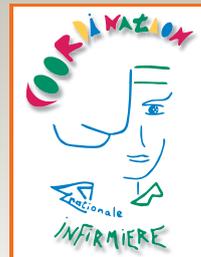


# Syndicat CNI

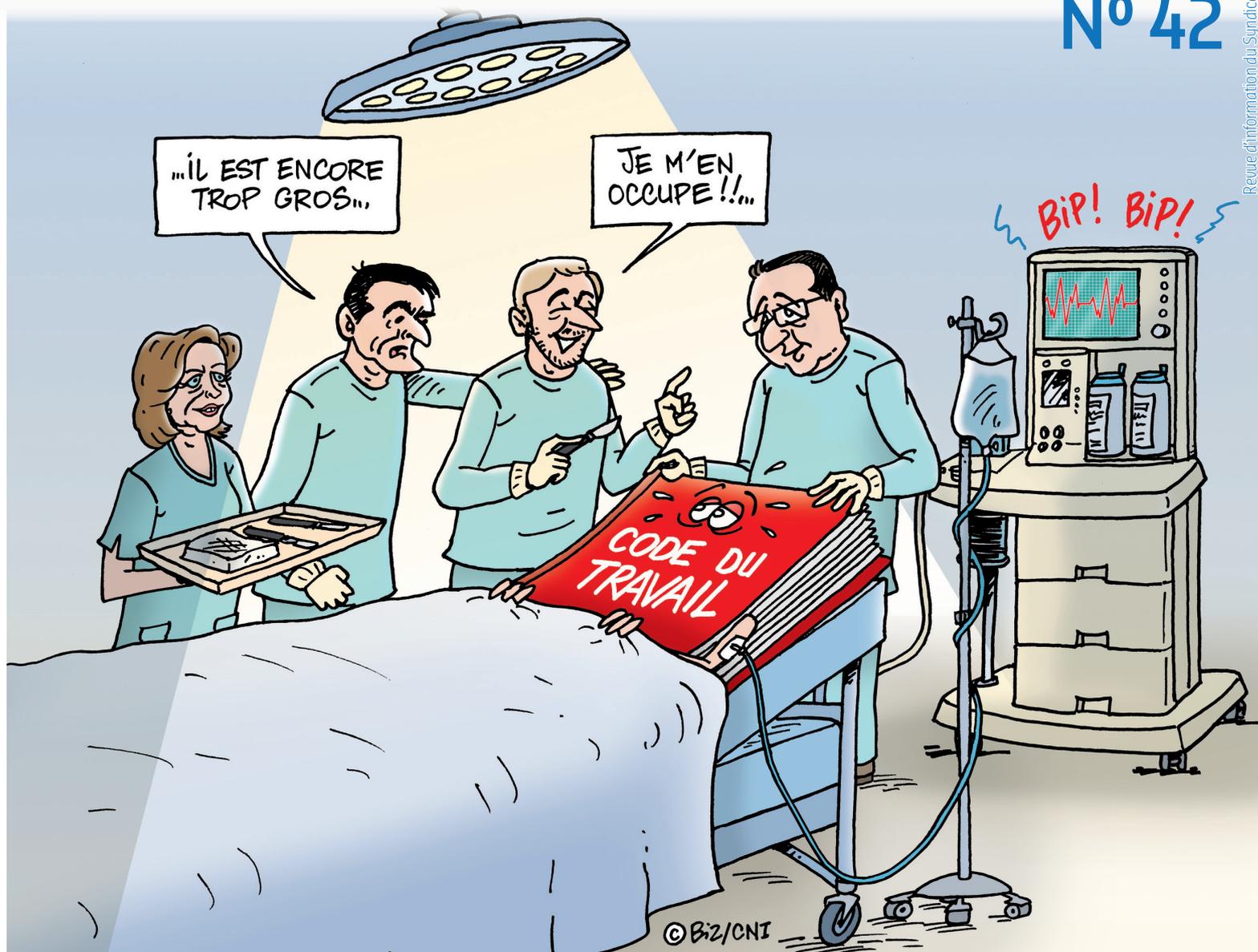
[www.coordination-nationale-infirmiere.org](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)



Syndicat CNI

N° 42

Revue d'information du Syndicat CNI - Syndicat professionnel - Février 2016



© Biz/CNI



## Le glissement de tâches et les aides-soignants

... Exercice illégal de la profession d'infirmière...



## Départ à la retraite, mode d'emploi

Vous êtes en fin de carrière, vous souhaitez vous organiser ?



## Hypnose

La personne non éveillée vit dans son monde, la personne éveillée vit dans le monde.

# CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

## PSYCHIATRIE - SANTÉ MENTALE

Comment travailler avec le délire dans la psychose ? - Niveau 1	04 au 08/04/16	Toulouse
Les nouvelles conduites addictives	09 au 13/05/16	La Rochelle
Prises en charge de personnes souffrant de troubles mentaux	23 au 27/05/16	Paris
Comment accueillir et accompagner un sujet psychotique ? - Niv.1	30/05 au 03/06/16	Toulouse
Psychiatrie d'urgence, soins spécifiques en urgence psychiatrique - Niveau 1	13 au 17/06/16	Paris

## ACCOMPAGNEMENT D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

La dépression et la maladie mentale des parents. Effets sur l'enfant et la pratique des professionnels	04 au 08/04/16	La Rochelle
Massage non médicalisé dans la relation de soin au bébé et au jeune enfant	09 au 13/05/16	La Rochelle
Spécificité des entretiens menés avec des enfants	30/05 au 03/06/16	Paris
Les tentatives de suicide chez les adolescents et leur prise en charge	06 au 10/06/16	Paris

## ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES

L'approche sensorielle dans l'accompagnement des personnes autistes ou psychotiques	09 au 13/05/16	Paris
Psychopathologie et créativité chez le malade mental (enfant, adolescent et adulte)	09 au 13/05/16	Paris
L'enfant handicapé mental, la relaxation et le massage relaxant	23 au 27/05/16	Paris
Autisme, TSA et médiation corporelle	06 au 10/06/16	Nimes

## ACTIVITÉS À MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUE, ÉDUCATIVE OU D'ANIMATION

La musique, les rythmes et l'homme - Niveau 1	04 au 08/04/16	Poitiers
Relaxation et musique, massage relaxant sur sonorités musicales	04 au 08/04/16	Paris
Piscine - Balnéo. Un environnement singulier pour une pratique singulière - Niv. 2	23 au 27/05/16	Niort
Initiation à l'art-thérapie en Dessin-Peinture-Collage - Niveau 2	06 au 10/06/16	Tours
La relaxation dans la prise en charge de la douleur et des somatisations	06 au 10/06/16	Paris

## COMMUNICATION, EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE ET MANAGEMENT

Leadership "le personnel" et "le management" - Niveau 1	04 au 08/04/16	Lyon
La fonction coordination et animation dans une équipe : le management sans lien hiérarchique	09 au 13/05/16	Lyon
Le management dans la relation hiérarchique	18 au 20/05/16	Paris
Communication verbale et non verbale	06 au 10/06/16	Paris

➤ **Retrouvez l'ensemble  
de nos formations et programmes de DPC  
sur notre catalogue ou [www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)**



**CERF FORMATION SAS**  
7 rue du 14 Juillet - BP 70253  
79008 Niort cedex  
Tél. 05 49 28 32 00 - Fax 05 49 28 32 02  
[www.cerf.fr](http://www.cerf.fr)



ODPC habilité  
à dispenser des  
programmes de DPC





## SYNDICAT CNI

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

## POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

## ÉDITION

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

## DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente CNI

## RESPONSABLES

### DU COMITÉ DE RÉDACTION

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

### COMITÉ DE LECTURE

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

### PHOTOS

- Céline DUROSAY  
(Infirmière, CNI Belfort Montbéliard)

### DESSINS

Pierre BIZALION

*Photos réalisées dans les services de réanimation, urgences, unité de soins palliatifs, médecines, chirurgies et soins de suite et réadaptation du Centre Hospitalier Belfort Montbéliard. Nous remercions le personnel pour son accueil et sa disponibilité.*

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



[www.coordination-nationale-infirmiere.org](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)



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



Revue n°42 - Février 2016

# Editorial



Prendre la plume pour rédiger l'édito de la revue CNI est à chaque fois pour moi, un moment très particulier qui acte aussi l'étape finale de conception de notre semestriel. La gestation de chaque numéro s'égrène, en effet, sur plusieurs semaines intenses pour les membres des comités de lecture et de rédaction que j'ai l'honneur de coordonner en tant que directeur de publication et je souhaite profiter de cette tribune pour leur dire à tous un grand MERCI pour leur implication.

C'est aussi l'occasion de souligner, et c'est loin d'être anodin, que leur travail, associé au soutien des partenaires, au groupe DROUIN ainsi qu'au talent de Pierre BIZALION, permet au syndicat CNI, organisation syndicale indépendante qui ne vit que des cotisations versées par ses adhérents, de diffuser deux numéros par an à coût 0...

Vous découvrirez, au fil des pages de ce numéro 42, de nombreux retours d'expériences qui témoignent, une fois encore, de la richesse et de la diversité de nos exercices soignants. Ne ratez pas nos « fils rouges », suivis législatifs pour faire le point concernant le projet de loi de modernisation du système de santé ou encore sur les évolutions parlementaires de la proposition de loi soutenue par Messieurs les députés Leonetti et Claeys, relative aux droits des patients en fin de vie.

Mais la parution de ce numéro 42, débuté en 2015 et finalisé en 2016 marque également une transition, une page qui se tourne. Un changement après une année singulière, à jamais marquée par les tragiques événements parisiens que nous ne pourrions et ne devons pas oublier.

Après ces heures dramatiques, s'affiche partout notre attachement à « LA LIBERTE » et ce dernier se décline sous de multiples formes. Permettez-moi de reprendre cette notion fondamentale en citant l'écrivain Paulo COELHO :

**« La liberté n'est pas l'absence d'engagement mais la capacité de choisir. »**

et pour l'aborder sous un angle syndical, de vous rappeler que cette décision vous appartient. Il ne tient qu'à vous de vous impliquer, de changer votre quotidien. Pour défendre avec nous, qualité et sécurité des soins, respect de vos droits et amélioration de vos conditions de travail :

Rejoignez-nous,

Syndiquez-vous !

Nathalie DEPOIRE  
Présidente du syndicat CNI



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

Parce que vous vous engagez pour les autres, GMF s'engage pour vous en vous proposant, par exemple, d'assurer votre véhicule même lorsque vous l'utilisez pour des déplacements professionnels, sans supplément de cotisation. Et pour aller plus loin, GMF propose des garanties spécifiques liées à vos fonctions d'agent hospitalier : une protection juridique en cas de mise en cause pénale, des garanties spécifiques pour les internes et étudiants en médecine, ou encore l'assurance personnelle des infirmiers et des aides-soignants.

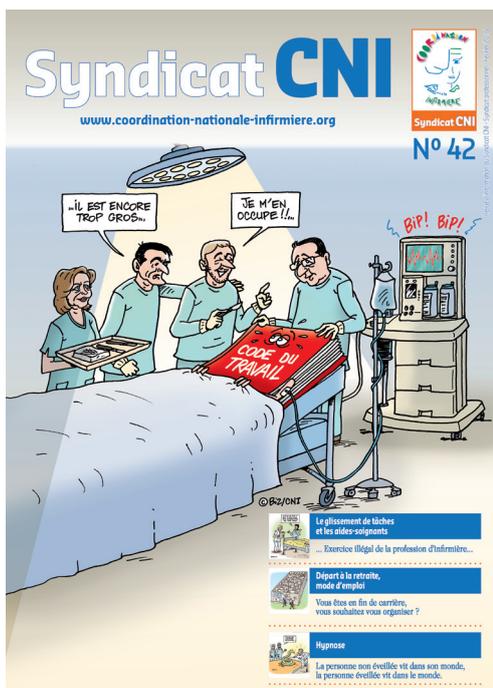
**Rejoignez GMF - 1<sup>er</sup> assureur des agents des services publics.**

**Pour en savoir plus rendez-vous sur [www.gmf.fr/fonction-publique-hospitaliere](http://www.gmf.fr/fonction-publique-hospitaliere)**

\* Offre réservée aux personnels de la santé et du social, la 1<sup>ère</sup> année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2016.

**LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés** - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148, rue Anatole France 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES. Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.





Téléchargez votre bulletin d'adhésion :  
[http://coordination-nationale-infirmiere.org/images/bulletin\\_adhesion\\_juin\\_2015.pdf](http://coordination-nationale-infirmiere.org/images/bulletin_adhesion_juin_2015.pdf)



Rejoignez-nous sur notre application  
 smartphone et tablette



# Sommaire

Éditorial	3
Agenda 2016	6
13 novembre 2015, ils étaient là...	7
IBODE, présence obligatoire au sein de l'équipe de prélèvement	8
Bilan d'activité 2015 du Syndicat CNI	10
Manipulateur en électroradiologie, qu'est-ce que c'est ?	12
Le glissement de tâches et les aides-soignants	14
26 novembre 2015 Journée Internationale Aides-Soignants	16
Salon Infirmier 2015	18
Billet d'humeur	20
Reconnaissance de la catégorie active	22
Départ en retraite, mode d'emploi	25
Pourquoi s'engager dans un processus de VAE ?	30
Les pratiques infirmières avancées... en pratique	32
Suite du feuilleton « Loi Santé »	34
Fin de vie et proposition de Loi Léonetti – Claeys, où en sommes-nous ?	38
Etre psychomotricien en pédopsychiatrie	40
Unité Cognitive Comportementale du Mittan à Montbéliard	42
LA MOSAÏQUE, ou comment savoir gérer son stress	45
Hypnose médicale	46
La CNI vous répond	52
Témoignage : Et si la communication était meilleure ?	53
Suite de l'histoire d'un jardin en psychiatrie	54
Ces remarques qui nous font rire à la cafétéria et parfois... nous exaspèrent	56
Les attitudes qui nous agacent à la cafétéria	56
Contentions : comment, pourquoi ?	58
Vidal mobile	60

# À noter dans vos agendas !

## Congrès, colloques, salons, journées professionnelles...

### **Journées de Formation Bleue Menthe / Paris (Espace BSA)**

Thème : Missions, compétences et responsabilités de l'aide-soignant au sein d'une équipe soignante

Public : Aides-soignants, étudiants Aides-soignants - *Dates : 9, 10 et 11 mars ou 12, 13 et 14 octobre 2016 (2 sessions au choix)*

### **Journées Scientifiques Francophones de l'Infirmière / Paris (Espaces Diderot)**

Thème : les défis de l'infirmière au quotidien, la réflexion sur la qualité et la sécurité des soins infirmiers

Public : Infirmiers Diplômés Etats - *Dates : 17 et 18 mars 2016*

### **Journées Nationales des Infirmiers Libéraux / Issy les Moulinaux (Palais des Arts et des Congrès)**

Thème : former et échanger autour des grands enjeux de l'exercice libéral infirmier

Public : Infirmiers Diplômés Etats - *Dates : 31 mars et 1 avril 2016*

### **51<sup>ème</sup> Journée Internationale de l'Infirmière**

Thème : les infirmiers, une force pour le changement : pour des systèmes de santé plus résilients

Public : Infirmiers Diplômés Etats et Spécialisées - *Dates : 12 mai 2016*

### **JNEP : Journées Nationales Etude et Perfectionnement UNAIBODE / Lille (Grand Palais)**

Thème : rassembler les Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (IBODE) et d'assurer leur formation

Public : Infirmiers Blocs Opératoires Diplômés Etats - *Date : 11, 12 et 13 mai 2016*

### **Salon Infirmier, Paris Healthcare Week / Paris (Paris Expo Porte de Versailles)**

Thème : journées nationales d'études de la profession infirmière

Public : Infirmiers Diplômés Etats et Spécialisées, étudiants en soins infirmiers, .... - *Dates : 24, 25 et 26 mai 2016*

### **Journées Francophones IRM / Reims (Centre des Congrès)**

Thème : partage expérience et mise à jour des connaissances

Public : Manipulateurs Electroradiologie, Radiologues - *Dates : 30 et 31 mai 2015*

### **Journées de Formation en Pratique Infirmière / Paris (Espace BSA)**

Thème : De la performance infirmière à la qualité des soins

Public : Infirmiers Diplômés Etats et Spécialisées - *Dates : 2 et 3 juin 2016*

### **7<sup>e</sup> Congrès Européen du Toucher-Massage / Dijon (Palais des Congrès)**

Thème : ce corps tant haï, ce corps tant aimé

Public : Soignants - *Dates : 6 et 7 juin 2016*

### **41<sup>e</sup> Journées Nationales d'Études des Puéricultrices (ANPDE) / Futuroscope de Poitiers**

Thème : rendez-vous annuel des secteurs d'activités de la puéricultrice et des professionnels de l'enfance.

Public : toutes professions de l'enfance paramédicales, médico-sociales et médicales - *Dates : 15, 16 et 17 juin 2016*

### **52<sup>ème</sup> Salon Mondial Rééducation / Paris (Paris Expo Porte de Versailles)**

Thème : rendez-vous annuel des professionnels du monde de la rééducation et de la santé

Public : Masseur Kinésithérapeute et étudiants Masseur Kinésithérapeute - *Dates : 16, 17 et 18 septembre*

### **6<sup>ème</sup> Journée Internationale de l'Aide-soignante**

Thème : valoriser la profession des aides-soignants

Public : Aides-soignants, étudiants AS - *Dates : 26 novembre 2016*

### **Université des Cadres de Santé / Paris (Espace BSA)**

Thème : Développer ses compétences et adapter son management

Public : Cadres de santé - *Dates : 5, 6 et 7 décembre 2016*

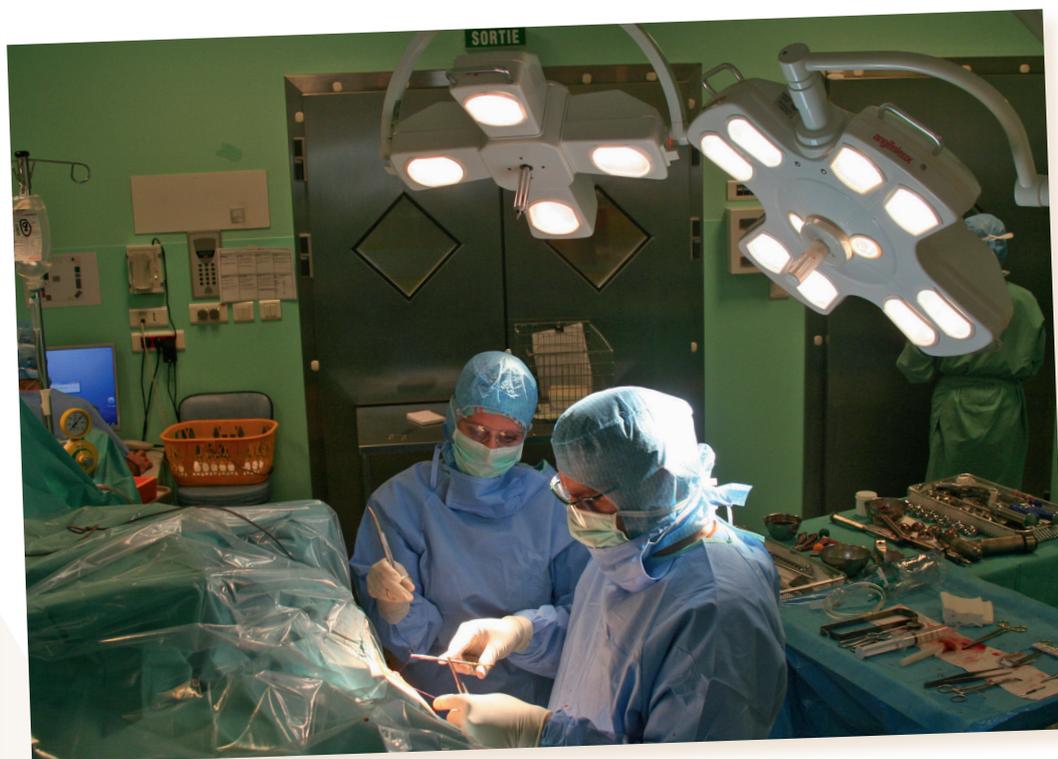
13 NOVEMBRE 2015  
ILS ÉTAIENT LÀ...



# **IBODE, présence obligatoire au sein de l'équipe de prélèvement**

L'année 2015 a vu la reconnaissance des compétences spécifiques des Ibode par la publication du décret du 28 janvier 2015 leur attribuant des actes exclusifs. Cette reconnaissance est renforcée par la parution de l'arrêté du 29 octobre 2015 portant homologation des règles de bonnes pratiques relatives au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personnes décédées. Ce texte rend obligatoire la présence d'un Ibode dans l'équipe chirurgicale et vient sécuriser l'intervention et renforcer la qualité des conditions de ces prélèvements. En effet, ces derniers doivent être réalisés dans des conditions chirurgicales strictes et de leur qualité dépend souvent la vie de plusieurs personnes en attente de greffe ! Qu'il soit dans un rôle d'instrumentation, d'aide opératoire ou de circulant, l'Ibode apporte son expertise pour le respect de l'asepsie, la mise à disposition des dispositifs médicaux, le respect des procédures et des bonnes pratiques, dans un souci de qualité des soins pour les patients futurs greffés. ■

*Brigitte LUDWIG  
Présidente UNAIBODE*





infirmiers  
ibode iade  
aides-soignants (h/f)



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

Depuis plus de 45 ans, l'Appel Médical est n° 1 du travail temporaire et du recrutement médical, paramédical et pharmaceutique et recrute des professionnels de santé passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes.

Hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, entreprises, laboratoires, établissements sociaux... l'une des 95 agences de l'Appel Médical répond à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Poste fixe en cdd ou cdi, intérim... nous vous apportons une réponse personnalisée et nous construisons ensemble votre plan de carrière. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise, d'accords exclusifs en terme de mutuelle, d'un crédit conso-immobilier, d'assurance, de la participation...

