde idéal, la venue de ces « nouveaux patients » peut permettre à chaque soignant de découvrir des pathologies différentes de celles habituellement prises en charge, d'acquérir de nouvelles connaissances, de s'instruire et de développer son potentiel. Pour atteindre l'objectif dans les temps, des cours sont donnés en amont par les médecins de « la nouvelle spécialité » afin de former l'équipe pour qu'elle se sente à l'aise avec la discipline. Enfin, ce changement se fait avec une montée en charge pour permettre aux soignants d'accueillir les patients dans les meilleures conditions.

Maintenant, revenons sur la réalité beaucoup plus triste et brutale... Quatre patients de la nouvelle discipline arrivent le même jour pour être hospitalisés ! Les cours et les formations ne commencent que le lendemain (mieux vaut tard que jamais !). L'encadrement n'est pas prêt non plus (ou si peu) pour épauler l'équipe qui doit s'adapter, bien évidemment... Des protocoles aussi spécifiques qu'inconnus sont à mettre en place. Pour ces patients, le risque est bien plus élevé en termes de complications graves et d'éventuel recours à la réanimation. Les traitements sont très particuliers et nécessitent des surveillances très précises et régulières. La prise en charge entraîne évidemment une augmentation du stress (déjà bien présent !) et les patients se retrouvent donc pris en charge par un personnel anxieux qui manque de connaissances, de pratique et donc d'assurance.

Inévitablement, faute de préparation, une peur s'installe chez les soignants, peur de mal faire, peur

1 : www.larousse.fr

2 : T2A : Tarification à l'activité

Du changement : OUI De l'improvisation : NON

de se tromper, peur de ne pas être crédible auprès du patient et des familles (qui ressentent très bien le manque d'assurance notamment par les discours discordants au sein de l'équipe), peur de ne pas avoir les réponses à leurs questions... au final, peur destructrice de l'irréparable ou de passer pour un incompetent, incapable de s'adapter ! Tout comme les soignants, les patients n'apprécient pas non plus le stress et vivent assez mal les hésitations, les doutes et au final finissent par perdre confiance.

Depuis quelques années à présent, il ne s'agit, non pas d'une adaptation ponctuelle qui est demandée

aux soignants mais bien du fait qu'il faille s'adapter constamment et rapidement à tous ces changements plus ou moins programmés ou parfois inopinés.

Alors du changement, oui, pourquoi pas ? Mais un changement « organisé » ! Un changement fluide et non brutal, un changement bénéfique, cadré et préparé... et non pas un changement précipité donnant l'impression d'être mis devant le fait accompli et d'improviser en permanence. ■

*Marine
Infirmière*



Qualité de Vie au Travail (QVT) : le domaine de l'illusion et de l'utopie ?

QVT, quel drôle de sigle pour cacher les maux de l'hôpital-entreprise !

Aujourd'hui les pouvoirs publics et les DRH ont fait le choix de s'emparer du sujet de la « *Qualité de Vie au Travail* ». Ceci est révélateur d'années de délabrement et d'ignorance où il était honteux de parler des conditions de travail des agents, de l'absentéisme... où seules, les organisations syndicales, s'époumonaient à dire et à crier le mal être des soignants et de son impact sur la qualité de la prise en charge du patient.

Il ne faut pas crier victoire car le concept QVT est un outil visant à améliorer la compétitivité et accroître la performance. Car, oui, si vous aviez cru être le centre d'intérêt de nos chers administrateurs... c'est raté !

Ce sont bien les ressources de l'entreprise qui sont visées à être améliorées et certainement pas la condition de l'Humain.

Pour recentrer le sujet un peu d'histoire...

- **En 1946**, l'organisation mondiale définissait la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Voilà déjà une base pour une réflexion plus large vers la QVT...

- **En 1994**, l'organisation mondiale de la santé a amorcé une définition de la QVT : « *Un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ».

Ce sujet a été repris par le monde de la santé et concernait essentiellement la qualité de vie du malade !

Il a évolué ensuite vers le monde du travail et de l'entreprise, remis au goût du jour face à la montée des Risque Psycho-Sociaux (RPS) et du stress dans les entreprises.

- **En 2007**, l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) lance une réflexion autour de la QVT et définit six facteurs de la QVT :

- Les relations sociales et le travail,
- Le contenu du travail,
- L'environnement physique du travail,
- L'organisation du travail,
- La réalisation et le développement professionnel,
- La conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Chacun d'entre nous ne peut que reconnaître les critères de ce qui nous amène aujourd'hui à ne plus accepter l'intolérable dans nos établissements.

- **En 2013**, un Accord National Interprofessionnel (ANI) est signé avec, pour objectif, l'amélioration de la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle Homme - Femme. Elle permet d'ouvrir des négociations au sein de l'entreprise.

C'est dans le titre II et l'article 1 que nous trouvons la définition de la QVT, complété par l'article 2 qui fonde les dix éléments sur lesquels elle repose (accord sur la qualité de vie au travail du 19 juin 2013).

Titre II - Délimitation de la qualité de vie au travail

Article 1 - Définition de la qualité de vie au travail :
« *La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur* ».

Qualité de Vie au Travail (QVT) : le domaine de l'illusion et de l'utopie ?

accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué »...

Article 2 - Eléments descriptifs de la qualité de vie au travail :

La qualité de vie au travail résulte de la conjonction de différents éléments qui participent du dialogue social et de la perception qu'en ont les salariés :

- la qualité de l'engagement de tous à tous les niveaux de l'entreprise,
- la qualité de l'information partagée au sein de l'entreprise,
- la qualité des relations de travail,
- la qualité des relations sociales, construites sur un dialogue social actif,
- la qualité des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail,
- la qualité du contenu du travail,
- la qualité de l'environnement physique,
- la possibilité de réalisation et de développement personnel,
- la possibilité de concilier vie professionnelle et vie personnelle,
- le respect de l'égalité professionnelle.

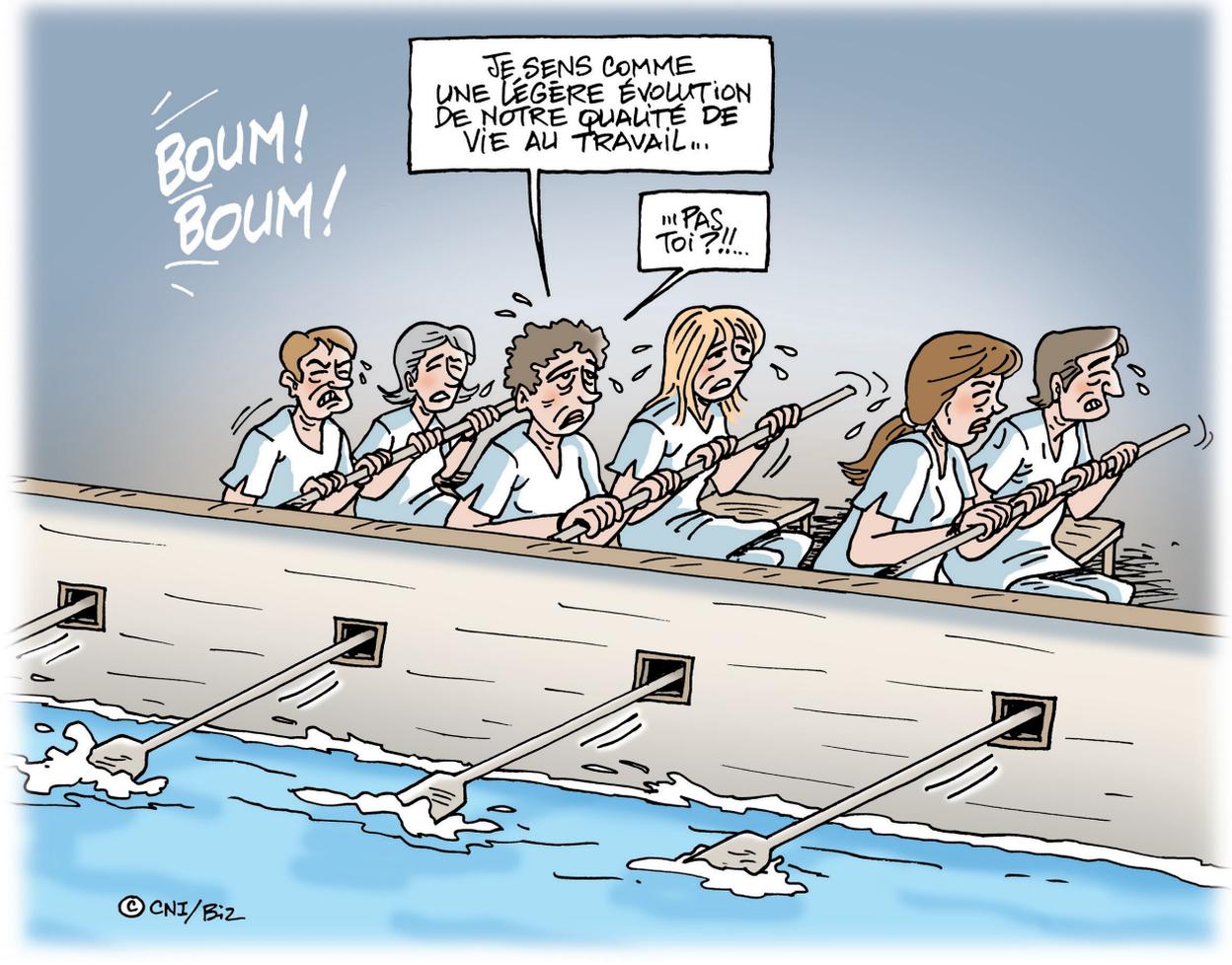
Ce n'est pas, à proprement dit, une définition précise et figée car elle est interprétable et les éléments descriptifs sont variables. Comment poser une négociation dans ce contexte-là !

- En 2015, la loi REBSAMEN du 17 août (article 19) met en obligation les entreprises à négocier annuellement, avec les organisations syndicales, la QVT et l'égalité professionnelle Homme-Femme... mais uniquement trois critères ANI sur dix sont retenus. (https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/8/17/2015-994/jo/article_19)

- En 2016, le gouvernement propose le troisième plan santé (2016-2020) qui met dans les axes stratégiques, la QVT.

Tant d'années pour, au final, réduire la voilure d'un projet louable qui n'intéresse que très peu les entreprises et les établissements de santé, si ce n'est que pour répondre aux obligations de la certification.

Des discussions ont été ouvertes, essentiellement théoriques, autour du dialogue social et de la QVT, mais ces consultations sont loin d'aboutir à des accords au sein de nos hôpitaux.



Qualité de Vie au Travail (QVT) : le domaine de l'illusion et de l'utopie ?

Pourtant, nos DRH auraient tout intérêt à investir du temps et de l'argent dans la QVT, essentielle pour mesurer la qualité même du travail et qui peut permettre de comprendre l'absentéisme. Le lien entre la dégradation des conditions de travail et l'absentéisme est inéluctable pour comprendre l'hôpital d'aujourd'hui.

La dégradation des conditions de travail, nous en connaissons les causes :

- **Le manque d'effectif** qui entraîne trop souvent la prolifération de risques psychosociaux, accidents, maladies ordinaires et professionnelles,
- **Le matériel** : l'impact des finances est une catastrophe pour la qualité des soins, le manque de matériel en fin d'année entraîne le report d'interventions. Les agents achètent leur propre matériel...
- **Le management** : en charge d'organiser le travail... mais avec quels moyens, quelles formations ? Obligés de gérer l'ingérable, de rappeler les agents sur des repos, des CA, de parfois déroger à la réglementation... Les encadrements sont eux-mêmes exposés aux injonctions paradoxales des directions, soumis à la pression des agents, de leur encadrement, de l'administratif, soumis eux-mêmes au harcèlement, au burn-out... Pris entre le marteau et l'enclume !
- **L'ergonomie du travail, physique, technique et organisationnelle,**
- **L'absence de discussion,**
- **Le harcèlement,**
- **Les conditions de vie extraprofessionnelles en relation avec le travail** (temps de transport, problèmes de santé...),
- **Conditions d'emploi** (formation, carrière, égalité, parcours professionnel...).
- **L'absentéisme** :
 - Les effectifs insuffisants,
 - Le rappel sur les repos les CA,
 - L'organisation du temps de travail, les 12h, l'alternance jour / nuit,
 - Le sentiment du travail mal fait,
 - L'épuisement,
 - Le burn-out,
 - La politique des postes adaptés, lente et bureaucratique (des agents restent en maladie faute de postes !),
 - Le suicide.

La bientraitance des agents est primordiale pour leur implication dans l'institution. Travailler en nombre n'est pas une faveur mais un engagement de l'institution à promouvoir les agents, les soins de qualité et le respect des usagers. Elle contribuera également à fidéliser les agents.

Nous ne pouvons que poser la question à nos Directeurs, nos décideurs, nos tutelles, nos Ministres, notre Président: *ferex-vous, durant votre gouvernance, de la QVT et de l'amélioration des conditions de travail une priorité ?*

La démarche QVT doit être un vrai investissement pour nos établissements de santé et permettre de poser et d'analyser nos pratiques dans leur globalité par la distinction d'enjeux tels que « *l'autonomie, la nature de l'activité, l'intérêt et le sens accordé au travail, la capacité à s'exprimer et le droit à l'erreur, le sentiment d'être utile et efficace* »*. De ces constats, doit être déterminée une politique de management, de concertation avec les agents, en collaboration avec les organisations syndicales, une ouverture vers les initiatives ergonomiques du travail et organisationnelles.

La QVT est en lien avec la santé au travail et doit

Pourtant, nos DRH auraient tout intérêt à investir du temps et de l'argent dans la QVT, essentielle pour mesurer la qualité même du travail et qui peut permettre de comprendre l'absentéisme.

faire apparaître les vrais besoins de l'établissement en matière de politique sociale mais, surtout, elle doit permettre l'ouverture de négociations, que ce soit sur le temps de travail, les transports, les crèches, le télétravail, la politique du handicap...

Redonner du sens au travail et surtout au travail bien fait, ne peut être que bénéfique pour chacun d'entre nous, usager et agents de l'Hôpital.

La route de la QVT sera sinueuse et longue ! ■

Marie Dominique BIARD
Secrétaire Générale
Syndicat CNI AP-HM

* document ANACT/ARACT 10 questions sur la QVT

NOUVEAU



Vous êtes infirmières ?
Téléchargez gratuitement
toute la base de données
VIDAL sur votre smartphone !



Une installation simple et rapide en 4 étapes

1 Téléchargez et installez l'application **VIDAL Mobile**

sur votre smartphone depuis votre store (Apple Store, Google Play ou Windows Store).
Ou scannez le QR Code ci-contre pour accéder directement à l'application.



2 Créez votre compte **VIDAL** dans l'application en remplissant le formulaire d'identification.

3 Validez votre compte en activant le lien contenu dans l'email de confirmation.

4 Retournez dans l'application et saisissez vos identifiants de compte **VIDAL** (email et mot de passe), afin d'accéder à l'application.

Veillez vous inscrire ou vous identifier.

Adresse email

Mot de passe

Saisir un code

Connexion

Vous souhaitez disposer de la procédure détaillée ?
Vous rencontrez un problème particulier ?



Rendez-vous sur

www.vidalfrance.com/mobile-gratuit

Qualité de Vie au Travail

Interview de Nathalie DEPOIRE

Le syndicat CNI a été auditionné par le sénat sur la Qualité de Vie au Travail, pensez-vous avoir été entendu ?

Nathalie DEPOIRE : « Le syndicat CNI a été auditionné le 1er février 2017. Notre intervention a bien été relayée mais dans le concret aujourd'hui, ce n'est pas encore ça. La vraie question, au-delà des parlementaires et du ministère, est comment on avance sur cette question centrale... Madame TOURAINE a eu un affichage sur le sujet avec sa déclaration sur la stratégie d'amélioration des conditions de travail de décembre 2016 mais concrètement, sur le terrain, les soignants éprouvent d'énormes difficultés. Les rythmes de travail sont irréguliers et donc déstructurant générant fatigue et épuisement. Les soignants sont de plus en plus rappelés parce qu'ils sont de moins en moins sur le terrain et qu'il faut remplacer les absents. De plus, les moyens de remplacement sont donnés au compte-goutte car ils ont un coût... ».

Après ce constat, comment faire bouger les choses ?

Nathalie DEPOIRE : « Il faut que tout le monde s'investisse dans cette thématique devenue presque vitale. Il s'agit d'un véritable combat qu'il faut mener. On voit par ailleurs le sujet QVT arriver par un autre angle d'attaque puisque la Haute Autorité de Santé (HAS) va obliger les établissements à travailler sur le sujet. Le discours politique est bien présent mais très loin de la réalité des professionnels de santé. On ne voit rien arriver qui corresponde à nos attentes ».

Quelle est votre place dans le combat que vous décrivez en tant qu'organisation syndicale ?

Nathalie DEPOIRE : « A vrai dire, les organisations syndicales ne sont pas sollicitées dans tous les établissements pour participer aux travaux en concertation avec les directions. Je n'ai pas le sentiment d'un engouement aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Je citerai l'exemple de l'AP-HM où des réunions quasi hebdomadaires ont été mises en place mais les syndicats ont fini par claquer la porte. Leur direction leur a présenté des Powerpoints génériques pour aborder le sujet avec des solutions toutes prêtes. Les représentants du personnel se sont demandé s'ils étaient juste là pour valider des documents communs à tous les établissements. Il y a de quoi être en colère sur la méthode devant ce manque

d'ouverture et ce simulacre de concertation. Ces réunions relevait plus de la fantaisie, de l'obligation de prouver un semblant de concertation. La plupart des directions organise des réunions avec pour objectif premier d'insérer un compte-rendu écrit comme élément de preuve pour le présenter aux experts visiteurs de la HAS. Evidemment, il n'en est pas ressorti grand chose mis à part une conclusion évidente qu'il faut faire quelque chose et qu'il faut tenter de mettre en place un programme... Voilà, 3 mois de réunions pour en arriver là... ».

Et dans votre établissement, ça se passe comment ? Avez-vous les mêmes impressions que vos collègues de Marseille ?

Nathalie DEPOIRE : « La situation est un peu différente à l'Hôpital Nord Franche-Comté puisqu'après un très long chemin la fusion des centres hospitaliers de Belfort et de Montbéliard a abouti à l'emménagement sur le site de Trévenans dans un bâtiment neuf. La tentation est grande pour certains de penser que des locaux neufs sont synonymes de Qualité de Vie au Travail optimum. La réalité démontre que bien que les locaux neufs soient une réelle plus-value, les adaptations et les questions d'ergonomie des postes de travail demeurent un vrai sujet. L'adéquation entre les moyens humains et la charge de travail, dans le contexte de restrictions budgétaires que nous subissons, reste à l'Hôpital Nord Franche-Comté comme ailleurs, la thématique la plus prégnante pour parler de Qualité de Vie au Travail. Le travail en sous-effectif pénalise la qualité de soins et les soignants souffrent. De fait, les urgences à gérer s'enchaînent, la concertation avec les partenaires sociaux est peu présente, il s'agit ici aussi plus d'informations. »

Des moyens supplémentaires ont bien été accordés aux établissements de santé ?

Nathalie DEPOIRE : « L'enveloppe des 30 millions mise sur la table par madame TOURAINE sur 3 ans démontre bien l'absence d'intention pour résoudre la situation. Ces 30 millions sont dérisoires au regard des besoins partout en France. Ce serait pourtant pertinent d'avoir des moyens dédiés pour prendre en charge nos collègues en souffrance. A cette souffrance, s'ajoute aussi l'abandon. Les agents s'isolent, se replient alors qu'ils devraient être accompagnés et suivis de près. Si on veut faire de la prévention, il faut aussi et avant tout traiter la

Les vrais questions restent quels moyens supplémentaires seront donnés et quand posera-t-on enfin la question des effectifs et donc des ratios au lit des patients en fonction des besoins et des spécialités.

cause de ce mal-être et de toutes ces souffrances... Les conditions de travail imposées poussent certains professionnels à commettre l'irréparable ou conduisent à l'épuisement professionnel ».

Que manque-t-il selon vous sur le terrain ? Quelles sont vos priorités ou vos revendications ?

Nathalie DEPOIRE : « Les vraies questions restent quels moyens supplémentaires seront donnés et quand posera-t-on enfin la question des effectifs et donc des ratios au lit des patients en fonction des besoins et des spécialités. Il faut trouver l'équilibre entre l'effectif présent sur une journée et la charge en soin réelle. Il faut vraiment définir les choses objectivement et ne pas attribuer un nombre de personnel uniquement sur la base d'un nombre de lits. La réalité est bien plus complexe. Le profil des patients (soins infirmiers, niveau de dépendance...) doit être impérativement pris en compte. Il faut une réponse adaptée à un besoin préalablement évalué ».

Dans quel état d'esprit se trouve le soignant aujourd'hui dans les services ?

Nathalie DEPOIRE : « Il faut impérativement remettre en lien les soins que l'on veut faire et les moyens que l'on se donne pour arriver à l'objectif. Les soignants ne se retrouvent plus du tout dans cette gestion mathématique et purement comptable des soins et, surtout, il s'agit d'une non-reconnaissance de la charge de travail pour tous ces soignants. Leur travail n'est pas reconnu puisque les moyens adéquats ne sont pas attribués... Ils le vivent mal et, pour eux, c'est compréhensible... J'ai bien entendu, dans l'explosion du mouvement du 14 septembre 2016, des répercussions sur l'ensemble des paramédicaux. Les dégradations ou dysfonctionnements d'un service se répercutent aussi sur les services d'imagerie par exemple ou sur d'autres intervenants comme les masseurs-kinésithérapeutes. Les problèmes d'effectifs se retrouvent partout ! Les réorganisations de services opérées sont faites pour servir les trésoriers des établissements et non pas pour rendre service aux patients... En fait, c'est ça, le service rendu au patient est un prétexte pour réorganiser ou mutualiser mais la finalité inavouable est bien

de diminuer les effectifs pour réussir l'exercice imposé de faire des économies. Les bilans annuels des établissements le démontrent même lorsque l'activité augmente, le nombre d'Équivalents Temps Plein (ETP) des personnels non médicaux diminuent. Tous ces changements qui sont mis en place pour diminuer les coûts ne sont pas compatibles avec une prise en charge de qualité ».

Le changement de ministre offre-t-il de nouvelles perspectives ?

