

Coordination Nationale Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org

Revue d'information de la Coordination Nationale Infirmière - Syndicat professionnel - Janvier 2009



N°28



Sylvie N.
Infirmière

Être mieux formé pour mieux aider les autres.

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

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

Alors pourquoi pas vous ?



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

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



BIZ POUR LA COORD
Janvier 2009

COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE

Hôpital Sainte Marguerite
270 boulevard Sainte Marguerite
13009 MARSEILLE
Tél : 04 91 74 50 70 • Fax : 04 91 74 61 47
E-mail : coord-nat-inf@hotmail.fr

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

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

Directeur de la publication
Nathalie DEPOIRE

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

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

Comité de Rédaction
CNI AP-HM

Photos
Bruno LAULIN
Stephane SCHOFFEN

Dessins
Pierre BIZALION

Maquette
Stephane JUILLA

Photos réalisées dans les services de chirurgie ambulatoire (plastique et brûlés) et des grands brûlés du Centre François Xavier Michelet du CHU de Bordeaux et les services de pédiatrie et de réanimation du Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard. Nous remercions chaque membre du personnel pour son accueil et sa gentillesse.

Impression
La Nef Chastresse

Dépôt légal à parution

Toute l'info de la profession sur :
www.coordination-nationale-infirmiere.org

5 Éditorial

6 Responsabilité pénale IDE

- Des infirmières accusées au pénal
Gilles Devers

11 H.P.S.T.

- Hôpital, Patients, Santé et Territoires,
la star du moment.....
Eric Audouy

15 H.P.S.T.

- Hôpital, Patients, Santé et Territoires,
propositions d'amendements.....

20 Psychiatrie

- Nous avons deux maux à vous dire
Marie-Dominique Girard

22 Formation professionnelle

- Nouvelle législation à l'hôpital....
Marie-Dominique Biard

25 Salon Infirmier

- Care 2008 : l'évènement para-médical de Marseille.....
Eric Audouy - Marie-Do Biard
- Salon Infirmier de Paris.....p.26
Nathalie Depoire

29 Conditions de travail

- Témoignages.....

31 Formation

38 LMD Infirmier

- Rêve ou réalité ?.....
Nathalie Depoire, Christophe Roman

42 Territoriales

- Reclassement : enfin entendues et reconnues.....
Jeannine Houniey

43 Juridique

- Rémunération des agents à temps partiel effectuant des heures supplémentaires dans la FPH.....
Andrée Renoir

44 CNI Rouen : 1988 - 2008

- La Coordination du CHU de Rouen renaît de ses cendres !.....
Andrée Renoir

45 Droit de grève

- Le droit de grève à l'hôpital.....
Pierre Bertaud, Nathalie Depoire, Andrée Renoir
- Billet d'humeur.....p.47
Danièle Hengen

48 Groupe de parole

- Témoignage d'une psychologue..
Catherine Bridel

50 Les pansements

- Quel pansement pour quelle plaie ?
- TPN : de la cicatrisation dirigée à la cicatrisation mécanique.....p.55
Isabelle Fromantin, Sylvie Meaume, Luc Téot

57 Ordre Infirmier

- Pertinence d'une adhésion à la CNI alors qu'un ordre vient de naître..
Valérie Helbois

60 Étudiants

- Prenez soin de vous les soignants.
Cédric Juliens

63 Salaire au mérite

- Enquête : qu'en pensez-vous ?..
CNI la Timone

65 Offres d'emploi

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

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



Assurance Personnelle des Infirmiers et des Aides-Soignants

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

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

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



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

GMF en ligne  0 820 809 809

0,12 € TTC la minute

OU

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

Tristes fêtes de fin d'année pour les infirmier(e)s !

De nombreux postes non remplacés, un absentéisme mal géré entraînent de nombreux rappels.

Fatigués et souvent découragés, ils sont bien peu à profiter le cœur léger des traditionnelles agapes.

A leurs conditions de travail souvent pénibles, et ce quelque soit leurs secteurs d'activité viennent s'ajouter de tragiques erreurs très médiatisées. Nous ne développerons pas sur le fond des affaires qui font actuellement l'objet de procédures. Toute la lumière doit être faite afin d'identifier la chaîne de responsabilités et de tout faire pour que cela ne se reproduise pas.

Nous soulignerons néanmoins la mise en garde à vue prolongée d'une collègue qui se voit traiter comme une criminelle ce qui heurte et provoque un malaise chez tous les hospitaliers.

Le sujet est présent dans tous les esprits, dans de nombreuses conversations avec cette terrible question : et si c'était moi cette infirmière ?

Comment en effet ne pas y songer ? Simplement parce que l'erreur est humaine mais aussi parce que ce risque potentiel, connu de chaque professionnel a pris corps. Le contexte hospitalier actuel par ses conditions de travail dégradées majore cette prise de risque. Ce qui amène également l'infirmière à ce terrible examen de conscience : le jeu en vaut-il la chandelle ?

Responsabilités croissantes, course à l'acte et manque de reconnaissance, le tout pour un salaire bien peu en adéquation : la remise en question est inévitable !

Face à la crise hospitalière, le gouvernement répond par un maître mot : réorganisation. Le manque de moyens est nié et l'accent est mis sur **H.P.S.T.** : **H**ôpital **P**atients **S**anté et **T**erritoires. Présenté comme **LA** solution à tous nos maux cette nouvelle réforme hospitalière est loin de nous rassurer.

Après la réforme tarifaire (T2A) instaurée par « Hôpital 2007 » qui a déjà bien éprouvé les hôpitaux, ce nouveau texte achève la transformation de l'hôpital public qui devient une véritable entreprise avec une notion de rentabilité sous jacente laissant à penser que les véritables missions de l'Hôpital public pourraient être mises de côté. De plus, alors que la filière infirmière représente plus d'un quart du personnel des hôpitaux, les infirmières sont les grandes oubliées des nouvelles instances hospitalières.

Prendre en compte l'avis de ces professionnels, pivot de la chaîne pluridisciplinaire du soin : impensable pour les pouvoirs publics ! On nous maintient au rang de « petites mains » !

Et pourtant « les héroïnes du quotidien » que nous sommes, selon les propos du président de la république lors de son discours de Strasbourg le 9 janvier dernier verront en 2009 la réforme de leur formation initiale. Un nouveau programme d'études sera mis en place en septembre 2009.

Avancée partielle ou réelle évolution porteuse d'opportunité pour la profession et l'offre de soins, l'avenir nous le dira car la réforme est en cours... Pour l'heure, nous continuons à nous heurter à un refus concernant la création en France d'une discipline en Sciences Infirmières.

La psychiatrie figure également au chapitre des réformes annoncées et là encore, il est impératif que la profession fasse entendre sa voix. La prévention doit prendre toute sa place et les moyens d'une réelle prise en soins doivent être actés.

Traditionnellement, cet édito de début d'année est porteur de vœux mais cet exercice est rendu bien complexe par le climat hospitalier où les usuels « bonne année » tombent à plat tant ils sonnent faux. Chacun étant convaincu d'une année à venir bien difficile.

La Coordination Nationale Infirmière tient néanmoins par ma voix à vous présenter ses meilleurs vœux. Vous souhaitant santé et énergie pour faire face au quotidien et préserver ce à quoi les soignants tiennent : la qualité des soins !

La CNI formule également fortement le vœu que 2009 voit les infirmières se fédérer et s'exprimer pour que notre profession soit enfin reconnue et entendue !

Coord'ialement



Nathalie DEPOIRE ■

Présidente CNI Coordination Nationale Infirmière



La responsabilité pénale de l'infirmière

Des infirmières accusées au pénal

L'affaire survenue le 23 décembre 2008 à l'Hôpital Cochin-Saint-Vincent de Paul, à Paris, a bouleversé la France. Ilyes, un jeune enfant est admis dans l'après-midi au service de pédiatrie générale pour la forme grave d'une angine. Parmi les soins apportés, une perfusion de sérum glucosé, qui vise surtout à assurer une bonne hydratation.

Une infirmière, expérimentée par onze ans de pratique dont quatre dans le service, se trompe dans la préparation, et installe une perfusion de chlorure de magnésium. L'enfant s'affaiblit rapidement. Sa famille alerte le personnel, qui d'abord minimise les signes, avant de réagir devant l'aggravation de l'état, mais il est trop tard et toute réanimation sera vaine. Ilyes, 3 ans, n'aurait jamais du mourir. Voilà bien le seul point qui fait accord dans cette triste affaire, qui conduit à s'interroger sur les réalités de la responsabilité des personnels de santé.

La cause du décès est-elle connue ?

On s'en approche. Le taux de produit retrouvé dans le sang de l'enfant serait supérieur à des taux connus comme mortels. On s'interrogeait beaucoup sur la fulgurance des effets, alors qu'une perfusion de chlorure de magnésium n'est pas connue pour présenter de tels risques. Or le produit aurait été utilisé pur et non dilué, ce qui ne manque pas de surprendre. L'erreur entre deux produits est établie. De même, il semble bien que ce produit n'aurait jamais du se trouver à cet endroit-là.

Les secours sont-ils arrivés avec retard ?

Roselyne Vasseur, la coordinatrice générale des soins du groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, conteste le retard de l'équipe de réanimation. « Nous attendons les résultats des enquêtes en cours mais on peut dire que l'équipe de réanimation est arrivée très rapidement et que l'équipe de soins avait déjà mis en œuvre les mesures conservatoires conformes ». Il est vrai que ces établissements ont une vraie capacité de réaction. La question posée est davantage, semble-t-il, le retard à réagir devant l'aggravation de l'état de l'enfant. Or, ce retard peut-il être considéré comme une négligence ? Rien d'évident. Pour l'équipe présente dans le service, il s'agit d'un enfant venu pour une mauvaise angine, fatigué, qui a besoin d'être hydraté, et qui a pour tout traitement une anodine perfusion de glucosé. Devant ce tableau *a priori* rassurant, un infirmier peut sous-estimer l'interprétation de certains signes.

D'après la ministre, l'infirmière aurait reconnu son erreur

Oui, mais ça ne nous fait guère avancer. Beaucoup de points doivent être examinés. L'idée qui se dégage est que la prescription médicale n'est pas en cause, et qu'il y a eu une inversion de produits lors de la préparation. D'où une série de questions pour savoir

comment le fait a eu lieu. Produits mal rangés dans la pharmacie ? Inattention ? Mauvaise compréhension de l'ordonnance ? Traitement préparé pour un autre patient ? Quelles mentions portées dans le dossier de soins infirmiers ? Surtout, cette erreur est-elle la seule cause du décès ? Impossible de se prononcer sans les conclusions de l'autopsie.

La cause exacte du décès est-elle connue ?

Non, et c'est pour cela qu'il faut être très prudent. Le décès est lié à la perfusion, c'est certain, mais ça ne suffira pas pour la justice. Il faudra un examen attentif du temps qui s'est déroulé entre la pose de la perfusion et le décès. A partir de quand les premiers signes d'aggravation sont-ils apparus ? Jusqu'à quelle heure une réanimation aurait-elle pu être efficace ? L'alerte aurait-elle pu être donnée plus tôt ? Une réanimation aurait-elle été efficace à ce moment là ? Où était-ce déjà trop tard ? Comment expliquer une telle aggravation alors que le produit, même donné par erreur, n'est a priori pas d'un danger tel ? Quelle a été la dilution ? Je rappelle qu'il s'agissait d'un traitement simple chez un enfant fatigué. Il n'y avait pas d'enregistrement de la surveillance, et l'enfant pouvait être somnolent sans que cela soit alarmant.

Peut-on parler de responsabilité de l'infirmière ?

Sans précision sur ces questions, on ne peut rien dire. Le seul élément qui paraît établi c'est l'intervention d'un produit pour un autre. Ce qui interroge beaucoup, c'est la rapidité du décès, et l'impossibilité de toute réanimation. L'infirmière paraissait seule en cause, dans la préparation et la surveillance, et l'erreur sur le produit était reconnue et prouvée. Mais le recours à l'instruction montre que les faits sont plus complexes. Pour qu'une condamnation soit prononcée, il faut identifier une faute, et prouver la certitude du lien de cause à effet entre cette faute et le décès.



Y-avait-il sous effectif ?

D'après Dominique Giorgi, le secrétaire général de l'AP-HP, les 11 patients hospitalisés dans le service mercredi en début de soirée étaient pris en charge par un cadre de puériculture, trois infirmières, trois aides-soignantes et un agent hospitalier, soit un effectif plus que correct. Cela n'accrédite pas la thèse de la surcharge de travail.

Une infirmière risque une condamnation pénale pour une simple erreur ?

Non. La loi a toujours reconnu le droit à l'erreur : « errare humanum est ». La responsabilité commence avec la faute, que le Code pénal retient à partir du seuil de l'imprudence, de la négligence ou de l'inattention. Ici, dire qu'il y a une erreur, c'est un constat : un produit a été administré au lieu d'un autre. Ça n'apporte pas de lumière sur une éventuelle responsabilité. La véritable question est : cette erreur résulte-t-elle d'une faute de négligence ou d'inattention ? Et c'est là qu'il faut avoir tous les éléments du dossier, dont la personnalité de l'infirmière, pour analyser si on est sur le terrain de l'erreur - un acte prudent et attentif qui se révèle inapproprié - ou de la faute - un acte imprudent ou négligent. Cette analyse doit porter sur les trois phases de l'affaire : préparation de la perfusion, surveillance de l'enfant, organisation de la réanimation. ●●●

Le placement en garde-à-vue est-il habituel ?

Non. Roselyne Bachelot a parlé trop vite. C'est une procédure à l'évidence légale, mais qui est rare dans une affaire de responsabilité médicale.

Elle était légale, car elle répondait au cadre - hélas très large - de l'article 63 du Code de procédure pénale : « *L'officier de police judiciaire peut, pour les nécessités de l'enquête, placer en garde à vue toute personne à l'encontre de laquelle il existe une ou plusieurs raisons plausibles de soupçonner qu'elle a commis ou tenté de commettre une infraction.* » Contrairement à ce que j'ai pu lire, il n'existe pas de restriction à la garde-à-vue pour les infractions involontaires. C'est une pratique courante pour les accidents graves de la circulation, avec la même infraction, homicide ou blessures involontaires.

« *Pour les nécessités de l'enquête...* » Ca laisse les coudées très larges à l'OPJ et au procureur. Difficile d'en dire davantage sans connaître le dossier, et savoir les auditions ou démarches qui ont été effectuées. Mais, entre nous, ça ressemble quand même beaucoup à une facilité que s'est donnée la police. Dans de telles affaires, il est toujours procédé à une instruction judiciaire. Aussi, à partir du moment où il apparaissait que l'instruction était inévitable, notamment pour avoir les résultats des examens et de l'autopsie, le maintien de la garde-à-vue devenait critiquable. L'infirmière n'allait pas s'envoler dans la nature, et le risque de concertation frauduleuse entre les témoins était facilement maîtrisable. La garde-à-vue, et surtout son renouvellement, posent question.

Une infirmière exerçant à l'hôpital public peut-elle être condamnée personnellement ?

Sur le plan pénal, oui, comme tout citoyen. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait intention de nuire pour se retrouver en correctionnelle. La faute par imprudence, dès lors qu'elle a causé la mort ou des blessures à une personne, suf-

fit. La loi autorise les tribunaux à prononcer de la prison ferme, mais en général, la jurisprudence est plutôt de quelques mois de prison avec sursis. En revanche, le fait que l'infirmière soit condamnée au pénal ne remet pas en cause le fait que **c'est l'employeur, en l'occurrence l'AP-HP, qui garde la charge d'indemniser les familles.**

Sa carrière est-elle remise en cause ?

L'infirmière a-t-elle encore la volonté d'exercer ? C'est la première question à lui poser. Elle devra dépasser le sentiment de culpabilité qui, à coup sûr, l'assaille. Trouvera-t-elle la force de reprendre un jour son métier ? Je lui souhaite, mais c'est une question très personnelle. Maintenant autre chose est de savoir si elle peut être interdite d'exercer. Une suspension d'exercice est possible, le temps de l'enquête, et un tribunal correctionnel peut prononcer une interdiction d'exercer. L'employeur doit aussi décider d'éventuelles suites disciplinaires. Mais être condamné au pénal dans une telle affaire ne veut pas dire *ipso facto* que c'est la fin d'un exercice professionnel. Aussi grave que soient les conséquences, le fait d'origine reste une inattention.

L'infirmière est mise en examen pour homicide involontaire...

C'est la qualification idoine, celle qui conduit des médecins et des infirmiers en correctionnelle. L'homicide involontaire est défini par l'article 221-6 du Code pénal comme le fait de causer « *par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui.* » Rien à dire sur cette mise en examen. L'infirmière est alors assistée d'un avocat, et elle a accès au dossier pour organiser sa défense.

Pourquoi déjà une interdiction d'exercer ?

Le juge d'instruction peut prendre



cette mesure dans le cadre du contrôle judiciaire, prévu par l'article 138 du Code de procédure pénale, et ce « *en raison des nécessités de l'instruction ou à titre de mesure de sûreté.* » Le 12° de cet article permet au juge d'interdire à la personne mise en examen « de se livrer à certaines activités de nature professionnelle. » Ce n'est pas un préjugement. Passé quelques temps, l'infirmière pourra demander la levée de cette mesure, qui n'apparaîtra peut-être plus justifiée.

La structure hospitalière est-elle en cause ?

Peut-être, mais rien ne permet de l'affirmer. Le fait que l'établissement connaisse une tension budgétaire et soit destiné à une fusion pouvait alourdir l'ambiance. Mais pour parler de responsabilité, il faudrait prouver des faits précis ayant un lien de causalité certain avec le décès. De même, on évoque des failles dans le circuit du médicament. A supposer que ce soit le cas, il ne pourrait y avoir extension des poursuites pénales que si étaient démontrées des fautes, imputables à des personnes identifiées, et dont on serait certain qu'elles ont participé au décès. Aucun élément n'accrédite pour le moment cette thèse.

Que risque l'infirmière ?

Le Code pénal permet de prononcer jusqu'à 3 ans de prison et 45 000 euros d'amende, et ces peines peuvent être

portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende en cas de « violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence », ce qui pourrait être envisagé au regard de la réglementation infirmière. Mais dans la pratique, les peines prononcées sont toujours beaucoup plus limitées : quelques mois avec sursis, et pas d'amende.

J'ajoute, car la confusion est fréquente, que même si l'infirmière est condamnée au pénal, l'hôpital conserve la charge de la réparation civile, c'est-à-dire du versement des dommages et intérêts à la famille. Et l'hôpital n'a pas de recours contre l'infirmière, car la faute a été commise dans le cadre des fonctions qui ont été confiées. L'hôpital peut engager des poursuites disciplinaires, mais celles-ci ne portent que sur l'appréciation de la faute, qui semble-t-il est une simple inattention.

L'infirmière supporte-elle la charge financière de sa défense ?

Non. Elle bénéficie comme tous les agents publics de la protection fonctionnelle, définie par l'article 11 du statut général. Elle choisit librement son avocat, et les honoraires de défense sont pris en charge par l'hôpital.

Pourquoi cette impression de rudesse de la procédure ?

C'est le problème de la confrontation de professionnels, recherchés pour des fautes commises sans intention de nuire, avec la dureté du Code de procédure pénale.

Nul n'est à l'abri. Des professionnels chevronnés faillissent un jour, avec de lourdes conséquences. Et la justice a une mission quasi impossible : rester juste avec l'auteur des faits et répondre à la hauteur de l'attente des victimes, confrontées à l'épreuve de leur vie. Comment faire converger ces points de vue à travers une décision de justice ?

Cette affaire illustre-t-elle la judiciarisation croissante des activités de santé ?

C'est une donnée ressentie, mais qui est fautive. La réalité est inverse : c'est un recul du pénal depuis vingt ans. Le risque pénal ne peut disparaître, dès lors qu'une faute par maladresse ou inattention peut causer un dommage corporel, allant jusqu'au décès. Mais pour toute l'activité de tous les professionnels de santé (un million de personnes et de milliers d'actes pour chacune) on estime qu'il y a une trentaine de condamnations pénales par an. Donc, ça existe, mais c'est très marginal. 98% des recours sont exercés sur le plan indemnitaire, contre l'hôpital et son assureur.

La loi est-elle trop sévère pour les professions de santé ?

Le législateur a beaucoup fait pour raréfier le pénal et orienter vers le civil, avec trois étapes principales.

La loi n° 96-393 du 13 mai 1996 a

amorcé la dissociation de la faute civile et de la faute pénale, de telle sorte que la faute pénale est plus compliquée à prouver. Surtout, le juge peut ne pas retenir la faute pénale tout en admettant la faute civile. Sur le plan de l'efficacité, il est donc moins intéressant de choisir le pénal.

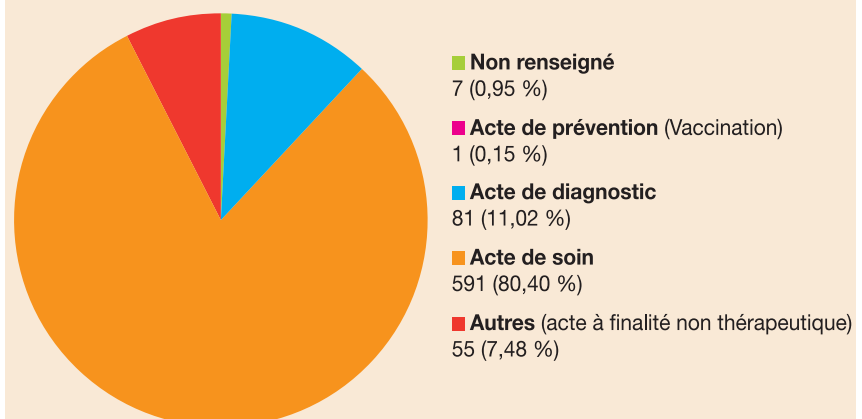
Ensuite, la loi n° 2000-647 du 10 juillet 2000, connue sous le nom de loi Fauchon, a apporté de nouveaux éléments de qualification de la faute pénale involontaire. Rien n'est impossible, mais la preuve est plus difficile encore. L'objet de la loi est de laisser une marge pour assumer le risque.

Dernière étape, avec la loi n° 2007-291 du 5 mars 2007. Un particulier ne peut plus porter plainte avec constitution de partie civile d'emblée, et donc saisir un juge d'instruction. Il doit procéder par une plainte simple auprès du procureur de la République, lequel dispose d'un délai de trois mois pour donner suite ou non. C'est une forte protection apportée aux professionnels, qui pouvaient se trouver exposés à des plaintes avec constitution de partie civile parfois intempestives. ●●●

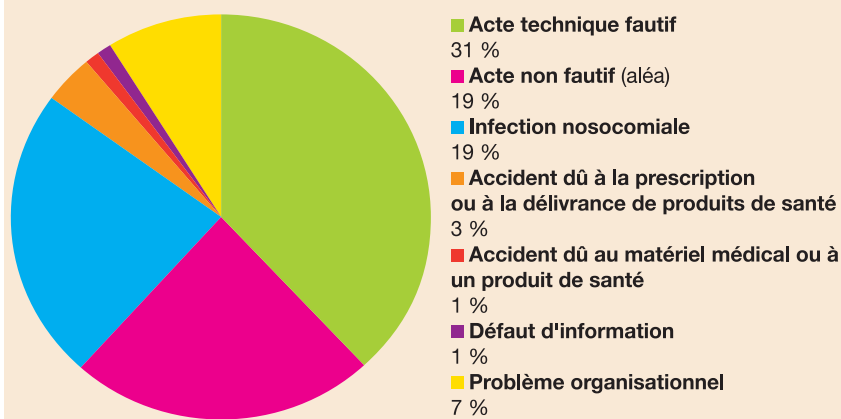
Deux accidents graves par jour dans les hôpitaux

En 2006, on a compté 735 accidents médicaux graves dans les structures hospitalières. Ce sont les chiffres de l'Observatoire des risques médicaux. Le dernier rapport publié concerne l'année 2006, mais les chiffres restent du même ordre de grandeur.

L'Observatoire avait recensé 735 accidents graves, en distinguant :



Au sein de l'activité de soin, première cause des dommages, la répartition est la suivante :



Tout cas individuel est dramatique, et mérite une réponse très personnalisée. Mais les chiffres de l'Observatoire montrent qu'il est impossible, au seul vu de ces événements dramatiques, d'en tirer des leçons générales sur les difficultés actuelles des hôpitaux.

Dispose-t-on de chiffres sur le plan pénal ?

Il n'existe pas de statistique d'ensemble. On peut s'intéresser aux chiffres publiés par la SHAM, le très majoritaire assureur des établissements de santé, dans

son rapport 2006, le dernier publié.

Au pénal, il y a eu 48 dossiers clos en 2006, concernant :

Personnel médical	22
Personnel soignant	13
Personne morale	2
Directeur	7
Autres	4

Les poursuites pénales visent en premier lieu les médecins (46 %) ainsi que le personnel soignant (27 %). Les Directeurs d'établissement sont exposés personnellement à des poursuites

notamment dans des domaines comme la sécurité des installations incendie, la restauration collective, la passation des marchés publics, l'organisation des soins ou l'environnement (eau).

Très intéressant, le sort de ces 48 procédures :

Classement sans suite 13
Non-lieu 28
Relaxe 2
Condamnation 5

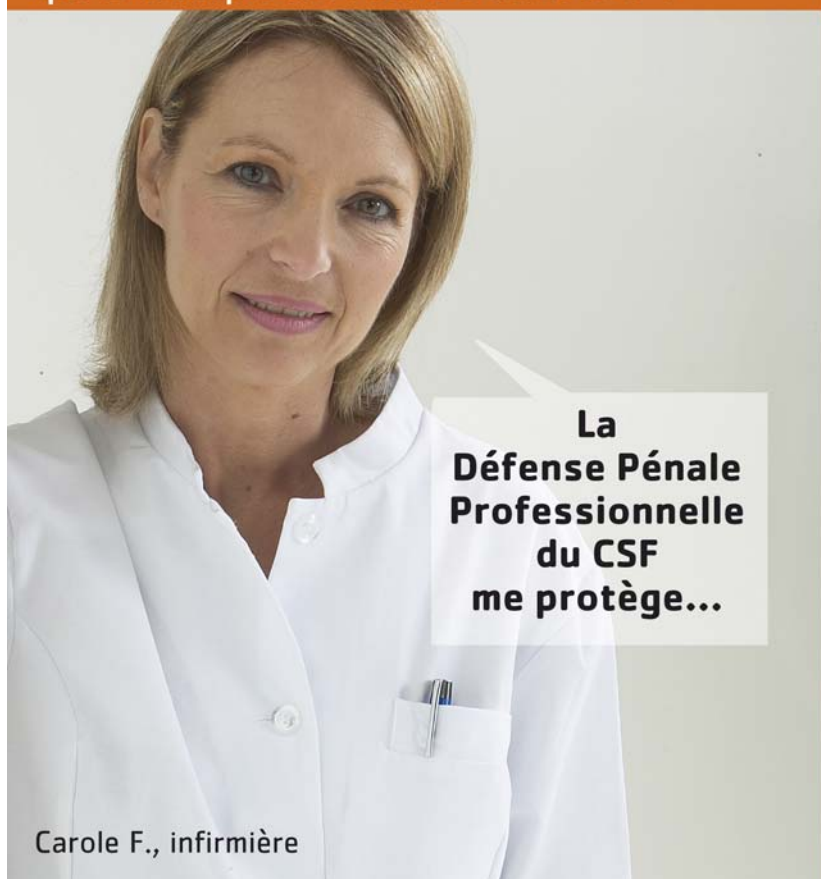
Ainsi, parmi les dossiers clos en 2006, la majorité des poursuites engagées à l'encontre des personnels hospitaliers a abouti à un non-lieu (59 %). Dans 4 % des cas une relaxe a été prononcée et dans 10 % des cas, l'affaire n'a pas connu de suite.

Si ces données rappellent que les professionnels de la santé sont exposés à des poursuites pénales, une affaire sur 10, seulement, a débouché sur une condamnation. Ainsi, même marginale, c'est une réalité. Mais avec la médiatisation de ces affaires, il est bien possible que les patients réorientent leurs démarches, en revenant aux plaintes pénales.

Gilles DEVERS ■

Avocat, Barreau de Lyon

Si vous commettez une **ERREUR...**
qui s'occupe de votre **DÉFENSE ?**



La
**Défense Pénale
Professionnelle
du CSF
me protège...**

Carole F., infirmière



Adhérez, cotisez
et profitez de tous les
services de la carte CSF

04 42 60 53 66

www.csf.fr

Le Crédit Social des Fonctionnaires est une association, loi 1901, siège social : 9 rue du Faubourg Poissonnière - 75313 Paris cedex 09. Pour adhérer au Crédit Social des Fonctionnaires, il vous suffit d'acquiescer une fois pour toute une adhésion de 41,92 € par personne. Devenez cotisant et profitez de tous les services et avantages sélectionnés pour vous, pour seulement 18 € par an et par foyer.