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

[www.appelmedical.com](http://www.appelmedical.com)  0 800 240 533

APPEL MÉDICAL EST UN POSTE IAE

santé

 **appel medical**  
groupe  randstad

# Bilan d'activité 2015 du Syndicat CNI

## Election du bureau national CNI

- 2 février et 15 avril 2015

## 3 Assemblées Générales Nationales

- 3, 4 et 5 février 2015 - Béziers
- 9 et 10 juin 2015 - Tarare
- 29, 30 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2015 - Marseille

## Bureaux nationaux

- Réunions de bureau national physiques
  - 2 février 2015 – Béziers
  - 8 juin 2015 – Tarare
  - 28 septembre 2015 - Marseille
  - 6 décembre 2015 – Montbeliard
- 14 Réunions de bureau national téléphoniques
  - 6 et 9 janvier 2015
  - 2 et 16 mars 2015
  - 15 et 27 avril 2015
  - 22 mai 2015
  - 1<sup>er</sup> juin 2015
  - 6 juillet 2015
  - 10 et 24 août 2015
  - 21 septembre 2015
  - 5 et 26 octobre 2015
  - 13 et 23 novembre 2015
  - 16 décembre 2015

## Les rendez-vous avec le Ministère de la Santé

### 14 janvier 2015

Mme THAREL (Conseillère Technique du Cabinet de Marisol Touraine)

M. ANNANE (Conseiller pour l'enseignement médical et la recherche au Cabinet de Marisol Touraine)

### 19 juin 2015

Mme Michèle LENOIR SALFATI sous-directrice des ressources humaines du système de santé - DGOS

## Les invitations au Ministère

### 18 février 2015

Synthèse Concertation évolution DPC (Développement Professionnel Continu).

## Les invitations des parlementaires

### 19 février 2015

- Colloque Sénat : Fin de vie, quels nouveaux droits ?

### 10 juin 2015

- Audition au Sénat / Collectif national CNI Psychiatrie.
- Projet de Loi de modernisation du système de santé.

### 23 juin 2015

- Audition Sénat – Table ronde Organisations syndicales et associatives : projet de loi de modernisation du système de santé.

### 28 octobre 2015

- Audition Commission des Affaires sociales - Assemblée Nationale : projet de loi de modernisation du système de santé.

## Les invitations de l'Ordre National des Infirmiers

### 12 mai 2015

## Journée Internationale Infirmière

A l'initiative de l'Ordre National des infirmiers et à l'occasion de la JII, 27 organisations dont le syndicat CNI se sont réunies à Paris. Cette rencontre que l'on peut qualifier d'historique au regard du nombre et de la qualité des composantes représentées, a permis à chaque président d'exposer les revendications « phares » qui mobilisent aujourd'hui les associations et syndicats.

# Bilan d'activité 2015 du Syndicat CNI

**24 juin 2015**

## **Colloque au Sénat : Pratique avancée infirmière, un colloque pour comprendre et promouvoir l'innovation**

Près de 120 participants, dont Nathalie Depoire, présidente du Syndicat CNI, se sont réunis, au Palais du Luxembourg à l'invitation de l'Ordre National des Infirmiers pour débattre autour de la pratique avancée infirmière. Déjà développée dans de nombreux pays et présente dans le projet de loi de modernisation du système de santé, la thématique a pu être abordée sous différents aspects en présence de plusieurs sénateurs. Une occasion de démontrer la vitalité de la réflexion en faveur d'une évolution des modèles professionnels pour mieux répondre aux besoins croissants dus aux pathologies chroniques.

## **La CNI et les salons professionnels**

**14,15 et 16 octobre 2015**

### **Salon Infirmier, Paris - Parc des expositions Porte de Versailles**

- Un stand CNI.
- Deux conférences CNI :
  - IDE de pratiques avancées en santé mentale par Christine ABAD, Cadre Supérieur de Santé Paramédical – Aix Montperrin.
  - Responsabilité professionnelle, un risque sous-estimé ? Par Nathalie DEPOIRE, présidente syndicat CNI.
- Participation à la table ronde de l'ONI sur les pratiques innovantes en psychiatrie, Nathalie PAWLOWSKI, infirmière en santé mentale, Martigues.

## **Le syndicat CNI et AIAS**

**22 octobre 2015**

### **Assemblée Générale AIAS**

L'AIAS (Association Interprofessionnelle des Acteurs du Soin et du Social) est une association loi 1901 qui propose aux acteurs du paramédical, du social et aux sages-femmes des assurances professionnelles avec pour objectif principal : permettre aux salariés et aux libéraux de ces spécialités d'exercer sereinement leur activité.

## **Le syndicat CNI et le CIF**

**27 novembre 2015**

### **Conseil d'Administration et Assemblée Générale du CIF**

Le Collège Infirmier Français est constitué d'organisations infirmières, notamment associatives, syndicales, ordinales et a pour but d'apporter la meilleure réponse aux besoins de santé de la population dans une vision positive et innovante de la profession infirmière.

Les missions du Collège Infirmier Français (CIF) sont :

- De mutualiser les compétences, l'expertise de ses membres dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de répondre aux besoins en santé de la population ;
- De contribuer à la promotion de la recherche en sciences infirmières ;
- D'optimiser la formation universitaire et le développement professionnel continu des infirmiers. ■



# Manipulateur en électroradiologie, qu'est-ce que c'est ?

Plus souvent appelé « manip radio », ce métier, pas si vieux que ça, englobe en réalité plusieurs spécialités comme la radiologie ou la radiothérapie mais pas que. Je vous propose de découvrir, à travers cet article, nos compétences ainsi que notre formation pour les acquérir.



Commençons si vous le voulez bien par un peu d'histoire.

- C'est en 1937 qu'est diffusée une circulaire définissant les mesures de protection à appliquer contre les rayonnements nocifs pour le personnel appelé à manipuler les appareils de radiologie ainsi que les produits radioactifs.
- En 1943 naît le terme de manipulateurs radiographes qui évoluera pour devenir en 1989 manipulateur en électroradiologie médicale.

Il s'agit donc d'un métier récent, puisque ce n'est que depuis 1995 que l'activité est inscrite au code de la santé publique, protégeant ainsi notre exercice professionnel.

Notre formation se divise pour le moment en deux branches :

- D'un côté le DTS (Diplôme de Technicien Supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique)

dépendant du ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, sa durée est de trois ans. Il faut avoir de préférence un BAC S mais les BACS STL et ST2S sont acceptés. Le diplôme se prépare par voie scolaire dans des lycées publics et privés sous contrat. Il comporte 2100 heures de stages soit 60 semaines réparties sur les trois années et bénéficie d'un contrôle continu pour passer en année supérieure. Des épreuves pratiques et écrites constituent l'examen final.

- De l'autre le DEMERM (Diplôme d'Etat de Manipulateur en Electroradiologie Médicale) est délivré par le ministère de la santé. Depuis 2004, à Marseille (ville pilote), sont admissibles en première année de l'IFMEM, les étudiants ayant eu une note supérieure à 8/20 sur la liste de classement aux épreuves de fin de première année de médecine. Après cette année, la formation est répartie sur trois ans dont 2894 heures de stage. L'évaluation allie des examens de passage en année supérieure ainsi que des épreuves finales écrites et pratiques. La rédaction d'un mémoire intervient dans la note écrite.

Malgré un intitulé différent, ces diplômes sont équivalents sur le plan légal et réglementaire, permettant d'exercer la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale.

Diplôme en poche, nous sommes en capacité de choisir parmi quatre spécialités : médecine nucléaire, radiothérapie, radiologie ou électroencéphalographie (EEG).

Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, voici la liste, non exhaustive, des compétences des manipulateurs par spécialité :

## • en imagerie médicale :

- pose de cathéters et réalisation de prélèvements sanguins.
- préparation et injection de produits de contraste, de traitement tel que des bêtabloquants, des antihistaminiques.
- réglage et déclenchement des appareils (tables radio, scanner, IRM).

## Manipulateur en électroradiologie, qu'est-ce que c'est ?

- préparation, déclenchement et surveillance des injecteurs automatiques.

- traitement de l'image et du signal.

- **en médecine nucléaire :**

- mise sous une forme appropriée à leur administration et injection des substances radioactives.

- réglages et déclenchement des appareils.

- traitement des images.

- **en radiothérapie :**

- confection des moyens de contention et des caches.

- réglage du simulateur et de l'appareil de traitement.

- réalisation des clichés de centrage.

- déclenchement de l'irradiation.

- mise à jour de la fiche d'irradiation.

- **en EEG :**

- mise en place des capteurs.

- mesure des signaux électro physiologiques venant de l'encéphale.

De manière générale, le manipulateur est le lien entre le patient et le médecin, qu'il soit radiologue, radiothérapeute ou médecin nucléaire. Nous



sommes garants des examens réalisés, souvent les derniers remparts notamment concernant les contre-indications (par exemple : de nombreux médecins envoient leurs patients porteurs de pace maker en IRM).

En imagerie, nous accueillons les patients, les informons du déroulement de l'examen ou du traitement, les rassurons. La difficulté réside dans le fait qu'il faille, dans un temps imparti très court (7 minutes au scanner et 15 minutes en IRM) réaliser un examen d'une qualité optimale permettant un diagnostic sûr, tout en mettant en confiance les malades qui ont souvent attendu plusieurs semaines, angoissés dans l'attente du résultat !

Devant les amendements déposés concernant la loi de modernisation du système de santé, les prérogatives du manipulateur devraient légèrement changer, leur donnant plus de responsabilités mais surtout à terme, accroissant leur charge de travail. Cette dernière étant déjà très élevée, nous espérons que ces changements ne seront pas mis en place au détriment des patients. AFFAIRE A SUIVRE... ■

*Cécile RODRIGUES*

*Manipulatrice radio  
Hôpital Saint Joseph,  
Marseille*



L'exercice des manipulateurs d'électroradiologie médicale est réglementé par les articles L. 4351-1, R. 4351-1 et suivants du Code de la Santé Publique et il respecte le champ d'intervention des autres professions réglementées.

Article L. 4351-1

« Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne qui, non médecin, exécute habituellement, sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, des actes professionnels d'électroradiologie médicale, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale. »

# Le glissement de tâches et les aides-soignants

Lors des dernières universités d'été du Syndicat CNI qui se sont déroulées à Marseille en septembre 2015, notre collectif AS/AP a mis en évidence qu'à ce jour, sur le terrain, de nombreuses collègues se trouvent dans une situation d'exercice illégal de la profession d'infirmière et n'en mesurent absolument pas le risque.

L'aide-soignante travaille en collaboration avec l'infirmière, cette collaboration n'implique pas de transfert de responsabilité, mais un travail en équipe.

Il existe une réelle confusion dans les actes effectués par l'aide-soignante car celle-ci n'a pas toujours conscience qu'accepter d'effectuer un geste ou un soin, souvent vécu comme une reconnaissance en termes de confiance et de professionnalisme, outrepassa ses fonctions, même si cela lui semble à sa portée.

L'aide-soignante, de par son expérience, s'est familiarisée, à la prise de glycémie capillaire, pose de bandes à varices, pose de vessie de glace, injection sous cutanée, aérosol médicamenteux, aspiration bouche et trachéale, distribution de médicaments, surveillance et réglage de scopes, ablation de KT, pansements, ECG, commande de médicaments, rangement pharmacie, pose alimentation et passage de médicaments dans une sonde naso-gastrique, premier levé, changement de poche de perfusion, pose de sonde à oxygène...

Il est important de rappeler que la collaboration intervient dans la limite de la qualification reconnue et non par l'expérience acquise sur le terrain.

Au travers d'un questionnaire que nous avons distribué l'été dernier à nos collègues dans les services de soins, il est ressorti que la plupart d'entre elles, ne savaient plus exactement ce qu'elles avaient le « droit » de faire.

En l'absence de décret de compétences, l'aide-soignante doit se rapporter au référentiel de formation en vigueur ainsi qu'au décret de compétences infirmier qui définit le travail en collaboration.

La formation actuelle comprend 8 modules qui correspondent à l'acquisition des huit compétences du diplôme :

- **Module 1** : accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne,
- **Module 2** : l'état clinique d'une personne,
- **Module 3** : les soins,
- **Module 4** : ergonomie,
- **Module 5** : relation-communication,
- **Module 6** : hygiène des locaux hospitaliers,

- **Module 7** : transmission des informations,
- **Module 8** : organisation du travail.

Le référentiel de formation est complété par deux autres référentiels (référentiel d'activités et référentiel de compétences) qui permettent d'apporter un éclairage important sur le métier des aides-soignants :

L'arrêté du 25 janvier 2005 définit les activités de l'aide-soignant en 8 pôles :

- 1 - Dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne
- 2 - Observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé
- 3 - Aider l'infirmier à la réalisation de soins
- 4 - Assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits
- 5 - Entretenir des matériels de soin
- 6 - Transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins
- 7 - Accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage
- 8 - Accueillir et accompagner des stagiaires en formation

L'annexe V de l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant, définit 8 unités de compétence :

#### Unité 1 :

Accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne en tenant compte de ses besoins et de son degré d'autonomie

#### Unité 2 :

Apprécier l'état clinique d'une personne

#### Unité 3 :

Réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne

#### Unité 4 :

Utiliser les techniques préventives de manutention et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation des personnes

#### Unité 5 :

Etablir une communication adaptée à la personne et à son entourage

## Le glissement de tâches et les aides-soignants

### Unité 6 :

Utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel spécifiques aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

### Unité 7 :

Rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins

### Unité 8 :

Organiser son travail au sein d'une équipe pluriprofessionnelle

La réalisation d'actes pour lesquels le professionnel aide-soignant n'a pas été formé et qui surtout relèverait d'un acte infirmier tel que défini par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 expose ce dernier, en cas de procédure, à une condamnation pour exercice illégal.

Il est important de savoir qu'en justice, le juge ne reconnaîtra pas l'habitude, au mépris de la règle de droit et pourra prononcer une sanction.

Article L4314 – 4 du Code de la Santé Publique  
L'exercice illégal de la profession d'infirmier ou d'infirmière est puni de 3750 euros d'amende et, en cas de récidive, de cinq mois d'emprisonnement et 7500 euros d'amende.

Article 121-1 du Code pénal :

« Nul n'est responsable que de son propre fait ».

En 2015, un groupe de travail a été mis en place par la Direction Générale de l'Offre de Soins, visant à faire évoluer nos référentiels de formation. Il se poursuit en ce début 2016, nous resterons vigilants à l'égard de certaines propositions, car il n'est plus acceptable que l'aide-soignante mette sa responsabilité professionnelle et personnelle en danger.

Nous sommes favorables à ce que notre profession puisse acquérir de nouvelles compétences sous réserve d'un cadrage de formation adapté, d'une définition des responsabilités et surtout d'une réelle reconnaissance y compris salariale...

Dans cette attente, je demande à mes collègues d'être prudentes, mais surtout de ne pas oublier pourquoi nous avons choisi ce métier que nous aimons. ■

*Isabelle BRUN*

*Aide soignante*

*Référente nationale du collectif AS/AP  
du Syndicat CNI.*



# 26 novembre 2015 Belfort-Montbéliard

## 5<sup>ème</sup> journée internationale de l'aide-soignant

Le jeudi 26 novembre 2015, en route pour fêter la 5<sup>ème</sup> journée internationale de l'aide-soignant ! Car même si peu de soignants connaissent cette journée, elle existe depuis 5 ans et a été initiée par la profession elle-même, afin de la valoriser et mettre en avant le rôle essentiel de l'aide-soignant.

La CNI fête les AS depuis 2 ans. A Belfort-Montbéliard, l'équipe CNI se partage et va à la rencontre des équipes de tous les services qui composent les 2 sites ainsi que les annexes, en proposant à chacun des petits présents ainsi qu'un rafraîchissement. Toute profession de l'hôpital bénéficie de notre passage, car même si nous fêtons les AS, chacun est indispensable à la bonne marche de l'hôpital.

Cette année, activité syndicale oblige, nous avons débuté notre périple en début d'après-midi et jusque tard dans la nuit. Nous avons rencontré des équipes disponibles et heureuses de nous voir. Les échanges ont été riches, tant par les informations que l'on pouvait apporter, que par les diverses questions que l'on nous posait. En effet notre établissement

étant amené à déménager fin 2016, les angoisses sont nombreuses devant les bouleversements que cela entraîne. Nous avons également échangé sur les évolutions en cours en lien avec le groupe de travail initié par la DGOS visant à réformer la formation AS.

Rendez-vous en 2016, le 12 mai pour les IDE, le 26 novembre pour les AS, les échanges promettant d'être encore plus riches et intenses, le déménagement des 2 sites vers le nouvel hôpital se rapprochant ou ayant même déjà commencé. ■

*Michèle FLEURY*  
Aide-soignante

*Vice-présidente CNI de Belfort / Montbéliard*



# Le syndicat CNI entre dans les annales !

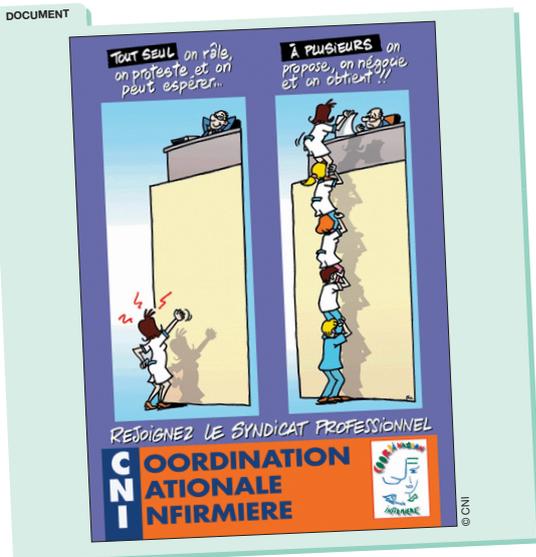
SUJET

53

Amérique du Sud • Novembre 2014  
TRAVAIL SUR DOCUMENT • 5 points

## Le rôle des syndicats professionnels

DOCUMENT



- ▶ 1. Identifiez ce document en précisant sa nature et le public auquel il s'adresse.
- ▶ 2. Décrivez la partie gauche du document, puis expliquez la situation qu'il dénonce.

221

Copyright : Annabrevet sujets & corrigés 2016 Histoire-Géo  
Education civique 3<sup>ème</sup> ©Editions Hatier, 2015

EDUCATION CIVIQUE

La vie démocratique **CORRIGÉ 53**

- ▶ 3. Quel est le message principal délivré par la partie droite du document ?
- ▶ 4. À partir du document, proposez une définition d'un syndicat professionnel.

### LES CLÉS DU SUJET

#### Analyser le document

Le document est une affiche ou un tract publicitaire (les dimensions ne sont pas précisées) sur laquelle figure un dessin qui incite à s'inscrire à un syndicat professionnel, la Coordination nationale infirmière (CNI).

#### Comprendre les questions

- ▶ 2. Décrivez ce que vous voyez sur la gauche du dessin en faisant le lien avec le message. Quels termes sont mis en valeur dans la légende ?
- ▶ 3. Même question pour la partie droite.
- ▶ 4. La question doit vous permettre de rappeler une définition. Mais attention : il est demandé de partir du document, non de réciter le cours.

### CORRIGÉ 53

- ▶ 1. Le document est **une affiche ou un tract professionnel** reproduisant un dessin. Il s'adresse aux infirmières et infirmiers et les invite à **rejoindre un syndicat professionnel** : la Coordination nationale infirmière (CNI).
- ▶ 2. La partie gauche du dessin montre une infirmière en colère. Mais ses revendications sont inaudibles de la direction, placée à un bureau à une hauteur inaccessible. Le dessin dénonce le **rapport de force inégal** entre patrons et salariés isolés, ici entre direction et infirmiers.
- ▶ 3. Sur la partie droite, on voit que l'infirmière en colère est montée sur les épaules de plusieurs de ses collègues, membres comme elle de la CNI, ce qui lui permet de se faire entendre de la direction. Autrement dit, à plusieurs, on est plus forts : **le syndicat permettra de défendre les intérêts des salariés**.
- ▶ 4. Comme le montre le document, un syndicat professionnel est une association entre personnes exerçant une même profession, qui permet de défendre les intérêts de ses membres.

222

Copyright : Annabrevet sujets & corrigés 2016 Histoire-Géo  
Education civique 3<sup>ème</sup> ©Editions Hatier, 2015

# SALON INFIRMIER, édition 2015

Les 14, 15 et 16 octobre 2015, a eu lieu la 28<sup>ème</sup> édition du Salon Infirmier, au Parc des expositions Porte de Versailles à Paris.



Fidèle au rendez-vous depuis de nombreuses années, le syndicat CNI a tenu un stand tout au long de ces trois jours, afin d'aller à la rencontre des visiteurs.

Le public qui s'est présenté à notre stand était cette année différent, une majorité d'étudiants, certains venus parfois de loin pour la journée, grâce à des bus mis en place par les IFSI de leurs régions respectives. Plusieurs d'entre eux nous ont expliqué avoir été « envoyés » par leurs formateurs afin de prendre des contacts pour trouver un poste au sortir de leurs études.

L'emploi, cette année, a de nouveau été le sujet de nombreux échanges. De plus en plus de situations d'infirmier(e)s qui, plusieurs mois après l'obtention de leur diplôme n'ont toujours pas trouvé de poste.

La multiplication des contrats à durée déterminée est bien réelle, comme pour cette jeune IBODE par exemple, qui nous expliquait avoir été embauchée par son établissement pour suivre la formation d'IBODE, lui devoir quatre ans et pourtant être

toujours contractuelle sans qu'il soit jamais question de la stagieriser.

Les conditions d'exercice ont également été au cœur des discussions, d'où qu'ils viennent en France, tous font le même constat de charges de travail qui ne cessent de s'intensifier et d'effectif à flux tendus ne permettant plus de pratiquer notre métier en adéquation avec les valeurs professionnelles qui nous animent. La qualité, au niveau des actes techniques, des relations humaines, ou encore des prises en charge des soins, ne paraît plus être une priorité aux yeux des directions des établissements... Rentabilité est devenu le maître-mot des hôpitaux, qu'ils soient privés ou publics !

Et que dire de l'absence très remarquée de la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes Madame Marisol Touraine ? Celle-ci n'a pas daigné venir à la rencontre des professionnels cette année et s'est fait représenter par Madame Lenoir-Salfati, sous-directrice des ressources humaines du système de santé au sein de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

Alors que partout retentit la colère des restructurations, des diminutions d'effectifs, des remises en question sur l'aménagement du temps de travail après accords locaux et que nombre de dossiers concernant les réingénieries des formations paramédicales restent en attente, cette absence a résonné comme un mépris de tous ces professionnels qui chaque jour travaillent aux chevets des patients.

Pour autant, ce salon a été positivement porteur : ce furent trois journées denses et riches en échanges tant avec les étudiants qu'avec les divers



## SALON INFIRMIER, édition 2015

professionnels en activité venus nous rencontrer sur notre stand, toujours aussi coloré et dynamique. Pour la deuxième année consécutive, nous proposons de tourner la roue de l'infortune, distribuant de petits cadeaux aux heureux gagnants.