Nathalie DEPOIRE : « Lors de son discours, Agnès BUZYN parle d'équilibre entre vie professionnelle et personnelle, il s'agit de savoir ce qu'elle met derrière exactement ? Rétablir cet équilibre, c'est juste redonner les moyens en effectifs. Comment peut-on prétendre à cet équilibre alors que les rappels sur les repos se multiplient ? Les attentes sont fortes pour souffler enfin mais le rythme imposé aujourd'hui est insoutenable. Donc, si ça ne bouge pas sur le terrain, la situation va encore se dégrader au fil des mois. J'espère qu'une grande manifestation va voir le jour. A défaut j'espère qu'on va être entendu sans avoir à déplorer d'autres drames. C'est impensable d'en finir à cause du travail et pourtant... C'est très difficile également de constater toute situation de détresse liée à l'exercice professionnel. Il faut urgemment sortir des groupes de réflexion et passer vraiment à l'action au plus près des besoins. Ce combat il est partout, au niveau national mais aussi local. Il y a tout un travail à faire dans nos établissements pour répondre à la flambée de l'absentéisme. Les chiffres sont parfois très trompeurs, tout est question de présentation... Minimiser la situation est aujourd'hui irresponsable. Il y avait ce projet de texte pour la reconnaissance de l'épuisement professionnel en maladie professionnelle, le chemin est encore long, on ne sait pas si le projet aboutira mais il faut continuer. Se détruire au travail sans être reconnu comme tel, c'est juste insupportable. C'est un vrai combat syndical à porter collectivement. Une des failles réside sans doute dans le faible taux de syndicalisation des soignants. Face à l'insoutenable, j'invite les professionnels de santé à s'engager, se coordonner. Se limiter à râler dans les couloirs ou sur les réseaux sociaux ne portera pas d'améliorations. Se taire serait cautionner, il faut donc relever la tête et se battre ». ■

Interview réalisée
par le Comité de Rédaction
de la Revue du Syndicat CNI

Soignants et addictions : le tabou ?

Le mal-être au travail des soignants est un sujet qui anime l'actualité et les réseaux sociaux. Parfois pour supporter cette souffrance, chacun de nous peut à un moment ou un autre, utiliser régulièrement un produit pour diminuer ou endurer celle-ci. Cela peut conduire à une appétence à ce produit et provoquer, à moyen terme, une addiction.

Selon l'étymologie latine «al-dicere», « dire à », le terme d'addiction exprime une absence de liberté et d'indépendance. En langue anglaise, le mot addiction est totalement intégré au langage populaire pour désigner toutes les passions dévorantes et les dépendances à un produit, un comportement ou une personne. En France, la prise en charge hospitalière des addictions s'est développée avec la création des ELSA (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) en 1996. En effet, nous sommes face à un problème de santé publique. Pour exemple, le tabac est la première cause de mortalité évitable et l'alcool la seconde.

La dépendance est caractérisée par une recherche ou une consommation compulsive de la substance concernée par un usage croissant et par l'apparition de troubles physiques et psychologiques dès que le produit manque !

Si nous, soignants, nous rencontrons des patients addicts, il arrive aussi que nous en souffrions et souvent sans le prendre en compte.

Pierre Michaud (médecin addictologue, directeur du Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) Magellan) souligne que les conduites addictives et les conditions de travail sont liées.

Les addictions les plus nombreuses sont celles liées au tabac, à l'alcool, aux médicaments et parfois au cannabis. Tous ces produits sont utilisés plus ou moins régulièrement par les soignants.

Combien d'entre nous fumons, consommons de l'alcool au-delà des 2 à 3 unités par jour, prenons un cachet pour dormir, un tranquillisant pour diminuer l'anxiété ou un antidépresseur pour diminuer le gris de notre vie ou améliorer notre énergie ?

Nos conditions de travail sont difficiles, les rythmes de travail épuisants, nous devons répondre à de multiples sollicitations, sourire aux patients, accélérer le rythme, assumer nos responsabilités professionnelles et personnelles, gérer le stress. Nous ne sommes pas égaux devant ces obstacles.

Parce qu'on est soignant, nous prenons soin des autres mais prenons-nous soin de nous ? Nous pouvons avoir des difficultés à exprimer notre ressenti, notre souffrance et les institutions ne facilitent pas l'expression du mal-être, ce qui est

une porte ouverte à l'addiction.

Dans la littérature, il y a peu d'articles concernant les addictions chez les soignants exceptés pour les médecins.

Lors du 1^{er} colloque national organisé par les CNPS, (Centre National des Professions Libérales de Santé) et SPS (Association Soins aux Professionnels de Santé) le 3 décembre 2015, ayant pour thème « soigner les vulnérabilités des professionnels de santé », les addictions chez les soignants ont été abordées par catégorie professionnelle.

Selon l'American Nurse Association, 6 à 8% des infirmières pourraient avoir un problème lié à l'utilisation de « drogues », 2 à 3% seraient dépendantes. Sur un échantillon de 4438 infirmières américaines, 41 % présentaient une addiction confirmée : 16% binge-drinking (consommation excessive d'alcool), 14% tabac, 7% médicaments sur prescription et 4% cannabis.

Pour une enquête menée en 2014 auprès des personnels soignants du CHU de Saint-Etienne, il a été constaté que 85% des agents déclaraient consommer de l'alcool dont 1% étaient dépendants, 28,7% fumaient (ou avaient fumé), 22,6% avaient consommé des psychotropes, 80,3% des antalgiques et 4,8% du cannabis.

Une fois ces chiffres énoncés, il faut essayer de comprendre les causes de ces addictions, en envisager les conséquences et proposer des solutions.

Les conséquences peuvent impacter la vie privée et professionnelle, épisodes anxieux, dépressifs, problèmes financiers, complications somatiques de l'addiction. La dépendance a des répercussions sur la vie au travail, elle augmente les risques d'erreurs et donc, diminue la qualité des soins et la sécurité pour les patients. De plus, selon l'addiction, la personne a tendance à s'isoler, se replier sur soi-même. Les conflits avec les collègues se multiplient, engendrant un manque de confiance dans l'équipe et renforçant la mauvaise image de soi et la culpabilité. Le mal-être provoque aussi des absences au jour le jour qui n'améliorent pas le climat dans l'équipe. Pour cette dernière, il est difficile d'évoquer le problème. Nous manquons souvent d'outils, partagés entre le besoin d'aider, la difficulté à communiquer et la résistance éthique à aborder l'intime entre professionnels.

Pour ces soignants en souffrance, il peut être difficile et très pénible de demander de l'aide. Il faut dépasser le déni qui est souvent présent. Il est important que les cadres ou les collègues s'inquiètent, essaient d'aborder le problème sans jugement, se réfèrent à la médecine du travail et considèrent la personne addictive comme une malade ayant besoin d'aide, de soutien et de réassurance.

La prise en charge présente des contraintes spécifiques liées aux professionnels de santé. Il est indispensable que le lieu de soins soit choisi par le soignant. Il ne faut pas stigmatiser. La prise en charge est longue et doit permettre de reprendre son activité et bien entendu respecter la déontologie professionnelle.

Sans doute, serait-il nécessaire d'améliorer la prévention en améliorant les conditions de travail, les lieux d'expression libérant la parole et le mal-être sans crainte de jugement. Pouvons-nous espérer qu'avec la stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail proposée par notre ex-ministre avant son départ, on parvienne à améliorer réellement nos conditions de travail en débloquent suffisamment de moyens pour :

- Attribuer des fonds permettant aux établissements de soins la mise en place d'effectifs proportionnels aux charges de travail (charge de travail incluant la fonction tutorale et d'encadrement), le remplacement de l'absentéisme ainsi que la gestion des postes aménagés,
- Restaurer des espaces de dialogue, créer une gestion bienveillante et respectueuse des soignants au sein des établissements,
- Permettre un suivi médical attentif des professionnels de santé (présence de médecin du travail, d'infirmières spécialisées, de psychologues et d'assistants sociaux,
- Développer la prévention des risques psychosociaux avec accompagnement financier pour en garantir l'effectivité.

A ce jour, pas de certitude mais un engagement fort et renouvelé du Syndicat CNI pour soutenir ces revendications. ■

*Mylène PELLIER
Infirmière en addictologie
Danièle HENGEN
Cadre de Santé retraitée
Syndicat CNI Martigues*

Circulaire du 3 avril 1996 relative aux orientations dans le domaine de la prise en charge des toxicomanes

Circulaire du 10 septembre 1996 relative à la constitution d'équipe de liaison et de soin en addictologie et Circulaire du 8 septembre 2000 relative à l'organisation des soins hospitaliers pour des personnes ayant des conduites addictives

Circulaire N°DHOS/O2/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie

Circulaire N°DGS/MC2/DREES/DMSI/2012/437 du 31 décembre 2012 relative à la création d'une nouvelle catégorie d'établissement nommée « C.S.A.P.A »

La loi de santé publique 2004-806 du 9 août 2004 institutionnalise la politique de réduction des risques (RDR) et crée nouveau type de structure médico-sociale : les CAARUD

Le décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 précise les missions de ces structures et la circulaire DGS n°2006-01 du 2 janvier 2006 développe les modalités de structuration du dispositif

Congrès d'addictologie et travail 7 et 8 avril 2014

Congrès, du 3 décembre 2015 : Stress, épuisement, addictions, suicide : nécessité d'un parcours de soins dédiés Avec le Concours du Centre National des Professions de Santé (CNPS) et de l'Association Soins aux Professionnels de Santé (SPS)

Conférence du 9 avril 2014 MNH « Prévention des addictions chez les professionnels de santé »



Le Compte Personnel d'Activité

Nom de code : CPA

Instauré par la loi Rebsamen du 17 août 2015 et entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, le Compte Personnel d'Activité va permettre aux salariés du secteur privé et agents du secteur public, d'une part, de mieux gérer et mieux contrôler leurs vies professionnelles, d'autre part de participer activement à la construction de leur parcours professionnel et enfin de profiter d'un droit universel à la formation.

Le CPA a pour objet d'ouvrir aux salariés un espace en ligne dédié qui regroupera l'ensemble des données utiles à leur carrière professionnelle. L'inscription à ce compte ne sera pas obligatoire mais elle permettra à tout un chacun simplement de regrouper toutes les informations nécessaires à la compréhension et au bon usage de ses droits liés à la pénibilité du travail, à la formation et à l'engagement citoyen.

C'est le salarié ou la personne bénéficiaire du CPA qui est le seul à décider de l'utilisation de son CPA et donc de l'utilisation de ses droits acquis (formation, bilan de compétence, Validation des Acquis de l'Expérience...). Si le salarié refuse d'utiliser les droits que lui confère son CPA, cela ne peut être considéré comme une faute par l'employeur (Art L5151-4 du code du travail).

Pour les membres de la Fonction Publique, le CPA englobe le Compte Personnel de Formation (CPF) et le Compte d'Engagement Citoyen (CEC).

Pour les agents du privé, on rajoute le Compte Personnel de Prévention de la Pénibilité (C3P). Il a été instauré par la loi du 20 janvier 2014. Il permet de prendre en compte 10 facteurs de risques professionnels. À chacun de ces facteurs correspond un seuil d'exposition, déterminé par une intensité et une temporalité, apprécié après application des mesures de protection collective et individuelle.

Textes de référence

• L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017

Elle porte diverses dispositions relatives à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, prise en application de l'article 44 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Elle met en œuvre le compte personnel d'activité (CPA) dans les trois versants de la fonction publique.

- Le CPA a pour objectifs de « renforcer l'autonomie »

des agents publics et de « faciliter leur évolution professionnelle.

- L'ordonnance reconnaît aux agents, titulaires et contractuels, un droit à la formation professionnelle tout au long de la vie.
- L'ordonnance crée l'article 22ter de la loi qui prévoit un CPA spécifique à la fonction publique qui se compose de deux dispositifs (Titre I) :
 - * Le compte personnel de formation (CPF) adapté aux spécificités du secteur public,
 - * Le compte d'engagement citoyen (CEC) décliné sur le modèle du secteur privé.

• L'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017

L'ordonnance comporte également un second volet (Titre II) de dispositions relatives à la santé et à la sécurité des agents ainsi qu'aux mesures de prévention (service à temps partiel pour raison thérapeutique, période de préparation au reclassement en cas d'inaptitude, congé pour invalidité temporaire imputable au service).

Les agents publics pourront consulter le site www.moncompteactivite.gouv.fr, géré par la Caisse des Dépôts et des Consignations, à partir d'une date fixée par décret et au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2020.

• Circulaire du 10 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH)

Ce texte présente les enjeux et les principes du compte personnel d'activité (CPA) dans la FPH, lequel comprend un compte personnel de formation (CPF) et un compte d'engagement citoyen (CEC).

Il rappelle que ces droits sont ouverts à l'ensemble des agents publics, sans condition d'ancienneté et qu'ils permettent d'accéder à une offre de formation élargie et de qualité.

Sont identifiées comme prioritaires, l'acquisition du socle de connaissances et de compétences fondamentales, la prévention de l'inaptitude physique, la préparation des concours et examens



Le Compte Personnel d'Activité Nom de code : CPA

puis 12 heures maximum jusqu'à un plafond de 150 heures. Le temps partiel est assimilé à du temps plein dans l'acquisition des droits à formation. Si le projet vise à prévenir une situation d'inaptitude, le crédit d'heures peut être augmenté, dans la limite des 150 heures.

Pour les agents de catégorie C, non titulaires d'un diplôme ou titre professionnel de niveau 4, le nombre d'heures acquis par an passe à 48 heures et le plafond à 400 heures. Le nombre d'heures des agents nommés sur des emplois à temps non complet est calculé au prorata des heures travaillées, sur la base de la durée légale annuelle de travail.

Aucune ancienneté de service auprès de l'employeur n'est requise pour constituer ou utiliser les droits attachés au CPF. A noter que l'ordonnance, supprimant le DIF (Droit Individuel à la Formation), précise que les droits acquis au 31 décembre 2016 au titre du DIF sont transférés sur le CPF.

- **Pourquoi solliciter son CPF?**

- *Pour le suivi d'une action de formation*

- visant à l'obtention d'un diplôme, d'un titre ou d'une certification répertoriés sur le Répertoire National des Certifications Professionnelles (le RNCP recensant des certificats de qualification correspondant à des formations longues), ou à l'inventaire mentionné à l'article L 335-6 du code de l'éducation nationale (formation courte qui permet d'obtenir un certificat de compétences),
- inscrite au plan de formation ou dans l'offre de formation d'un employeur public, y compris lorsqu'il s'agit d'un autre employeur que le sien,
- proposée par un organisme de formation ayant souscrit aux obligations de déclaration prévues par le code du travail,

- *Lorsque plusieurs actions de formation permettent de satisfaire la demande de l'agent, une priorité est accordée à la formation assurée par son employeur,*

- *Lorsque l'agent ne dispose pas de droits suffisants pour accéder à une formation, il peut demander à utiliser par anticipation les droits qu'il pourra acquérir au cours des deux prochaines années,*

- *Lorsque l'agent, bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée, ne peut utiliser par anticipation des droits supérieurs à ceux qu'il peut acquérir jusqu'à la date d'expiration de son contrat.*

- **Mobilisation**

Le CPF est mobilisable à l'initiative des agents (sous réserve de l'accord de leur administration), pour

professionnels. De plus, la mise en œuvre du CPF comporte un accompagnement personnalisé.

Le portail www.moncompteactivite.gouv.fr, consultable sur intranet, permet de favoriser la portabilité des droits acquis.

Le Compte Personnel de Formation (CPF)

Le CPF est destiné à organiser et à accompagner les projets d'évolution professionnelle des agents publics en accédant à une qualification ou en développant leurs compétences.

- **Acquisition des droits**

Tout fonctionnaire acquiert des droits au titre du CPF. Ces droits demeurent acquis jusqu'à l'utilisation ou la fermeture du compte. S'ils sont acquis dans le secteur privé, ils sont transférés lors d'un éventuel recrutement dans la fonction publique, et inversement. On parle de portabilité.

- **Acquisition des heures**

Le compte personnel de formation permet aux agents publics d'acquérir des droits à la formation au regard du temps de travail accompli, dans la limite de 150 heures.

A la fin de chaque année, les agents obtiennent 24 heures maximum jusqu'à l'acquisition de 120 heures,

Le Compte Personnel d'Activité Nom de code : CPA

suivre des actions de formation, en priorité, sur le temps de travail. Il peut être utilisé en combinaison avec le congé de formation professionnelle (CFP) ou en complément des congés pour validation des acquis de l'expérience (VAE) et pour un bilan de compétences (BC).

Il peut aussi être mobilisé pour préparer des examens ou concours administratifs, en combinaison avec le Compte Epargne Temps (CET). Un décret sera publié ultérieurement pour en préciser les modalités.

La mobilisation du CPF fait l'objet d'un accord entre le fonctionnaire et l'administration. Tout refus doit être motivé par l'employeur. Après des refus pendant 2 années consécutives pour une même action de formation, un 3ème refus ne peut être prononcé par l'autorité compétente qu'après avis de l'instance paritaire adéquate.

Les demandes de formation relevant du socle de

connaissances et compétences ne peuvent être refusées. Elles peuvent cependant être différées d'une année.

• Des situations identifiées comme prioritaires

- Garantir une équité de traitement dans l'instruction des demandes,
- Définir une procédure lisible et précise pour les agents concernés et pour les personnes qui interviennent dans le processus de décision,
- Instruire les demandes et prendre en compte que les formations :
 - ne sont pas hiérarchisées les unes par rapport aux autres,
 - ont lieu en priorité sur le temps de travail et ce, dans le respect toutefois des nécessités de service,
 - toute décision de refus opposée à une demande d'utilisation du CPF doit être motivée et peut être



Le Compte Personnel d'Activité Nom de code : CPA

contestée devant l'instance paritaire compétente en veillant à respecter le délai de deux mois pour la notification de vos décisions.

- L'acquisition du socle de connaissances et de compétences fondamentales,
- Les demandes présentées par des agents peu ou pas qualifiés qui ont pour objectif de suivre une formation relevant du socle de connaissances et de compétences mentionné à l'article L. 6121-2 du code du travail (qui concerne notamment la communication en français, les règles de calcul et de raisonnement mathématique...) ne peuvent faire l'objet d'un refus. La satisfaction de ces demandes peut uniquement être reportée d'une année en raison de nécessité de service (art. 22 quater de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983),
- Le certificat professionnel CléA, qui a pour objet la reconnaissance des connaissances et des compétences professionnelles des personnes dépourvues de diplôme, est l'outil à privilégier pour atteindre cet objectif. Vous trouverez toute information utile, notamment la liste des organismes qui dispensent cette formation, sur le site www.certificat-clea.fr.

• Accompagnement

Tout agent public, titulaire et contractuel, peut bénéficier, à sa demande, d'un accompagnement personnalisé destiné à l'aider à élaborer et mettre en œuvre son projet professionnel. Cet accompagnement est notamment mis en œuvre dans le cadre du Conseil en Evolution Professionnelle (CEP) :

- Art. 1 de l'ordonnance
- Art. 22 de la loi du 13 juillet 1983
- Art. 6 de l'ordonnance
- Art. 2-3 de la loi du 12 juillet 1984 Art. 23, II de la loi du 26 janvier 1984
- Un décret en Conseil d'Etat fixe notamment les modalités d'utilisation du compte épargne-temps en combinaison avec le compte personnel de formation.

• Financement

L'ordonnance dispose que c'est l'employeur qui prend en charge les frais de formation. Des modalités complémentaires sur le financement seront précisées ultérieurement par décret.

DIF et période transitoire

A compter du 20 janvier 2017, les agents publics, employés par la fonction publique hospitalière (article 2 de la loi du 13 juillet 1983), conservent

les heures acquises au 31 décembre 2016 au titre du droit individuel à la formation et peuvent les utiliser pour bénéficier de formations, dans les conditions du CPF :

- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique (JO du 20 janvier 2017)
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017.

Le Compte d'Engagement Citoyen (CEC)

L'article 1 de l'ordonnance crée un CEC pour tout fonctionnaire, calqué en grande partie sur le CEC du secteur privé créé par l'article 39 de la loi du 8 août 2016 mettant en place le CPA.

• Acquisition des droits

Le CEC recense les activités bénévoles ou de volontariats suivantes :

- Service civique
- Réserve militaire
- Réserve communale de sécurité civile
- Réserve sanitaire
- Activité de maître d'apprentissage
- Activités de bénévolat associatif (administration, direction, encadrement)
- Volontariat dans les armées
- Volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers

• Acquisition des heures

Le titulaire du compte acquiert des heures supplémentaires (20 heures par an dans la limite de 60 heures) inscrites sur le CPF, à raison de l'exercice des activités bénévoles ou de volontariats

• Mobilisation

C'est le titulaire du compte qui décide des activités qu'il souhaite y recenser.

• Financement

La mobilisation des heures acquises au titre du CEC est financée :

- Par l'Etat pour les activités de service civique, de réserve militaire, de maître d'apprentissage, de bénévolat associatif et volontariat dans les armées,
- Par la commune pour la réserve communale de sécurité civile,
- Par l'établissement public chargé de la gestion de

Le Compte Personnel d'Activité

Nom de code : CPA

la réserve sanitaire pour la réserve sanitaire,
- Par l'autorité de gestion des sapeurs-pompiers volontaires : l'Etat, le service d'incendie et de secours, la commune ou l'établissement public de coopération intercommunale pour le volontariat dans les corps de sapeurs-pompiers.

Conclusion

Une concertation sur les dispositifs pouvant être intégrés dans le CPA devrait être engagée avec les organisations professionnelles d'employeurs et syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel (art. 42 de la loi Travail). Mais quelle sera la position du nouveau gouvernement sur ce point ?

Le CPA sera sûrement amené à évoluer dans son contenu, sur les questions d'accompagnement, d'articulation et de fongibilité entre les comptes qui y sont rattachés. Quoi qu'il en soit, il faudra veiller à préserver les 4 objectifs principaux de la mise en place du CPA:

- simplifier l'activation des droits et la lisibilité du dispositif,
- améliorer la mobilisation de leurs droits par les titulaires, y compris en dehors des périodes d'activité,
- sécuriser les transitions professionnelles et assurer une meilleure maîtrise du parcours professionnel,
- réduire les inégalités, améliorer la situation des salariés et des personnes les plus précaires sur le marché du travail et réduire les différences de traitement existantes notamment en fonction de la taille de l'établissement.