Pour la Défense Pénale et Recours Pénal Professionnels, le partenaire du CSF est Assistance Protection Juridique - RCS Bobigny 334 656 386, APE 6512 Z, Société anonyme d'assurance au capital de 6 372 592 € régie par le Code des Assurances, « Le Vendôme », 12 rue du Centre 93196 Noisy Le Grand Cedex.





Hôpital, Patients, Santé et Territoires H.P.S.T.

la star du moment !

Le projet de loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (H.P.S.T.) a fait couler beaucoup d'encre depuis fin août.

Les réactions ont été vives de toute part car beaucoup se demandent quelles pourraient être les conséquences d'un tel projet sur nos Hôpitaux et sur l'organisation de la Santé en France.

D'ores et déjà notre organisation syndicale s'insurge contre le fait que la place de l'infirmière dans le système de gestion hospitalière est minimisée voire occultée.

De plus, il paraît évident qu'il s'agit d'une privatisation déguisée de l'hôpital public qui deviendra une véritable entreprise avec une notion de rentabilité sous jacente laissant à penser que les véritables missions de l'Hôpital public pourraient être mises de côté.

Nous allons succinctement vous présenter ce projet de loi porté par Mme Bachelot-Narquin, puis nous vous

dévoilerons quels sont les amendements que nous proposons et que nous avons envoyés à tous les députés.

CE PROJET DE LOI SE DÉCOMPOSE EN QUATRE TITRES :

- MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
- ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ
- PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE
- ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ

EN CLAIR CE QUI CHANGE À L'HÔPITAL :

Représentativité et conseil de surveillance

Désormais, un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses compétences sont focalisées sur des orientations stratégiques et sur des fonctions d'évaluation.

Le conseil de surveillance exerce un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement. Son Président est élu parmi les membres des collègues des élus et des personnes qualifiées.

Texte de loi :

Article L. 6143-5 :

Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« 1° au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;

« 2° au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement.... ».

Directeur et directoire des établissements publics de santé

Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en

matière de gestion et présidé par le chef d'établissement.

Le pilotage des hôpitaux publics, sous la conduite du chef d'établissement, véritable patron, est recentré sur le projet médical.

Le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé.

Il sera assisté d'un vice-président qui sera de droit le président de la Commission Médicale d'Établissement.

Texte de loi :

Article L. 6143-7 :

« Le directeur de l'établissement conduit la politique générale de l'établissement. Il préside le directoire et représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. (...) Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. Sur proposition du chef de pôle lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques... Le président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. »

Le directoire

Il est souverain dans son action de management.

Il a pour objectif de mettre en place la politique validée par le Conseil de Surveillance en toute liberté.

Son rôle est décisionnel et il promeut la politique de santé de l'établissement en optimisation de la production de soins.

Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

L'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement, qui peuvent être recrutés par voie contractuelle ou statutaire, permet de faire appel à de nouvelles compétences, issues soit

d'autres fonctions publiques, soit du secteur privé ou bien des médecins ayant développés des capacités de gestion ou de management.

Le directeur général de l'agence régionale de santé peut proposer à l'autorité investie du pouvoir de nomination de mettre fin aux fonctions du directeur.

Organisation interne des établissements publics de santé

Il s'agit de clarifier les chaînes de responsabilités au sein des établissements, d'une part en renforçant les pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire mais aussi ceux du président de la commission médicale d'établissement, d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se verra fixer des objectifs de résultats en corrélation avec les moyens matériels et humains qui lui seront délégués.

Le chef de pôle bénéficie d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle qu'il signe avec le président du directoire. Il a autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle.

Enfin, le dispositif permettant d'encadrer les obligations des praticiens en matière de codage des actes est renforcé.

Ressources médicales hospitalières

Texte de loi :

L'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié : « Ces dispositions réglementaires prévoient notamment la possibilité pour les établissements publics de santé de recruter des praticiens contractuels cliniciens, pharmaciens ou odontologistes hospitaliers dont la rémunération comprend des éléments variables en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs. L'établissement peut mettre fin au contrat au terme de la première année en cas d'insuffisance de la réalisation des objectifs ».

Cet article crée un nouveau statut contractuel destiné à « renforcer l'at-

tractivité de l'hôpital public pour les médecins » et à offrir « de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital ». En pratique, les rémunérations seront modulées sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité. La rémunération du praticien comportera une part fixe, et une part variable en fonction du degré de réalisation des objectifs définis chaque année.

CRÉATION DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

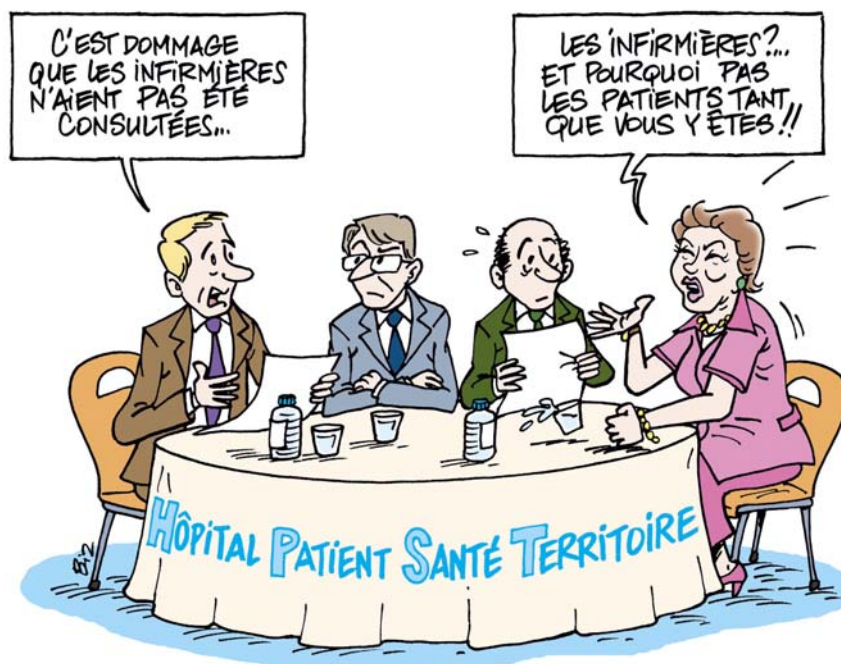
Missions et compétences des ARS

Elles sont créées dans chaque région et ont pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé.

Elles auront les responsabilités de la Sécurité sociale qui seront transférées aux directeurs des agences régionales de santé (ARS), et qui seront donc dotées de tous les pouvoirs. Ces ARS auront également des prérogatives, en matière de « gestion du risque », un champ qui relevait de l'assurance maladie, en matière de politique de santé publique, sur les soins ambulatoires et hospitaliers et donc sur les professions de santé ainsi que sur les établissements et services médico-sociaux. **En clair, l'ARS de la région concernée dirigera les hôpitaux, les cliniques privées, le médico social et la médecine de ville. C'est « l'étatisation » de tout le système de soin français.**

Texte de loi :

Article L. 1431-2 : « L'agence régionale de santé est compétente, dans les conditions définies par le présent titre, en matière de : « 1° Politique de santé publique, au sens de l'article L. 1411-1 ; 2° Soins ambulatoires et hospitaliers ; 3° Prises en charge et accompagnements dans les établissements et services médico-sociaux visés aux articles L. 314-3-1 et L. 314-3-3 et au a du 5° du I de l'article L.



312-1 du code de l'action sociale et des familles ; 4° Professions de santé. »...

Gouvernance des agences

L'ARS est dotée de l'autonomie administrative et financière. Elle est dirigée par un directeur et comporte un conseil de surveillance.

Directeur Général :

Il est nommé par Décret en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres chargés de la santé et des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, et après avis du conseil stratégique de la santé.

Conseil de surveillance :

Il est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organes locaux d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, les personnes qualifiées et les représentants des usagers.

Il vote le budget, donne un avis sur le plan régional de santé et sur les résultats de l'action menée par l'agence. Il est consulté sur le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.

Conférence régionale de santé :

C'est un organisme consultatif qui participe à la politique régionale de santé.

Elle est composée de 8 collèges formés de représentants au niveau de la région (collectivités territoriales, services de l'Etat et établissements publics de l'Etat, organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires, usagers, organismes syndicaux et patronaux des salariés.....).

Politique régionale de santé

La politique régionale de santé définit les objectifs pluriannuels que mènent l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures et actions pour les atteindre.

Le projet régional de santé peut être décliné en schéma régional de santé publique, schéma régional d'organisation des soins ou schéma régional de l'organisation médico-sociale.

Gouvernance des agences

L'ARS peut conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les établissements de santé, communautés hospitalières, réseaux de santé... ●●●

Elle peut proposer, aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, établissements de santé, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques de santé.

Ces contrats fixent les engagements des professionnels de santé et les contreparties financières qui peuvent être liées à l'atteinte des objectifs. L'ARS assure le suivi des engagements régionaux.

Territoires de santé et conférences de territoire

Texte de loi :

Article L. 6132-2.

« Une communauté hospitalière de territoire est un établissement public de santé qui se voit déléguer des compétences par plusieurs établissements publics de santé adhérents, en vue de mettre en œuvre une stratégie commune et de mutualiser certaines fonctions et activités »...

Le présent article vise à créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), définies par l'ARS et compo-



sées de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont la taille et les moyens sont censés permettre « de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion ».

La communauté hospitalière de territoire, qui peut être infrarégionale, régionale ou interrégionale, doit permettre à plusieurs établissements de se fédérer pour mettre en commun leurs ressources dans une logique de délégation de compétences.

De même il est noté dans ce chapitre que les établissements membres peuvent prévoir de « modifier la répartition de leurs activités ».

Territoires de santé et conférences de territoire

Textes de loi :

Article L. 6133-4.

« Le groupement de coopération sanitaire comprend au moins deux membres, dont un établissement de santé. Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective. »

Le groupement de coopération sanitaire constitue le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social. Il permet de mutualiser des moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé, et à l'échelle d'une ou plusieurs régions.

Donc, il y a une modification des offres de soins en fonction du bassin de population de proximité que ce soit dans le secteur public ou privé. Une organisation du système de santé basée, non pas sur l'offre, mais sur les besoins de santé de la population.

Voici donc résumé en quelques paragraphes ce que devrait être notre avenir en matière de politique de santé.

A la lecture de ce projet, nous ne pouvons que déplorer de l'absence quasi systématique de la parole des paramédicaux devant la toute puissance du pouvoir médical.

De plus, la création de « supers » ARS et des communautés hospitalières de territoires va, sous l'alibi de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire donné, favoriser les restructurations des petits et moyens établissements de soins en les transformant en maison pour personnes âgées ou en soins de suite. Ce changement intervient au détriment des usagers qui n'auront plus d'établissement de proximité pour se faire soigner dans une pathologie donnée et dégrade les conditions de vie des soignants. Moins d'hôpitaux, c'est la porte ouverte pour les activités rentables (privé) !

Pour toutes ces raisons, un grand nombre d'organisations ont longuement et largement critiqué cet avant projet de Loi. La CNI, syndicat professionnel infirmier, porte un œil très critique sur la future loi de Mme Bachelot et déplore l'absence de politique de santé publique, de prévention et de promotion de la santé mais, dénonce aussi les imperfections du système actuellement en place (T2A, pôles et nouvelles gouvernances).

La fonction première de notre mandat s'attache à soutenir et à défendre la place des paramédicaux dans le futur système de soin. Pour cette raison, nous avons proposé un certain nombre d'amendements concernant ce sujet. Les parlementaires contactés pourront ainsi, nous l'espérons, faire changer quelques volets de cette loi dans un sens d'équité, de qualité et d'efficience pour la santé de demain. Puisse la parole des soignants être entendue, pour qu'enfin la profession d'infirmière redevienne attractive et reconnue.

Eric AUDOUY ■
Vice-président CNI

H.P.S.T.

Hôpital, Patients, Santé et Territoires : *Proposition d'amendements*

Titre 1 MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	
ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Commentaire du titre 1	« Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses pouvoirs renforcés pour mettre en œuvre le projet médical et les projets des professionnels de santé des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de l'établissement, en étroite concertation et dans le cadre d'un diagnostic renouvelé avec le corps médical et le corps des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique .

Chapitre 1 : Mission des établissements de santé	
Article 3 : Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé	
ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Dans le commentaire de l'article 3	L'organisation de la gestion des risques liés aux activités hospitalières devient obligatoire dans un sens élargi, tout en permettant une adaptation des obligations aux spécificités de certaines catégories d'établissements de santé ; les établissements s'organisent librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Les différentes commissions relèvent de l'organisation interne de l'établissement ; elles sont rattachées à la commission médicale de l'établissement excepté la CSIRMT .
Art. L. 6144-1.	Dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement et une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique . « La commission médicale d'établissement et la CSIRMT contribuent à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; elles proposent au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. « Elles sont consultées dans des matières et des conditions fixées par voie réglementaire ».
Article L.1151-1.	L'utilisation des dispositifs médicaux et la pratique des actes nécessitant une évaluation clinique et médico-économique complémentaire ou un encadrement spécifique pour des raisons de santé publique ou de maîtrise des dépenses de santé peuvent être soumises à des règles particulières relatives : « - à la participation à une étude complémentaire dont l'objectif et le protocole seront fixés dans un cahier des charges ad hoc annexé à ces règles ; « - à la formation, à la qualification et à l'expérience des professionnels de santé prenant en charge les patients concernés par le dispositif médical ou l'acte ; « - aux conditions d'environnement requises pour leur utilisation ou leur réalisation ; « - à l'organisation prévue pour assurer le suivi du patient. « Elles peuvent également être soumises à des règles de bonnes pratiques. « Ces règles sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la Haute autorité de santé du HCPP et des Ordres Professionnels concernés .

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 4 : Statut des établissements publics de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Dans le commentaire de l'article 4	De plus, la gouvernance interne est rénovée : le directeur doit disposer des moyens de prendre des décisions et de les faire appliquer. Remplaçant les responsables de pôles, les chefs de pôles ont autorité avec les Directeurs de soins sur l'ensemble des personnels du pôle, et veillent à la mise en œuvre du projet médical. Les directeurs de soins assurent aussi des missions transversales liées à la qualité des soins.

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 5 : Conseil de surveillance des établissements publics de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-5.	Le conseil de surveillance est composé comme suit : « 1° au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ; « 2° des représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, au moins un siège par organisations syndicales représentatives de l'établissement , et deux désignés par la commission médicale d'établissement, et deux désignés par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ; « 3° au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont deux représentants des usagers et un représentant des professions paramédicales libérales .
Art. L. 6143-6.	Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance : « Toutefois, l'incompatibilité résultant de la qualité d'agent salarié n'est pas opposable aux représentants du personnel médical, pharmaceutique et odontologique, aux représentants du personnel titulaire de la fonction publique hospitalière, aux représentants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et au directeur de l'unité de formation et de recherche ou au président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Article 6 : Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Dans le commentaire de l'article 6	Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé et ses conditions de recrutement sont diversifiées et assouplies. Ses nouvelles attributions comprennent la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Il sera assisté de deux vice-présidents qui seront de droit le président de la commission médicale d'établissement et le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques . Il pourra également s'appuyer sur des chaînes de responsabilité clarifiées et des circuits décisionnels déconcentrés au niveau des pôles. Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement. Il est en effet l'instance au sein de laquelle débattera une équipe de direction composée de cadres administratifs de cadres médicaux et des professionnels de santé des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique qui assistera le directeur. En cohérence avec les autres évolutions proposées, il est ainsi proposé de : - resserrer sa composition afin de mieux valoriser sa fonction exécutive, en centrant sa dimension médicale et paramédicale autour des Directeurs de Soins et de responsables de pôles, responsables du management de l'activité clinique qui est l'objet même de l'hôpital ; - consacrer le rôle essentiel du président de CME et du président du CSIRMT qui seront les vice-présidents du directoire, ce qui impliquera de nouvelles conditions de valorisation et de sanction de l'exercice de cette responsabilité.

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé	
Article 6 : Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé	
ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L. 6143-7.	Le directeur conduit la politique générale de l'établissement. Il préside le directoire et représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. « 13° A défaut d'un accord sur l'organisation de travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, il décide de l'organisation du travail et des temps de repos en respect des codes du travail et de la santé publique.
Art. L. 6143-8.	Le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de soins sont les vice-présidents du directoire. Ils préparent les projets médicaux et des professionnels de santé des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de l'établissement, qui sont arrêtés par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et du directoire. « En cas d'empêchement temporaire du président et des vice-présidents le directeur général de l'agence régionale de santé peut déléguer un membre du directoire dans les fonctions de président, sur proposition du conseil de surveillance.
Art. L. 6143-9.	Le directoire prépare le projet d'établissement, sur la base du projet médical et des professionnels de santé des filières en soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement, dans les conditions définies à l'article L. 6143-7.
Art. L. 6143-10.	Le directoire est constitué par des membres du personnel de l'établissement, trois représentants syndicaux, en activité dans l'établissement, désignés par les organisations syndicales en fonction des résultats des élections professionnelles un par catégorie, trois désignés par la CSIRMT un par catégorie, trois désignés par la commission médicale d'établissement ». Les membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le directeur de l'établissement, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé	
Article 8 : Organisation interne des établissements publics de santé	
ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Dans le commentaire de l'article 8	« A ce titre, il est proposé, en cohérence avec les acquis essentiels de la précédente réforme, de clarifier les chaînes de responsabilités au sein des établissements, d'une part en renforçant les pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire mais aussi ceux du président de la commission médicale d'établissement et ceux du président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique, d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se verra fixer des objectifs de résultats en lien avec les moyens matériels et humains qui lui seront délégués. » « Il a autorité sur l'ensemble des personnels médicaux et avec l'avis de la direction des soins sur l'ensemble des personnels non médicaux du pôle. Il s'appuie sur les responsables de structures internes qui organisent le temps médical ».

Chapitre 2 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé
Article 8 : Organisation interne des établissements publics de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
L'article L. 6146-1	<p>du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre en collaboration avec la direction des soins la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs annuellement fixés au pôle par le président du directoire.</p> <p>Il organise avec la Direction des Soins, les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle. Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au chef d'établissement. Les agents affectés au sein d'un pôle peuvent être intéressés financièrement aux résultats du pôle.</p> <p>Pour un souci d'équité, cet intéressement devra se calculer sur une moyenne globale des résultats de tous les pôles de l'établissement, minorant ainsi les disparités entre pôles rentables et donc attractifs et ceux qui le sont moins ».</p>

Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé
Article 11 : Communautés hospitalières de territoire

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
	<p>Il peut y avoir un danger pour les agents pour ce qui concerne la mobilité d'un établissement à un autre surtout sur les pôles intersites ou sur les établissements du territoire dans les cas de remplacement d'une longue maladie, d'une grossesse ou autre, car la notion du volontariat n'apparaît pas dans les textes.</p> <p>Il faudrait uniquement une mutualisation des personnels au sein d'un même établissement et d'un même pôle.</p> <p>De même les modalités de coopération et de mutualisation entre les établissements adhérents de la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion et de mutualisation des ressources humaines sont dangereuses pour les personnels</p> <p>Attention au changement des statuts en fonction de l'établissement qui phagocyte l'autre.</p> <p>De même pour les établissements qui sont fermé pour transférer leur activité car ne sont pas assez lucratif.</p>
Art. L. 6132-4.	<p>La convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire fixe la répartition des droits et obligations des établissements adhérents et de la communauté. Elle précise notamment :</p> <p>« 1° la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de la communauté hospitalière de territoire qui comprennent chacun des représentants des établissements adhérents ;</p> <p>« 2° les modalités de mise en œuvre des dispositions prévues aux articles L. 6132-8 à L.6132-11 ;</p> <p>« 3° les modalités de coopération et de mutualisation entre les établissements adhérents et la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion et de mutualisation des ressources humaines qui devront être basé sur le volontariat ;</p>
Art. L. 6132-7	<p>Après avis des conseils de surveillance des établissements adhérents et de la communauté hospitalière de territoire, le directeur de la communauté hospitalière de territoire peut décider des transferts de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipement matériel lourd entre les établissements adhérents à la communauté hospitalière de territoire, ou entre ces établissements et la communauté hospitalière de territoire, dans le respect du schéma régional de l'organisation des soins et des dispositions de l'article L. 6122-3.</p> <p>« Lorsque de tels transferts de compétences ou d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd ont lieu, l'établissement titulaire de la compétence ou de l'autorisation cédée transfère, par décision du président du directoire prise après avis du directoire, les emplois afférents, sur la base du volontariat. L'établissement bénéficiaire devient employeur des agents volontaires qui assuraient jusque-là les activités considérées.</p> <p>« Le directeur d'un établissement adhérent à la communauté peut, après avis du directoire, décider du transfert de la propriété de biens meubles et immeubles au profit d'autres établissements adhérents à la communauté ou au profit de la communauté hospitalière de territoire.</p>

Chapitre 3 : Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Article 12 : Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

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

Titre II : ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

Article 17 : Principe général de coopération entre professionnels de santé

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Dans le commentaire de l'article 17	<p>L'objet de la mesure vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortants du cadre expérimental. Il s'agit de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé. La sécurité des soins aux patients restera une exigence garantie de quatre façons :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les transferts d'actes ne devront concerner que les professionnels de santé (médecins/paramédicaux) en concertation avec les organisations professionnelles concernées et après avis du HCPP.

TITRE III : PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

Article 24 : Éducation en santé - Éducation thérapeutique du patient

ARTICLE LOI HPST	PROPOSITIONS RÉDACTION
Art. L.1115-1.	<p>Dans l'article 24, il faut retirer ou amender l'article concernant le nouveau métier d'éducateurs en santé car il ne tient pas compte des textes réglementant les professions habilitées à l'éducation à la santé (Article R. 4311-1 et Article R. 4311-3).</p> <p>Nous pouvons proposer d'amender l'article de la façon suivante :</p> <p>« Les conditions d'exercice des compétences d'éducateur de santé dans les domaines respectifs de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment les conditions de formation et d'expérience nécessaires, en tenant compte des qualifications et des compétences existantes dans ces domaines pour certains professionnels de santé et notamment des infirmiers ».</p> <p>Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'Etat dans la région. Il est composé de représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort et dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de représentants des collectivités territoriales, des représentants syndicaux nommés en fonction des résultats prud'homales et professionnelles départementales, des personnalités qualifiées ainsi que de représentants des usagers. Les représentants des collectivités territoriales, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers sont élus selon des modalités définies par décret.</p> <p>« Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.</p>

Nous avons deux maux à vous dire...

Depuis de nombreuses années, la psychiatrie se voit réorganisée afin de correspondre à une discipline médicale « comme les autres » devant répondre aux mêmes exigences de résultats et devant utiliser les mêmes moyens budgétaires et outil de mesure d'activité.

Son originalité, étayée sur l'utilisation de modèles conceptuels variés s'est vue critiquée, relayée et supplantée par les modèles médico-économiques.

Vous me direz et alors ?

A lors commence la lente dégringolade de la psychiatrie, le malaise s'est installé, tant au niveau des malades, des familles que des équipes soignantes.

Une insatisfaction permanente marque les esprits, car concrètement ce sont des situations de soins qui désespèrent l'ensemble des professionnels et des usagers, pas de place dans les hôpitaux, pas de place dans les structures de jour, des listes d'attente qui s'allongent dans les CMP, des durées moyenne de séjour qui se raccourcissent, trois patients en attente pour un lit vite ! vite ! Entrées, sorties, entrées sorties...

Un sentiment d'insatisfaction permanente palpable parmi les professionnels, car concrètement, les difficultés de recrutement sont présentes, les personnels se sentent insuffisamment formés et nombreux pour répondre de manière individualisée aux demandes des patients et aux attentes des familles.

Au niveau du travail de secteur même constat, une précarisation de plus en plus importante des patients, des troubles psychiatriques que les patients essaient de juguler par des conduites addictives et une tolérance de la société



de plus en plus faible par rapport à la misère et à leurs difficultés de vie. Des demandes adressées à la psychiatrie tout azimuts pour la prise en soin sur des populations ciblées, adolescence, troubles suicidaires, personnes âgées... Quel est ce paradoxe que de vouloir faire disparaître cette spécialité tout en la

mandatant pour intervenir dès lors que la société va mal ?

Et comme si cette pression médico-économique ne suffisait pas, la judiciarisation vient s'installer de manière prégnante dans le système de santé car les rapports humains, de plus en

plus, se formalisent par le droit. Le drame de Grenoble vient percuter l'édifice déjà très fragilisé de la prise en soin psychiatrique notamment quand des assimilations sont faites comme actuellement :

maladie mentale = dangerosité.

La création d'un fichier national pour les personnes hospitalisées en Hospitalisation d'Office revient en force après cet événement.

Déjà présent dans le projet de loi sur la prévention de la délinquance, il avait été abandonné sous la pression des associations de famille et des professionnels médicaux et paramédicaux. Mais au premier accident, la médiatisation et l'instrumentalisation de l'émotion annule toute possibilité de réflexion et toute capacité de concertation sereine pour décider d'une remise en cause de la loi de 1990. C'est une utopie de penser qu'un fichier chargé d'instaurer une traçabilité des malades mentaux placés en Hospitalisation

d'Office peut servir à prévenir les éventuelles rechutes de la maladie mentale. Si l'on doit parler de traçabilité dans ce domaine, c'est bien dans la capacité de suivi médical des patients que l'on peut y trouver un intérêt.

la médiatisation et l'instrumentalisation de l'émotion annule toute possibilité de réflexion

Il est notoire que la Psychiatrie n'a plus les moyens pour dépister ou pour suivre ses patients. Il est notoire que la psychiatrie n'a pas les moyens d'accompagner comme elle le souhaiterait les familles et pourtant la vraie sécurité des patients et des populations, réside dans l'accompagnement de la souffrance mentale pour prévenir de ces excès et non pas dans l'instauration d'un fichier qui recenserait les incidents à postériori. Les hospi-

talizations sans le consentement sont à réfléchir et penser comme outil de prévention par rapport à un patient qui est trop mal pour penser à demander de l'aide, c'est le préalable à ne pas oublier avant d'avoir une lecture judiciaire.

Pour la psychiatrie, la Personne avec qui nous essayons d'entrer en relation, la Personne cachée sous la folie ou la maladie mentale s'escamote au profit du Citoyen-Consommateur. A trop vouloir protéger l'individu par une abondance de textes règlementaires, on le ligote.

Les écrits qui eux, restent et se contrôlent mieux, prennent le pas sur la parole qui se partageait avec l'Autre. Il ne faut pas se tromper, ce sont les patients et leurs familles qui sont en danger parce que l'équilibre entre qualité des soins, respect des individus et souci légitime de sécurité de la société est rompu.

Marie-Dominique GIRARD ■
CNI Montperrin

La santé est au cœur de votre vie professionnelle, mais vous, avez-vous pensé à la vôtre ?

La Coordination Nationale Infirmière vous présente ses partenaires
et vous propose une plate-forme de garanties et de services



Amicale des Infirmières et
Assistantes Sociales de la
Croix-Rouge Française



Mutuelle Nationale des
Infirmier(e)s et des Professions
Paramédicales et Sociales

- Responsabilité Civile Professionnelle
- Protection Juridique
- Action Sociale
- Complémentaire Santé
- Prévoyance
- Sports - Loisirs

Informations et renseignements :

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

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



Formation

Nouvelle législation à l'hôpital

*Un décret pour la **Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie** dans le service public.*

Publié le 21 août 2008 au JO, Le décret n° 2008-824 relatif à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) est initié dans le cadre de la loi de modernisation du service public du 2 février 2007. Il confirme les modalités actuelles de financement et revoit la typologie des actions éligibles au plan de formation des établissements de santé public.

Il a pour but de permettre aux agents de la FPH « d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité ».

Il installe le droit individuel à la formation (DIF), il initie les congés accordés dans le cadre du bilan des compétences, de la validation des acquis et de l'expérience (VAE), crée de nouveaux outils tel que le passeport individuel.

Certains agents pourront bénéficier de périodes de professionnalisation afin d'adapter leurs connaissances et leurs compétences à leur profession.

Les établissements devront mettre en œuvre la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie par le biais du plan de formation et des périodes de professionnalisation mais elle pourra être à l'initiative de l'agent dans le cadre du DIF pour préparer des concours et examens, etc...

L'Association Nationale pour la Formation Hospitalière (ANFH) s'engage à accompagner les établissements dans l'application de ce dispositif, par une aide pédagogique et des journées d'information.