Notre revue nationale rencontre toujours le même succès et la reconnaissance du travail et des valeurs du syndicat CNI ont souvent été cités.

Alors un salon en demi-teinte certes, mais qui a, une fois de plus, permis à notre équipe de partager l'amour de notre métier et notre volonté d'œuvrer sans relâche pour sa reconnaissance, son évolution et l'amélioration des conditions de travail de tous. ■

Céline DUROSAY  
IDE

Secrétaire nationale adjointe du Syndicat CNI



L'ÉCOLE EUROPÉENNE DU TOUCHER-MASSAGE® PRÉSENTE

DIJON - 6 & 7 JUIN 2016

### 7<sup>e</sup> CONGRÈS EUROPÉEN DU TOUCHER-MASSAGE®



CE CORPS  
TANT HAI,  
CE CORPS  
TANT AIMÉ

[www.congres-toucher-massage.fr](http://www.congres-toucher-massage.fr)

Conférences, ateliers  
pratiques et forums de  
discussion pour découvrir  
l'impact du toucher dans  
notre relation au corps.

INVITÉ D'HONNEUR

• David Le Breton, professeur à l'Université de Strasbourg, anthropologue, auteur.

PARTI DES CONFÉRENCIERS :

- Pascal Prayez, docteur en psychologie clinique, auteur.
- Pierre Ancet, maître de conférence en philosophie.
- Joël Savatofski, fondateur de l'École du Toucher-massage, auteur.
- Isabelle Gambet-Drago, fondatrice d'Edelweiss, auteur.
- Catherine Rioult, psychologue clinicienne, docteur en psychopathologie et psychanalyse.
- Zohra Belkadi, psychomotricienne.

Information & inscription  
03 80 74 27 57

Se former avec l'Institut de Formation Joël Savatofski (IFJS)

Depuis 1986, l'IFJS (organisme DPC n°4088) - Ecole européenne du Toucher-massage® - propose tout au long de l'année des stages, intras et formations au Toucher-massage pour les soignants :

**STAGES THÉMATIQUES / 2-3 JOURS**

Toucher au cœur des soins / Soulager la douleur / En unité soins palliatifs / Bien-être et confort de la personne à mobilité réduite / En unité petite enfance / En santé mentale / Autour de la naissance / Gestion du stress et bien-être...

**FORMATIONS CERTIFIANTES / 10 à 30 JOURS**

Praticien-Référent en relation d'aide par le toucher d'accompagnement / Formateur facilitateur en Toucher-massage®.



03 80 74 27 57  
[www.ifjs.fr](http://www.ifjs.fr)

### Billet d'humeur

J'ai fait un rêve !

J'ai rêvé que la ministre de la santé venait au Salon Infirmier. Qu'elle faisait une annonce pour la profession infirmière.

Elle disait que nous allions être revalorisés au niveau salaire, que nos compétences allaient enfin être reconnues à leurs justes valeurs.

Elle avait pris conscience de la difficulté de notre beau métier, des contraintes qu'il impose, de la pénibilité qu'il génère.

Elle nous parlait : formation continue, possibilités de prescriptions étendues, hausse des effectifs dans les hôpitaux, amélioration des conditions de travail, réelle prise en compte des risques psycho-sociaux, mise à disposition de moyens adéquats pour soigner, et plus encore !

Mais tout à coup je me suis réveillée...

La réalité, c'est que la ministre de la santé n'a pas daigné venir à la rencontre de la profession au Salon Infirmier, elle a prétexté un agenda bien rempli pour y envoyer à sa place une de ses collaboratrices. Cette dernière a bien essayé de noyer le poisson, mais la pilule est difficile à avaler !

A l'heure où la santé va mal, où nous, soignants, nous battons pour exercer notre métier de façon décente, sans trahir les valeurs qui nous motivent et nous habitent, c'est un réel camouflet infligé à toute une profession, indigne d'une ministre semblant loin des réalités du quotidien... Sortir de sa tour d'ivoire, accepter de se confronter aux professionnels, aller à leur contact, c'eût été leur adresser un message fort. Las ! A l'aube du vote à l'Assemblée Nationale d'une loi plus que contestée, la déception ressentie est à l'image du déficit de la branche santé de la sécurité sociale, en un mot : abyssale !

La CNI continue à se battre, entre autres pour une profession que l'on voudrait docile, mais qui a prouvé par le passé qu'elle pouvait se mobiliser en masse pour changer les choses.

Alors ne cessons pas de rêver, un jour, peut être... ■

*Nathalie PAWLOWSKI  
Infirmière de secteur psychiatrique  
Hôpital de Martigues*



# Salon Infirmier®

JOURNÉES NATIONALES D'ÉTUDES DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

Sous le haut patronage du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

aux côtés  
de



PARIS  
HEALTHCARE  
WEEK

## 24, 25 et 26 mai 2016

Paris Porte de Versailles

### C'est votre rendez-vous !



Dès le 15 février, inscrivez-vous sur [www.saloninfirmier.fr](http://www.saloninfirmier.fr)  
et découvrez le pré-programme scientifique



# Reconnaissance de la catégorie active :

## Le ministère se positionne... enfin ! Sous conditions...

Suite au refus de valider le temps de service actif pour une auxiliaire de puériculture, une caisse de retraite avait semé le trouble chez l'ensemble des soignants. Sous prétexte que l'agent avait terminé sa carrière sur un poste sédentaire, pouvait-il perdre le bénéfice de la catégorie active ? Le Premier ministre s'était prononcé récemment pour le maintien de la catégorie active pour les auxiliaires de puériculture. C'est au tour des différents ministères concernés de se prononcer et d'entériner la pénibilité pour tous les soignants, qu'ils aient terminé leur carrière, ou non, au chevet des patients. Dans une lettre adressée à la caisse des dépôts et consignation de Bordeaux, la directrice générale de l'administration et de la fonction publique, le directeur du budget et le directeur de la sécurité sociale confirment que tous les agents des fonctions publiques hospitalière et territoriale gardent le bénéfice de la catégorie active même s'ils terminent leur carrière sur un poste sédentaire dans le même corps ou cadre d'emploi à la condition d'une durée minimale de services actifs (15 à 17 ans).

## Retour sur le droit d'option...

En 2011, le droit d'option s'ouvrait pour les infirmiers. Le « choix » leur était proposé, soit de garder le bénéfice de la catégorie active (catégorie B) avec une grille salariale verrouillée et un départ à la retraite « anticipé », soit d'abandonner le critère de pénibilité (passage en catégorie A) et de « bénéficier » d'une grille salariale plus favorable mais avec un départ à la retraite repoussé dans le temps (60 ans ou 62 ans pour les derniers diplômés). Pour la CNI, ce droit d'option laisserait penser que « la pénibilité s'achète »... Dans les faits, les infirmières de catégorie A ou de catégorie B ont bien les mêmes contraintes. Actuellement, un départ à la retraite à 57 ans se fait dans la douleur... Imaginons l'infirmière de catégorie A devant travailler 5 ans de plus avec des conditions de travail qui se dégradent d'années en années ? Quelques dizaines d'euros ne suffiront pas à lui donner l'énergie suffisante d'autant que les postes aménagés, pour préserver les fins de carrière, sont actuellement déjà très insuffisants. Que fera-t-on de tous ces professionnels à l'approche de la retraite ?

## Pénibilité : le syndicat CNI réaffirme ses positions

Le syndicat CNI qui défend l'ensemble des catégories soignantes, revendique une bonification au 1/5ème pour tous les professionnels qui interviennent au chevet du patient (IDE, AS, AP...). Il demande également une égalité de traitement et la catégorie A pour toutes les infirmières avec un départ à la retraite tenant compte de la pénibilité de la fonction.

## Explication de la note

### Carrières mixtes, sédentaire et active, des personnels hospitaliers titulaires

Les nouvelles dispositions en matière de limite d'âge pour les personnels ayant eu une carrière mixte, (ayant occupé un emploi classé en nouvelles dispositions catégorie active et terminant leur carrière sur un emploi de catégorie sédentaire du même corps) ont été précisées par un courrier de la Direction Générale de l'Administration et de la Fonction publique, de la Direction du Budget et de la Direction de la Sécurité Sociale, du 22 juin 2015.

Sont concernées, les pensions notifiées à compter du 04/02/2014 et les pensions liquidées à compter du 22 juin 2015, sous réserve qu'une demande de révision ait été déposée dans le délai d'un an.

### Le public concerné

Sont concernés, les agents hospitaliers qui remplissent la condition de durée minimale de services actifs (15 à 17 ans) et qui terminent leur carrière sur un emploi de catégorie sédentaire sans avoir changé de corps.

La limite d'âge qui s'applique est celle de la catégorie active.

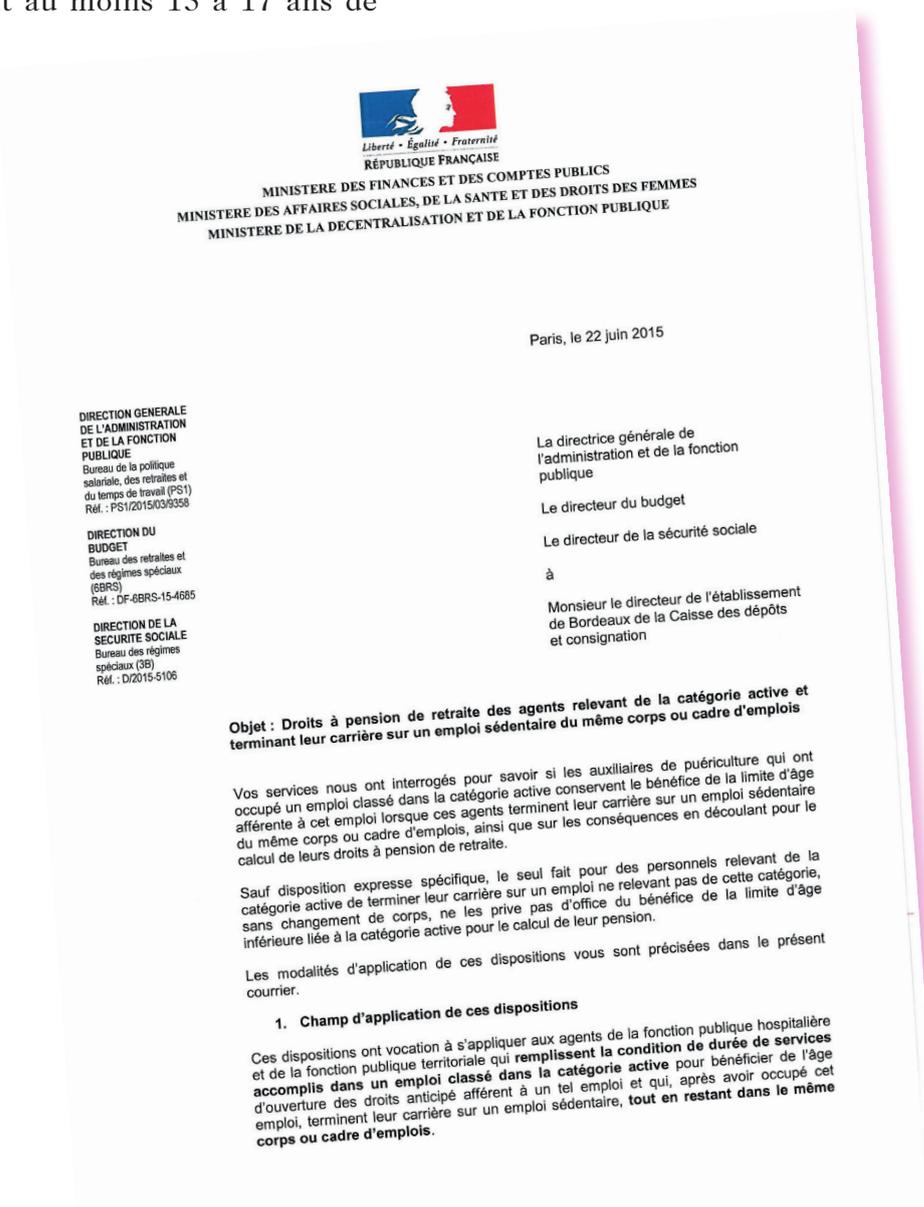
De ce fait :

- les agents qui n'ont pas atteint au 22/06/2015 cette limite d'âge et qui souhaitent poursuivre leur activité après cette date, peuvent bénéficier des dispositifs de recul de prolongation d'activité pour carrière incomplète et si la limite d'âge est inférieure à 67 ans, d'une prolongation d'activité jusqu'à 67 ans. (Article 1-3 de la loi 84-834 du 13/09/1984 et du décret 2009-1774 du 30/12/2009) ;

## Reconnaissance de la catégorie active :

- les agents en activité qui ont atteint, voire dépassé, la limite d'âge de la catégorie active alors qu'ils occupent un emploi de catégorie sédentaire du même corps, doivent régulariser leur situation dans le délai d'un an à compter du 22/06/2015 en demandant le bénéfice du dispositif prévu uniquement à l'article 1-3 de la loi 84-834.
- Le fonctionnaire, totalisant au moins 15 à 17 ans de services actifs, qui suite à une réforme statutaire intègre un corps de catégorie sédentaire sans avoir fait valoir son droit d'option pour conserver la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement ;
- Le fonctionnaire qui bénéficie, à la date à laquelle il occupe un emploi de catégorie sédentaire, d'un dispositif de prolongation d'activité ou de recul de limite d'âge ;
- Le fonctionnaire qui a intégré à sa demande un corps d'infirmiers et de personnels paramédicaux de catégorie A ;
- Le fonctionnaire ayant occupé un emploi classé dans la catégorie « insalubre » et terminant sur un emploi de catégorie sédentaire. ■

Marie Dominique BIARD  
CNI AP-HM



# Reconnaissance de la catégorie active :

Ne sont donc, en revanche, pas concernés :

- les fonctionnaires dont le statut particulier ou des dispositions spécifiques conditionnent strictement le bénéfice de la catégorie active à l'occupation, au sein de leur corps ou cadre d'emplois, d'un emploi spécifique pendant une certaine durée (15 à 17 ans dans la majorité des cas) et qui ne remplissent pas cette condition de durée de services lorsqu'ils passent, en fin de carrière, sur un emploi sédentaire relevant du même corps ou cadre d'emplois ;
- les fonctionnaires faisant le choix d'intégrer (concours...) un corps ou cadre d'emplois de catégorie sédentaire après avoir occupé, au titre d'un autre corps ou cadre d'emplois, un emploi classé dans la catégorie active ;
- les fonctionnaires ayant intégré ou intégrant, à la suite d'une réforme statutaire, un corps ou cadre d'emplois de catégorie sédentaire et qui n'ont pas souhaité conserver, en application de l'article 1-2 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public, le bénéfice de la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement ;
- les fonctionnaires qui bénéficient déjà, à la date à compter de laquelle ils occupent l'emploi sédentaire sur lequel ils terminent leur carrière, d'un dispositif de prolongation d'activité au-delà de la limite d'âge au titre des articles 1-1 ou 1-3 de la loi du 13 septembre 1984 susmentionnée ou de recul de limite d'âge au titre de l'article 4 de la loi du 18 août 1936 concernant les mises à la retraite par ancienneté et pour lesquels une limite d'âge a déjà été retenue pour l'application de ces dispositifs ;
- les fonctionnaires mentionnés au III de l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique qui ont intégré, sur leur demande, l'un des corps ou cadres d'emplois d'infirmiers et de personnels paramédicaux de catégorie A mentionnés au I du même article.

## 2. Les conséquences sur les droits à pension de retraite

Les fonctionnaires entrant dans le champ d'application des dispositions du présent courrier conservent le bénéfice de la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement, sans que le fait qu'ils occupent un emploi sédentaire en fin de carrière ne puisse leur être opposé, pour le calcul de la décote et, concernant les fonctionnaires qui relèvent de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, pour le calcul de la majoration de la durée d'assurance mentionnée au III de l'article 21 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. Par ailleurs, il y a lieu de tenir compte, le cas échéant, des trimestres effectués au-delà de cette limite d'âge pour le calcul de la pension.

Partant, pour ceux de ces agents qui ont dépassé la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement à l'emploi sédentaire de fin de carrière, c'est également cette limite d'âge qui doit être prise en compte pour le calcul de la décote et, s'agissant des fonctionnaires hospitaliers, pour le calcul de la majoration de la durée d'assurance qui leur est spécifique.

## 3. Les conséquences sur la radiation des cadres

Dès lors que les fonctionnaires qui entrent dans le champ d'application des dispositions du présent courrier conservent le bénéfice de la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement, il y a lieu de prendre également en compte cette limite d'âge pour la radiation des cadres des intéressés. Ainsi, quand bien même ces agents terminent leur carrière sur un emploi sédentaire, c'est l'atteinte de la limite d'âge

afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement à cet emploi sédentaire qui doit être prise en compte pour la radiation des cadres. Pour les fonctionnaires qui souhaitent poursuivre leur activité au-delà de cette limite d'âge, une demande expresse devra être formulée afin de bénéficier des dispositifs de maintien en activité selon les modalités prévues aux articles 1-1 et 1-3 de la loi du 13 septembre 1984 susmentionnée ou de l'article 4 de la loi du 18 août 1936 susmentionnée.

Par dérogation, ceux des fonctionnaires entrant dans le champ d'application de la décision du Premier ministre précitée, qui ont dépassé la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé antérieurement et sont encore en activité prévu à l'article 1-3 de la loi du 13 septembre 1984 susmentionnée. Ces agents devront régulariser leur situation dans un délai d'un an à compter de la date du présent courrier, le cas échéant à l'initiative de leur employeur, en demandant le bénéfice de ce dispositif. En l'absence d'une telle demande ou lorsque les conditions de maintien en activité au titre de cet article 1-3 ne sont pas remplies, la radiation des cadres peut être prononcée, sans rétroactivité.

## 4. Modalité de mise en œuvre

Les dispositions du présent courrier sont applicables :

- aux pensions concédées à compter de la date du présent courrier ;
- aux pensions concédées antérieurement à cette date lorsqu'une demande de révision de la pension a été déposée par l'assuré pour qu'il soit tenu compte, pour le calcul de la pension, de la limite d'âge afférente à l'emploi de la catégorie active occupé précédemment à l'emploi sédentaire de fin de carrière. Dans ce cas, il y a lieu de faire droit à ces demandes de révision selon les modalités prévues au troisième alinéa du I de l'article 62 du décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la CNRACL, sous réserve que le délai d'un an mentionné à cet alinéa n'ait pas expiré avant le 4 février 2015.

La directrice générale de l'administration  
et de la fonction publique

Maria-Anne LÉVÊQUE

Le directeur de la sécurité sociale

Thomas FATOME

Le directeur du budget  
Pour le Directeur  
Le Sous-directeur

Gautier BAILLY

# Départ en retraite : mode d'emploi

Vous êtes en fin de carrière et vous souhaitez vous organiser ?  
Voici les démarches à effectuer :

## Vous êtes titulaire de la fonction publique

Vous dépendez de la CNRACL (Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales).

Lorsque vous avez choisi votre date de départ, vous envoyez un courrier en recommandé avec accusé de réception à la direction des ressources humaines. Selon la législation, votre demande de pension doit être adressée par écrit à votre employeur **au plus tard 6 mois avant** la date souhaitée d'admission à la retraite (Article 59, Décret n°2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales).

Le service des ressources humaines gère le dossier et prépare une estimation de la pension que vous percevrez.

En cas de désaccord, vous devrez adresser vos réclamations avec les justificatifs à la CNRACL, à l'adresse suivante : CNRACL, Gestion mutualisée des pensions, rue Vergne, TSA 10005, 33044 Bordeaux. Le dossier suit son cours.

Les textes prévoient que l'employeur doit transmettre votre dossier complet à la CNRACL, Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales, **au moins 3 mois avant votre date de départ à la retraite**. Vous serez donc contacté par votre gestionnaire DRH pour signer votre dossier dans les 3 mois suivants la réception de votre demande.

A compter du premier jour du mois suivant votre départ, votre pension est payée chaque mois, à terme échu, c'est-à-dire que le montant versé se rapporte au mois écoulé.

## Âge légal de départ en retraite

L'âge légal de départ à la retraite se définit comme l'âge à partir duquel un assuré est en droit de bénéficier de sa retraite. Depuis la réforme des retraites 2010, l'âge légal de départ à la retraite est élevé progressivement de 2 ans pour les pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2011.

La loi de financement de la Sécurité sociale n°2011-1906 du 21 décembre 2011 a accéléré le relèvement de l'âge légal à compter du 1er janvier 2012.

Vous êtes fonctionnaire et appartenez à la catégorie sédentaire, votre âge légal de départ est de :  
**60 ans si vous êtes nés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1951**  
**62 ans si vous êtes nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1956**

Cet âge est progressivement relevé, dans la limite de 62 ans, pour les fonctionnaires nés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1951 et le 31 décembre 1955.

Vous êtes né	Vous pourrez partir à la retraite à
Avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1951	60 ans
Du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1951	60 ans et 4 mois
En 1952	60 ans et 9 mois
En 1953	61 ans et 2 mois
En 1954	61 ans et 7 mois
A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1955	62 ans

Vous êtes fonctionnaire et appartenez à la catégorie active :  
L'âge légal de départ à la retraite est passé progressivement de **55 à 57 ans**.

Vous êtes né	Vous pourrez partir à la retraite à
Avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1956	55 ans
Du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1956	55 ans et 4 mois
En 1957	55 ans et 9 mois
En 1958	56 ans et 2 mois
En 1959	56 ans et 7 mois
A compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1960	57 ans

Toutefois les fonctionnaires nés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1956 qui ont accompli au moins 15 ans de services dans des emplois classés dans la catégorie active

## Départ en retraite : mode d'emploi

(catégorie B/C) peuvent bénéficier de leur pension à partir de 55 ans.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 la durée minimale de service de 15 ans est relevée de 2 ans pour atteindre 17ans (dont 6 années consécutives).

### À noter :

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005**, les fonctionnaires cotisant à la CNRACL cotisent également auprès du régime public de retraite additionnel et obligatoire institué par l'article 76 de la loi du 21 août 2003 dénommé « retraite additionnelle de la fonction publique » (RAFP).