Bibliographie

- Ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique,
- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires (articles 22, 22 ter et 22 quater),
- Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie,
- Décret n°2016-1970 du 28 décembre 2016 relatif au compte d'engagement citoyen du compte personnel d'activité,
- LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels,
- LOI n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi,
- LOI n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites
- Information commission de formation AP-HM. ■

Eric AUDOUY
Syndicat CNI AP-HM
Vice-Président Syndicat CNI



Quand les mots s'en mêlent...

A	K	P	Z	W	E	V	O	L	U	T	I	O	N	R	U	U	B	E	X
Y	H	A	I	P	F	H	N	W	C	E	T	I	A	R	T	E	R	N	Q
T	A	N	O	I	F	V	L	O	U	H	B	T	E	L	T	U	N	C	G
E	P	S	Y	C	H	I	A	T	R	I	E	E	S	B	N	N	B	X	S
H	I	E	T	S	V	S	H	R	U	E	T	A	L	U	P	I	N	A	M
E	N	M	A	H	N	F	V	E	C	N	A	N	N	O	D	R	O	J	C
R	F	E	C	O	S	O	V	R	X	Y	O	O	J	G	R	C	K	M	O
T	I	N	I	C	A	E	I	Q	I	Y	I	I	R	G	O	I	L	E	N
S	R	T	E	S	E	W	T	T	J	T	N	A	T	U	L	C	C	D	S
I	M	S	T	B	W	S	Q	U	A	W	E	U	T	A	U	F	N	E	U
N	I	Z	T	O	X	R	O	S	O	C	R	D	G	B	M	D	D	C	L
I	E	I	L	N	U	T	I	U	K	C	I	S	P	C	P	R	O	I	T
M	R	F	P	H	E	R	S	E	F	D	Z	D	E	Z	L	R	O	N	A
A	E	G	K	T	T	I	T	R	M	F	H	S	N	R	X	D	T	F	T
N	F	U	Z	A	R	U	T	P	L	P	R	M	X	E	I	K	S	C	I
N	W	F	C	Y	O	C	N	A	W	X	Y	A	T	C	V	A	J	C	O
Q	U	I	I	C	I	M	R	X	P	U	B	N	N	C	W	E	L	U	N
K	C	W	E	T	S	I	L	A	I	C	E	P	S	C	R	C	R	A	C
L	P	C	X	D	E	I	R	E	G	A	M	I	A	T	E	Q	R	C	S
S	C	A	N	N	E	R	E	S	N	O	I	T	I	S	O	P	O	R	P

ORDONNANCE / CICATRISATION / CONSULTATION / SOUFFRANCE / PSYCHIATRIE /
 PANSEMENTS / FORMATION / INFIRMIERE / IMAGERIE / SCANNER / MANIPULATEUR /
 MINISTRE / PROPOSITIONS / REVENDICATIONS / ECOUTE / EVOLUTION / RETRAITE /
 SALAIRES / PATIENTS / MEDECIN / SPECIALISTE

Salon infirmier 2017

Le syndicat CNI était présent au dernier Salon Infirmier qui s'est déroulé du 16 au 18 mai 2017.

Pour la deuxième année consécutive, ce salon était inclus dans la Paris HealthCareWeek, manifestation plutôt commerciale, où les exposants présentaient majoritairement les nouveautés en matière de matériels hospitaliers.

Positionné dans le Hall, le plus grand du parc des expositions de Paris Porte de Versailles, il fallait prévoir de bonnes chaussures pour arpenter les allées de stands de cette manifestation... et arriver jusqu'à la partie hébergeant le Salon Infirmier proprement dit.

En équipe réduite cette année et pour des raisons de coûts (les tarifs ayant quasiment doublés en un an !), nous partageons l'espace avec l'Institut de Formation Joël SAVATOFSKI (IFJS), en présence du maestro lui-même, accompagné de quelques stagiaires. L'IFJS proposait des massages minutes, comme à son habitude. La cohabitation s'est faite en toute harmonie et cela bien que la superficie du stand ne fût pas des plus spacieuse.

Le mardi 16 mai, avant même sa nomination, Madame Agnès BUZYN, future ministre de la santé, est venue à la rencontre des professionnels, accompagnée de Monsieur VALLETOUX, Président de la Fédération Hospitalière de France (FHF). C'était donc l'occasion, pour le syndicat CNI, d'un premier contact avec celle qui allait officiellement prendre ses fonctions le lendemain ! Nous avons pu lui exprimer, lors de notre discussion, l'urgence de la situation concernant les conditions de travail des soignants, le souhait d'être enfin entendus et reçus, afin d'échanger sur les problématiques et de pouvoir exposer nos propositions.

Sur notre stand, ce caractère d'urgence était prégnant ! Les agents avec lesquels nous avons échangé (alors qu'ils attendaient pour un moment de bien-être avec les stagiaires de l'IFJS), nous ont paru désabusés, résignés et épuisés tant physiquement que psychologiquement et ce, qu'ils viennent du secteur public ou du secteur privé. Pouvoir bénéficier des mains expertes de nos confrères qui dispensaient leurs massages minute ne pouvait que les détendre pendant quelques instants.

Si ce Salon n'a pas forcément répondu à toutes nos attentes dans sa nouvelle formule, nous y avons fait de belles rencontres, notamment avec Françoise BOISSIERES qui s'est transformée en Bergamote-de-la-famille-de-Jiminy-Cricket pendant quelques heures (Vous pouvez d'ailleurs prendre

connaissance de son parcours dans cette même revue). Rencontres également avec les stagiaires de l'IFJS, venus d'horizons très divers, et présents pour valider leur cursus de formation en Massages minutes bien-être®.



Nous avons pu assister à la conférence de Nicole TAGAND et Audrey AMANIA « Plaidoyer pour l'instauration d'un kit plaies chroniques en formation initiale ». Conférence qu'elles ont eu bien du mérite à faire dans les conditions proposées : pas de salle, mais un espace au milieu des déambulations des visiteurs... (Un article concernant cette conférence a trouvé toute sa place dans ce numéro).

Nous avons également été sollicités par nombre de médias et l'équipe a pu ainsi être au cœur de l'actualité.

Petite anecdote : le 17 mai, vers 17 heures, nous avons reçu l'ordre d'évacuer le hall d'exposition, suite au déclenchement intempestif d'une alarme incendie. Evacuation qui s'est passée dans le plus grand calme et qui nous a permis d'échanger une nouvelle fois avec les participants, qu'il s'agisse de visiteurs ou de responsables de stand. Environ 30 minutes plus tard, chacun retournait vaquer à ses occupations propres.

En bref et même si l'équipe n'était pas très étoffée, les membres du bureau national qui ont participé à ce salon ont essayé de représenter au mieux notre syndicat dans ce maelström¹ commercial certainement nécessaire de nos jours... ■

Céline DUROSAY

Infirmière

Syndicat CNI BELFORT- MONTBELLIARD

Nathalie PAWLOWSKI

Infirmière de Secteur Psychiatrique

Syndicat CNI MARTIGUES

1 : Un maelström souvent connu sous le nom de « trou noir de l'océan », est un puissant tourbillon qui se forme dans une étendue d'eau.

L'horoscope de l'ASH

De décisions discriminatoires à leur encontre, de petits gestes ou paroles malheureuses en passant par l'indifférence la plus totale... la place laissée à l'Agent de Service Hospitalier (ASH) et la considération que chacun peut avoir de son travail a très largement inspiré cet horoscope. Parti d'un versant noir, triste constat, cet horoscope va tenter de trouver un équilibre, pour respecter également toutes celles et ceux qui considèrent, à l'inverse, les ASH comme un maillon essentiel dans nos services de soins et surtout pour ne pas sombrer dans la sinistrose.

Toute ressemblance avec des situations vécues au CHU de Poitiers serait tout à fait volontaire (ce qui n'exclut pas une transposition dans un autre établissement de santé).

BÉLIER



Vous venez d'apprendre que vos horaires de travail vont changer ainsi que l'organisation du travail. Vous commencerez désormais à 6h à partir de la semaine prochaine. Rien n'est prévu pour vous accompagner dans ce changement (l'ASH fait partie de cette minorité négligeable). Votre encadrement supérieur a voulu décider seul, vite, sans consulter les instances de l'établissement ni les représentants du personnel... Dommage car la situation de blocage est inéluctable... Foncez ! Libérez votre énergie et, pour une fois, videz votre sac !

TAUREAU



C'est un jour particulier, le chef de service va vous appeler par votre prénom et vous saluer. Surtout ne semblez pas gêné... Faites de cette situation une opportunité, retournez-lui vos salutations avec spontanéité... de préférence en oubliant de citer son prénom (allez-y progressivement !).

GÉMEAUX



La journée commence plutôt mal, vous avez l'impression que tout le monde marche dans le couloir sur les parties mouillées malgré la signalétique. Les plus polis s'en excusent... Quand aux autres, ils semblent évoluer sur une autre planète et vous considère comme un accessoire supplémentaire qui dépasse du chariot à ménage... Osez l'impertinence ! Souriez-leur et demandez-leur si le sol n'était pas trop glissant (vous verrez bien leur réaction... ou pas d'ailleurs) !

CANCER



La famille d'un patient vous remercie pour la qualité de votre travail. Elle vous rappelle que vous intervenez au quotidien et veiller à la tenue des locaux. Alors oui, effectivement, ce type de témoignage est très valorisant et redonne un sens à votre travail !

LION



La journée s'annonce plutôt bien. Vous venez d'apprendre que votre 15ème CDD vient d'être renouvelé et vous vous sentez pousser des ailes. Comme quoi, une situation insupportable pour certains peut en satisfaire d'autres... Encore un excellent exemple de la loi sur la relativité...

VIERGE



La réorganisation ne vous en laisse pas le choix, vous allez devoir changer d'équipe pour intégrer celle de bio-nettoyage. Vous allez perdre vos repères et vous transformer en prestataire de services anonyme... Vos facultés d'intégration vont être mises à rude épreuve. Courage !

BALANCE



Trop c'est trop... C'est une journée déprimante. Toutes ces réorganisations vous minent. Vous obtenez les informations au compte goutte par des voies détournées. Quand allez-vous enfin être associé aux discussions, aux groupes de réflexion? Vous avez sans doute raison « le directeur pourrait vous mettre dans un placard pour vous cacher du public qu'il le ferait... ». N'ayez pas honte, votre travail est juste essentiel !

SCORPION



L'infirmière du secteur vous demande à quel moment vous souhaitez intervenir dans la chambre d'un patient. Vous allez vous sentir concerné dans la prise en charge. Tout va bien !

SAGITTAIRE



Vous allez passer votre entretien d'évaluation (un comble pour un ASH de passer un entretien !). Votre cadre va vous suggérer une évolution de carrière et mettre en avant toutes vos ressources. Laissez-vous porter et croyez en vos possibilités !

CAPRICORNE



Vous faites partie de l'équipe de bionettoyage et vous venez d'apprendre que vous n'avez plus accès à la salle de repos du service où vous vous restauriez d'habitude. En clair, vous avez droit d'y nettoyer les miettes des autres mais vous n'avez plus le droit d'en faire (l'enfer !). Votre encadrement direct est évidemment fou de rage et vous cherche une solution de repli, un plan B pour que vous puissiez manger, dans un autre lieu et dans des conditions acceptables. Vous n'êtes plus désirable... quelle tristesse ! Rebellez-vous !

VERSEAU



Comme un vendredi maudit... Votre collègue est en arrêt de travail et n'est pas remplacée. Encore 10 chambres à préparer, la journée s'annonce difficile. Vous n'aurez pas le temps de vous poser... Vivement ce week-end !

POISSONS



Vous n'avez que 2 bras et 2 jambes... L'aide-soignante du secteur va vous proposer un coup de main. Surtout, ne résistez-pas !

Angélique DUPRAT
ASH - Syndicat CNI - CHU de POITIERS
Stéphane DERES
Infirmier - Syndicat CNI - CHU de POITIERS

Plaidoyer pour l'instauration d'un kit plaies chroniques en formation initiale

Introduction

Les plaies chroniques s'étudient peu en IFSI, laissant étudiants et professionnels démunis devant ces soins complexes. Si les « pansements » semblent depuis tout temps relever du rôle infirmier, la prescription n'est accordée aux infirmières que depuis 10 ans⁽¹⁾. Mais est-ce bien là le problème ? Les multiples précautions prises par le législateur sous forme de validations par information ou soumission au médecin traitant, n'abordent pas la démarche clinique, essentielle pour parvenir au diagnostic dont découle la prescription⁽²⁾.

Depuis 3 ans, le projet pédagogique de l'IFSI-CGD 13* développe un dispositif de formation dédié. L'expert de l'APHM* partenaire, assure l'enseignement. Nous avons exposé cette expérience au Salon Infirmier de Paris, pour partager l'intérêt de la démarche et sa faisabilité et permettre au plus grand nombre d'aborder le raisonnement clinique commun aux plaies chroniques. Dans un cadre compatible avec les impératifs de l'enseignement, il est ainsi possible de mieux appréhender la responsabilité mais aussi la richesse de la prescription aux patients porteurs de plaie.

L'histoire... Tout a commencé par notre rencontre fortuite. Coordinatrice en HAD, les EHPAD nous demandent d'intervenir auprès de patients atteints de plaies chroniques. Les soignants sont en échec et font appel à notre HAD pour une expertise. Centrés sur la coordination, nous apportons la réponse indirectement, en sollicitant nos experts. La question « *que mettre sur cette plaie ?* » est commune à beaucoup de professionnels, mais nous laisse assez démunis en l'absence de formation complémentaire. Nos patients consultent, nous mettons en place un travail en collaboration pour évaluer la plaie, transmettre, appliquer les prescriptions. Ce rôle charnière en HAD, interface entre le lieu de vie et l'expertise m'a conduit à approfondir mais aussi transmettre aux soignants de proximité les éléments de prise en charge pour obtenir une collaboration effective dans ses interactions.

Le recours à un expert n'est pas un oracle que l'on consulte, c'est un coaching qui va permettre à chacun de progresser vers l'autonomie en s'appropriant la démarche, un langage commun et la maîtrise des

techniques utilisées. La résolution de cas patients a permis la reconnaissance de cette collaboration qui s'est étendue de proche en proche.

La formation initiale... Après l'obtention du diplôme de cadre, je suis nommée à l'IFSI. Il est indispensable pour moi de continuer cette collaboration afin de travailler en amont et former des professionnels plus opérationnels. Notre collaboration se poursuit avec pour objectif former les étudiants aux éléments de prise en charge du patient porteur de plaie chronique. Après étude du référentiel de formation, on note que les plaies chroniques n'occupent qu'une part infime du programme.

Au sein des Unités d'Enseignement (UE) 2.4 / 2.7, il est noté « *principales atteintes cutanées : escarres, ulcères variqueux, brûlures* ». Mais cette thématique est noyée au milieu de multiples pathologies dégénératives. Ces UE comportent 30 heures de cours magistraux et 10 heures de travaux dirigés pour une vingtaine de pathologies et déficits. Des possibilités organisationnelles s'envisagent grâce aux UE 4.4 / 2.7 / 5.4 / 3.5. Les objectifs ne visent pas l'expertise mais l'acquisition d'un langage commun et l'expérimentation des outils d'évaluation de la plaie.

L'expérience... J'ai découpé les séquences pédagogiques en deux heures de cours magistraux pour les bases théoriques et deux heures de travaux dirigés dans l'UE 2.7. Un jeu de rôle est utilisé pour les transmissions. L'évaluation écrite des connaissances inclut cette thématique. Une séquence de six heures de travaux dirigés (UE 4.4) permet d'effectuer les pratiques de ces soins, après l'acquisition de la théorie. Une séance de deux heures de travaux dirigés dans les UE 5.4 / 3.5 permet de mobiliser les connaissances des étudiants en travaillant la transmission des connaissances en situation simulée.

Lors des visites de stage, ce savoir est réactivé par l'évaluation avec les étudiants des plaies rencontrées et du type de prise en charge. Un échange avec l'étudiant permet de revoir les pratiques travaillées en IFSI, de les comparer à ce qui est pratiqué en stage. Le raisonnement clinique infirmier est mobilisé pour mieux comprendre les prises en charge.

Les transmissions sont travaillées, c'est un objectif du portfolio. Le vocabulaire doit être approprié. On

Plaidoyer pour l'instauration d'un kit plaies chroniques en formation initiale



passé du « *C'est beau* » à un vocabulaire professionnel compréhensible par tous... On harmonise nos pratiques infirmières.

Qu'appelle-t-on le « kit » ? C'est un ensemble de savoirs et de savoir-faire que nous avons définis. Le kit d'évaluation se compose d'un rappel de la physiopathologie des principales plaies chroniques, ulcères, escarres, pied diabétique et permet de pointer ce qu'il faut observer pour comprendre la situation. Le relevé des signes cliniques comme la pâleur, l'œdème, la rougeur, les télangiectasies⁽³⁾, la dermite ocre⁽⁴⁾... est défini dans nos textes pour « *concourir au diagnostic médical* »⁽⁵⁾. C'est un langage commun avec les médecins. Le niveau de preuve repose sur l'objectivité, il faut pour cela utiliser des échelles, chiffrer. Pour comparer efficacement, il est nécessaire de tracer les évaluations, l'évolution se mesure par la comparaison de deux évaluations objectives.

Le kit pansement aborde les caractéristiques définissant les produits de pansements. La capacité d'absorption est spécifique à chaque famille qui se décline sous différentes formes, adhésives, non adhésives, anatomiques, minces, extra-minces, repositionnables. Le contenu du kit est notre décision en interaction, formateur et expert. Comme tout programme de formation, il dépend des objectifs poursuivis et du résultat attendu.

La formation continue est hétéroclite... De la formation des laboratoires qui incitent à la consommation de leurs produits, jusqu'au Diplôme Universitaire (DU) qui est lui-même variable d'une université à l'autre, aucun programme n'est

identique. La formation médicale initiale n'est pas plus explicite. La formation continue, associée à l'expérience, peut aller jusqu'à l'expertise infirmière, reconnue par les médecins qui adressent les patients.

La spécificité du rôle propre infirmier, par son aspect holistique, est probablement un facteur de réussite dans la prise en charge des plaies chroniques, comme dans d'autres pathologies, mais c'est un autre sujet. La collaboration versus la subordination est particulièrement valorisée sur cette thématique. On ne peut que regretter le paradoxe d'une prescription accordée en l'absence de savoirs spécifiques et d'une prescription élargie refusée à des experts.

La prescription infirmière a 10 ans. Elle a été instaurée pour faciliter les relations patients-infirmiers-médecin dans le secteur libéral et économiser des consultations qui auraient eu pour seul but la rédaction d'une ordonnance afin d'approvisionner les produits nécessaires aux soins. Elle concerne avant tout les infirmiers libéraux mais aussi les consultations externes et par extension les services hospitaliers au travers des « *commandes* » de matériel.

Dans cet esprit, il est clairement indiqué que le médecin doit être informé, qu'il s'agit de prescription à l'identique ou que l'infirmière doit s'assurer qu'il ne s'oppose pas à sa prescription. C'est une prescription accordée mais toujours subordonnée. On peut s'interroger sur le caractère antinomique ou injonction paradoxale. En se référant à la prescription médicale, l'infirmière engage sa responsabilité qui ne peut s'effacer derrière les termes « *à l'identique* »⁽⁶⁾.

Plaidoyer pour l'instauration d'un kit plaies chroniques en formation initiale

Problématique

Les infirmiers ne sont pas formés à la prescription, ni aux caractéristiques des produits de pansement. Comment peut-on prescrire dans ces conditions ? Comment peut-on engager sa responsabilité sans connaître les règles du jeu ? N'existe-t-il pas un paradoxe à accorder une prescription sans aucune formation tout en refusant une extension de cette prescription à ceux qui ont atteint une certaine expertise dans le domaine ?

Discussion

Les étudiants ont pu s'approprier la démarche au point de pouvoir la transmettre entre pairs. La mesure de cette performance par des indicateurs serait utile, tant au niveau de la formation qu'après leur entrée en vie active. Les soins de plaie sont inscrits dans le rôle propre mais le texte reste à interpréter (on pourrait dire à investir) car, où commence le soin de plaie, où se termine-t-il ? L'application seule d'un pansement ne suffit pas pour obtenir la cicatrisation.

L'infirmier est promoteur de sa collaboration, son analyse clinique permet de proposer des objectifs de soins d'où découleront des actions. Être force de proposition, partager son analyse, utiliser des éléments objectifs incontestables, permet d'être un acteur reconnu dans l'équipe de soin. L'étudiant, puis infirmier est valorisé dans son rôle propre, il devient un atout sur lequel on peut compter dans une équipe au lieu d'un exécutant ballotté au gré d'injonctions successives.

Le patient démythifie, il n'y a pas de magie du pansement mais une physiopathologie étayée d'éléments objectifs. Il note les facteurs sur lesquels il peut avoir une influence comme le positionnement, la mobilisation, la contention ou la mise en décharge... En conséquence, il participe et peut agir sur les facteurs qui dépendent de lui comme marcher, bouger, s'allonger, respecter la mise en décharge... jusqu'à s'approprier la démarche et devenir acteur de sa cicatrisation en fonction de ses moyens physiques, intellectuels, environnementaux... c'est l'éducation thérapeutique.

Chaque évaluation lui permet de se rendre compte de l'évolution. L'argumentation des plaies par des mesures objectives et une traçabilité systématique permet de s'assurer de l'évolution mais aussi d'encourager le patient dans ses efforts au vu des résultats. Le patient constate l'amélioration ou,

à défaut, comprend ce qui se passe. De passif, il devient acteur de ses soins, sur le chemin du patient expert qui commence à émerger dans les pathologies chroniques.

Au niveau de l'équipe, on sort de l'échelle de valeur bien ou mal, tort ou raison, pour aller vers un partage des données et de l'évaluation sur des critères objectifs. C'est un renforcement de la cohésion sur une méthodologie commune. La culture de la donnée objective conduit à l'amélioration des pratiques par l'évaluation en continu.

Fort de ses outils, l'étudiant devient vecteur de formation auprès des professionnels, il participe à l'amélioration des pratiques en partageant une méthode enseignée qui ne remet pas en cause l'autorité des « anciens ».

Les perspectives d'avenir... La télémédecine est une demande transmise aux experts. La formation de base inoculera l'acquisition d'un langage commun, propice à la transmission efficace d'une demande d'aide à un expert, en cas de difficulté.