Le plan de formation

Le plan de formation regroupe les actions de formation retenues par l'établissement en fonction notamment de ses orientations stratégiques et de ses besoins en développant des compétences.

Les caractéristiques clés s'articulent autour de cinq types d'actions, aux objectifs précis et peuvent être inscrits au plan de formation :

- Formation professionnelle initiale des personnes non qualifiées,
- Actions de développement des compétences,
- Préparation aux concours et examens,
- Études promotionnelles,
- Actions de conversion.

Les actions de développement de compétences se déclinent en trois catégories :

- Adaptation au poste de travail,
- Adaptation à l'évolution de l'emploi,
- Développement des compétences.

Les deux dernières catégories peuvent sous certaines conditions être organisées en tout ou partie en dehors du temps de travail.

L'intérêt de la distinction ?

Elle permet à l'établissement d'explicitier sa stratégie en matière de formation continue, de démarche métiers-compétences et de repérer les actions qui peuvent être organisées en dehors du temps de et celles éligibles au DIF.

Le Droit Individuel à la Formation (DIF)

Le DIF est un droit reconnu à chaque agent pour demander une formation dans le cadre d'un contingent d'heures attribué annuellement. Il est utilisé à son initiative, après accord de l'établissement sur le choix de l'action.

Caractéristiques clés :

- Un quota de vingt heures attribué par année de service (dans la limite de cent vingt heures) et ce, à compter du 1^{er} juillet 2007 pour un agent à temps plein,
- Utilisable par anticipation,
- Mobilisable pendant ou hors du temps de travail,
- Transférable auprès de tout employeur public.

Le Congé de Formation Professionnelle (CFP)

C'est une démarche individuelle de l'agent, le congé de formation professionnelle (CFP) est fondé sur une autorisation d'absence lui permettant de suivre une action de formation professionnelle de son choix.

Caractéristiques clés :

- Trois années de service effectif dans la fonction publique hospitalière : c'est la condition préalable à remplir pour bénéficier du CFP,
- Une procédure précise doit être respectée par l'agent pour faire sa demande,
- Pris en continu ou en discontinu, le CFP bénéficie d'un financement spécifique garantissant à l'intéressé, sous condition, une rémunération, la prise en charge des frais pédagogiques et annexes puis d'une protection sociale pendant sa formation.

La période de professionnalisation

Destinée à certains agents, la période de professionnalisation permet de prévenir les risques d'inadaptation liés à l'évolution des méthodes et des techniques ou de favoriser l'accès à des emplois exigeant des compétences

nouvelles ou correspondant à des activités professionnelles différentes.

Caractéristiques clés :

- Une durée limitée à six mois,
- Une organisation basée sur l'alternance entre formation et exercice d'activités professionnelles,
- En particulier pour les agents titulaires : un moyen d'accéder à un autre corps de même niveau et de même catégorie,
- Un outil de management et de mobilisation par un engagement formalisé de l'établissement.

Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

La validation des acquis de l'expérience (VAE) permet à un agent de faire reconnaître son expérience (professionnelle ou non) afin d'obtenir tout ou partie d'un diplôme, d'un titre ou d'un certificat professionnel.

Caractéristiques clés :

- Trois ans d'expérience en rapport avec la certification visée : c'est la durée minimale requise pour pouvoir engager une démarche de VAE,
- La certification choisie doit être inscrite au Répertoire National des Certifications Professionnelles,
- Dans le cadre du plan, et avec les financements qui lui sont propres, la VAE peut être réalisée avec un congé spécifique (le congé pour VAE), ou pour un complément, le DIF.

Le bilan de compétences

L'objectif du bilan de compétences : permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel ou de formation.

Caractéristiques clés :

- Composé de trois étapes (confirmation de la démarche / analyse / conclusion), le bilan de compétences est réalisé par un organisme spécialisé, habilité par l'ANFH,
- Il est mis en œuvre, à l'initiative de l'agent sur son temps de ●●●

travail dans le cadre d'un congé spécifique autorisé par l'établissement, ou sur son temps personnel. Le DIF peut également être mobilisé.

Les études promotionnelles

L'objectif des études relatives à la promotion professionnelle (les « études promotionnelles ») : permettre aux agents d'obtenir un diplôme ou un certificat du secteur sanitaire et social.

Caractéristiques-clés :

- Outil de promotion interne ouvert à tous les agents, les études promotionnelles sont organisées dans le cadre du plan de formation et financées soit sur le fonds plan de formation, soit sur un fonds dédié : le Fonds Mutualisé relatif au financement des Études Promotionnelles (FMFP).
- Les diplômes et certificats susceptibles d'être obtenus dans le cadre du dispositif des études promotionnelles figurent sur une liste fixée

par arrêté du ministère chargé de la santé.

L'entretien de formation

Objectif : rappeler les suites données aux demandes antérieures de formation de l'agent ; discuter des actions de formation qui apparaissent nécessaires en fonction des missions de l'agent et de ses perspectives professionnelles.

Caractéristiques-clés :

- L'entretien de formation est, notamment, l'occasion pour l'agent de présenter ses souhaits en matière de formation.
- Il est organisé chaque année avec leur supérieur hiérarchique selon les modalités définies par l'établissement.

Le passeport formation

- Il permet à chaque agent de recenser les diplômes et les titres obtenus

au cours du cursus de formation initiale et les expériences professionnelles acquises pendant les périodes de formation ou de stage.

- Il permet de mentionner la réalisation de bilans de compétences, la nature et la durée des actions suivies au titre de la formation continue et les certifications à finalité professionnelle obtenues dans le cadre de la formation continue ou de la validation des acquis de l'expérience.
- Il permet aussi de mentionner les emplois exercés et les aptitudes professionnelles mises en œuvre dans le cadre de ces emplois.

Le passeport formation est un outil clé, support à une orientation de carrière, au choix en matière de formation, à la construction du projet professionnel, à une démarche de VAE... Il assure ainsi la traçabilité du parcours de l'agent en vue de favoriser la mobilité interne ou externe des agents.

Marie-Dominique BIARD ■
Secrétaire CNI

waldies
l'original depuis 2001

TOPAS

JUNO PRO
Modèle renforcé semi fermé

JUNO
Modèle renforcé fermé

OPTION ANTISTATIQUE
brevetée et exclusive

La réponse aux nouvelles normes du milieu médical

ESD

Remise quantité port gratuit

Juleo Distributeur Waldies France
rue Orange ZI LADOUX - 63118 CEBAZAT
Tél. 04 73 14 74 74 - Fax 04 73 14 23 83
E-mail : info@juleo-loisirs.fr
www.juleo-loisirs.fr

CARE 2008 : l'évènement paramédical de Marseille

Le salon CARE 2008 a eu lieu le 10 et 11 octobre 2008 à Marseille. Cet évènement, entièrement consacré aux Infirmiers et à leur univers professionnel est une première dans notre cité, que ce soit au travers d'un programme scientifique varié, autour de l'ensemble de l'actualité ou encore des pratiques infirmières.



La Coordination Nationale Infirmière de la région PACA se devait d'être présente lors de cette manifestation unique.

Notre stand fut une excellente vitrine, où se sont succédés débats et discussions animées sur la profession, les établissements de santé, les réformes à venir, nos travaux et nos idées...

Ce fut aussi l'occasion de rencontrer des professionnels de tous horizons pour échanger et partager nos réflexions sur les évolutions de la filière infirmière.

Durant deux jours, le Salon CARE a accueilli près de 1.200 visiteurs (infirmiers, infirmiers spécialisés, cadres de santé, aides-soignants) venus de toute la région PACA et ses alentours.

Nos militants porteurs d'un engagement de plusieurs années ou plus récents, ont uni leurs « forces » pour soutenir nos conférences :

- Une sur l'actualité infirmière par Danielle Hengen, Présidente CNI Départementale Bouches-du-Rhône et Andrée Bertrand, Déléguée Régionale CNI PACA,
- Une autre sur les réformes hospitalières par Christine Abad-Lievremont,

CNI Aix-Montperrin et Christophe Roman, CNI Hôpital Saint-Joseph Marseille.

Ces conférences ont été largement appréciées des congressistes. Ils ont pu mettre à jour leurs connaissances, échanger leurs expériences avec les experts, et découvrir les dernières actualités sur leurs professions.

Rendez-vous donc les 9 et 10 octobre 2009 pour répondre présent à l'évènement de toute la profession infirmière.

Marie-Dominique BIARD
Eric AUDOUY ■
CNI Hôpitaux Sud Marseille



De gauche à droite : Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé - Céline MOUNIER, Conseillère Technique du cabinet - Nathalie DEPOIRE, Présidente CNI

Salon infirmier de Paris

5, 6, 7 novembre 2008

Comme l'an dernier, l'agenda du Salon Infirmier s'est heurté à une grève SNCF mais malgré cela, ce rendez-vous désormais traditionnel a enregistré une hausse de 2,15 % du nombre d'entrées par rapport à l'édition de 2007, soit plus de 49.000 visiteurs.

Détail des chiffres à l'appui : 28 % sont venus le 5 novembre, 34 % le 6 novembre et 38 % le 7 novembre. Quant à la répartition géographique de l'origine des visiteurs, elle s'établit à 59 % pour Paris Ile-de-France et 41 % pour les autres régions.

Cette édition 2008 a réuni 196 exposants (associations, centres hospitaliers publics, privés, industrie pharmaceutique, organismes de formation, organismes institutionnels, matériels et équipement, presse, édition, sociétés d'intérim, assurances, mutuelles, syndicats, internet).

97 conférences, animées par plus de 300 intervenants, professionnels du monde de la santé ont été proposées.

La Coordination Nationale Infirmière a bien sûr pris part à cet évènement par la présence sur son stand d'une quinzaine de professionnels, infirmiers de secteur public et privé ainsi que de cadres de santé enseignant en IFSI. Ces personnes engagées au sein de notre syndicat ont fait un bilan très positif de ces trois journées. Elles ont fait état d'échanges riches avec les congressistes dont les propos témoignent des incertitudes quant à l'avenir de notre profession confrontée à nos conditions d'exercice actuelles.

Les questionnements professionnels exprimés confirment les débats de nos assemblées générales et attestent fortement, s'il en était encore besoin, du sentiment de non reconnaissance du quotidien infirmier.

Une carence en information face aux évolutions de la profession est également mise en évidence.

La course infernale au sein des services laisse peu de temps à nos collègues pour s'informer, cette pression les incitant plus à se ressourcer vers d'autres activités sur leur temps personnel plutôt que d'aller faire des recherches sur leurs droits et leur avenir. Un besoin vital de s'oxygéner, un sas de décompression nécessaire pour rester performant que certains trouvent en famille, dans le sport, dans des actions associatives...

On ne peut néanmoins absolument pas parler de désintérêt puisque ces thèmes d'information ont suscité un engouement fort sur notre stand et des temps d'échanges longs, riches et pertinents.

La Coordination Nationale Infirmière était également présente à travers des interventions en conférence présentant les réactions des organisations de la plate forme LMD face au rap-

port des inspections générales sur « l'impact du dispositif LMD sur la formation et le statut des professions paramédicales ». La CNI a également présenté deux conférences le vendredi 7 après-midi avec une rétrospective en images du mouvement de 1988-1991 suivi d'un thème sur l'infirmière et le syndicalisme. Ce retour sur notre histoire a été l'occasion pour certains de replonger dans les souvenirs et pour d'autres de découvrir cette page de notre histoire professionnelle que représente le grand mouvement infirmier duquel est né notre syndicat. Le mémorable et regrettable épisode de l'emploi des canons à eau face à des infirmières bien inoffensives a suscité une vive surprise chez les plus jeunes...

Les questions de la salle ont attesté de la persistance d'idées reçues telles que le « danger » de se syndiquer en début de carrière nous donnant ainsi l'occasion de rappeler que se syndiquer est un choix mais aussi un droit et que si les représentants élus et porteurs de mandat sont connus, l'identité des adhérents n'est pas communiquée aux directions.

Autres rendez-vous de ce salon :
Le village Bloc, animé par l'UNAIBODE : 2.230 visiteurs se sont rendus sur cet espace, pour découvrir les nouvelles techniques et se renseigner sur la profession d'IBODE (Infirmier de Bloc Opérateur).

La visite ministérielle devenue elle aussi un rituel, cette édition 2008 n'a pas dérogé à la règle : Roselyne Bachelot est venue inaugurer ce Salon le 2^{ème} jour.

A l'occasion de cette visite, notre Ministre insiste sur la coopération entre professionnels de santé et sur la formation des infirmières. Mme Roselyne Bachelot a ouvert son discours par un hommage à la profession infirmière. En effet, « il est peu de métiers

qui reçoivent l'adhésion directe et entière de tout un chacun ». Cependant la reconnaissance dont bénéficie largement la profession n'occulte pas les difficultés quotidiennes auxquelles elle est confrontée (recrutement, organisation du travail, rémunération, formation...), comme beaucoup d'autres professions de santé, dans le contexte économique actuel.

Dans ses propos Mme Bachelot a évoqué, entre autres, deux points qui lui paraissent essentiels pour l'avenir de la profession infirmière : plus de coopération entre professionnels de santé pour une meilleure offre de soin et une « réforme de la formation » qui se veut aussi une « réforme du métier ».

« Cette réforme d'envergure n'est pas qu'une réforme de la formation. C'est une réforme de votre métier ».

Elle a ainsi réaffirmé son souhait de voir la formation infirmière au niveau licence ainsi que la mise en place d'un nouveau programme dès la rentrée 2009. Elle a annoncé officiellement l'ouverture d'une concertation dès le 18 novembre 2008 avec les représentants des organisations paramédicales impliquant le Ministère de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur.

Mme Bachelot a également déclaré : « que cette intégration ne se limitera pas à la reconnaissance du niveau licence. Les infirmiers pourront, dans les »



Nathalie DEPOIRE (CNI) - Christophe DEBOUT (ANFIIDE)
Conférence du groupe " Unité pour le LMD "



mêmes conditions que les autres étudiants, avoir accès aux masters professionnels et masters de recherche, ainsi qu'au doctorat ». Madame Bachelot concluait son intervention au Salon Infirmier par ces mots : « Cette réforme d'envergure n'est pas qu'une réforme de la formation. C'est une réforme de votre métier ».

La Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel infirmier déplore que cette intervention de Mme Bachelot n'ait pas donné lieu à un échange avec l'assistance.

La CNI a néanmoins, dès la fin de son discours, interpellé la ministre lui rap-

pelant une fois de plus ses engagements suite au mouvement infirmier du printemps 2007 portant sur :

- L'intégration de la filière infirmière dans le cursus LMD,
- Une revalorisation salariale,
- L'amélioration des conditions de travail.

Bien que la CNI lui ait exprimé prendre acte de l'annonce d'un calendrier actant l'aboutissement en avril 2009 de la concertation sur la Licence « afin de respecter l'engagement du ministère de bénéficier d'infirmière reconnue par l'université en 2012 », notre organisation a insisté sur l'urgence d'ouvrir des négociations concernant la revalorisation salariale et l'amélioration des conditions de travail.

Nathalie DEPOIRE ■
Présidente CNI



Les militants CNI brisent la routine du Salon !

A la fin de son discours, Madame Bachelot-Narquin est interpellée par la CNI en la personne de sa présidente Nathalie Depoire qui lui rappelle les revendications et les attentes de la profession.

Simultanément, une image inhabituelle se détache de la salle : deux bonnes sœurs reprennent avec force le slogan : « **ni nonnes, ni bonnes, ni connes** ».

Deux militants CNI ont souhaité manifester activement leur ras le bol face au manque de reconnaissance dont est victime notre profession.



Conditions de travail

Témoignages

STOP : je jette ma blouse !

Monique, IDE depuis 93 dans le Nord

Après quinze ans d'exercice à l'hôpital, je dis stop ! Trop, c'est trop ! J'ai choisi cette profession pour soigner, prendre soin de l'autre. Certainement pas pour l'argent (Je gagne 1.950 € par mois après quinze ans) avec la charge de travail et les responsabilités : le jeu en vaut-il la chandelle ? Mais je n'arrive plus à soigner... Je cours ça oui ! Je prépare des perfs, des injections à la chaîne ça oui ! Je ne m'en sors pas, vous êtes mal organisée m'a-t-on dit ! A peine le temps d'une pause pipi et 10mn pour grignoter à l'office mais surtout ce sentiment trop lourd de ne pas arriver au bout, de manquer de temps pour mes patients... Alors avant de sombrer dans la déprime je dis stop. J'ai trois enfants je prends donc ma retraite et je vais devenir assistante maternelle agréée et là je pense me réaliser professionnellement !

J'adore mon métier

Marie-Do, IDE depuis 1989 dans l'Ariège

« Je voulais faire un métier où j'aiderais les autres. J'ai vu des miracles, des gens que l'on croyait perdus, finalement s'en sortir c'est pour cela que l'on fait ce métier, ces moments où tout se passe bien nous donnent l'envie de continuer malgré nos conditions de travail déplorables, car parfois nous pouvons être démotivés de voir des gens mourir ».

« Nous sommes considérés comme des Bac + 2 alors que nous sommes à + 3, + 4 ou + 5 et en plus nous sommes mal payés malgré que l'on fasse des heures pas possible, que l'on travaille le dimanche, et pour couronner le tout, on ne parle de nous que dans le négatif. « Nous ne recherchons pas forcément les félicitations mais c'est rare d'entendre "Bon travail".

Il faut que cela cesse

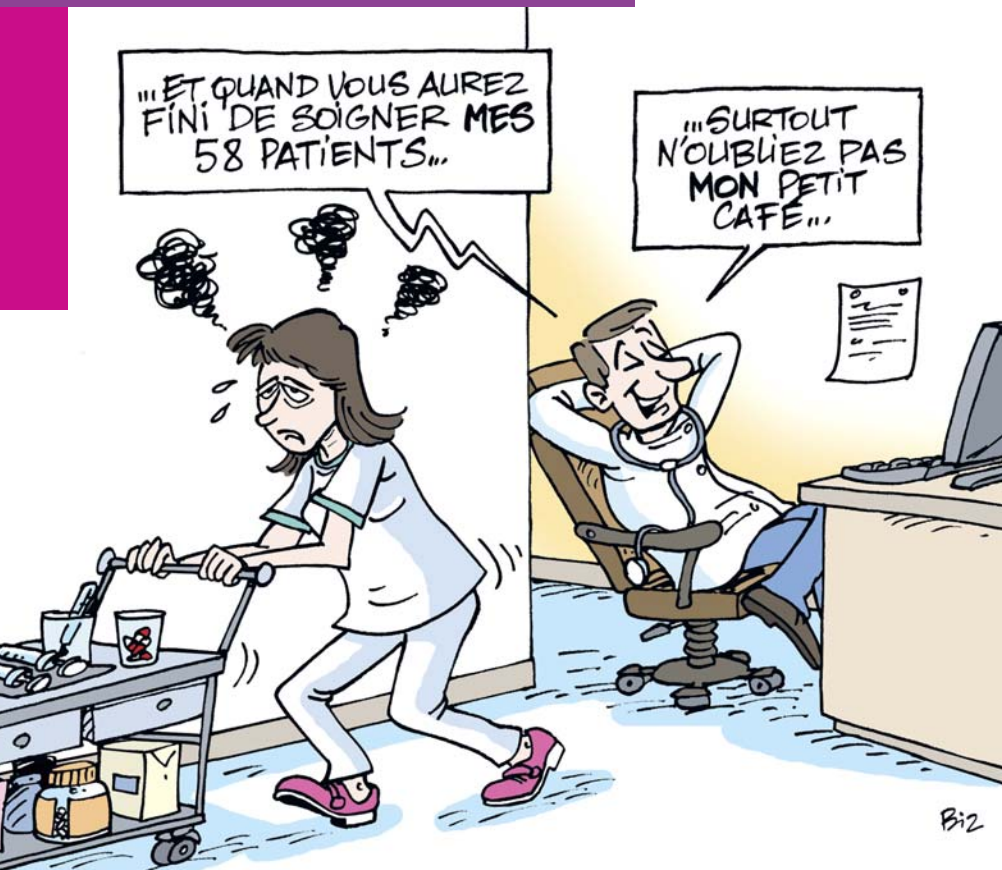
Eric, IDE depuis 1989 dans la Haute Garonne

Plus que jamais nos conditions de travail se dégradent, nous sommes sans arrêt en train de courir dans les services d'un patient à l'autre de sorte qu'ils ne sont plus considérés comme des êtres humains mais comme un maillon sur notre chaîne de travail. Il faut rajouter à cela une pression insupportable maintenant que l'hôpital public est devenu avec la T2A une entreprise à but lucratif. Il faut que cela cesse, il faut crier haut et fort notre souffrance, il faut agir et communiquer pour que nos conditions de travail change et que nos salaires soient revalorisés avec enfin une reconnaissance universitaire de notre formation.

Offrez donc des stylos à nos médecins !

Sylvie, IDE depuis 1998 dans le Sud-Ouest

Dix ans de DE et toujours la même galère pour les prescriptions. En dix ans, j'ai changé deux fois, d'hosto et cinq fois de service (réa, urgences, cardiologie, chirurgie, pool), j'ai fait du jour de la nuit parfois les deux... J'ai quitté un service de réa au top pour suivre mon mari... Quelle galère ! Non pas mon mari : ce nouveau poste, le pool de remplacement de nuit. Ça fait déjà trois mois mais je ne m'y fais pas. J'ai quitté les prescriptions informatisées pour retourner au kardex, bon ça je peux m'y adapter mais devoir me battre pour que le médecin fasse une prescription écrite ça non je refuse ! Je comprends bien qu'à trois ou quatre heures du mat on est mieux dans son lit mais bon sang s'ils sont de garde c'est bien pour bosser non ? et ils gagnent plus que 10 € (brut) la nuit pour nous envoyer nous faire voir. Alors que faire face à ce patient qui souffre et qui est de plus en plus agressif avec moi (verbalement heureusement !) ben oui forcément c'est moi « la c..... qui n'est pas foutue de lui faire une piqûre pour le calmer ». Ce n'est pas tant les noms d'oiseaux qui me gênent, ça je peux comprendre... Ce qui me dérange et m'énerve c'est d'avoir laissé un mot au cadre de jour pour proposer un travail afin de mettre en place des protocoles... Sa réponse : « vous comprenez, c'est difficile les médecins sont débordés il faut comprendre... blabla bli et bla bla bla ! ». Et je passe sur le fait qu'elle me téléphone à onze heures sachant pertinemment que je dors ! Flûte et reflûte !



Mauvaise direction !

Aurélié, IDE depuis 2006 en Lorraine

C'est juste avant le lycée que j'avais fait ce choix ; au début tout le monde a rit en m'accusant de faire une overdose de ma série préférée à l'époque « Urgences ». Mais ma décision était prise et je suis allée au bout de mes années d'IFSI et j'ai décroché le fameux D.E ! Mon premier poste : les urgences bien sûr ! Quelle déception ! Bien sûr je n'avais pas la naïveté de croire que les médecins seraient aussi craquants que Georges Clooney... Non le décalage c'est plutôt le nombre d'infirmières dans le monde réel, la crise du manque de lit et les patients qui restent des heures sur les brancards. Mes horaires aussi, je savais d'emblée que je devrais travailler les week-ends et les nuits... mais là c'est trois voire quatre week-ends de suite ; je passe du jour à la nuit sans transition sans vraiment respecter le planning prévu car on nous rappelle sans arrêts pour remplacer une collègue en maladie ou en congé de maternité... Bien sûr, je suis jeune et sans enfants alors je suis disponible ! Cela va faire bientôt deux ans que j'essaie, je vous jure que j'ai serré les dents plus d'une fois mais non je n'y arrive pas ! J'ai décidé de me réorienter, je démissionne pour reprendre des études. Ai-je vraiment pris la mauvaise direction ? Ce dont je suis sûre c'est que j'aime être infirmière et que je refuse de travailler comme ça !

Coup de gueule !

Sylvie, IDE depuis 1986 en Franche Comté

Les années passent mais j'aime toujours autant mon métier et pourtant je ne pars plus avec le même entrain à l'hôpital. Mon travail a changé, les techniques ont évolué et notre rôle aussi. J'en ai connu des galères et je m'en suis toujours sortie. C'est dur tous les jours, on manque de tout, de matériel et de personnel. Il pleut des notes de service de plus en plus décalées, tellement que je voudrais bien prendre ces directeurs dont je connais à peine le nom par la peau des... pour les traîner dans les services et leur montrer la vraie vie. Une journée dans le service ; rien qu'une pour se mettre à notre place et répondre aux malades, à leurs familles... Ce qui me met le plus en colère, c'est l'inertie de mes collègues. Ah ça pour râler y a du monde ! Faut entendre les tirades dans les vestiaires... Mais pour réagir personne ou si une poignée de blouses blanches : ridicules ! J'étais dans la rue à la fin des années 80 ; ah c'était une autre époque, on se posait pas tant de questions on y allait. Aujourd'hui, il y a les assignations du personnel minimum soit quasiment l'effectif de tous les jours et celles qui sont en repos ne se mobilisent pas... pour x bonnes raisons bien sûr ! Mais oui, continuez à faire les autruches. Continuez à dire aux étudiantes que vous encadrez : « *ne fais surtout pas comme ça le jour de l'évaluation, mais tu comprends, on n'a pas le choix...* ». Continuez ainsi, ne vous positionnez pas aujourd'hui pour défendre la qualité des soins. Mais qui vous soignera demain ? Là, vous n'aurez plus le choix !

Suite aux tragiques événements qui se sont déroulés pendant les fêtes, la profession infirmière a été brusquement très médiatisée.

Soudain nos conditions de travail deviennent un sujet et les reportages se multiplient...

Très vite, une barrière se dresse. De nombreuses directions d'établissement ont refusé aux chaînes de télévision les autorisations de filmer.

S'agissait-il d'une consigne ou d'un principe de précaution ? S'agit-il d'une volonté de ne pas dire les difficultés de peur d'inciter l'utilisateur à choisir un autre établissement ?

Quoiqu'il en soit, il n'est jamais très bon de tenir un couvercle sur une marmite qui bout...

Témoins avec vous au quotidien de ce malaise infirmier croissant, de cette colère qui gronde, la Coordination Nationale Infirmière a fait le choix de publier ces témoignages.

Nous encourageons d'ailleurs toute la filière infirmière à nous adresser des témoignages afin d'en constituer un grand livre que nous porterons au ministère.

Adressez vos écrits à : Coordination Nationale Infirmière, 270 bld Sainte Marguerite 13009 Marseille ou à coord-nat-inf@hotmail.fr



INSTITUT EUROPÉEN DE FORMATION EN SANTÉ

La performance en plus

www.iefsante.com

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

Pour vos formations
A.F.G.S.U 1 & 2,
nous venons chez vous

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

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



MISES EN SITUATION PROFESSIONNELLES

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

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

Plus d'infos

www.afgsu.com



ATELIERS PRATIQUES

FORMATIONS D'ADAPTATION À L'EMPLOI

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



ETUDES DE CAS CONCRETS

ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

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



APPORTS THEORIQUES INTERACTIFS

LUXEMBOURG

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

FRANCE

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

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

COLLÈGE OSTÉOPATHIQUE EUROPÉEN

PARIS CERGY • MUNICH



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

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

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

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

Démarche qualité ISO 9001

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

La parentalité à l'épreuve du handicap
Accueillir un enfant handicapé

2x2 jours les 5-6 février et 5-6 mars 2009

Le handicap à vivre
Situations plurielles

2x3 jours les 4-5-6 mai et 2-3-4 juin 2009

Les violences conjugales

2x3 jours les 27-28-29 avril et 27-28-29 mai 2009

Les conduites addictives

3+2 jours les 18-19-20 mai et 18-19 juin 2009

Les troubles des conduites alimentaires
Anorexie et boulimie

2x2 jours les 6-7 mai et 4-5 juin 2009

L'écoute dans la relation d'aide

3x3 jours les 11-12-13 février, 11-12-13 mars et 8-9-10 avril 2009



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



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

FORMATION INTRA 2009 (ex. de thématiques)

DYNAMIQUE DU DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

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

ADOLESCENCE

- Etre adolescent • Prise en charge des adolescents en pédiatrie

DÉMARCHE ET OUTILS PROFESSIONNELS

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

L'INSTITUTION : UN LIEU POUR AGIR ET PRÉVENIR

- Maltraitance et prévention • Promotion de la bientraitance

ACCUEIL DES ENFANTS ET DES FAMILLES

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

ÉVEIL ET MÉDIATION CULTURELLE

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

115, RUE VENDÔME 69006 LYON
TÉL 04 37 24 04 79 — FAX 04 37 24 05 62
E-MAIL : grape.innovations@wanadoo.fr
SITE INTERNET : grape-innovations.coop



www.institutpaolicalmettes.fr

l'Institut Paoli-Calmettes
Centre régional de lutte contre le cancer

**vous propose des formations en cancérologie
et sur les spécificités de la prise en charge**

contact formation : 04 91 22 37 77

INSTITUT
CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER
PAOLI-CALMETTES
PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

Organisme de formation : **Air Liquide Santé France**

Précisez le code préférentiel CNI lors de votre inscription auprès de :
centredeformation.alsf@airliquide.com

THÈME	NOM DE LA FORMATION	LIEU DATE
SÉCURITÉ DES GAZ MÉDICAUX	Personnel soignant : devenez référent gaz médicaux	2 jours dans votre établissement. Les 27-28 mai et 20-21 octobre 2009 dans notre centre de formation de LYON
SÉCURITÉ DES GAZ FORMATION DE FORMATEUR	Garantir la sécurité des personnes qui utilisent l'Azote au quotidien	2 jours dans notre centre de formation de LYON les 4-5 juin et 24-25 novembre 2009
DOULEUR	Lutte contre la douleur et utilisation des gaz médicaux	2 jours dans votre établissement. Les 18-19 juin et 22-23 octobre 2009 dans notre centre de formation de LYON
COMMUNICATION	Compétences relationnelles : optimiser la communication dans l'équipe soignante et avec les patients	2 jours dans votre établissement. Les 18-19 mars et 23-24 septembre 2009 dans notre centre de formation de LYON
STRESS	Le stress des soignants : anticiper pour mieux se protéger	2 jours dans votre établissement. Les 10-11 juin et 2-3 décembre 2009 dans notre centre de formation de LYON
CONFLITS	Gérer les conflits avec les patients et leurs proches	2 jours dans votre établissement. Les 3-4 juin et 7-8 octobre 2009 dans notre centre de formation de LYON

33



Remèdes efficaces pour soigner vos plans de formation

Dans votre établissement

- **formation en groupe**, encadrée par nos experts dans votre établissement.
- **MA e-FORMATION**, auto-formation interactive 24h/24 avec cursus et suivi personnalisés.