Pour bénéficier de votre prestation RAFP, vous devez :

- avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite,
- être admis à la retraite au titre du régime des pensions civiles et militaires de retraite ou de la CNRACL ou au titre du régime général de l'assurance vieillesse.
- avoir demandé expressément votre prestation additionnelle (article 7 du décret n°2004- 569 du 18 juin 2004)

Si vous bénéficiez de votre retraite de base avant l'âge légal, pour cause d'invalidité ou de carrière longue, vous devrez tout de même attendre d'avoir atteint l'âge légal pour bénéficier de votre prestation RAFP. Les dispositions concernant la retraite à 60 ans ne concernent pas la RAFP.

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012**, chaque assuré peut obtenir un Relevé de situation individuelle en ligne ou RISE, au regard de l'ensemble des droits qu'il s'est constitué dans les régimes de retraite de base ou complémentaires. Adressé à la demande de l'assuré (loi du 09 novembre 2010), le RISE comporte une synthèse des droits obtenus dans les différents régimes de retraite, ainsi que le détail régime par régime. Ces droits sont exprimés en nombre de trimestres ou en points. Pour obtenir votre Relevé de situation individuelle en ligne, vous devez en faire la demande dans votre espace personnel sur le site de la CNRACL.

Pour plus de détails, nous vous conseillons la lecture du guide du futur retraité, consultable également sur le site de la CNRACL.

Dans tous les cas, **ATTENTION**, il peut y avoir une différence entre l'ouverture de droit au départ en retraite et l'âge auquel vous pourrez prétendre à une retraite à taux plein. Ce dernier est fonction du nombre de trimestres travaillés, cotisés et du nombre de trimestres d'assurance cotisés. Une simulation de votre retraite vous permettra de vous éclairer sur ce point.

### Quelques définitions :

**Âge d'ouverture des droits à pension** : âge à partir duquel un fonctionnaire peut obtenir une pension.

**Décote** : La décote est un coefficient de minoration appliqué à la pension lorsque la durée d'assurance est inférieure au nombre de trimestres nécessaires pour obtenir une pension à taux plein. La décote n'est pas appliquée si l'agent atteint l'âge butoir ou l'âge d'annulation de la décote correspondant à sa catégorie d'emploi.

**Durée d'assurance cotisée** : Période pendant laquelle l'agent a versé des cotisations pour sa retraite. Cette période peut être différente de la durée d'assurance, celle-ci pouvant comprendre des trimestres non liés au versement de cotisations (par exemple trimestres accordés au titre des enfants). La durée d'assurance cotisée sert à déterminer l'ouverture de droit.

**Durée d'assurance tous régimes** : La durée d'assurance est l'ensemble des trimestres afférents aux services et bonifications pris en compte en liquidation auxquels s'ajoutent les périodes retenues par les autres régimes de bases obligatoires. La durée d'assurance permet de savoir si la pension sera majorée ou minorée. Elle est utilisée pour le calcul de la pension.

**Durée de service** : Il s'agit des trimestres de services acquis dans la Fonction Publique en qualité de titulaire ou de stagiaire.

**Prorata** : En cas de travail à temps partiel, le montant de la pension est proportionnel aux cotisations versées. Le montant de la pension est donc calculé au prorata de la quotité de travail effectuée.

**Radiation des cadres** : Décision administrative constatant qu'un fonctionnaire a cessé d'appartenir au corps dans lequel il était titulaire d'un grade ou d'un emploi.

**Services validés** : Service de non titulaire ayant fait l'objet d'une décision favorable de prise en compte pour la retraite par la CNRACL, et ayant donné lieu au versement de retenues pour pension.

**Surcote** : Majoration de la pension attribuée au fonctionnaire qui continu à travailler au-delà de la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une pension à taux plein.

**Surcotisation** : Cotisation volontaire sur la base d'un salaire à temps plein reconstitué, pour des salariés à temps partiel.

**Taux plein** : Le taux plein est la durée d'assurance nécessaire pour partir à la retraite sans décote. Cette durée d'assurance pour obtenir le taux plein dépend de l'année de naissance de l'affilié.

## Départ en retraite : mode d'emploi

### Vous travaillez dans une structure privée

Vous dépendez de la CNAV. La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, est votre caisse de retraite de base.

Au niveau régional, la CNAV est représentée par les caisses de retraite CARSAT (Caisse d'Assurance retraite et de la santé au Travail). Chaque région a son centre de référence. Depuis 2010, la CARSAT remplace la CRAM, Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

### Âge légal de départ en retraite

Avant la réforme des retraites 2010, il fallait avoir atteint l'âge de **60 ans** pour pouvoir partir à la retraite.

Depuis la réforme des retraites 2010, l'âge légal de départ à la retraite augmente progressivement pour les personnes nées à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1951. **Le nouvel âge légal de départ à la retraite est 62 ans.**

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 a accéléré le passage à 62 ans de l'âge légal de départ à la retraite.

Le tableau ci-dessous vous permet de connaître l'âge légal de votre départ à la retraite selon votre date de naissance.

Date de naissance	Décalage de l'âge de départ en retraite	Âge légal de départ en retraite après la réforme retraite 2012
Avant le 1 <sup>er</sup> juillet 1951	Aucun	60 ans
A partir du 1 <sup>er</sup> juillet 1951	4 mois	60 ans et 4 mois
1952	9 mois	60 ans et 9 mois
1953	1 an et 2 mois	61 ans et 2 mois
1954	1 an et 7 mois	61 ans et 7 mois
<b>1955</b>	2 ans	<b>62 ans</b>
A partir du 1 <sup>er</sup> janvier 1956	2 ans	62 ans

Cependant vous ne pourrez prétendre à une retraite à taux plein qu'entre 65 et 67 ans, quelque soit le nombre de trimestres travaillés. A 70 ans, l'employeur peut décider d'une mise à la retraite d'office sans que le salarié puisse s'y opposer.

Avant de faire votre demande de retraite, il est impératif de « faire le point sur vos droits » et donc de consulter votre relevé de carrière. Vous devez demander ce relevé au moins deux ans avant la date de départ choisie.

Vous pouvez obtenir votre relevé de carrière **CNAV ou CARSAT** par voie électronique sous 24 heures. Il vous suffit de demander votre « Relevé de Situation Individuelle ».

Votre **relevé de carrière CNAV** vous permet d'avoir une idée précise de vos droits à la retraite, exprimés en **trimestres retraite** et **salaires**. Il vous permet de calculer la date de votre départ en retraite et le montant de votre future retraite.

Votre « Relevé de Situation Individuelle », vous permet d'avoir une vision globale de vos droits à la retraite tous régimes confondus. Il regroupe les relevés de carrière de toutes les caisses de retraite auprès desquelles vous avez cotisées : votre relevé de carrière CNAV ou CARSAT plus, par exemple, votre relevé de carrière ARRCO, AGIRC, IRCANTEC et CIPAV, sauf les relevés des régimes spéciaux.

Lorsque vous aurez choisi votre date de départ, vous écrirez à votre caisse régionale de CARSAT en indiquant votre numéro de sécurité sociale et votre date de départ prévue.

Le site d'assurance retraite précise « qu'aucune retraite n'est accordée automatiquement ».

Prévoyez donc d'envoyer votre demande au moins 4 à 6 mois avant la date effective souhaitée, cela permettra de vous assurer le versement de votre pension de retraite le mois suivant sa prise d'effet.

Votre demande peut être effectuée par internet, via le service sécurisé du site **www.lassuranceretraite.fr**, ou directement auprès de votre caisse de retraite, en l'envoyant par courrier ou en la déposant dans un point d'accueil retraite.

Une fois votre demande effectuée, vous recevrez un accusé de réception. Conservez ce document qui contient notamment un code d'accès au serveur vocal.

Comme le précise le site **info-retraite.fr**, « si vous avez cotisé à plusieurs régimes de base, une seule demande suffit ».

## Départ en retraite : mode d'emploi

### Les documents et informations à fournir :

Vous devrez fournir plusieurs documents et justificatifs à votre caisse de retraite : une pièce d'identité, votre dernière déclaration de revenus, un RIB et des justificatifs spécifiques aux cas particuliers.

Votre notification de retraite est un document officiel qui justifie de votre qualité de retraité du régime général. Elle indique :

- Les éléments retenus pour le calcul de votre retraite,
- Le point de départ,
- Le montant mensuel,
- Les voies de recours

Il est recommandé de conserver l'original et de ne transmettre que des photocopies.

Vous êtes salarié non-cadre ou cadre du secteur privé ou agent non titulaire de l'état. Pour connaître vos caisses de retraite de base et complémentaire selon votre statut, consultez le tableau suivant :

Vous êtes ...	Votre caisse de retraite de base est ...	Vos caisses de retraite complémentaires sont ...	
Salarié	CNAV	ARRCO	
Salarié cadre	CNAV	ARRCO	AGIRC
Agent non titulaires de l'état	CNAV	IRCANTEC	

**Ce qu'il faut savoir également :** si vous avez cotisé à plusieurs régimes, chacun d'entre eux calcule et paie une retraite selon ses règles.

Chaque régime tient compte à la fois :

- de votre durée d'assurance totale (c'est-à-dire tous régimes confondus) pour déterminer le taux de calcul de votre retraite (taux plein ou taux minoré) ;
- de votre durée d'assurance dans le régime pour calculer le montant de votre retraite proportionnellement à votre durée d'assurance dans ce régime.

Chaque régime complémentaire ou additionnel calcule également la retraite qu'il doit vous verser en fonction des droits cumulés sur votre compte et de sa réglementation.

Quel que soit le régime dont vous dépendez, anticipez votre départ !

Conservez précieusement tous vos justificatifs de carrière. (Salaires, contrat de travail ...)

Votre retraite sera ensuite versée à partir du 9 de chaque mois à votre établissement financier. Votre retraite du régime général pourra être revalorisée une fois par an, sur la mensualité d'octobre. Le taux de revalorisation est revu chaque année et dépend de l'inflation.

Pour bien préparer votre demande de retraite, vous devez également faire le point sur votre retraite complémentaire. Vous pouvez accéder à votre relevé de points sur votre espace personnel du site internet de l'organisme de retraite complémentaire dont vous dépendez.

Tous **les assurés de la retraite CNAV, CARSAT** cotisent en plus à **une ou deux caisses de retraite complémentaire**. Votre caisse de retraite complémentaire vous est attribuée en fonction de votre statut professionnel.

N'hésitez pas à contacter votre représentant à la CNI pour qu'il vous conseille et / ou vous renseigne. ■

*Danièle HENGEN  
Cadre de santé retraitée  
CNI de Martigues*

### Pour aller plus loin

#### Site info-retraite.fr

Groupement d'intérêt public Info retraite

#### Site de la retraite de la Sécurité sociale

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

#### Site de l'Arcco

Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO)

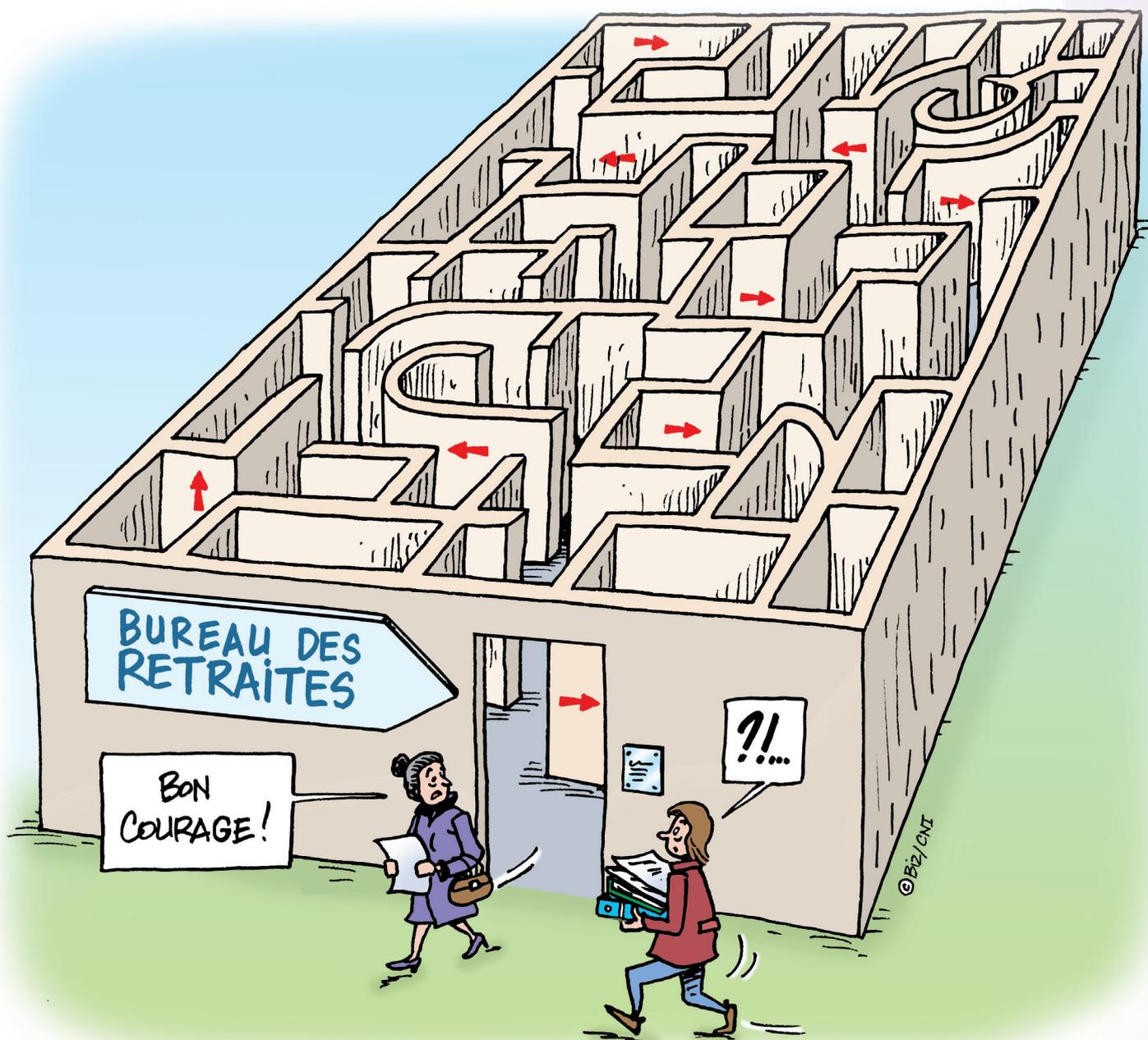
#### Site de l'Agirc

Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC)

#### Site de la CNRACL

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

## Départ en retraite : mode d'emploi



# Pourquoi s'engager dans un processus de VAE ?

La Validation des Acquis et de l'Expérience, ou VAE, permet d'obtenir un diplôme sans passer par la voie royale de la formation. Ce diplôme n'est pas pour autant un diplôme au rabais, et encore moins donné en échange d'une certaine ancienneté. Mais quel est donc l'intérêt de se lancer dans une démarche laborieuse ? Comment s'y prendre ? Ce sont les questions que je me suis posées et j'ai souhaité partager les éléments de réponse au travers de ces quelques lignes.

## Pourquoi se lancer dans la VAE ?

C'est LA grande question à se poser avant toute chose. Trouver ses motivations sera un premier pas important, car sans motivation, la lourdeur de la démarche vous fera renoncer avant la fin du premier dossier à remplir. Pour être sûre de ne pas lâcher en route, je me suis trouvée plusieurs motivations.

Dans l'impossibilité de suivre la voie royale de la formation, je m'étais posée le challenge de construire mon poste de travail sur le modèle des pratiques avancées.

**Première bonne raison :** vérifier que ma construction tenait la route ! Les débuts du master 2 sont liés à l'intégration au système universitaire de la filière infirmière en 2009, donc récents. J'ai reçu dès 2013 des stagiaires en raison de mon fonctionnement qui pouvait contribuer à leur formation.

**Deuxième bonne raison :** crédibiliser l'encadrement par l'obtention du diplôme dont je montrais les applications pratiques. Si la théorie fonctionne depuis 2009, en pratique il n'y a encore pas (ou très peu) de recrutement avec une qualification master 2. Par mon exercice quotidien, je montre le besoin et l'utilité en institution.

**Troisième bonne raison :** ajouter ma pierre à l'édifice de la profession infirmière. Un poste de travail décrit en termes de diplômes serait plus lisible et reproductible qu'une liste de compétences et tâches.

**Quatrième bonne raison :** simplifier le profil de poste à pourvoir en le faisant correspondre à la qualification du diplôme. Aller jusqu'au diplôme, c'est dépasser la délégation de fonction liée à une personne, pour assumer la responsabilité. Aller vers la reconnaissance professionnelle c'est dépasser la reconnaissance personnelle, éphémère par essence. La grille salariale de la fonction publique appliquée aux infirmiers ne reconnaît pas les masters. Exercer en tant que tel illustre une nouvelle « strate », ni cadre, ni spécialisée, qui mérite un salaire spécifique lié au niveau d'études mais aussi de responsabilité.

**Cinquième bonne raison :** contribuer à la reconnaissance salariale du grade master dans la fonction publique.

## Cheminement, ou comment en arriver là ?

La demande de VAE, comme son nom l'indique, est liée à l'**expérience**. Elle s'appuie donc, par définition sur une durée d'exercice. Si en théorie c'est possible, on ne va pas « choisir » à priori la voie de la VAE pour obtenir un diplôme. L'affectation dans un service de soin ne correspond pas toujours aux desideratas. C'est souvent une occasion de découvrir une spécialité et de sortir ainsi du cercle confortable des acquis, se remettre en question. Tout au long de notre exercice professionnel, en fonction de nos affectations, nous sommes amenés à suivre des formations complémentaires pour répondre à des besoins spécifiques. Les collecter, c'est se donner la possibilité d'un regard rétrospectif plus global avec le recul nécessaire... et c'est aussi accumuler des pièces justificatives. J'ai le sentiment que tous les « morceaux » de ma vie professionnelle s'assemblent comme un puzzle.

L'ouverture des formations à la diversité professionnelle est une source d'échanges qui favorisent la culture commune, ciment de l'exercice pluri professionnel. Bien plus qu'une éventuelle année initiale commune\*, la formation continue enrichit la collaboration en confrontant les points de vue issus de l'expérience. C'est aussi l'occasion de découvrir, ou redécouvrir, nos cœurs de métier respectifs.

Depuis son intégration dans le LMD\* (arrêté du 31 juillet 2009), la profession infirmière voit son cursus de formation décliné en UE, unités d'enseignements et crédits européens (ECTS).

Pour pousser le raisonnement un peu plus loin, des crédits pourraient être associés aux formations agréées DPC\*. L'éducation thérapeutique représente par exemple à elle seule une unité d'enseignement (UE) du master 2 en sciences cliniques infirmières, et valide 6 crédits.

## Pourquoi s'engager dans un processus de VAE ?

A quand le DPC intelligent qui nous indiquerait les diplômes accessibles au vu des formations engrangées au cours du cursus professionnel ?

Depuis un peu plus d'un an (1), le diplôme de bloc opératoire est accessible par cette voie selon une procédure explicite (voir le site de l'UNAIBODE). C'est l'aboutissement d'un long travail qui me touche particulièrement. Pour avoir débuté en bloc opératoire à une époque où les diplômés de spécialités étaient peu nombreux, j'ai toujours le souvenir de professionnels d'une grande rigueur, qui ont largement contribué à ma formation.

### Conclusion

Demander la VAE à un moment de son cursus, c'est donner du sens à un parcours pas toujours choisi. Faire reconnaître une expérience de terrain modélisée sur un programme de formation, c'est affirmer la même rigueur dans sa démarche, pour valider des compétences reconnues. En l'absence de rémunération spécifique, la lourdeur de la démarche peut être, dans un premier temps, compensée par la satisfaction des objectifs poursuivis. Dans un futur

proche, je souhaite que l'utilité démontrée sur le terrain, associée au niveau de formation, contribue à la reconnaissance effective du master en sciences cliniques infirmières. ■

*Nicole TAGAND*  
*Consultation Infirmière*  
*plaies chroniques*  
*Hôpital Conception*  
*CNI AP-HM*



*Lexique :*

*\*LMD : licence master doctorat*

*\*PACES première année commune aux études de santé (1) arrêté du 24 février 2014*

*\*DPC: développement professionnel continu*

*<http://www.education.gouv.fr/cid1106/la-validation-des-acquis-de-l-experience-vae.html>*



# Les pratiques infirmières avancées, en pratique

Les pratiques infirmières avancées (PA) font parler d'elles (congrès<sup>(1)</sup>, projet de loi<sup>(2)</sup>) et leur méconnaissance entraîne parfois un rejet ou une interprétation d'autant plus préjudiciables qu'ils touchent les infirmiers eux-mêmes. Je vous propose quelques mots clés, pour une réflexion professionnelle et l'appropriation de cette évolution.

**FORMATION :** ces pratiques font appel à un niveau de formation<sup>(3)</sup> de grade master. Depuis l'intégration de la formation infirmière au cursus universitaire, la déclinaison des niveaux de formation va de la licence au doctorat. Il n'est pas possible d'être pour ou contre, c'est un état de fait.

**FINANCE :** l'échelle de la fonction publique ne les reconnaît pas financièrement. Ceci est dû à l'archaïsme de la grille salariale et non au fondement ou à l'utilité du domaine d'action. L'évolution de ce financement est liée à la profession et non au lieu d'exercice, car la vision du patient est associée à son contexte de vie. La consultation infirmière ne fait toujours pas l'objet d'un paiement à l'acte, seule la démarche de soins infirmiers (DI) en est l'ébauche<sup>(4)</sup>.

**PARCOURS :** la notion de parcours englobe à la fois une situation de lieu (hôpital ou domicile) mais aussi une notion de pluridisciplinarité nécessaire à la résolution de la problématique. Le parcours du patient est la confrontation entre des bonnes pratiques issues de la recherche scientifique basée sur un niveau de preuve et la singularité d'un patient au travers d'une analyse infirmière. La notion de parcours passe au-dessus des limites de la maladie pour se projeter dans la prévention de la récurrence au travers de l'identification des éléments de survenue.

**SOINS :** l'infirmier de pratique avancée (IPA) est en contact direct avec les patients : il s'appuie sur un examen clinique effectué lors d'une consultation. Les soins infirmiers sont préventifs, curatifs ou palliatifs et prennent en compte les besoins du patient. L'éducation thérapeutique est un soin indissociable qui s'appuie sur le concept du patient acteur<sup>(5)</sup>.