Notre profession est en mutation, la refonte des textes est à l'ordre du jour⁽⁷⁾. Les discussions s'ouvrent sur le décret de compétences, à la fois très détaillé et très incomplet. La détersion, geste essentiel des soins de plaies, est majoritairement effectuée par les infirmiers. La discussion ne se joue pas entre infirmier et médecin mais par la compétence acquise en formation, théorique et pratique. Dans cet esprit, la finalité des choses devrait être abordée plus que la liste restrictive d'actes, ce qui conduit à une responsabilité dans le choix des actions menées mais aussi plus d'autonomie dans un savoir-faire spécifique. L'appropriation au sens noble (qui n'est donc pas l'accaparement) de la thématique des plaies par les infirmiers est potentiellement un créneau d'autonomisation dans ce domaine, du fait de l'absence de formation des autres professions. C'est aussi un moyen de reconnaissance de la complémentarité entre professionnels.

L'adaptation de la prescription pourrait s'envisager en fonction des compétences acquises. Actuellement cette extension n'est possible qu'au travers des protocoles de coopération. C'est la délégation de fonction, réduite à l'individu « délégué ». Les textes existent⁽⁸⁾, issus de la loi HPST mais écrire ou appliquer un protocole de coopération est très lourd et dépasse l'individu isolé. L'inscription à la formation continue éviterait le processus inverse permis par la loi.

La généralisation de l'expérience donnerait un outil commun à la profession et améliorerait les soins de

Plaidoyer pour l'instauration d'un kit plaies chroniques en formation initiale

plaies chroniques, tant en qualité qu'en réduction des coûts, vers l'efficacité.

Renforcé dans son rôle propre, l'infirmier donne du sens à ses actions, partenaire d'un système de santé en constante amélioration. Ce socle pourrait ultérieurement inciter à un approfondissement des connaissances, vers la spécialisation ou l'expertise.

Conclusion

Les plaies chroniques ont des points communs qui justifient une méthodologie de prise en charge commune. La prescription infirmière serait renforcée par un minimum de connaissances associées enseignées en formation initiale afin de combler les lacunes de sa mise en œuvre.

L'évolution de notre profession passe par une appropriation de notre rôle propre, basé sur des arguments objectifs, associé à une culture de l'évaluation propice à l'amélioration. Si la composition du kit est à discuter en fonction des objectifs poursuivis, il est impératif que les infirmiers soient consultés sur la refonte de leurs textes, afin de se préparer à répondre aux besoins de santé comme des partenaires spécifiques et responsables, en collaboration. ■

Audrey AMANIA

*Cadre Formateur - IFSI Montolivet
Centre Gérontologique Départemental 13*

Nicole TAGAND

*Infirmière expert plaies chroniques
AP-HM*

Pour aller plus loin :

(1) Blineau CG, C. Llovet, C. Prescriptions, natural extension of the nurse clinical reasoning]. *Revue de l'infirmière*. 2014;Spec No:1S9-10.

(2) Arrêté du 31/07/2009: article R4311: « L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse »

(3) La télangiectasie : est une affection cutanée qui se caractérise par la dilatation permanente de petits vaisseaux sanguins, dessinant fréquemment une forme d'étoile sur la peau.

(4) La dermite ocre : est une affection de la peau qui touche tout particulièrement les membres inférieurs. Cette affection cutanée est caractérisée par l'apparition de plaques rouges au niveau de la peau, qui peuvent ensuite prendre une coloration ocre, ou brune.

(5) Arrêté du 20/03/2012 remplaçant l'arrêté du Décret du 29/07/2004 Arrêté du 20 mars 2012 fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire NOR:ETSH1208335A <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025592708>

(6) Faroudja JM et Al, La prescription et la place du médicament dans la relation Medecin-Patient-Pharmacien, Aspect réglementaires, éthiques, déontologiques, ONM, CNP 8 sept 2012 Disponible sur :

(7) https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/Prescription_et_place_du_medicament_dans_relation_medecin_patient_pharmacien_CNP_2012.pdf

<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-123R.pdf>

(8) Loi HPST (protocoles de coopération) Article 51, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST) Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Lexique* :

AP-HM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

CGD : Centre Gérontologique Départemental

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

UE : Unité d'Enseignement



Le parcours insolite d'une infirmière, Françoise BOISSIÈRES

La jeunesse :

Pour financer ses études d'infirmière à l'hôpital Henri Mondor, Françoise a dû travailler comme hôtesse de caisse dans un hypermarché de la région parisienne en Zone à Urbaniser en Priorité (ZUP). Cette expérience lui a permis de côtoyer autant les signes de la misère que les formes d'agressivité de certains clients. Pour atténuer les effets de certains de ces contextes difficiles, elle nous dévoile son remède :

« *A chaque client, je cherchais un pôle d'intérêt afin de ne pas être dans la routine et de rester accueillante, comme par exemple savoir qui va payer (Monsieur ou Madame ?), deviner la forme du paiement, parier sur le total de la facture ... toujours avec le sourire !* » et cela marchait !

Déjà, sa créativité était en œuvre !

La découverte :

Parvenue à son objectif et en poste d'infirmière, elle ne se sentait pas très à l'aise avec certains patients, surtout avec ceux de son âge. Elle observe alors ses collègues et modélise certains de leurs comportements afin de vaincre sa timidité. C'est sa façon d'apprendre à valoriser l'expérience.

Après avoir travaillé à l'hôpital des enfants, elle est titularisée au service de soins intensifs en cardiologie. Mais avec cette activité et ses 3 enfants rapprochés dont des jumeaux, elle pense qu'elle a fait un épuisement professionnel.

« *A cette époque, on ne parlait pas trop de ce phénomène. Je crois que j'étais à fond : à la maison, au travail. Je me réveillais en pleine nuit, en me demandant si j'avais bien fait le traitement de Mr X. J'avais l'impression d'être indispensable dans mon foyer et au travail. J'ai alors vécu un accident de voiture grave qui m'a montré que le monde pouvait se passer de moi et en plus, j'avais besoin d'aide ! Lorsque j'ai eu l'opportunité de remplacer une infirmière scolaire, j'ai pris une disponibilité pour découvrir une nouvelle facette du métier.* »
Raconte Françoise.

Les voies de la formation :

Le directeur de ce lycée lui propose alors de répondre à un projet de formation pour permettre à des jeunes

en difficulté de se remettre dans un circuit scolaire et d'intégrer des écoles paramédicales. Elle accepte et devient Responsable Pédagogique. Afin d'acquérir de nouvelles compétences, elle retourne sur les bancs de « l'école » et suit le cursus Psychologie du travail et se forme à différentes techniques de communication (PNL, Analyse Transactionnelle, coaching...).

Dix ans s'écoulent. Le monde du soin « *en direct* » lui manque tellement ! Alors elle effectue différents remplacements au domicile, en Ehpad, en chirurgie et en soins palliatifs.

Elle rencontre ainsi une Cadre de santé, formatrice en fin de carrière qui lui propose de prendre sa relève. Surprise et flattée, elle se lance dans ce projet tout en continuant d'exercer son métier d'infirmière.

Et c'est après la lecture du livre « *Oscar et la dame rose* », qu'elle décide d'être clown bénévole à l'hôpital des enfants et de continuer à suivre des stages de clown au Bataclown (Centre de formation clown où elle avait déjà participé à certains stages).

La suite de son parcours a été une alternance de remplacements de postes de Cadre soignant dans certaines cliniques bordelaises avec le travail d'ingénierie de formation afin d'assurer des sessions auprès des professionnels de santé sur des thèmes en lien avec la communication et la relation d'aide (Toucher Massage®, stress, bientraitance, fin de vie, agressivité...).

A ce jour Françoise exerce toujours en tant que formatrice dans les domaines cités ci-dessus et mène une recherche pédagogique sur le « *mieux-être dans son quotidien professionnel* ».

Elle est auteure de 2 ouvrages « *Les soignants face au stress* » et « *De la maltraitance à la bientraitance* » aux éditions Lamarre.

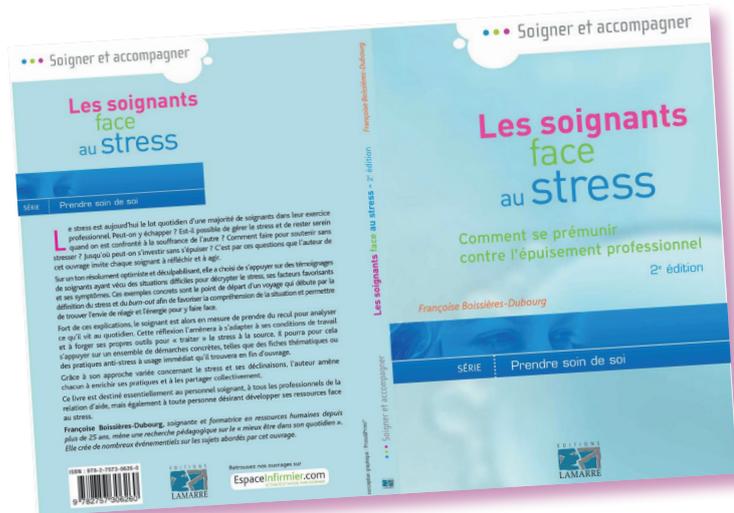
La maturité des expériences et les nouveaux chemins :

Depuis sa jeune enfance, Françoise navigue dans le monde du soin.

Elle constate :

« *C'est parfois en tant que soignante, d'autre fois en tant que patiente, trop souvent en statut de proche, et régulièrement dans mon rôle de formatrice, sans*

Le parcours insolite d'une infirmière, Françoise BOISSIÈRES



Ce sont tous ces moments qui m'ont permis de comprendre à la fois la place de l'authenticité, de la relation de confiance, de la bienveillance, de l'impermanence de la relation et l'importance du prendre soin de soi tout en prenant soin de l'autre !

oublier mes années de bénévoles clown à l'hôpital des enfants auprès des blouses roses ; ce sont tous ces moments qui m'ont permis de comprendre à la fois la place de l'authenticité, de la relation de confiance, de la bienveillance, de l'impermanence de la relation et l'importance du prendre soin de soi tout en prenant soin de l'autre ! ...

C'est pour cela, que je crois que ma clown Bergamote accompagne mon quotidien qu'il soit personnel ou professionnel, depuis un grand nombre d'années (sourire...).

J'espère que Bergamote va éveiller cet enfant intérieur qui est parfois bien enfoui chez les soignants ou voire plus (hihi !), chez tout le monde.

Je pense que cette nouvelle approche pédagogique concrète, interpelle, interroge... et permet d'ouvrir des pistes nouvelles vers du meilleur ».

Françoise intervient aujourd'hui dans les structures en face à face pédagogique dans le cadre de la formation continue et en conférence. Elle forme également aux techniques d'improvisation du quotidien.

Si vous voulez la contacter, qu'elle vous forme, qu'elle recueille vos expériences, voici ses coordonnées : dbf33@orange.fr

Vous pouvez retrouver Bergamote sur YOU TUBE : « Bergamote aux assises de Vannes » et « Bergamote au salon infirmier » ■

Propos recueillis par Bergamote alter ego de Françoise BOISSIÈRES Soignante et Formatrice en ressources Humaines

Evolution et progrès technologique de l'imagerie mobile

Nous allons tout d'abord rappeler ce qu'est l'imagerie mobile en quelques mots : c'est tout simplement la possibilité pour les manipulateurs de se déplacer au lit des patients et d'y effectuer un ou plusieurs clichés.

Les technologies des parcs radiologiques évoluent de plus en plus. Depuis les années 1990, les changements ont été nombreux et ne cessent de croître. La dernière évolution est le capteur plan statique wifi.

Pourquoi mettre en place ce type d'installation?

C'est l'interrogation majeure pour un grand nombre de praticiens. Le capteur plan statique wifi permet avant tout de remplacer du matériel obsolète comme les récepteurs ERLM (Ecrans Radio Luminescents à Mémoire). L'avantage réside dans son intégration simple dans une table, sans changement majeur. Cette solution, en plus de numériser un service

très rapidement, réduit de façon très significative la manutention des ERLM par les manipulateurs puisqu'un seul récepteur suffit pour tous les examens. Selon les constructeurs, différentes tailles de capteurs existent (43x43, 36x43 ou 24x30).

Trois cas majeurs motivent l'acquisition de ces outils:

- Le changement technologique avec la volonté de numériser son matériel et le souhait de faire bénéficier ses patients de technologies innovantes et moins irradiantes,
- L'économie pour numériser sans renouveler intégralement le matériel,
- La mobilité liée à la nécessité de la part du manipulateur d'effectuer différents examens dans des endroits différents chaque jour, comme les radios au lit du patient (radios du thorax, vérification du positionnement de la voie centrale, de sonde de gastrostomie ou pour déceler un pneumothorax...).

Dans diverses situations, réaliser une radio au lit du patient ou sur brancard est obligatoire. Avec des récepteurs ERLM, une plaque est nécessaire par examen, ce qui rend compliqué, voire impossible, sa réalisation au chevet du patient. Le capteur plan wifi a cet avantage de permettre la réalisation de plusieurs examens avec un seul récepteur. Certains permettent même l'intégration d'une carte SD pouvant accueillir jusqu'à 100 images selon la capacité. L'autre avantage est de permettre la visualisation directe de l'image



Evolution et progrès technologique de l'imagerie mobile

qui est possible à l'aide d'un PC portable, d'une tablette et même d'un smartphone.

Grâce au capteur plan statique wifi, il n'est plus nécessaire de passer par l'étape de lecture de plaque ERLM. La production et la visualisation des images est extrêmement rapide, entre 3 et 5 secondes. Cette quasi-instantanéité est un atout de taille pour le centre d'imagerie qui accroît considérablement sa performance, tout en limitant la manutention pour les manipulateurs.

Ce capteur, utilisé en salle de réveil au bloc opératoire, permet aux chirurgiens d'avoir l'image souhaitée sans attendre son développement au service de radiologie.

Enfin, un autre avantage réside dans les compléments d'incidences que les manipulateurs ne peuvent pas réaliser aisément avec une table télécommandée classique comme le défilé fémoro-patellaire, les clichés de coude et plus particulièrement pour l'imagerie pédiatrique. Dans ces cas, la plaque peut être placée de manière précise, sans inconfort pour le patient. Certains capteurs peuvent également s'interfacer avec des tables numériques existantes, ce qui rend le workflow plus fluide.



Intégration simple, examens précis

Les images du capteur wifi peuvent être intégrées dans un réseau Dicom 3.0 pour les envoyer vers le PACS (Picture Archiving and Communication System ou en français dossier patient de radiologie) ou vers l'impression tout en attaquant directement la worklist. Cette mise en réseau permet la création d'une archive-patient qui assure un meilleur suivi des examens et des patients. Les problèmes de reproductibilité des images s'amenuisent en conséquence.

La résolution spatiale n'est pas comparable aux plaques ERLM et la DQE (Efficacité Quantique de Détection) et atteint un excellent niveau.

Quel avenir pour les capteurs plan statiques wifi et quelles évolutions possibles?

Nous sommes désormais très loin des outils utilisés dans les années 1990. Cependant, grâce à une évolution constante des technologies, la rapidité du temps de visualisation peut encore être augmentée pour atteindre peut-être un jour l'instantanéité. Un capteur plan dynamique wifi serait un vrai plus pour nos métiers pour s'affranchir totalement des plaques à usage unique. Combiné à des images prises en rafales, cet ensemble nous permettrait des examens encore plus précis, rapides, pour une prise en charge optimale du patient.

Dans une logique de réduction des coûts, notamment du transport de malades, ainsi que de leur confort, ne serait-il pas approprié dans le futur de favoriser ce type d'examen dans les différentes structures telles que les EPHAD, les maisons de retraite et autres centres de rééducation ?

En légende des photos illustrant cet article, nous pouvons voir deux capteurs d'ancienne et nouvelle génération de la marque Philips ainsi que leur mobile motorisé. ■

*Jérôme FOUQUE
Manipulateur en Electroradiologie Médicale
Syndicat CNI hôpital St Joseph de Marseille
Responsable du collectif manipulateur en
électroradiologie médicale du Syndicat CNI*

Formation psychologue : du mythe à la réalité

Qui n'a jamais entendu un lycéen dire « *après mon BAC je ne sais pas trop quoi faire, je vais faire une licence de psycho comme ça ce sera tranquille...* »

Quelle erreur !

Après avoir rencontré le psychologue du travail exerçant à l'Hôpital Nord Franche-Comté (HNFC), j'ai compris l'ampleur de l'erreur et eu une petite idée de la désillusion à laquelle ont dû (et doivent encore) se confronter nombre de lycéens.

Afin de mieux comprendre ce métier et de mieux appréhender les complexités, je vais m'employer à vous en décrire le cursus de formation qui, pour être entrepris et couronné de succès, doit relever de réelles motivations personnelles et non du hasard ou d'une prétendue facilité.

Pour commencer, pour aller en « *fac de psycho* », il vaut mieux avoir un BAC « *scientifique* ». Et oui, celui-ci sera d'une grande aide lorsque viendra le moment de développer vos connaissances en neurobiologie ou que vous vous attaquerez aux études statistiques.

Ensuite, pensez votre formation et l'orientation que vous voulez lui donner. En effet, il existe plusieurs courants en psychologie et chaque faculté axe sa formation sur un courant plutôt qu'un autre. Les approches sont différentes, les orientations aussi et, au final, vous n'aurez pas un cursus identique et votre diplôme de psychologue ne vous permettra pas forcément d'exercer dans n'importe quel domaine selon que vous aurez suivi l'enseignement d'une université ou d'une autre.

Chaque faculté choisit ses orientations de formations, en fonction de ses laboratoires de recherches et de la spécificité des maîtres de conférences et professeurs.

Bien moins simple qu'il n'y paraissait au départ... non ?

Voilà qui explique peut-être pourquoi, alors que l'on a entre 500 et 800 étudiants inscrits en première année de licence, en master 2, on ne trouvera plus qu'une vingtaine d'entre eux, dans chaque filière, soit environ 10% de l'effectif initial...

Pour la licence, il existe une sorte de tronc commun à toutes les facultés dans lequel on retrouve :

- L'anglais
- La neurobiologie (pour exemple vous y intégrerez

l'anatomie du cerveau et la lecture des scanners et des IRM)

- L'informatique (niveau Brevet Informatique et Internet B2i)
- Selon les universités vous serez susceptibles d'avoir des cours de philosophie les deux premières années.

Durant les trois années, vous souscrirez à des options (qu'il est possible de faire évoluer d'une année sur l'autre à mesure que vous affinerez votre objectif professionnel).

Votre licence de psychologie en poche, il vous est possible de vous tourner vers certains concours de la fonction publique comme le concours de conseiller d'orientation professionnelle ou celui de conseiller d'insertion et de probation. Vous pourrez également passer des concours pour entrer en formation dans le domaine paramédical ou social.

Compte tenu de l'importante sélection faite pour entrer en master (exemple de critères : mention à la licence, stages réalisés, projet professionnel), si vous n'êtes pas reçu, vous pourrez éventuellement vous orienter vers une Licence Professionnelle (LP sciences humaines et sociales spécialité intervention sociale, LP intervention sociale avec plusieurs options...) ou un diplôme universitaire (exemple : DU addictions et société, DU adolescents difficiles, DU ergonomie...).

Si toutefois votre motivation est toujours aussi forte et que vous êtes reçu, vous pourrez commencer votre 1^{ère} année de master. La deuxième année de master étant également sur sélection, vous pouvez envisager d'effectuer la 1^{ère} en 2 ans. Cependant les conditions d'admissions en Master 2 sont en train d'évoluer en France vers une sélection en Master 1. Il n'y aurait alors plus aucune utilité à faire un master 1 en 2 ans dans ses conditions. Peut-être cela changera-t-il les stratégies étudiantes et que certains feront 2 années de licence 3^{ème} année...

C'est lors du master que vous vous orienterez plus sur la clinique, la recherche ou le social.

Vous aurez à réaliser, en fonction de votre université,

un stage de professionnalisation de 500 heures au terme duquel vous devrez fournir un rapport de stage qui fera l'objet d'une soutenance.

Pour se prévaloir du titre de psychologue, il faut avoir validé une licence en psychologie et un master en psychologie. Cela peut sembler évident et pourtant, par exemple, vous pourriez faire une licence en anthropologie et un master en psychologie et bien, alors, vous ne seriez pas reconnu psychologue.

C'est le master qui donnera la spécificité, l'orientation du psychologue et donc le terrain d'exercice de prédilection de celui-ci.

Quels sont les terrains d'exercice possibles ?

Ils sont extrêmement nombreux et se développent régulièrement, pour exemple :

- Les CMP (Centre Médico Psychologique), plus spécialisés vers l'enfant ou l'adultes pour certains
- Le conseil départemental
- L'humanitaire
- Les laboratoires de recherche
- Les entreprises de communication
- Les entreprises de recrutement
- Les associations (AGEFIPH, FIPH...)⁽¹⁾
- Le pôle emploi
- Les mairies
- Les centres hospitaliers qu'ils soient publics ou privés
- L'exercice libéral

Courants, approches, quelles différences, comment choisir son orientation en fonction de ce que l'on pense être le domaine, l'approche qui correspond le mieux à son projet ?

I - La psychologie clinique :

Celle-ci aboutira à un master professionnel ou un master recherche.

Elle s'intéresse à l'individu et comporte plusieurs approches :

- L'approche psychanalytique avec une orientation spécifique possible d'un courant (Freud vs Jung). Si les objectifs de cette méthode peuvent être variables, leur point commun est la recherche de la compréhension de soi et des autres, la recherche du sens qui habite la personne au travers d'un dialogue thérapeutique entre le thérapeute et son patient.
- L'approche cognitivo-comportementale qui englobe toutes les thérapies cognitivo-comportementales (pour traiter les phobies par exemple) relativement brèves visant à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.
- La psychologie du développement, bien que celle-ci soit particulièrement centrée sur l'enfant, englobe tous les aspects du développement psychologique (cognitifs, langagiers, affectifs et sociaux) et tous les âges du développement prénatal à la mort.
- La psycho gérontologie. Son champ d'étude porte sur le vieillissement humain et ses conséquences (biologiques, physiologiques, psychologiques...).
- La psychologie de la santé plus axée sur la recherche dans le domaine de la santé. On peut y découvrir, par exemple, toutes les études réalisées sur le stress et ses incidences.
- La psychologie du sport utilisée comme accompagnement dans la pratique des sports extrêmes par exemple. Elle a pour objet l'étude des aptitudes mentales et psychologiques qui peuvent déterminer la performance physique ou sportive en fonction des contextes.
- La psychologie interculturelle qui est une approche de terrain anthropologique. Elle étudie les relations entre la culture et la psychologie des êtres humains (Exemple : impact d'une culture sur la façon de travailler pour une personne qui arrive dans un pays avec sa propre culture pour travailler).
- La neuro psychologie. Elle est essentiellement basée sur l'étude et les réponses neurobiologiques de l'être humain dans le but de diagnostiquer certaines pathologies neurologiques (Il va donc vous falloir apprendre à réaliser, construire, imaginer des tests et à les interpréter).
- La psychologie différentielle qui s'intéresse aux différences entre les individus, étudie la personnalité, la psycho morphologie.