Dans notre Centre

- **Haute compétence**, formation avec nos experts intégrant des manipulations sur tous les équipements gaz et aspiration.

35 formations spécifiques

Gaz à usage médical - Traitement de la douleur - Hygiène et qualité des soins - Gestion du risque en milieu hospitalier.

Catalogue sur simple demande
ou sur www.airliquidesante.fr

La formation active au service de la santé

DES SESSIONS COURTES DANS VOS RÉGIONS DESTINÉES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

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

CATALOGUE ET RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE

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



ifjs

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

- Stages d'initiation à thème
- Formation certifiante
Praticien en Toucher-massage®,
exclusivité de l'IFJS. Être référent au sein
de son institution. Mettre en place des
permanences massage pour le personnel.
- Formation sur site
Naissance, Personnes âgées,
Douleur, Santé mentale,
Fin de vie.
Devis sur demande

03 80 74 27 57 toucher-massage.com



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

THEMES D'INTERVENTIONS :

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

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

Demandez le catalogue complet à :

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

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

Mel : info@realites.fr

Sur Internet : www.realites.fr

INSTITUT DE FORMATION ET D'APPUI AUX INITIATIVES DE DEVELOPPEMENT



propose aux professionnels des secteurs sanitaire et social

une formation aux métiers du développement international et local
(Développement-Solidarité-Médiation) :

Coordonnateur de Programme de Développement

Titre de niveau II, certifié par l'Etat (analogue à un cursus Bac +4 master I)

Formation financée par le Conseil Régional d'Aquitaine



Durée : 2 ans (10 mois d'enseignement sur Bordeaux + 1 année d'application professionnelle)

Accès : Diplômes Bac+2 ou expérience professionnelle suffisante. Ouvert aux salariés bénéficiant d'un congé de formation.

17, cours des Aubiers - 33300 Bordeaux Tél. : 05 56 50 08 67 - Fax. 05 56 39 60 34

Web : <http://www.ifaid.org> - E-mail : formation@ifaid.org



Organisme de formation continue ♦ spécialiste des secteurs sanitaire, médico-social et social ♦ 28 ans de références publiques et privées ♦ une approche pédagogique pragmatique et concrète

Prise en charge soignante – Santé mentale - Gériatologie

Prise en charge des plaies : quel choix de pansement

2 jours – 550 €
5 et 6 février ou 4 et 5 juin

Prise en charge du patient cancéreux

4 jours – 1 000 €
16 au 19 mars

Prise en charge des patients atteints d'AVC

3 jours – 825 €
18 au 20 mai

Toucher dans la pratique soignante

4 jours – 1 000 €
22 au 25 juin

Prise en charge de la douleur par le soignant

3 jours : 825 €
22 au 24 juin

Violence et agressivité en psychiatrie

3 jours : 825 €
23 au 25 mars

Connaissance et prise en charge des troubles comportementaux et psychologiques à l'adolescence

4 jours – 1 000 €
25 au 28 mai

Douleur en santé mentale

3 jours – 825 €
15 au 17 juin

Gymnastique douce pour personne âgée

4 jours – 1 000 €
2 au 5 février

Évaluation de la dépendance de la personne âgée

2 jours – 550 €
12 et 13 mars

Maladie d'Alzheimer et troubles apparentés

4 jours – 1 000 €
23 au 26 mars

Initiation à l'animation mémoire

4 jours – 1 000 €
11 au 14 mai

Management - Responsabilité

Encadrer des élèves en stage

3 jours – 825 €
9 au 11 mars

Prévenir le syndrome d'épuisement professionnel

3 jours – 825 €
2 au 4 juin

Responsabilité juridique

Option 1 : Infirmiers et cadres de santé

Option 2 : En psychiatrie

3 jours – 825 €

9 au 11 mars

Vos contacts

Siège social

Formation Inter-entreprises

171, avenue Jean-Jaurès - 75019 Paris

Tél. 01 53 19 80 30

Fax : 01 53 19 02 80

Responsable stages inter : D. Houel

inter@formavenir-performances.fr

Formation Intra-entreprise

Pour connaître le conseiller en formation de votre région, consulter notre site Internet

Démarche Qualité
et gestion des risques
Management
Droits et responsabilités
Métiers, fonctions et perfectionnement
Accueil, communication et
développement personnel



FORMAVENIR

Nos domaines
d'intervention

Prise en charge des patients
Maternité, enfance, adolescence
Gériatologie-gériatrie
Social
Santé mentale, handicap
Prestations hôtelières

Consultez nos formations et le calendrier 2009 sur notre site : www.formavenir-performances.fr

L'UNIVERSITÉ de PROVENCE

organise les formations diplômantes et qualifiantes suivantes :

À Paris (INK - 3 rue Lespagnol - XX^{ème}) :

Le Diplôme d'Université (D.U.) Métiers de la formation, de la santé et du travail social,

option : **Fonction de coordinateur de soins en structures extra-hospitalières.**

Cette formation se déroule sur deux années, à raison de deux jours par mois (à l'exception des mois de juillet et août).

À Lambesc (près d'Aix-en-Provence) :

LICENCE Sciences Humaines et Sociales, Mention Sciences de l'éducation

Option (*) :

- Éducation dans le secteur sanitaire et le travail social (et option promotion de la Santé)

MASTER Professionnel "Éducation et Formation"

Parcours (*) :

- Éducation, encadrement et formation dans le champ de la santé et du travail social
- Éducation et promotion de la santé

Ces diplômes sont assurés en alternance une semaine par mois.

(*) D'autres parcours ou options sont proposés sur le site internet indiqué ci-dessous; vous êtes invités à le regarder.



Renseignements : UNIVERSITÉ DE PROVENCE
Département Sciences de l'éducation
1 avenue de Verdun - 13410 Lambesc
Tél : 04 42 57 17 17 - Fax : 04 42 57 17 07
Mél : accueil.scelambesc@univ-provence.fr
<http://www.educaix.com>
candidatures avant le 30 juin

université
PARIS DIDEROT
PARIS 7

Renseignements Inscription
UFR Sciences Humaines Cliniques
Département Formation Permanente
26 rue de Paradis - 75480 Paris cedex 10
dfp.psycho@univ-paris-diderot.fr
www.shc.univ-paris7.fr

► **Diplôme Universitaire Clinique de l'accompagnement**

Paul-Laurent ASSOUN et Yves LE BON

- octobre 2009 - juin 2010

► **Diplôme Universitaire Addictions Clinique et théorie de la dépendance**

Eric Toubiana et Eric Malapert

- novembre 2009 - juin 2010

► **Diplôme Universitaire Approche psychanalytique du handicap**
Simone Korff Sausse • janvier 2010 - décembre 2010

► **Diplôme Universitaire Approche psychopathologique et clinique destiné aux infirmiers**

Avec la collaboration de EPS Maison Blanche

- janvier 2010 - juin 2011

Stages : Autisme / Clinique de la Maternité / Psychanalyse et cancer

Autres formations DU et Stages sur le site

i.r.e.m.a.

Institut de Recherche
et d'Enseignement
sur les Maladies Addictives

**Addictologie
Formation
Intervention
conseil**

Pour les professionnels
des champs sanitaire
et médico-social

PROGRAMME 2009

Des formations animées par des praticiens experts et spécialistes de terrain

- **Connaître les addictions et se spécialiser en addictologie**
- **Adapter sa pratique selon les publics visés**
- **Développer ses compétences et techniques professionnelles**
- **Prévenir et gérer les risques psychosociaux**

Catalogue détaillé sur simple demande

01 42 40 68 00 - irema@irema.net - www.irema.net - 10 bd de Strasbourg - 75010 Paris

DEVENEZ OSTÉOPATHE

eurostéo
AIX EN PROVENCE

Formation Professionnelle
Continue en Ostéopathie



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

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

Renseignements et inscriptions aux « journées portes ouvertes » auprès du secrétariat :

Tél. 04 42 58 63 72 - e.mail : eurostéo.aix@wanadoo.fr
Château de la Saurine - Pont de Bayeux 13590 MEYREUIL

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

Les indications dans le rôle propre de l'infirmier :

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

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

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

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



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

Méthode originale Dr. VODDER®

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

Suivre nos stages c'est obtenir :

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

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

L'école
des
5 sens

Formation professionnelle continue

**Découvrez le rôle et l'importance des 5 sens dans
les relations professionnelles et personnelles.**

La particularité de la pédagogie sensorielle repose sur l'expérimentation approfondie des 5 sens et du rôle qu'ils jouent dans la communication afin d'améliorer la qualité de la relation d'aide et d'entraide.

À l'issue de la formation, les stagiaires sauront prévenir l'épuisement professionnel, mieux gérer le stress, ajuster leurs compétences personnelles à l'efficacité d'une équipe.

stages « INTER », 2 jours à Paris
dates 2009, prochains stages 1° degré : 19 et 20 janvier, 14 et 15 mars.

stages « INTRA » en établissements ou au sein d'une équipe, 3, 4 ou 6 jours

L'école des 5 sens. fbarnay.ecoledes5sens@orange.fr - 06 72 39 62 53

Coordination Nationale Infirmière
Syndicat professionnel - filière Infirmière
Infirmières - Infirmières spécialisées - Cadres - Étudiants Infirmiers

Actualité | Actualités | Diplômes | Stages | Publications | Revue | Associations | Plan du site | Contact | Liens

FORMATION COURS MINERVE
10 semaines de formation à distance

FORMATION CERF
Progresser en votre métier. C'est notre métier.

FORMATION AIR LIQUIDE
Remèdes efficaces pour soigner vos maux de formation

Formation Santé
Formation Infirmière

www.coordination-nationale-infirmiere.org



afar FORMATION CONTINUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

FORMATIONS 2009

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

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

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

OPQF  



COURS MINERVE
le spécialiste des métiers de la santé

PRÉPAREZ VOTRE CONCOURS
en étudiant chez vous

CONCOURS DE SPÉCIALISATION
Accessibles aux titulaires d'un D.E. infirmier ou paramédical

- Cadre de santé
- I.A.D.E.
- I.B.O.D.E.
- Puéricultrice

AUTRES CONCOURS
Accessibles avec le baccalauréat

- Orthophoniste
- Infirmier(e)
- Masseur Kinésithérapeute
- Psychomotricien

Accessibles sans condition de diplôme

- Auxiliaire de puériculture
- Aide soignante

INSCRIPTION POSSIBLE À TOUT MOMENT DE L'ANNÉE

LES AVANTAGES DU COURS MINERVE

- ▶ Un enseignement conciliable avec toute autre activité, professionnelle ou familiale.
- ▶ Un corps professoral diplômé (enseignants en poste ou professionnels de la santé).
- ▶ Des corrections de devoirs personnalisés, assurées dans les plus brefs délais.
- ▶ Une assistance pédagogique pour répondre à toutes vos questions par téléphone, par courrier ou par mail.
- ▶ La possibilité de suivre les préparations du **COURS MINERVE** dans le cadre de la Formation Professionnelle Continue.

LE COURS MINERVE est un établissement privé d'enseignement à distance soumis au contrôle pédagogique de l'État.

Envie d'en savoir plus ?

- Par tél. : 01 53 33 02 02
- Par Internet : www.coursminerve.com

33 avenue de la République 75541 PARIS Cedex 11

BON POUR OBTENIR UNE INFORMATION GRATUITE

à retourner au **COURS MINERVE**, 33 avenue de la République 75541 PARIS CEDEX 11

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél : Diplômes obtenus :

Profession/niveau d'études : Âge :

Concours Choisi :

Conformément à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. CNI 010



UNIVERSITÉ PARIS OUEST NANTERRE LA DÉFENSE

Le Centre des Relations avec les Entreprises et de la Formation Permanente vous offre la possibilité d'obtenir un diplôme d'université qualifiant et professionnalisant

DIRECTEUR (TRICE) DE STRUCTURES DE PETITE ENFANCE

Professionnels de la petite enfance, vous souhaitez :

- Élargir vos connaissances et renforcer vos compétences
- Créer une structure d'accueil de jeunes enfants
- Dynamiser votre carrière et accéder à des postes de responsabilité
- Savoir appréhender toutes les responsabilités de la fonction de "Directeur(trice) d'une structure de la petite enfance" (législation européenne et française, management, techniques de communication, psychologie de l'enfant, gestion et dynamique des équipes professionnelles, relations aux familles, questions sanitaires et sociales, etc.)

DURÉE :
Formation en alternance de septembre 2009 à septembre 2010

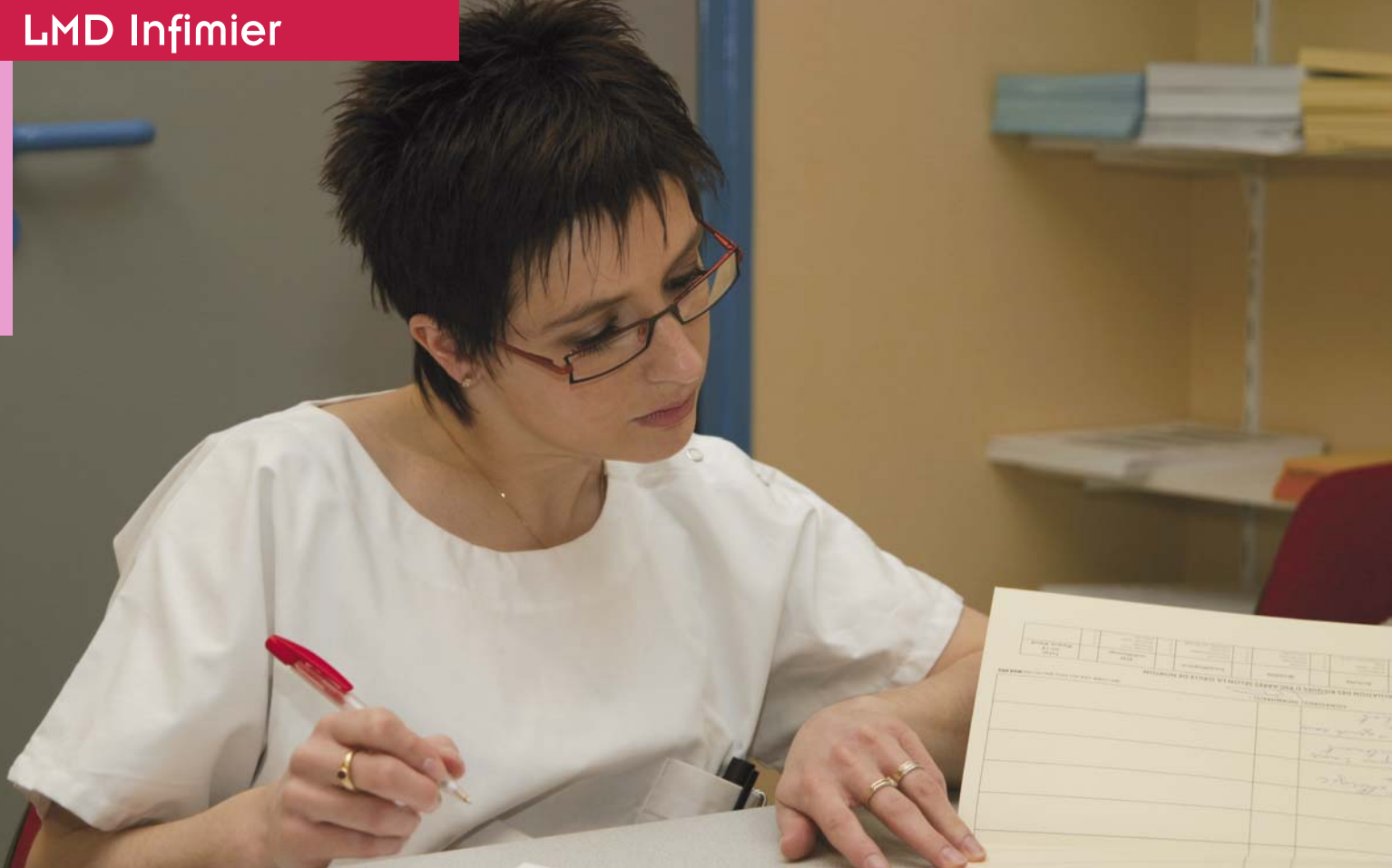
PUBLIC :
- Docteur en médecine, puéricultrice, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé, infirmière, sage-femme, conseillère en économie sociale et familiale, psychomotricien, assistant de service social ou titulaire d'un Master II de psychologie et justifiant de deux à cinq ans d'expérience professionnelle auprès d'enfants de moins de six ans
- Tout autre professionnel de l'enfance justifiant de trois à cinq ans d'expérience à la direction d'un établissement ou d'un service d'accueil d'enfants de moins de six ans.

POSSIBILITÉS DE FINANCEMENT :
Salariés : CIF, Plan de formation, Périodes de professionnalisation ou individuel.

Contact et site :
Élisa LAINEL
Tél. : 01 40 97 78 63 / 78 66
dspe.crefop@u-paris10.fr
<http://www.u-paris10.fr/cef>

Adresse :
UNIVERSITÉ PARIS OUEST
NANTERRE LA DÉFENSE
CREFOP
Bât M,
200 av. de la République,
92001 Nanterre CEDEX

Safari-Pa.fr



L.M.D. Infirmier

Rêve ou réalité ?

*La reconnaissance à BAC + 3 portée par la
Coordination Nationale Infirmière dès sa
création en 1988 verra-t-elle le jour en 2009
avec la réforme de notre formation initiale ?
Quelles sont les implications de l'intégration
des paramédicaux au système universitaire
Licence, Master, Doctorat ?*

PETITS RETOURS EN ARRIÈRE POUR MIEUX COMPRENDRE

1992 : « nouveau programme » de formation

- Allongement de la durée des études qui passent de 33 à 36 mois et 7 semaines,
- Le mot « élève » est remplacé par celui d'« étudiant »,
- Le mot « école d'infirmière » est remplacé par celui d'« Institut de Formation en Soins Infirmiers »,
- Assister au cours devient facultatif sauf pour les travaux dirigés (TD) et les stages,

- Augmentation du temps de formation théorique avec renforcement des Sciences Humaines et des Soins Infirmiers en Psychiatrie,
- Un Diplôme d'Etat unique pour un exercice dans tous secteurs de soins (soins généraux, psychiatrie, santé publique),
- Formation modulaire,
- 35h/semaine.

Une évolution, une avancée partielle notamment pour ces « étudiants » qui gagnent un titre mais pas un statut...

Depuis la volonté d'aller plus loin persiste chez les professionnels...

Les facteurs qui ont influencé l'évolution de 1992 à 2009

- La loi de modernisation sociale n°2002-73 du 17 janvier 2002 pose pour principe que toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience, notamment professionnelle, en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification figurant sur une liste établie par la commission paritaire nationale de l'emploi d'une branche professionnelle, enregistrés dans le répertoire national de certifications professionnelles (...),
- Le contexte de la santé (les évolu-

tions techniques et médicales, l'environnement, la population...) implique la nécessité de nouvelles missions pour les professionnels infirmiers,

- L'accord de Bologne.

En 1999, les Ministres européens de l'enseignement supérieur ont fait une déclaration commune par laquelle ils s'engageaient à créer et consolider un espace européen de l'enseignement supérieur d'ici 2010.

- Attentes et revendications des professionnels et des étudiants.

Mobilisations, actions et travaux des professionnels

2006 : mise en place de groupe de travail pour la mise en place de la VAE Validation des Acquis de l'Expérience / constitution de référentiels.

2007 : la CNI dénonce une VAE infirmière incompatible avec l'universitarisation de notre formation. Elle quitte le groupe de travail VAE et informe la profession.

De mars à juin 2007 : plusieurs manifestations à Paris et en région à l'initiative de la CNI rejoint par une dizaine d'organisations et associations. Professionnels et étudiants revendiquent l'intégration de la formation au système LMD.

Parallèlement au mouvement, un groupe composé de professionnels et d'étudiants se constitue : le groupe « Unité pour le LMD ».

Suite aux mobilisations, le ministère de la Santé annonce l'ouverture de négociations. Nous sommes en juillet 2007, les rapports se font attendre, les réunions de travail prennent des allures de promesses...

Reprise des groupes de travail visant à élaborer des référentiels formation, compétences... il s'agit de la « réingénierie du diplôme ».

Octobre 2008 : publication d'un rapport relatif à « l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales » ; ce rapport a été remis aux ministres par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR).

Une gestation bien longue pour un rapport bien décevant !

- Attribution d'une licence professionnelle,
- Pas de développement de la recherche infirmière,
- Pas de création d'une discipline des sciences infirmières,
- Annonce d'un reconventionnement « prudent » des infirmières déjà diplômées,
- Aucune prise en compte de l'évolution de la profession infirmière ni de la complexité de notre exercice quotidien,
- La recherche infirmière est évoquée,
- Aucune référence ne soutienne les arguments avancés.

Un exemple criant :

« Du point de vue social, il paraît indispensable de tenir compte de la réalité sociologique et du niveau de recrutement actuel des infirmières : la moitié environ des élèves ont un bac professionnel ou sont des aides soignantes admises au titre de la formation professionnelle ».

Objectifs des Accords de Bologne :

- Harmoniser la structure de l'enseignement supérieur et augmenter l'attractivité des études en Europe grâce à un système comparable fondé sur 2 cycles d'études finalisés par le diplôme de Bachelor (1^{er} cycle) et le diplôme de Master (2^{ème} cycle).
- Faciliter la mobilité des étudiant(e)s et des chercheur(e)s grâce à un système de transferts et d'accumulation de crédits : les ECTS.
- Reconnaître les qualifications académiques par tous les employeurs européens grâce à un système de diplômes lisibles et comparables, auquel s'ajoute le supplément au diplôme.
- Coopérer en matière d'assurance de la qualité.
- Renforcer l'Europe culturelle en respectant la diversité.

LICENCE UNIVERSITAIRE OU PROFESSIONNELLE

A ce stade de notre dossier, il nous paraît pertinent de différencier ces deux L ...

Licence universitaire ou professionnelle, est-ce la même chose ? Si non, quelles sont les différences ?

Voilà quelques questions auxquelles nous allons tenter de répondre dans cet article.

Quand on parle de niveau d'étude après le baccalauréat, du niveau universitaire, on parle d'années d'études universitaires réalisées par l'étudiant. Ainsi, le Bac+3, sanctionne trois années d'études universitaires après le baccalauréat.

Pour s'inscrire à l'université, il faut obtenir Baccalauréat, DAEU¹ ou Capacité en Droit. La formation infirmière est réalisée en 38 mois soit un peu plus de trois ans. Il est donc logique que la profession revendique un niveau d'étude BAC+3.



Réforme LMD

Depuis 2004, le système universitaire a été modifié. La réforme LMD², ou 3/5/8, met en place un système commun pour l'ensemble des pays européens. Les grades d'étude devenant : La Licence (trois ans), le Master (deux ans après la licence soit cinq ans) et le Doctorat (trois ans après le master soit huit ans).

La Licence sanctionne trois années de formation post-baccalauréat, qui correspond à 180 ECTS³. Ce niveau correspond au niveau Deug⁴ + Licence, c'est le premier degré universitaire. Il n'y a pas de sélection pour s'inscrire en licence. Un étudiant ayant obtenu une licence a le choix entre deux options :

- Soit continuer son parcours universitaire et il s'inscrit en Master, grande école ou en formation professionnelle en IUP⁵,
- Soit il s'insère dans la vie active, en postulant à un emploi.

Le Master sanctionne deux années universitaires après la licence soit 120 ECTS supplémentaires soit en tout 300 ECTS. C'est la voie de la spécialisation. L'étudiant choisit un domaine dans lequel il va devenir expert. Il y a une sélection entre la première et la deuxième année. Il existe deux types de master : le master recherche et le master professionnel. La différence réside dans la finalité du master.

- Le master recherche s'inscrit dans la poursuite des études universitaires vers un doctorat. La recherche est au centre de la deuxième année, la rédaction du mémoire de recherche est une préparation à la recherche et à la rédaction de thèse. Il correspond à l'ancien DEA⁶,
- Le master professionnel ou master pro, est lui orienté vers l'insertion professionnelle immédiate de l'étudiant formé dans la vie active. Réalisé, le plus souvent en alternance en entreprise, le master pro comporte un stage obligatoire en entreprise d'un semestre. Les masters pro existent uniquement dans les domaines où les entreprises sont demandeuses de main d'œuvre qualifiée dans cette spécialité. C'est l'équivalent de l'ancien DESS⁷.

Enfin, le Doctorat n'est pas modifié.

Il est possible après un master recherche (master pro avec dérogation et sous conditions). Il consiste en trois années universitaires consacrées à la recherche sur un sujet donné et à la production d'une thèse en fin de parcours. Le doctorat correspond à 480 ECTS, les 300 de la Licence et du master plus 180 pour les trois années de recherche.

La Licence en quelques mots...

La présentation suivante, bien que succincte, se veut claire. Le but est de comprendre l'organisation générale de la Licence Universitaire et les différences avec la Licence Professionnelle.

Le grade de licence sanctionne six semestres de formation (180 ECTS). C'est une formation théorique. La Licence universitaire est généraliste et pluridisciplinaire les deux premières années (appelées L1 et L2). La troisième année (L3) est le temps du choix de la spécialité de la licence. Il existe huit grands domaines pour les licences en France : Lettres et langues / Sciences Humaines et sociales / Arts / Économie-gestion / Administration économique et sociale / Droit / Sciences et technologiques / Sport. Toutes les Licences universitaires françaises appartiennent à un de ces grands domaines. Ensuite, chaque université attribue une mention et un parcours à ce grand domaine. On peut prendre l'exemple suivant à l'université de Provence, où les étudiants peuvent préparer une licence du domaine des sciences et technologies, mention Sciences de la terre et de l'environnement, parcours Environnement, technologie et société⁸.

Après l'obtention du diplôme de licence universitaire, l'étudiant a le choix de poursuivre en master recherche ou master pro dans son domaine, de s'inscrire dans une grande école (commerce ou ingénieur), une école spécialisée (journalisme, mode, arts, immobiliers,...) ou dans un IUP⁹.

Il existe depuis 1999, un autre type de licence, la licence professionnelle. C'est un diplôme de niveau Bac+3 qui se prépare en un an (deux semestres, soit 60 ECTS) et qui comporte 12 à 16

semaines de stage en entreprise. C'est une formation qualifiante pour l'emploi qui répond aux engagements Européens, avec la création d'une nouvelle qualification entre technicien supérieur et ingénieur/cadre supérieur. Les licences professionnelles naissent du partenariat entre les universités, les entreprises et les branches professionnelles. De ce fait, de nombreux métiers des différents secteurs économiques sont accessibles par la licence professionnelle. L'accès à la licence professionnelle est subordonné à la validation d'un diplôme national sanctionnant deux années d'enseignement supérieur dans un domaine compatible avec celui de la licence. La licence pro est le plus souvent réalisée en formation en alternance ou par apprentissage et l'enseignement est réalisé prioritairement par des professionnels du domaine concerné. Elle peut être suivie en formation continue, voir en validant les acquis de l'expérience ou des acquis personnels. La finalité de la licence pro est l'insertion sur le marché de l'emploi. Néanmoins, des poursuites d'études sont possibles : l'inscription au concours de l'IUFM¹⁰ est possible, avec accord du directeur de parcours une inscription en master pro est possible. Et rarement, avec un dossier solide, une inscription en grande école avec sélection par un jury est possible.