**HIERARCHIE :** l'IPA n'a pas de pouvoir en termes d'autorité (ne donne pas d'ordre, n'a pas de subordonné). Le leadership est un des axes développés par Hamric<sup>(6)</sup>. La reconnaissance d'un infirmier de pratique avancée se fait au travers de ses compétences<sup>(7)</sup> qu'il met à disposition de

ses collègues ou de l'institution dans son domaine d'expertise (8).

**PRATIQUE :** la « pratique » s'inspire du modèle anglo-saxon « practice » : qui implique la prise de décision comme le laisse mieux entendre le mot « praticien ». La prescription est un des outils liés à la prise de décision. L'expertise dans un domaine peut également faire appel à une pratique basée sur l'expérience, mais la théorisation au travers des modèles et du niveau de preuve est indispensable pour parler de pratique avancée (voir formation).

**AVANCEE :** cette pratique est liée au développement des savoirs infirmiers qui sont au cœur du raisonnement clinique (image de soi, besoin psychosociaux...). C'est une reconnaissance de ces savoirs en tant que tels et non seulement comme adjuvants à la prescription médicale.

NB : La prescription, hors arrêté du 20/02/2012, doit faire l'objet d'un protocole de coopération.

**INFIRMIER :** c'est bien la science infirmière qui est au cœur de la réflexion. On peut l'illustrer de façon simplifiée par les termes anglais « care » et « cure ». Le médecin soigne la maladie (cure), l'infirmier prend soin du patient (care) y compris pour favoriser la mise en œuvre du « cure ».

**AUTONOMIE :** elle s'entend dans un exercice collaboratif identifié et défini, qui induit la connaissance, précise des textes professionnels et de la législation, tout comme celle des enjeux de santé, tant politiques que financiers.<sup>(9)</sup>

**RECHERCHE :** la notion de qualité ne peut reposer que sur un niveau de preuve. C'est un des enjeux de la recherche de montrer ou de démontrer la valeur ajoutée de nos pratiques infirmières, de permettre l'innovation... et avancer.

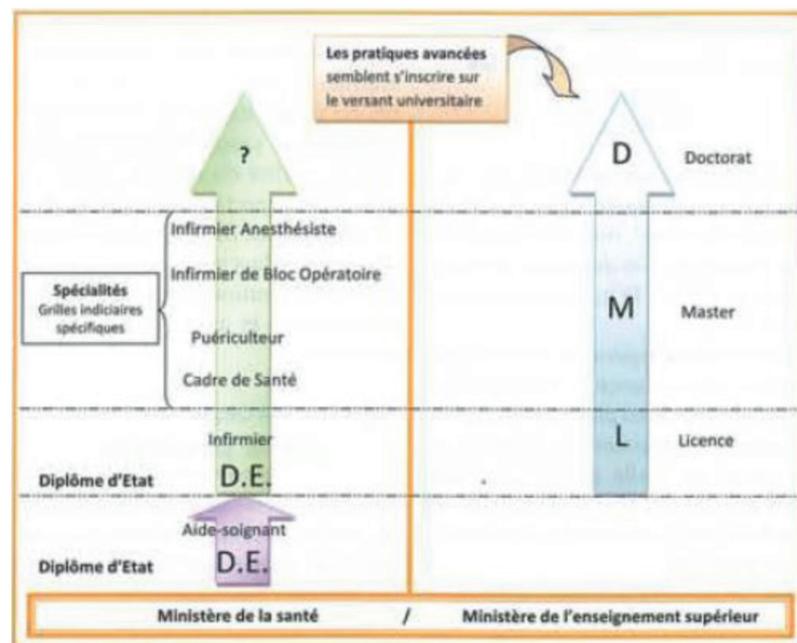
## Les pratiques infirmières avancées, en pratique

La pratique infirmière avancée est bien le développement de la science infirmière pour laquelle nous nous sommes engagés dans notre profession. L'intégration au système LMD a donné une visibilité intégrée dans un parcours scientifique qui participe à la reconnaissance du corps infirmier. Nous approprier cette possibilité, c'est peut-être une opportunité pour sortir du cercle vicieux du « faire », soumis aux cadences, à l'acte, au rendement. Nous sommes à une période charnière illustrée sous forme de tableau par Thierry Alberti \* (revue CNI n°34).

Il nous faut continuer à avancer sur notre chemin professionnel, fiers de notre spécificité, pour un service de qualité rendu au patient, en complémentarité. <sup>(10)</sup> ■

Nicole TAGAND  
Consultation Infirmière plaies chroniques  
Hôpital Conception  
CNI AP-HM

*La pratique infirmière avancée est bien le développement de la science infirmière pour laquelle nous nous sommes engagés dans notre profession.*



<sup>(1)</sup> [www.anfiidecongresavignon2015.fr](http://www.anfiidecongresavignon2015.fr)

<sup>(2)</sup> <http://www.infirmiers.com/les-grands-dossiers/les-grands-dossiers/pratique-avancee-paramedicale-senateurs-remaniement-article-30.html>

<sup>(3)</sup> [http://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/me5aci-master\\_sciences\\_cliniques\\_infirmieres.pdf](http://medecine.univ-amu.fr/sites/medecine.univ-amu.fr/files/diplome/me5aci-master_sciences_cliniques_infirmieres.pdf)

<sup>(4)</sup> <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/infirmiers/exercer-au-quotidien/demarche-de-soins-infirmiers/les-prescriptions-de-la-dsi.php>

<sup>(5)</sup> [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_990671/fr/vers-des-patients-acteurs-de-leur-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990671/fr/vers-des-patients-acteurs-de-leur-sante)

<sup>(6)</sup> Hamric, A. B., Spross, J.A., & Hanson, C.H. (2008) *Advanced Practice Nursing : An Integrative Approach*. St.Louis: Elsevier Health Sciences.

<sup>(7)</sup> <http://www.infirmiers.com/pdf/recherche-florence-ambrosino.pdf> Annexe 5 définition des compétences

<sup>(8)</sup> <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-leadership-infirmier-entre-humanisme-et-pragmatisme.pdf>

<sup>(9)</sup> *Infirmières en pratique avancée, infirmiers spécialisés ? quel avenir ? communiqué de presse du 14/10/2015* [www.coordination-nationale-infirmiere.org](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)

<sup>(10)</sup> <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/PatientSafetyQuality>

\* schéma Thierry Alberti revue CNI n°34 page 24, janvier 2012

# Suite du feuilleton « LOI SANTE »

C'est dans un contexte très particulier et une ambiance tendue que le controversé projet de Loi de modernisation du système de santé a été définitivement adopté par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015. La promulgation de l'état d'urgence, suite aux tragiques événements de novembre 2015, a en effet, exclu toute possibilité de manifestation. Il faut également noter que ce texte qui avait été remanié par le Sénat en octobre, a été remodelé par l'Assemblée Nationale.



Au contexte s'ajoute un élément, pour le moins paradoxal. Il s'agit du timing de la grande conférence de santé. Annoncée pour janvier 2016 par le premier ministre, Manuel VALLS, suite à la fronde à laquelle s'est heurté le projet de loi, elle a été reportée au 11 février 2016. Le vote du projet de loi de modernisation du système de santé a néanmoins eu lieu en décembre 2015... Considérant que l'adoption de ce dernier par le conseil des ministres remonte à l'automne 2014, il est bien légitime de penser que ce vote aurait pu être encore différé de quelques mois afin d'attendre les éléments produits par la grande conférence de santé.

Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a souligné les grandes et profondes évolutions que ce texte a connu et a salué le travail des parlementaires et notamment celui des rapporteurs à l'Assemblée Nationale et au Sénat.

Elle a, à l'occasion de cette dernière lecture à l'assemblée, réaffirmé sa volonté de « conforter

*le service public hospitalier, d'écrire l'avenir de la médecine de ville autour de la coordination et du travail en équipes, d'accompagner les jeunes médecins au moment de leur installation, et de mettre fin au désengagement de l'assurance maladie. »*

La déclaration de la ministre, à l'issue du vote du projet de loi, précisait : « *Un seul objectif : l'égalité. Une seule méthode : l'innovation. Ce texte garantit l'accès de tous à des soins de qualité. C'est un texte contre l'immobilisme et la résignation. C'est un texte qui vise à offrir à chacun les mêmes droits, les mêmes chances, pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé. »*

Nous retenons une évolution importante avec le volet consacré à la prévention même si, dans ce registre, nous déplorons la place réservée aux infirmiers qui aurait pu et dû être bien supérieure.

Nous notons également la restauration du service public hospitalier (SPH) et la suppression « des missions de service public ».

Le projet de loi de modernisation du système de santé, adopté par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015, prévoit par son article 107 la modification du Code de la Santé Publique en instaurant les Groupements Hospitaliers de Territoires. (GHT)

Après la promulgation de la Loi, chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, sera partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.

Il est important de noter que cette rédaction prévoit que le groupement hospitalier de territoire ne sera pas doté de la personnalité morale. Un établissement du GHT sera désigné établissement support et sera donc « chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. » Cette désignation devra être approuvée par « les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée, après avis du comité territorial des élus locaux. »

Ce texte prévoit que « Le Groupement Hospitalier de Territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent **un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours** ».

« Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire.

Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

Les Agences Régionales de Santé auront à charge d'apprécier la conformité des conventions de GHT avec les projets régionaux de santé et pourront demander des modifications.

C'est la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire qui définira le projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de ce dernier.

La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé, comprend notamment les directeurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.

La mise en place de ces Groupements Hospitaliers de Territoires vise à une large mutualisation de moyens. Le projet de loi prévoit que l'établissement

support désigné par la convention constitutive assurera les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

- 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;
- 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- 3° La fonction achats ;
- 4° **La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.** »

Nous l'avons tous compris cette volonté de mutualisation de moyens s'inscrit avant tout dans une logique économique et nombreux sont les acteurs de

*La mise en place  
de ces Groupements  
Hospitaliers de  
Territoires vise à une  
large mutualisation  
de moyens.*

## Suite du feuilleton « LOI SANTE »

terrain à s'interroger sur la réalité de faisabilité à faire converger des systèmes d'information hospitalier au sein d'un territoire alors que l'équipement informatique des établissements concernés n'a pas été conçu de manière concertée...

Par son article 114, le projet de loi instaure une obligation pour les professionnels de santé qui, chacun, devront, sur une période de trois ans, justifier de leur « engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu. »

Les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu seront définies par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et du ministre de la défense pour les professionnels du service de santé des armées.

Si l'objectif est louable, les moyens financiers permettant aux établissements de répondre pour accompagner les agents à remplir cette obligation restent une réelle question.

Après de nombreux débats, la très attendue définition de l'exercice en pratiques avancées paramédicales se trouve dans l'article 119 et est rédigé comme suit :

### Article 119

*Le code de la santé publique est ainsi modifié :*

*Au début du livre III de la quatrième partie, il est ajouté un titre préliminaire ainsi rédigé :*

« TITRE PRÉLIMINAIRE

« EXERCICE EN PRATIQUE AVANCÉE

« Art. L. 4301-1. – I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

« 1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

« a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;

« b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ;

« c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

« 2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

« II. – Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

« Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée.

« La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

« III. – Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

« IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État.

« Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. » ;

Au dernier alinéa de l'article L. 4161-1 du code de la Santé Publique concernant l'exercice illégal



de la médecine. Il sera dorénavant écrit : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux étudiants en médecine ni aux sages-femmes ni aux pharmaciens biologistes pour l'exercice des actes de biologie médicale, ni aux infirmiers ou gardes-malades qui agissent comme aides d'un médecin ou que celui-ci place auprès de ses malades, **ni aux auxiliaires médicaux exerçant en pratique avancée en application de l'article L. 4301-1**, ni aux personnes qui accomplissent, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, les actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret ».

La notion « d'un diplôme de formation en pratique avancée de grade master délivré par une université habilitée à cette fin » qui figurait dans la rédaction du Sénat du 7 octobre 2015 a disparu. Il reste donc à définir ce diplôme de formation en pratique avancée et notamment le référentiel de formation.

A l'aube de cette évolution importante pour les paramédicaux, les contours demeurent très flous et nous sommes donc très loin de voir le bout du chemin concernant leur intégration complète dans le système LMD (Licence, Master, Doctorat).

Par ailleurs, l'article 134 du projet de loi de modernisation du système de santé adopté en décembre 2015 autorise la prescription de substituts nicotiques par les médecins, y compris les médecins du travail aux travailleurs, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers ou les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes.

Il est intéressant de noter que la promulgation de cette loi permettra de voir ajouter à l'article L. 1121-

3 du code de la santé publique, un alinéa précisant que « Les recherches mentionnées au 2° de l'article L. 1121-1 concernant le domaine des soins infirmiers ne peuvent être effectuées que sous la direction et la surveillance d'un **infirmier** ou d'un médecin. »

Il est des évidences dont on apprécie l'écriture !

Voilà résumé en ces quelques lignes les derniers rebondissements de la saga « projet de loi de modernisation du système de santé » finalement adopté par l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015 et faisant suite à la Stratégie Nationale de Santé dont le lancement par la ministre de la santé, des affaires sociales et des droits des Femmes, date de septembre 2013.

Le mot fin n'est peut-être pas encore totalement inscrit puisque certains députés ont annoncé une saisine du Conseil Constitutionnel...

Il faudra de toute façon attendre la promulgation de la loi et surtout de ses décrets d'application et arrêtés pour en lire les effets. ■

*Nathalie DEPOIRE*  
Présidente du Syndicat CNI

*Dernière minute avant impression :*  
*Proclamation au JO le 27 janvier de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.*

*La notion « d'un diplôme de formation en pratique avancée de grade master délivré par une université habilitée à cette fin » qui figurait dans la rédaction du Sénat du 7 octobre 2015 a disparu.*

# Fin de vie et proposition de Loi Léonetti - Claeys, où en sommes-nous ?

Dans notre précédent numéro, nous avons tenté de vous expliquer la proposition de loi soutenue par Messieurs Leonetti et Claeys, relative aux droits des patients en fin de vie.

Lors de notre dernière revue, nous vous avons laissé, alors que le texte avait été adopté par les députés en mars puis rejeté par les sénateurs en juin.

Compte tenu des désaccords entre les députés et les sénateurs, le texte initial est donc revenu à l'assemblée nationale en octobre.

Les députés n'ont amendé que l'article 9 portant sur la personne de confiance en donnant la possibilité de désigner une personne de confiance suppléante.

Parallèlement, ils ont rejeté des propositions d'amendements qui soutenaient la possibilité d'une aide active à mourir.

Comptant aujourd'hui quatorze articles, ce texte, portant à présent le nom de « proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » a donc été adopté par les députés en deuxième lecture le 6 octobre 2015.

À quelques jours de la journée mondiale des soins palliatifs du 11 octobre 2015, Alain Claeys, dans un communiqué, diffusé à la suite du vote a souligné : « *Le symbole n'en est que plus fort car les soins palliatifs, leur généralisation, leur diversification dans les EHPAD et à domicile, la formation des professionnels de santé dans ce domaine, tout cela constitue le préalable au texte que je défends.* » Les députés ont ainsi approuvé la sédation profonde et continue jusqu'au décès, des directives anticipées qui s'imposent aux médecins, un rôle renforcé de la personne de confiance et un caractère encore plus impératif de l'obstination déraisonnable, a-t-il rappelé, ajoutant que « *ce texte n'épuisera pas le débat sur le sujet* ».

En commission des affaires sociales le 21 octobre, les sénateurs ont eux adopté treize amendements.

Jeudi 29 octobre les sénateurs ont peu modifié le texte de la commission: seuls cinq amendements ont été votés sur les vingt-sept en discussion.

L'article 2, dispose à présent que : « l'hydratation constitue un soin qui peut être maintenu jusqu'au décès », contrairement au souhait des députés d'inscrire l'hydratation artificielle comme un traitement et donc susceptible d'être interrompu si considéré comme obstination déraisonnable.

La commission a revu la définition de cette obstination déraisonnable, qui correspond depuis

la loi Léonetti de 2005 à des actes « inutiles » ou « disproportionnés » ou encore « n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Les sénateurs ont supprimé la notion d'actes « inutiles » mais conservé les deux autres critères.

Ce sujet de l'hydratation reste très discuté, la majorité des médecins déclarant que son arrêt n'entraîne pas de souffrance pour le patient mais les sénateurs considèrent que pour l'entourage, assister à la déshydratation de leur proche pendant plusieurs jours est très difficile.

L'amendement visant à autoriser une aide active à mourir ainsi que celui destiné à permettre au médecin de prescrire un traitement visant à accélérer la survenue de la mort ont, comme à l'assemblée nationale, été rejetés.

Sur le sujet des directives anticipées de l'article 8, une modification entraîne que celles-ci « sont respectées » et non plus « s'imposent au médecin ». A l'article 9, la commission a supprimé la possibilité de désigner une personne de confiance suppléante et instauré la possibilité pour une personne sous tutelle de désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille.

A ce stade, une commission mixte paritaire (CMP) assemblée-sénat doit désormais se réunir, en cas de désaccord, ce sont les députés qui auront le dernier mot après une lecture définitive.

Rendez-vous donc probablement dans notre prochain numéro afin de connaître les derniers rebondissements et peut être l'aboutissement de cette avancée significative en matière de reconnaissance des droits des patients en fin de vie. ■

*Céline DUROSAY*

*IDE - Secrétaire nationale adjointe du Syndicat CNI*

*Jean-Louis LE-BAIL*

*IDE en Unité de Soins Palliatifs*

*CH Belfort / Montbéliard*

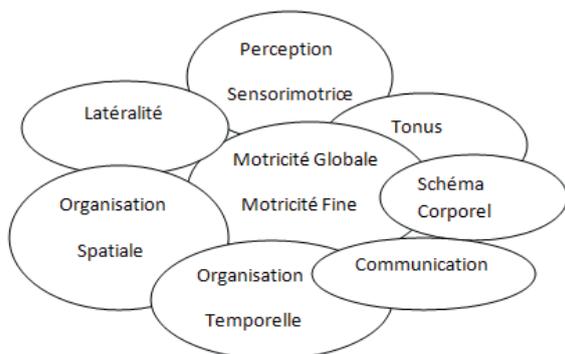
***Dernière minute avant impression :  
Proclamation au JO le 3 février de la  
LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de  
nouveaux droits en faveur des malades et des  
personnes en fin de vie.***



# Etre psychomotricien en pédopsychiatrie

## I) La psychomotricité

La psychomotricité regroupe l'ensemble des **fonctions motrices**, globales et fines, qui sont en lien direct ou indirect avec la pensée, la psychologie et les fonctions cérébrales. C'est une discipline autant qu'un courant de pensée, qui met en avant la liaison du corps et de la psyché. La psychomotricité est en amont de l'abstraction, elle existe lorsque la pensée a besoin des expériences du corps et de son empreinte tonique pour se concevoir et se développer (structuration du schéma corporel, mise en place des repères spatio-temporels, communication verbale et non verbale, expression des émotions, etc...).



La psychomotricité est une approche globale du sujet humain où corps et esprit sont considérés comme solidaires et unis.

C'est sur la base de cette unité psychocorporelle que je peux à la fois :

- savoir que j'existe et par là même trouver un sentiment d'identité, fondement de ma sécurité ;
- agir de façon adaptée dans mon environnement ;
- communiquer avec les autres, en-deçà des mots ;
- comprendre et me représenter le monde.

## II) Le métier de psychomotricien

### 1 - La prise en charge psychomotrice

La prise en charge en psychomotricité est mise en place à partir d'une prescription médicale.

Elle a pour objet de :

- Echanger, informer et rassurer les parents d'enfants ou d'adolescents en difficulté par l'intermédiaire de bilans psychomoteurs ;
- Prévenir l'altération du développement psychomoteur et de l'organisation psychomotrice d'un enfant, l'aider à progresser ;



- Aider un patient à trouver ou à retrouver un équilibre, une harmonie, un mieux-être, à mieux prendre conscience de son corps, de ses sensations, à le maîtriser et à lui permettre de s'exprimer avec aisance (thérapie à médiation corporelle, relaxation).

### 2 - Liste non exhaustive des indications pouvant orienter vers une prise en charge psychomotrice

- retard des acquisitions psychomotrices (coordinations, motricité globale et fine) ;
- trouble de l'équilibre ;
- difficultés d'attention et de concentration ;
- troubles du comportement (agressivité, hyperactivité, inhibition...) ;
- handicap (moteur, intellectuel, sensoriel) ;
- psychopathologies (autisme, dépression, anxiété...) ;
- troubles psychosomatiques (eczéma, migraine..) ;
- difficultés relationnelles, manque de confiance en soi ;
- troubles du sommeil ;
- dyspraxies ;
- troubles tonico-émotionnels ;
- trouble de la latéralité ;
- désorientation ou difficultés d'organisation spatiotemporelle ;
- trouble de l'image du corps (anorexie, boulimie...) ;
- trouble de la régulation tonique.

### 3 - Quelques médiateurs utilisés en psychomotricité au sein d'un service de pédopsychiatrie

**L'eau :** milieu originel de l'enfant, l'eau permet l'expérience de sensations uniques, impossibles à percevoir en salle de psychomotricité ou dans toute autre médiation. Le corps dans l'eau amène le sujet à explorer des sensations inédites et étrangères de celles qu'il vit et connaît en dehors du bassin. Ses propriétés font d'elle un atout dans le domaine de la psychomotricité : l'eau est indestructible, très sensible aux variations de l'environnement et transformable. Elle suit les contours et les gestes du corps, réagit aux mouvements corporels. Le sujet peut s'y immerger complètement, l'eau lui formant ainsi une seconde enveloppe corporelle.

**La relaxation :** avec la relaxation, le psychomotricien propose un passage par la sensation, l'éprouvé corporel, au plus près du rythme de l'enfant, afin de mettre en route l'expérience d'un corps contenant, fiable et support de symbolisation. En psychomotricité, la relaxation est avant tout une expérience corporelle de détente et de conscience du corps vers la verbalisation des ressentis. Le psychomotricien est formé à plusieurs méthodes de relaxation active et passive.

**L'expression corporelle :** l'expression corporelle vise la prise de conscience de soi et la libération de tensions et de blocages inscrits dans la mémoire du corps. Sur le plan physique, elle améliore la coordination et le tonus musculaire. Sur le plan mental et émotif, elle renforce l'affirmation de soi, stimule les capacités intellectuelles et la créativité, et permet de rencontrer des émotions parfois difficiles à exprimer verbalement : colère, frustration, sentiment d'isolement, etc...