II - La psychologie sociale :

Celle-ci aboutira à un master professionnel ou un master recherche.

Formation psychologique : du mythe à la réalité

- La psychologie sociale. Elle s'intéresse au groupe et à l'individu dans le groupe.
- La psychologie du travail et des organisations :
 - Clinique de l'activité, c'est le courant d'Yves Clot qui dit que l'on adapte le travail à l'homme et non pas l'inverse.
 - Psychodynamique du travail, c'est le courant de Christophe Dejours, une approche plus psychanalytique, plus systémique.
 - La psychologie sociale du travail et des organisations. Elle utilise toutes les approches en psychologie qui ont pu être citées précédemment.
- La psychologie de l'orientation. Celle-ci étudie les moyens, les méthodes et les processus qui entrent en jeu dans les choix et possibilités de vie, notamment au niveau professionnel.

III - Le master recherche :

Son nom est évocateur, il s'agira là d'obtenir un master en psychologie et de s'orienter dans le domaine de la recherche en celle-ci.

Quelles sont les motivations qui amènent à embrasser cette profession ?

La première et celle qui paraît la plus évidente, est l'intérêt à l'« autre », l'envie de le comprendre et de l'aider, la volonté du « prendre de soin ».

C'est aussi l'intérêt de la recherche de la compréhension et de l'analyse de la confrontation permanente entre le conscient et l'inconscient.

La curiosité est une de ces motivations. En effet, la psychologie est une discipline en perpétuelle évolution. La volonté de se former tout au long de sa carrière et d'actualiser ses connaissances est donc primordiale, il ne faut jamais rester sur ses acquis. La formation continue est une des règles du code de déontologie qui encadre la profession. Dans un exercice hospitalier, le psychologue dispose d'un temps FIR (Formation, Information, Recherche). Celui-ci correspond (ou devrait-il correspondre ?) à 1/3 du temps de travail hebdomadaire. Il est dédié à des recherches ou formations qui nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leurs actions. Il peut également concerner des actions de formations organisées par les établissements ou par les écoles qui y sont rattachées.

A l'Hôpital Nord Franche-Comté (HNFC), nous avons 18 psychologues d'orientations différentes (neuropsychologue, psychologue clinicienne, gérontopsychologue...) dont un psychologue du travail rattaché au service de santé au travail :

Sébastien TESTA a tout d'abord passé un baccalauréat scientifique (spécialité mathématique) puis a suivi sa formation de psychologue à l'université de Bordeaux où, après avoir obtenu sa licence en psychologie, il s'est orienté vers un master 2 en psychologie du travail et des organisations. Cette orientation n'était pas celle qu'il pensait initialement donner à sa carrière. Il se projetait plus dans un exercice centré sur le recrutement.

A partir de la troisième année de formation, il a réalisé des stages en milieu professionnel dont un dans le domaine des personnes handicapées physique et psychique (association « axe et cible » qui travaille sur l'insertion des publics précaires, des personnes « inaptes ». Le travail est centré sur l'individu et comment lui retrouver une place dans la société) et un stage dans une société de recrutement où, là, l'objectif était plus de cerner, objectiver, quel individu correspondrait le mieux au besoin d'une entreprise, tout en s'intéressant à l'intégration de cette personne et à la réussite de celle-ci.

Ces stages lui ont permis d'appréhender l'analyse du besoin par rapport à la demande de recrutement, l'apprentissage des tests psychotechniques prédictifs à la réussite dans l'emploi.

Il a réalisé son stage de professionnalisation (500 heures) au sein de l'INRA⁽²⁾ aquitaine où il a réalisé une étude sur la qualité de vie au travail des chercheurs. A l'issue de ce stage, il a élaboré un rapport et un mémoire soutenu en 2012.

C'est au fil de ce cursus que la psychologie du travail et des organisations s'est révélée être la voie qu'il décidait d'embrasser, ce qui n'était certes pas une voie très lucrative mais d'une grande richesse, de par la multiplicité des approches qu'elle propose.

En avril 2013, il est arrivé au sein de notre établissement.

Il y pratique une activité clinique lors des entretiens individuels (les agents peuvent s'adresser directement à lui ou être orientés par le médecin du travail ou les organisations syndicales par exemple), une activité tournée vers le collectif, les groupes (lors de conflits dans un service ou d'événements traumatisants au sein d'un service) avec une approche psychosociale et psychométrique par la construction de questionnaires (réalisation et

Formation psychologique : du mythe à la réalité

analyse d'un questionnaire sur le bien-être au travail) dans le but de réaliser une prévention primaire des risques psychosociaux au sein de l'établissement.

Actuellement, il se forme en thérapie EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing, ou Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires) avec l'association EMDR France. Il s'agit d'une nouvelle approche de psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux, soit par des stimuli auditifs ou cutanés, pour induire une résolution rapide des symptômes liés à des événements psycho-traumatiques du passé.

Parallèlement, il se projette dans un doctorat en psychologie du travail (d'un niveau BAC+8, il peut être réalisé sur une période allant jusqu'à 5 ans).

Depuis 2015, il est président du collège des psychologues de l'établissement, mais ça, c'est une autre histoire que je vous narrerai dans notre prochain semestriel... ■

Céline DUROSAY

Infirmière

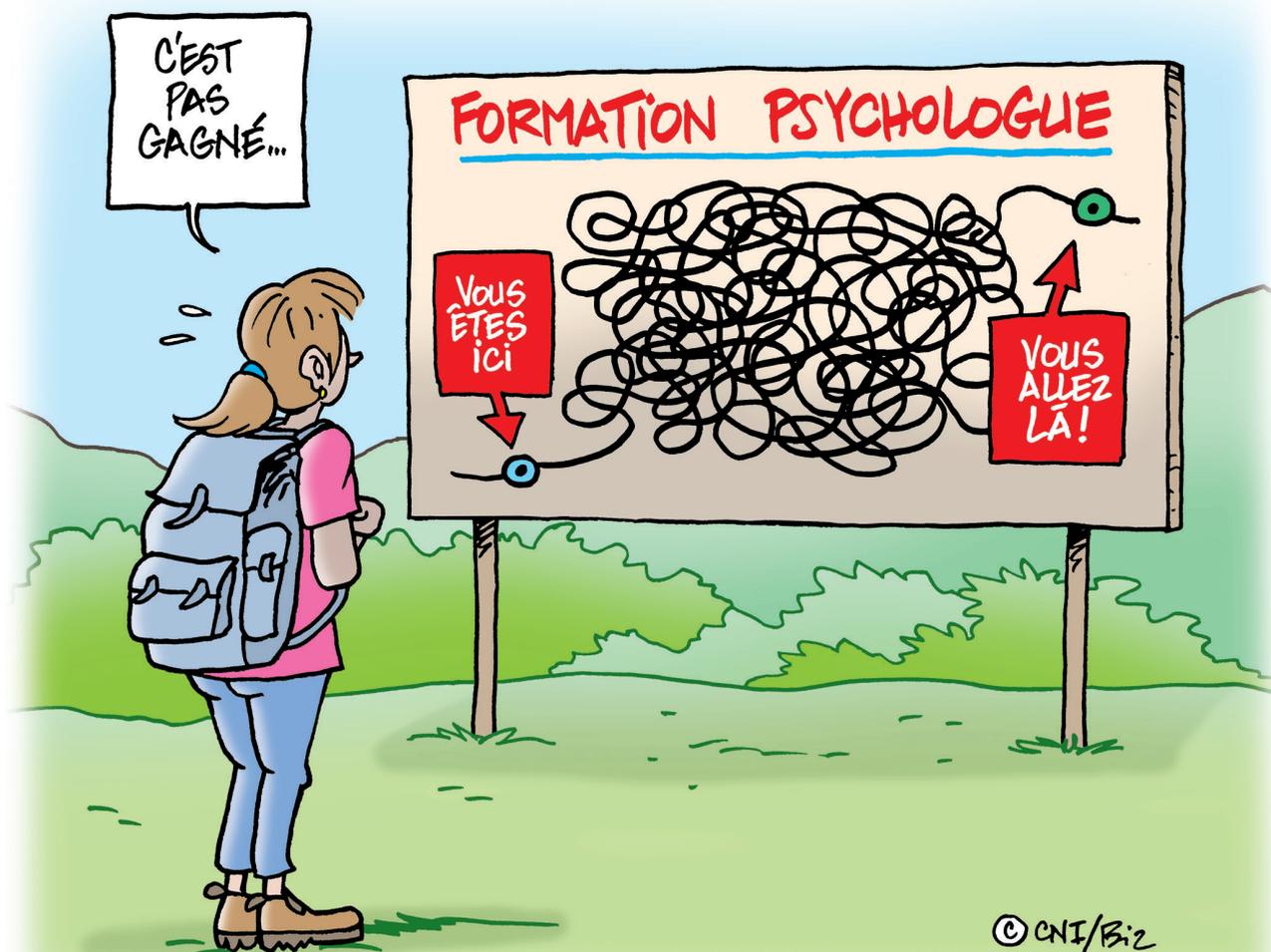
Syndicat CNI Belfort-Montbéliard

Tous mes remerciements à Sébastien TESTA qui a pris le temps de me guider dans la compréhension des méandres des études en psychologie.

1 : AGEFIPH : Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Handicapés

FIPH : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées

2 : INRA : L'Institut National de la Recherche Agronomique



Le Syndicat CNI reçu à l'Élysée



Communiqué de presse du syndicat CNI

Octobre 2017

Elysée-Matignon

Episode 1

COMMUNIQUE DE PRESSE

A la suite d'un courrier adressé au Président de la République, Nathalie DEPOIRE et Eric AUDOUY, respectivement présidente et vice-président du syndicat CNI ont été reçus le 17 octobre à l'Élysée par Madame Marie FONTANEL, Conseillère Solidarités et Santé auprès de la Présidence de la République et Monsieur Guillaume COUILLARD, Conseiller Technique Santé du Cabinet du Premier Ministre. Ce rendez-vous atteste de l'intérêt porté aux professionnels du soin par le plus haut niveau de l'état. Au regard du vécu de ces dernières années et du contexte actuel, ce rendez-vous est un symbole fort et bien loin d'être anodin.

Ces premiers échanges ont porté notamment sur la dégradation des conditions d'exercice qui met en péril, au quotidien, des vies d'usagers et de soignants. La notion de ratio, soignant - soignés et d'évaluation de la charge de travail, ainsi que le mal-être induit par les mobilités forcées, ont été des temps forts de la discussion.

Cette rencontre a également permis de préciser les attentes dans le domaine de la formation, du développement, de la recherche en soins, du management des ressources humaines, des priorités budgétaires à venir. L'engagement du gouvernement, concernant les référentiels de formation de l'Infirmier de Pratique Avancée, a été confirmé et des discussions statutaires vont suivre.

Les travaux avec les conseillers de l'Élysée et Matignon, tout comme avec le Ministère de la Santé, vont se poursuivre.

Pour le syndicat CNI, ce premier entretien est un signe d'ouverture positif. Les fondations sont posées, il s'agit à présent de construire...

Nathalie DEPOIRE

Présidente du Syndicat CNI / 06.64.41.78.65 / presidencecni@gmail.com

Syndicat CNI - 270, boulevard Sainte Marguerite - 13009 MARSEILLE

04 91 74 50 70 / cni-hopitauxsud@ap-hm.fr
www.coordination-nationale-infirmier.org

Désignation de la personne de confiance

Si le recensement de l'identité et des coordonnées de la personne de confiance est devenu une question incontournable lors de l'entretien d'accueil d'une personne hospitalisée, il semble que quelques questions subsistent chez les soignants concernant son rôle et ses missions. Il nous a donc semblé pertinent de faire un focus à partir des textes qui cadrent « cette fonction ».

Qui peut être désigné « personne de confiance » ?

Selon l'article L 1111 - 6 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi n° 2016-87 du 2 février 2016, « *Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.* »

Le texte précise que la personne de confiance « *rend compte de la volonté de la personne, son témoignage prévaut sur tout autre témoignage* ».

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant...

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

Lors d'une consultation, d'un examen, d'une hospitalisation, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance pour :

- l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions,
- exprimer sa volonté au cas où elle ne serait pas en état de le faire,
- être le relai de ses choix auprès de l'équipe médicale,

- transmettre le cas échéant la rédaction de ses directives anticipées.

La personne de confiance n'est pas décisionnaire mais doit être le porte-parole du patient. Elle peut être amenée à transmettre les choix du patient alors que ces derniers ne sont pas conformes à celui de ses proches. Dans ce type de situation, la rédaction préalable de directives anticipées prend tout son sens.

Comment désigner une personne de confiance ?

Selon l'article L 1111 - 6 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi n° 2016-87 du 2 février 2016, « *cette désignation est faite par écrit et cosignée par*



Désignation de la personne de confiance

la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment ».

Qui informe le patient concernant la désignation de la personne de confiance ?

Le Code de la santé Publique prévoit que « *dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation* ».

Il précise par ailleurs que « *lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement* ».

Il convient donc, lors d'une hospitalisation, que le soignant qui réalise l'entretien d'accueil s'assure que le patient ait été informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et s'enquiert de l'identité et des coordonnées de la personne désignée.

Il est important de noter que la désignation d'une personne de confiance n'est pas une obligation, le patient peut donc légitimement refuser. Le soignant devra alors noter que l'information a été délivrée et notifiée le choix de non désignation.

Il est important néanmoins de différencier la personne de confiance de la personne à prévenir. La personne de confiance doit être prévenue et avoir donné son accord. Au sens de la Loi, elle doit avoir cosigné le formulaire de désignation rempli par le patient concerné.

Bien qu'il soit conseillé d'anticiper cette formalité, la désignation de la personne de confiance est possible à tout moment pendant la durée de l'hospitalisation. Il est également possible pour le patient de modifier son choix au cours de son séjour.

Personne de confiance et consultation du dossier médical

Au regard des textes actuels, la personne de confiance ne peut consulter le dossier du patient qu'en sa présence et avec son accord ou sur la base d'une procuration écrite qui précise son accord pour la consultation du dossier.





La personne de confiance ne prend pas les décisions à la place du patient. Elle peut l'accompagner dans les démarches et à la prise de décision mais les choix reviennent au patient.

Si le patient n'est pas en état de faire part de ses choix, il revient alors à la personne de confiance de les transmettre.

Personne de confiance et directives anticipées

Selon l'article 1111 – 11 du Code de la Santé Publique, modifié par la Loi n° 2016 - 87 du 2 février 2016, « toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de Santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

La décision de refus d'application des directives anticipées, jugées par le médecin manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient, est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire

et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de la famille ou des proches. »

La personne de confiance pourra transmettre à l'équipe soignante les directives anticipées lorsque le patient n'est pas en état de le faire ou accompagner ce dernier pour le faire le cas échéant.

Cas particuliers :

• Recherche biomédicale

Si le patient n'est pas en mesure de s'exprimer et qu'une recherche biomédicale, dans les conditions prévues par la Loi est proposée, l'autorisation de la personne de confiance sera demandée.

• Tutelle

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, au sens du chapitre II du titre XI du livre 1er du code civil, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer. ■

*Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI*

Textes de référence

Art L.1111 – 6 du Code de la Santé Publique

Art L.1111 – 11 du Code de la Santé Publique

Fiche pratique « la personne de confiance »

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/la_personne_de_confiance.pdf

Formulaire type de désignation de la personne de confiance

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf

La Commission des Usagers

Pourquoi écrire un article sur la Commission des Usagers (CDU) dans les établissements de santé, dans une revue destinée au personnel soignant ? Deux raisons à cela, la première est que les professionnels doivent connaître l'existence et le fonctionnement d'une commission qui peut concerner leur façon d'exercer et, la deuxième est que nous serons tous un jour ou l'autre des usagers... Il est donc important de connaître les droits des patients, CQFD !

La CDU est une instance d'un établissement de santé, public ou privé. Elle a été créée en 2006, sous le nom de Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC). C'est la loi de modernisation de notre système de santé, en date du 26 janvier 2016 (décret du 1^{er} juin 2016), qui a souhaité renforcer les missions de l'ancienne CRUQPC, en ce qui concerne le volet qualité des soins et sécurité des patients et qui l'a rebaptisée.

Ses missions

- elle traite les litiges en relation avec la politique d'accueil et de prise en charge des malades,
- elle fait respecter les droits des usagers et facilite leurs démarches,
- elle informe les usagers quant aux voies de recours et de conciliation prévues,
- elle recueille les observations des associations de bénévoles signataires d'une convention avec l'établissement au moins une fois par an,
- elle fait des propositions d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des patients et de leurs proches à la direction de l'établissement, sous

forme d'un projet des usagers, en collaboration avec la CME, (ce projet a pour objectif d'être intégré au projet d'établissement),

- elle participe, à travers les membres nommés pour ce faire, au comité de lutte contre les infections nosocomiales, au comité de lutte contre la douleur, au comité de liaison alimentation-nutrition,
- elle assure le suivi de ses recommandations.

Son rôle est censé être central dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de l'établissement.

Sa composition

La CDU est composée de membres obligatoires, et de membres possibles (Article R.1112-81 du Code de la Santé Publique).

Les membres obligatoires :

- le représentant légal de l'établissement ou une personne désignée à cet effet,
- 2 représentants des usagers, 2 suppléants désignés par le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS),
- un médecin médiateur et un médiateur non médical, ainsi que leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement.

Les membres possibles :

- le président de la CME ou son représentant,
- un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement,
- un représentant du Conseil de Surveillance et son suppléant choisis en son sein,
- un représentant issu du CHSCT.

Le président de la CDU est élu par les membres de la commission pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois. Il peut être choisi parmi les représentants des usagers mais peut aussi être le représentant légal de l'établissement.

Le mandat des représentants des usagers et des médiateurs est de 3 ans renouvelable sans limitation de durée.



A noter : un représentant des usagers et un suppléant sont maintenant élus pour participer à la CDU des Groupements Hospitaliers de Territoire des établissements concernés.

Son fonctionnement

Une fois mise en place, la CDU reçoit toutes les informations nécessaires pour mener à bien ses missions dont, l'ensemble des plaintes et réclamations des usagers, ainsi que les suites qui leur sont données. De même, les fiches d'événements indésirables graves ainsi que les actions menées pour y remédier lui sont soumises au moins une fois par an, en garantissant l'anonymat des patients et des professionnels concernés. Enfin, lui parviennent également les résultats des enquêtes sur l'évaluation de la satisfaction des usagers.

C'est ainsi qu'elle permet un regard croisé entre l'administration, les usagers et les soignants d'un établissement sur la qualité de son accueil et de ses prises en charge.

Elle est un lieu d'observation, de synthèse et de propositions. Son activité vient en complément de la certification de la Haute Autorité de Santé, de la gestion des risques et de la lutte contre les infections nosocomiales.

Elle se réunit plusieurs fois par an.

Ses modalités de saisie

Qui peut la saisir ?

La CDU peut être saisie :

- par l'utilisateur, le patient hospitalisé ou un proche,
- par le représentant légal de l'établissement.

Comment la saisir ?

Avant de saisir la commission, l'utilisateur peut adresser ses remarques au responsable du service concerné. Si cela n'est pas possible ou s'il n'est pas satisfait des explications données, il doit être informé qu'il peut adresser une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, ou que sa plainte ou réclamation peut être consignée par écrit et transmise au représentant légal. Dans ce dernier cas, il doit se voir délivrer immédiatement une copie du document.

Toutes les plaintes et réclamations écrites sont transmises au représentant légal de l'établissement qui y répond dans les meilleurs délais, informant le

plaignant qu'il lui est possible de saisir un médiateur ou qu'il le saisit lui-même. Il doit aussi informer l'utilisateur qu'il peut être accompagné d'un représentant des usagers membre de la CDU pour la rencontre avec le médiateur. A cet égard, le livret d'accueil remis à toute personne hospitalisée comprend la liste nominative des membres de la commission. (Article R.1112-93 du Code de la Santé).

Déroulement de la médiation :

- la rencontre avec le médiateur médical et / ou le médiateur non médical doit avoir lieu dans les 8 jours suivant la saisine, sauf impossibilité de celui-ci et si la personne est toujours hospitalisée avant sa sortie,
- les proches du plaignant peuvent également rencontrer le médiateur médical et / ou le médiateur non médical, s'il le juge utile ou si ceux-ci le demandent,
- le médiateur médical et / ou le médiateur non médical adresse un compte-rendu de l'audition dans les 8 jours au plaignant ainsi qu'aux membres de la commission. Ces derniers peuvent demander à rencontrer eux aussi le plaignant.

La commission formule alors des recommandations pour apporter une solution au litige ou, si cela n'est pas possible, informe l'utilisateur des voies de conciliation ou de recours possibles.

Elle peut aussi émettre un avis motivé pour classement du dossier.

Le représentant de l'établissement a l'obligation de répondre dans les 8 jours suivant la séance de délibération de la commission à l'utilisateur en joignant l'avis de la CDU.

La création de cette commission a permis de renforcer le sentiment pour les usagers que les plaintes, réclamations, observations sont prises en compte par l'établissement et que cela pourra servir à l'amélioration de la prise en charge des autres patients. ■

Nathalie PAWLOWSKI
Infirmière de secteur psychiatrique
Membre de la CDU
Syndicat CNI Martigues

Textes de référence

- Articles L1112-3 et R1112-79 à R1112-94 du Code de la Santé publique.

- Loi du 26 janvier 2016

- Décret n°2016-726 du 1^{er} Juin 2016

Le dépistage de la surdité du nouveau-né au CHU de Poitiers

Depuis Avril 2012, le dépistage de la surdité néonatale et des déficiences auditives est devenu obligatoire. Les établissements de santé accueillant des nourrissons sur les premiers jours de leur vie ont l'obligation d'organiser ce dépistage mais les parents peuvent refuser le test.

Qu'est-ce que la déficience auditive ?

Selon le LAROUSSE, il s'agit d'une « diminution importante ou inexistence totale de l'audition, qu'elle soit congénitale ou acquise ».