Ainsi, deux types de formation BAC+3 existent actuellement en France. La réforme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier passe par une universitarisation plus ou moins importante de la formation. Les réformes actuellement en cours donnent un aperçu de ce que pourrait être la future formation des infirmiers et infirmières.

- 1 - Diplôme d'accès aux études universitaires.
- 2 - Licence Master Doctorat.
- 3 - European Credits Transfer System, ou en français système européen de transfert et d'accumulation de crédits.
- 4 - Diplôme d'étude Universitaire Générale.
- 5 - Institut Universitaire Professionnalisé.
- 6 - Diplôme d'étude approfondie.
- 7 - Diplôme d'étude supérieur spécialisée.
- 8 - Source Site <http://www.univ-provence.fr>
- 9 - Institut Universitaire Professionnalisé.
- 10 - Institut Universitaire de Formation des Maîtres.

Suite à la parution du rapport des Inspections Générales, les choses s'accroissent

Novembre 2008 : lors de son discours au salon infirmier, Roselyne Bachelot annonce l'ouverture d'une concertation pour l'intégration des paramédicaux au système LMD.

18 novembre 2008 : 1^{ère} journée de concertation pour l'intégration des paramédicaux au LMD : lancement de la réforme ! Les débats ont été conduits par Annie Podeur, Directrice de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins et M. Patrick Hetzel, Directeur général de l'Enseignement Supérieur en présence de membres du cabinet de Mme Bachelot et des représentants associatifs et syndicaux des paramédicaux. L'organisation de cette rencontre à la Faculté de Médecine Cochin Port Royal à Paris laisse augurer de voir enfin aboutir les vœux de la profession mais si les échanges confirment l'annonce de la Ministre de la santé d'une réforme des études pour les infirmières qui prendra effet en septembre 2009, le doute plane toujours quant au type de Licence...

8 et 9 décembre 2008 : les premières réunions de travail.

Des rencontres de deux heures réunissant une cinquantaine de personnes, des échanges intéressants certes mais peu de concret !

11 décembre 2008 : Réunion du groupe « Réingénierie du diplôme ».

Les organisations refusent de valider le référentiel de formation jugé incomplet. La Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins prend acte mais transmet les documents à la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur.

6 janvier 2009 : Réunion de travail pour l'intégration de la formation infirmière au LMD.

La Direction Générale de l'Enseignement Supérieur confirme la nécessité de compléter le référentiel formation notamment en ce qui concerne les

cours magistraux et le cadre des Travaux Dirigés (TD).

A partir de février, la réflexion se poursuivra en deux groupes :

- Formation initiale : L
- Poursuite du cursus universitaire (M et D).

Face aux nombreuses interrogations, la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur a réitéré le 6 janvier son refus de la création de Sciences Infirmières en France.

A ce stade des discussions (janvier 2009), les propositions sont :

- Maintien d'un Diplôme d'Etat infirmier,
- Attribution d'un grade Licence,
- Un nouveau programme en septembre 2009 répondant à 180 ECTS.

Compte tenu des cursus de formation infirmière des autres pays européens, compte tenu de l'évolution du contexte de la santé et des besoins en France, compte tenu de la volonté des professionnels et des étudiants, la Coordination Nationale Infirmière maintient sa revendication pour la création d'une discipline en Sciences Infirmières.

La réforme est en cours, les réunions de travail doivent aboutir en mars pour répondre à l'ambition de mettre en place un nouveau programme en septembre 2009.

Cette évolution ne doit pas être partielle !

Les infirmiers ne revendiquent pas le L pour le titre.

Ils en espèrent une réelle opportunité professionnelle, une reconnaissance de compétences ainsi qu'un réel statut et les revalorisations qu'il implique pour les professionnels en activité comme pour ceux en devenir.

Nous vous donnons rendez-vous sur notre site www.coordination-nationale-infirmiere.org afin de suivre l'évolution de ce dossier dans les semaines à venir...

Nathalie DEPOIRE ■
Présidente CNI

Christophe ROMAN ■
CNI Saint-Joseph

Reclassement des territoriales

Enfin entendues et reconnues

Le décret du 23 juillet 2003 n° 2003-676 prévoyait le reclassement des Infirmiers Territoriaux, des Rééducateurs Territoriaux et des Assistants Territoriaux Médico-Techniques, hors classe dans le grade de cadre de santé à l'échelon comportant un traitement égal ou à défaut immédiatement supérieur.

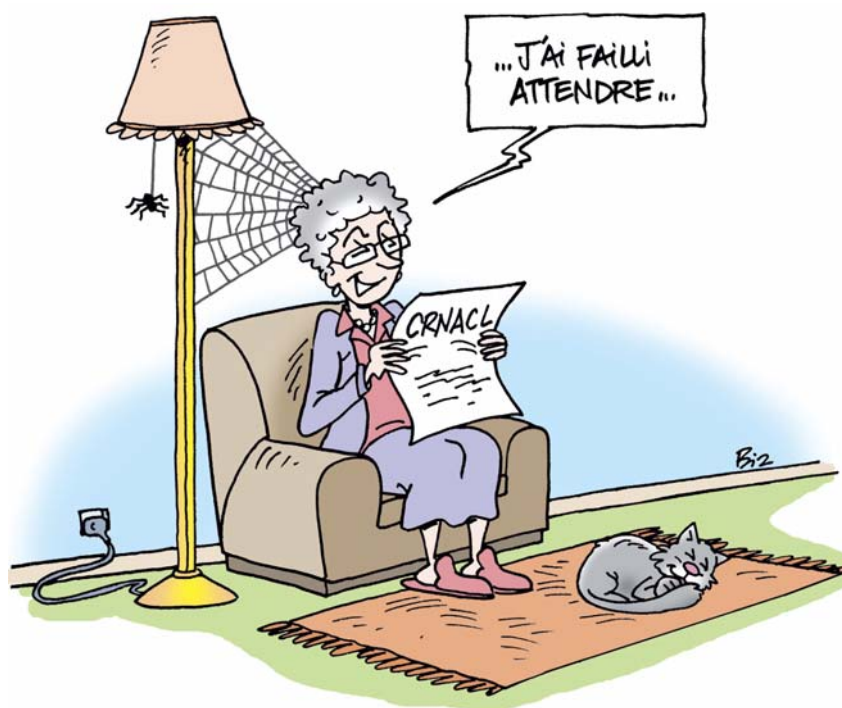
Ce texte prévoyait « *Les pensions des fonctionnaires retraités avant l'intervention des dispositions qui précèdent, ainsi que celles de leurs ayant cause, sont révisées dans les conditions fixées ci-dessus à la fin des opérations de reclassement des personnels actifs* ».

Dans la plupart des cas les personnels actifs ont été reclassés courant novembre 2003, mais la C.N.R.A.C.L. a fait savoir aux agents retraités ayant demandé individuellement le bénéfice de ce reclassement la réponse suivante :

« *Toutefois, en raison de la nouvelle réglementation prévue par la loi n° 2003 775 du 21 Août 2003, portant réforme des retraites à compter du 1^{er} janvier 2004, je ne suis pas en mesure actuellement de vous en préciser les modalités d'application. En effet, les dispositions de la loi susvisée prévoient que les retraités ne peuvent plus bénéficier des reclassements catégoriels prévus pour les personnels en activité* ».

Devant cette réponse plusieurs agents ont fait sans plus de succès des interventions auprès du médiateur de la République, de leurs députés ou de leurs sénateurs et autres.

La Coordination Nationale Infirmière a obtenu un rendez-vous auprès de M. Girault sous-directeur des élus locaux et de la Fonction Publique Territoriale au Ministère de l'Intérieur,



de l'Outre-Mer et des Collectivités Locales et des agents spécialisés de son service.

François Izard, Président de la Coordination Nationale Infirmière, Jeannine Hounieu ; Trésorière de l'Association des Infirmières de la

la décision de la CNRACL qui refusait à tous les retraités le reclassement dans le grade de Cadre de santé, en catégorie A, a été annulé

Fonction Publique Territoriale (A.I.F.P.T.) se sont rendus à ce rendez-vous le 22 février 2007 accompagnés de Maître Jean-Pierre Hounieu Avocat du Cabinet Racine de Bordeaux.

A la suite de cette entrevue Monsieur

Girault nous a adressé le 20 avril 2007 un courrier nous faisant part que notre analyse du dossier avait retenu son attention et qu'il proposait de la soumettre à l'examen des Ministères de la Santé, des Finances et de la Fonction Publique.

Alors que la situation semblait trouver une issue favorable, pour les infirmières et puéricultrices pensionnées, Monsieur Girault nous envoie un courrier en date du 29 février 2008 co-signé par les autres Ministères (Santé et Finances) dans lequel il nous fait part que notre requête est infondée et par conséquent, il ne demande pas à la CNRACL de procéder à la révision de ces pensions.

A la suite de ce refus, Maître Hounieu a proposé à la Coordination Nationale Infirmière, qui a donné son accord, d'engager un recours auprès du Ministre du Budget, des Comptes Publics et

de la Fonction Publique ainsi qu'une requête introductive d'instance auprès du Conseil d'Etat, ce qui a été fait le 7 mai 2008.

Parallèlement à notre démarche, Madame R. puéricultrice avait fait une demande auprès du Tribunal Administratif de Versailles. Celle-ci ayant été rejetée le 27 avril 2006, Mme R. introduit un

pourvoi en Conseil d'Etat qui a été enregistré les 1^{er} juin et 25 juillet 2006. A la suite de cette démarche, le Conseil d'Etat a statué le 11 juillet 2008 et a accordé un avis favorable à sa requête.

De ce fait la décision de la CNRACL qui refusait à tous les retraités le reclassement dans le grade de Cadre de Santé, en catégorie A, a été annulé et

un courrier de cette caisse de retraite nous a été transmis faisant part de notre reclassement avec un effet rétroactif à compter du 1^{er} janvier 2004. Cette décision s'appliquant aux grades de puéricultrices, infirmiers, rééducateurs et assistants médico-Techniques.

Jeannine HOUNIEU ■
Trésorière de l'A.I.F.P.T.

Juridique

Rémunération des agents à temps partiel effectuant des heures supplémentaires dans la Fonction Publique Hospitalière.

Le tribunal administratif de Rouen vient de rendre un jugement en date du 13 novembre 2008 qui condamne le CHU de Rouen à reconsidérer le calcul des indemnités horaires pour travaux supplémentaires pour des agents à temps partiels à compter de la publication du : décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. Relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

Article 7 de ce même décret

La rémunération horaire est déterminée en prenant pour base le traitement brut annuel de l'agent concerné, au moment de l'exécution des travaux supplémentaires dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1820. Cette rémunération est multipliée par 1,07 pour les 14 premières heures supplémentaires et par 1,27 pour les heures suivantes.

Le CHU de Rouen en date du 28 février 2005 refusait d'appliquer le mode de calcul favorable à des agents à temps partiel avant le 8 octobre 2004 date de publication du : décret n° 2004-1063 du 1^{er} octobre 2004 relatif au temps partiel dans la fonction publique hospitalière.

Article 4 du décret 2004-1063 du 1/10/04

Les heures supplémentaires accomplies par les fonctionnaires autorisés à travailler à temps partiels sont rémunérées dans les conditions prévues aux articles 7 et 8 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

Les agents à temps partiels autorisés à effectuer des heures supplémentaires étaient fortement pénalisés par un abattement sur le calcul de leur rémunération des heures supplémentaires en fonction de leur quotité de travail à temps partiel.

A compter du 25 avril 2002, ils pouvaient bénéficier d'un traitement plus équitable.

Mais ce n'est qu'à partir du 1^{er} octobre 2004 que le CHU a mis en application ce nouveau mode de calcul.

Le tribunal administratif juge que conformément à la demande des requérants, le nouveau mode de calcul s'appliquait dès la publication du décret du 25 avril 2002.

Il condamne le CHU à recalculer et régulariser la rémunération des agents concernés (infirmières et sages-femmes à temps partiels) par ce jugement.



Ce jugement concerne la filière infirmière. Il peut servir de jurisprudence. Si vous êtes à temps partiel et si vous avez effectué des heures supplémentaires entre le mois d'avril 2002 et le mois d'octobre 2004, vérifiez le mode de rémunération qui vous a été appliqué et en cas de doute contactez notre siège social.

Andrée RENOIR ■
CNI Rouen

Siège social CNI :
Coordination Nationale Infirmière
270 Bd Sainte Marguerite
13009 Marseille

1988 - 2008

La Coordination du CHU de Rouen renaît de ses cendres !

Elle avait disparu suite au départ d'infirmières impliquées dans le mouvement de 1988 vers un syndicat confédéré. Ce départ étant lié à l'arrivée d'une infirmière connue et reconnue pour son engagement professionnel de longue date et impliquée au sein de cette structure pluri-catégorielle. C'est la manœuvre inverse à savoir le départ de cette même collègue du syndicat confédéré, qui est à l'origine de la renaissance de la coordination. Comme quoi l'histoire se répète ! La campagne de dénigrement, et de désinformation au moment des élections des conseils de l'ordre infirmier a été la goutte d'eau.

Vient s'ajouter un fossé d'incompréhension avec les organisations syndicales qui une fois de plus n'ont rien compris aux attentes de la profession à part crier aux loups, ou plutôt au corporatisme à chaque demande spécifique des infirmières.

Des liens existaient avec la CNI. Ce projet a été discuté en petit comité et très vite la décision a été prise de remettre une section en ordre de marche. François Izard et Josépha Guarinos sont venus participer à l'Assemblée Générale constitutive le 22 janvier 2008 et dans la foulée, la CNI départementale a été créée. Toutefois, nous rencontrons un handicap de taille. Ce projet a vu le jour au lendemain des élections professionnelles ce qui nous pénalise pour l'ouverture de nos droits syndicaux. Les débuts au CHU de Rouen sont, de ce fait, un peu difficiles. On frôle



l'obstruction au droit syndical. Pas de réponse au courrier, des mois d'attente pour la mise à disposition d'une boîte aux lettres et des panneaux d'affichage. En prime, un droit syndical au minimum des textes. Bref c'est clair, la Coordination dérange ! Et pour couronner le tout une rivalité syndicale exacerbée de la part de quelques éléments qui n'hésitent pas à intervenir régulièrement auprès de la direction pour tenter de réduire nos droits ou pire encore dénoncer nos moindres faits et gestes !

Le dernier exemple :
Ordre du jour du CTE du 14 octobre 2008.
Questions d'une organisation syndicale avec débat :
« Edition de publication : Comment se fait-il qu'une organisation non représentative ni au sein du CHU ni au sein du Conseil de la Fonction Publique Hospitalière puisse bénéficier des services de la reprographie du CHU pour tirer des publications discréditantes envers les différents acteurs du CHU ».

Mais, l'équipe de la Coord', jeune, dynamisée par la présence à ses côtés d'une infirmière qui possède une solide expérience, ayant des années de militantisme syndical derrière elle, ne se laisse pas décourager par les embûches, qui au contraire, la stimulent...

Après quelques mois d'existence sans aucun moyen notre bilan est plus que satisfaisant au vu de nos conditions d'exercice :

- Organisation d'une « Rencontre mensuelle infirmières »,
- Plusieurs tracts ont été diffusés,
- Création d'un journal « Ras la seringue » (12 pages pour l'instant trimestriel) déjà 3 numéros publiés et l'ouverture d'un site Internet :
<http://coord.inf.rouen.free.fr>

**Alors avis aux amateurs !
N'hésitez plus ! Faites comme nous, foncez ... !**

Andrée RENOIR ■
CNI Rouen

Le droit de grève à l'hôpital

Selon le Petit Larousse, la grève est une cessation de travail destinée à soutenir une revendication professionnelle. Définition que chacun connaît à l'hôpital, cependant lorsqu'il s'agit de définir le droit de grève et ses implications les choses se compliquent. Il nous est donc apparu opportun de nous arrêter sur ce thème et de préciser quelques principes généraux.

QUE DISENT LES TEXTES ?

Article 10 du Titre 1 portant statut de la Fonction Publique :

« Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent ».

Loi du 31 juillet 1983, seule loi de portée générale :

- Qui a été insérée dans le Code du Travail dont elle constitue les articles L.521-2 à L.521-6, devenus les articles L.2512-1 à L.2512-5 ;
- Qui est applicable expressément aux hôpitaux publics, mais qui ne peut pas être considérée comme réglementant le droit de grève dans les hôpitaux publics puisqu'elle ne traite que du préavis, de l'interdiction des grèves tournantes, des sanctions en l'absence de préavis et du principe des retenues sur salaires.

Actuellement le droit applicable, en complément des textes réglementant le droit de grève dans les hôpitaux de la Fonction Publique Hospitalière, est essentiellement de nature jurisprudentielle :

- En donnant au Directeur d'hôpital



compétence pour réglementer l'exercice du droit de grève au sein de l'établissement,

- En exerçant un contrôle strict pour éviter tout excès de pouvoir.

Principes généraux

Obligation du préavis :

La grève doit avoir fait l'objet d'un **préavis** (art. 5 de la loi du 31 juillet 1983), déposé par une organisation syndicale représentative.

Ce préavis, précisant les **motifs** du recours à la grève, doit parvenir **cinq jours francs** avant le déclenchement de la grève (le jour de dépôt du préavis et le jour de l'arrêt ne comptent pas) à la direction générale de l'établissement. Il 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).

Limitation du droit de grève :

L'administration doit prendre les mesures nécessaires pour limiter les effets de la grève et maintenir la continuité du service public hospitalier (service minimum : jurisprudence C.E. CHR d'Orléans - 07/01/1976). Le directeur d'établissement a seul qualité pour établir un service minimum.

Toutefois, le nombre d'agents assignés ne doit pas excéder l'effectif nécessaire à assurer, directement ou indirectement, la sécurité des patients.

Le service minimum :

La définition du service minimum à mettre en place au sein d'un établissement suite au dépôt d'un préavis de grève appartient à la seule compétence du Directeur de l'établissement et non aux organismes de tutelle (Conseil d'État du 14 octobre 1977, syndicats CGT et CFTD) (Conseil d'État 7 janvier 1976 CHR Orléans). Conformément au statut FPH Titre 4 La circulaire n°2 du 4 août 1981 ●●●

précise : « *Que la jurisprudence qui s'est dégagée ces dernières années tendant à l'application d'un service minimum tel qu'il est assuré un dimanche ou un jour férié à l'occasion d'une action gréviste semble constituer le seuil normal devant être respecté par les organisations syndicales* ».



Il semble régner un consensus autour de ce texte pour une journée de grève pour des actions plus longues mais ce n'est pas toujours le cas.

Il apparaît donc que l'effectif des dimanches et jours fériés ne soit pas toujours la seule référence, l'effectif minimum devant être considéré pour un jour donné et pour un service x. Ainsi les effectifs d'un service d'urgence (renforcé le week-end) ne seront pas la référence pour une grève prévue un mardi.

L'effectif du dimanche ou jours fériés, période d'activité réduite en milieu hospitalier, n'a pas été retenu comme critère et jugé insuffisant pour une continuité normale du service (TA Rennes 11 avril 1979 CHR de Rennes).

Le CTE peut être saisi sur les modalités de l'exercice du droit de grève dans votre établissement. La consultation du CTE et de la CME pour avis est possible mais sa non consultation n'est pas illégale (CE 30 novembre 1998 Mme Rosenblatt).

Le statut et les textes réglementaires sont la base légale.

Des accords locaux peuvent exister, ils ne doivent en aucun cas remettre en cause le droit de grève.

Un exemple de décision du CTE :

Au CHU de Rouen les organisations syndicales ont obtenu que l'effectif minimum pour une journée de grève soit affiché en permanence dans chaque service. Ce qui permet parfois de constater que ce dernier en activité normale n'est pas toujours respecté !

Fondements du service minimum :

Nécessité :

- De prendre des mesures pour éviter l'usage abusif de la grève,
- La continuité du service public (CE 4 février 1966 Synd unifié RTF,
- Obligation d'assurer la sécurité des biens et des personnes.

En conséquence, le directeur doit :

- Faire respecter la sécurité physique des patients, assurer la continuité des soins et des prestations hôtelières,
- Éviter les blocages et limiter les reports afin d'assurer un chaînage cohérent de la prise en charge,

- Faire assurer la conservation des installations et du matériel.

Détermination des effectifs nécessaires :

Le directeur doit établir après concertation avec les représentants des syndicats une liste d'emplois correspondant aux postes dont les titulaires doivent demeurer en fonction.

Le personnel dont la présence est nécessaire doit être en nombre suffisant pour assurer la sécurité physique des personnes, la continuité des soins, ainsi que la conservation des installations et du matériel.

L'appréciation des effectifs minimums indispensables varie selon la durée prévisible de la grève et les effets de retard éventuels.

L'effectif des dimanches et jours fériés, période d'activité hospitalière réduite, peut être un éclairage, mais pas le seul critère à retenir pour assurer une continuité du service telle que précédemment définie.

La Circulaire Ministérielle n° 82/7 du 10 mars 1982 préconise la négociation avec les organisations syndicales sur l'opportunité du service minimum, son importance, et la détermination du nombre d'agents par catégorie de personnels appelés à l'assurer.

Désignation des personnels assignés :

Les agents intéressés doivent être avisés par une lettre individuelle de l'interdiction qui leur est faite d'exercer leur droit de grève (cf TP 3 du 5 avril 1973 du Directeur des hôpitaux à la Fédération Hospitalière).

La durée de l'assignation peut être égale à la durée de la grève et indéterminée si le préavis fait état d'une grève illimitée (TA de Lyon 19 octobre 1978 Hospices Civils).

Retenues sur salaire :

Dans la fonction publique hospitalière, la lettre circulaire DH/FH 3 n° 4266 du 6/12/95 s'applique.

La retenue sur la rémunération doit être strictement proportionnelle à la durée du service non fait.

Les dispositions arrêtées par l'amendement Lamassoure (qui abrogeait l'article L.521-6 du Code du travail en 1987) ont été censurées par le conseil

Constitutionnel.

Cette censure a eu pour effet de rétablir les dispositions en place avant la loi du 30 juillet 1987.

Le vide juridique qui en est né, a permis de rétablir les règles définies dans la loi de 1963 soit une stricte proportionnalité entre la durée de la grève et les retenues sur salaire.

Cet état de fait a été confirmé par le TA de Nancy le 25 avril 1995 qui annulé une décision du CH de Nancy qui avait appliqué le dispositif issu de la loi de 1982 (retenue de 1/50 du traitement mensuel pour grève supérieur à une heure).

Les retenues sur salaire pour fait de grève doivent être strictement proportionnelles à la durée de l'absence, et basées sur l'obligation de service (quotité de travail habituelle) de l'agent gréviste sur la période concernée.

Donc 1 heure de grève = 1 heure de retenue

2 heures de grève = 2 heures de retenues et ainsi de suite...

Sanctions en cas de refus de l'assignation :

Le refus d'un agent d'assurer son service, alors qu'il a été averti de son assignation, constitue une faute professionnelle.

Atteinte au droit de grève :

Selon la jurisprudence, seraient considérées comme une atteinte au droit de grève :

- Une interdiction de faire grève en fonction du grade (CE 21 octobre

1970 synd gené des impôts),

- Une interdiction de faire grève prescrite à un nombre d'agents nettement supérieur à celui nécessaire pour assurer le fonctionnement suffisant du service (TA Orléans 1^{er} juin 1973 synd dép services de santé).

Pierre BERTAUD, CNI Poitiers
Nathalie DEPOIRE, Présidente CNI
Andrée RENOIR, CNI Rouen ■

ERRATUM

Les auteurs de l'article du n° 27 de la revue CNI sur « les droits de grève » tiennent à s'excuser auprès de leurs lecteurs, en effet le décret cité en référence d'août 2003 ne concerne que nos collègues de la fonction d'état (les territoriales par exemple).

Les hospitaliers ont en effet une retenue sur salaire correspondant au temps réel de leur absence par référence à un texte très antérieur (1967).

En ce qui concerne les mises en demeure les pratiques sont différentes d'un établissement à l'autre. L'exemple donné dans la revue n°27 était celui l'Assistance Publique-des Hôpitaux de Marseille.

Notons tout de même que sous le « prétexte » de la continuité du service public, les mises en demeures peuvent être données à tout moment de la journée, l'essentiel étant quelles soient remises en mains propres.

CNI Timone (Marseille)

Billet d'humeur

Les années passent, les ministres aussi, les discours lassent et les promesses trépassent !

Et pourtant, tous les ans les cerveaux pensants de nos technocrates très diplômés, viennent flatter les petites mains « pansantes ! ».

Donc comme chaque année, au salon infirmier, nous avons entendu le refrain : « *Que votre métier est noble, votre dévouement sans faille, votre conscience admirable, vous êtes indispensables* », (inspiré sans doute des fables de La Fontaine). Mais, cela en devient **usant**.

Nous ce que nous voulons :

C'est une petite lettre ajoutée sur notre diplôme, rien qu'une petite lettre que nous méritons et que nous revendiquons depuis 1988, (des lustres) un petit **L** que suivront le **M** et le **D** et qui viendrait récompenser non seulement 38 mois d'études, mais des compétences et des connaissances, la Science Infirmière !

Alors pourquoi nous le refuser, pour d'obscures raisons d'état ? Pour des divergences internes ? Ou tout simplement pour nous laisser sous la coupe des nouveaux mandarins. Mais que nous pourrions remplacer quand ils le jugeraient utile, sans compensation financière !

Voilà c'est dit, tout ne serait qu'une question d'argent et Mesdames les Infirmières, vous qui avez le sens des économies très développé, dans vos services, vous ne songez tout de même pas à agrandir le déficit des hôpitaux avec des salaires relevant de la catégorie A. Alors

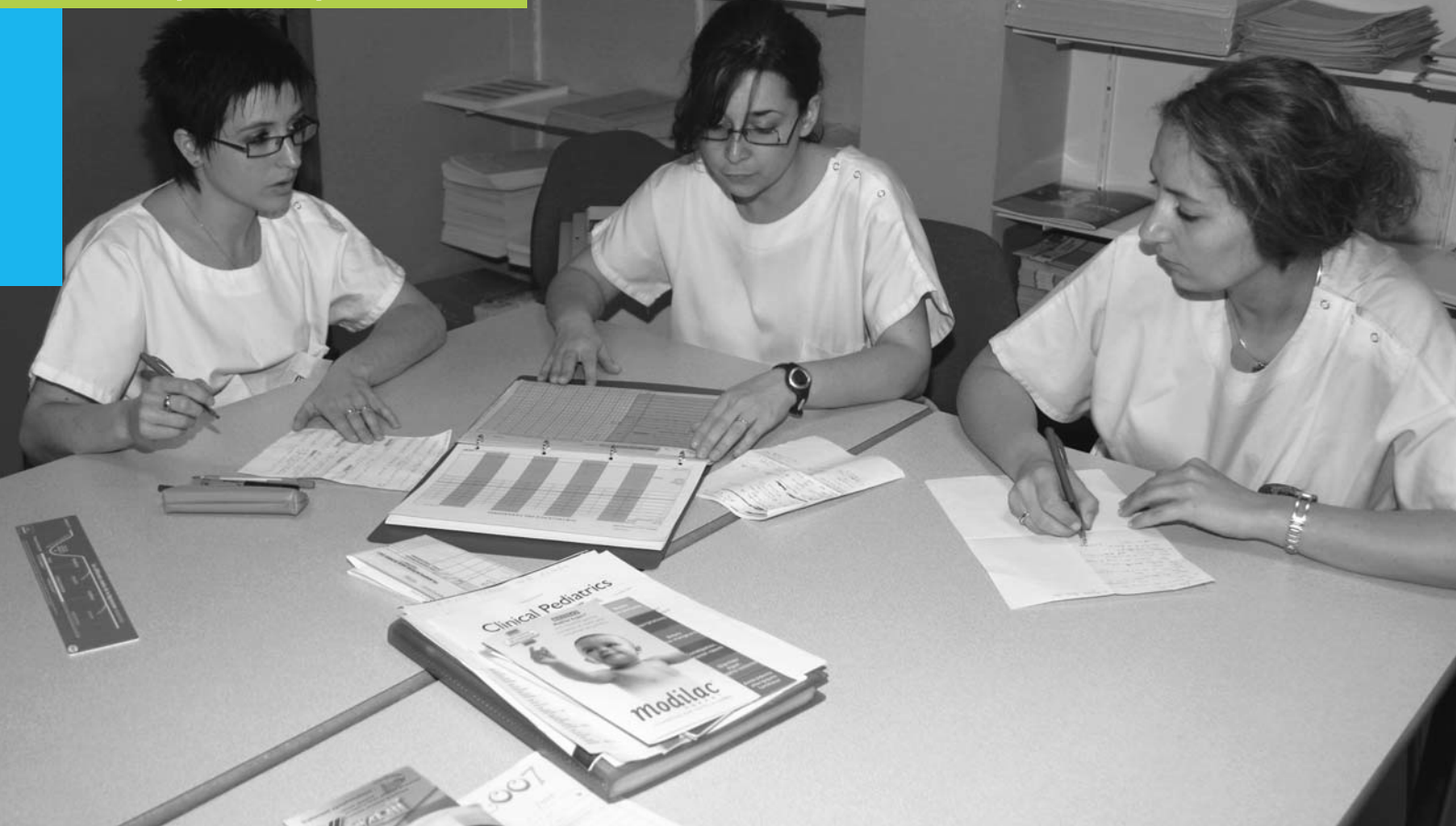
taisez-vous et laissez travailler les Ministres, les syndicats traditionnels, le HCCP et l'ordre infirmier.