**Le cirque :** les activités du cirque comme le trampoline, le gros ballon, la poutre et le jonglage, mettent en jeux de nombreuses composantes: psychomotrices, neurophysiologiques, cognitives et affectives, dans une approche ludique de rééducation et de stimulation psychomotrice.

**Le jeu :** jouer, rêver, imaginer, c'est une construction de l'Etre. Bouger, jouer, courir, se tenir en équilibre, danser, se cacher, respirer, construire avec ses mains, rouler par terre, escalader, jeter, se jeter, lancer, être allongé, tous ces jeux et actions - qui utilisent l'espace et le temps et qui font appel à un corps « en mouvement psychique » - sont la base des ressentis, des émotions, des conflits, pour peu que quelqu'un soit là pour en faire ou en tisser quelque chose de

vivant et d'adressé. Ces jeux, qui sont des choix de l'enfant - qui par leur intermédiaire vient dire ses préoccupations et ses difficultés - impliquent l'utilisation de médiations simples comme dessiner, faire de la musique, construire avec des cubes, jouer à la poupée, jouer au ballon...

### 4 - La psychomotricité : à l'interface des dimensions corporelles et psychologiques

Par rapport aux orthophonistes, le psychomotricien structure les pré-requis psychomoteurs nécessaires à l'émergence de la pensée et à l'expression symbolique du langage (parole, dessin, écriture), mais sans s'attacher à la correction des troubles du langage (articulation, syntaxe, orthographe).

Par rapport aux kinésithérapeutes, les soins psychomoteurs ne traitent pas les troubles neuromusculaires ou osseux, mais les difficultés psychologiques en rapport avec les symptômes organiques, ainsi que les troubles instrumentaux qui en découlent.

Par rapport aux psychologues, l'approche psychomotrice est centrée sur le corps, le vécu, le ressenti corporel du patient. La verbalisation et la compréhension des problèmes se dégagent au cours des séances par cet intermédiaire. La thérapie psychomotrice peut être une indication lorsque passer par la parole n'est pas évident. L'approche psychocorporelle peut également être un préambule quand un patient n'est pas encore disponible à la psychothérapie. ■

*Juliette DURIEZ,  
Psychomotricienne.  
CMP Anne Franck  
CH Béziers*



# Unité Cognitive-Comportementale du Mittan à Montbéliard

## Qu'est-ce qu'une UCC (Unité Cognitive-Comportementale) ?

C'est une unité de 10 à 12 lits que l'on trouve au sein d'un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Elle a pour objectif de stabiliser les troubles du comportement, grâce à un programme individualisé de réhabilitation cognitive et comportementale, d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise en l'absence d'une indication de court séjour.

Elle dispose, au sein de locaux adaptés, de personnels formés et de personnel spécifiques (neuropsychologue, psychologue, ergothérapeute, assistante de soins en gérontologie, animatrice).

Son but est de permettre le maintien du patient à son domicile d'origine. Les objectifs sont de :

- Réduire les troubles du comportement par une approche non médicamenteuse.
- Diagnostiquer, évaluer les troubles et les capacités préservées.
- Prévenir l'iatrogénie et réduire les psychotropes.
- Limiter la réémergence des phénomènes comportementaux.
- Améliorer l'adéquation entre le patient, sa pathologie, son lieu de vie et tenir compte de limites liées au domicile.
- Favoriser le retour et le maintien à domicile.
- Accompagner les aidants afin de les associer au projet de soin.
- Etablir des liens avec les structures extrahospitalières et travailler en réseau autour du patient.
- Adopter une réflexion éthique autour des maladies démentiennes.

## Quelles sont les personnes concernées ?

Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant l'ensemble des caractéristiques suivantes : trouble de la

déambulation (debout ou fauteuil roulant), agressivité, troubles du comportement productifs (hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil).

## Comment se déroule une admission en UCC ?

L'orientation de patients en UCC est faite par le médecin de ville quand le malade est à domicile ou par le médecin responsable du service de court séjour gériatrique ou autre service d'hospitalisation après la réalisation d'un bilan médical approprié pour les patients hospitalisés. Le médecin traitant ou le médecin coordonnateur d'un EHPAD peut faire une demande pour un résident. Ces unités ont été créées selon la mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012.

**A Montbéliard**, la structure a été ouverte le 2 février 2015 suite à la constitution d'un dossier incluant un cahier des charges précis et détaillé en 2014, qui a été soumis à l'ARS de Bourgogne Franche-Comté pour validation.

Le service se situe au -2 du bâtiment du SSR sur le site du Mittan. Il se compose de 20 lits dont 12 en chambres individuelles et 4 en chambres doubles. Parmi les 12 chambres individuelles, 10 d'entre elles sont consacrées à l'UCC.

Les locaux ont été aménagés afin de répondre au cahier des charges et aux besoins des patients.

- Ainsi les portes sont sécurisées : porte d'entrée, salle de soins, salles diverses et variées mais aussi les portes des armoires de chambre (afin d'éviter les erreurs, les mélanges et les conflits), les familles peuvent y accéder librement.
- Les chambres sont aménagées en fonction des besoins : les lits surbaissés, armoires de chambre, matelas de sol antichute, l'organisation même de la chambre peut être variable, repères dans le temps et l'espace.
- Des cloisons mobiles ont été installées pour permettre la création d'espaces restreints favorisant la diminution des stimuli sonores et ainsi éviter l'agitation.

## Unité Cognitive-Comportementale du Mittan à Montbéliard

- Une pièce a été aménagée en espace Snoezelen.

Des activités proposées permettent la gestion de ces troubles :

- Une cuisine thérapeutique permet la réalisation de mets ou de repas par les patients, encadrés par les soignants.



- Activités diverses et variées : lecture du journal, groupe de discussion, travail sur la mémoire, atelier réminiscence, bricolage avec ou non thème associé à une fête, jardinage, jeux de société, chant, musique, dessin...
- L'équipe utilise les jeux de lumière, zone d'ombre ou de lumière pour canaliser les patients sur des endroits plutôt que les contenir.

Un jardin thérapeutique est accessible à volonté dès que la météo le permet. Il permet la déambulation sécurisée, les repères par les zones de couleurs, de bruits (fontaine) ou aires de repos. Il offre des zones d'activité : terrain de boule et du jardinage en bac à hauteur.

L'équipe pluridisciplinaire se compose de :

- 9 aides-soignantes de jour (qui ont quasiment toutes suivies la formation d'assistant en gérontologie). Elles proposent des activités qui permettent de structurer la semaine, de travailler la mémoire, la praxie (capacité à coordonner les mouvements) tout en apportant la notion de plaisir et de valorisation : jeux de cartes, peinture, dessin, chants ou confection de gâteaux...
- 7 infirmier(e)s qui couvrent le jour et la nuit
- 4 ASH (agent des services hospitaliers) qui sont intégrés au projet de service et aux soins des

patients en fonction de leurs compétences. Les patients peuvent, par exemple, essuyer la table, plier le linge.

- 1 cadre de santé.
- 2 médecins gériatres.
- 1 neuropsychologue à mi-temps qui réalise des bilans NPI à J7 et J21 (inventaire neuro psychiatrique qui mesure le retentissement des symptômes sur le patient).
- 1 psychologue qui intervient 1 fois par mois pour l'équipe (elle vient de Maison Joly, l'EHPAD de Montbéliard).
- 1 éducatrice sportive qui fait pratiquer des activités ciblées, en fonction des besoins.
- 1 diététicienne commune au SSR qui intervient sur sollicitation de l'équipe.
- 1 ergothérapeute, 1 orthophoniste et 1 kinésithérapeute qui sont mutualisés sur les 3 étages des Soins de Suite du site du Mittan.
- 1 assistante sociale dédiée sur 20% de son temps
- Les secrétaires sont elles aussi mutualisées sur les 3 secteurs.

En plus de ces professionnels, le service bénéficie :

- Des interventions occasionnelles d'un musicothérapeute de Maison Joly, celui-ci sensibilise le personnel aux effets que peut produire la musique sur les patients.
- De visites des « amis de l'hôpital » (association de bénévoles).
- De l'accompagnement des représentants des différents cultes.
- De l'association JALMAV (« jusqu'à la mort accompagner la vie »).



## Unité Cognitive-Comportementale du Mittan à Montbéliard

- ou de façon plus ponctuelle, de l'intervention de bénévoles du conservatoire de musique de Montbéliard, qui proposent des animations.
- Parfois le service reçoit aussi la visite de l'Armée du Salut qui vient faire profiter de son répertoire de chants et d'intervention de groupe de jeunes qui apprennent à danser le flamenco. Le temps de quelques heures, ils permettent aux patients de s'évader un peu de leur quotidien.

### Quelles sont les principales différences de fonctionnement de ce service ? (par rapport à une unité classique)

#### **Le service vit au rythme du patient.**

En effet celui-ci a la possibilité de se coucher et de se lever à l'heure qu'il souhaite (et ce afin de respecter au maximum le rythme de vie). Ainsi, il n'y a pas d'heure du coucher fixée ni d'heure de lever impératif, les petits déjeuners sont servis en salle à manger de 7h30 à 10h. Ceci dit l'équipe préserve le respect des rythmes jour / nuit.

Tous les repas sont, par ailleurs, pris dans cette même pièce par tous, excepté lorsque le patient est en isolement ou n'est pas encore prêt à cette sociabilisation. Autant que faire se peut, les repas sont adaptés afin de conserver une alimentation attractive et la plus « normale » possible (par exemple on remplace le pain par du pain de mie, on propose un café à la fin du repas...).

Les journées sont structurées autour des heures de repas et des collations afin de donner un cadre.

**Les sorties « promenade »** avec la famille sont favorisées et possibles tous les jours de la semaine sous couvert d'autorisation médicale.

**L'équipe du service a adopté la philosophie du « vivre debout »** et permet aux patients de déambuler à volonté tout en assurant leur sécurité; ainsi lorsque le risque de chute est trop important une contention au fauteuil pourra être envisagée (sur prescription médicale) tout en permettant la déambulation par propulsion bipodale.

**Des formations sont proposées au personnel** afin de permettre d'appréhender au mieux les spécificités

de cette structure, chaque nouvel agent arrivant dans le service suit la formation « prise en charge non médicamenteuse de la maladie d'Alzheimer ».

En janvier 2016, 7 des 9 aides-soignantes et 2 des 7 infirmières pourront suivre une formation sur la salle Snoezelen (salle de stimulation multi-sensorielle contrôlée, visant à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante, salle installée depuis peu dans le service et financée grâce aux subventions propres à l'UCC). Une autre formation est également proposée sur la sensibilisation à la musique.

Le projet de soins inclut le développement d'un **jardin thérapeutique** qui se développe petit à petit avec la présence d'arbres, de végétation à diverses senteurs, de nichoirs à oiseaux, d'un hôtel à insectes, d'une fontaine. Des bancs ont été installés pour favoriser les moments de détente.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de personnes qui ont eu la volonté de travailler dans cette structure spécifique, qui au départ bouleverse les « habitudes » de soins mais se révèle d'une grande richesse et est en recherche permanente d'évolution, ainsi actuellement une réflexion est en cours pour formaliser un « **accueil du patient et de leur famille** ». D'autres sujets de réflexion sont en cours : un travail autour de la traçabilité du comportement dans les activités, une autre sur le « manger main » et des discussions sont en cours avec d'autres structures analogues dans le but d'une amélioration constante de la prise en soins des patients.

Une équipe dynamique avec de nombreux projets qui nous donnera très sûrement l'occasion d'aller la rencontrer à nouveau.

Je remercie vivement Mme Flachet, cadre de santé du service qui m'a accordé un long moment afin de me présenter toutes les spécificités de l'UCC, pour sa disponibilité et la passion qui l'anime dans sa tâche, Monsieur le Docteur Lamboeuf chef de service et Mme Goué cadre de pôle pour le temps qu'ils ont pris afin d'enrichir cet article, ainsi que tout le personnel de l'unité qui nous accueille toujours avec le sourire et fait preuve d'un professionnalisme remarquable. ■

*Céline DUROSAY  
IDE*

*Secrétaire nationale adjointe du Syndicat CNI*

# LA MOSAÏQUE, ou comment savoir gérer son stress



IADE au bloc ophtalmologique de l'hôpital de la Timone, après des journées de travail intenses, il me fallait absolument trouver un moyen pour faire retomber la pression de tout le stress que l'on peut accumuler dans un bloc opératoire.

La mosaïque est une activité peu onéreuse qui permet de se détendre en créant : il existe plusieurs méthodes une seule sera abordée ici pour vous faciliter le travail.

Méthode dite directe pour la réalisation par exemple, d'un dessous de plat. C'est la méthode la plus simple qui permet de coller directement les tesselles sur le support (les tesselles doivent avoir la même épaisseur).

## Matériel :

- Des petits carreaux, soit en pâte de verre, soit émaillés appelés également tesselles.
- De la colle. Après de multiples tentatives, utiliser de la colle à bois type colle pour parquet rapide.
- Une pince pour la coupe des carreaux.
- Un support type bois en contreplaqué.
- Du ciment joint avec une petite spatule et un chiffon imprégné de vinaigre blanc.

## Mise en œuvre :

Réalisation, sur le support, du dessin à reproduire (si vous ne savez pas dessiner ce n'est pas grave utilisez un calque pour reproduire le motif de votre choix) ou laissez aller votre créativité en collant et en assemblant des couleurs aléatoires.

Ensuite découpez les tesselles en fonction des couleurs de votre motif, faites un test avant d'utiliser la colle (toujours penser à laisser un espace entre chaque tesselle) la colle ne doit pas remonter à la surface.

Une fois le motif accompli, laissez sécher la colle durant 24h puis passez à la phase finale : la mise en place du joint.

Dès que celui-ci est posé, nettoyez les tesselles avec le chiffon imprégné de vinaigre blanc, le joint doit disparaître de la surface des tesselles et solidariser votre œuvre.

Détendue et zen je peux admirer mon œuvre et me préparer à retourner au travail sereine. ■

*Marie Jo RIERA*  
*IADE AP-HM Hôpital Timone*

# Hypnose médicale

Infirmière diplômée d'état depuis 1999 et infirmière de bloc opératoire depuis 9 ans, j'exerce ma profession au sein du bloc opératoire de neurochirurgie de l'hôpital de la Timone.

En 2007, le Professeur Metellus, neurochirurgien, a décidé de développer au sein du service, la chirurgie éveillée pour opérer des tumeurs précancéreuses située en zones fonctionnelles du cerveau (langage ou motrice).

Le but de la chirurgie éveillée est de permettre une localisation précise des fonctions sensivo-motrices, langagières et cognitives afin de mieux les respecter.

Pour ce faire, une phase de l'intervention se déroule en condition vigile, le patient est alors « acteur » de son intervention. Il participe à des tests orthophoniques et / ou moteurs.

L'annonce d'une telle procédure est particulièrement anxiogène pour les patients, l'angoisse nuit au bon déroulement de l'intervention. De plus, la prémédication est contre-indiquée, en effet, elle retarde le réveil et rend la participation moins efficace.

Cependant, bien que cette chirurgie soit pratiquée depuis de nombreuses années, peu d'équipes se sont intéressées au vécu de cette procédure par le patient.

Au CHU de la Timone, sous l'impulsion des IBODE et avec le soutien du Professeur Philippe Metellus et du Docteur Agnès Trebuchon, nous avons élaboré un dispositif préopératoire, associant, une consultation IBODE avec visualisation d'une vidéo et remise d'une plaquette d'information. Cette première approche nous a permis de réduire l'anxiété péri-opératoire, bien qu'elle nous soit vite apparue insuffisante.

L'hypnose s'est alors imposée à l'équipe et j'ai eu envie de découvrir qu'elle était cette méthode qui allait me permettre de converser avec l'inconscient.



## Qu'est-ce-que l'hypnose ?

Hypnose, un mot qui fait peur, un mot mal connu, un terme qui éveille les fantasmes, vocable qui dès sa création est sujet à polémique.

Réalité scientifique ou charlatanisme ? Nombreux sont sceptiques de son efficacité, de son action profitable à des fins thérapeutiques.

Donner une définition exacte de l'hypnose n'est pas aisée du fait des connaissances actuelles. On peut déjà affirmer, contrairement aux croyances, que l'hypnose n'est pas un sommeil. Le patient reste conscient, il garde le contrôle tout au long de la séance.

Etymologiquement le mot hypnose vient du grec hypnos, qui veut dire sommeil.

Pour **ERICKSON**, c'est un phénomène banal, naturel que chaque individu expérimente dans sa vie. Il développe l'idée, que l'hypnose est un état de concentration mentale tel, que le sujet absorbé dans ses pensées devient indifférent aux événements extérieurs. D'Après Erickson et Rossi (1977). <sup>[1]</sup>

C'est un état de conscience modifiée, caractérisée par certaines réactions physiologiques (relaxation musculaire, diminution de la pression sanguine, ralentissement des mouvements respiratoires), par une réceptivité élevée aux suggestions, un accès plus facile aux émotions aux idées et aux souvenirs inconscients. <sup>[2]</sup>

Le psychiatre **Jean GODIN** définit l'hypnose comme un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur.

En 2010, **BIOY ET AL** la définit comme un état modifié de conscience, différent de la veille et du sommeil par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi.

A partir de la littérature, on peut dire que l'hypnose est un état de conscience modifiée, de détente, avec une concentration mentale importante qui permet au sujet de se couper du monde extérieur. Cet état permet à l'hypno praticien d'aider le patient à mobiliser ses propres ressources dans un objectif précis.



## L'hypnose aujourd'hui

Alors qu'en Europe, l'hypnose est méprisée, critiquée, voire diffamée, aux Etats-Unis, cette discipline semble séduire à nouveau, on l'utilise notamment dans le traitement des névroses de guerres.

La communication est prépondérante. Elle est non-directive, c'est-à-dire que rien n'est imposé au sujet. L'hypnose éricksonienne vise à rechercher des solutions en provoquant la stimulation de facultés inconscientes. Par le biais d'un langage hypnotique, le thérapeute favorise l'émergence des processus de guérison propres au patient, et lui fait faire un travail thérapeutique actif.

Pour lui, 100% des patients peuvent vivre une expérience hypnotique.

Renommé tant comme thérapeute, qu'enseignant, formateur, et écrivain, il contribue à la création de l'école de PALO ALTO. Il est également, le fondateur de la Société Américaine d'Hypnose Clinique.

Aujourd'hui, de nombreuses écoles ou instituts se réclament de son nom, pourtant, il n'a jamais évoqué le désir de fonder une école ou un mouvement. En effet, il fait trop confiance à l'intuition humaine pour vouloir l'enfermer dans un cadre rigide<sup>[3]</sup>.

## Quel est l'intérêt de l'hypnose en péri-opératoire

L'hypnose en péri-opératoire peut être utilisée pour lutter contre l'anxiété et la douleur des patients.

## Action sur l'anxiété

L'anxiété est une manifestation commune face à une intervention. Les sujets opérés sont en moyenne 20% plus anxieux, que la population générale et on détecte une anxiété chez 40% des patients opérés<sup>[4]</sup>. Cette anxiété peut avoir des répercussions, d'ordre psychologique et somatique. Dans le cas de la chirurgie éveillée du cerveau, on ne peut pas compter sur les traitements préopératoires habituels qui ralentissent le réveil des patients lors de l'intervention, c'est donc sur la manière, dont les patients sont accompagnés durant leur parcours hospitalier, qu'il faut porter les efforts pour améliorer les pratiques<sup>[5]</sup>.

Il est démontré que l'anxiété péri-opératoire est diminuée par l'hypnose<sup>[6]</sup>. La comparaison à J1, J10 et J30 de l'anxiété, de deux groupes de patients opérés d'une thyroïdectomie (un groupe « anesthésie générale », versus un groupe « hypnose »), objective une diminution significative de l'anxiété dans le groupe « hypnose ». Ces résultats amènent deux questions :

- est-ce l'hypnose qui diminue de manière significative l'anxiété ?
- Ou est-ce l'anesthésie générale qui est anxiogène ?

Dans la même période, une étude compare le confort de deux groupes de patients opérés d'une intervention mineure : un groupe sous diazalgésie consciente, un autre sous hypnose ; le groupe hypnose s'avère beaucoup plus confortable et moins anxieux<sup>[7]</sup>.

Une autre étude<sup>[8]</sup> compare l'efficacité de l'hypnose face à d'autres techniques de relaxation. Deux groupes de 30 patients victimes de brûlures, touchant 25% de la surface corporelle, ont des pansements quotidiens pendant au moins 14 jours. Un groupe bénéficie de techniques de relaxation classique, alors que l'autre groupe est en transe hypnotique, pendant les pansements. On note des réductions, nettement plus importantes de l'anxiété, non seulement avant mais aussi pendant et après les pansements, dans le groupe hypnose comparativement avec le groupe relaxation.

En 2006, une étude objective la diminution de l'anxiété à l'entrée du bloc opératoire et à sa sortie chez des patients ayant profité d'une prise en charge hypnotique préopératoire<sup>[9]</sup>.

Chez l'enfant des études comparant l'utilisation de midazolam, versus hypnose en tant que technique de prémédication, ont mis en évidence l'efficacité de l'hypnose pour diminuer l'anxiété préopératoire. Il existe une diminution des scores d'anxiété, entre l'entrée dans le service et la pose du masque au bloc

## Hypnose médicale

opératoire. Les enfants conduits au bloc, en hypnose conversationnelle, sont moins anxieux, au moment de l'induction, qu'à leur arrivée dans le service. Cette diminution de l'anxiété préopératoire n'est pas rapportée dans la littérature avec d'autres techniques de relaxation. En postopératoire, l'hypnose utilisée en prémédication, permet de diminuer également les troubles du comportement, pendant la première semaine comparativement au midazolam<sup>[10] [11]</sup>.

L'hypnose présente clairement un intérêt dans la lutte contre l'anxiété péri-opératoire. La littérature conforte donc les impressions cliniques. La transe est caractérisée par une sensation de confort, il est agréable d'être en transe. L'activité consciente diminue, l'esprit se met au repos, le corps adopte aussi un fonctionnement utilisant une énergie minimale avec une relaxation musculaire importante, une immobilité, un ralentissement et régularisation des fonctions cardiaque et respiratoire.

Au vu des résultats des différentes études, l'hypnose nous semble, le moyen de choix pour lutter contre l'anxiété préopératoire, dans le cadre d'une chirurgie éveillée, d'autant plus, que toute prémédication est contre-indiquée.

### Action sur la douleur

En 2009<sup>[12]</sup> une étude démontre, que la perception de l'existence d'un stimulus est identique, avec ou sans hypnose, mais que, quand un inconfort ou une douleur apparaissent, ils sont significativement diminués sous hypnose.