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « la déficience auditive est l'incapacité à entendre aussi bien que quelqu'un dont l'audition est normale. Les personnes atteintes de déficiences auditives peuvent avoir perdu une partie de leur capacité auditives ou être sourde ».

Pourquoi mettre en place un dépistage systématique ?

La déficience auditive est le déficit sensoriel le plus fréquent à la naissance. Cela entraîne des retards de développements chez l'enfant, notamment l'acquisition du langage, qui peut conduire à l'isolement social. C'est donc une problématique de santé publique.

Un dépistage précoce permet une prise en charge rapide du déficit et réduit les incidences de celui-ci sur le développement de l'enfant.

Quels sont les facteurs de risques de surdité chez le nouveau-né ?

- infection in utero connue comme pouvant entraîner des troubles auditifs (rubéole, cytomégalovirus, toxoplasmose congénitale, syphilis congénitale, herpès),
- anomalies crânio-faciales,
- poids de naissance inférieur à 1,5 kg,
- hyperbilirubinémie nécessitant une exsanguino-transfusion,
- médicaments ototoxiques,
- méningite bactérienne,

- score d'Apgar de 0-4 à 1 minute ou de 0-6 à 5 minutes de vie,
- ventilation mécanique prolongée pendant plus de 10 jours,
- antécédents familiaux de Surdité Permanente Néonatale,
- présence de signes cliniques associés à un syndrome connu comportant une surdité.

Quels sont les méthodes de dépistage chez le nouveau-né ?

Il existe 2 techniques différentes :

- **Les Potentiels Evoqués Auditifs (PEA)**. C'est la plus ancienne et la plus classique des deux techniques. L'examen consiste à recueillir l'activité électrique des centres auditifs du tronc cérébral, les réponses sont déclenchées par une stimulation électrique délivrée au casque. Cette méthode demande environ 20 minutes. L'enfant doit être endormi et calme. Le moment idéal est le début d'après-midi après le repas. Cet examen est totalement indolore et ne demande aucune préparation. Les résultats sont très fiables mais du fait du temps nécessaire pour chaque examen, il est peu adapté au dépistage systématique en maternité.
- **Les Otos Emissions Auditives (OEA)**. La recherche des OEA constitue une technique plus récente. Les OEA proviennent de l'énergie mécanique générée par des cellules de l'oreille interne lorsqu'on stimule celle-ci. Ce signal acoustique est retransmis de l'oreille interne à l'extérieur et peut être enregistré par un microphone sensible placé dans le conduit auditif externe. Les OEA sont présentes lorsque le seuil auditif de l'enfant est compris entre 0 et 30 décibels (ce qui n'est pas le cas dans les surdités sévères et profondes). C'est un test rapide, non invasif et donc adapté au dépistage en maternité.

Ces deux techniques peuvent être réalisées par des médecins ORL, des pédiatres, des infirmières, des puéricultrices et / ou des auxiliaires de puériculture. Les personnels effectuant les tests doivent avoir reçu une

Le dépistage de la surdité du nouveau-né au CHU de Poitiers

formation. L'interprétation des résultats est faite par le pédiatre et / ou le médecin ORL de l'établissement.

L'information aux parents et le consentement:

La première étape est l'information aux parents. Ces renseignements sont donnés en même temps que les informations sur les dépistages faits à la maternité. C'est la sage-femme ou l'obstétricien qui renseigne les parents lors des deux dernières visites de grossesse. Si cela n'est pas possible ou non fait, ce sont les professionnels chargés du dépistage qui donnent l'information à la maternité.

Cette information doit contenir les éléments suivants :

- l'intérêt du dépistage,
- le protocole suivi par l'établissement et la méthode employée,
- la possibilité pour les parents d'assister à l'examen,
- la façon dont seront donnés les résultats,
- la possibilité de refuser le test.

Les professionnels de santé qui pratiquent le test doivent s'assurer de la compréhension des parents avant le recueil du consentement qui se fait à la maternité.

Comment le dépistage a-t-il été mis en place au CHU de Poitiers ?

Le CHU de Poitiers possède une maternité de niveau 3. En 2015, 2000 femmes sont venues y accoucher.

Les services de maternité ont mis en place, il y a quelques années, la prise en charge globalisée qui permet une diminution du nombre d'intervenants auprès de la maman et du bébé.

Dans une journée type à la maternité, la maman et le bébé sont pris en charge par une auxiliaire de puériculture et une sage-femme.

Les missions de l'auxiliaire de puériculture sont aussi bien pour la maman et le bébé :

- l'aide aux soins d'hygiène,
- la prise des paramètres vitaux,
- la mise en place ainsi que l'éducation de la maman à l'allaitement et / ou à l'alimentation du nourrisson,
- l'hygiène des locaux,
- la réalisation des tests de dépistage de l'ictère du nouveau-né et de la surdité du nourrisson.

L'auxiliaire de puériculture est habilitée à pratiquer cet examen (après avoir reçu une formation) qui entre dans le cadre de la mesure des principaux paramètres de l'enfant liés à son état de santé et à son développement.

L'auxiliaire de puériculture exerce sous la responsabilité de l'infirmier ou de la puéricultrice, dans le cadre de l'article R. 4311-4 du code de la santé publique. Ses activités se situent dans le cadre du rôle qui relève de l'initiative de l'infirmier, défini par les articles R. 4311-3 et R. 4311-5 du code de la santé publique, relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Le CHU de Poitiers a fait le choix de pratiquer le dépistage de la surdité avec la méthode des PEA, l'examen se pratique au troisième jour de vie de l'enfant.

L'interprétation de l'examen et l'annonce des résultats

Si l'examen peut être fait par une auxiliaire de puériculture, son interprétation ne peut être faite que par le médecin pédiatre qui se charge également d'annoncer les résultats aux parents.

Si les résultats sont négatifs, avec la présence de facteurs de risques, il sera demandé aux parents de continuer un suivi régulier avec un médecin référent dont les coordonnées seront transmises.

Si les résultats sont positifs, un accompagnement psychologique sera proposé, en plus de l'organisation du suivi de l'enfant.

Bibliographie

- Arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale
- « Dépistage des troubles de l'audition chez l'enfant » guide pratique, juin 2009, Société Française de Pédiatrie
- www.larousse.fr/dictionnaires/français/surdité/75649
- Rapport de l'HAS sur l'évaluation du dépistage néonatal systématique de la surdité permanente bilatérale (janvier 2007)
- Référentiel d'activités des auxiliaires de puéricultures. ■

Céline LAVILLE
Infirmière
Syndicat CNI POITIERS

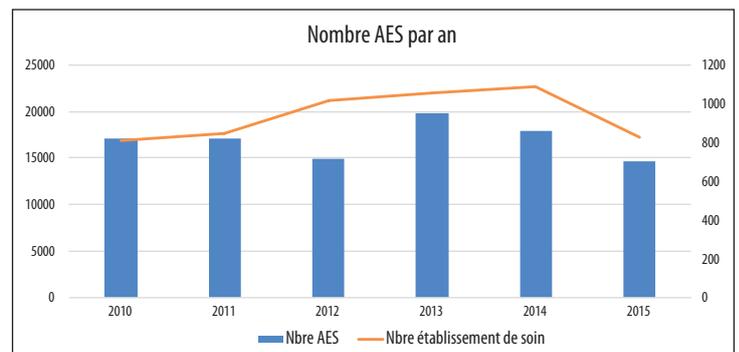


AES (Accident d'Exposition au Sang) une réalité en France

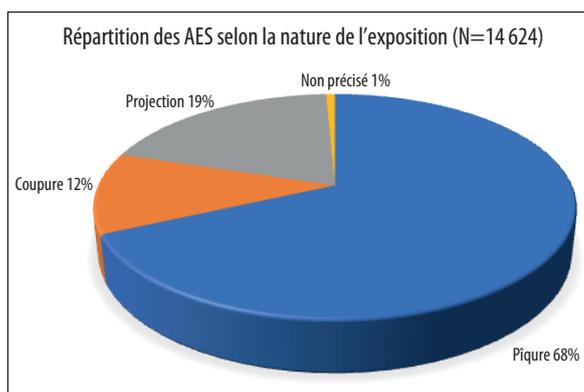
32 000 : c'est le nombre annuel estimé d'AES à partir d'études du RAISIN (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales) dans les établissements de soin. La sous-déclaration, estimée à 70%, laisse supposer que la réalité de ce risque est nettement sous-estimée.

Le site Santé Publique France montre la surveillance des Accidents avec Exposition au Sang dans les établissements de santé français.

Les études portent sur environ 70% des lits d'hospitalisation.



Constat de 2015



Solutions existantes

Dispositifs médicaux avec aiguilles sécurisées ou seringues sécurisées. Toutefois, le risque est encore existant.

La solution : VanishPoint®

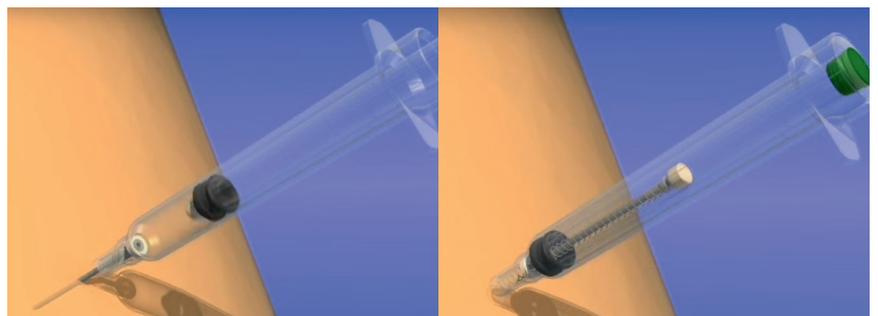
Imaginez une seringue où l'aiguille se rétracte directement du patient dans la seringue : il n'y a plus d'AES possible avec une piqûre.

Le produit existe et s'appelle **VanishPoint®** (l'aiguille qui disparaît)

Seringues **VanishPoint®** de Retractable Technologies, référencées au GERES (www.geres.org)

En injectant la totalité du médicament, le mécanisme de rétraction se déclenche. **L'aiguille se rétracte à l'aide d'un ressort du patient dans la seringue.**

Suppression total des AES avec VanishPoint®.



Notre distributeur partenaire LABELIANS est à votre disposition pour toutes informations sur nos produits.



0800 970 724 Service & appel gratuits

SERVICE CLIENTS :

Email : serviceclient@labelians.fr

SERVICE CLIENTS NEMOURS

Enseignement, hospitaliers, industrie, laboratoires vétérinaires, Recherche...

1, rue des Palis
77140 NEMOURS

Fax : 01 64 78 14 69

SERVICE CLIENTS PUSIGNAN

Laboratoires d'anatomo-pathologie privés, LBM privés, professions libérales

ZAC Satolas Green - Pusignan
Bâtiment Cap Arrow

69881 MEYZIEU Cedex

Fax : 04 72 22 43 28

SERVICE EXPORT ET REVENTE :

Email : export@labelians.fr

Fax : 01 64 45 42 35

IADÉ Réserviste embarquée : une belle expérience !

Infirmière depuis plus de 30 ans puis IADÉ et maintenant Cadre de Santé à l'hôpital, je me suis inscrite en tant que réserviste IADÉ au Service de Santé des Armées (SSA). Cet été, j'ai eu l'occasion de partir en « mission » sur un bâtiment de la Marine Nationale et l'envie de partager une partie de cette expérience et ce nouvel univers avec vous m'a rapidement séduite.

SSA... Quèsaco

C'est le soutien médical de l'armée de Terre, de l'armée de l'Air, de la Marine et de la Gendarmerie en toutes circonstances et en tous lieux.

Sa mission principale est d'être au plus près du combat pour offrir aux blessés la meilleure chance de survie, la remise en état des soldats pour continuer le combat et défendre la nation. Cette mission débute avec la préparation médicale du combattant, intègre les soins aux militaires blessés ou malades et s'étend aux soins de suite et de réhabilitation jusqu'à la réinsertion professionnelle et sociale.

En plus de cette mission principale, le service de santé des armées apporte une contribution conséquente dans le domaine de la santé publique et dans la mise en œuvre des plans gouvernementaux de gestion des risques, destinés à faire face aux risques nucléaire, radiologique, biologique et chimique, d'origine accidentelle ou provoquée.

Le SSA participe également à des missions humanitaires au profit de populations victimes des conséquences d'un conflit armé ou sinistrés à la suite d'une catastrophe naturelle, d'une famine ou d'une épidémie.

SSA dans quelle Arme ? Être au SSA c'est faire partie de toutes les armes. Vous pouvez vous engager dans des missions de l'armée de terre, de l'air ou encore la marine, ce qui a été mon choix pour l'instant.

Pourquoi s'engager dans une telle démarche ?

Je dois avouer que tous ces attentats ont exacerbé mon côté patriotique. De plus, travailler dans un autre environnement, apprendre de nouveaux gestes, embarquer sur un bâtiment, traverser les mers, soigner des combattants, côtoyer l'urgence plus souvent m'attire.

Première mission

Traverser l'Atlantique sur un Patrouilleur Léger tout neuf et rallier Fort-de-France en partant de Brest pour une durée de 19 Jours, escales comprises. Je suis en

soutien de l'IDÉ en poste car il n'y a pas de médecin prévu pour cette traversée où, pendant 8 jours, les côtes seront trop loin pour avoir une assistance et une évacuation d'un blessé rapide à terre.

Le bâtiment étant neuf, en tant que personnel du service de santé, il nous faudra l'armer totalement, l'aménager et remplir l'infirmierie, petite pièce de 8 m² environ.

27 juin : Ca y est, c'est parti !

Me voici en transit de Marseille vers Brest pour rallier « LA RESOLUE », patrouilleur léger tout neuf que l'on doit finir d'armer et mettre à l'épreuve pour ses diverses missions futures. Arrivée et accueil le soir 21h... Allez, on va boire un verre avec quelques membres de l'équipage histoire de faire connaissance et de profiter des derniers moments « terrestres ».

23h... Découverte du bateau dans la nuit, ma première nuit dans ma « caille » attribuée à mon « poste » pour le reste de la mission... nuit calme à quai.

28 Juin : 7h...BRANLEBAS...

Ce sont les petits mots « doux » diffusés dans les hauts parleurs tous les matins en guise de réveil. Parfois, il sera précédé d'une musique selon l'humeur de l'officier aux manettes. J'enfile mon TPB (Tenue de Protection de Base) et chausse mes « Timberland » ! 7h30 : Prête pour l'Appel dans la cour du pont principal. « GARDE A VOUS... REPOS », moment des transmissions et informations du jour. C'est également un temps de questionnement et d'échange.

Chaque chef d'équipe a la parole. Le chef technique, le Bosco (dans la marine moderne, le bosco désigne encore un maître d'équipage ou un maître de manœuvre), le Bidet (c'est l'appellation familière du capitaine d'armes, il est responsable de la discipline et du service intérieur à bord des bâtiments de la marine nationale française), le Chef, le Second et l'Infirmier... Il faut bien sûr resaluer sur ordre avant de se déployer et se rendre au petit déjeuner dans le carré des officiers.

Le CARRE

Sur ce bâtiment d'une soixantaine de mètres, on

IADE Réserviste embarquée : une belle expérience !



décompte 2 carrés :

- Le carré des officiers supérieurs : espace réservé aux officiers en titre, pacha, second, lieutenant et médecin,
- Le carré des officiers marins : celui qui reçoit les sous-officiers et autres marins.

Le carré est une vraie institution dans la marine. Il y a pour chacun d'eux, un règlement de fonctionnement, de bonnes pratiques édictées par le « BIDOU », le plus jeune des marins. C'est dans le carré que se prennent les repas.

Cette première journée me permet de prendre mes marques, de définir mes missions avec François, infirmier en poste. Il nous faut arrimer tout le matériel pour le sécuriser. Nous devons appareiller le lendemain mais la mer étant trop forte pour ce bateau assez petit, le départ sera décalé par 2 fois.

Pour autant mes missions ne s'arrêtent pas, rangement et organisation de l'infirmerie, montage des appareils médicaux divers et variés, classification et inventaire de tous les produits et matériels qui vont constituer l'infirmerie. Il nous faut créer 3 sacs de secours différents :

- Le sac d'Urgence Vitale amélioré avec des produits spécifiques liés aux risques sur un bateau comme notamment les brûlures, chocs directs,

hypothermie, hyperthermie... et complété pour éventuellement avoir une infirmerie « portable ». Il est pris avec le défibrillateur et le sac de ventilation à la moindre alerte.

- Le sac de ventilation avec son obus d'oxygène est d'autant plus obligatoire qu'il est destiné en premier lieu aux possibles accidents des plongeurs présents sur le bateau.
- Le Sac Hors Heures Ouvertures ou SHO. Ce sac de « bobologie » avec le brancard souple doit rester à disposition de l'équipage à toute heure et dans un endroit qu'il faut que l'on définisse.

Le soir, à quai, les permissionnaires vont dans leur famille avant de les laisser pendant 8 semaines...

Le départ sera effectif le 1^{er} juillet. Faux départs... Fréquents dans la marine rien n'est jamais sûr quand on doit prendre la mer. Les dates de départ comme d'arrivée sont approximatives.

1^{er} Juillet : appareillage

Il se fait en TPB avec la coiffe sur la tête. Les familles présentes ont un temps pour monter sur le bateau et dire au revoir à celui qui s'en va.

Ca y est... c'est le grand départ. Nous partons direction les Açores, 3 jours de mer agitée, formée, houleuse. Quelques marins qui ont l'habitude de

IADE Réserviste embarquée: une belle expérience !

naviguer sur des bâtiments plus gros et plus stables sont victimes du mal de mer. Il leur faut un temps pour s'amariner. Je suis contente et fière de ne pas avoir ce problème.

Certains viennent demander de « l'algirax », en prévention ou en thérapeutique. Avec François, nous continuons à ranger, prendre connaissance des dossiers des membres de l'équipage et participons aux différents exercices faits sur le bateau.

Des simulations de feu à des niveaux différents du bateau, de voie d'eau, d'homme à la mer... Un des objectifs est de faire de la formation de secourisme spécifique et brancardage à 2 marins pour l'instant, le commis étant le plus investi.

Il faut savoir qu'un patrouilleur léger aura pour mission, non pas de faire la guerre comme on peut s'imaginer, mais plutôt la lutte de la contrebande, la piraterie, l'assistance aux naufragés, la protection des zones de pêche (la France avec ses DOM-TOM est le pays qui a le plus de côtes à protéger) et bien sûr la protection de son bâtiment et de son équipage qui peut à tout moment être une cible d'un ennemi. Il est d'ailleurs muni d'armes.

La vie à bord est agréable. Le cuisinier nous gâte, il cuisine bien, pas gras et varie souvent son menu. C'est important car un des fléaux qui touche les marins est le surpoids, d'autant que l'activité physique sur un bâtiment de 60 m est restreinte. Quelques éléments de l'équipage sont à la limite d'autorisation d'embarquer à cause de leur poids. Notre rôle sera de stimuler ces personnes à manger équilibré et à choisir leur repas lorsqu'ils passent à « LA RAMPE », ce qui correspond au self du bateau.

L'équipage est de petite taille, les avantages y sont la convivialité, la diminution des réservoirs de maladie mais il faut de la polyvalence. Tout le monde a plusieurs postes et missions. En dehors de faire son travail spécifique et son ménage quotidien, il est nécessaire que chacun s'investisse dans les exercices de lutte contre le feu, les rondes, les alertes... Des temps de sieste sont aménagés notamment pour ceux qui font les quarts. Il y a un coin bar aménagé avec un jeu de fléchettes, une TV mais qui ne fonctionne pas en mer. Il y a très peu d'alcool à part, un peu de bière mais il y en a quand même sous clé pour les grandes occasions.

4 juillet ESCALE Aux Açores

Une bonne partie de l'équipage va faire des emplettes et, le soir, se retrouve devant une bière. Cela se termine autour d'une table dans un restaurant où tous les permissionnaires se rejoignent presque naturellement sans se dire où ils étaient. Une soirée

bien agréable et bien arrosée pour certains. Mais pas de dégâts, tout le monde est sage, pas d'agressivité. Il faut dire que les soignants se méfient des escales car elles sont le prétexte de bagarres, d'alcoolisation excessive, de rapports non protégés, de chutes... Mais cette fois-ci... rien de tout ça.

6 juillet : appareillage à 9h

En route pour la grande traversée. 8 jours de mer sans contact avec la terre, océan d'un bleu turquoise. Les exercices se succèdent. L'inventaire détaillé se poursuit, nous remplissons des tableaux vierge de données médicales sur l'équipage, les histoires des uns et des autres se contentent, les dossiers sont tous connus, peu de secrets sur notre équipage. Le rythme est pris, la mer est calme, rien à voir avec la route faite pour rallier les Açores. On ne se fait plus « branler », nous sommes au cœur de l'œil de l'anticyclone des Açores. On croise quelques dauphins, une baleine que je n'ai pu voir car elle a surgi un soir devant le bateau.

Au plus on navigue, au plus l'eau se réchauffe. Des méduses filaires par centaine rampent leurs filaments dans les eaux qui se réchauffent : 22°, 23°, 24° puis 25° jusqu'à 27° aux abords de la Martinique.

Des exocets (poissons volants) jouent avec nous contre les remous de l'étrave mais pour certains s'échouent sur un des 3 ponts du bateau. Les couchers de soleil sont magnifiques avec l'horizon qui se courbe comme si on voyait l'arrondi de la planète terre.

Nous avons 6 heures de décalage à rattraper sur les 8 jours. Beaucoup de journée à 25 heures donc au lieu de 24. Parfois c'est un peu long, on pense aux nôtres sans pouvoir les contacter. On imagine la situation des militaires qui partent pour de longues missions, isolés de tout, dans le secret.

Nous approchons du but, du port de Fort de France. La mer est à la même température que l'air avec un gros taux d'humidité. Les « pompiers lourds » qui endossent leur « TISE » (tenue pour lutter contre le feu et qui tient excessivement chaud) continuent les exercices éprouvants. Nous sommes à l'affût d'un coup de chaleur voire d'une hyperthermie maligne. Si nécessaire, il faut alerter le commandement et décider (ou pas) d'une évacuation par voie hélicoptérée.

Je revois mon secourisme, ce qui ne fait pas de mal car, à l'hôpital, nous ne sommes pas confrontés aux mêmes types d'urgence au quotidien. Il faut être capable d'organiser une évacuation par hélicoptère en conditionnant correctement le blessé, être précise et concise sur l'état de ce dernier, savoir prendre sa place et travailler de concert avec le commandant

IADE Réserviste embarquée : une belle expérience !