Mais, je ne me tairais qu'après avoir hurlé la honte, l'humiliation que je ressens à la lecture des projets concernant la Psychiatrie (géolocalisation, construction de chambres d'isolements supplémentaires, UMD...). Psychiatrie, toujours montrée du doigt parce qu'elle est incapable de guérir tous les maux de la société et qu'il est plus facile de dénoncer que de mettre en place les moyens dont elle a besoin pour soulager la souffrance mentale dans le respect de la dignité de chacun !

Et je veux crier notre colère devant les attaques que **notre profession a subi en cette fin d'année. Chacune d'entre nous respecte la douleur de ceux qui souffrent par la perte d'un être cher**, mais comment pouvons nous accepter qu'une collègue soit traitée de la sorte pour une erreur dramatique mais humaine, compte tenu des conditions dans lesquelles nous travaillons tous les jours, et après que son chef de service ait été informé.

Ceci me rappelle une histoire ancienne, lorsque la profession était en capacité de se mobiliser pour défendre une des nôtres, n'en serions nous plus capables ou attendons nous que l'Ordre Infirmier s'en préoccupe ?

Danièle HENGEN ■
CNI Martigues



Groupe de parole en milieu hospitalier

Témoignage d'une psychologue

Le travail auprès des équipes soignantes figure parmi les missions du psychologue hospitalier.

Le groupe de parole peut être utilisé à cette fin.

J'en rappellerai les objectifs et les principes, avant de constater la difficulté de les mettre en place de façon régulière dans l'institution. J'avancerai des réflexions qui tentent de l'expliquer.

Les effets attendus du groupe de parole sont de lutter contre l'épuisement professionnel ou « burn-out », et à mon sens de favoriser la résolution des tensions ou des incompréhensions avec les patients, les familles, internes à l'équipe (en excluant les problèmes institutionnels).

Le groupe de parole est proposé aux professionnels pour amener les soignants, en tant que sujets impliqués, à parler des malades et d'eux-mêmes, à formuler leurs émotions et leurs désirs de soignants.

Il s'agit d'un espace de rencontre,

d'écoute, d'échanges.

Le partage de paroles dans un groupe montre à chacun que ses ressentis peuvent être connus ou reconnus par les autres, il favorise l'étayage des individus par le groupe lui-même, fonctionnant comme contenant.

La pluridisciplinarité est essentielle, permet de s'enrichir du point de vue de l'autre et correspond à la réalité d'une équipe. En écho au partage de la prise en charge du patient par tous, le partage de la charge émotionnelle se trouve favorisé.

C'est un lieu commun de rappeler que la confrontation régulière à des patients gravement malades ou, en fin de vie, suscite un travail psychique important, notamment autour du deuil, des angoisses de mort etc... en chacun des intervenants. L'impact émotionnel peut avoir pour effet de « geler » les processus cognitifs, nous pouvons rester désemparés, avec un sentiment d'impuissance.

Un temps et un lieu de paroles permettent d'effectuer un travail de pensée sur ce qui nous touche et nous affecte, et ainsi à mieux le supporter.

On peut aussi considérer ce groupe comme un rituel de deuil, propre à un service, où est évoqué le décès de telle ou telle personne. L'équipe construit son récit commun et ainsi la trace du sujet dans l'histoire du service, comme autrefois ces réunions de famille et d'amis autour du disparu, évoquant ensemble sa vie, les souvenirs que l'on en garde, ses dernières paroles...

Le groupe de parole peut également être le lieu de questionnements éthiques qui nous concernent tous, permettant une meilleure compréhension des positions de chacun, toutes respectables, bien sûr, il n'est en aucun cas un lieu de prise de décisions concernant ces sujets.

Enfin nous pouvons y repérer certaines conduites défensives qui nous indiquent des situations difficiles. Ces réactions sont tout à fait normales mais

nous pouvons parfois les assouplir pour améliorer la prise en charge (évitements d'une chambre, conflit avec une famille..).

Dans l'établissement où j'exerce, et comme cela est souvent décrit, ces groupes sont peu fréquentés, s'inscrivent difficilement dans la régularité et la durée.

Certains membres des équipes viennent s'excuser auprès de moi de leur absence, un peu gênés comme s'ils refusaient une invitation de ma part ! Il me semble important, de resituer l'origine de la demande concernant ce travail. De ma place, je porte une demande institutionnelle, voire publique (particulièrement dans le plan cancer où c'est une mission définie dans le profil de poste) ; certaines équipes ont exprimé une demande, certains médecins. Il est essentiel que les cadres de santé relaient et surtout articulent cette demande institutionnelle qui peut apparaître comme autoritaire et comme une tâche supplémentaire, avec la propre demande des équipes s'exprimant dans diverses plaintes et sentiment de malaise.

On sait la pénibilité des métiers de soignants et la durée d'exercice d'une infirmière à l'hôpital. Dans ce contexte ce qui peut améliorer la charge psychique ne peut être considéré comme inutile.

Le ressenti de certains soignants est que leurs souffrances peuvent être échangées de façon informelle avec leurs collègues.

Comme nous le rappelle le Dr Estrynn Behar(1), on relève moins de cas d'épuisement professionnel dans les équipes ayant une bonne cohésion et une communication de qualité. Dans ce cas, on peut penser que le groupe est suffisamment « bon » au sens de Winnicott pour servir de contenant et de régulateur aux émotions.

D'autres raisons peuvent être avancées pour expliquer ce peu de fréquentation des groupes, qui relèvent davantage de « résistances » psychiques individuelles. Des soignants évoquent leur crainte de s'exposer devant les autres, de se laisser aller.

Généralement, manifester ses émotions est perçu comme une « faiblesse », la perte d'une attitude dite professionnelle qui serait à la bonne distance.

Plus qu'une réticence à exprimer ses émotions ou ses angoisses, je pense qu'il existe une crainte d'être momentanément débordé, voire submergé par elles. Le risque de perte de contrôle sur ses ressentis internes est anxiogène. Le groupe doit être perçu comme très sécurisant pour s'y autoriser. Une équipe rencontrant d'autres problèmes de type institutionnels, conflits etc... aura des difficultés à se saisir de ce type d'outil de travail.

Comme tout travail « sur soi », le travail d'expression et d'élaboration dans un groupe de parole entraîne une levée du refoulement : il s'agit de reconnaître comme siens ces contenus vécus comme dangereux ou gênants. Chez les sujets ceux-ci sont maintenus à distance de la conscience par divers mécanismes de défense (évitements, dénégation voire déni, isolement etc...). Ils demandent une énergie psychique variable, qui peut favoriser un épuisement ou un dysfonctionnement dans la relation avec les patients, le pire étant peut-être de laisser se développer l'indifférence. C'est pourquoi les groupes permettant un autre traitement sont considérés comme un mode de prévention du « burn-out » des soignants.

Catherine BRIDEL ■

Psychologue au Centre Hospitalier de Béziers

1. Dr Madeleine Estrynn Behar - Etude PRESST - NEXT « Santé et satisfaction des professionnels au travail ».



Les pansements

Techniques d'application, quel pansement pour quelle plaie ?

Depuis quelques années, on note un développement important de plusieurs et divers types de pansements, témoignant de l'évolution considérable dans le domaine des plaies et de leur cicatrisation. Certains soignants peuvent être perdus face à la multitude des produits actuellement proposés par les fabricants. Il faut savoir choisir le bon pansement en fonction du stade de cicatrisation de la plaie et ne pas oublier, ni minimiser le traitement étiologique. Cela induit pour les infirmiers d'avoir de solides connaissances de bases en Plaies et Cicatrisations. Cependant, nous devons dès à présent connaître l'ensemble de tous les produits, sans ignorer leurs principes d'actions, leurs indications et contre-indications et maîtriser les opérations d'application.

Conduite à tenir pratique devant une plaie ?

L'examen clinique de la plaie (siège, nombre, aspect, bords, couleur, taille) et du tégument périlésionnel permettra, avec l'aide éventuelle d'examens complémentaires, d'en effectuer le diagnostic étiologique et de traiter ainsi la cause. Tout traitement d'un trouble trophique, uniquement par des pansements modernes, au mépris de son étiologie, se soldera par un échec. L'exemple le plus fréquent est le traitement d'un ulcère veineux par pansements sans contention correcte associée...

1) Chronologie d'un soin d'ulcère de jambe :

- Laver, rincer et sécher à l'aide d'un gant de toilette, de savon de Marseille et d'eau du robinet. Cela permet d'assurer les soins d'hygiène et de confort, d'éliminer les germes de surface, les résidus de pommade, les débris organiques, afin de lutter contre les infections et les eczéma's,
- Anesthésie locale : si besoin, crème EMLA (30' avant, 8 soins),
- Détersion mécanique de la plaie : à la curette ou au bistouri, pour éliminer la fibrine et ou la nécrose,
- Nettoyer au sérum physiologique,
- Application des pansements,
- Mettre en place la contention éventuelle.

2) Que penser des antiseptiques et des antibiotiques locaux ?

Ils sont à éviter. Leur intérêt n'est pas prouvé sur peau lésée. Ils semblent retarder l'épidermisation par action toxique sur les kératinocytes et les fibroblastes et ils sont responsables de sensibilisation de contact. Par ailleurs, les antibiotiques risquent de provoquer des résistances.

3) Traitement des berges et de la peau péri ulcéreuse :

- Si peau sèche (dermite lamelleuse) : Cold cream, cérat de Galien...,
- Si eczéma : fluorescéine à 2 % ou solution de nitrate d'argent, dermocorticoïde de classe II à diminuer progressivement,
- Berges macérées : pâtes à l'oxyde de zinc,
- Berges hyperkératosiques : découper l'hyperkératose au bistouri et cold cream à l'urée 10 à 30 % ou vaseline salicylée 10 à 30 %.

Les pansements modernes

Objectifs :

- Maintenir l'exsudat in situ → milieu riche en cellules, bactéries, enzymes et autres facteurs participant à la cicatrisation.
- Créer un milieu humide et une température stable proche de 37°C → conditions physiologiques idéales.

- Diminuer localement la pression partielle d'oxygène (si occlusion) → stimulation de l'angiogenèse.

Aujourd'hui nous comptons les familles suivantes :

- les **tulles** imprégnés et les **interfaces**
- les **hydrocolloïdes**
- les **hydrogels**
- les **hydrocellulaires**
- les **alginate's**
- les **pansements à l'argent**
- les **pansements au charbon**
- les **hydrofibres**

Pour chacune des familles nous vous proposons un tableau résumé évoluant :

- **description**
- **intérêt**
- **technique d'application, le rythme de réfection**
- ➔ **leurs indications**
- ⊖ **leurs contre-indications**
- ⚠ **précautions d'emploi**

- description
- intérêt
- technique d'application - rythme de réfection

- ➡ leurs indications
- ⊖ leurs contre-indications
- ⚠️ précautions d'emploi

Les Tulles et Interfaces

- Tulles ou tricotés synthétiques imprégnés de substance grasse ou inerte, à mailles larges pour tulles et plus étroites pour interfaces.
- Évite l'adhérence du pst IIaire à la plaie.
- Appliquer en 2 couches pour les tulles et 1 pour interfaces. Changement : 2 à 7j.
- ➡ Plaies en voie de bourgeonnement et/ou épidermisation, peu exsudatives (brûlures, abrasion, greffe de peau).

- ⊖ Plaie très exsudative.

Noms commerciaux :

Atrauman - Hydrotul (Hartmann)



Physiotulle (Coloplast)



Hydrocellulaires

- Composées de 3 couches (couche interne de transfert, adhérente ou non, une couche très absorbante de polyuréthane, une couche externe semi-perméable). Maintiennent un milieu humide mais sont absorbants, aucune activité de déterision. Existents en forme non adhésive.

- Occlusif, adhésif ou non - absorbant (++) gonfle au contact de l'exsudat → effet coussin, anti-pression.

- Appliquer sur la plaie en débordant de 2 à 3 cm, +/- pansement secondaire. Changement à saturation : tous les 2 à 7 j.

- ➡ Plaie exsudative, plaie à berges irritées (forme non adhésive).

- ⊖ Plaie infectée, sèche.

Noms commerciaux :

Biatain (Coloplast)



PermaFoam (Hartmann)



Hydrocolloïdes

- Pansement ± mince et transparent, constitué d'une matrice hydrophobe contenant des particules hydrophiles (CMC) et recouverte d'une couche occlusive (film ou mousse de polyuréthane).

- Occlusif, adhésif - absorbant (+) les particules hydrophiles se liquéfient en absorbant l'exsudat et forment un gel qui tapisse le fond de la plaie → n'arrache pas.

- Poser la plaque d'HC sur la plaie en débordant de 2 à 3 cm. Changement à saturation : quand il se bombe ou devient translucide (de 1 à 7j).

- ➡ Plaies faiblement à modérément exsudatives.

⚠️ Si insuffisance vasculaire

- ⊖ Plaie infectée / brûlure 3° / mycose.

Noms commerciaux :

Comfeel (Coloplast)



Hydrocoll (Hartmann)



Hydrogels

- Gels contenant plus de 80 % d'eau, ils assurent donc l'hydratation des plaies sèches et favorisent la déterision.

- Hydrate la plaie sèche peu exsudative, ramollit nécrose et fibrine, sans attaquer la peau saine - non occlusif, non adhésif.

- Appliquer le gel en couche épaisse sur la plaie et couvrir d'un pansement secondaire (tulle neutre, plaque mince d'hydrocolloïde ou film de polyuréthane). Changement toutes les 48 h.

- ➡ Plaies sèches, fibrineuses et/ou nécrotiques.

- ⊖ Plaie infectée / plaie très exsudative.

Noms commerciaux :

Hydrosorb (Hartmann)



Purilon gel (Coloplast)



Hydrocellulaire Ibuprofène

- Mousse alvéolaire (non-adhésif ou micro-adhérent) à libération prolongée d'Ibuprofène destiné à soulager la douleur des plaies chroniques causée par la destruction tissulaire et la douleur aiguë liée au changement de pansement grâce à la libération prolongée d'ibuprofène directement dans la plaie.
- Capacité d'absorption et de rétention élevée.
- Changement à saturation 4 à 7 jours.
- ➔ Plaies exsudatives telles que les ulcères de jambe, les ulcères du pied diabétique, les escarres, les sites donneurs de greffes, les brûlures du second degré peu étendues, les plaies post-opératoires et les dermabrasions.

⊖ Plaie infectée, sèche.

Noms commerciaux :

Biatain Ibu (Coloplast) 

Alginate

- Pansement sec ou mèches, constitué de fibres non tissées de polysaccharides naturels extraits d'algues brunes, se présentant sous forme de sels de calcium (Ca²⁺).
- Absorption +++, hémostatique, contrôle de la contamination microbienne.
- Poser la compresse d'alginate sur la plaie en dépassant les berges. Humidifier au sérum physiologique si plaie peu exsudative. Recouvrir d'un pansement secondaire. Changement : 24 à 48 h.
- ➔ Plaie exsudative +/- infectée hémorragique, tunnelisation.
- ⊖ Plaie nécrotique sèche.

Noms commerciaux :

Seasorb Soft (Coloplast) 


Sorbalgon (Hartmann) 

Pansements avec argent

- Sulfadiazine argentique
Pansement + sulfadiazine argentique = agent anti-bactérien
- Interface + Sulf.Ag • Acide hyaluronique + Sulf.Ag
- Ions argent
Pansement associé à des ions argent
- Hydrofibre + Ag • Hydrocellulaire + Ag
- Pansement au charbon + Ag • Alginate + Ag
- ➔ Traitement des plaies infectées.

Plaie infectée
Pansement
TOUS les jours !

Noms commerciaux :

Altreet - Biatain Ag (Coloplast) 

Pansements au charbon

- Tricots de charbon, associés ou non à l'ion Ag.
- Le charbon absorbe l'exsudat et les bactéries et neutralise les odeurs nauséabondes.
- Appliquer le pansement en débordant de 2 à 3 cm, +/- humidifié. A changer /j si plaie infectée.
- ➔ Appliquer le pansement en débordant de 2 à 3 cm, +/- humidifié. A changer /j si plaie infectée.
- ⚠ Plaie peu exsudative.

Hydrofibres

- Fibres non tissées d'hydrocolloïde pur.
- Non occlusif, non adhésif - absorbant (+++) - absorbe l'humidité de la plaie par capillarité → formation d'un gel retenant l'exsudat et les bactéries (action bactériostatique) - absorption verticale, donc pas de macération.
- Appliquer le pansement SANS humidifier, recouvrir d'un pansement secondaire. Changement 24 à 48 h.
- ➔ Plaie très exsudative.
- ⊖ Même contre-indication que les hydrocolloïdes.

Biatain Contact. Pansement de première intention. Tout simplement

>> Nouvelles
performances

Prise en charge de toutes les plaies exsudatives



Intégralement remboursé LPPR pour les patients au régime général qui bénéficient d'une couverture complémentaire (Séc.Soc. 65% + complémentaire 35%) et pour les patients en ALD (Séc. Soc. 100%), dans les indications escarres et ulcères : pansements 10 cm x 10 cm (bte de 16) : tarif LPPR 44,02 eur.,

prix limite de vente au public 44,02 eur. TTC, 20 cm x 10 cm (bte de 16) : tarif LPPR 88,06 eur., prix limite de vente au public 88,06 eur. TTC, 17,5 cm x 17,5 cm (bte de 10) : tarif LPPR 82,55 eur., prix limite de vente au public 82,55 eur. TTC.
Plus d'informations : www.coloplast.fr

Biatain

 Coloplast



Plus de 2 800 000 patients ont déjà bénéficié de la V.A.C.® Therapy.

	V.A.C.® Therapy	Autres thérapies par pression négative
Mécanisme d'action reconnu au niveau cellulaire (microdéformation) et tissulaire (macrodéformation)	✓	x
Plus de 400 articles publiés dans des revues à comité de lecture, incluant des données médico-économiques	✓	x
Plus de 2,8 millions de patients traités à ce jour	✓	x
Plus de 137 000 professionnels de santé formés au cours de la seule année 2007	✓	x



Utilisation exclusive des techniques de traitement des plaies par pression négative approuvées pour des résultats fiables

De la cicatrisation dirigée à la « cicatrisation mécanique »

Sylvie Meaume ; Luc Téot ; Isabelle Fromantin ■

Président, Vice-président et Trésorière de la SFFPC (Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation).

Depuis une dizaine d'année se développe en France la Thérapie par Pression Négative (TPN) avec le système VAC®, aussi appelé par les plus avertis : la « VACthérapie ». Ce n'est que depuis quelques mois que sont apparus des concurrents à ce système jusqu'alors unique, sous le nom de V1STA®, VENTURI® ou encore Wound Assist®.

Ils tentent tous de répondre à un même principe : créer une pression négative sur le lit d'une plaie afin d'accélérer son bourgeonnement et réduire ainsi son temps de cicatrisation.

Quand utiliser la TPN ?

Elle est indiquée sur des plaies dont l'objectif est de bourgeonner. Elle est donc inefficace sur une plaie nécrosée, même si elle est cavitaire et doit être comblée. De même, elle est contre indiquée sur les lésions tumorales (risque d'évolution de la masse tumorale), les fistules non explorées, les vaisseaux ou organes exposés (susceptibles de ne pas supporter la dépression exercée par le pansement) et les ostéomyélites non traitées.

Elle doit être mise en place avec précaution et sous surveillance si la plaie saigne (risque hémorragique), si le patient présente des troubles de la coagulation, ou s'il y a infection et/ou présence de fragments osseux.

Une fois ces quelques principes respectés, la TPN peut être posée sur de nombreux types de plaies, chroniques ou aiguës, afin de réduire un temps de cicatrisation dirigée, ou encore en alternative à un traitement chirurgical. Comme dans tout traitement de plaie, elle est optimum si elle est gérée en interdisciplinarité (binôme médecin-infirmière ou chirurgien-infirmière)

Le pansement

Bien entendu, une première pose de TPN peut sembler inquiétante tant le déroulement du soin diffère de nos habitudes. Pourtant, ce soin est simple sitôt que vous avez compris en quoi il consiste, ainsi que ses différentes étapes.



1. La plaie est nettoyée et débarrassée de ses débris tissulaires. Le nettoyage s'effectue à l'eau ou au sérum physiologique (plaie chronique) où à l'aide d'un antiseptique (plaie chirurgicale).



2. Si vous utilisez une mousse : la découper aux dimensions de la plaie (peut dépasser légèrement en hauteur).
Si vous utilisez une compresse : humidifiez la au sérum physiologique, déposer une première couche de compresse, positionner le drain (à 1cm environ de l'extrémité de la plaie), puis cachez le sous une nouvelle couche de compresse.



3. Recouvrir votre pansement d'un ou plusieurs films afin de le rendre parfaitement occlusif.

Si vous utilisez des compresses + drain : soignez particulièrement l'occlusion au niveau de la zone de sortie du drain. Si besoin, aidez-vous des adhésifs fournis dans les kits par les fabricants.

4. Si vous utilisez le système VAC® : percez le film (sur 2 ou 3mm) et positionnez votre drain Trac Pad®.

5. Connectez l'autre extrémité du drain ou du Trac Pad® au réservoir.

6. Mettez en marche le moteur à la pression négative désirée (en général : 125mmHg pour le VAC et 80mmHg pour le V1STA®, VENTURI® et Wound Assist®), selon une intensité (vitesse à laquelle est obtenue la dépression) préalablement réglée (de 1 à 10).

Vous pouvez protéger la peau péri-lésionnelle avec un hydrocolloïde fin ou un protecteur cutané. La fréquence des soins est de 2 ou 3 jours.

Description du matériel de TPN

Les différents systèmes ont en commun d'être composé de :

- Un moteur, pour créer la pression négative,
- Un réservoir, solidarisé avec le moteur, afin de recueillir les exsudats,
- Un kit de pose (stérile), lui-même composé d'une mousse ou d'une compresse, de films semi-perméables et d'un drain ou Trac pad®.

Comme tout pansement appartenant à une même « famille », il y a des différences entre chacun même s'ils répondent tous à un même concept.



Fort de son ancienneté, le VAC® garde une avance technologique avec son appareil portable pour les patients mobiles, sa mousse déclinée en plusieurs épaisseurs ou densités selon le type de plaie, et un drain original et adhésif (le Trac pad®) qui facilite le soin et la bonne tenue du pansement. Ses détracteurs lui reprochent essentiellement son prix (location du moteur et achat des consommables) qui limite son utilisation dans certains établissements.

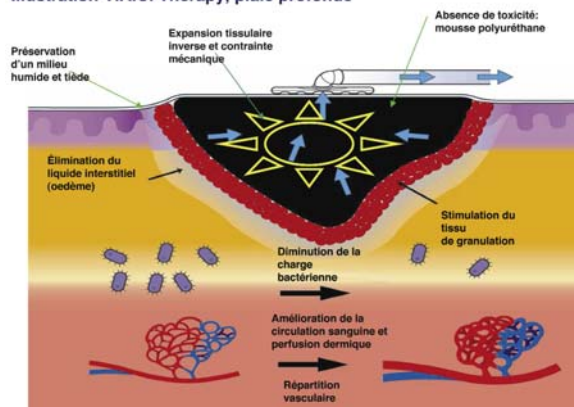
Les autres systèmes utilisent des mêmes compresses en contact avec la plaie (avec antimicrobien) avec des drains plats ou canal (rond) siliconés selon la localisation à traiter. La difficulté la plus fréquemment rencontrée est de réussir à conserver l'occlusion du pansement à l'endroit où le drain ressort. Pour ce faire, la plupart des fabricants proposent des adhésifs afin de renforcer cette zone.

Certains d'entre eux (V1STA®) mettent systématiquement à disposition dans leur kit un protecteur cutané (Skin Prep®) et une interface pour prévenir la douleur au retrait du pansement (VENTURI®, Wound Assist®, V1STA®).

Les limites de la TPN

- Les résultats d'une Thérapie par Pression Négative bien conduite sont parfois surprenants. Cependant, il ne faut pas oublier l'absolue nécessité de préparer correctement la plaie à recevoir ce traitement (ex : détersion mécanique) et corriger simultanément et tant que possible les facteurs étiologiques (ex : escarre => levée de l'hyperpression à l'aide de supports adaptés et de fréquentes mobilisations).
- « Cacher » une plaie qui ne peut cicatrifier sous un système de TPN est une dérive coûteuse, utopique et inutile.
- La TPN est utilisée dans le cadre d'une hospitalisation (ou HAD). Elle ne dis-

Illustration V.A.C. Therapy, plaie profonde



pose pas d'une cotation spécifique.

Conclusion

Cet article n'est qu'une synthèse, un aperçu rapide du concept de cette thérapie. Son utilisation peut être adaptée à de nombreuses situations, parfois complexes : traitement simultané de plusieurs plaies avec un seul moteur, mousses spécifiques s'il y a infection (avec bactéricide) ou site particulier de plaie (ex : après chirurgie digestive avec ventre ouvert), etc...

Les experts semblent s'accorder à dire que les nouveaux systèmes donnent de bons résultats sur les plaies dites « simples » (ex : sur une surface plane), mais n'égalent pas le VAC® sur des plaies plus compliquées.

Cependant les débats restent ouverts jusqu'à ce que chacun, preuve à l'appui, démontre (ou non) la supériorité de son matériel.

Pour en savoir davantage :

- Journal of Wound Technology – Juin 2008. N°1
- Sffpc.org

Une enquête Nationale de Prévalence des Plaies est en train d'être réalisée sur plus de 300 établissements (structures privées et publiques) et auprès de 5000 infirmières et médecins de ville.

Peut-être y participez-vous ? Peut-être vos collègues ont-ils été sollicités ?

Ce travail, soutenu par la SFFPC (Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation) nous concerne tous puisqu'il tente de quantifier et démontrer l'importance de la prise en charge d'une pathologie fréquente, inquiétante, parfois grave et handicapante lorsqu'elle se complique : la plaie.

Les résultats de cette enquête seront rendus publiques et, nous l'espérons, feront échos chez tous les professionnels qui chaque jour et avec patience soignent ces plaies le :

Samedi 17 Janvier 2009

Avant l'ouverture de la Conférence Nationale des plaies et Cicatrisation (Paris)

Pour toute information complémentaire

<http://journeedelaplaie2008.blogspot.com>

Ordre Infirmier

Pertinence d'une adhésion à la CNI alors qu'un ORDRE vient de naître.

L'ordre infirmier a un rôle de représentation et de rassemblement d'une profession. Il a pour mission le respect de la déontologie, le recensement des infirmiers sur le territoire, la qualité de la formation. Il représente la profession au niveau national, européen et international. Les pouvoirs publics le consultent sur les orientations de politique de santé. Il assure l'indépendance de la profession et statue sur tout projet de réglementation.

Le syndicat, a un rôle de défense et d'amélioration des conditions de travail. Il défend les agents quelque soit leur secteur d'activité. Rôle d'information des personnels. Négociations et signatures des conventions. Il a pour mission de faire respecter les textes de loi, de les critiquer, voire de les faire évoluer. Il fait respecter les droits des professionnels.

Le délégué syndical siège dans diverses commissions. Les CAP (commis-

sions administratives paritaires) qui statuent sur l'avancement, la carrière... Le CTE (comité technique d'établissement) où se discutent tous les dossiers concernant les budgets, les horaires, les fonctionnements de services, les règles de mutations... Le CHSCT (comité d'hygiène et de sécurité) instance dans laquelle sont évoqués tous les problèmes quotidiens des personnels mais aussi leurs conditions de travail.