Le processus hypnotique active des régions cérébrales qui participent à la gestion de la douleur.

Il permet l'utilisation de capacités formidables du cerveau, à recruter des réseaux neuronaux, en fonction des besoins du moment, modulant, la connectivité du cortex cingulaire antérieur avec toutes les régions qui participent à l'évaluation cognitive. Ce processus entraîne une meilleure évaluation sensori-discriminative, émotionnelle et cognitive du stimulus nociceptif.

La réponse affective et comportementale des sujets est donc optimisée.

Actuellement, plusieurs théories essaient d'expliquer l'action de l'hypnose :

- **Théorie néo-dissociative** : Le corps enregistre la douleur, mais une barrière amnésique empêche de prendre conscience de celle-ci.
- **Théorie de l'activation** : L'hypnose diminue les afférences nociceptives de provenance périphérique, soit au niveau de la moelle, soit par l'activation d'un circuit inhibiteur cortico-spinal.

- **Théorie des opioïdes endogènes** : Cette théorie ne résiste pas au fait que la naloxone ne neutralise pas l'analgésie hypnotique. De plus, cette dernière peut être répétée et interrompue rapidement.

L'action de l'hypnose au niveau de la douleur est ainsi démontrée, même si, la chirurgie éveillée n'est pas considérée comme une chirurgie douloureuse. L'hypnose peut être une alliée, lors de l'intervention, pour diminuer une sensation douloureuse envahissante, qui empêche la participation efficace du patient.

## Intérêt de la communication

La manière de communiquer avec un patient, dès les premiers instants de son parcours hospitalier, semble primordiale, pour le déroulement d'une intervention chirurgicale. L'ensemble des équipes médicales et paramédicales sont en première ligne pour la qualité de la communication.

Communiquer, c'est recevoir aussi bien qu'envoyer des informations. Ce terme veut dire créer un échange permanent, plus ou moins dense, de messages.

Dans le travail hypnotique, la communication est fondamentale puisqu'elle se construit essentiellement à base des ressources et des idées du patient.

Cette communication a son importance dans le verbal et le non-verbal.

## Pratique de l'hypnose en neurochirurgie

Il existe plusieurs manières, d'utiliser l'hypnose en neurochirurgie. Tout d'abord, on peut utiliser l'hypnose conversationnelle, lors d'un entretien ou de l'accueil au bloc opératoire. Ensuite, on peut en accord avec le patient réaliser une séance d'hypnose formelle. Et enfin, il peut être pratiqué pour certains actes de chirurgie, une hypno-sédation comme pour l'évacuation d'un hématome sous-dural chronique. Cependant, l'introduction de l'hypnose en chirurgie ne se fait pas sans contraintes.

### L'hypnose conversationnelle

L'hypnose conversationnelle [13] est une hypnose moins formelle mais elle est la base de toute technique d'hypnose. Il n'y a pas d'induction hypnotique classique et elle ne nécessite pas de

transe hypnotique réelle. Elle consiste à se servir de principes de communication, couramment utilisés en hypnose (suggestion indirecte, images métaphoriques, confusion de langage,...).

## L'hypnose formelle

Elle succède à une information donnée au patient, sur son procédé et son objectif et se réalise suivant « un protocole » usuel, l'induction, la dissociation, la phase de travail, le retour. L'hypnose formelle nécessite une formation indispensable, pour les soignants, car à la différence de l'hypnose conversationnelle, elle s'exerce dans un cadre bien précis, avec un objectif et « un contrat ». Elle ne peut se faire sans l'accord, la coopération et la motivation du patient.

## L'hypno-sédation

L'hypno-sédation [14] est une alternative à l'anesthésie classique. L'adhésion du patient est essentielle. Elle combine une séance hypnotique à une sédation consciente et / ou à l'anesthésie locale.

Cette technique supprime les effets secondaires, liés aux médicaments anesthésiques comme les vomissements, les maux de tête. Elle supprime les douleurs postopératoires liées à l'intubation car cette dernière est alors inutile.



## Les limites de l'utilisation de l'hypnose au bloc opératoire

Comment en tant qu'infirmière de bloc opératoire (IBODE), peut-on mettre en place une séance d'hypnose dans le contexte d'un bloc opératoire de neurochirurgie ?

La pratique de l'hypnose au sein d'un bloc opératoire est confrontée à des contraintes :

- La pression de certains opérateurs,
- la nécessité de ne pas perdre de temps,
- le bruit,
- le nombre élevé de personnel,
- le peu de temps imparti pour discuter avec le patient avant le début de l'intervention,
- la place de l'infirmier de bloc opératoire en tant qu'hypno-praticien et la méconnaissance de cette discipline.

Cependant des mesures peuvent être mises en place pour diminuer l'impact de ses contraintes.

Une des première mesure, afin d'améliorer l'organisation du bloc et de favoriser l'exercice de l'hypnose, est la mise en place de la programmation d'un entretien hypnose, dès les consultations du chirurgien ou de l'anesthésiste et de former un plus grand nombre de personnel à la pratique de l'hypnose. Au sein de mon service, une consultation préopératoire est réalisée, la veille de chaque chirurgie éveillée par l'infirmière de bloc opératoire présente le jour de l'intervention, mais en tant que seul personnel formé à l'hypnose je ne peux voir l'intégralité des patients. Enfin, il m'est déjà arrivé qu'un chirurgien me demande d'aller voir un patient qu'il trouvait trop stressé avant une opération (de chirurgie éveillée).

Il faut aussi partager, faire connaître la technique et ses bénéfices. Le fait de communiquer sur les bénéfices que peut apporter l'hypnose, permet de faire changer les habitudes. C'est notamment vrai pour l'hypnose conversationnelle, le fait de discuter avec l'équipe sur le poids des mots, amène rapidement à des changements, comme par exemple « *vous n'avez pas trop froid ?* » en « *avez-vous suffisamment chaud ?* ».

Une autre difficulté est de prendre sa place au sein de l'équipe du bloc. En tant qu'infirmière de bloc opératoire, seule pratiquante en hypnose, ma place est difficile à trouver, notamment auprès de l'équipe médicale et paramédicale d'anesthésie. En effet, n'étant pas une spécialiste de la douleur et de l'anesthésie, on préfère cantonner l'hypnose à la gestion de l'anxiété.

La pression des chirurgiens « il faut faire vite », « ne pas perdre de temps » rend parfois difficile la simple consultation du dossier avant l'intervention. Alors l'utilisation de l'hypnose conversationnelle prend tout son sens lors de l'accueil du patient.

La pratique de l'hypnose rencontre des difficultés et des résistances, cependant, la motivation de l'hypno-

## Hypnose médicale



praticien et les bénéfices ressentis par les patients doivent nous pousser à faire tomber les barrières. L'hypnose est l'art de communiquer, il faut donc l'utiliser pour arriver à la mettre en place dans nos blocs opératoires.

### Conclusion

Après une longue période de veille éveillée, l'hypnose médicale se démocratise, pour preuve, les formations, de plus en plus nombreuses, attirent nombres de soignants, au sein d'instituts spécialisés ou de facultés de médecine.

Pourtant, elle conserve encore son image négative.

Sa démocratisation dans les blocs opératoire vient en partie du fait, que l'on s'intéresse, enfin, au vécu psychologique du patient face à l'anxiété et la douleur qu'il rencontre au détour de son parcours de soin.

Pour nous soignants et débutants hypno-praticiens, il est primordial de maintenir nos connaissances en pratiquant, pratiquant, pratiquant. Chaque échange avec le patient doit être un moyen pour nous d'améliorer notre façon de communiquer, en nous adaptant constamment. L'échange de nos pratiques entre soignants formés va aussi permettre de nous perfectionner sans cesse. Mais cela demande du temps.

L'adhésion de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est impérative pour organiser de manière optimale les séances d'hypnoses préopératoires et qu'un maximum de patients puisse en bénéficier. Il est peut être, nécessaire de développer au niveau de

la profession infirmière des consultations hypnose pour lutter contre l'anxiété, et accompagner le patient tout au long de son parcours hospitalier. On peut envisager, au sein des hôpitaux des formations internes, pour proposer d'initier, une grande partie du personnel à la communication sur un mode Ericksonnien, des brancardiers, aux infirmiers d'accueil, aux infirmiers de salle de réveil. Ainsi, le patient pourrait éviter la transe négative qui accompagne souvent son arrivée au bloc opératoire. Des protocoles pourraient être créés pour la pose de voies veineuses périphériques. L'hypnose conversationnelle est un outil complémentaire à la réalisation de soins potentiellement douloureux et anxiogènes.

Infirmière de bloc opératoire, il est évident, pour moi, ainsi que pour l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire de chirurgie éveillée, que les patients qui ont participé à cette expérience, ont eu un meilleur vécu de leur séjour hospitalier, mais ces constatations ne sont que cliniques pour le moment. La pratique de l'hypnose a transformé ma relation de soignant avec le patient. Sa pratique a modifié mon rapport aux autres dans le milieu professionnel mais aussi personnel.

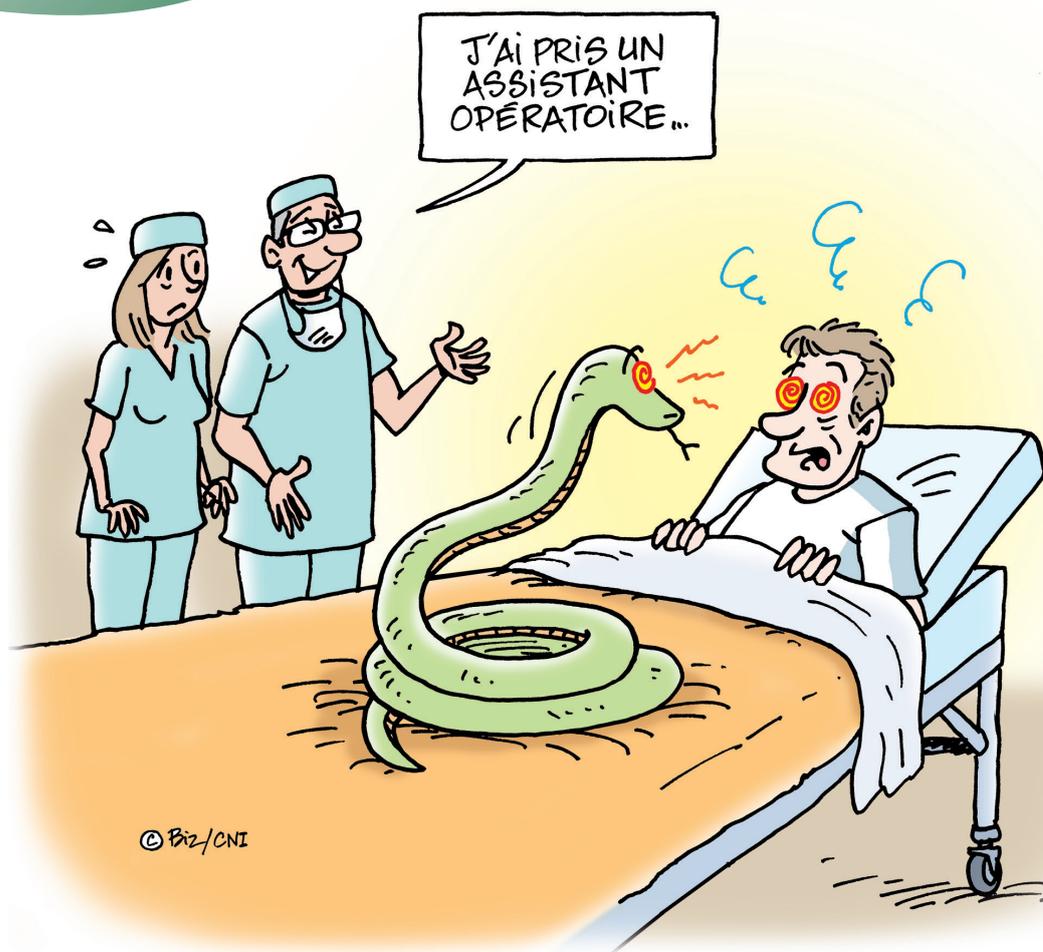
Est-elle un soin à part entière ou une façon de communiquer qui modifie notre rapport aux autres dans la vie quotidienne ? ■

*Carine PAVARD  
IBODE Hôpital Timone  
CNI AP-HM*

*« La personne non éveillée vit dans son monde, la personne éveillée vit dans le monde ».*

*Andrew Cohen.*

*Pourtant,  
elle conserve  
encore  
son image  
négative.*



### BIBLIOGRAPHIE

- <sup>[1]</sup> Erickson M.H. ELR. Expériences auto-hypnotiques de Milton H. Erickson. Journal américain de l'hypnose clinique.1977
- <sup>[2]</sup> Erickson 1989 cité dans Edgette et all, 2002.
- <sup>[3]</sup> Tenenbaum S. L'hypnose un sommeil qui éveille. 3<sup>ème</sup> édition Inter Edition Paris 2010.
- <sup>[4]</sup> Beydon L, Dima CE. Anxiété péri opératoire : évaluation et prévention. Le praticien en Anesthésie Réanimation, 2007.
- <sup>[5]</sup> Bonnet F. Quels sont les critères de satisfaction des patients après une anesthésie ? Ann Fr Anest Réanim 2006.
- <sup>[6]</sup> Defechereux T, Degauque C, Fumal I, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, Meurisse M. L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Etude prospective randomisée. Ann Chir 2000.
- <sup>[7]</sup> Faymonville ME, Mambourg PH, Joris J, Vrijens B, Fissette J, Albert A, Lamy M. Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. Pain 1997.
- <sup>[8]</sup> Frenay MC, Faymonville ME, Devlieger S, Albert A, Vanderkelen A. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. Burns 2001.
- <sup>[9]</sup> Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. Anesth Anal 2006.
- <sup>[10]</sup> Lucas-Polomeni MM, Sauve-Barbarot C, Azzis O, Fremont B. Intérêt de l'hypnose en chirurgie pédiatrique. Arch Pediatr 2008.
- <sup>[11]</sup> Lucas MM, Languenan N. L'hypnose et la sophrologie ont-elles une place pour diminuer l'anxiété préopératoire. 51<sup>ème</sup> congrès de la SFAR 2009.
- <sup>[12]</sup> Vanhauudenhuys A, Boly B, Balteau E, Schnakers C, Moonen G, Luxen A, Lamy M, Delguedre C, Bricchant JF, Maquet P, Laureys S, Faymonville ME. Pain and no-pain processing during hypnosis: A thulium-YAG event-related fMRI study. NeuroImage 2009.
- <sup>[13]</sup> Bioy A, Wood C, Célestin-Lhopiteau L. L'aide-mémoire d'hypnose en 50 notions. 1<sup>ère</sup> édition Paris : Dumod, 2010.
- <sup>[14]</sup> Bisson O. Hypnose médicale au bloc opératoire.

# La CNI vous répond

## Question de Valérie, infirmière

Je travaille depuis 8 ans dans un service de gériatrie de 28 lits dans un hôpital. Cela fonctionnait bien quand j'ai débuté mais, ces derniers mois, nous avons de plus en plus de collègues en maladie ou congé maternité qui ne sont pas remplacées. Du coup, nous devons faire beaucoup de week-ends. Je suis fatiguée, mon mari râle et dit que ce n'est pas normal de faire autant de week-ends. Qu'en dites-vous ?

### Réponse CNI :

Face aux contraintes budgétaires et à l'augmentation de l'absentéisme, les conditions de travail sont de plus en plus difficiles et vous n'êtes pas seule à vivre cette situation.

Travailler le week-end à l'hôpital est quasi incontournable dans la majorité des services, il existe cependant une législation qui prévoit que « le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche »

*Cf article 6 - Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

## Question de Nadège, aide-soignante

Nous avons l'habitude de travailler en journée continue. Mais notre cadre vient de nous annoncer que nous allons faire des horaires coupés à partir du mois prochain. Ce nouvel horaire (7h30 -12h30 / 17h30 - 19h30) me pose des soucis pour la garde de mes enfants, cela représente de longues journées pour eux et m'inquiète. Ai-je le droit de refuser ?

### Réponse CNI :

Il n'est pas rare, hélas, de voir des organisations de travail comprenant des horaires coupés. Mais là aussi il existe une législation qui prévoit que « dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10h 30. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de 3 heures. » Or, l'horaire qui vous est présenté totalise une amplitude de 12h et n'est donc pas conforme au décret.

*Cf article 7- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans*

*les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

## Question de Séverine, Agent de Service Hospitalier

J'ai souvent sur mon planning des horaires du soir qui se terminent à 20h avec le lendemain une vacation qui commence à 6h30. Avec les trajets et la maison, mes nuits sont courtes. Une collègue m'a dit que cela n'était pas normal. Est-ce vrai ?

### Réponse CNI :

Effectivement, les textes prévoient que « les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum » Il n'est donc pas normal de finir à 20h et de reprendre le lendemain matin à 6h30.

*Cf article 6 - Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

## Question de Xavier, technicien de laboratoire

Nous avons beaucoup de difficultés à obtenir notre planning avant le 25 pour le mois suivant. Cela ne simplifie pas l'organisation familiale. Existe-il un texte qui définit à quel moment le planning doit être communiqué à l'hôpital ?

### Réponse CNI :

Il existe bien un texte qui définit que « le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

*Cf article 13 - Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. ■*

# Témoignage :

## Et si la communication était meilleure ?

Dans la plupart des hôpitaux, le week-end et les jours fériés, un cadre soignant est de garde sur place tandis qu'un cadre administratif est d'astreinte.

Dans le cas présent, tout était simple. Dimanche matin, dans le service de psychiatrie, l'effectif présent est normal.

**11h50** : appel téléphonique d'une IDE devant travailler le lendemain, qui avertit ses collègues qu'elle sera absente.

L'équipe mène alors une réflexion pour pallier cette absence, la solidarité existe heureusement encore.

Une infirmière, présente ce dimanche matin, propose de supprimer son repos et d'assurer ce remplacement, mais elle souhaite que celui-ci lui soit payé en heures supplémentaires, car elle a déjà beaucoup d'heures à récupérer.

Elle appelle le cadre de garde selon la procédure institutionnelle prévue. L'accueil téléphonique est très chaleureux et le ton empathique...

*« Pourquoi m'appellez-vous ? Encore de l'absentéisme et toujours en psy ! J'ai autre chose à faire que gérer l'absentéisme !!! »*

Pour rappel, dans cet établissement, les fonctions du cadre de santé de garde présent le week-end sont, en plus de celles citées ci-dessous, de gérer l'absentéisme !

- régler tout problème administratif, technique, (il peut y avoir des pannes : de voiture, de frigo à la cuisine ou à la pharmacie, c'est déjà arrivé),
- assurer la livraison des produits pharmaceutiques (en cas de manque) ou de matériel dans les bâtiments annexes,
- mettre en œuvre un éventuel plan blanc sous la responsabilité du cadre administratif,
- faire procéder à l'enlèvement des corps et recevoir les familles en cas de décès,
- appeler les praticiens d'astreinte en cas de besoin,
- gérer les données informatiques concernant le taux d'occupation des lits.

Evidemment, toutes ces actions n'ont pas lieu en même temps ou à chaque garde. Le problème récurrent est le plus souvent la gestion de l'absentéisme ou l'accueil des patients en surnombre.

Dans le cas présent, tout était simple, trop simple peut être ?

Inscrire dans le cahier de garde l'absence d'un agent et son remplacement demandait peu d'efforts et n'occasionnait aucune difficulté ni perte de temps.

*Dans le cas présent,  
tout était simple,  
trop simple  
peut-être ?*

Ce jour-là, ce cadre de santé, mécontente peut-être de sa présence un dimanche à l'hôpital, n'a pas apprécié la situation à sa juste valeur (aucun appel téléphonique à donner, pas de demande aux personnels présents à faire) et a donné une réponse cinglante, (« Je ne suis pas là pour gérer l'absentéisme, surtout en psychiatrie, j'en ai marre de la psychiatrie ! »), raccrochant le téléphone juste après cette sortie !

Ceci est une histoire vécue, qui m'interpelle. Les cadres se plaignent souvent du manque d'autonomie des équipes, du manque de solidarité...

Dans ce cas présent, rien de cela. Responsabilité de l'agent, solidarité d'équipe, respect de l'encadrement étaient présents. Pourquoi citer la psychiatrie, pourquoi prendre l'agent à « rebrousse-poil » ?

Pourquoi répondre de cette manière ? Pourquoi stigmatiser cette discipline ??

Un cadre de santé ne doit-il pas répondre poliment à tout agent qui s'adresse à lui, règle de base de la communication.

Cette façon de faire n'est pas celle de l'ensemble des cadres de santé d'ici ou d'ailleurs, mais c'est un exemple symbolique des relations parfois houleuses dans les hôpitaux et de la stigmatisation de la psychiatrie à mauvais escient... ■

*Danièle HENGEN  
Cadre de santé à la retraite  
CNI de Martigues*

# Suite de l'histoire d'un jardin en psychiatrie

Il y a quelque temps, nous vous avons parlé de la création de notre jardin thérapeutique à l'hôpital psychiatrique du Vallon à Martigues.



Nous avons donc installé notre potager, notre jardin méditerranéen était prêt, nos jardinières bien garnies. Nous avons planté un figuier, un cerisier, un prunier dans le terrain.

Nous avons désherbé encore et encore, à la main, jusqu'à ce que nous achetions un outil magique, qui nous permet d'arracher en même temps les racines, les mauvaises herbes et elles n'ont pas repoussé depuis !

Durant l'été 2014, nous avons récolté nos premières tomates et poivrons, observé pousser à vue d'œil nos courges Butternut, issues de graines bio et utilisé encore et encore nos plantes aromatiques. Nous avons fait sécher les feuilles de notre verveine pour en faire des tisanes et nous avons pu faire, deux fois, un repas thérapeutique en y intégrant les légumes et les aromatiques de notre jardin.

Nombre de patients se sont investis dans cette activité, certains nous rapportant des plantes, des fleurs, des arbres, des graines, qu'ils avaient dans leur jardin, chez eux.

Ils ont apprécié de manger les tomates cerises tout en faisant l'entretien du potager, de voir pousser les potirons et de confectionner avec ce légume, les tartes que nous avons ensuite dégustées. Ils nous ont donné des idées, des conseils pertinents ou farfelus et ont appris à travailler en commun, à se partager les tâches selon les compétences de chacun.

S'agissant du composteur, comment dire ... Ce n'est pas vraiment une réussite !

En effet, dans leur grande générosité, certains patients ont mis des déchets ne faisant pas forcément un parfait petit compost... De toute façon, ce n'est pas un grand drame, vu que nous allons devoir ... déplacer le potager ! Et oui, la vie au Vallon n'a pas été un long fleuve tranquille ces derniers mois, cela nécessite quelques explications !

En juillet 2014, nous avons vu apparaître à côté du potager deux petites bornes rouges, genre bornage de terrain. Nous nous sommes inquiétés, et avons demandé aux services concernés la raison de ces bornes. Nous avons alors appris qu'un morceau de terrain avait été vendu à une société, et qu'on nous dirait plus tard si notre potager était concerné par la vente ou pas !

Ce n'est que fin juillet 2015 que nous avons eu l'information : oui, notre potager allait être amputé d'un tiers de sa surface... Notre première réaction fut la colère, puis après réflexion et négociation avec les services logistiques, nous avons décidé de déplacer le potager. Nous avons soumis un projet sur plan à notre direction, et des devis sont à l'étude.



## Suite de l'histoire d'un jardin en psychiatrie



Nous espérons donc voir les travaux commencer en début d'année prochaine, afin de pouvoir recommencer notre potager, en ne faisant pas les mêmes erreurs que la première fois.

Nous avons acheté deux carrés en bois supplémentaires, puisque nous avons choisi ce mode de culture et préparons d'ores et déjà les graines à planter. Nous allons aussi acheter une petite cabane à outils, dès que l'entourage sera fait, que nous pourrions décorer en atelier créatif et qui nous facilitera grandement l'existence. Nous n'aurons ainsi plus besoin d'aller à l'autre bout de l'unité pour transporter les outils que nous utilisons, nous ne les rentrerons que l'hiver pour leurs entretiens si cela s'impose.

L'arrosage automatique est toujours prévu et une arrivée d'eau sera installée directement dans le potager. Il est en effet impératif de pouvoir arroser

tôt ou tard dans la journée, surtout en été, la chaleur caniculaire qui sévit dans notre région chaque année ne nous permet pas de le faire après 9 h... et nous n'ouvrons cette unité qu'à partir de 9 h 30.

Nous avons eu un petit souci, il y a quelques mois, avec une patiente qui nous a cueilli, voire déraciné, certaines fleurs, dégarnissant bien notre petit carré à l'entrée de la cour. Les autres patients se sont alors mobilisés pour venir nous avertir à chaque fois qu'elle le faisait, ce qui a fait que nous avons évité d'avoir des jardinières sans fleurs cet été...

Notre jardin est en repos pour l'instant, nous nous contentons de surveiller que les plantes aillent bien. Le printemps venu, nous recommencerons cette activité, encore plus motivés, ce qu'elle apporte aux patients nous conforte dans notre certitude : travailler la terre, en groupe, permet de s'ancrer



dans une réalité qui manque parfois cruellement à certains, de par leurs pathologies et permet également de partager des moments forts entre soignés et avec les soignants... ■

*Nombre  
de patients  
se sont investis  
dans cette  
activité.*

*Nathalie PAWLOWSKI  
Infirmière de Secteur Psychiatrique,  
CNI de Martigues*

*Christine GIFFARD  
Infirmière DE,*

*Charlie ALBERT  
Animateur (et bientôt Moniteur Educateur),*

*Myriam HOARAU et Isabelle SANTIAGO  
ASH*

*CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES  
SERVICE SOCIOTHERAPIE*

# Ces remarques qui nous font rire à la cafétéria et parfois... nous exaspèrent

Dans notre hôpital du Vallon à Martigues, en psychiatrie à la sociothérapie, nous avons un petit « bar » que nous ouvrons deux fois par jour, de 13 à 13H45 et de 15H45 à 16H30. Ce sont les soignants, l'ASH et l'animateur qui la tiennent, parfois avec des patients.

Au fil des ans, nous avons recueilli diverses remarques qui finissent par nous énerver... et qui ne viennent pas toujours des patients ! En voici un florilège.

*Ah bon, vous êtes infirmière aussi ? (pourquoi « aussi » ?)*

*Serveuse (garçon), un whisky coca, trois bières et deux verres de vin s'il vous plaît ! (mais bien sûr !)*

*Je vous paierai demain... (Monsieur Crédit est mort dans l'escalier !)*

*Ah bon, vous ne vendez pas des cigarettes ? (euh, on est dans un hôpital là !)*

*Un café ! (il est où le bonjour, le s'il vous plaît, le merci ????)*

*Et pourquoi vous ne faites pas des frites ? (et des steaks aussi non ?)*

*Moi je suis malade, je veux être servi en premier (et les autres, ils sont là pour faire joli ?)*

*Ah bon, vous êtes déjà fermé ? (ben oui, excusez-nous de respecter les horaires !)*

*C'est quoi les heures d'ouverture ? (pour la 25<sup>ème</sup> fois de la journée...)*

*Un café, non, une glace, non, un paquet de gâteaux... (bon, on va attendre que ce soit décidé alors !)*

*L'infirmière à la cafétéria : « Vous ne pouvez pas prendre autant de canettes de boissons, ça fait beaucoup de sucre ! »*

*Le patient : « Ah, tu m'énerves ! Vas te faire cuire une culotte ! »*

*L'infirmière lit un document, dans l'atelier, et l'approche de ses yeux.*

*Le patient : « Si tu vois pas bien, je peux te prêter un œil, mais il faudra me le rendre ! ».*

*L'ASH, se parlant à elle-même : « Mais quel jour on est aujourd'hui ? »*

*Le patient : « C'est le jour de la fête du papier cul et on est mardi ! »*

## Les attitudes qui nous agacent à la cafétéria

Réclamer un sucre supplémentaire et rendre la tasse avec ½ cm de fond de sucre non remué.

Faire énumérer tous les parfums de glace pour finir par acheter un paquet de gâteaux.

Dire que le café est cher (1 euro depuis 13 ans et c'est du café de torréfacteur).

Jeter les papiers du sucre par terre devant le comptoir et les autres déchets dans la cour.

Nous redonner les tasses à café avec du chocolat et des biscuits bien décomposés dedans ou le summum... des mégots !

Les commandes à rallonge non groupées.

*Ces listes ne sont pas exhaustives et nos patients sont très inventifs... A bientôt donc... ■*

*Myriam HOARAU, ASH - Charlie ALBERT, animateur  
Christine GIFFARD, IDE - Nathalie PAWLOWSKI, ISP, CNI de Martigues  
Hôpital du Vallon à Martigues*



# Contentions : comment, pourquoi ?

Durant l'année 2015, il est un sujet qui a animé la sphère de la psychiatrie : les contentions et leur utilisation en Psychiatrie.

A plusieurs reprises, lors des auditions avec les parlementaires ou le Ministère, la CNI a été interpellée sur ce sujet. Nous ne pouvons nier que la contention existe dans les services de soins psychiatriques.

La contention en psychiatrie est synonyme d'urgence et de risque de passage à l'acte. Si de plus la demande émane du patient, conscient ou non, cela requiert une réponse rapide quel que soit le diagnostic.

Ne voyez pas là le symbole ou la caricature de la toute puissance soignante. Il n'y a aucun plaisir à contenir un patient. Ces pratiques heurtent les valeurs professionnelles, l'éthique personnelle des soignants et sont pour eux signe d'échec et de violence.

Son utilisation varie selon les équipes pluridisciplinaires. Elle est toujours mise en place sur prescription médicale en complément d'une thérapeutique médicamenteuse. La plupart du temps, elle n'est pas utilisée, mais lorsqu'elle l'est, elle doit respecter le patient, la prescription médicale ainsi que le cadre législatif et institutionnel. Il est important de rappeler que c'est une technique de soins thérapeutique et relationnelle. **En aucun cas cela ne doit être une manœuvre répressive.**

Il est souvent reproché à cette technique de soins d'être une **entrave** à la liberté physique, une **pratique asilaire**, une **atteinte à la dignité** humaine et à **l'humanité** des soignants.

C'est vrai ! Mais suffit-il de l'écrire pour proscrire à jamais les contentions ? Ne serait-ce pas une solution réductrice et qui aurait de graves conséquences ?

Effectivement pour moi, trois raisons essentielles expliquent l'utilisation de celles-ci :

- **La violence du patient** envers lui-même ou envers les autres, impossible à juguler dans l'urgence avec ou sans un traitement adapté, ou un état d'agitation qui perdure.
- **La peur de l'équipe** alimentée par de mauvaises informations ou d'anciens souvenirs.



- **Le manque de formation** de l'ensemble de l'équipe, médecins compris.

Il arrive parfois qu'un patient trop délirant, trop agité, soit dangereux pour lui ou les personnes qui l'entourent. Ce sont les soignants qui sont présents lors de l'hospitalisation, qui vont prendre soin de lui et vont essayer de soulager sa souffrance et diminuer sa violence. **Attention, ceci ne veut pas dire que tous les patients relevant de prise en charge psy soient dangereux, bien au contraire !** L'intensité du délire ne permet pas toujours d'entendre les paroles bienveillantes et rassurantes du soignant. L'état psychique de certains patients trop « envahis » par un délire, ne permet pas l'hospitalisation en chambre d'isolement thérapeutique (CIT) où il pourrait se blesser. Toutes les CIT ne sont pas équipées de contentions et heureusement !

Parfois l'équipe a de mauvaises informations ou expériences concernant le patient et cela entraîne une inquiétude croissante avant l'arrivée de celui-ci.

## Contentions : comment, pourquoi ?

Lorsqu'il arrive, il ressent ce climat, ce qui majore son angoisse ou le fait se sentir tout puissant pour certains, d'où un regain d'agitation. Ce qui nécessite parfois la mise en place des contentions prescrites par le médecin.

Les équipes n'ont, pour la plupart, pas été formées à la gestion de la violence. Malgré une formation infirmière de trois ans, celle-ci est très insuffisante en ce qui concerne la psychopathologie, la nosographie, les conduites à tenir... Le compagnonnage est souvent absent.

Quelquefois même, le médecin est absent et seul un protocole régit la mise en place des contentions, lorsque c'est nécessaire.



Cependant, l'équipe peut s'approprier cette technique, ce qui permet d'en diminuer l'effet nocif. Si elle n'a pu être discutée avant, il est impératif de le faire après et de l'expliquer au patient, même s'il n'entend pas et surtout s'il ne veut pas entendre !

Dans un second temps, il est nécessaire que chacun exprime son ressenti, ses difficultés devant l'équipe. Cette réflexion collective permettra sans doute de mieux appréhender les futures situations critiques.

Avouer sa peur n'est pas un signe de faiblesse ou d'incompétence, au contraire, c'est une preuve de

*Il est souvent reproché à cette technique de soins d'être une entrave à la liberté physique, une pratique asilaire, une atteinte à la dignité humaine et à l'humanité des soignants.*

professionnalisme. Chacun a ses faiblesses mais chacun a aussi ses forces, c'est cela la richesse d'une équipe, raisonner à plusieurs ouvre des pistes de réflexion, permet de prendre des distances par rapport à une situation pénible. Il faut également voir le patient régulièrement et le surveiller, en prendre soin. Discuter avec lui de son ressenti, lui expliquer les difficultés rencontrées, l'impossibilité de communiquer, le souci de le protéger et de se protéger, lorsqu'il est en état de l'entendre.

Pour écrire ces quelques lignes, j'ai visualisé ma carrière et constaté que cela m'était rarement arrivé de mettre des contentions. J'en suis heureuse, signe que cela est possible puisque j'ai travaillé avec différentes équipes, dans différents lieux.

Il ne faut pas oublier non plus que les contentions sont utilisées en gériatrie, orthopédie, réanimation et aux urgences et pas seulement en psychiatrie !

Encore une fois malheureusement, seule la psychiatrie est stigmatisée ! ■

*Danièle HENGEN  
cadre de soins retraitée  
CNI de Martigues*



## VIDAL Mobile

### Avec VIDAL Mobile, le smartphone devient un véritable outil d'amélioration des pratiques soignantes

Les infirmiers de l'AP-HM ont amélioré leurs pratiques depuis qu'ils utilisent l'application VIDAL Mobile. Nous avons rencontré deux d'entre eux, Éric Audouy et Nicolas Roy, qui gagnent du temps au chevet des patients, en réanimation ou en urgence, depuis qu'ils ont accès gratuitement, comme l'ensemble des soignants de l'hôpital marseillais, à cette solution.

Les établissements de santé, ayant souscrit à la solution VIDAL Hoptimal pour l'information des professionnels de santé sur le médicament, bénéficient désormais d'un accès gratuit à l'application VIDAL Mobile sur leur smartphone.

#### Des temps de soins optimisés au chevet des patients

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille propose aux infirmiers sur son intranet, la solution VIDAL Hoptimal. Cette application mobile est très appréciée. Pour Éric Audouy, vice-président du syndicat CNI et anciennement infirmier en réanimation, elle a changé significativement les pratiques sur l'information médicamenteuse. «Lorsqu'on est au chevet des patients en réanimation, on n'a pas toujours le temps d'aller consulter un PC, remarque-t-il. Maintenant avec VIDAL Mobile sur les smartphones, on est plus efficace auprès du patient lorsqu'on doit se renseigner sur une molécule ou une posologie.»

#### Une application très facile à trouver et à télécharger

VIDAL Mobile est donc téléchargeable gratuitement, pour les soignants de l'AP-HM, sur les plateformes Appstore, Google Play et Windows Phone store. Elle intègre l'essentiel des informations contenues dans VIDAL Hoptimal et est plébiscitée pour son ergonomie. «L'accès à l'application a été très facile, poursuit Éric Audouy. Nous avons été informés de son existence sur l'intranet de l'hôpital et avons été invités à renseigner notre adresse mail professionnelle. Nous avons ensuite reçu le code d'activation pour pouvoir la télécharger et l'utiliser tout

de suite après. Elle est disponible partout, si bien que je l'utilise également à la maison pour mon information personnelle.»

#### Identifier rapidement les effets secondaires et les interactions médicamenteuses

Dans sa pratique au sein du SAMU de l'AP-HM, Nicolas Roy, infirmier lui, aussi utilise l'application VIDAL Mobile tous les jours. « Lorsque l'on est en intervention sur le terrain, nous devons souvent vérifier les traitements auxquels les patients que nous prenons en charge sont soumis », témoigne-t-il. « Nous devons en effet faire attention aux interactions médicamenteuses qui peuvent survenir et aux effets secondaires. Par ailleurs, les patients absorbent quelquefois des molécules que nous n'avons pas l'habitude de voir à l'hôpital. VIDAL Mobile est alors notre source d'information de référence. C'est très pratique et intuitif ! » Il s'agit là d'une réelle avancée pour ces soignants qui, auparavant, étaient à la recherche des notices accompagnant les médicaments ou se référaient à des applications peu fiables.

#### Une information très documentée et d'une fiabilité reconnue

La prise en charge des patients en urgence a donc gagné en efficacité et en qualité. Mais Nicolas Roy fait également appel à VIDAL Mobile lorsqu'un étudiant infirmier l'interpelle pour connaître une posologie ou une contre-indication. «L'application VIDAL est très documentée », conclut-il. « Je n'hésite pas à prêter mon smartphone à un étudiant pour qu'il trouve l'information dont il a besoin. On y trouve même le prix des médicaments ! » ■

**NOUVEAU**

# VIDAL Mobile est désormais **gratuit** pour vous !



**UTILISABLE  
SANS CONNEXION INTERNET**

**+ de 50 000 utilisateurs  
professionnels de santé**

## Une installation simple et rapide en 4 étapes

**1**

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

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



**3**

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

**4**

**Retournez dans l'application et saisissez vos identifiants de compte VIDAL** (email et mot de passe),

afin d'accéder à l'application.

Veuillez vous inscrire ou vous identifier.

Adresse email

Mot de passe

Saisir un code

Connexion

**2**

**Créez votre compte VIDAL**

dans l'application en remplissant le formulaire d'identification.

**Vous souhaitez disposer de la procédure détaillée ?**

**Vous rencontrez un problème particulier ?**



**Rendez-vous sur**

**[www.vidalfrance.com/mobile-gratuit](http://www.vidalfrance.com/mobile-gratuit)**

# Syndicat CNI

Syndicat Professionnel

270 boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE

## BULLETIN D'ADHÉSION 2016

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Etablissement ou secteur d'activité : \_\_\_\_\_

N° Tél. \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Service : \_\_\_\_\_ N° poste : \_\_\_\_\_ Grade : \_\_\_\_\_ Catégorie / Collège : \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

- ▶ Si vous optez pour les frais réels, la totalité du montant de la cotisation est déductible des impôts.
- ▶ Si vous ne déclarez pas les frais réels alors la réduction d'impôt est de 66% de la cotisation, cocher la case «cotisation syndicale» de votre déclaration.

Le coût réel de la cotisation est de :

- **Catégorie ou collège A, activité libérale** : Cotisation 90 €, après déduction fiscale : 30,60 €.
- **Catégorie ou collège B** : Cotisation 80 €, après déduction fiscale : 27,20 €.
- **Catégorie ou collège C** : Cotisation 70 €, après déduction fiscale : 23,80 €.
- **Retraité** : Le calcul de la cotisation se fera à hauteur de 50% du montant de la cotisation correspondant à la dernière catégorie occupée. Déduction fiscale à hauteur de 66%.
- **Etudiants (hors PPH)** : Cotisation 15 €, après déduction fiscale : 5,10 €.

Joignez à ce bulletin, un chèque de ..... € à l'ordre du Syndicat CNI dont vous dépendez,

CNI de..... envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

Syndicat CNI

270, Boulevard Sainte Marguerite - 13009 Marseille

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

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

REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

**CNI** COORDINATION NATIONALE INFIRMIERE

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

- Je souhaite prendre l'assurance professionnelle. J'envoie uniquement mon chèque d'adhésion au syndicat CNI, le formulaire pour l'assurance me sera alors envoyé dans les prochains jours.
- Je ne souhaite pas prendre l'assurance professionnelle.

**Contact : Tél. 04 91 74 50 70 - Fax 04 91 74 61 47**

Email : [tresoreriecni@gmail.com](mailto:tresoreriecni@gmail.com) - [www.coordination-nationale-infirmiere.org](http://www.coordination-nationale-infirmiere.org)



OFFRE SPÉCIALE  
ADHÉRENTS CNI



Retrouvez nos offres  
sur [www.uniph.fr](http://www.uniph.fr)

Faites le choix du **meilleur rapport Garanties/Prix et bénéficiez de services exclusifs.**

- Médicaments remboursés à 100%
- Jusqu'à 620€ en optique + l'accès au réseau de partenaires Itélis
- Pas d'avance d'argent grâce au tiers payant
- Accès offert à la plateforme d'e-learning Pratique Infirmière
- Gestion simplifiée de votre contrat sur uniph.fr et sur votre smartphone

HorizonsReu.com - Crédits photos : Shutterstock, Fotolia, Courrier/Estimoteur - UNI SANTÉ PRÉVOYANCE N° 63870 (D 025 792)

[www.uniph.fr](http://www.uniph.fr)

Nos conseillers sont à votre écoute  
du lundi au vendredi de 9h à 20h

N°Cristal 09 69 390 190  
APPEL NON SURTAXE



**-10% de réduction/an**  
sur le montant de vos cotisations  
Offre réservée aux adhérents  
du syndicat CNI



DEMANDE DE DEVIS GRATUIT ET SANS ENGAGEMENT  
Je souhaite obtenir un devis personnalisé :



**Vos coordonnées**

M<sup>me</sup>  M.   
 Nom ..... Prénom .....  
 Adresse .....  
 Code postal ..... Ville .....  
 Tél .....  
 E-mail .....  
 Né(e) le .....  
 Profession .....  
 Nom de l'établissement .....  
 Adhérent au syndicat CNI Oui  Non

**Si vous souhaitez faire bénéficier votre conjoint et/ou vos enfants, merci de compléter les informations suivantes :**

Votre conjoint (marié, pacsé, concubin) :  
 M<sup>me</sup>  M.   
 Nom .....  
 Prénom .....  
 Date de naissance .....  
**Vos enfants**  
 Prénom ..... Né(e) le .....  
 Prénom ..... Né(e) le .....  
 Prénom ..... Né(e) le .....

**-10% de réduction/an**  
sur le montant de vos cotisations  
Offre réservée aux adhérents  
du syndicat CNI

Nos conseillers sont à votre écoute  
du lundi au vendredi de 9h à 20h

N°Cristal 09 69 390 190  
APPEL NON SURTAXE

[www.uniph.fr](http://www.uniph.fr)

LETTRE  
PRIORITAIRE



M 20 g  
Validité  
Permanente

UNI SANTÉ PRÉVOYANCE  
AUTORISATION 63870  
51099 REIMS CEDEX

# GROUPE DROUIN

MAÎTRE IMPRIMEUR

[groupedrouin.fr](http://groupedrouin.fr)

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

**OUVRAGES**  
LOGICIELS & WEB

## VOS APPLICATIONS MÉTIERS SUR MESURE

LOGICIELS  
APPLICATIONS WEB

APPLICATIONS  
MOBILE

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

**OUVRAGES**  
9 rue Philippe Marcombes 63000 Clermont-ferrand  
09 50 97 89 53 - [contact@ouvrages-web](mailto:contact@ouvrages-web)  
[www.ouvrages-web.fr](http://www.ouvrages-web.fr)

## LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES PERSONNELS DE SANTÉ

ACTEURS ENGAGÉS  
POUR NOTRE SANTÉ

**10% de réduction**  
sur le montant  
de vos cotisations

CODE PROMOTIONNEL : CNI2016

*Offre réservée aux adhérents  
du syndicat CNI*



horizon-bleu.com  
Crédits photos: Thinkstock - UNIPH (Union Nationale pour les Intérêts du Personnel Hospitalier) Association à but non lucratif (loi 1901), 34 rue des moulins  
51100 REIMS. Courtier/Gestionnaire : Uni Santé Prévoyance - n° immatriculation ORIAS 07 025 792.

**Faites le choix du meilleur  
rapport Garanties/Prix  
et bénéficiez de services exclusifs**

OFFRES JEUNE - FAMILLE - SÉNIOR



Devis et adhésion 100% en ligne  
**www.uniph.fr**

**uniPH**  
ACTEURS ENGAGÉS  
POUR NOTRE SANTÉ

N°Cristal 09 69 390 190

APPEL NON SURTAXE

www.uniph.fr

REJOIGNEZ-NOUS SUR :

facebook  
J'aime