(pacha). Je m'intéresse au secourisme de combat, la philosophie n'étant pas la même que dans le civil, le but premier sur le terrain étant de donner une chance de survie aux blessés sans se mettre en danger.

13 juillet : arrivée sur Fort-de-France en fin d'après-midi

Nous accostons avec 12h d'avance ! Pas question de « sauter » du bâtiment comme ça. Il faut faire le plein d'eau, de carburant, de nourriture, évacuer les poubelles, nettoyer le bateau et le dessaler.

Ce soir, certains partiront en permission, notamment ceux qui sont déjà venus et ont déjà des contacts et de bonnes adresses. Pour ma part, je reste à bord cette fois. Demain le 14 juillet, je dois débarquer, retour en avion puis en train pour Marseille prévu le 15 au soir.

En déconnectant les vannes de carburant, deux marins ont eu des projections dans les yeux. Il faut laver au plus vite, faire un test de coloration à la fluorescéine à la recherche d'un voile qui apparaîtrait sur les yeux sous une lumière bleue. Le risque c'est la kératite. Le traitement, de la vitamine A en pommade.

Le 13 juillet, tout est fermé, impossible de faire le plein des cadeaux à ramener. Juste le temps de faire un petit tour aux Trois-Îlets avec un des petits groupes de membres de l'équipage en permission.

Paysage sublime, ti-punch local, bains dans une eau à 27 degrés...génial. Retour par la navette qui est remplie par les membres de l'équipage... Il faut déjà rentrer !

A 19h, il fait nuit noire. Mon paquetage est prêt pour débarquer. Un dernier au revoir à ceux qui sont là et qui vont continuer jusqu'en Guyane où leur famille doit les rejoindre et où ils resteront 3 ans.

On vient me chercher pour ma dernière nuit que je passerai à la base (au milieu des remparts) avec une vue imprenable sur la mer... Des lézards verts s'enfuient à notre approche. C'est une chambre assez rudimentaire, pas de climatisation et le ventilateur est hors service, mais ce n'est pas grave car c'est une belle aventure qui se termine!

Voyage retour plutôt fatiguant. L'avion puis le train, mais un vrai bonheur de revoir rapidement les miens. Envie de repartir ? Bien sûr ! Un autre bateau, une autre organisation, une autre expérience... affaire à suivre. ■

Valérie HELBOIS

Cadre IADE

AP-HM



avec



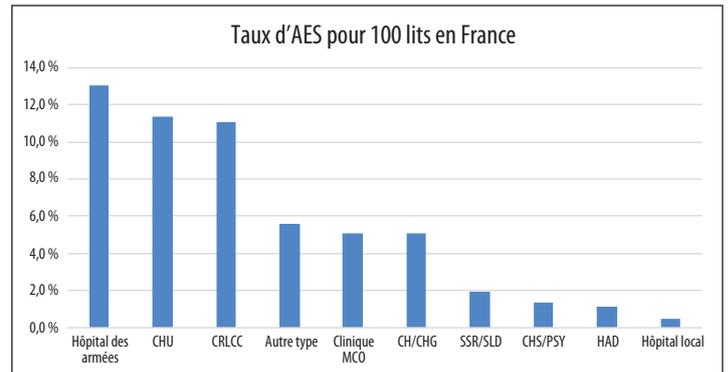
RETRACTABLE
TECHNOLOGIES, INC.

L'AES, la crainte des infirmier(e)s.

Aujourd'hui, la directive européenne 2010/32/UE préconise l'utilisation de dispositifs médicaux sécurisés. Elle mentionne de NE PAS RECAPUCHONNER les aiguilles.

Seulement 50% des soignants dans le secteur public et 30% des soignants dans le secteur privé ont à leur disposition des dispositifs médicaux sécurisés.

Les solutions existantes ne sont pas satisfaisantes et le risque existe toujours.



La solution VanishPoint® référencée au GERES (www.geres.org) :

Seringues VanishPoint®



Unité de prélèvement VanishPoint®



Aiguille EasyPoint®
avec seringue
préremplie



L'aiguille EasyPoint®



Aiguille EasyPoint®
avec seringue



Notre distributeur partenaire LABELIANS est à votre disposition pour toutes informations sur nos produits.
Service et appel gratuits 0800 970 724 Email : serviceclient@labelians.fr



PASSERELLE

Une nouvelle solution pour les infirmières
et les laboratoires proposée par



LABELIANS
Groupe CML-ID

Parlez-en
à votre
laboratoire !!!



Avec l'application PasserelleBio®,
simplifiez vos prélèvements
à domicile et bénéficiez
d'Offres Privilèges sur Internet !!!



Informations : Tél. : 0800 970 724 - Email : contact.passerelle@labelians.fr



Une expérience grecque en psychiatrie

Leros, 1991

Île grecque de 53km², Leros est située dans la mer Égée, près des côtes turques.

Selon la mythologie, la déesse Artémis y vivait. Les archéologues, eux, supposent que les premiers habitants venaient d'Asie Mineure ou de Phénicie. Leros participa à la guerre de Troie.

Elle appartient à la Turquie, puis à l'Italie, ce qui explique le style de nombreux bâtiments de l'île. Elle a servi de léproserie au 15^{ème} siècle et compte 9000 habitants.

C'est une île montagneuse très verte et si, elle n'est pas aussi connue que ses consœurs des alentours, les touristes étrangers y viennent volontiers... pas les Grecs et pour cause ...

L'hôpital psychiatrique Pipka de Leros a été fondée en 1959 sur les ruines de bâtiments militaires construits pendant l'occupation italienne de l'île de 1912 à 1948. Le but à cette époque était de rassembler dans un même lieu tous les patients psychiatriques provenant de l'ensemble des institutions de santé mentale du pays et considérés comme incurables. Leros devient alors le dépotoir de tous les hôpitaux psychiatriques surchargés. A leur arrivée par bateau en masse dans l'établissement, certains malades n'ont pas d'identité. On les baptise : inconnu 1, inconnu 2 et ainsi de suite... A cette époque, on peut facilement faire interner un parent gênant, il suffit qu'un médecin établisse un certificat et qu'un juge peu scrupuleux approuve.

Cet hôpital a une histoire, à défaut d'avoir une âme... ou alors une âme maudite, vu l'utilisation qui a été faite des installations. Ce n'est pas par hasard que Leros a été surnommée «*l'île des damnés*» ! Elle a été un camp de redressement pour les prisonniers politiques, opposants au régime dictatorial des Colonels (1967-1974), véritable centre de torture, en même temps qu'hôpital psychiatrique controversé à la fin des années 1980. Les reportages de cette époque montrent des malades mentaux maltraités, battus, attachés nus à des arbres. On découvre les conditions de vie de ces patients et la maltraitance subie en ces lieux, les visages émaciés, marqués par la peur et l'angoisse derrière les grilles.

La communauté Européenne s'émeut alors de cette situation scandaleuse et, de 1989 à 1994, en articulation avec le ministère grec de la santé, met en place un programme de réforme de la psychiatrie en Grèce. Les fonds alloués par la Communauté Economique Européenne (16 millions de francs) ne seront pas utilisés immédiatement et rien ne bougera pendant quelques années.

Le ministre de la santé de l'époque propose une transformation des bâtiments, la création d'une école de formation de professionnels infirmiers et le recrutement d'une dizaine de psychiatres. Il s'agit de «*normaliser*» après le scandale révélé au grand jour. Las, aucun psychiatre n'a voulu, en 1990 et malgré les conditions financières alléchantes faites par le ministère de la santé grec, venir travailler à Leros. Rien n'a donc changé sur l'île en ce qui concerne la prise en charge médicale.

Tombée amoureuse de ce pays lors d'un voyage que j'avais fait en juin 1988, j'ai voulu aller voir quelques années plus tard à quoi ressemblait la psychiatrie dans ce pays, dans le cadre d'une coopération avec la Grèce. Je n'avais pas vu les reportages à cette époque mais avais entendu parlé du projet «*Psychargos*» mis en place pour réformer la psychiatrie grecque.

A mon arrivée, je découvre donc le «*bagne psychiatrique*» décrit par Félix Guattari (psychanalyste et philosophe français), véritable camp de concentration. Concentration d'un mélange de patients handicapés physiques et de patients



Une expérience grecque en psychiatrie - Leros, 1991

handicapés mentaux, toutes pathologies confondues. Il ne ressemble en rien à l'idée que l'on se fait d'un hôpital, soit-il psychiatrique.

Comment exprimer et mettre en mots ce que j'ai pu voir et vivre ?

Au-delà du choc culturel psychiatrique et de la barrière de la langue que je ne maîtrisais pas encore tout à fait, je me suis littéralement crue projetée au siècle dernier, à l'ère des « *asiles* » français, voire de la cour des miracles.

Je n'ai pas reçu un accueil très chaleureux au départ, mais ma connaissance du grec m'a beaucoup aidée à me faire accepter. J'ai expliqué que je ne venais là que pour regarder, écouter les uns et les autres. Ma mission était simple: observer, proposer un plan d'humanisation. Simple, certes ! Mais par où commencer et que faire ? Il fallait tout d'abord que je constate ce qu'il se passait derrière tous les murs de ces bâtiments peu fonctionnels et peu adaptés à la prise en charge de patients.

Ma première visite fut édifiante, à bien des égards.

Barbelés, cages de fer, camisoles portées à longueur de journée et de nuit, autistes qui mangent dans des gamelles souillées d'excréments, violence des patients entre eux, celle des « *filakès* » (les gardiens) envers les malades, jets d'eau ou coups pour tout soin, patients qui marchent avec des liens aux chevilles, tels des galériens des temps révolus... j'ai eu l'impression de vivre un cauchemar.

En rencontrant ces fantômes aux crânes rasés, figés par des années d'enfermement, surtout dans le bloc 16 des hommes, j'ai cru voir le tableau « *Le Jugement Dernier* » de Hiéronymus Bosch, peintre du 15^{ème} siècle.

Un tel lieu est une obscénité sociale, sans conteste. Que peuvent attendre les patients ici, sinon la mort ? Il y a en fait un décès en moyenne par semaine.

Quel espoir ont-ils ? Ce ne sont plus que des êtres humains réduits à l'état de bêtes que l'on traite comme telles.

J'ai vite appris qu'il y avait trois secteurs à Leros : celui des hommes, celui des femmes et celui des enfants.

Celui des enfants, au nombre de 180, accueille (si l'on peut dire !) des patients de 5 à... 40 ans, arriérés profonds pour la plupart, mais aussi des autistes. Ils passent la journée au lit, souvent attachés, en chemise rose. Du rose pour repousser l'innommable, sans doute. Il n'y a pas de médecin dans ce secteur, seulement des gardiens, pas toujours bienveillants. Les repas pour les arriérés profonds ressemblent plus

Les patients y sont traités comme des animaux. Il y a peu de bancs dans les salles communes, ils sont assis ou couchés au sol. Certains sont attachés à leur lit, le regard vide, sans aucune étincelle de vie.

à du gavage de 5 minutes qu'à autre chose.

Le secteur des hommes est le plus pénible pour moi. En particulier le pavillon 16, le plus décrié, où vivent 80 malades nus pour la plupart, dans des salles surpeuplées. L'odeur est fétide, mélange de tabac, d'excréments et d'urine.

Les patients y sont traités comme des animaux. Il y a peu de bancs dans les salles communes, ils sont assis ou couchés au sol. Certains sont attachés à leur lit, le regard vide, sans aucune étincelle de vie. Je comprends que leur seul avenir est la mort. Les seuls moments où ils ont un semblant de liberté sont ceux des repas et de la douche. Mais le mot douche est-il vraiment approprié ? On les lave dans la cour extérieure au pavillon, sans dignité aucune, en groupe, au tuyau d'arrosage et à l'éponge pour gros travaux...

Dans les autres pavillons, il y a des dortoirs de 50 lits alignés de part et d'autre de la pièce, sans armoire, une table de nuit tous les 5 ou 6 lits, un espace de 50 cm entre eux. Les patients n'ont pas de pyjamas, pas d'effets personnels. Ils dorment dans un lit au hasard, n'importe lequel, avec les vêtements qu'ils portent. La lumière est allumée toute la nuit.

Il n'y a rien à faire dans la journée, ceux qui le peuvent sont à l'extérieur des bâtiments, dans la



Une expérience grecque en psychiatrie - Leros, 1991

cour où ils déambulent sans but.

Les femmes ne sont pas mieux loties que les hommes : dans leur secteur, il y a juste une psychiatre pour toute cette population et les conditions de vie y sont tout aussi déplorables. Ici également, l'intimité n'est qu'un rêve inaccessible !

Cependant, une trentaine de patientes font de la broderie, embryon d'une forme d'activité d'ergothérapie.

1200 patients vivent là, abandonnés par la société et par leurs familles. Il n'y a ni infirmiers, ni kinésithérapeutes, ni travailleurs sociaux. Les habitants de l'île travaillent nombreux à l'hôpital. Ce sont à l'origine des pêcheurs, des bergers que l'on a propulsés « *soignants* », sans formation aucune. Au départ, ils n'étaient que 1 pour 100 patients... Comment s'étonner que la maltraitance soit si présente dans ce cas ? Aujourd'hui, ils sont beaucoup plus nombreux parce qu'ils sont devenus employés de l'Etat, seule réponse à l'appauvrissement de l'île. On ne leur a jamais montré comment soigner, réhabiliter. En étant à leurs côtés au quotidien, je m'aperçois qu'ils ont peur de la réforme, peur que le gouvernement ne ferme l'hôpital et qu'ils soient ainsi privés de leur seul moyen de subsistance. L'économie de Leros repose en majorité sur l'activité de l'hôpital. Les habitants veulent une réhabilitation et non une fermeture. Au fil du temps, ils se sont adaptés à leurs conditions de travail, ils ont résisté mais ils ont aussi enfoui leur empathie et versé dans l'exploitation des patients, la cruauté. La compassion, la bonté sont malheureusement des exceptions.

Je découvre que les traitements sont abondants et aléatoires. Il y a une surconsommation de psychotropes, parmi le personnel aussi. La population de l'île est touchée par les dépressions, l'alcoolisme plus qu'ailleurs.

Je ne peux pas ne pas évoquer ici quelques patients avec qui j'avais tissé des liens :

Irèni est enchaînée parce qu'elle mord les autres. Personne ne lui parle, on estime qu'elle ne peut rien comprendre. Je suis une des seules à pouvoir l'approcher, la toucher sans risquer une crise de violence. La première fois que je lui ai parlé, comme à une personne normale, elle a posé sa tête sur mes genoux et a pleuré. Moi aussi.

Anna est là depuis 40 ans parce qu'elle avait rejeté son bébé à la naissance. C'est elle qui m'a appris ma première chanson en grec : **Ο Μαρμαρωμένος Βασιλιάς**, le roi de marbre. Nous avons souvent parlé de Thessalonique, sa ville natale où j'avais séjourné.

Vassili est là depuis 25 ans, il n'a pas vu sa famille depuis son arrivée. C'est le lot de la plupart ici. Il est lucide, me parle volontiers de sa vie d'avant, comme si c'était hier.

Panagiotis n'est que « *légèrement handicapé mental* », comme le précise son dossier. Il a reçu la visite de sa mère et de sa sœur dix ans après son internement à Leros, il habitait Athènes. Sa mère n'a pas voulu qu'il sorte pour y revenir, alors qu'il est jugé apte à vivre à l'extérieur. Il est triste mais résigné.

Maria parle anglais. Elle ne souhaitait pas se marier avec l'homme choisi par ses parents. Elle a fait une dépression, voulait se suicider ce qui a justifié son internement. Sa famille habite Leros et, maintenant, Maria ne veut plus aller habiter avec eux. Elle souhaite rester en institution, comme nombre d'autres patients qui pourraient sortir, mais ont peur après tant d'années passées dans ce lieu certainement horrible, mais rassurant pour eux.

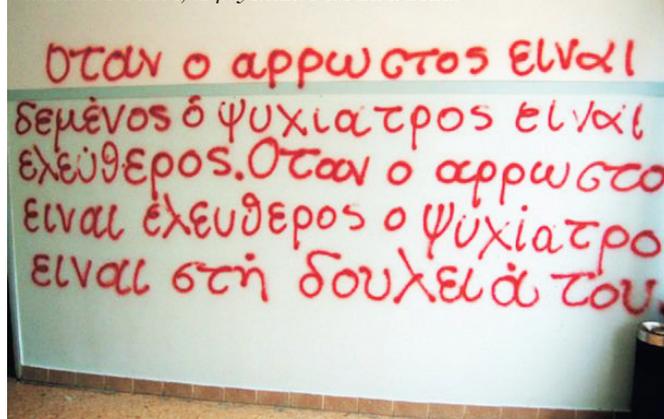
Yannis a été attaché à son lit pendant 20 ans. Il est maintenant considéré apte à sortir, mais comment cela serait-il possible ? Où peut-il aller ? Il me dit qu'il ne peut pas travailler et qu'il ne peut donc pas partir d'ici. Ici, il a à manger, il peut aller dehors dans la cour, il n'est pas seul et il s'occupe d'un autre pensionnaire, très âgé, aveugle.

Socratis, 70 ans, a été un opposant politique au régime des Colonels, il est désocialisé et n'a pas d'autre endroit où vivre. Il me parle politique, histoire de la Grèce, me pose des centaines de questions, m'aide à perfectionner mon grec.

Je pourrais évoquer des dizaines de cas semblables, de vies brisées. Il y en a trop, beaucoup trop.

Des essais de sortie ont été faits : ils ont tous été des échecs car, sans accompagnement, sans projet et sans un programme de réhabilitation, on ne peut espérer une quelconque réussite. Beaucoup

Quand le malade est attaché, le psychiatre est libre. Quand le malade est libre, le psychiatre est au travail.



Une expérience grecque en psychiatrie - Leros, 1991

pourraient vivre dehors, mais où, comment et de quoi ?

Les patients ont, comme le dénonçait le Docteur Yannis Loukas, psychiatre chargé du programme de réforme, développé le syndrome de l'institutionnalisation. Ils ne présentent plus les symptômes de leur pathologie originelle mais ont développé ceux de l'enfermement et les mettre dehors serait fatal pour beaucoup.

Je suis restée quelque temps sur cette île, plus que prévu. Je me suis habituée aux cris, à l'odeur de cigarette dans les bâtiments, au rythme des journées. J'ai écouté les patients, les gardiens, les deux psychiatres, les habitants de la ville proche. A mon retour à Athènes, je n'ai pu que constater que la Grèce n'était ni politiquement, ni humainement, prête pour une réforme qui permettrait une vraie avancée en matière de traitement de la psychiatrie. Difficile dans ces conditions de faire des préconisations qui finiraient au mieux dans les archives au fin fond d'un ministère... Etais-je déçue de n'avoir rien pu faire de concret ? Non, la tâche était trop vaste, mais j'avais été humaine et vécu des moments forts.

J'ai tout de même suivi de loin, à mon retour en France et marquée à jamais par cette expérience, ce qu'il se passait à Leros.

Le projet pilote qui a vu une vingtaine de patients du block 16 vêtus, accompagnés à l'extérieur, transférés dans des locaux réhabilités et suivi par un psychiatre a été abandonné au bout de 5 mois, par manque de financement... et de volonté réelle de faire changer les choses. Pourtant, redonner aux patients l'habitude de sentir du tissu sur leur peau, de voir leur image dans un miroir, d'être écoutés, de se sentir vivre n'était pas de l'ordre de l'impossible.

Le pavillon 16 a fermé en 1994 et le 11, celui des femmes, en 1996. Fin août 2011, le ministère de la santé grec a réduit de 50 % le budget destiné au Programme « *Psychargos* » de la réforme de la psychiatrie.

Aujourd'hui, après sa fermeture en 1997 sous la pression du scandale, les bâtiments en ruine de l'hôpital servent d'abri à quelques 300 réfugiés, syriens en majorité. Ils étaient 3000 en 2015, avant l'accord européen pour l'accueil des migrants. Utiliser l'asile pour les demandeurs d'asile, quelle ironie et quel pied-de-nez à l'histoire ! Mais l'histoire de la psychiatrie n'est-elle pas émaillée d'ambiguïté entre maison de santé et maison « *de force* », hospice et prison ? Cette discipline médicale, qui étymologiquement signifie : médecine de l'âme n'est-elle pas parfois et selon les pays répressive, ségrégationniste, anti-thérapeutique ?

Après mon retour en France, je ne cessais de sermonner mes collègues lorsqu'elles se plaignaient de leurs conditions de travail, argumentant qu'elles avaient de la chance d'avoir des moyens pour soigner, pour prendre en charge les patients... mais très vite, le quotidien a repris ses droits et j'ai renoncé à les convaincre qu'elles devraient arrêter de géindre ! J'ai réalisé que le contexte n'était pas le même, que nous étions en France et que je ne pouvais comparer ce qui était comparable.

Ai-je retiré du positif de tout cela ? Je ne peux répondre à cette question de façon certaine mais ce que je sais, c'est que cette plongée dans une autre psychiatrie a forgé une partie de la professionnelle que je suis devenue.

Ce dont je suis sûre, c'est que j'ai vécu des moments émouvants, éprouvants, mais aussi de bonheur lors de mon séjour. J'ai été émue plus qu'à mon tour, j'ai pleuré les soirs dans la maison où je vivais, mais aussi en partant et en disant au revoir à celles et ceux avec qui j'avais créé des liens. Je ne pouvais pas faire preuve de distance thérapeutique avec les patients parce que, dans ce lieu, on n'était pas dans le thérapeutique mais dans la survie.

Mais, dans un coin de ma tête, les souvenirs de mon passage sur l'île de Leros sont bien rangés, pas très loin. Je revois certains visages, j'entends la musique traditionnelle, le bouzouki et les chansons chantées par Socratis, le rire de Maria lorsque je me trompe de mot pour m'exprimer. Je sens encore l'odeur des souvlakis de la taverne du coin, celle du poisson pêché et cuit immédiatement sur la plage par les « *soignants* » avec lesquels j'ai sympathisé. Je revois les couchers de soleil, le bleu de la mer et du ciel, le sourire des patients en retour au mien quand je leur demande de parler moins vite, le pélican qui vient réclamer à manger sur le port, les chats qui peuplent la cour de l'hôpital, tout cela et bien d'autres choses encore.

En écrivant ces mots, l'émotion me submerge, tout me revient en boomerang. On ne sort pas indemne d'une telle expérience et, même si je ne voulais jusqu'alors pas parler de mon séjour sur « *l'île aux fous* », tout est toujours présent dans ma mémoire. C'est une réelle blessure psychologique dans ma carrière qui ne se refermera jamais vraiment. ■

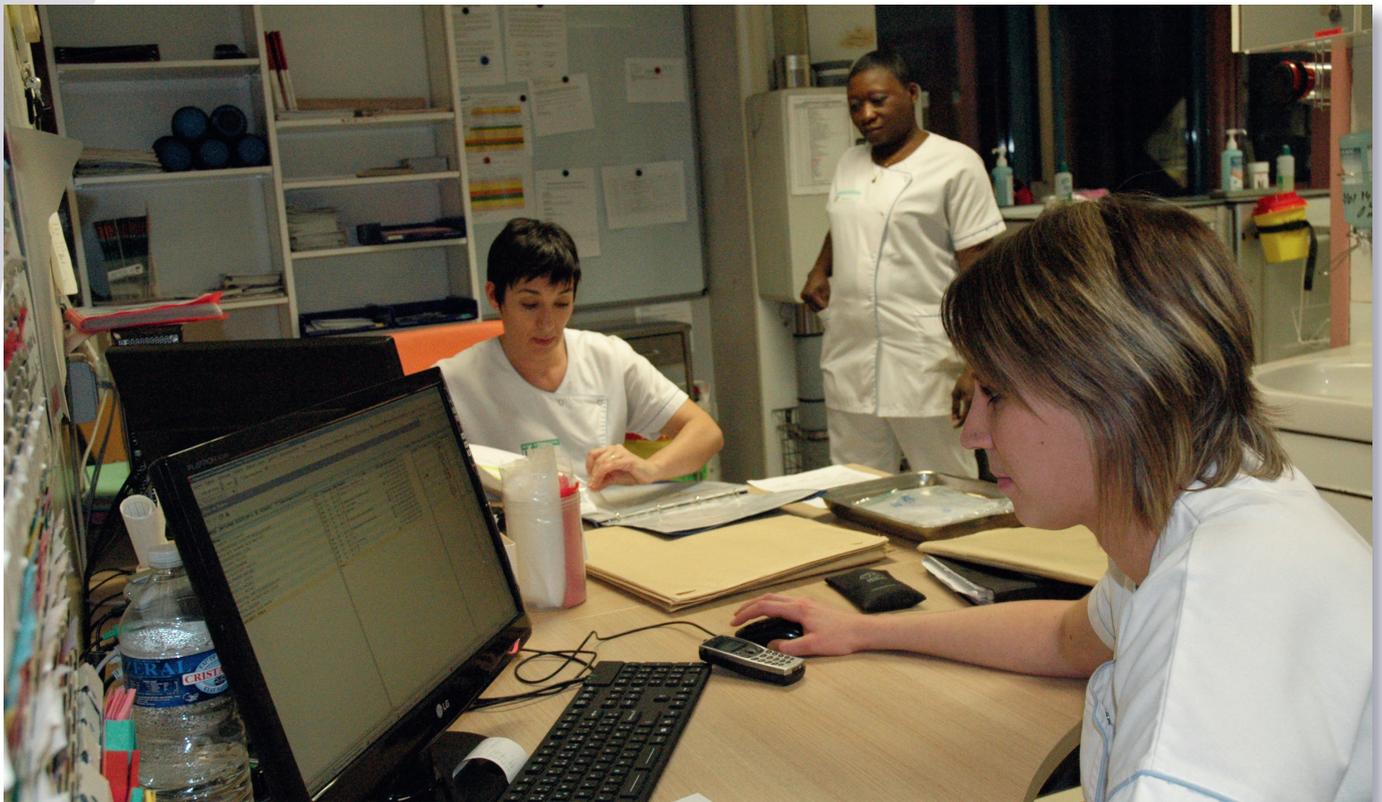
« *Les déceptions ne tuent pas et les espérances font vivre* »

Georges SAND

Nathalie PAWLOWSKI
Infirmière de secteur psychiatrique
Syndicat CNI MARTIGUES

Un article... Kézako ?

Ecrire est un challenge qu'il est parfois difficile de relever tant on trouve de bonnes raisons de ne pas « pouvoir ». L'exercice du TFE⁽¹⁾ est imposé et, par définition, chaque diplômé a réussi. Alors, pourquoi n'écrit-on pas plus ? Et, si à la fin de ce petit texte (article !) vous vous disiez : pourquoi pas moi ? C'est ce que je me suis proposé comme sujet dans cette revue du Syndicat CNI qui peut être une porte ouverte à l'inspiration pour partager entre pairs ce qui fait notre quotidien professionnel.



Méthodes : il en existe quelques-unes, c'est un peu le mode d'emploi, la trame, la façon de structurer notre pensée. Après le TFE qui suit des règles bien précises, le modèle IMRaD⁽²⁾ est le standard de l'article scientifique pour présenter un travail. Ce cadre qui peut sembler contraignant est surtout une façon de découper en phases ce que l'on veut communiquer. Il devient alors plus facile de remplir chacune des cases, ce qui est un mini travail, plutôt que de se perdre dans les dédales d'un récit ou notre affect l'emporte.

Introduction : elle précise le contexte et la raison du choix du sujet, ce qu'on croit, ce qu'on pense, ce que l'on veut prouver...

Matériel et méthode : qu'observe-t-on : cas concret, revue de littérature, analyse rétrospective... patients, dossiers...

Comment : nombre, rétrospectif, prospectif ?

Résultats : ce que j'ai trouvé, c'est une description

(1) TFE : Travail de fin d'études

(2) IMRaD : Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion.

de ce que je constate par mon observation.

Et Discussion : comment je l'interprète, ce qui prête à controverse, ce qui mériterait d'être éclairci, ce que les autres (bibliographie*) ont pu en dire, ce que j'en pense.

Conclusion : qu'ai-je réussi à montrer, ou pas ? Quelles pistes de travail se sont ouvertes en cherchant à prouver ce que je croyais ?

***Bibliographie définitions :** la bibliographie

- (1) Ensemble des connaissances des écrits publiés sur un sujet donné
- (2) Liste ou répertoire des ouvrages cités dans un écrit.

Discussion : d'autres plans peuvent convenir car, bien entendu, la vocation de notre revue est certes d'apporter des éléments objectifs au travers des explications de textes de loi, ce que font régulièrement les membres du BN (bureau national) mais également de partager des expériences singulières. Rapporter ce qui a pu être réfléchi localement, un travail d'équipe,

une interrogation ou suggestion personnelle à une problématique professionnelle est le meilleur moyen de progresser. L'intelligence collective n'est pas une somme mais un potentiel infini développé par la collaboration plurielle. Nous le faisons spontanément quand nous avons la chance d'aller en congrès, lors de nos assemblées générales, alors pourquoi s'en priver au quotidien ?

Je suggérerais une série de trois paragraphes d'aide à la construction de ce type de contribution :

- **Problématique** : Que se passe-t-il, quel(s) problème(s) se pose(nt), quelles en sont les conséquences (insatisfaction, perte de chance pour le patient, dysfonctionnements répétés...), qui est impliqué ?
- **Qu'avez-vous fait ? Quel rôle avez-vous joué ?** Réunion, enquête, interpellation d'autres professionnels, recherche de texte...
- **Qu'en a-t-il résulté ? Amélioration (laquelle ?) ou pas, pourquoi selon vous, quelles conséquences au quotidien ?**
- **Un petit mot de conclusion et le tour est joué !**

Le billet d'humeur ne vous a pas échappé, ce petit texte court est régulièrement utilisé dans notre revue. Ce peut être une façon de se lancer car, alors, on se contente de constater et expliquer ce qui nous a irrité (mauvaise humeur) ou comblé (bonne humeur).

Enfin, si vous n'avez pas l'utilité d'une méthode pour structurer votre discours, allez-y quand même. Le comité de lecture* appréciera l'intérêt collectif et si besoin vous demandera de préciser les points prêtant à confusion.

Ce petit article sans prétention a pour but de faciliter l'accès à l'écriture du plus grand nombre. Il peut paraître simpliste aux plus expérimentés mais qui donc peut prétendre être expert avant d'avoir commencé ? Nous sommes entre pairs, entre confrères, nous savons tous qu'écrire c'est exister

professionnellement, alors il est peut-être temps de profiter du tremplin de notre revue pour se lancer dans la grande aventure.

Au plaisir de vous lire. ■

Nicole TAGAND
Infirmière
Syndicat CNI AP-HM

Pour aller plus loin : les références bibliographiques

Niveau de preuve Décision médicale basée sur la preuve (évidence based médecine)

Niveau 1	Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyses d'essais randomisés	Grade A, preuve scientifique établie
Niveau 2	Essais comparatifs randomisés de faible puissance Etudes de cohortes Méta-analyses d'essais NON randomisés	Grade B présomption scientifique
Niveau 3	Etude cas témoins	
Niveau 4	Séries de cas Etudes descriptives Expérience professionnelle	Grade C Faible niveau de preuve

*Publication • Procédure ayant pour objet de porter à la connaissance de tous. • Action de rendre public. • Action de faire paraître un écrit. • Ouvrage imprimé, écrit publié VS PUBLICITE • Caractère de ce qui est public. Le fait d'exercer une action psychologique sur le public à des fins commerciales. • Action ayant pour objet de faire connaître une marque, d'inciter le public à acheter un produit, à utiliser un service... • Annonce, encart, film... conçus pour faire connaître et vanter un produit, un service... • Caractère de ce qui est public.

*Comité de lecture : composé de membres du Bureau National (BN). Il s'assure que le sujet n'a pas déjà été traité de la même façon, de la clarté de l'exposé, demande si besoin un complément d'information ou un reformatage si nécessaire. C'est une aide à la rédaction, en aucun cas une sanction.

<http://www.sotero.org>

<http://doccismef.chu-rouen.fr/avancee.html>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

https://odontologie.univ-amu.fr/sites/odontologie.univ-amu.fr/files/2014-2015_la_these_dexercice_mode_de_compatibilite.pdf

<http://docinsa.insa-lyon.fr/refbibli/>

Introduction	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexte de l'étude. ▪ Problématique et objectifs de l'étude.
Matériel & Méthode	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentation de l'étude, type, lieu, période, population. ▪ Critères d'inclusion/non inclusion. ▪ Mode de recueil des données. ▪ Méthode d'analyse des données avec tests statistiques, seuil de significativité et logiciels utilisés.
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résultats décrivant la population étudiée. ▪ Présentation des résultats sans interprétation sous forme écrite, de tableaux ou de schémas.
Discussion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyser les principaux résultats. ▪ Discuter des difficultés méthodologiques, biais, limites de l'étude. ▪ Relier ces résultats à d'autres résultats tirés de la littérature.

Le droit de grève...

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

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

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

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

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

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

Les assignations

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

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

La réquisition

La loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 instaure le pouvoir de réquisition du préfet sur le personnel public de santé. Cette réquisition est une procédure écrite qui émane de l'autorité judiciaire (préfet, police nationale ou gendarmerie) et qui peut être

Quelques définitions pour y voir plus clair

Le préavis

Pour être licite, la grève doit avoir fait l'objet d'un





utilisée dans le cadre de la grève dans le but d'assurer la permanence des soins. La réquisition est une procédure très lourde à mettre en place. L'agent est prévenu à son domicile de sa réquisition par un représentant de l'état. A noter que le secteur privé ne dispose d'aucun pouvoir de réquisition sur les personnels en cas de conflit dans un établissement même lorsqu'il s'agit d'organiser un service minimum.

Les assignations abusives

Serait considéré comme portant atteinte au droit de grève le fait d'assigner un nombre de personnes nettement supérieur à celui nécessaire pour assurer le fonctionnement du service minimum. Certains hôpitaux pourraient utiliser cette méthode afin de minimiser les pertes financières de l'établissement. En cas d'assignation abusive, un recours au tribunal administratif peut être engagé.

Droits et devoirs des agents assignés

Les droits et devoirs des agents assignés sont exactement les mêmes que pour un agent en service normal. L'agent doit exécuter l'intégralité des fonctions confiées au regard de l'organisation mise en place dans un contexte de service minimum. L'agent, sur sa tenue, peut indiquer qu'il est assigné.

Sanctions en cas de refus de l'assignation

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

La perte de salaire

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

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

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

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

- pour une journée de grève : 1/30^{ème} du traitement mensuel brut,
- pour une demi-journée de grève : 1/60^{ème} du traitement mensuel brut,
- pour une heure de grève : 1/234^{ème} du traitement mensuel brut.

Il vous est donc possible de soutenir les revendications sans perdre une journée entière de salaire.

A noter :

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

Sans assignation, tout agent peut faire valoir son droit de grève.

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

Rédaction du Bureau National du Syndicat CNI

Organisation du temps de travail dans la Fonction Publique Hospitalière...

Que disent les textes ?

L'organisation du temps de travail dans la Fonction Publique Hospitalière se base sur les décrets n° 2002-8 et 2002-9 du 4 janvier 2002.

Ces textes définissent les bornes horaires suivantes :

- un agent ne peut accomplir plus de 44 h par semaine,
- un agent ne peut travailler plus de 6 jours consécutifs.

Enfin, sur une période de 7 jours, un agent peut travailler 48 heures maximum, heures supplémentaires comprises.

Pour les équipes de jour, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 h.

Pour les équipes de nuit : la durée quotidienne de travail ne peut excéder 10 h.

Dans tous les cas, la durée de travail de nuit inclus la période comprise entre 21h et 6h du matin ou toute autre période de 9h consécutives entre 21h et 7 h du matin (décret 2202-9 du 04.01.02).

Toutefois lorsque les exigences de continuité de service l'exigent en permanence, le Directeur peut, après avis du CTE, déroger à la durée quotidienne de travail pour les agents en horaire continu sans que l'amplitude ne puisse dépasser 12 h.

Pour les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées.

Et les « coupures » ?

Pour le travail discontinu, l'amplitude est limitée à 10h30. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de 2 périodes d'une durée minimum de 3 h.

Et les repos ?

Les repos hebdomadaires doivent être de **36 h minimum**.

Les textes prévoient 4 repos par quinzaine dont **2 au moins consécutifs** et dont **au moins un dimanche**.

Une pause de 20 minutes est accordée quand le temps de travail quotidien est supérieur à 6 h.

Temps de travail effectif (TTE)

La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.

Lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis.

Modification d'horaires ?

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.

Revendiquer le respect de vos repos et le respect de la législation concernant l'organisation du temps de travail est bien un droit ...

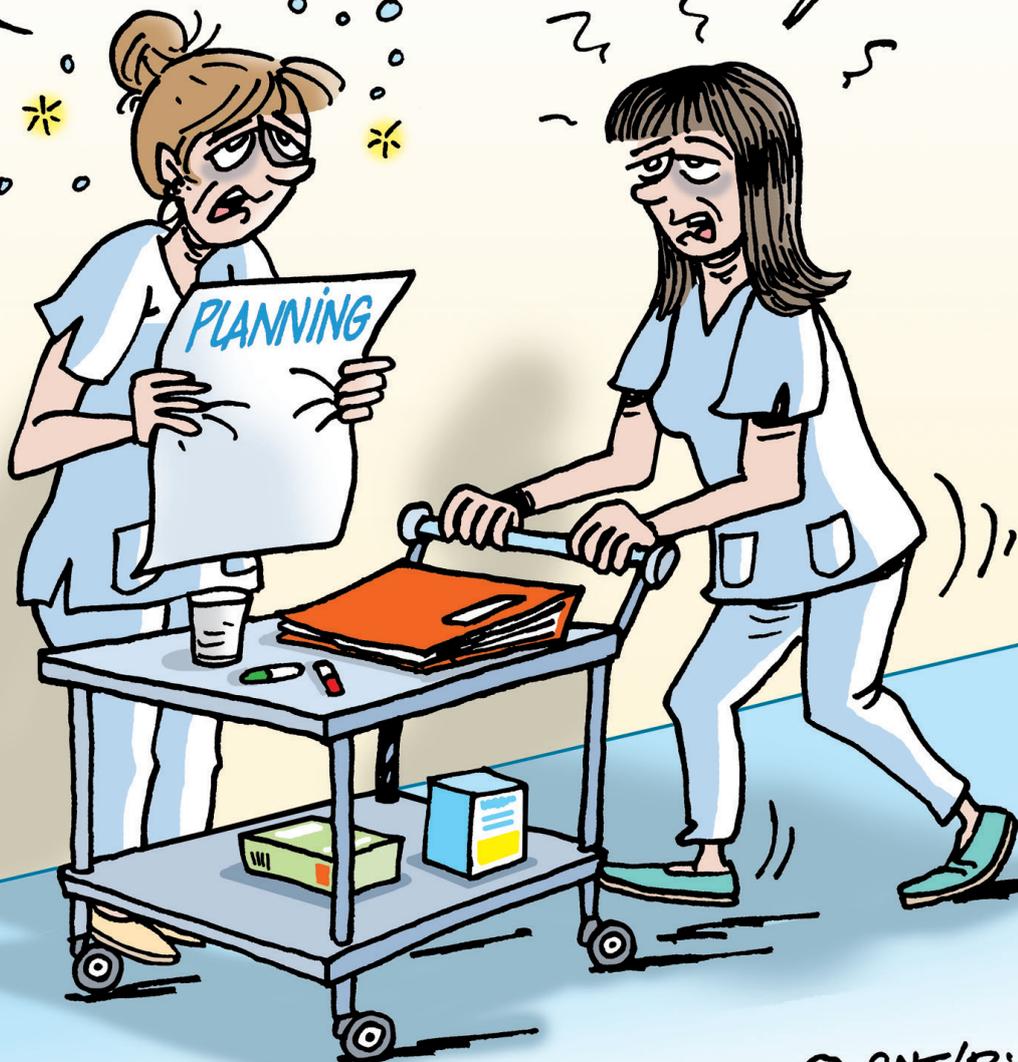
Revendiquer le respect de vos repos, c'est également prendre soin de vous pour garder un bon équilibre entre vie personnelle et professionnelle, rester vigilants et ainsi prodiguer des soins de qualité. ■

*Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI*

Organisation du temps de travail dans la Fonction Publique Hospitalière...

AVEC LA DIRECTION
ON N'A PAS LA MÊME
HORLOGE...

CHEZ EUX, Y'A
28 HEURES DANS
UNE JOURNÉE!!...



© CNI/Biz



Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Etablissement ou secteur d'activité :

N° Tél : Email :

Service : N° Poste : Grade : Catégorie / Collège :

Date :

Signature :

Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%.

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

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

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

Joignez à ce bulletin, un chèque de ... € à l'ordre de la Syndicat CNI dont vous dépendez, **CNI de** envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

Syndicat CNI
270, Boulevard Sainte Marguerite
13 009 Marseille

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

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

Contacts

Tél : 04 91 74 50 70 / Fax : 04 91 74 61 47

Email : tresoreriecni@gmail.com

www.svndicat-CNI.org



CONGRÈS EUROPÉEN DU TOUCHER-MASSAGE®

conférences / forums soignants / ateliers d'initiation

« le cœur entre les mains »

11-12 JUIN 2018 DIJON

LA PLACE DE L'HUMAIN AU COEUR DES SOINS

En 2018, nous vous proposons de réfléchir ensemble à ce que serait un système de soins davantage fondé sur la place de l'humain dans sa singularité et sa sensibilité, tant pour celui qui reçoit des soins que pour celui qui a choisi pour métier d'en donner.

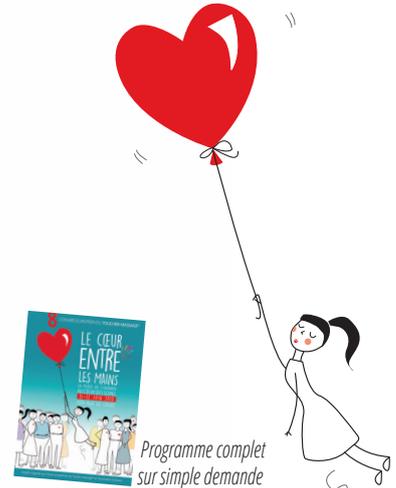
11 GRANDES CONFÉRENCES

- > *Michel Dupuis, Philosophe...* « Prendre soin d'autrui comme phénomène et comme énigme »
- > *Diane Grober-Traviesas, directrice d'FSI...* « Comment valoriser l'humain chez chaque soignant en apprentissage ? »
- > *Déborah Lablanche, Infirmière...* « La pratique du Toucher-massage chez le nouveau-né hospitalisé »
- > *Christophe Pacific, Docteur en philosophie...* « Du détail clinique au souci d'autrui, une éthique de l'attention »
- > *Sandra Meunier, Clown Neztoiles...* « Haut les cœurs pour accompagner... »

6 ATELIERS D'INITIATION PRATIQUE AU TOUCHER

Accompagner et soutenir la personne présentant des troubles psychiques / Accompagner par le toucher en fin de vie / Relation d'aide par le biais du clown / Dynamiser les équipes par les Massages minute / Toucher-massage en pédiatrie...

2 FORUMS ANIMÉS PAR DES SOIGNANTS



RENSEIGNEMENT 03 80 74 27 57 / INSCRIPTION www.ifjs.fr

Organisé par l'École européenne du Toucher-massage® / Institut de formation Joël Savatofski et l'association Soillance ART

Syndicat



CNI

Syndicat des Professionnels de Santé

270, boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE

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

Courriel: coord-nat-inf@hotmail.fr

<http://syndicat-cni.org>



GROUPE DROUIN

MAÎTRE IMPRIMEUR

groupedrouin.fr



92, avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE

Tél. 04 73 26 44 50



Nous imprimons tout *

[All we need.]

VOUS DISPOSEZ DÉJÀ
D'UNE STRATÉGIE MARKETING ET
SOUHAITEZ FAIRE DES ÉCONOMIES...
La solution ALL WE NEED est faite pour vous.

- CONSEIL
- INNOVATION PRODUIT
- PROTOTYPAGE
- SÉCURISATION DE VOS DOSSIERS
- ENGAGEMENT SOCIÉTAL
- PLAN QUALITÉ PREMIUM
- PLANNING EN LIGNE



« ALL WE NEED se différencie par son positionnement dédié aux entreprises désireuses de travailler directement avec un imprimeur disposant d'experts spécialisés dans chaque métier que compose les arts graphiques. »

92, avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE
Tél. 04 73 26 44 50
www.allweneedfrance.fr



*...ou presque