Le syndicat seul, peut déposer un préavis de grève. La complémentarité des deux instances sera une force. L'ordre pourra solliciter le syndicat (préavis de grève...) tout comme le syndicat de son côté pourra demander un appui à l'ordre (dossiers défendus...).

L'ordre défend la profession et le syndicat défend le professionnel dans son quotidien. Ils peuvent être complémentaires mais l'un ne remplace pas l'autre.

Pourquoi choisir spécifiquement l'adhésion à un syndicat professionnel comme la Coordination Nationale Infirmière ?

Plusieurs raisons :

- Des interlocuteurs professionnels indépendants, connaissant la négociation,
- Être défendu par un professionnel qui connaît parfaitement le métier puisqu'il est lui-même un professionnel infirmier,
- Un syndicat qui est force de proposition puisqu'il élabore des dossiers en collaboration avec d'autres professionnels infirmiers,
- Refus d'être attaché à un parti politique.

N'hésitez plus venez nous rejoindre et parlez autour de vous de ce syndicat atypique issu des mouvements de 1988.

Valérie HELBOIS ■
CNI Timone

Conseil National de l'Ordre Infirmier Élu le 14 janvier 2009

Présidente du Conseil National de l'Ordre : Dominique LE BOEUF,

Vice-président du secteur libéral : **Dominique COVES** (infirmière, PACA)

Vice-président du secteur privé : **David VASSEUR** (cadre formateur IBODE, Nord)

Vice-président du secteur public : **Didier BORNICHE** (infirmier, Normandie)

Secrétaire Générale : **Myriam PETIT** (infirmière libérale, Ile-de-France)

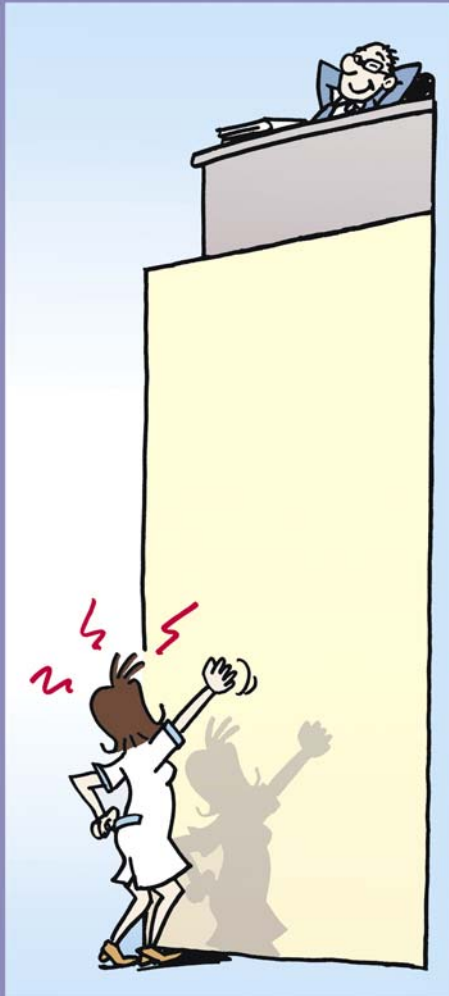
Secrétaire Adjoint : **Karim MAMERI** (cadre infirmier, public, Normandie)

Secrétaire Adjoint : **Bruno LE DU** (infirmier libéral, Languedoc-Roussillon)

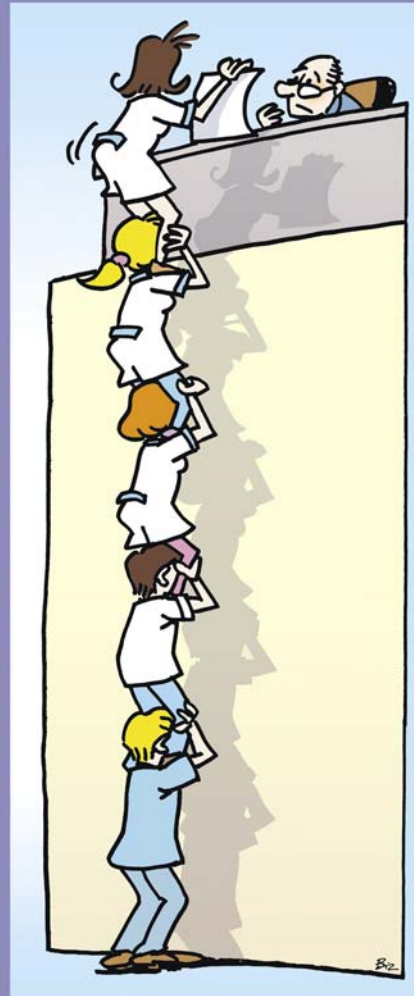
Trésorier : **Christophe BODIN** (infirmier, public, Poitou-Charentes)

Trésorière Adjointe : **Corinne BOURSAUD-LAPORTE** (infirmière libérale, Auvergne)

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



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



REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

**C
N
I**

**COORDINATION
ATIONALE
NFIRMIERE**

Contacts

Tél. 04 91 74 50 70

Fax 04 91 74 61 47

Email : coord-nat-inf@hotmail.fr

www.coordination-nationale-infirmiere.org

Coordination Nationale Infirmière

Syndicat Professionnel
270 boulevard Sainte-Marguerite
13009 Marseille
6508 / RC 1249 / 1

*J'adhère à la Coordination Nationale Infirmière
Je reçois sa revue professionnelle chaque semestre.*

C O T I S A T I O N A N N U E L L E

IDE : 70 €

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

ETUDIANTS : 15 €

J'adhère à la Coordination Nationale Infirmière pour 1 an :

Nom :Prénom :

Nom de jeune fille.....

Adresse :

Code postal :Ville :

Lieu et secteur d'activité :

Tél :Email :

Etablissement employeur :

Service :N° Poste :Grade :

Je joins à ce bulletin un chèque de 70 € (ou 15 €) à l'ordre de :

Coordination Nationale Infirmière

Et l'envoi à : Coordination Nationale Infirmière - 270 bd Sainte-Marguerite - 13009 Marseille

Par mon adhésion à la CNI, je peux accéder à une assurance professionnelle (protection juridique)
au tarif préférentiel de 1,75 € par mois, soit 21 € par an.

L'adhésion se fait par année civile :

ex : si on adhère au mois de mars on paiera 10 mois x 1,75 € = 17,50 €

Je souhaite prendre l'assurance professionnelle

J'envoie uniquement mon chèque d'adhésion de 70 € (ou 15 €) à la CNI,
le formulaire pour l'assurance me sera alors envoyé dans les prochains jours

Je ne souhaite pas prendre l'assurance professionnelle



Prenez soin de vous les soignants

Cédric Juliens, professeur de philosophie à Bruxelles, est également enseignant à l'ISEI, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, auprès des différentes promotions d'étudiants infirmiers belges dans le cadre de l'enseignement des Sciences Humaines.

A la crise rencontrée par les étudiants en fin de formation, à la veille d'être diplômés et de se retrouver davantage seuls dans les unités de soins, Cédric Julien empreinte à nos amis africains le concept de « rites de passage » pour accompagner cette souffrance à la fois légitime et nécessaire. Voici une partie de son exposé le 26 juin 2008 à l'occasion de la très officielle remise des diplômes infirmiers toutes spécialités confondues.

« Permettez-moi de vous remercier, pour l'occasion que vous m'offrez, de nous arrêter un instant sur le **rite** auquel nous sommes en train de participer.

Nous voilà réunis pour marquer un passage important, douloureux pour certains, libérateurs pour d'autres, un rite qui sera peut-être, dans quelques années, source de nostalgie.

A ce propos, j'aime citer cette phrase d'un auteur africain :

« vous en Occident, vous avez des crises, nous en Afrique, nous avons des rites de passage ».

Cette phrase résonne en moi régulièrement, car elle est profondément efficace et vraie.

La **crise**, c'est un moment de rupture ou de deuil, face à son entourage ou soi-même. La crise en elle-même n'est pas grave : elle est normale. Elle est souvent l'occasion d'un changement, d'une mue, de découvrir de nouvelles stratégies. Par contre, ce qui peut être grave, c'est de se retrouver dans l'incapacité de « gérer sa crise ». Et ce que nous apprend cet auteur africain, c'est qu'une crise, cela ne se gère pas tout seul. Pour se sortir d'une crise, il faut l'autre, il faut les autres, il faut de la solidarité et il faut du rite. Il faut de la mise en scène. Le rite c'est donc cette invention humaine destinée à transformer un moment de vulnérabilité, à se sortir d'un passage délicat, en lui donnant un sens collectif.

Voilà pourquoi nous organisons cette célébration publique qui permette à chacun d'entre nous de déposer ses craintes et ses espoirs au centre de l'assemblée. Et de demander à l'assemblée qu'elle lui donne du **sens**.

Quel genre de rite sommes-nous en train de vivre ?

- **Un rite de séparation**, tout d'abord : chers étudiants, vous allez nous quitter. Même si certains s'en réjouissent, il me paraît nécessaire de marquer l'instant où vous laissez derrière vous le cocon de l'école pour entrer dans la vie professionnelle (certains d'entre vous ne nous quitteront pas tout de suite

puisqu'ils poursuivront une spécialité). Nous n'allons donc pas vous laisser filer comme ça. Nous allons encore un peu rester ensemble et nous parler, car nous pensons que ces trois ou quatre années, derrière nous, ont été importantes.

Rite de séparation également pour les enseignants. Pour beaucoup, nous vous connaissons depuis la première année et nous vous avons vu grandir et évoluer. C'est un moment émouvant pour nous aussi (...).

- La deuxième fonction du rite, c'est la **consolidation**. Une fois immergés dans le monde du travail, il se peut que vous rencontriez des moments de fatigue, de déception, de doute. Il sera temps à ce moment de vous souvenir des épreuves que vous avez traversées à l'Isei, de la manière dont vous avez su faire face. De vous souvenir aussi des relations nouées à l'école, de la formation reçue, de ses valeurs (...).

Au cours de votre vie professionnelle, vous pourrez vous sentir démunis face à des tâches qui, dans le monde des soins, iront en se complexifiant. Se donner la possibilité de se souvenir, c'est s'habituer à penser en réseau : « dans cette situation comment tel prof / ou tel étudiant aurait agi ? Qu'aurait-il dit ? Que m'aurait-il donné comme conseil ? ».

Car, pour certains problèmes, vous aurez l'impression que l'école ne vous a pas bien formés. Et c'est vrai, chers étudiants : on ne vous a pas tout dit. Il y a des tas de sujets dont nous ne vous avons pas parlés. Sur lesquels nous sommes restés vagues. Pour lesquels nous n'avons pas donné de réponse. Ou insatisfaisante. Il y a des techniques que nous ne vous avons pas apprises. Et des secrets de la relation de soin que nous ne vous avons pas révélés. Et d'ailleurs peut-être que nous ne les connaissons pas nous-mêmes. Ou trop mal. Mais nous vous avons aussi enseigné des démarches : à vous maintenant de construire vos réponses adéquates.

Il se peut aussi que nous vous en ayons trop dit. Trop de cours. Trop d'exa-

mens. Trop de matière... Pourquoi tant de mots ? Parce que l'école, c'est un des derniers lieux où l'on peut prendre du recul face à l'exigence de performance du monde du travail. C'est le moment où l'on s'offre le luxe d'être encore un généraliste, là où on exige toujours plus de spécialistes. C'est le lieu où l'on peut s'arrêter sur des attitudes différentes, les commenter et les analyser. C'est enfin le lieu où l'on peut lentement s'entraîner à construire sa pensée propre.

Il se peut aussi que vous ayez la sensation qu'on vous ait menti : « je vis une frustration, dit cette étudiante : l'école entretient l'illusion de soins axés sur l'humain alors que dans certains terrains de stage, ils sont obsédés par la rentabilité et la technique. Qui a raison ? ».

En écoutant les étudiants de 2^e me parler de « processus de déshumanisation dans les soins », de leur écartèlement entre « le relationnel » et « la technique », je n'arrêtais pas de me demander : comment faire pour en sortir ? Et deux pistes me sont venues.

La première, c'est de penser que la technique n'est qu'un moyen. On apprend à passer de la technique au relationnel comme on apprend à rouler à vélo : d'abord on stresse sur la mécanique, ensuite on s'intéresse au parcours. Quitte à revenir sur la technique dans un troisième temps.

La deuxième piste est celle de l'amour-propre : celui du soignant. Comment se fait-il que des étudiants qui étaient révoltés en 2^e année, ne le sont peut-être plus aujourd'hui ? Où est passé leur amour-propre, leur « dignité » de soignant ? Se souviennent-ils encore de ce qui les mettaient en colère quand ils étaient stagiaires ?

L'amour-propre du soignant, c'est sa résistance, c'est son courage à ne pas laisser faire.

Non pas forcément vis-à-vis d'un ordre médical ou infirmier, mais vis-à-vis de l'analyse qu'il fait d'une situation. ●●●



A partir de quand la situation dérape-t-elle, qui fait que l'intérêt du patient n'est plus respecté ? L'amour-propre du soignant, c'est son intelligence qui lui demande « qui doit s'adapter, le patient ou moi ? » (sachant que les réponses varient) ; qui lui demande : « Quel profil de soignant doit-il mourir, et au profit de quel autre ? ».

A qui sommes nous tous, ici, redevables ? c'est une question cruciale. A qui l'Isei, ses enseignants et ses étudiants, doivent-ils rendre des comptes ? Au directeur financier d'un hôpital ? Au chef de tel service ? A la Sécurité sociale ? ou aux humains en état de faiblesse, au nom du principe de solidarité ?

**Je suis frappé d'un discours qui revient souvent chez les jeunes étudiants : celui du sacrifice et du don de soi...
Le sens du devoir, du service, de l'amour, le devoir éthique.**

Voici quelques phrases reprises des examens de philosophie : « l'infirmière ne doit pas juger », « la sage-femme

doit accepter les différences », « le soignant doit être au service de... », « le soignant doit avoir une attitude éthique ». Ces phrases rappellent le titre de ce vieux livre, exposé dans le musée de l'Isei : « Le secret de l'infirmière. Comprendre, servir, aimer ».

Les jeunes soignants de 2008 s'expriment sous la forme d'impératifs catégoriques, d'ordres moraux peu nuancés, sincères ou non. (Après tout, peut-être ces étudiants feignent une moralité de principe parce qu'ils croient que c'est ce que le prof attend d'eux...).

Il n'en reste pas moins que la démarche est noble. Elle repose sur un profil que l'on ne retrouve pas dans les filières de science-éco ou dans les écoles de marketing. Comme l'a très bien vu cette étudiante de Santé communautaire dans son travail de fin d'étude : « Les soignants seraient-ils plus aptes à ressentir le vide entre les individus au point de se donner corps et âme pour vouloir le transformer ? » Je trouve cette réflexion très belle et très juste :

**« vouloir transformer le vide entre les individus ».
Et en faire son métier.**

Mais vous voyez tout de suite où le danger guette dans cet appel du vide. D'abord le danger de son propre vide : parce que je ne suis pas assez consistant, pas assez mûr(e) ou solide, je me nourris de la relation à l'autre, dans l'espoir que l'autre (le patient / le professionnel) m'apporte reconnaissance, estime de moi-même, et amour de mon métier. Mais que passe-t-il si le patient ne m'est pas reconnaissant ? Ou si l'équipe ne valorise pas mes efforts ? Qui m'aidera alors à me donner une consistance ? Où la trouver, si elle n'est pas présente en moi ? Le second vide, c'est l'angoisse de la souffrance. La souffrance de l'autre appelle ma compétence et mon énergie. Mais à force de combler avec force le vide qui nous sépare, je risque à mon tour de me vider.

Voilà ce que j'ai envie de vous dire ce soir, à l'occasion de ce rite de séparation et de consolidation : « Prenez soin de vous, les soignants ». Apprenez à trouver votre réconfort ailleurs que dans la relation d'aide, construisez votre personnalité sur autre chose que la souffrance de l'autre, sinon vous serez ce sauveur toujours en quête de victimes à sauver, ou ce soignant qui finit par tomber malade lui-même dans l'espoir qu'on s'occupe enfin de lui. « Prenez soin de vous les soignants ». Rêvez et philosophiez, intéressez-vous à l'art et à la nature, et au reste du monde.

Mais faites aussi retraite. Questionnez-vous. Interpellez-vous. Travaillez votre vulnérabilité. Mettez au grand jour vos failles, vos mensonges et tous vos contre-transferts vis-à-vis des patients. Et posez-vous la question centrale : où réside mon équilibre ?

A cette dernière question, je n'ai pas de réponse individuelle à vous fournir. Mais sachez que mes collègues et moi-même continuons d'être ouverts au dialogue. En attendant, nous vous souhaitons « Bon courage, les étudiants » et « Heureuse vie, les soignants » !

Cédric JULIENS ■
Professeur de philosophie
et enseignant à l'ISEI

Demain : le salaire au mérite

Qu'en pensez-vous ? Relevé d'une enquête intra AP-HM

Actuellement à ancienneté et diplôme égal : salaire égal !

Cette affirmation n'est pas juste puisqu'en fonction de la note certains agents passent plus rapidement à l'échelon supérieur ou à la classe supérieure, donc une disparité est déjà à pointer du doigt.

Dans certains secteurs d'activités tel que le secteur de réanimation les agents de l'AP-HM se sont vus attribuer une prime de dialyse même si la réanimation en question n'était pas dotée. Le but est de rendre attractifs certains services dits difficiles.

S'ajoute dans la fonction publique une prime de service qui n'est autre qu'une prime d'assiduité amputée de 1/140^e par jour d'absence dans l'année civile.

Salaire au mérite

But : stimuler l'ardeur des salariés ou de les motiver, les revaloriser par rapport à certains agents qui pour le même salaire en font beaucoup moins.

Revers : en contre-partie certains salariés seront mécontents et naîtra une démotivation.

Comment : avec ajout d'une prime de mérite sur une base qui reste à définir ;

ou avec variation de salaire vers la hausse ou la baisse, en fonction du mérite présumé de l'agent ou en fonction de la situation économique.

Définition du mérite : du latin meritum gain ce qui rend une personne

digne d'estime, de récompense ; traiter chacun selon ses mérites.

S'attribuer le mérite de quelqu'un de quelque chose, en revendiquer le succès en tirant gloire être digne de récompense ou passible de châtement avoir le droit à sa reconnaissance.

CELA MÉRITE BIEN DES RÉFLEXIONS

Outils de l'attribution

Le mérite passe par une évaluation à partir d'une appréciation des exigences et des difficultés des différents postes de travail.

Dans les domaines suivants : domaine physique, domaine psychique, domaine intellectuel, domaine de responsabilité.

Dans chacun de ces domaines il faut évaluer non seulement la présence d'un de ces critères mais également le degré de présence de ce ou de ces derniers pour chaque poste.

Une évaluation de l'échelle ainsi établie doit être réévaluée chaque année mais également s'il existe des modifications d'organisation au sein de chaque poste.

L'équipe chargée de la mise en place de cette échelle doit effectuer un travail minutieux afin de ne pas être discriminatoire ou subjective.

L'évaluation de chaque agent se fera par le personnel d'encadrement ainsi que par les acteurs au sein de ce même service.

Conséquences

But du salaire au mérite : motiver

L'appât du gain aura au moins le but de motiver une majorité.

Etre reconnu dans son travail et dans ses compétences.

Les raisons du mécontentement

- Absence d'une échelle correspondant exactement à l'idée que l'on se fait de son poste de travail,
- Absence d'explication,
- Absence de critère objectif clairement connu (favoritisme),
- Sentiment d'une décision arbitraire prise par des décideurs éloignés des réalités du terrain,
- Dérives avec l'ancienneté,
- Changements trop fréquents dans les critères d'attribution ou le montant jugé ridiculement faible,
- Zizanie au sein d'une même équipe,
- Terme à la solidarité collective,
- Ralentissement dans la progression de l'ancienneté,
- Renforcement du pouvoir de la hiérarchie,
- Système infantilisant,
- Culpabilisation de n'avoir obtenu la prime du mérite.

Salaire au mérite et bilan économique

- Gaspillage de ressources,
- Générateur d'économie si nivelage des salaires vers le bas. ●●●

Constat sur l'existant

Ce n'est pas une première pour les services de marketing il s'agit d'un intéressement en fonction du nombre de ventes réalisées.

Début du salaire au mérite dans la magistrature, dans la fonction de police, dans les banques, pourquoi pas dans le secteur public.

Dans certain pays il est déjà en application en particulier aux Etats Unis, au Royaume Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande et les résultats semblent d'après les études plus que tangents voir décevants.

Voici les résultats d'une enquête réalisée auprès des agents de l'hôpital de la Timone à Marseille afin que la Coordination Nationale Infirmière de la Timone puisse se positionner et exprimer la volonté des agents qu'elle représente lors d'assemblée générale.

1/ Pensez-vous que l'on puisse dans le milieu hospitalier définir le mérite d'un agent par rapport à un autre agent ?

- **Oui** : 21.42%
- **Non** : 78.57%
- **Sans position** : 0.01%

Commentaires :

- Risque de clivage et rivalité au sein d'une équipe,
- Reconnaissance des formations,
- Reconnaissance de l'assiduité,
- Mérite = jugement objectivité
- Chacun possède des qualités mais également des défauts pourquoi mettre en exergue plus l'un que l'autre.

2/ Si oui, sur quel critère : possibilité de cocher plusieurs items :

Ancienneté	10.3%
Tenue	10.5%
Rendement	21.2%
Compétences physiques	22.0%
Présence	30.1%
Maîtrise de son comportement	40.5%
Mobilité	45.0%
Flexibilité	42.0%
Connaissances	60.2%
Taux absentéisme	60.0%
Ponctualité	60.1%
Initiatives	70.0%
Autres : nombre de formation, savoir s'autoriser à.....	

NB : Certaines personnes se sont positionnées sur le non et ont apporté une réponse à cette question.

Commentaires :

L'initiative reste un item de choix ainsi que les connaissances et la ponctualité.

3/ Pensez-vous que la notion du mérite s'accorde en fonction des contraintes du service ?

- **Oui** : 21.42%
- **Non** : 82.14%

NB : Sur cet item deux personnes ont coché les deux réponses.

Pourquoi :

Tous les services ont leurs contraintes mais à des niveaux différents comment juger si une contrainte est plus difficile qu'une autre.

Pour d'autres se sont les risques qu'il faut mettre en avant.

4/ Salaire au mérite sous forme de :

- Prime à 7.14%
- Salaire additionnel à 46.42%
- Certains étant contre, n'ont pas répondu à cette question à 46.44 %

Commentaires :

Pour le salaire additionnel afin d'obtenir une compensation pour la retraite.

5/ Qui doit évaluer les agents méritants :

- Le personnel d'encadrement 39.28%
- Les collègues de travail 14.28%
- Les médecins 10.71%
- La direction 7.14%
- Autres 3.57%

pas de réponse à cette question à 25.02%

Commentaires :

Toujours posséder au moins deux avis pour les confronter.

Aucun en particulier.

L'évaluation est importante et permet de se remettre en question et de rester efficace.

Pour beaucoup aucun.

6/ Serez-vous plus motivé avec un salaire dit au mérite :

- **Oui** : 14.28%
- **Non** : 82.14%
- **Pas de réponse** : 3.58%

Même si vous ne l'obtenez pas ?

Commentaires :

Le métier de soignant doit être effectué dans le respect de la personne, donc le mérite risque de faire de nous des ouvriers, payés au rendement, alors que beaucoup de soins dits soins de relation ne sont pas quantifiables et évaluables.

Donc il existe un biais dangereux dans lequel il ne faut pas s'engouffrer, au risque d'automatiser notre beau métier par des robots.

7/ Êtes-vous pour ou contre ce salaire dit au mérite pourquoi ?

Oui dans 21.43% des cas avec pour arguments :

- Cela peut être un moteur de motivation,
- Reconnaissance du dévouement.

Non dans 78.57% des cas avec les arguments suivants :

- Mésentente dans les équipes,
- Risque de favoritisme,
- Jugement aléatoire,
- On pousse les agents à la faute professionnelle pour du rendement,
- Nous n'avons pas obligation de résultat,
- Risque d'épuisement professionnel si rendement,
- Culpabilité des salariés,
- Le patient n'est plus au centre du soin.

Synthèse

Une majorité des soignants, soit 78.57% s'est positionné contre le salaire dit au mérite pour des raisons diverses énoncées ci-dessus.

Pour le taux d'absentéisme sans doute une rancœur sur le surcroît de travail généré par l'absence itérative de personnel dans l'équipe.

Ce questionnaire a été distribué sur l'hôpital de la Timone à Marseille n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques sur ce sujet.

Merci

CNI la Timone ■

GROUPE HOSPITALIER LARIBOISIÈRE - FERNAND WIDAL

2, rue Ambroise Paré - 75475 PARIS Cedex 10

recrute h/f

Futurs professionnels de santé :
**INFIRMIÈRES, IADE, IBODE, CADRES DE SANTÉ,
 MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES,
 MANIPULATEURS EN ÉLECTROCARDIOLOGIE,
 AIDES SOIGNANTS, PUÉRICULTRICES,
 AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURES
 SAGES FEMMES, PRÉPARATEURS EN PHARMACIE**

vous désirez vous investir dans des projets innovants,
 intégrer des équipes de pointe,
 bénéficier d'un contrat d'allocations d'études,
 d'un contrat d'apprentissage.

N'hésitez pas, contactez-nous :

**Cellule de recrutement de la Direction des Soins,
 01 49 95 24 69 ou recrutement.lariboisiere@lrb.aphp.fr**



Urgences

Neurosensoriel
Tête et Cou

Addictologie
Toxicologie
Psychiatrie

Un hôpital
composé de
7 pôles

Pathologie
digestive
Gynécologie
obstétrique

Appareil
Locomoteur

Médecine
Aval des Urgences
Réadaptation

Laboratoires
Imagerie
Pharmacie

Accès facile :

SNCF : Gare de l'Est et Nord

RER : B et D (gare du Nord) et E (gare Magenta)

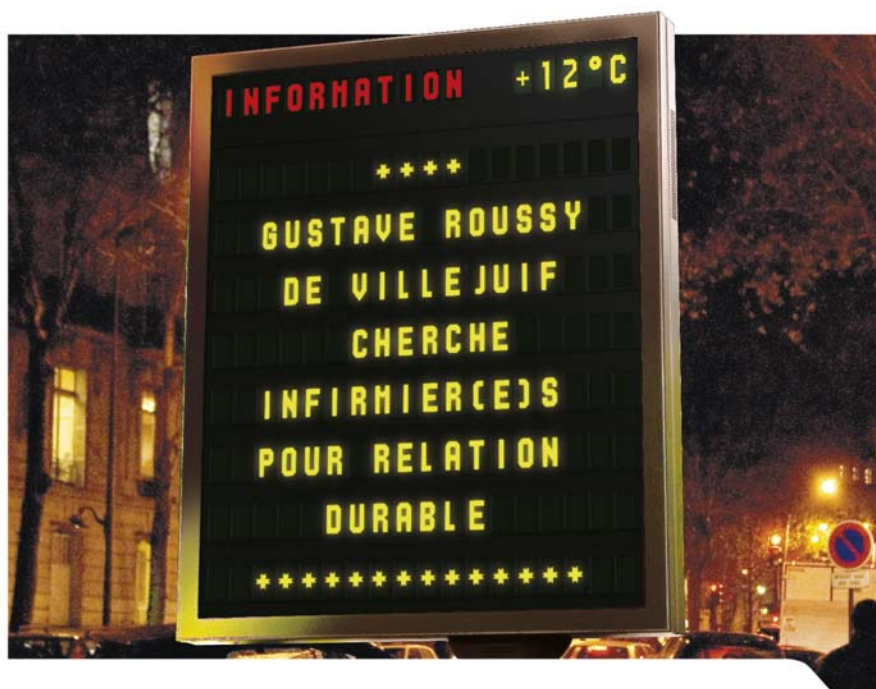
Métro : lignes 4 et 5 (gare du Nord) et 2 (Barbès - Rochechouart)

Bus : lignes 26, 30, 31, 38, 39, 42, 43, 46, 47, 48, 54, 60, 65, 302

Des services :

Crèches, Centre de Loisirs, Parking, Service Social, Formation Continue

65



Passionné et créatif, je m'appelle Institut de cancérologie Gustave Roussy (IGR).

Je suis le 1^{er} centre européen de lutte contre le cancer. Ma culture est fondée sur la transversalité des disciplines et la recherche de l'excellence. Sur mon campus, vous trouverez un ensemble de ressources humaines et technologiques sans pareil.

Vous êtes intéressé(e) par la cause majeure du cancer ?

Je vous propose d'enrichir vos connaissances et de bénéficier d'une technologie de haut niveau. Vous évoluerez dans un environnement multidisciplinaire et profiterez d'un encadrement de qualité.

Je recrute
IDE de nuit,
 débutant(e) ou expérimenté(e)

Les + de l'IGR

- 125 nuits en 12h par an
- Encadrement personnalisé
- Prime d'embauche et prime mensuelle après un an
- Prime de nuit bonifiée
- Reprise ancienneté à 100%
- Formation continue

Pour en savoir plus, connectez-vous sur www.igr.fr ou pour prendre rendez-vous, appelez au 01 42 11 47 21





Venez rejoindre le Centre Hospitalier de Versailles

*Nous recherchons pour nos services,
de jour comme de nuit :*

**HÔPITAL RÉFÉRENT
DES YVELINES,**

Services hospitalo-
universitaires,
SAU, SAMU, SMUR,
réanimation, activités
très diversifiées
(médecine, chirurgie,
obstétrique,
gériatrie, psychiatrie,
santé publique)
et plateau technique
de pointe

- **des Infirmier(e)s,**
 - **des Infirmier(e)s
Spécialisé(e)s,**
 - **des Cadres de Santé
Spécialisés**
- Diplômé(e)s d'Etat**

Nos atouts : Entretiens individualisés -
Choix d'affectation - Plan de carrière -
Un management centré sur la valorisation
et le renforcement des compétences -
Une formation continue développée - Une
intégration facilitée (accueil, tutorat).

Les conditions : Reprise d'ancienneté -
Versement de la prime d'installation dès la
mise en stage - Possibilité d'accueil en crèche -
Possibilité de logement (studios).

CONTACT : Brigitte SCHERB - Coordinatrice Générale des Soins
Centre Hospitalier de Versailles - Direction des soins paramédicaux
177, rue de Versailles - 78157 Le Chesnay Cedex
Tél. : 01 39 63 80 88 - emplois@ch-versailles.fr



Maison de Famille Les Eaux Vives, EHPAD de 86 lits,
recherche :

infirmier référent h/f

Rattaché au médecin coordonnateur de l'établissement, et membre
du comité de direction de l'établissement, vous participerez
activement à la conception et à la mise en œuvre des projets de soin
et de vie.

En qualité de cadre vous assurerez la gestion et la formation de vos
équipes et serez responsable de la qualité et de la sécurité des soins
dans leur globalité ainsi que de leur organisation.

Titulaire du diplôme d'état, vous possédez de fortes qualités relation-
nelles ainsi qu'une mission réussie de management.

Vous justifiez d'une longue expérience auprès des personnes âgées.

Rémunération : 3 200 à 3 500 € brut par mois (à laquelle s'ajoute
la prime d'ancienneté) + prime variable annuelle

Contact :

Bertile STEPHAN
Maisons de Famille les Eaux Vives

www.maisonsdefamille.com

Rue Lamartine - 78470 St Rémy lès Chevreuse - bertile.stephan@maisonsdefamille.com

REJOIGNEZ LE GROUPE MEDI-PARTENAIRES 22 CLINIQUES - 4500 SALARIÉS



**ET PARTICIPEZ À LA CONSTRUCTION DE NOTRE
PROJET SOCIAL ET À LA RÉUSSITE DE NOS PROJETS
DE SOINS INFIRMIERS DANS L'UNE DE NOS
CLINIQUES QUI RECRUTENT :**

- Infirmier(e)s**
- Surveillant(e)s**
- Sages Femmes**
- Aide Soignantes**

Pour toutes demandes concernant les recrutements dans les cliniques du groupe :
CMS - 23 rue Edmond Michelet - 33000 Bordeaux k.simon-trapy@medi-partenaires.fr
Retrouvez nos établissements sur notre site www.medi-partenaires.com

PARAMÉDICAL le Salon EMPLOI des Infirmiers VOS 4 RENDEZ-VOUS RECRUTEMENT EN 2009

PARIS : Espace Champerret

Mardi 3 février

18^e

Mardi 9 juin

19^e

Vendredi 18 septembre

20^e

LYON : cité/Centre de Congrès

Mercredi 1^{er} avril

5^e

Vous êtes infirmier(e) DE, IADE, IBODE, élève IFSI 3ème année,
manipulateur radio, aide-soignant(e), kinésithérapeute, cadre soignant...

Venez choisir + de 2000 emplois soignants proposés par 35 grands
établissements...

>> Entrée gratuite ou inscription sur <<
www.kavesta.fr

information
01 75 55 14 50





LE CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL DE L'EUROPE

A 30 minutes de Paris, sur la ligne A du R.E.R., situé dans un cadre agréable et verdoyant, le Centre Médico-Chirurgical de l'Europe (CMCE) est, avec 259 lits et places, un établissement hospitalier pluridisciplinaire de référence et l'un des plus importants Établissements de Santé privés d'Ile de France.

Dans le cadre du développement de ses activités, le Centre Médico-Chirurgical de l'Europe recrute des professionnels de santé.

En CDI - Temps plein

Des Infirmier(e)s D.E. tous services de soins (Médecine cardiologique, Unité de soins Intensifs, Soins palliatifs/Oncologie, Réanimation médico-chirurgicale, Chirurgie toutes spécialités ...).

Des Infirmier(e)s D.E. de Bloc Opératoire et I.B.O.D.E.

9 salles d'opération pluridisciplinaires

Chirurgie programmée 5 j sur 7 j et gestion des urgences en Astreintes 7j/7j

Des Infirmier(e)s D.E. de Salle de réveil.

Un Infirmier(e) Diplômé d'État Référent DOULEUR

Dans le cadre du développement de sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur et plus particulièrement de la douleur provoquée par les soins, les actes invasifs, les gestes diagnostiques et la chirurgie...

Vous êtes garant de la bonne administration des soins au patient et veillez à l'accueil général du patient et participez à la diffusion et à la compréhension des informations.

Vous assurez la coordination des actions entreprises autour du patient (aide-soignant, agent de service hospitalier, ministre du culte, ...).

Vous participez activement au comité du CLUD et en êtes le relais au sein des services.

Titulaire d'un diplôme d'État d'Infirmier avec une spécialisation Douleur, vous avez acquis une expérience significative d'au moins 4 ans complétée par un diplôme Universitaire ou Inter-Universitaire sur la Douleur.

Un Responsable d'unités de Soins

Rattaché à la Directrice des Soins Infirmiers, vous êtes chargé :

- D'encadrer les équipes soignantes (management, planning, formation),
- D'assurer la continuité des soins Jour-Nuit,
- De mettre en œuvre le projet de soins de l'établissement,
- De superviser et contrôler la réalisation des soins et en évaluer la qualité,
- D'assurer la prise en charge du patient en collaboration avec le médecin,
- D'assurer la gestion du service (relations avec les prestataires),
- De participer à la démarche Qualité.

Cadre de soins avec une expérience significative de management d'équipe, organisation, force de proposition et excellent relationnel sont vos principales qualités.

SALAIRE : selon expérience

Au sein d'Équipes dynamiques, vous participez activement à l'expansion de notre Établissement et bénéficiez d'un planning annualisé, d'un parcours d'intégration et d'un programme de formation assuré quelque soit la fonction.

Merci d'adresser votre candidature à la Direction des Ressources Humaines.

Par courrier : CMC de l'Europe - 9 bis route de Saint-Germain - 78560 PORT MARLY

Par mail : drh@cmce-europe.fr

www.clinique-europe78.fr



GROUPE NATIONAL

Spécialisé dans l'immobilier, la gestion et l'exploitation d'établissements médicaux sociaux recrute :

- **Directeurs EHPAD** h/f
- **Infirmières coordinatrices** h/f
- **Infirmières** h/f
- **Aides-Soignantes** h/f
- **Aides Médico-Psychologiques** h/f
- **Agents de service hôtelier** h/f

CDI temps complet ou temps partiel
Recrutement permanent

Le Groupe MIEUX VIVRE vous formera à la mise en place du projet de vie sociale, à la qualité du service et des soins.

Vous avez l'esprit d'équipe et le souhait d'évoluer au sein d'un Groupe.

Nous vous assurons un projet de formation professionnelle personnalisé.

Localisation du poste :

Etablissements sur France entière – mutation interne possible

Adressez votre lettre de motivation et C.V détaillé par mail ou courrier à
GROUPE MIEUX VIVRE
12 bis avenue Antoine Becquerel
33608 PESSAC CEDEX
E-Mail : f.noller@mieux-vivre.eu

68



Le Centre Hospitalier de CADILLAC (Gironde)

(Établissement spécialisé en Psychiatrie, situé à 35 kms de Bordeaux, à proximité de la Côte Atlantique et des Pyrénées)

recrute h/f

DES CADRES DE SANTÉ DES INFIRMIERS D.E

pour ses Unités d'admission Psychiatrie générale, psycho-gériatrie et U.M.D

Postes à pourvoir sur Communauté Urbaine de Bordeaux et site de Cadillac

- Aide et soutien de la Direction des Soins dans la recherche d'un hébergement

Candidature et CV à adresser à :
Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier - 89 Rue Cazeaux-Cazalet - 33410 CADILLAC
Courriel : secr-drh@ch-cadillac.fr

Renseignements auprès de la Direction des Soins
Tél. : 05 56 76 54 38

www.ch-cadillac.fr

CENTRE HOSPITALIER
Gérard MARCHANT



LE CENTRE HOSPITALIER Gérard MARCHANT

recrute h/f des :

INFIRMIERS EN GÉRIATRIE TITULAIRES DU DIPLÔME D'ETAT

Pour tout renseignement, merci de contacter :

Monsieur SCHLESINGER Sylvain,
Directeur des soins : 05 61 43 77 15

Les candidatures (lettre + CV) sont à adresser à :

Centre Hospitalier Gérard MARCHANT
Madame le Directeur des Ressources Humaines
134 route d'Espagne
31057 TOULOUSE cedex 1

Le CHRU de Montpellier recrute



Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Montpellier recrute pour ses services de soins dans le cadre de son projet d'établissement, des personnels qualifiés diplômés d'Etat :

- ▶ des infirmiers diplômés d'Etat (service de médecine, chirurgie, gérontologie, psychiatrie),
- ▶ des infirmiers spécialisés (IADE, IBODE,...),
- ▶ des aides-soignants,
- ▶ des puéricultrices,
- ▶ des manipulateurs en électroradiologie,
- ▶ des masseurs-kinésithérapeutes.

Candidatures
à adresser à :

Monsieur le Directeur du Développement Social
CHRU de Montpellier - Bureau du Recrutement
Centre Administratif André Bénech
191, avenue du Doyen Gaston Giraud - 34295 MONTPELLIER cedex 5

Tél. : 04 67 33 01 60
Email : recrutement@chu-montpellier.fr
Site : www.chu-montpellier.fr



*parce que nos lieux de soins sont avant tout des lieux de vie
et parce que vous vivez un métier créateur de lien*

MEDICA FRANCE, Groupe de Santé Privé (136 établissements médicalisés, 5500 collaborateurs), dispose de son propre institut de formation interne (l'Institut de Bonnes Pratiques : plus de 7 800 salariés formés en 2007, 402 parcours diplômants financés). Le Groupe s'est engagé dans une démarche de qualité pour ses EHPAD et ses établissements sanitaires. Nous recrutons H/F

- **INFIRMIERS DIPLÔMÉS D'ÉTAT**
- **AIDES-SOIGNANTS DIPLÔMÉS**

CDI - temps complet

Région Parisienne : 75 - 92 - 78 - 77 - 93 - 91

Merci de déposer votre dossier de candidature (CV + lettre de motivation) directement sur notre site internet : www.medica-france.fr rubrique "Espace recrutement"
ou par courrier : MEDICA FRANCE - Service Recrutement - 39 rue du Gouverneur Général Félix Eboué
92130 ISSY LES MOULINEAUX.



Clinique les Sources

Clinique Médicale de 229 lits à Nice recrute h/f :

1 Cadre de Santé - 10 Infirmiers

Services de Médecine, Réanimation, Surveillance Continue, Hôpital de jour, Soins de Suite et Réadaptation et Soins de Longue Durée.

Deux plateaux techniques : consultations spécialisées, exploration, endoscopie, imagerie et rééducation, balnéothérapie.

Possibilité de logement provisoire (2 mois), cadre agréable, convention CCN51 FEHAP

Candidatures à : e-mail : drh@clinique-les-sources.org

Adresse : Clinique les Sources - Avenue des Roses - 06100 NICE - Tél : 04 92 15 40 05 - Fax : 04 93 81 84 47

<http://www.clinique-les-sources.org>



CENTRE MEDICO CHIRURGICAL WALLERSTEIN

(Nord Bassin d'Arcachon, Gironde)

Recherche h/f - pour son service BLOC OPÉRATOIRE

un(e) IBODE

Poste à pourvoir en CDI - temps complet

Convention collective FEHAP

Contactez Mme JOLIT au : **05 56 03 87 00**

ou envoyer CV et LM par courrier à :

Mme GASO - CMC Wallerstein

Bd Javal - 33740 ARES

ou par mail à : p.gaso@cmc-ares.com



pbccm.fr

Clinique d'Yveline

12 route de Rambouillet

78125 VIEILLE ÉGLISE en YVELINES



126 lits de psychiatrie adulte

Recrute :

INFIRMIER(ERE) CDI NUIT ET JOUR

- Travail en 12h (35h semaine)
- Convention FHP du 18 avril 2002
- Prime d'installation : 1^{ère} année 1000 €, 2^{ème} année 900 €
- Prime d'assiduité : 270 € par trimestre

Candidatures et CV à : Monsieur LUBIN – Directeur des soins
01.30.46.68.00 yveline.secretariat@gsante.fr

70

LE CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

1307 lits,
27 km de BORDEAUX,
possibilité de crèche,
recrute h/f

IDE "secteur Ehpad, MCO, SSR, Psychiatrie"

IBODE pour Bloc Opératoire

CADRE "secteur Médecine, Chirurgie, Gériatrie"

CADRE "Urgences - SMUR"

CADRE IBODE pour Bloc Opératoire

CADRE IADE pour service Réanimation

Adresser lettre et CV
à Monsieur le Directeur
des Ressources Humaines,
Centre Hospitalier, BP 199,
33505 Libourne cedex.

**Renseignements
préalables auprès de :**

Direction des Ressources Humaines

Tél. 05 57 55 26 70 Fax 05 57 55 34 94



PARAMÉDICAL le Salon EMPLOI des Infirmiers VOS 4 RENDEZ-VOUS RECRUTEMENT EN 2009

PARIS : Espace Champerret

Mardi **3 février** 18^e

Mardi **9 juin** 19^e

Vendredi **18 septembre** 20^e

LYON : Cité/Centre de Congrès

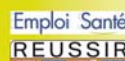
Mercredi **1^{er} avril** 5^e

Vous êtes infirmier(e) DE, IADE, IBODE, élève IFSI 3^{ème} année, manipulateur radio, aide-soignant(e), kinésithérapeute, cadre soignant...

Venez choisir + de 2000 emplois soignants proposés par 35 grands établissements...

>> **Entrée gratuite** ou inscription sur <<
www.kavesta.fr

information
01 75 55 14 50





LE CHU DE NÎMES RECRUTE

Pour toute candidature, adressez votre curriculum vitae accompagné d'une lettre de motivation à :

Monsieur le Directeur Général
CHU de Nîmes,
Groupe Hospitalo-universitaire
Carémeau,
Place du Professeur Robert Debré,
30029 NIMES CEDEX 9
ou
Par mail : via le site www.chu-nimes.fr

1888 lits et places

(médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, hébergement) plateau technique de pointe (19 salles d'opération, bloc obstétrical, 2 accélérateurs de particules, 2 scanners, 1 IRM, 1 TEP Scan, 2 gamma caméras...)

- Cadres de santé diplômés
- Infirmiers diplômés d'Etat
- Infirmiers diplômés d'Etat retraités
Pour une collaboration ponctuelle sous forme de vacations ou de contrat de courte durée
- Infirmiers spécialisés (IADE, IBODE)
- Puéricultrices diplômés d'Etat
- Masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat

Sur emplois pérennes (mise en stage ou CDI) tous secteurs après période d'essai limitée

- Politique institutionnelle forte de formation professionnelle et d'accompagnement des projets individuels de carrière (IADE, IBODE, Puéricultrices, Cadres ...)
- Possibilité de logement à prix réduit (studios meublés 280 € par mois charges comprises) pendant la durée de la période d'essai.
- Primes d'installation : jeunes diplômés IDE - Contrats spécifiques

Situé entre Cévennes et Méditerranée, de conception architecturale très récente, le CHU de Nîmes offre de nombreuses opportunités professionnelles • Premier employeur du Gard

www.chu-nimes.fr

71

www.clubmedjobs.com



VOS COMPÉTENCES... SOURCES D'INSTANTS INOUBLIABLES

Travailler au Club Med, c'est choisir de valoriser vos compétences professionnelles et personnelles. De progresser tous les jours dans votre métier, au contact d'équipes détentrices d'un savoir-faire unique, et de clients tout aussi exceptionnels. D'évoluer dans des cadres raffinés, avec des programmes de formation continue et de nombreuses opportunités de carrière. Personnifiez notre vision du luxe convivial, en donnant et partageant les bonheurs du monde.

H/F, vous avez imaginé travailler dans l'un de nos 60 Villages sur les 5 continents, il ne tient qu'à vous de le vivre dans les métiers de la santé et de la petite enfance :

- Infirmier(ère)
- Infirmier(ère) Puériculteur(trice)
- Auxiliaire de Puériculture

Retrouvez nos offres et postulez en ligne sur www.clubmedjobs.com

Club Med 
TOUS LES BONHEURS DU MONDE



CENTRE MEDICO CHIRURGICAL WALLERSTEIN
 (Nord Bassin d'Arcachon, Gironde) recrute h/f :

IDE - Jour / Nuit

CDI et CDD temps complet
 Convention collective FEHAP

Contactez Mme JOLIT, DSSI au : **05 56 03 87 00**
 ou envoyer CV et LM à :
Mme GASO - CMC Wallerstein
 Bd Javal - 33740 ARES
 ou par mail à : p.gaso@cmc-ares.com



pibcom.fr

Le Centre Hospitalier de Montluçon
 recrute

INFIRMIER(E)S D.E.

Services Chirurgie-Oncologie - Médecine

(Dans le département de l'Allier)

Adresser CV et lettre de motivation à :
 Madame LIMOUZINEAU
 Directeur de Soins - Coordonnateur Général des Soins
 Tél. : 04 70 02 30 08 - Tél. secrétariat : 04 70 02 36 77
 Mail : s.limouzineau@ch-montlucon.fr
 Centre Hospitalier de Montluçon
 18 avenue du 8 mai 1945 - BP 1148
 03113 MONTLUÇON Cedex

Pour en savoir plus :
www.ch-montlucon.fr
www.mairie-montlucon.fr
www.cr-auvergne.fr

Air Products Healthcare, division médicale du groupe Air Products spécialisée dans l'assistance des malades soignés à leur domicile, recherche sur Paris et l'IDF pour son activité Perfusion/Nutrition/Insulinothérapie h/f :

Infirmier Coordinateur


Vous serez chargé d'assurer l'appareillage des patients à leur sortie d'hospitalisation et de les former à son utilisation, ainsi que d'effectuer un suivi individualisé. Vous formerez également les paramédicaux à la mise en œuvre des traitements et assurerez la remontée des informations.

Titulaire du Diplôme d'Etat infirmier, vous avez exercé le cœur de votre métier pendant plusieurs années et possédez idéalement une expérience acquise en milieu hospitalier dans un service délivrant des soins techniques, ou en HAD.

Vos qualités relationnelles et d'écoute, votre professionnalisme, votre sens de l'organisation, votre autonomie vous permettront d'exceller au sein de notre société.

Permis B Nécessaire
 Le poste est à pourvoir dès que possible.

Merci d'adresser votre dossier de candidature (CV + Motivation) à recrutem@airproducts.com



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

Actualités | Dépêches | Emploi | Formations | Revue | Annuaire | Plan du site | Contact | Liens

OFFRES D'EMPLOI

Le CHU de Nîmes (Gard) Recrute
 Cadres de santé, Infirmières, IADE, IBODE, Puér, Kinés

IDE TOUTES SPECIALITES
 IBODE • DSSI

Adecco Medical
 Nous recrutons 8477
 • Admissions
 • Etudiants infirmiers
 • IADE, IBODE
 • Ades-Sage-femmes
 Intérim, CDD, CDI
 Quick Medical Service est devenu Adecco Medical

OFFRES D'EMPLOI
 Pour passer une annonce offre d'emploi, contactez :
 Annie Carbonne
 Tél. 05 56 37 88 96 - Fax. 05 56 84 06 77
emploi@coordination-nationale-infirmiere.org
 Télécharger les offres d'emploi au format PDF

Aides soignants, personnels infirmiers :
 des précisions sur les conditions d'exercice en France

Aide médico psychologique

Fonction | Type de contrat | Poste(s) disponible(s) | Créé le

www.coordination-nationale-infirmiere.org

72

LURATI MEDICAL

Envie de travailler en SUISSE ?
 Rejoignez le leader du placement fixe dans le domaine médical. Vous êtes :

INFIRMIERS/ERES DIPLOMES/EES D'ETAT

en chirurgie, oncologie, réanimation, urgences, soins continus, psychiatrie, dialyse, ibode.

Rejoignez vite notre équipe !!!
 Nous vous proposons des CDI ou temps partiel.

Appelez vite !!!
Marie-Thérèse Schraner
00 41 21 341 41 60



LURATI EMPLOI
 Rue Haldimand 2 - CP 6771
 1002 Lausanne / SUISSE
 Tél. : 00 41 21 341 41 60
 Fax : 00 41 21 341 41 61
marie-therese.schraner@lurati.ch
www.lurati.ch

salaires emploi actualités
 vae formation adhésion
 retraites lmd revue
 ordre infirmier

ME
Medi-Emploi Sàrl
 Placement de personnel médical

Recherche pour la Suisse

IDE - IADE - IBODE

Puéricultrice - Sage-femme

CDD quelques mois ou postes fixes
 Hôpitaux, Cliniques et Centres de réadaptation

Nous vous conseillons dans cette nouvelle étape professionnelle

Medi-Emploi Sàrl - CP 1270 - 1260 Nyon 01 - Suisse
 Tél. 0041 22 362 15 53 - info@mediemploi.ch
www.mediemploi.ch

- IDE SG &
- Psychiatrie
- Puéricultrices
- Sages-Femmes
- Kinésithérapeutes
- Manipulateurs en Radiologie
- IBODE & IADE

pour des CDD ou CDI dans divers EMS, Hôpitaux et Cliniques à Genève et autres cantons de Suisse Romande.

Possibilité d'hébergement

Start People effectue toutes les démarches administratives relatives à votre demande d'emploi.



Merci de contacter
Mme Ghislaine Blanc
au 00 41 22 715 49 52 ou par
mail : ghislaine.blanc@startpeople.ch

Start People SA
Rue du Mont-Blanc 7
1201 Genève
SUISSE

 **startpeople**

www.startpeople.ch

**Vous êtes à la recherche
d'un poste fixe ou
temporaire en SUISSE
dans le domaine médical?**

**Accueil et suivi
de qualité!**



**Contactez notre
équipe sans hésiter**

**Free
MAN**

**Free Man Médical
AURA Ressources Humaines SA**
Rue St Roch 8
1004 Lausanne
+41 21 321 00 66
24/24 h
+41 79 310 74 72
medical@aurajob.ch
www.aurajob.ch



www.randstad.ch
Randstad (Suisse) SA
Médical

good to know you

 **randstad**

**Intérim et postes fixes
SUISSE FRANCOPHONE**

Venez nous rejoindre en Suisse!

I.D.E toutes spécialisations
Sage-femme et Manipulateur Radio
IADE - IBODE
Kinésithérapeutes

Respect de la profession.
Logement sur place. Salaire motivant.

Agence de Neuchâtel:
Rue de St-Maurice 10, 2001 Neuchâtel
Tél. 0041 32 722 30 30
anne.chopard@ch.randstad.com

Agence de Genève:
15, rue de la Confédération, 1211 Genève
Tél. 0041 022 817 07 77
marie.vicari@ch.randstad.com
patrice.manakdjian@ch.randstad.com

Adecco Medical



Quick Medical Service est devenu Adecco Medical

Intérim, CDD, CDI

Depuis plus de 40 ans, nous vous accompagnons et guidons vos choix.

Grâce à un réseau de 90 agences d'emploi santé, nos 300 conseillers en gestion de carrière vous aident à trouver le poste qui vous convient.

Nous recrutons (H/F) :

- Infirmiers,
- Etudiants Infirmiers,
- IADE, IBODE,
- Aides-Soignants ...

N° Vert 0 800 007 006

adeccomedical.fr

Quick Médical Service devient **Adecco** Medical

74

LFP INTERIM, EXPERT DANS LES METIERS DE LA SANTE ET SPECIALISÉ AU PLATEAU TECHNIQUE, VOUS PROPOSE DE NOMBREUX POSTES EN INTERIM-CDD-CDI SUR TOUTE LA FRANCE. POSSIBILITÉ DE LOGEMENT. MISSIONS À POURVOIR IMMÉDIATEMENT.

Sages-femmes et maïeuticiens Infirmiers D.E. h/f

- Plateau technique (bloc opératoire, anesthésie, réveil, USIC, SSPI, réanimation...)
- Spécialisés hémodialyse
- Soins généraux (chir, ambu, conv, gér, psy, sad...)

Elèves infirmiers h/f

- 2^{ème} et 3^{ème} année
- Accompagnement tout au long de votre cursus et de vos missions.



LFP PROVENCE

Véronique Dauvergne : 04 93 82 48 57
lfprovence@lfpinterim.com

LFP PARIS

Ebtissem Hdhili : 01 55 31 90 30
e.hdhili@lfpinterim.com

WWW.LFP-INTERIM.COM



Quand la compétence est vitale



Nous recrutons (h/f) pour nos clients



Pour des missions d'intérim ou des postes fixes en CDI :

- Infirmiers
- IBODE - IADE
- Aides-soignants...

N° 1 du travail temporaire et du recrutement médical et paramédical, l'Appel Médical recrute des professionnels passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, entreprises, établissements sociaux, laboratoires... votre agence de l'Appel Médical répondra à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise et d'accords exclusifs en terme de mutuelle, accès crédit consommateurs, participation...

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

N° Vert 0 800 240 533

recrutement@appel-medical.com

Retrouvez nos agences et nos offres sur **appel-medical.com**



Intérim et recrutement paramédical

ensemble **imaginons** votre avenir



IDE TOUTES SPECIALITES • IBODE • DSSI

Débuter sa carrière et évoluer dans le secteur privé, c'est intégrer des établissements à taille humaine, collaborer auprès de praticiens de renom au sein de plateaux techniques innovants, travailler en équipe et rejoindre un réseau de soins composé de 206 établissements et centres de Médecine Chirurgie Obstétrique, de Soins de suite et Réadaptation, de Santé Mentale, de cancérologie et de soins à domicile.

Générale de Santé vous accompagnera dans le développement de vos compétences.

Notre implantation nationale et notre croissance externe vous permettront de bénéficier d'un déroulement de carrière dans l'ensemble de notre réseau par le biais de la promotion interne, de la mobilité géographique et de notre politique de formation Groupe.

Attentifs à votre intégration, une aide à la recherche de logement est aujourd'hui à votre disposition, sur certains de nos établissements nous vous proposons un service de crèche d'entreprise.

Proximité, intérêt des missions, aménagement des horaires, prise en compte des conditions de travail et notoriété de nos établissements constituent nos principaux atouts.

Candice LASKAR, Responsable Recrutement, Département Emploi et Gestion des Compétences - emploi@gsante.fr

Postulez en ligne www.gsante.fr espace Carrières



**G É N É R A L E
D E • S A N T É**

AXIAL

23 160 salariés près de 6 500 infirmières et 5 200 praticiens prennent en charge chaque année près de 2 250 000 patients.



MediSet® Hydrotul® **Nouveau**

Conçu pour vous simplifier les soins.

LPPR*



- ▶ **MediSet® Hydrotul®** est le dernier né de la gamme **MediSet® Pansement** du Laboratoire Hartmann. Complet et polyvalent, il est parfaitement adapté aux soins des plaies aiguës et chroniques.
- ▶ **MediSet® Hydrotul®** contient entre autres, le nouveau pansement interface **Hydrotul®**, ainsi que les bandes de fixation cohésives **Peha-haft®**.



Pour tous renseignements, contactez notre infirmière conseil au : **N° Vert 0 800 17 37 57**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE