

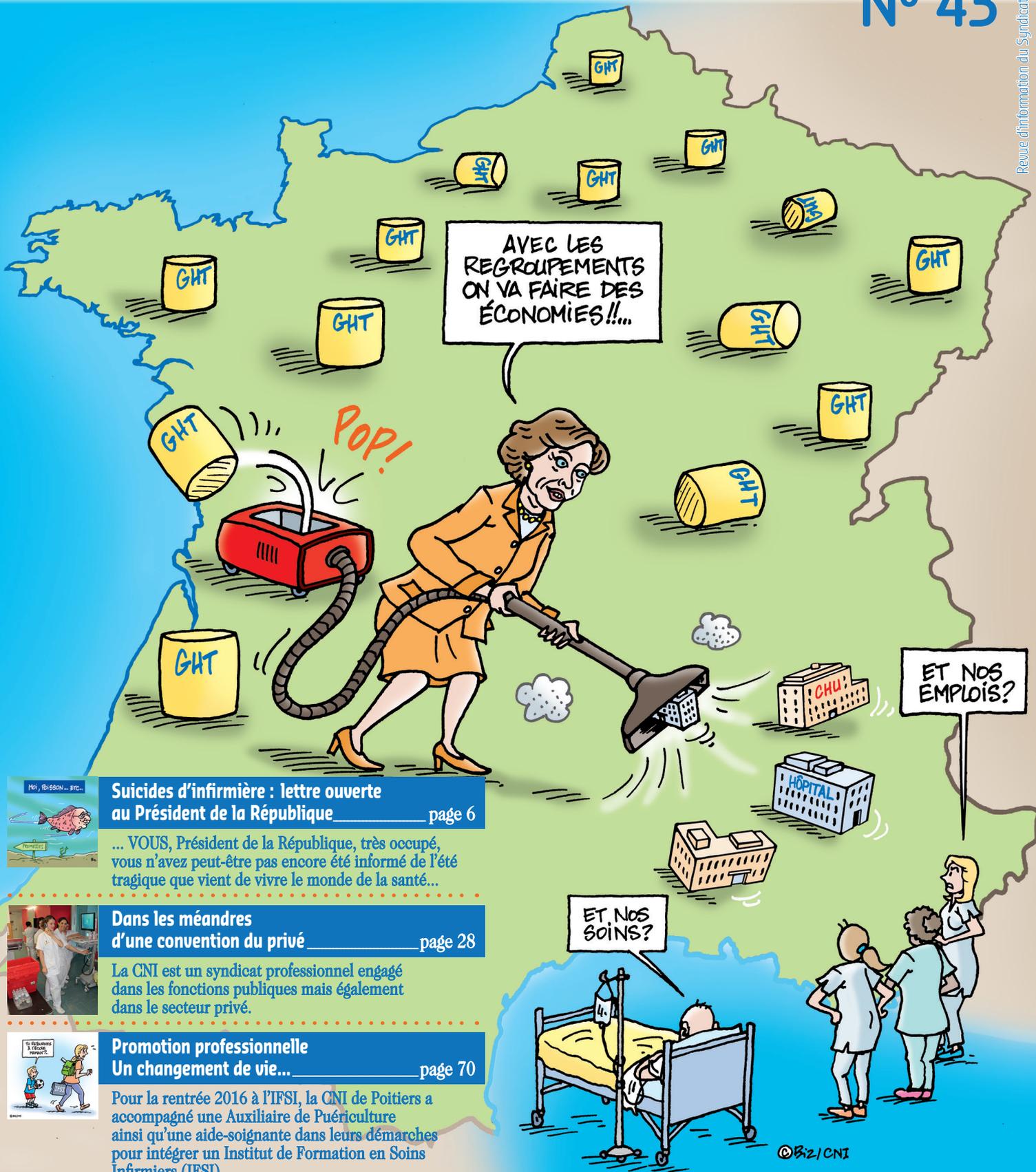
Syndicat CNI

www.coordination-nationale-infirmiere.org



N° 43

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



Suicides d'infirmière : lettre ouverte au Président de la République page 6

... VOUS, Président de la République, très occupé, vous n'avez peut-être pas encore été informé de l'étrange tragédie que vient de vivre le monde de la santé...



Dans les méandres d'une convention du privé page 28

La CNI est un syndicat professionnel engagé dans les fonctions publiques mais également dans le secteur privé.



Promotion professionnelle Un changement de vie... page 70

Pour la rentrée 2016 à l'IFSI, la CNI de Poitiers a accompagné une Auxiliaire de Puériculture ainsi qu'une aide-soignante dans leurs démarches pour intégrer un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI).

© Biz/CNI

CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

PARIS	
Famille et addictions	07 au 09/11/16
Initiation à l'ABA (Applied Behavior Analysis) dans la prise en charge des personnes avec autisme	07 au 10/11/16
L'atelier de collage (à visée thérapeutique, éducative ou socialisante)	07 au 10/11/16
Le secret professionnel : approches juridique et existentielle	14 au 18/11/16
Psychiatrie d'urgence, soins spécifiques en urgence psychiatrique - Niveau 2	14 au 18/11/16
Jeux et jouets. "Du Jeu au Je" - Niveau 2	21 au 25/11/16
L'agressivité - La violence. Travailler à partir du passage à l'acte	21 au 25/11/16
Atelier théâtre - Niveau 1	28/11 au 02/12/16
Autismes et psychoses chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte - Niveau 2	28/11 au 02/12/16
Le "burn out". L'épuisement professionnel et ses dangers	28/11 au 02/12/16
LA ROCHELLE	
Conduite et animation de réunion	07 au 10/11/16
Etre femme, naître mère. La psychopathologie de la maternité	07 au 10/11/16
Interventions corporelles spécifiques pour psychotiques	14 au 18/11/16
L'éveil sensoriel, corporel et les explorations motrices du bébé et du jeune enfant	14 au 18/11/16
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	14 au 18/11/16
Sortir des addictions aux toxiques	14 au 18/11/16
La maîtrise de soi par la respiration. "Agir au lieu de réagir" - Niveau 2	05 au 09/12/16
Leadership "le personnel" et "le management" - Niveau 2	05 au 09/12/16
NIORT	
Les activités physiques adaptées aux déficients mentaux - Niveau 1	05 au 09/12/16
NIMES	
La connaissance de soi dans la relation d'aide. Se connaître pour mieux aider les autres	14 au 18/11/16
L'approche systémique dans le travail avec les familles - Niveau 1	05 au 09/12/16
TOULOUSE	
Comment accueillir et accompagner un sujet psychotique ? - Niveau 2	14 au 18/11/16
Comment travailler avec le délire dans la psychose ? - Niveau 2	21 au 25/11/16
Psychanalyse et clinique quotidienne - Niveau 2	05 au 09/12/16

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



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



ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC



Catalogue
2017
disponible



FORMATION CERF



Editorial



SYNDICAT CNI

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

POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

ÉDITION

Groupe DROUIN Maître Imprimeurs
92 Avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE

*Vous souhaitez qu'un de vos articles soit publié,
n'hésitez pas à le transmettre à l'adresse suivante :*
coord.nat.inf@gmail.com

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente 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)
- David RUEFFLY

DESSINS

Pierre BIZALION

*Photos réalisées dans les services de réanimation,
imagerie, unité de soins palliatifs, médecines, chirurgies
et soins de suite et réadaptation de l'Hôpital Nord
Franche Comté - Site de Belfort et de Montbéliard.
Nous remercions le personnel de cet établissement
ainsi que celui de l'hôpital Saint Joseph de Marseille
pour leur accueil et leur disponibilité.*

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

Syndicat CNI - ISSN 2492-4288



www.coordination-nationale-infirmiere.org

GROUPE DROUIN
MAÎTRE IMPRIMEUR
groupe-drouin.fr

IMPRIM'VERT*

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



Le syndicat CNI, né du grand mouvement infirmier de la fin des années 80 a fait le choix, par décision de son Assemblée Générale Nationale en mai 2014, d'élargir sa sphère d'adhérents à tous les professionnels de la santé qui composent la Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT). Cette évolution est marquée par la création de collectifs professionnels au sein de notre structure syndicale parce que nous sommes très attachés au principe du « on parle bien de ce que l'on connaît bien ».

Ce numéro 43 traduit ce cheminement avec, notamment, les articles proposés par le collectif des Manipulateurs en Electro Radiologie et les travaux engagés par le collectif des Aide- Soignants et Auxiliaires de Puériculture.

Vous trouverez également, au fil des pages, divers témoignages et retours d'expériences qui caractérisent la richesse, la diversité de nos professions.

Mais cette parution relate également le contexte actuel avec ses difficultés et le constat récurrent de la dégradation de la qualité et de la sécurité des soins. Il n'est pas aisé d'être positif à la suite de cet été tragique. Nous nous devons néanmoins de remplir nos missions et notamment d'interpeller les pouvoirs publics, comme le démontrent les écrits publiés dans notre semestriel. Plus que jamais, il est impératif que, face à l'adversité, les professionnels se montrent solidaires et se fédèrent. Cela est d'autant plus nécessaire que l'avenir du dialogue social au sein des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) semble bien compromis. La place des représentants du personnel est, en effet, prévue dans des réunions d'information pompeusement nommées « conférences territoriales de dialogue social » mais dont la fréquence reste à définir... Il est surtout important de noter qu'aucun siège n'est ouvert au représentant du personnel dans les comités stratégiques, instances décisionnelles.

Le premier rôle d'un syndicat est d'informer les professionnels concernant les évolutions de textes mais aussi sur leurs droits, car, connaître ses droits, c'est aussi pouvoir se positionner et défendre ses conditions de travail, ses temps de repos, sa vie privée et ainsi préserver l'équilibre entre un exercice professionnel optimum et sa santé. Nous consacrons beaucoup de temps et d'énergie à cela mais nous sommes confrontés à une difficulté majeure : le manque de syndicalisation des blouses blanches. Cette carence a une conséquence directe sur le manque d'écoute et de considération que reçoivent les professionnels de santé.

Alors découvrez nous au travers de ces pages et passez le message à vos collègues car
**tout seul, on râle, on proteste et on peut espérer...
A plusieurs, on propose, on négocie et on obtient !**

Nathalie DEPOIRE
Présidente du syndicat CNI

infirmiers
ibode iade
aides-soignants (h/f)

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

Depuis plus de 45 ans, l'Appel Médical est n° 1 du travail temporaire et du recrutement médical, paramédical et pharmaceutique et recrute des professionnels de santé passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, entreprises, laboratoires, établissements sociaux... l'une des 95 agences de l'Appel Médical répond à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Poste fixe en cdd ou cdi, intérim... nous vous apportons une réponse personnalisée et nous 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

N° Vert 0 800 240 533

APPEL MÉDICAL DEPUIS UN POSTE FIXE

santé

 **appel medical**
groupe randstad

Ecole européenne du TOUCHER-MASSAGE

INSTITUT DE FORMATION JOËL SAVATOFSKI

STAGES SPÉCIALISÉS
FORMATIONS CERTIFIANTES
INTRAS SUR SITE

- Le toucher d'accompagnement en pédiatrie, du prématuré à l'adolescent.
- Toucher d'accompagnement chez la personne âgée ou en situation de handicap.
- Le toucher : soulager la douleur, accompagner en soins palliatifs.
- Bien-être à l'hôpital.

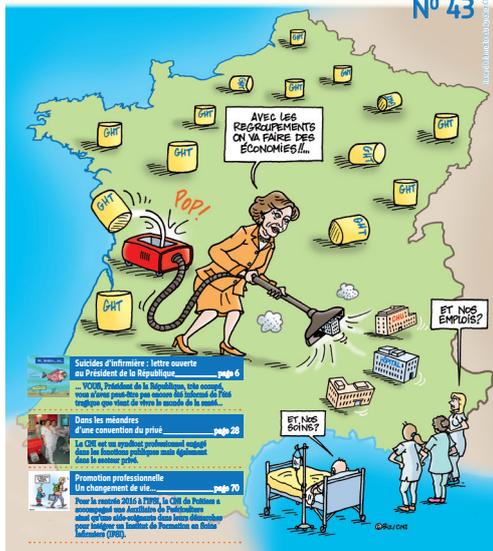


NOUVEAUTÉS 2017
CATALOGUE GRATUIT SUR SIMPLE DEMANDE

03 80 74 27 57

www.ifjs.fr

Photos Philippe Chagnon



Téléchargez votre bulletin d'adhésion :
http://coordination-nationale-infirmiere.org/images/bulletin_adhesion_juin_2015.pdf



Rejoignez-nous sur notre application
smartphone et tablette



Sommaire

Éditorial	3
Suicides d'infirmières	6
Soigner sans se détruire...	8
Solidarité Nice	12
Réingénierie de formation des métiers Aides-Soignants et Auxiliaires de Puéricultures	13
Elections Professionnelles au CHU de Poitiers En très nette hausse, la CNI premier syndicat soignant	15
12 mai, journée IDE	17
Salon IDE	20
Le bien-être en stage de massage minute	22
Loi Santé	24
Le CIF (Collège Infirmier Français)	31
Dans les méandres d'une convention du privé	33
PPCR : de la poudre aux yeux ?	38
Je vais passer un scanner : qu'est ce qui m'attend ?	46
La salle hybride à l'hôpital Saint Joseph (Marseille)	48
Profession : Technicien du Sommeil	49
CeGIDD : du projet à la réalité - Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic	52
La salle Snoëzelen pour que les sens... reprennent sens	55
Fabrice, infirmier aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille	57
Vidal mobile	58
Témoignages : L'Infirmière Sapeur-Pompier (ISP)	60
L'attente aux Urgences - Divergences d'Opinions	62
Profession orthophoniste	64
Infirmier Technicien d'échographie Un exemple de coopération entre professionnels de santé	68
Assistant de Régulation Médicale, Un métier méconnu	69
Et vous ? Vous faites quoi ?	71
Tant attendu : Le droit option des cadres santé paramédicaux territoriaux...	72
Promotion professionnelle - Un changement de vie...	74
Vous avez dit CHSCT ?	76

Suicides d'infirmières

Lettre Ouverte à
Monsieur François Hollande,
Président de la république

LETTRE OUVERTE à Monsieur François HOLLANDE Président de la république

VOUS, Président de la République, vous vous êtes engagé à restaurer la notion de service public qui avait été supprimée par le précédent gouvernement et cela a été acté par la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé portée par Madame Marisol TOURAINE.

VOUS, Président de la République, vous vous êtes engagé à définir un meilleur accès aux soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, mais aussi à domicile.

VOUS, Président de la République, vous êtes, soit un expert du discours démagogique, soit un homme très mal informé des réalités du terrain. Face aux difficultés actuelles de notre système de santé, un égal accès aux soins pour tous est bien loin d'être un objectif atteint, que l'usager soit, ou non, en situation de fin de vie.

VOUS, Président de la République, vous avez, comme vos prédécesseurs, la noble ambition de réduire les dépenses publiques, choix respectable s'il n'est pas réalisé au détriment de vies humaines.

VOUS, Président de la République, vous ne pouvez pas ignorer les conséquences des multiples restructurations hospitalières, organisées pour répondre aux injonctions des restrictions budgétaires successives. Bien sûr, il ne faut pas parler de suppression de postes dans la Fonction Publique Hospitalière. Le discours récurrent prône le non remplacement des départs mais, concrètement, les effectifs aux lits du patient se réduisent. Ce phénomène est amplifié par un absentéisme incompressible et croissant qui contraint les services à travailler en sous-effectif. Tandis que les technocrates continuent à énoncer les chiffres des effectifs rémunérés, sur le terrain les équipes s'épuisent...

VOUS, Président de la République, vous n'êtes pas sans connaître la dynamique engagée par le ministère de la santé pour inciter les établissements de soins à augmenter leurs activités en ambulatoire. Bien que cette stratégie ait pour conséquence directe d'alourdir la charge de travail des services de soins conventionnels (puisque'ils accueillent des patients de moins en moins autonomes et polyopathologiques), les effectifs soignants n'ont pas été renforcés ou alors, s'ils ont évolué, c'est avec une révision à la baisse. Cherchez l'erreur!

VOUS, Président de la République, très occupé, vous n'avez peut-être pas encore été informé de l'été tragique que vient de vivre le monde de la santé. Après les suicides de nos collègues, le 13 juin à Toulouse, le 24 juin au Havre, le 30 juin à Saint-Calais, de nouveau le 23 juillet l'une des cinq infirmières du service médical Interprofessionnel de la Région de Reims (âgée de 51 ans) se donne la mort chez elle et le 13 août, une deuxième infirmière de ce même service (46 ans et mère de deux enfants), est retrouvée morte à son domicile.

VOUS, Président de la République, vous n'en avez peut-être pas encore été informé, je me permets de le penser car, malgré nos nombreuses sollicitations, notre (et votre) ministre de la santé, Madame Marisol TOURAINE n'a fait qu'une seule déclaration à ce sujet, très récemment sous la pression médiatique. Un long silence ministériel assourdissant qui a blessé les professionnels de santé, déjà très émus et meurtris suite aux décès de leurs collègues. Dans sa récente prise de parole, notre ministre souligne le travail initié depuis 2012 pour la prévention des risques psycho-sociaux. Nous ne nions pas l'intention mais force est de constater que sur le terrain, la situation se détériore encore. Les formations des membres du CHSCT, difficiles à obtenir, notamment lorsqu'ils sont soignants et que les directions refusent de les libérer. Les plans de prévention sont, soit inexistantes car ils ne sont pas considérés prioritaires, soit rédigés pour répondre à la tutelle mais absolument pas mis en œuvre.

VOUS, Président de la République, vous devez avant tout comprendre que les professionnels de la Fonction Publique Hospitalière sont très attachés à leurs missions de service public et se reconnaissent autour de valeurs communes. Ils souffrent de la pression imposée par les restructurations et la course à

l'acte induite par la tarification à l'activité. Les moyens humains et parfois matériels, sont réduits, la qualité des soins dégradée et les soignants le vivent très mal. Ils rentrent chez eux avec le sentiment de ne pas avoir fait leur travail.

VOUS, Président de la République, vous assumez la lourde charge d'un pays confronté aux attaques terroristes successives qui impliquent à tout moment le besoin de garantir une réponse sécuritaire mais également sanitaire adaptée.

VOUS, Président de la République, vous avez pu constater la réactivité et le professionnalisme des professionnels de la Fonction Publique Hospitalière lors des tragiques événements de novembre 2015, janvier et juillet 2016. Nombre d'entre eux se sont présentés aux établissements de soins avant même de recevoir les appels du plan blanc.

VOUS, Président de la République, vous ne pouvez pas vous permettre de compter, dans le contexte actuel, sur leur abnégation en toute circonstance et, dans un même temps, ne pas entendre leur souffrance quotidienne. Il n'est pas possible d'attendre des « braves petits soldats » que nous sommes, une efficacité absolue si les moyens ne nous en sont pas donnés.

De VOUS, MONSIEUR FRANCOIS HOLLANDE, PRÉSIDENT DE LA REPUBLIQUE, nous espérons une intervention rapide afin que cesse l'inacceptable. Il est impératif d'arrêter les diminutions d'effectifs, de définir des ratios soignants au lit du patient et de mettre en place une réelle prévention des risques psycho-sociaux dans les établissements de soins. Il serait bien utopique de croire que quelques recommandations suffiront à résoudre la crise majeure que vivent nos établissements si ces dernières ne sont pas accompagnées de moyens financiers. Il est totalement incohérent de voir des collègues perdre la vie parce qu'ils ne peuvent plus assurer les soins pour lesquels ils ont été formés dans le but d'en sauver.

Dans l'attente de votre réponse et l'espoir que vous aurez à cœur de prendre en considération nos demandes, veuillez agréer, Monsieur le Président, nos respectueuses salutations.

Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI

Suite aux suicides de nos collègues infirmiers, survenus le 13 juin à l'Hôpital de Rangueil de Toulouse et le 24 juin au groupe hospitalier du Havre, veuillez trouver ci-dessous la lettre ouverte de la CNI à Mme La ministre de la Santé.



Lettre ouverte à Madame Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

Madame la Ministre,

Depuis de longs mois, nous vous interpellons, vous ainsi que vos services, au sujet du mal-être des soignants qui s'amplifie dans un contexte de restrictions budgétaires, face à la multiplication des injonctions contradictoires, à la mobilité à outrance à la polyvalence imposée et aux conditions de travail de plus en plus dégradées.

Beaucoup d'hôpitaux, contraints par des Contrats de Retour à l'Equilibre Financier, par les baisses successives de l'ONDAM, par le plan d'économie triennal sont obligés de trouver des solutions d'économie. Cette gestion expose trop souvent les personnels à un exercice imposé en inadéquation avec leurs valeurs professionnelles. Nous en sommes donc là, trop de situations décrites et vécues par nos collègues relèvent de la maltraitance de soignants. Que dire de la qualité des soins et des prestations hôtelières apportées aux usagers ?

Depuis de longs mois, nous sommes dans l'attente de mesures concrètes pour faire face à l'urgence et prendre en compte ces cris d'alarme. En retour, les seuls éléments de réponse évoquent un renforcement des mutualisations de moyens et, encore et toujours, des économies à réaliser.

Suite aux suicides de nos collègues infirmiers, survenus le 13 juin à l'Hôpital de Rangueil de Toulouse et le 24 juin au groupe hospitalier du Havre, nous souhaitons attirer votre attention sur plusieurs points :

- selon les premiers éléments, l'un de nos collègues a mis fin à ses jours sur son lieu de travail, la seconde a laissé une lettre, communiquée par son mari, mettant en cause ses conditions de travail,
- des enquêtes sont en cours et doivent déterminer les faits,
- la presse locale, professionnelle et les réseaux sociaux ont informé la profession,
- sauf erreur de notre part, aucune communication ministérielle ou message de condoléances aux familles n'est paru.

Le syndicat CNI dénonce cette non-assistance à personnels en danger ainsi que l'abandon dont fait preuve la tutelle.

La CNI, syndicat professionnel.



Syndicat CNI

Syndicat des Professionnels de santé

*Mutualisation, Restructuration,
Polyvalence, Efficience ou Rentabilité...*

Soigner sans se détruire...

Un été meurtrier

Pourquoi faut-il toujours en arriver à ces extrêmes ? La vague de suicides qui a touché nos professions démontre, par les chiffres, la détresse des professionnels soignants et l'ampleur du malaise dans nos établissements de santé. Les professionnels ne se reconnaissent pas dans un système où la Tarification à l'Activité dicte sa loi. La rentabilité imposée a fait voler en éclats, au fil des mois, les aspirations du soignant. Il est bien difficile de trouver un sens à son travail lorsque vous n'avez plus les moyens de remplir vos missions et que votre engagement ne ressemble plus à rien. Comment et pourquoi poursuivre ?

Soigner en France... mais à quel prix ?

La souffrance des personnels était une réalité depuis quelques années déjà mais il aura donc fallu prouver par des chiffres que les soignants, censés prendre soin des autres, se donnent la mort pour qu'un début de prise de conscience voit enfin le jour. Pourquoi attendre ces chiffres, ces statistiques ? Le système de santé est devenu un énorme tiroir-caisse. Il faut quantifier les entrées, les sorties, éliminer ce qui coûte au profit de ce qui rapporte pour retrouver ou maintenir un « équilibre ». C'est justement la recherche brutale de cet équilibre qui a déstabilisé le soignant et qui ne fait que creuser l'écart entre ses attentes professionnelles et la terrible réalité du terrain. Mutualisation, restructuration, polyvalence, efficience ou rentabilité sont autant de facteurs de risques psycho-sociaux. Les soignants sont aujourd'hui considérés comme des pions mais réagissent comme des êtres humains... jusqu'à se détruire.

L'alerte des pouvoirs publics

La CNI a multiplié les signalements depuis cet été. **Madame Marisol TOURAINE** est tout d'abord restée muette à notre première lettre ouverte. Il est vrai que la multiplication des suicides chez les soignants ne donnait pas beaucoup de marge de manœuvre à la communicaton... Après de longues semaines, elle a fini par sortir de son silence avec un communiqué de presse très diplomatique. Mais la CNI, porte-parole des professionnels de santé, ne peut pas en rester là. Aucun discours, si beau soit-il, ne va résoudre une situation d'extrême urgence. L'heure n'est plus aux belles paroles, place aux actes !



SYNDICAT CNI 270 Boulevard Sainte Marguerite 13009 MARSEILLE Tél : 04.91.74.50.70
www.coordination-nationale-infirmiere.org

La lettre ouverte au Président de la République

La réponse de la Ministre n'était donc pas de nature à répondre à la gravité de la situation. **Nathalie DEPOIRE**, présidente de la CNI, a ainsi sollicité **Monsieur François HOLLANDE**, Président de la République, avec une autre lettre ouverte en date du 2 septembre 2016. « VOUS, Président de la République, très occupé, vous n'avez peut-être pas encore été informé de l'été tragique que vient de vivre le monde de la santé .../... je me permets de le penser car, malgré nos nombreuses sollicitations, notre (et votre) ministre de la santé, **Madame Marisol TOURAINE** n'a fait qu'une seule déclaration à ce sujet, très récemment sous la pression médiatique... ». Le sujet interpelle enfin, le courrier de 2 pages est relayé largement dans la presse écrite. En réponse, l'Elysée nous assure que la Ministre va nous recevoir. La CNI attend toujours... La situation ne doit pas être suffisamment dramatique à ses yeux.

Le préavis de grève du 14 septembre

Devant le manque de réactivité du ministère, la CNI lance un appel à la grève nationale pour le 14 septembre. L'annonce du mouvement inonde tous les médias en France, les messages de mal-être passent en boucle sur les différentes chaînes avec de nombreux témoignages de soignants. Pour illustrer cette détresse, la CNI décide d'organiser une opération choc lors de ses Universités d'Été. Même la presse étrangère se sent concernée. Les sollicitations se multiplient pour obtenir des interviews de la CNI à l'initiative de ce mouvement de contestation. Une minute de silence est respectée dans plusieurs établissements et un SOS géant, en plein de centre de Martigues, se forme au sol.



Anne ROUMANOFF... la vidéo qui fait le buzz

La grève initiée par la CNI est reprise par **Anne ROUMANOFF** sur Europe 1 qui choisit de réagir sur l'actualité du jour et de mettre en avant les valeurs du soignant. En alliant humour et sensibilité, l'humoriste tape dans le mille et réagit sur le malaise des professionnels de santé. La vidéo est partagée sur les réseaux sociaux avec plus de 4 millions de vues. Le soignant a trouvé, par cette intervention, un peu de compréhension et de reconnaissance. C'est très peu et tellement à la fois. Ce buzz est certainement le révélateur du climat délétère qui règne dans nos établissements mais aussi le miroir des inquiétudes du grand public. **Madame ROUMANOFF**, encore merci pour votre billet d'humeur et d'humour.

L'omerta des établissements de santé

La CNI a été prise d'assaut par les médias pour obtenir des témoignages. La parole soignante s'est enfin libérée mais le fait marquant restera l'omerta des établissements de santé qui ont refusé unanimement le tournage d'images dans leurs murs. Les soignants témoignaient parfois anonymement de peur des représailles... La souffrance soignante doit-elle rester anonyme et confidentielle ? Pourquoi un tel tabou et une telle pression ? La France est-elle toujours une référence en termes de liberté d'expression et de respect des droits de l'homme ?

N'hésitez pas à soutenir la pétition de la CNI en lien sur notre page Facebook et sur notre site : www.coordination-nationale-infirmiere.org

La poursuite du mouvement, une question de survie...

Le cabinet du ministère a fini par répondre à notre demande mais **Madame Marisol TOURAINE** n'a pas souhaité nous recevoir en personne... Dommage. Concernant les risques psycho-sociaux, son porte-parole nous a parlé d'un nouveau plan à l'automne pour répondre à une question... de survie ! Dans un contexte de primaire dans l'optique des élections présidentielles de 2017, les sollicitations des « candidats potentiels » pour rencontrer la CNI s'accroissent mais ne sont pas forcément de nature à rassurer. Mais, par contre, tous savent à présent ce qui se passe réellement dans nos établissements de santé. Quelle femme ou quel homme politique osera faire du système de santé un enjeu vital pour la France ? La CNI va continuer ce combat de fond pour qu'enfin, cesse cette destruction des valeurs et que le soignant retrouve l'énergie et l'envie de prendre soin des autres. Continuer à soigner sans se détruire... Est-ce une revendication absurde ? Peut-être... mais nous en sommes là !







Face à l'insoutenable : La CNI agit

Le syndicat CNI appelle, dans un premier temps :

- Tous les professionnels de santé à porter un brassard noir,
- Le syndicat CNI vous informe qu'un appel a été lancé sur les réseaux sociaux afin d'adresser un message à Madame Marisol TOURAINE. Ainsi, des centaines d'e-mails lui ont été envoyés à partir du dimanche 25 septembre au soir et ont saturé la boîte de son cabinet de courriers électroniques.
- Tous les professionnels et les usagers du système de santé à signer la pétition en ligne :
S.O.S : Soignants. Oppression. Suicides
Notre système de santé ne prend plus soin des soignants.
Suite à la grève du 14 septembre 2016, le syndicat CNI appelle l'ensemble des professionnels de santé ainsi que tous les usagers à tirer la sonnette d'alarme.
Quelle sera la prise en charge de demain sans une prise de conscience immédiate ?

Vous êtes concernés, prenez un instant pour envoyer un signe fort à celles et ceux qui prennent les décisions en plus hauts-lieux.

Signez notre pétition afin de soutenir et faire entendre notre SOS.

La CNI, syndicat des professionnels de Santé vous remercie de votre attention et de votre engagement à ses côtés.

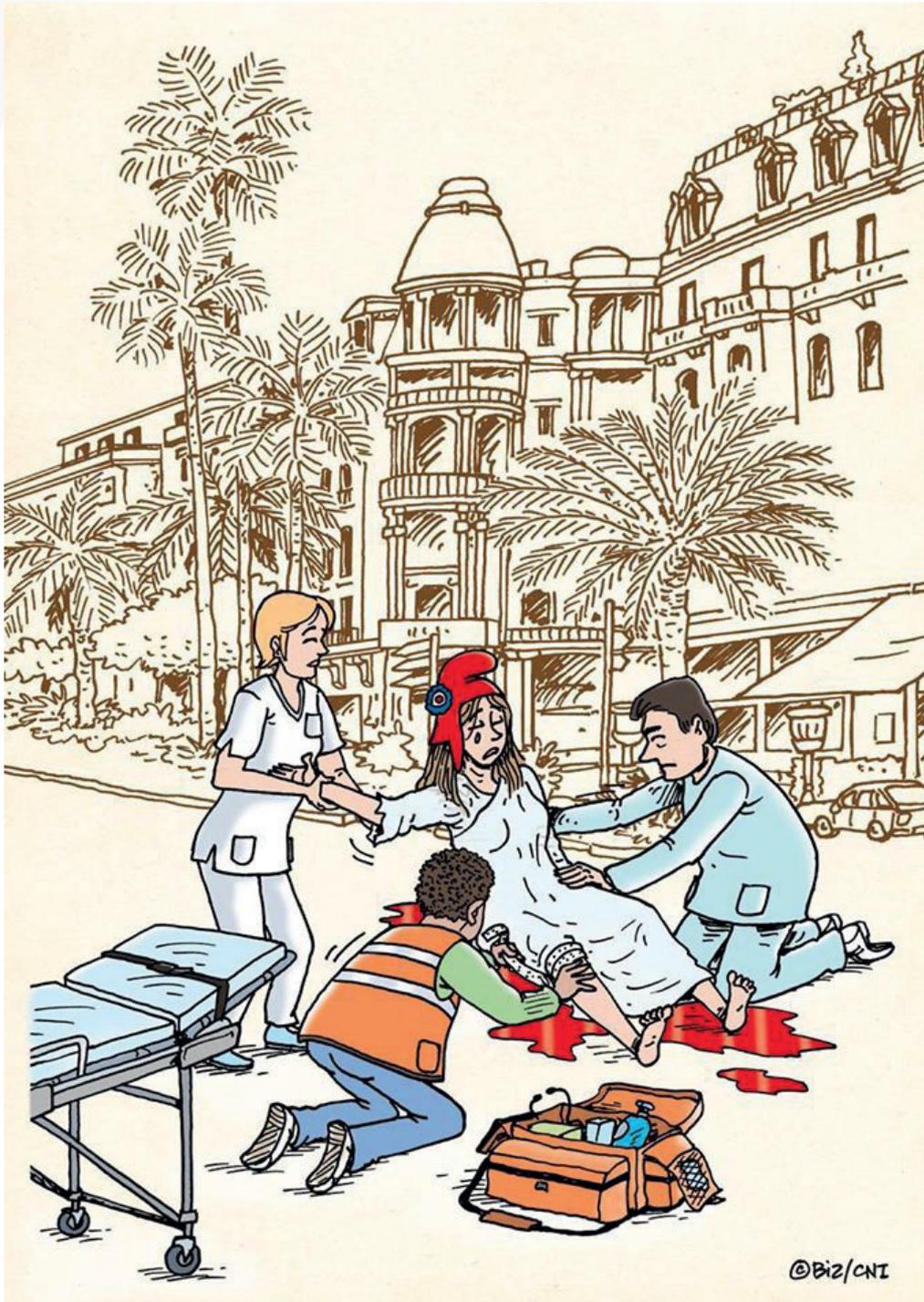
« Agir pour donner les moyens aux professionnels de santé de remplir leurs missions et garantir la qualité et la sécurité des soins, sans se détruire... je signe la pétition » sur le site Change.org.

Cette pétition sera remise à:

François Hollande Président de la République

Marisol Touraine Ministre des Affaires Sociales et de la Santé

Solidarité Nice



Aux forces de l'ordre, aux hospitaliers, aux pompiers, aux ambulanciers et aux secouristes, nous tenons à témoigner le plus grand respect.

A toutes les blouses blanches médicales et paramédicales, présentes à l'hôpital ou l'ayant rejoint, après parfois une journée de travail, en surmontant la peur d'être pris pour cible en chemin, nous souhaitons rendre hommage et exprimer la fierté que nous éprouvons à faire partie de cette famille professionnelle et d'en partager les valeurs.

Par votre mobilisation cette nuit-là, durant laquelle vous avez, sans relâche, pansés, soignés, réconfortés,

accompagnés, blessés et proches des victimes, sauvés des vies, vous avez démontré à quel point l'union soignante est une force.

A vous tous et toutes, nous voulons dire MERCI et n'oublions jamais que nous sommes des humains, forts de notre professionnalisme tout en restant conscients de nos fragilités.

Prenez soin de vous. ■

La CNI

Réingénierie de formation

des métiers Aides-Soignants et Auxiliaires de Puéricultures

Débutés fin mai 2015, les travaux de réingénierie de formation des métiers Aides-Soignants et Auxiliaires de Puéricultures se poursuivent à la DGOS.

Les objectifs de ce groupe de travail sont les suivants :

- Explorer les contours des métiers AS et AP dans une démarche prospective,
- Prendre en compte les facteurs d'évolution influençant l'exercice,
- Construire les référentiels d'activités, de compétences et critères d'évaluation.

Initialement le calendrier prévoyait l'aboutissement des travaux pour la fin du premier semestre 2016 mais ce dossier prend du retard et le ministère parle aujourd'hui d'une mise en œuvre de la nouvelle formation pour début 2018.

La DGOS indique que les nouveaux référentiels seront beaucoup plus précis et que l'objectif est de permettre aux professionnels de faire des liens. Le référentiel de certification comportera des critères et indicateurs pour apprécier l'acquisition des compétences au cours de la formation. Il est néanmoins précisé que le nombre d'indicateurs ou de critères doit être raisonnable pour que l'évaluation reste pertinente et simple à la fois.

Les travaux engagés permettront de développer les compétences des AS et des AP dans le domaine de la manutention ce qui devrait induire une meilleure prévention des risques professionnels. La CNI retient également en point positif l'augmentation des exigences de traçabilité qui traduit la reconnaissance et l'importance du travail réalisé par les AS et les AP.

D'autres modifications en projet suscitent plus de débats et demandent réflexion car elles impliquent également une évolution du champ réglementaire notamment des actes tels que la glycémie capillaire ou l'aspiration trachéale.

La question ne peut, en effet, se limiter à : êtes-vous pour ou contre l'idée de confier la réalisation des glycémies capillaires aux AS et aux AP ?

Pour mieux comprendre la discussion arrêtons-nous un instant sur le cadre juridique actuel.

Les aides-soignants et auxiliaires de puéricultures exercent leur activité sous la responsabilité de l'infirmière qui doit veiller à ce qu'ils aient la compétence nécessaire, du fait de leur formation, pour effectuer l'acte demandé. Il s'agit alors de soins délégués qui s'inscrivent dans le cadre d'un travail en collaboration définit dans le champ du rôle propre infirmier.

L'article R.4311-4 du CSP énonce que « Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leurs formations. »

Pour répondre à notre question initiale, il convient donc de définir si la glycémie capillaire relève du rôle propre ou du rôle prescrit infirmier...

Que dit le Code de la Santé Publique ?

Article R.4311-5

« Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;

b) Sang : glycémie, acétonémie ; »

Une lecture rapide de cet article peut laisser à penser que la glycémie capillaire pourrait donc être déléguée aux AS et aux AP sous réserve d'une modification des référentiels de formation.

Cependant, il faut également considérer l'article R4311-7 du Code de la Santé Publique qui énonce quant à lui, dans son alinéa 35 :

« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ».



Or, actuellement la technique de glycémie capillaire implique « une ponction du doigt ». Il faut donc en déduire que le prélèvement est soumis à prescription et que seule la lecture du résultat relève du rôle propre et pourrait donc être déléguée. Cependant la séparation de ces deux temps n'a pas de sens.

Certes l'évolution des technologies peut à court terme occulter cette problématique en supprimant la ponction.

Pour revenir à notre questionnement et aux travaux engagés, il semble que la DGOS envisage de faire évoluer le référentiel de formation mais également d'intégrer la glycémie capillaire dans le champ du rôle propre infirmier afin que cet acte puisse être délégué aux AS et aux AP. Une modification du décret d'acte infirmier semble bel et bien à l'ordre du jour.

Une réflexion s'impose aussi concernant les aspirations trachéales. Pourquoi, refuser qu'elles soient déléguées aux AS et AP alors que les auxiliaires de vie peuvent être formés à pratiquer ce geste ?

En effet, le décret du 27 mai 1999 a ouvert la possibilité de faire réaliser des aspirations endotrachéales hors hospitalisation, sur prescription médicale et en l'absence de personnel infirmier, par des personnes ayant validé une formation spécifique.

Cette dernière est précisée par l'arrêté du 27 mai 1999 : réalisée par un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), elle dure cinq jours dont trois d'enseignement clinique. Puis, elle est validée par évaluation et la remise d'une attestation.

Il demeure néanmoins une différence non négligeable entre la pratique du geste selon qu'il est réalisé auprès d'un patient chronique à domicile ou auprès d'un patient de réanimation. Interrogée sur ce point, les référents du groupe de travail DGOS renvoient à la responsabilité de l'infirmier et son rôle dans l'appréciation de ce qu'il peut ou non déléguer.

Ne perdons surtout pas de vue dans notre réflexion que les référentiels d'activités et de compétences qui définiront la formation et donc les contours de l'exercice AS et AP s'appliqueront à tous les champs d'exercices, qu'elles exercent en public, en privé, à domicile ou en EHPAD indépendamment de la présence permanente ou non d'un infirmier ou d'une infirmière.

Confier la réalisation des glycémies capillaires aux aides-soignants d'un service de médecine peut paraître simple en milieu hospitalier où le binôme AS / IDE est largement développé. Pour autant, il convient de s'interroger sur une charge supplémentaire effectuée au moment où les AS sont souvent déjà bien occupés par les installations et aides au repas.

Est-ce que la possibilité de confier la réalisation des glycémies capillaires aux aides-soignants d'un EHPAD cautionnera de diminuer encore la présence infirmière et de répondre à une demande économique ?

Nous sommes bien loin d'être au terme de nos réflexions et des discussions.

Le syndicat CNI n'a pas d'hésitation pour revendiquer une reconnaissance financière suite à cette évolution de compétences. Par contre sur ce sujet, la DGOS n'a pas d'autres éléments de réponse que : « cela ne relève pas de la mission du groupe de travail en cours. »

Le collectif AS/AP poursuit sa réflexion sur les travaux engagés et nous ne manquerons pas de continuer à faire part à la DGOS de nos propositions et revendications. Nous vous informerons, bien sûr, des évolutions de ce dossier dans notre prochain numéro. ■

Isabelle BRUN
Aide-Soignante,
et référente du Collectif National AS/AP CNI
Nathalie DEPOIRE
Présidente CNI

Elections Professionnelles au CHU de Poitiers

En très nette hausse, la CNI premier syndicat soignant

Si le CHU de Poitiers détient bien un record, c'est peut-être celui du nombre d'élections professionnelles ces dernières années. Le scrutin du 28 janvier 2016 intervenait, cette fois-ci, suite à la fusion entre le CHU de Poitiers et le CH de Montmorillon et le bilan montre une forte poussée de la CNI dans toutes les catégories soignantes.

Pour obtenir des chiffres fiables, les résultats du scrutin de 2016 sont comparés avec les résultats cumulés de 2014 (CHU de Poitiers et CH de Montmorillon réunis).

Une participation à la hausse ?

La participation globale est en légère hausse en CTE (+ 2,63%). Cette hausse est à relativiser car les agents du CH de Montmorillon se mobilisent historiquement bien davantage (près de 70% lors des derniers scrutins) que ceux du CHU de Poitiers (moins de 40%).

Résultats en Comité Technique d'Etablissement ou CTE

La CNI est donc le seul syndicat à progresser en nombre de voix avec 163 voix supplémentaires. Dans un même temps, la CGT (- 40 voix), la CFDT (- 39 voix), FO (- 85), CFTC (- 12) sont en recul. En termes de représentativité, l'équilibre s'en trouve bouleversé, la CNI passe second syndicat en CTE au sein du CHU. Elle gagne ainsi 1 siège en CTE, 2 sièges en CHSCT et 1 au Conseil de Surveillance.

	CNI	CGT	CFDT	FO	CFTC
Voix 2014	411	713	550	461	78
Voix 2016	574	673	511	376	66
Evolution	+ 163	- 40	- 39	- 85	- 12
Sièges obtenus	4	5	4	2	0
Evolution	+ 1	- 1	+ 1	- 1	=
Sièges CHSCT	3	3	2	1	0
Evolution	+ 2	- 1	=	- 1	=
Sièges au CS	1	1	0	0	0
Evolution	+ 1	=	- 1	=	=

CAPL : La CNI, premier syndicat soignant au CHU de Poitiers

Dans les Commissions Administratives Paritaires Locales 2, 5 et 8 (catégories soignantes), la tendance se retrouve également avec une forte poussée de la CNI. Toutes CAPL confondues (2, 5 et 8), la CNI passe premier syndicat soignant au CHU de Poitiers avec 37,12%, devant la CGT (25,59%), la CFDT (20,38%) et FO (16,89%).

En CAPL 2 (Infirmières cat A, Spécialisés et Cadres), la CNI obtient 47,94% des suffrages et obtient 3 sièges (+ 1) sur 5 devant la CFDT (26,25%), la CGT (16,66%) et FO (9,13%). La CFDT perd 1 siège. FO n'a pas de représentant. Il est à noter que la participation est en hausse (+ 7,8%) en CAPL 2.

CAPL 2	CNI	CGT	CFDT	FO
Voix 2014	159	77	132	38
Voix 2016	210	73	115	40
Evolution	+ 51	- 4	- 17	+ 2
Sièges 2016	3	1	1	0
Evolution	+ 1	=	- 1	=

En CAPL 5 (Infirmières cat B, kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, techniciens de laboratoire...), la CNI obtient 33,01% des voix devant la CGT (26,98%), FO (24,76%) et CFDT (15,23%). La CNI (+ 51 voix) progresse ainsi qu'FO (+ 2) tandis que la CGT (- 36 voix) et la CFDT (- 15 voix) sont en recul. En nombre de sièges, la CNI et FO en prennent 1, la CGT et CFDT en perdent 1. La CFDT n'a donc plus de représentant. Il faut noter que la participation est en baisse en CAPL 5.

CAPL 5	CNI	CGT	CFDT	FO
Voix 2014	86	121	63	54
Voix 2016	104	85	48	78
Evolution	+18	-36	-15	+24
Sièges 2016	2	1	0	1
Evolution	+1	-1	-1	+1

Elections Professionnelles au CHU de Poitiers En très nette hausse, la CNI premier syndicat soignant

En CAPL 8 (Aides-soignants, Auxiliaires de Puéricultures), La CNI progresse (+ 61 voix) lorsque la CGT (- 39), la CFDT (- 25) et FO (- 7) reculent. La CGT perd 1 siège, FO en gagne 1. La participation est également en légère baisse en CAPL 8.

CAPL 8	CNI	CGT	CFDT	FO
Voix 2014	124	225	136	116
Voix 2016	185	186	111	109
Evolution	+61	-39	-25	-7
Sièges 2016	1	2	1	1
Evolution	=	-1	=	+1

En résumé...

La CNI devient le premier syndicat soignant dans l'établissement (CAPL 2, 5 et 8 réunies) avec 37,12% des voix. Coté participation, il faudra retenir une mobilisation en hausse des Infirmières cat A, Spécialisés et Cadres. A l'inverse, en CAPL 5 et 8, un léger recul est observé. L'enchaînement des élections en est peut-être une des causes...

Toute l'équipe de la CNI de Poitiers tient à remercier l'ensemble des soignants pour leur soutien. ■

L'équipe de la CNI de Poitiers

Encore une journée bien REMPLIE !

Je me sens VIDÉE !

GEL BEC 86
Solution Hydro-Alcoolique

Laboratoire Delamar 250 ml

Compétences • Qualité des soins • Conditions de travail
La CNI, premier syndicat soignant au CHU de Poitiers

12 mai, journée IDE

Le 12 mai 2016 dans la Vienne

Pour ce 12 mai 2016, l'ensemble de l'équipe de la CNI de la Vienne s'est mobilisé comme chaque année afin de célébrer la Journée Internationale de l'Infirmière et de rencontrer les soignants sur les différents sites à Poitiers, Montmorillon et Lusignan.

A 6h30, le hall de l'hôpital est, d'ordinaire, plutôt désert. Notre présence très matinale rompait ainsi avec les habitudes pour les soignants de nuit qui terminaient leur service comme pour ceux qui commençaient leur journée de travail. L'occasion était d'échanger quelques mots et d'offrir de petites galettes (spécialités régionales) pour finir (ou bien commencer) la journée avec le sourire et dans la bonne humeur.

Infirmiers, spécialisés, ASH, aides-soignants, cadres, secrétaires, médecins, kinés, manips, techs de labo... et même les usagers... tout le monde aura pu relayer le message du jour, fêter l'infirmière ou bien tous les soignants sans distinction de fonction. C'est d'ailleurs l'esprit de cette journée qui rappelle la nécessité de travailler en interdisciplinarité et surtout la complémentarité entre les différents acteurs du soin.

A Montmorillon, l'antenne CNI locale a fait le choix de fêter les infirmières et plus largement les soignants sur 3 jours (les 11, 12 et 13 mai) afin de s'adapter aux horaires des différentes équipes et de prendre plus de temps auprès des collègues. La rencontre avec les équipes de nuit (qui se sentent souvent un peu oubliées) a été particulièrement appréciée.

Le premier constat est que la Journée Internationale de l'Infirmière n'est pas une évidence pour tout le monde. Le second, après avoir passé l'effet de surprise, démontre bien qu'un petit geste fait toujours plaisir aux professionnels exerçant dans un milieu où la reconnaissance ne coule pas toujours de source...

Le rendez-vous est donc déjà pris pour le 26 novembre prochain : date de la Journée Internationale de l'Aide-soignante... A bientôt ! ■

Françoise BON-GAUDAR

Aide-soignante

Philippe BOUOUNNET

Infirmier

Cécile BOURRY

Infirmière

CHU de POITIERS

Le rendez-vous est donc déjà pris pour le 26 novembre prochain : date de la Journée Internationale de l'Aide-soignante...



Le 12 mai 2016 au CHI de Cavillon LAURIS



Comme chaque année, cette journée est souvent oubliée par nos collègues. Très peu s'en souviennent et c'est donc avec plaisir que nous allons à leur rencontre pour la leur rappeler.

Dans le cadre de la Journée Internationale des Infirmières qui s'est déroulée le jeudi 12 mai, nous sommes allées rencontrer nos collègues dans tous les services avec de petites attentions, les soignants en ont besoin car ils sont trop souvent malmenés. Notre établissement est composé de deux sites éloignés de 30 km mais nous n'avons oublié personne que ce soit de jour comme de nuit... nous nous sommes organisées pour l'occasion.

Il était important, pour nous, de soutenir les soignants, toutes catégories confondues, afin de leur rappeler que, malgré les conditions de travail qui se

dégradent encore et les exigences administratives de plus en plus pressantes, notre profession doit continuer à se battre pour préserver et défendre ses valeurs.

Nous avons été bien accueillies et les temps d'échanges ont été très riches. Il est important de passer très régulièrement dans les services pour connaître les problèmes ou les difficultés, réfléchir ensemble sur les solutions éventuelles pour demander à notre direction des réponses et proposer des pistes de réflexions. Rien n'est gagné d'avance, tout doit être en permanence négocié et la défense de nos conditions d'exercice est souvent un travail de longue haleine ! ■

*L'équipe de la CNI
CHI Cavillon Lauris*



Le 12 mai 2016 à l'HNFC

A l'HNFC (Hôpital Nord Franche Comté), lors de la Journée Internationale de l'Infirmière, croiser au fil de la journée l'équipe de la CNI, était devenu presque une tradition, les échanges conviviaux et la bonne humeur étaient au rendez-vous.

Une tradition, oui..., mais en 2016 à l'HNFC, il est difficile de retrouver la convivialité dans les échanges et la bonne humeur n'est pas forcément au rendez-vous non plus.

En pleine restructuration et préparation d'un déménagement sur le site de Trévenans pour réunir les sites « historiques » de Belfort et de Montbéliard, les charges de travail de tous n'ont cessé d'augmenter, accompagnées de tensions, d'angoisses et de doutes face à de nouvelles organisations et/ou de nouvelles affectations (parfois imposées et sans lien avec les projets professionnels).

C'est pourquoi, pour cette année de transition, nous avons réfléchi à un nouveau moyen de saluer et fêter nos collègues sans pour autant venir perturber davantage le rythme de leur journée déjà très intense.

Comment apporter un peu de réconfort et leur faire retrouver le sourire ?

Soudain, un air, aussi festif qu'entêtant, nous est passé par la tête : « H... c'est beau la vie... »

Et nous voilà partis faire le tour de tous les supermarchés des environs pour dévaliser les rayons de bonbons. Les douceurs, accompagnées d'une petite carte réalisée pour l'occasion, ont été mises sous enveloppes et adressées à l'équipe soignante de chaque service sur l'ensemble des sites de l'HNFC ...

C'est avec plaisir qu'au détour des différentes réunions qui avaient lieu ce 12 mai et pour lesquelles notre présence était impérative, nous avons reçus de petits appels téléphoniques, trouvé des mails ou des messages nous remerciant de l'attention.

Dans un quotidien difficile, la surprise du petit paquet inattendu avait manifestement réussi à redonner le sourire. Un petit geste en signe de reconnaissance pour ces professionnels qui chaque jour prennent soin des patients sans compter, au risque de s'oublier eux-mêmes. ■

*L'équipe de la CNI
Belfort-Montbéliard*

NB : Le bureau local du syndicat CNI profite de cette occasion pour remercier France Bleue Belfort Montbéliard, qui n'avait pas oublié la Journée Internationale Infirmière et avant même d'avoir reçu notre communiqué de presse a souhaité inviter notre présidente Nathalie DEPOIRE pour une intervention matinale le 12 mai afin de mettre en lumière les infirmiers !



Salon IDE

Salon Infirmier 2016

Les 24, 25 et 26 mai 2016, le Salon Infirmier inaugurait sa nouvelle formule. Pour cette 29^{ème} édition, les organisateurs avaient choisi de rejoindre la Paris HealthCare Week, rassemblement d'exposants qui regroupent des professionnels des équipements, des solutions et des technologies de gestion pour répondre aux divers besoins des établissements de santé.

L'objectif affiché était de s'y intégrer dans un « esprit global et d'interdisciplinarité ».

Ce nouveau rendez-vous a donc réuni, sur un même lieu, les soignants, les décideurs et les acheteurs motivés par les mêmes objectifs : manager, construire, équiper, connecter, accueillir et soigner.

La mise en place de ce salon n'a pas été un long fleuve tranquille dans un climat de tension nationale empreint de mouvements de grèves (entraînant notamment le blocage des raffineries de pétrole). Rejoindre la Porte de Versailles et parvenir à acheminer les divers matériels ou encore la documentation sur place a donc demandé beaucoup de patience... qualité dont les soignants (nous en faisons partie) ne manquent pas...

A l'ouverture du mardi 24 mai, la CNI était, malgré les difficultés ou les obstacles, prête à accueillir le public, idéalement placée à la frontière séparant le secteur du Salon Infirmier de celui d'hôpital expo.

Mme Marisol TOURAINE, notre ministre, n'a pas fait l'impasse, cette année, sur la visite du salon. D'un pas cadencé, elle a arpenté les allées. Son rapide passage sur le secteur du Salon Infirmier n'a pas permis d'apporter de réponses aux nombreuses questions posées par les professionnels qui l'interpellaient notamment sur l'avenir de notre profession, les réingénieries de formation ou encore les conditions de travail qui se dégradent partout en France. Espérons qu'elle les aura au moins entendues...



Sur notre stand, les visiteurs ont pu, quant à eux, trouver des réponses à leurs interrogations. Le syndicat CNI disposait, pour l'occasion, des nouvelles grilles indiciaires en lien avec la réforme PPCR (parcours professionnels, carrières et rémunérations). Les documents ont rencontré un grand succès mais ont aussi suscité beaucoup d'interrogations.

Les professionnels, avec qui nous avons longuement échangé, nous ont relaté le climat morose dans lequel ils évoluent, les inquiétudes quant à la place donnée à la santé en France et surtout à celle des infirmières, aides-soignantes et agents de service hospitalier qui sont au plus près des patients. De partout, les témoignages se recourent et les mêmes problématiques nous reviennent : « multi-polyvalence » imposée, glissements de tâches, rappels incessants, non-respect des plannings, des temps de repos... Le spectre de l'épuisement professionnel est de plus en plus prégnant.

Dans la lignée des précédentes éditions, nous avons aussi beaucoup entendu parler de chômage infirmier, de difficultés pour les étudiants à trouver un poste et ce, quelle que soit la région dont ils sont originaires.

Mais... tout ne fût pas sombre. Nous avons pu constater que cette profession rassemble toujours autour de valeurs communes et passionne ceux qui la pratique.

Notre revue semestrielle attire toujours autant les soignants qui recherchent des articles de fond, d'actualité ou encore des témoignages de professionnels. Certains sont même arrivés directement sur le stand (suite à une première rencontre lors de la précédente édition) pour découvrir le nouveau numéro.

En sillonnant les allées, nous avons également rencontré une nouvelle profession, celle d'infirmier reporter. La petite équipe, caméra au point et micro au bout de la perche, a interviewé, dans la bonne humeur, différents acteurs de ce salon tout au long des trois jours.

Cette nouvelle version du salon infirmier nous a amené à échanger également avec un nouveau public comme les

directeurs de soins ou les directeurs d'établissements. Nous avons partagé un temps pour confronter nos visions de la profession et les perspectives. Ce type d'échange est une richesse même si nous ne sommes pas toujours en phase à la fois sur le constat et donc sur les solutions à apporter...

*Pour en savoir plus
sur la Healthcare week :*

<http://www.parishealthcareweek.com/fr/>

<http://www.saloninfirmier.fr/>

Les salons infirmiers 2015 et 2016 auront donc été très rapprochés et la fréquentation pour cette édition 2016 semble en avoir souffert. Cette nouvelle programmation dans le calendrier a peut-être majoré les difficultés pour libérer les soignants des services de soins. Le prochain rendez-vous nous en dira

d'avantage sur ce manque d'affluence conjoncturel ou non. Nul doute que l'équipe organisatrice soignera la communication autour de l'édition 2017, programmée du 16 au 18 mai car le salon infirmier doit rester l'évènement incontournable des professionnels du soin. ■

*Céline DUROSAY
Infirmière
CNI Belfort-Montbéliard*



Une rencontre « au poil » au Salon Infirmier...

Au Salon Infirmier de novembre 2015, puis de mai 2016, nous avons rencontré Paro, un petit phoque.

Un phoque au Salon, mais qu'est-ce qu'il faisait là me direz vous ?

Rien de plus simple ! Cet animal n'était bien sûr pas vivant, quoique !

Paro est en fait une peluche robotique, qui réagit au toucher et à la voix. Il bouge la tête, cligne des yeux, remue la queue, les nageoires et émet des sons d'intonations différentes selon les interactions avec son interlocuteur.

Vous vous posez à juste titre la question de savoir à quoi il sert, je suppose ?

Et bien, il a été créé pour améliorer la qualité de vie de personnes présentant des troubles du comportement ou de la communication (Alzheimer par exemple).

En effet, sa présence stimule le contact, par le toucher et la voix, il peut provoquer la réminiscence de souvenirs, il rassure, calme et agit sur l'anxiété, l'agressivité, l'apathie. C'est un outil pour une nouvelle approche non-médicamenteuse dans l'arsenal

thérapeutique visant à améliorer des pathologies du comportement et de la communication.

Il est vrai que, pour lui avoir fait plusieurs visites par jour pendant le Salon Infirmier, son action est bluffante ! On se surprend à lui parler comme à un être vivant, qui nous renvoie sérénité et apaisement et l'on peut même éprouver des sentiments protecteurs envers lui. ■

*Nathalie PAWLOWSKI
Infirmière en santé mentale
CNI Martigues*



Le bien-être en stage de massage minute

Sur les deux derniers Salons Infirmiers auxquels j'ai participé, un stand en particulier, attirait beaucoup de monde : celui de l'institut Joël SAVATOFSKI. Cet institut propose des formations en touché massage, visant le bien-être et non le soin, si tant est que le bien-être n'est pas un soin. Curieuse, j'ai donc testé un massage minute.



Il nous montre comment faire un automassage bien-être, histoire de se requinquer, c'est très agréable et très efficace.

Les trois demi-journées de stage ne sont qu'une suite d'apprentissage non pas théoriques, mais pratiques.

On masse, on se fait masser, debout, assis sur une chaise, au sol, appuyé sur une table et c'est chaque fois une découverte.

A la fin de ce stage, je me sens capable de pratiquer des massages minutes, tant du point de vue professionnel que personnel. Je me sens également détendue, mais en même temps pleine d'énergie.

J'ai eu la chance de pouvoir participer, par la suite, dans le cadre de la formation continue, à un stage intitulé : « Massage minute », les 12 et 13 décembre 2015, organisé par cet Institut.

Me voilà donc partie au domaine « Les Hautannes », non loin de Lyon, le samedi matin, en compagnie d'une collègue éducatrice de jeunes enfants, travaillant dans mon établissement.

Le cadre, même en hiver, est très agréable, le parc est agrémenté d'immenses résineux et d'autres arbres, magnifiques.

Nous sommes une vingtaine de stagiaires, venus de régions et d'horizons différents : il y a une barmaid, une banquière, des infirmières, des retraités, des esthéticiennes, bref, tout un éventail de professions !

Après l'arrivée de notre formateur, Joël SAVATOFSKI en personne, un rapide tour de salle pour se présenter est fait, et nous entrons dans le vif du sujet, avec un petit échauffement pour se mettre « en main » !

A mon retour de formation, j'ai mis en pratique les gestes appris, merci aux personnes ayant bien voulu servir de « cobayes » ! J'ai pu aussi apporter un peu de bien-être à certains des patients suivis dans mon unité.

Ce court stage m'a permis de mettre en place un projet de formation diplômante dans le cadre d'un changement d'orientation de ma pratique infirmière

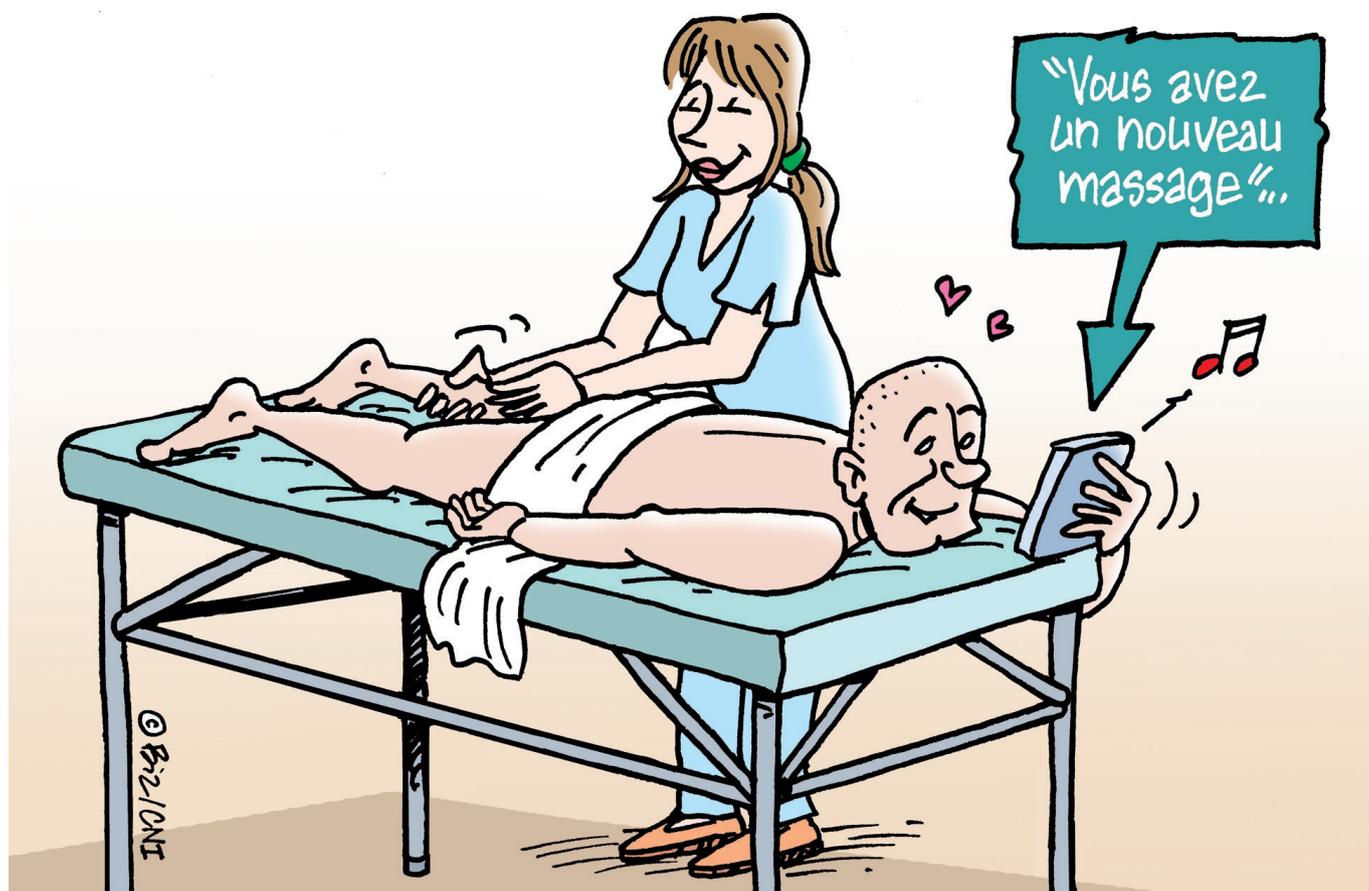


Le bien-être en stage de massage minute

de secteur psychiatrique, formation qui sera réalisée, je l'espère, en 2017.

Un mot pour finir sur notre formateur, homme extraordinaire s'il en est, chaleureux, drôle, apaisant, sachant mettre à l'aise et dont la joie de vivre est communicative ! C'est en tout cas mon avis et je le partage ! ■

*Nathalie PAWLOWSKI
Infirmière de Secteur Psychiatrique
Centre Hospitalier Martigues
CNI MARTIGUES*



Loi Santé

Groupement Hospitalier de Territoire

Le 5 juillet 2016, Madame Marisol Touraine officialise devant la presse la création de 135 Groupements Hospitaliers de Territoire GHT et déclare qu'il s'agit d' « une réforme majeure pour l'hôpital qui est aujourd'hui une réalité. »

La ministre des Affaires Sociales et de la Santé définit, en effet, la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) comme « une des mesures les plus structurantes et les plus ambitieuses » de sa réforme. Elle les présente comme un « élément clé de la politique » qu'elle conduit depuis 2012 « pour garantir l'accès aux soins de tous. » Elle déclare également que « Chaque Français doit avoir les mêmes chances de bénéficier d'une prise en charge adaptée à ses besoins lorsqu'il pousse la porte d'un hôpital : c'est le sens même des GHT. »

GHT, avez-vous dit ?

L'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 impose à chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, d'être partie à une convention de groupement hospitalier de territoire.

Selon la loi, « le GHT 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 projets médicaux d'établissements parties devront être conformes au projet médical partagé du GHT ainsi qu'aux orientations stratégiques régionales.

Le projet de soins partagé ne peut être conçu que sur la base des orientations stratégiques et de l'identification des filières de prises en charge du projet médical partagé du GHT. Il s'agit de la traduction, sur le plan soignant, des orientations retenues dans le projet médical. Il doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie globale de prise en charge des patients.

L'article 4 du décret n° 2002-550 modifié du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs de soins dans la Fonction Publique Hospitalière met à la charge du directeur des soins, coordonnateur général des soins, **une obligation d'élaborer, avec l'ensemble des professionnels concernés, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques**, en cohérence avec le projet médical de l'établissement public de santé dans lequel il est affecté. L'exigence de cohérence entre le projet médical et le projet de soins, transposée au GHT, fait du projet de soins partagé la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le projet médical partagé du groupement. Cette **déclinaison paramédicale porte sur les filières de soins**. Elle inclut la prise en charge globale du patient, la qualité, la sécurité et la gestion des risques liées aux soins, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la recherche...

Il n'existe pas de définition législative ou réglementaire de la notion de filière. Jacqueline Hubert et Frédéric Martineau, dans le cadre de la mission que leur a confiée Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, ont proposé une définition de cette notion de filière. Une filière peut être définie à partir de trois critères. Chaque filière correspond à :

- un parcours ou une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge (consultations et actes externes, hospitalisations en court séjour, soins de suite et de réadaptation, etc...),
- des indications de prises en charge analogues (diagnostic et niveau de sévérité),
- un profil de patients homogène (critères populationnels).

Un calendrier prévoit un déploiement progressif du projet médical partagé du GHT :

- à compter de la publication du décret relatif aux groupements hospitaliers de territoire, le projet médical partagé du GHT comprend les objectifs médicaux,
- au 1^{er} janvier 2017, le projet médical partagé du GHT comprend les objectifs médicaux et

l'organisation par filière d'une offre de soins graduée,

- au 1^{er} juillet 2017, le projet médical partagé du GHT est conforme aux dispositions de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et le projet de soins est élaboré.

D'autres acteurs, sans être établissements parties au GHT, peuvent également selon des modalités spécifiques, être :

- soit associés à l'élaboration du projet médical partagé (en particulier établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, hôpitaux des armées, établissements publics de santé autorisés en psychiatrie.),
- soit partenaires du GHT et, à ce titre, prévoir l'articulation de leur projet médical avec le projet médical partagé du GHT. (Sont en particulier concernés les établissements de santé privés liés aux établissements parties du GHT.)

Il est également prévu, pour les activités hospitalières et universitaires, le principe d'une association du CHU à tout GHT qui ne compterait pas parmi ses membres un CHU. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT et dans la convention d'association passée entre l'établissement support et le CHU.

Le pilotage du GHT

Un établissement support, disposant d'un statut particulier par rapport aux autres membres du GHT est désigné. Il est chargé d'assurer certaines fonctions et activités pour le compte des autres établissements parties au groupement.

Le GHT fonctionne sur la base de cinq instances communes de gouvernance :

- **Le comité stratégique** : il est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention, du projet médical partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions.
- **Le collège médical ou la commission médicale de groupement** : cette instance est prévue par la convention constitutive de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des CME des établissements parties.
- **La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) du groupement** : La convention constitutive de GHT prévoit la mise en place de cette instance. Une CSIRMT de groupement est

automatiquement constituée. Le principe d'une délégation de certaines missions des CSIRMT des établissements parties au groupement est une fois encore posé. Il faut mentionner, à l'occasion de la rédaction de la convention constitutive, la ou les compétences déléguées et y inscrire l'articulation du champ de compétences de la CSIRMT de groupement avec celui de la CSIRMT des établissements parties. Une délibération des CSIRMT de chaque établissement partie est également nécessaire pour permettre cette délégation de compétences à la CSIRMT du groupement.

- **Le comité des usagers ou la commission des usagers du groupement** : la convention constitutive prévoit la mise en place d'un comité des usagers, ou d'une commission des usagers de groupement, conformément à l'option retenue dans leur avis par la majorité des commissions des usagers des établissements parties au groupement.
- **Le comité territorial des élus** : il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, ce comité peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données. Ses autres missions sont définies dans la convention constitutive de GHT.

La convention constitutive a vocation à préciser qui assure la présidence de ce comité, comment évaluer les actions déployées au sein du GHT, à qui les propositions sont dressées, comment ces propositions sont, le cas échéant, intégrées à la réflexion stratégique déployée au niveau du GHT.

La mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social

La convention constitutive doit prévoir également la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social. Cette dernière comprend :

- le président du comité stratégique, président de la conférence ;
- un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un CTE d'un établissement partie au groupement ;
- des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive, des organisations

Loi Santé

Groupement Hospitalier de Territoire

représentées dans plusieurs CTE des établissements parties au groupement ;

- avec voix consultative, le président du collège médical ou de la CME, le président de la CSIRMT et d'autres membres du comité stratégique désignés par son président.

La conférence de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT.

Syndicat CNI et GHT

Au cours de la longue gestation qui a conduit à la publication de la loi de modernisation de notre système de santé, le syndicat CNI s'est mobilisé CONTRE la création des Groupements Hospitaliers de Territoire. Nous n'avons d'ailleurs pas été les seuls, loin s'en faut et pourtant force est de constater que nous n'avons pas été entendus.

Même si les GHT s'imposent à nous par la loi, les motivations de notre opposition demeurent. HPST dite « loi Bachelot » avait mis en place des Communautés Hospitalières de Territoire en les rendant facultatives mais Marisol Touraine par sa réforme vient d'étendre ce schéma en imposant à tous les établissements d'intégrer un GHT.

Le paysage sanitaire est ainsi modifié passant de 1100 établissements à 135 GHT. Certains sont totalement publics, d'autres incluent un partenariat avec le privé.

Il est important de noter que si l'établissement support devra assumer le pilotage du GHT, ce dernier n'est pas doté de la personnalité morale. L'exercice de gouvernance s'annonce donc d'ores et déjà complexe.

Si les objectifs de mutualisation de moyens sont clairement posés, la lisibilité concernant l'évolution de la gestion des ressources humaines l'est beaucoup moins. Plusieurs éléments restent à préciser, cependant une évidence s'impose : la volonté de faire des économies. Ce contexte laisse présager surtout une mutualisation ... des galères en perspectives ! ■

Nathalie DEPOIRE

Infirmière

Présidente Syndicat CNI

Source :

Vademecum GHT / boîte à outils Ministère

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Pour aller plus loin :

<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/ght>



Focus sur les métiers de masseur-kinésithérapeute et de manipulateur en électroradiologie

Masseur-kinésithérapeute :

La loi de santé a précisé et modifié le cadre législatif d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes donnant plus d'indépendance et de responsabilité. L'article L.4321-1 du code de la santé publique indique clairement que « *Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément au code de déontologie mentionné à l'article L.4321-21* ».

Avant la loi, le cadre légal était fixé en quelques mots dans l'article L.4321-1 du code de la santé publique : « *La profession de masseur-kinésithérapeute consiste à pratiquer habituellement le massage et la gymnastique médicale* ».

En lieu et place de cet alinéa unique qui limitait l'exercice professionnel du masseur-kinésithérapeute à deux types d'actes, la loi introduit une définition beaucoup plus large, cette fois fondée sur des missions. La nouveauté réside dans le fait qu'elles sont désormais reconnues dans la partie législative du code. Le libellé ancien est remplacé par : « *La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement* » :

- *Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne,*
- *Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.*
- *Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche* ».

Le nouvel article L.4321-1 du code de la santé publique autorise le masseur-kinésithérapeute à « *adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions fixées par décret* ». On notera également que le nouveau texte autorise le masseur-kinésithérapeute, « *en cas d'urgence et en l'absence d'un médecin* », à « *accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie* », sous la condition de remettre au médecin, dès son intervention, un compte-rendu des actes accomplis dans ces conditions.

La loi a intégré aussi dans le code de la santé publique un article L.4323-4-1 qui définit précisément l'exercice illégal de la profession de masseur kinésithérapeute : « *Exerce illégalement la profession de masseur kinésithérapeute* » :

- *Toute personne qui pratique la masso-kinésithérapie, au sens de l'article L.4321-1, sans être titulaire du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute ou de tout autre titre mentionné à l'article L.4321-4 exigé pour l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ou sans relever de l'article L.4321-11,*
- *Toute personne titulaire d'un diplôme, d'un certificat, d'une autorisation d'exercice ou de tout autre type de masseur-kinésithérapeute qui exerce la masso-kinésithérapie sans être inscrite à un tableau de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'article L.4321-10 ou pendant la durée de la peine d'interdiction temporaire ou permanente prononcée en application de l'article L.4124-6* ».

On constate donc que si les conditions d'application pratique restent donc suspendues à la parution d'un éventuel décret, le principe est acté d'une plus grande latitude pour le masseur-kinésithérapeute dans l'application des prescriptions médicales.

Manipulateur en électroradiologie :

Les manipulateurs en électroradiologie ont appris un changement important suite à la publication de la loi de modernisation du système de santé.

En effet, un amendement n°2130 déposé par le Député Richard FERRAND, sur l'article 4351 du code de la Santé Publique a proposé de rédiger l'article ainsi :

« *Art. L.4351. – Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne, non médecin, qui exécute, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin, des actes professionnels d'électroradiologie médicale. « Le cas échéant, le manipulateur d'électroradiologie médicale intervient sous l'autorité technique d'un radiophysicien pour les activités de physique médicale mises en œuvre*

Loi Santé

Focus sur les métiers de masseur-kinésithérapeute et de manipulateur en électroradiologie

au cours de la préparation ou de la réalisation des actes exposant aux rayonnements ionisants. Un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine, définit les actes ou les activités réalisées par les manipulateurs d'électroradiologie médicale ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont effectués. Le manipulateur d'électroradiologie médicale peut également, dans le cadre prévu par l'article L.5126-5 et sous l'autorité technique d'un pharmacien, aider à réaliser les actes définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de pharmacie. »

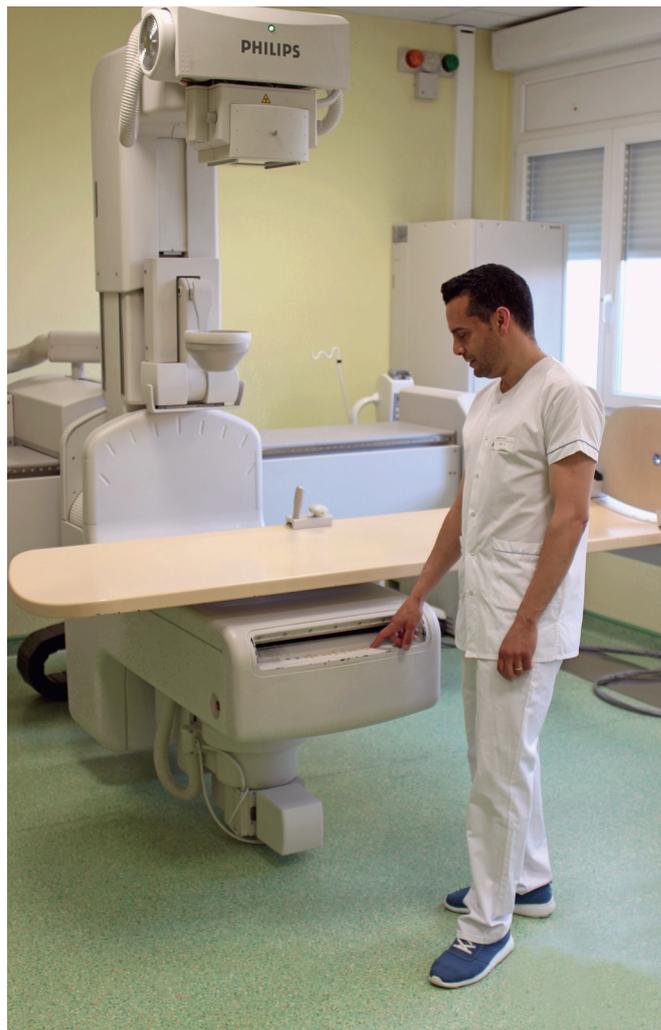
Pour le Député, il s'agissait de supprimer la condition, devenue obsolète, de présence physique du médecin auprès du manipulateur d'électroradiologie. Son but était de graver dans le marbre leur activité sans la présence physique du médecin et d'introduire le physicien médical comme autorité technique dans la pratique mettant en jeu les rayonnements ionisants. Il souhaitait, d'autre part, encadrer les actes de radiophysique médicale auxquels ils sont appelés à participer, ainsi que les activités de manipulation des radio-isotopes au sein des pharmacies des établissements de santé.

Les prérogatives des manipulateurs devraient légèrement changer et leur activité se diversifier, bien que les pratiques évoquées par le député soient déjà une réalité sur le terrain.

Mais le fait que ces missions soient inscrites dans la loi dans un contexte déjà tendu dans les structures hospitalières publiques et privées, va mettre en évidence de nouvelles responsabilités couplées à une charge de travail qui va de fait être augmentée.

La question se pose sur la responsabilité notamment sur les actes injectés ou non et sur la notion de la nécessité d'un décret d'application pour ce changement du code de la santé publique via la loi de modernisation du système de santé ? En effet avant la loi santé, l'intervention immédiate d'un médecin, pas nécessairement radiologue, doit être possible.

L'ancien article L.4351-1 du code de la santé publique définissait le manipulateur en électroradiologie médicale comme la 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'Etat pris après avis de l'Académie**



nationale de médecine. Les manipulateurs d'électroradiologie médicale exercent leur art sur prescription médicale. » Depuis la loi santé, la référence à l'intervention immédiate d'un médecin disparaît. En revanche, le texte prévoit que **« le manipulateur d'électroradiologie médicale intervient sous l'autorité technique d'un radiophysicien pour les activités de physique médicale, mises en œuvre au cours de la préparation ou de la réalisation des actes exposant aux rayonnements ionisants »**. Il peut également, dans le cadre prévu à l'article L.5126-5 du code de la santé publique et sous l'autorité technique d'un pharmacien, aider à réaliser les actes définis par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de pharmacie.

Une ambiguïté demeure, car si les dispositions fixant le cadre légal d'exercice du manipulateur en électroradiologie ont évolué, le texte réglementaire fixant la liste des actes que le manipulateur peut réaliser est, lui, resté en l'état. En effet, l'article R.4351-2 du code de la santé publique dispose toujours que **« Sous la responsabilité et la surveillance d'un médecin en mesure d'en contrôler**

Focus sur les métiers de masseur-kinésithérapeute et de manipulateur en électroradiologie

l'exécution et d'intervenir immédiatement, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir les actes suivants (...) ».

Curieusement, la mention de l'intervention immédiate d'un médecin et de son contrôle demeure, en contradiction avec l'article L.4351-1 qui fixe pourtant le cadre général d'exercice.

Interrogée par le syndicat CNI, lors d'une réunion de travail le 27 juin 2016, la Direction Générale de l'Offre de Soins annonce la parution prochaine d'un décret qui modifiera la rédaction de l'actuel article R.4351-2 cité ci-dessus et permettra de préciser le cadre de responsabilité des manipulateurs en électroradiologie.

Lors de cette rencontre, la DGOS a également confirmé l'ouverture, dans les prochains mois, d'un droit d'option pour les manipulateurs en électroradiologie de la Fonction Publique Hospitalière. Ils auront le choix entre un maintien en catégorie B qui préservera une reconnaissance

de pénibilité ou un passage en catégorie A qui actera une revalorisation salariale mais reculera l'ouverture de leurs droits à la retraite.

Cette revalorisation s'inscrit dans la continuité de l'intégration des paramédicaux dans le système LMD. Même si le syndicat CNI dénonce le caractère injuste de ce droit d'option qui implique une lourde contrepartie à cette augmentation salariale, à savoir la négation de la pénibilité professionnelle, nous mettrons tout en œuvre localement et nationalement pour accompagner les manipulateurs en électroradiologie de la Fonction Publique Hospitalière et les aider à réunir les éléments d'un choix éclairé (informations par rapport aux évolutions des grilles, simulations retraite...).

*Eric AUDOUY
Infirmier AP-HM
Vice-président CNI*



Le collectif psychiatrie se remet en route

Après l'Assemblée Générale Nationale de février 2016 de la CNI, le collectif psychiatrie a trouvé un nouvel élan. Quatre réunions ont déjà eu lieu et les travaux concernant le Master souhaité avancent. En parallèle, une lettre à la ministre de la santé, Marisol TOURAINE a été élaborée, ainsi qu'un communiqué de presse de soutien à la manifestation des psychiatres du 27 juin 2016 contre les GHT. Dans les Bouches du Rhône, nous sommes également intervenus pour écrire au directeur de l'ARS au sujet de l'intégration des Hôpitaux psychiatrique dans le Groupement 13.

Les adhérents CNI souhaitant participer à ce collectif sont les bienvenus et peuvent se manifester auprès de la référente nationale, Nathalie PAWLOWSKI, qui succède à Danièle HENGEN via le secrétariat national.



Marseille, le 24 juin 2016

Objet : GHT/ Psychiatrie et Santé mentale

A **Madame Marisol TOURAINE**
Ministre des Affaires Sociales et de la Santé
14, avenue Duquesne
75007 Paris

Madame la Ministre,

Veuillez trouver ci-joint un courrier adressé à M. Paul CASTEL, Directeur de l'ARS PACA, au sujet de la mise en place des GHT dans le département des Bouches-du-Rhône, et concernant particulièrement l'intégration des établissements spécialisés en psychiatrie dans un GHT « général ». La problématique évoquée ne se limite bien évidemment pas à ce département et interpelle une majorité de professionnels !

Nous nous permettons par ailleurs de vous faire part de nos interrogations et revendications par rapport à cette spécialisation.

Dans le contexte de la mise en place des GHT, nos inquiétudes portent sur le regroupement d'établissements spécialisés, de services de psychiatrie de centres hospitaliers, rattachés à d'autres de soins généraux, les projets médicaux et les politiques de soins en étant complètement différents. Quelle place vont-ils avoir dans cette nouvelle configuration ?

La spécificité du soin en psychiatrie est essentiellement relationnelle, tout au long du parcours patient, des urgences où se gère la crise aux structures extra-hospitalières où s'organisent les soins en ambulatoire. Comment pourrions nous développer les réseaux de prise en charge médico-sociale tels que préconisés par l'ANAP ?

La psychiatrie a souvent été le parent pauvre des dispositifs de soins lors des évolutions de ceux-ci. La dernière réforme impose l'austérité à la santé et donc à la psychiatrie, déjà fort mal lotie.

Quels moyens vont rester aux professionnels pour mener à bien leurs missions ? Quelle qualité des soins vont-ils pouvoir développer ? L'organisation sectorielle, essentielle dans une proximité de prise en charge d'une population déjà fortement en difficulté va-t-elle être conservée ?

La CNI, syndicat professionnel.

Le CIF (Collège Infirmier Français)

Le CIF (Collège Infirmier Français), association loi 1901, a déposé ses statuts le 16 septembre 2014.

Il a été créé au départ dans le but de répondre aux sollicitations de la profession et de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur des sujets techniques spécifiques comme par exemple :

- Le retour au domicile après hospitalisation pour insuffisance cardiaque,
- des recommandations sur le thème du « Syndrome du bébé secoué »,
- l'élaboration d'une fiche mémo sur les principales dyslipidémies (stratégies de prise en charge),
- recommandations de bonne pratique (RBP) sur le thème « Boulimie et hyperphagie boulimique, repérage et éléments généraux de prise en charge »,
- recommandations sur « l'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et en Unité d'hébergement renforcé (UHR) »,
- avis pour un protocole de coopération intitulé « Pose d'une attelle plâtrée et d'un pansement par une aide-soignante Diplômée d'État en lieu et place d'un médecin au service des urgences d'un centre hospitalier »...

Les objectifs :

Le CIF a pour objectifs d'apporter la meilleure réponse aux besoins de santé de la population dans une vision positive et innovante de la profession infirmière et d'optimiser :

- La formation universitaire des infirmiers (LMD),
- Le développement professionnel continu des infirmiers (DPC),
- La validation et la production de recommandations en santé,
- La recherche en soins infirmiers,
- Les aspects qualitatifs de l'exercice de la profession d'infirmier,
- L'évolution de la profession infirmière.

Les missions :

- Mutualiser les compétences, l'expertise de ses membres dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins ainsi que de répondre aux besoins en santé de la population,

- Contribuer à la promotion de la recherche en sciences infirmières,
- Optimiser la formation universitaire et le développement professionnel continu des infirmiers.

Dans ce cadre, le CIF a une vocation fédératrice des organisations infirmières et ses missions ne sont pas concurrentielles de celles des organisations le constituant.

Le CIF :

- est un des interlocuteurs des autorités publiques en matière de santé,
- collabore avec les autres collèges de professionnels de santé, d'autres acteurs médico-sociaux et les associations d'usagers,
- émet des avis et formule des propositions dans son domaine de compétences.



Le CIF (Collège Infirmier Français)

La composition du CIF :

Le CIF est composé, à ce jour, de 21 organisations* représentatives de la profession infirmière (salariée, libérale, académique, formation initiale et continue, santé au travail, spécialités IADE, IBODE, Puéricultrices...).

Chaque organisation est représentée (un titulaire et deux suppléants) par une personne physique titulaire du diplôme d'état infirmier ou titulaire d'une autorisation d'exercer la profession infirmière.

En rassemblant les principales organisations de la profession infirmière, le CIF semble devenir un interlocuteur incontournable travaillant avec la HAS,

la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), la Direction Générale de la Santé (DGS), le Centre National des Soins Palliatifs et de Fin de Vie, les Collèges Nationaux Professionnels (CNP), l'Agence Nationale du Développement professionnel Continu (ANDPC)...

Constitué en 2014, au départ par 17 organisations, le CIF en compte 21 à ce jour et reste dans une dynamique de progression avec de probables nouvelles adhésions en septembre. ■

*Eric AUDOUY
Infirmier AP-HM
Vice-président CNI
Membre Suppléant du CIF*



- Association des Enseignants et des Ecoles d'infirmiers de Bloc Opératoire (AEEIBO)
- Association Française des Directeurs des Soins (AFDS)
- Association Française des Infirmier(e)s de Cancérologie (AFIC)
- Association des Cadres et Infirmiers en Santé Mentale (AsCISM)
- Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Diplômés et des Etudiants (ANFIIDE)
- Association Nationale des Puéricultrices (eurs) Diplômé(e)s et Etudiants (ANPDE)
- Académie des Sciences Infirmières (ASI)
- Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat (CEEIADE)
- Comité d'Entente des Ecoles Préparant Aux Métiers de l'Enfance (CEEPAME)
- Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres (CEFIEC)
- Groupement des Infirmier(e)s du Travail (GIT)
- Ordre National des Infirmiers (ONI)
- Syndicat National des Infirmiers Anesthésistes (SNIA)
- Syndicat des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé (SNICS)
- Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI)
- Union Nationale des Associations d'Infirmiers de Bloc Opératoire Diplômés d'Etat (UNAIBODE)
- Association Nationale des Infirmiers de Sapeurs-Pompiers (ANISP)
- Coordination Nationale Infirmière (CNI)
- Syndicat National des infirmiers et infirmières éducateurs de la santé (SNIES)
- Association Française des Infirmiers(ères) de Dialyse, Transplantation et Néphrologie (AFIDTN)
- Convergence Infirmière (CI)

Dans les méandres d'une convention du privé

La CNI est un syndicat professionnel engagé dans les fonctions publiques mais également dans le secteur privé. Nous allons tenter de vous apporter un éclairage sur les spécificités réglementaires de ces établissements d'hospitalisations privées.

Quels établissements sont considérés comme faisant partie du secteur sanitaire privé ?

Les établissements privés à but non lucratifs, les établissements privés loi 1901, les établissements privés à but lucratif dit commerciaux, constituent deux grandes « familles » du privé :

- **La FEHAP** : Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne réunit essentiellement les établissements privés non lucratifs.
- **La FHP** : Fédération de l'Hospitalisation Privée.

Les salariés sont soumis, principalement, à quatre conventions collectives :

- **La CCN FEHAP 51**
- **La CCN 66**
- **La CCN FHP**
- **CCU**

Il en existe bien d'autres...

Ces conventions collectives nationales déterminent : les contrats de travail, les rémunérations, les garanties sociales, les salaires, les primes, les droits syndicaux... Toutes sont liées à un règlement intérieur et accords d'entreprises ou d'établissements qui affinent et adaptent le texte national à l'établissement local.

Nous nous attacherons à tenter de démêler plus spécifiquement une convention : la CCN FEHAP 51 avec, pour illustration, les questions fréquemment posées et les réponses juridiques adaptées.

Le contrat

« J'ai été engagé dans un établissement privé, je dois commencer demain et je n'ai pas mon contrat, que dois-je faire ? »

Votre recrutement doit être formalisé par un contrat écrit remis, au plus tard, au moment de l'embauche.

Les mentions obligatoires du contrat de travail :

- La date d'entrée,

- La convention collective appliquée dans l'établissement,
- Le métier qui sera occupé et les fonctions qui seront exercées,
- Le cas échéant, la qualité de cadre,
- Le lieu où les fonctions seront exercées,
- La précision du contrat (CDD ou CDI). L'absence de précision qualifie le contrat en CDI,
- La durée de la période d'essai,
- Le classement du métier exercé dans le regroupement de métiers et fonctions afférentes et la filière afférente (soit l'emploi sur lequel vous êtes recruté),
- La rémunération brute mensuelle, y compris les primes et indemnités conventionnelles,
- Les organismes de retraite complémentaire (cadre ou non cadre) et de prévoyance,
- L'affiliation éventuelle du salarié à la convention de retraite et de prévoyance des cadres.

Durée légale du travail

« Le travail en privé est-il soumis au 35h ? »

« Mon employeur m'impose de travailler tous les dimanches, est ce légal ? »

Sous réserve d'une organisation de travail différente définie par un accord d'entreprise ou d'établissement plus favorable conclu dans le respect des dispositions légales et réglementaires, la durée du travail est fixée sur la base de **35h**.

Les situations particulières feront l'objet d'accords d'établissements ou, à défaut, seront réglées par contrats de travail individuels établis après consultation des délégués du personnel.

Les établissements privés sont soumis à la continuité des soins 24h/24 et donc, les personnels concernés par le travail bénéficient des accords spécifiques prévus par l'accord de branche relatif au travail de nuit et / ou par les accords d'entreprises ou d'établissements.

Les repos hebdomadaires doivent respecter la réglementation de 4 repos par quinzaine dont 2 consécutifs au moins.

Dans les méandres d'une convention du privé

Le travail de week-end se définit par un dimanche de repos toutes les 3 semaines au minimum soit au moins 15 dimanches de repos par an hors congés annuels au minimum.

Le salaire

« *Puis-je négocier mon salaire ?* »

Dans l'absolu, non, car la rémunération est fixée par un certain nombre de règles complémentées par des primes.

Les principes généraux sont posés autour :

- D'un coefficient de référence fixé par groupe métiers auquel s'ajoutent les compléments de rémunération liés à l'encadrement, aux diplômes et /ou métiers,
- Le salaire de base est calculé en appliquant, au coefficient de base, la valeur du point soit 4.403€,
- Il peut être majoré par une prime de technicité, de l'indemnité de promotion, d'une prime d'ancienneté à partir d'une année d'exercice, de primes et avantages spéciaux.

Le temps d'exercice s'entend en travail effectif.



La rémunération des temps partiels se fait sur la même base que les équivalents temps plein au prorata du temps de travail.

Les congés annuels

« *Mon employeur m'oblige à prendre mes congés sur une période déterminée, en a-t-il le droit ?* »

La période qui détermine les congés annuels est comprise entre le 1^{er} juin de l'année précédente et le 31 mai de l'année en cours.

Vous devez avoir travaillé sur cette période de référence au minimum 10 jours pour ouvrir droit à des congés payés.

Le calcul est de **2.5 jours ouvrables par mois de travail** sans que la durée totale des congés puisse excéder 30 jours ouvrables. Certains établissements peuvent déterminer la période en jours ouvrés.

La durée de la période peut être portée à 33 jours de CA / an en intégrant les jours de sujétions particulières.

La période des **CA d'été** s'étend entre le 1^{er} mai et le 31 octobre de l'année.

Vous devez programmer au minimum 18 jours de CA et exprimer vos desideratas au mois de mars.

La programmation des CA s'établit autour des critères tels que la nécessité de service, de la période des CA de l'année précédente, de la charge familiale, de la durée de service ainsi que de la cohérence de la période avec un autre emploi pour les salariés en cumul d'emplois à temps partiels.

Le fractionnement des CA, hors période estivale, est autorisé.

Le report ou la rémunération des CA en cas de maladie est réglementé.

Le cas particulier des accidents de travail, de trajet, maladie professionnelle, maternité est également légiféré.

Le congé de maladie

« *Je suis malade comment dois-je procéder, quels sont mes droits ?* »

Vous avez **48h** pour informer votre établissement de l'arrêt de travail par le biais d'un certificat médical conforme.

Vous devez préciser l'adresse de résidence à votre employeur qui a la possibilité de procéder à un

contrôle médical s'il le juge nécessaire. Ce contrôle peut avoir lieu soit au cabinet médical soit au domicile. Un avis est alors émis à l'employeur.

Soyez attentif aux **heures de présence obligatoires au domicile**.

En cas de maladie, vous recevrez des **indemnités complémentaires** équivalentes au salaire net entier à compter du 4^e jour d'arrêt de travail, soit après un **délaï de carence de 3 jours**.

Ce délai de carence s'applique à l'occasion de chaque arrêt de travail pour maladie, il ne s'appliquera pas en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Il ne s'appliquera pas non plus lors d'une hospitalisation de 4 jours et 3 nuits minimum avec un arrêt maladie pouvant aller jusqu'à un mois sans retenue de salaire.

Enfin, dans le cadre d'une absence n'excédant pas 6 jours dans les 5 dernières années d'exercice au sein de l'établissement, les 3 jours de carence ne sont pas appliqués.

Les indemnités complémentaires sont calculées de façon à assurer l'équivalent du **traitement entier pendant les 6 premiers mois** et l'équivalent de son **demi-traitement entier durant les 6 mois suivants**.

Les indemnités complémentaires sont versées au premier jour de l'arrêt en cas d'hospitalisation mais sont légiférées dans certains cas particuliers par l'article L.323-1 2° du code de la sécurité sociale.

La formation et la promotion professionnelle

« Je souhaiterais devenir IBODE, comment dois-je procéder ? »

La formation professionnelle s'organise autour de 3 grands axes :

- Formations organisées par les entreprises dans le cadre de leur plan de formation,
- Congé Individuel de Formation (CIF),
- Compte Personnel de Formation (CPF).

Le **plan de formation** est soumis au comité d'entreprise ou siègent vos délégués du personnel.

L'axe d'orientation de la formation continue est à visée professionnalisante ou autour des projets de services, de formations obligatoires, visant à améliorer les soins aux patients. Donc des critères assez éloignés du développement personnel !

Le **Congé Individuel de Formation** est un congé qui permet au salarié de suivre une formation pour se qualifier, évoluer ou se reconverter.

La formation suivie dans le cadre du CIF doit permettre :

- D'accéder à un niveau de qualification supérieure,
- De changer de profession ou de secteur d'activité,
- D'enrichir ses connaissances dans le domaine culturel et social, ou de se préparer à l'exercice de responsabilités associatives bénévoles,
- De préparer un examen pour l'obtention d'un titre ou diplôme à finalité professionnelle enregistré dans le répertoire national des certifications professionnelles.

La formation demandée n'a pas besoin d'être en rapport avec l'activité du salarié.

C'est donc par ce biais là que vous pourrez accéder à une spécialisation IADE, IBODE, Cadre, PDE...

Le **compte personnel de formation** complète et s'articule avec les autres dispositifs de la formation professionnelle. Il remplace le Droit Individuel à la Formation (DIF) depuis le 1^{er} janvier 2015, il est attaché à la personne et ouvert dès l'entrée dans la vie professionnelle (16 ans, voire 15 ans dans le cadre d'un contrat d'apprentissage) jusqu'au départ en retraite.

Les heures du compte personnel de formation permettent de financer tout ou partie de la formation choisie. Si les heures disponibles sur le compte sont suffisantes pour financer la formation souhaitée, l'utilisation du seul compte personnel permettra d'engager la formation. Le compte personnel de formation permet d'acquérir des compétences reconnues, qualifiantes, diplômantes.

En cas contraire, d'autres dispositifs peuvent s'articuler avec le compte personnel de formation **pour les salariés**, cela peut être le plan de formation, une période de professionnalisation, un congé individuel de formation, un congé validation des acquis de l'expérience (VAE).

Les formations éligibles au compte personnel de formation sont précisées dans des listes élaborées par les partenaires sociaux.

Le cumul d'emploi

« Puis-je travailler ailleurs que dans mon établissement ? »

Une convention collective ou un contrat de travail peut prévoir une clause d'exclusivité avec les salariés interdisant le cumul d'emplois.

Dans les méandres d'une convention du privé

• Les règles du cumul d'emplois

Les salarié(e)s qui cumulent plusieurs emplois doivent respecter les dispositions du code du travail sur la durée quotidienne et hebdomadaire maximale de travail.

Ainsi, en cas de cumul d'emplois à temps plein ou temps partiel, la durée du travail effectif ne peut excéder, sauf rares exceptions :

- 10h / jour (ex : 7h chez l'employeur principal et 3h chez le second employeur),
- 48h / semaine ou 44h de moyenne sur 12 semaines (ex : 35h chez l'employeur principal et 13h chez le second).

De plus, le salarié doit bénéficier :

- d'un repos quotidien de 11 heures consécutives minimum,
- d'un repos hebdomadaire de 35 heures consécutives minimum.

Enfin, l'employeur principal n'est pas tenu d'accepter la modification du contrat de travail du salarié qui souhaite exercer une autre activité professionnelle, surtout si elle peut porter atteinte au travail du salarié dans son établissement.

• L'obligation de loyauté du salarié

Même si le code du travail ne prévoit aucune obligation pour les salariés de prévenir leurs employeurs d'un cumul d'emplois, les salariés doivent respecter leurs obligations de loyauté envers leurs employeurs. Le cumul d'emplois n'est donc pas possible s'il constitue un acte déloyal à l'égard de l'employeur.

Toutefois, en cas de cumul, les salariés doivent permettre à leurs employeurs de s'assurer que la durée maximale du travail autorisée est respectée. En cas de refus du salarié, cela peut justifier un licenciement pour faute.

La démission

« Je souhaite quitter l'établissement pour lequel je travaille, comment dois-je procéder ? »

Le salarié souhaitant démissionner doit respecter un préavis dont la durée est précisée à l'Article 15.02.2.1 a) de la CCN51.

Le non-respect de ce préavis par le salarié oblige celui-ci à verser à son employeur une indemnité de rupture dont le montant est précisé à l'article 15.02.2.3 b).

Exceptions, conformément aux dispositions légales et réglementaires :

- Les femmes en état de grossesse peuvent quitter

leur travail sans préavis et sans avoir à payer une indemnité de rupture,

- Le salarié peut résilier son contrat de travail à l'issue d'un congé maternité ou d'adoption sans être tenu de respecter le préavis ni, de ce fait, de payer d'indemnités de rupture.

La rupture conventionnelle

« J'entends autour de moi des salariés parler de rupture conventionnelle mais dans quel cadre cela intervient-il ? »

L'employeur et le salarié peuvent rompre d'un commun accord un contrat de travail à durée indéterminée.

Les deux parties signent une convention de rupture et remplissent un formulaire de demande d'homologation par la DDTEFP (Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle) de la rupture conventionnelle.

La convention de rupture définit notamment :

- Le montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle qui ne peut être inférieur à l'indemnité légale de licenciement,
- La date de rupture ne peut intervenir avant le lendemain du jour de l'homologation.

A la signature de la convention de rupture, l'employeur et le salarié disposent d'un délai de 15 jours de rétractation.

L'employeur est rarement ouvert à une rupture conventionnelle aux vues des obligations auxquelles il est soumis.

2 exemples d'acceptation éventuelle par l'employeur d'une rupture conventionnelle :

- Le salarié bénéficie d'une ancienneté minimale et justifie d'un motif valable (ex : rapprochement familial),
- Lorsque l'employeur désire se séparer d'un salarié en raison d'un conflit larvé, sans solution possible.

La retraite

« À quel âge puis-je partir à la retraite et sous quelles conditions ? »

- **Mise à la retraite :**

Dès lors que sont réunies les conditions légales et réglementaires la résiliation du contrat de travail peut être à l'initiative de l'employeur en raison de l'âge du salarié.

Dans les méandres d'une convention du privé

• Départ volontaire à la retraite :

Il peut intervenir dès lors que le salarié est âgé d'au moins 60 ans (sous conditions).

Il en est de même pour le salarié âgé de moins de 60 ans qui remplit les conditions légales et réglementaires pour partir à la retraite de façon anticipée.

• Le préavis :

La mise à la retraite prend à l'expiration d'un préavis dont la durée est de :

- 3 mois pour les non-cadres,
- 4 mois pour les cadres (autres que ceux visés à l'alinéa ci-dessous) comptant 2 ans d'ancienneté,
- 6 mois pour les Directeurs Généraux, Directeurs, Directeurs Adjointes et gestionnaires, Médecins, Pharmaciens, Biologistes et les Cadres Administratifs dont le coefficient est au moins égal à 715 et comptant 2 ans d'ancienneté.

Le départ volontaire à la retraite prend effet à l'expiration d'un préavis dont la durée est égale à celle prévue par la Convention Collective en cas de démission (Art-15-02-2-1 a).

Selon l'ancienneté, l'allocation de départ à la retraite est égale à :

- de 10 à 14 ans d'ancienneté : 1 mois de salaire brut,
- de 15 à 19 ans d'ancienneté : 2 mois de salaire brut,
- de 20 à 24 ans d'ancienneté : 4 mois de salaire brut,
- de 25 à 29 ans d'ancienneté : 5 mois de salaire brut,
- 30 ans ou plus d'ancienneté : 6 mois de salaire brut.

Le salaire à prendre en considération pour le calcul de l'allocation de départ en retraite est selon la formule la plus avantageuse pour le salarié :

- Soit le douzième de la rémunération des douze derniers mois précédant le départ à la retraite (hors prime décentralisée),
- Soit le tiers des trois derniers mois. Dans ce cas, toute prime ou autre élément de salaire annuel ou exceptionnel qui aurait été versé au salarié pendant cette période est pris en compte à due proportion.

L'article 15.03.2.2.2 de la convention donne la possibilité de transformer une partie de l'allocation de départ volontaire en temps de repos en fin de carrière. Ces temps de repos en fin de carrière ne peuvent être pris qu'au cours des deux années précédant la date de départ à la retraite.

Ce tour volontairement non exhaustif d'une convention collective, reflète les questions que vous nous posez le plus fréquemment et la subtilité du langage « administratif » qui peut parfois être un frein au décryptage de vos droits face à nos employeurs.

Nous serons certainement amenés à réécrire sur ces problématiques, tellement le sujet est complexe et à tenter de décoder les évolutions du code du travail qui auront un grand impact sur ces contrats qui nous gèrent ! ■

Jacques ABIHSSIRA

CNI Saint Joseph

Marie Do BIARD

CNI APHM

Trésorière Nationale CNI



PPCR : de la poudre aux yeux ?

L'article 148 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour l'année 2016 prévoit plusieurs dispositions relatives au protocole visant à la modernisation des Parcours Professionnels, des Carrières et des Rémunérations (Protocole PPCR) et à l'avenir de la fonction publique.

Le PPCR est le fruit de négociations débutées à l'automne 2014 par l'ancienne Ministre de la Fonction Publique, Marylise LEBRANCHU et qui a abouti à la parution de 14 décrets et 7 arrêtés uniquement pour la Fonction Publique Hospitalière.

Malgré le défaut de majorité syndicale, le Gouvernement a décidé que cet accord, approuvé par six organisations syndicales sur neuf, serait appliqué à l'ensemble des fonctionnaires.

L'accord relatif à l'avenir de la fonction publique annonce une réforme de la politique de rémunération en ciblant plus particulièrement sa composante indiciaire.

Il s'agira d'une part, d'une restructuration des grilles de rémunération avec un accent sur les traitements de début et de fin de carrière (relèvement progressif des bornes indiciaires) et d'autre part de la transformation d'une partie du montant indemnitaire en points d'indices majorés qui seront intégrés aux grilles.

1. Transfert primes / points :

Le décret n° 2016-588 du 11 mai 2016 précise la mise en œuvre de la mesure dite du « transfert primes / points ».

Le principe est de transformer une partie des primes en points d'indice pour l'intégrer dans le traitement brut. Il s'agit donc de diminuer le montant des primes et d'attribuer un nombre de points d'indice augmentant d'autant le montant du traitement.

Seulement les cotisations salariales sont plus élevées sur le traitement brut indiciaire que sur les primes, cela correspond à des retenues pour la pension de retraite. Pour pallier la baisse du traitement brut due à l'application de ces retenues pour pension, une compensation a été obtenue : chaque agent aura donc un ou deux points d'indice en plus du seul fait du transfert « primes / points ».

Même si l'agent ne perçoit aucune prime ou un faible montant de primes, il bénéficiera de ces points d'indice. Pour lui ce sera un gain de pouvoir d'achat, pour les autres quasiment une opération nulle.

A compter de la date d'entrée en vigueur des revalorisations indiciaires liées au protocole PPCR, un abattement interviendra sur les montants bruts des

primes et indemnités perçues par les fonctionnaires en position d'activité ou de détachement sur un emploi conduisant à une pension CNRACL.

Cet abattement se matérialisera par une ligne négative sur chaque fiche de paie.

a. Calcul de l'abattement :

Pour le calcul de l'abattement, ne sont pas pris en compte :

- les éléments qui entrent dans l'assiette de cotisation CNRACL,
- l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement,
- les indemnités ayant le caractère de remboursement de frais,
- les indemnités horaires pour travaux supplémentaires,
- la compensation de sujétions spécifiques,
- l'indemnisation du service d'astreinte.

Les agents ne bénéficiant d'aucune prime ou indemnité autres que celles-ci, n'auront aucune somme déduite. Les agents dont les primes ou indemnités sont proratisées en fonction de la quotité de temps travaillé verront le montant déduit proratisé dans les mêmes proportions.

b. Montant maximal brut :

- **Corps de catégorie A** : 9 points soit 41.67 € brut par mois, 167 € par an en 2016, 389 € à compter de 2017.

Sont concernés les corps des infirmiers soins généraux et spécialisés, ergothérapeutes, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, puéricultrices, cadres de santé paramédicaux, cadres de santé, cadres socio-éducatifs.

- **Corps de catégorie B** : 6 points soit 27.78 € brut par mois, 278 € par an à compter de 2016,
- **Corps de catégorie C** : 4 points soit 18.52 € brut par mois, 167 € par an à compter de 2017.

Chaque mois, l'agent bénéficiera d'une augmentation de son traitement brut et verra sur sa fiche de paie une somme déduite équivalente au montant des primes transférées.

Pour les futurs retraités, le gain pour une pension complète sera de :

14 € mensuels en catégorie C,
21 € en catégorie B,
31 € en catégorie A.

2. Suppression de l'avancement à la durée minimale : Une mesure fortement régressive

Les carrières minimums (avancement d'échelon à la durée minimale) sont purement et simplement supprimées. Les agents perdent ainsi la garantie d'une carrière minimum, ce qui conduira à un ralentissement des déroulements de carrière et donc à une évolution indiciaire beaucoup plus longue.

Il est cependant aussi prévu, lorsque les statuts particuliers le prévoient, un avancement en fonction de la valeur professionnelle. Il s'agira alors de mettre en œuvre, via la Commission Administrative Paritaire, une réduction d'ancienneté par rapport à la durée unique accordée en fonction de la valeur professionnelle des agents. A l'inverse il est également prévu que si la valeur professionnelle est jugée insuffisante une majoration d'ancienneté soit retenue.

Cette mesure qui s'apparente à un avancement au mérite devra être précisée par décret. Il faudra notamment que l'on se mette d'accord sur une définition du mérite et des critères objectifs de la valeur professionnelle.

Au titre de l'année 2016, l'avancement à la durée minimale continue de s'appliquer jusqu'à la publication des nouvelles dispositions statutaires des corps concernés.

Ainsi, pourront bénéficier d'un avancement à la durée minimale uniquement les personnels dont l'avancement d'échelon à la durée minimale prend effet à une date antérieure à la date de publication des nouvelles dispositions statutaires des corps concernés, soit au 19 mai 2016.

3. L'allongement des carrières

Les grilles proposées par le PPCR, confirment la volonté d'adapter les carrières de la Fonction Publique au rallongement de la durée de cotisation et au recul de l'âge légal de départ à la retraite. Pour atteindre l'échelon terminal de sa catégorie il faudra

en moyenne prolonger sa carrière de 4 ans pour espérer un gain moyen de 19 points d'indice. De plus la garantie de dérouler sa carrière sur au moins deux grades est toujours soumise à la détermination par la parution de décrets de ratios nationaux « promus-promouvables ».

4. De nouvelles grilles de salaire

Comme vous pourrez le constater dans les grilles salariales ci-après, les annonces de grandes revalorisations de vos salaires sont quelque peu exagérées. En clair la construction des nouvelles grilles est largement autofinancée par les agents eux-mêmes par l'opération de conversion primes / points, au demeurant très légère. La mise en œuvre différée des grilles dans le temps (2017 / 2020), dilue le bénéfice des gains indiciaires et il n'y a aucune garantie que le prochain gouvernement ne les remette pas en cause.

Des augmentations de rémunération certes, mais qui ne compensent pas l'effet du gel du point d'indice depuis juillet 2010, ni l'augmentation des cotisations de retraite CNRACL.

La revalorisation de la catégorie C est ridicule et certains agents sont même perdants. Pour la catégorie B ce n'est pas beaucoup mieux et pour la catégorie A l'effort est aussi nettement insuffisant puisque nous restons sur une grille d'un petit A et non d'un A type.

Pour le syndicat CNI, le seul point positif de cette réforme est l'intégration de ces primes au salaire de base, permettant leur prise en compte pour le calcul de la retraite.

Nous dénonçons cette communication ministérielle qui leurre le personnel hospitalier en lui faisant miroiter des augmentations substantielles. Ne vous y trompez pas, là où d'un côté ils paraissent donner quelques deniers, ils en retirent autant d'un autre.

Le syndicat CNI revendique une réelle revalorisation salariale des professionnels, à hauteur de leurs compétences et de leurs responsabilités, ainsi que la mise en place de mesures visant à améliorer les conditions de travail. ■

*Eric AUDOUY
Infirmier AP-HM
Vice-président CNI*

PPCR : Grilles de salaire

Voici les nouvelles grilles suite au PPCR

Directeur de Soins - Classe Normale					Catégorie A	
1er Juillet 2015			1er Juillet 2016		1er Février 2017	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		Salaire Brut (€)	
8	-	734	3398,63	3418,97	3439,52	
7	3 ans	703	3255,09	3274,57	3294,25	
6	3 ans	670	3102,29	3120,86	3139,62	
5	2 ans	636	2944,86	2962,48	2980,29	
4	2 ans	602	2787,43	2804,11	2820,97	
3	2 ans	568	2630,00	2645,74	2661,64	
2	2 ans	540	2500,35	2515,32	2530,44	
1	1 an	512	2370,70	2384,89	2399,23	
Valeur du point d'indice			4,6302	4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)	

Directeur de Soins - Hors-Classe					Catégorie A	
1er Juillet 2015			1er Juillet 2016		1er Février 2017	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		Salaire Brut (€)	
8	-	821	3801,46	3824,21	3847,20	
7	3 ans	783	3625,51	3647,21	3669,13	
6	3 ans	749	3468,08	3488,84	3509,81	
5	2 ans	718	3324,54	3344,44	3364,54	
4	2 ans	684	3167,11	3186,07	3205,22	
3	2 ans	650	3009,68	3027,70	3045,90	
2	2 ans	616	2852,25	2869,32	2886,57	
1	2 ans	581	2690,19	2706,29	2722,56	
Valeur du point d'indice			4,6302	4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)	

Psychologue - Classe Normale					Catégorie A	
1er Juillet 2015			1er Juillet 2016		1er Février 2017	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		Salaire Brut (€)	
11	-	658	3046,73	3064,96	3083,38	
10	4,5 ans	612	2833,73	2850,69	2867,83	
9	4 ans	567	2625,37	2641,08	2656,96	
8	4 ans	531	2458,68	2473,39	2488,26	
7	3 ans	495	2291,99	2305,71	2319,57	
6	3 ans	467	2162,34	2175,28	2188,36	
5	3 ans	439	2032,69	2044,86	2057,15	
4	2,5 ans	416	1926,20	1937,72	1949,37	
3	1 an	395	1828,96	1839,91	1850,97	
2	9 mois	376	1740,98	1751,40	1761,93	
1	3 mois	349	1615,97	1625,64	1635,41	
Valeur du point d'indice			4,6302	4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)	

Psychologue - Hors-Classe					Catégorie A	
1er Juillet 2015			1er Juillet 2016		1er Février 2017	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		Salaire Brut (€)	
7	-	783	3625,51	3647,21	3669,13	
6	3 ans	741	3431,04	3451,57	3472,32	
5	3 ans	695	3218,05	3237,31	3256,77	
4	2,5 ans	642	2972,64	2990,43	3008,41	
3	2,5 ans	601	2782,80	2799,45	2816,28	
2	2,5 ans	560	2592,96	2608,48	2624,16	
1	2,5 ans	495	2291,99	2305,71	2319,57	
Valeur du point d'indice			4,6302	4,6580 (1er Juillet 2016)	4,6860 (1er Février 2017)	

Sixième Grade : Cadre de Santé Supérieur Paramédical													Catégorie A - Sédentaire								
1er Juillet 2015			1er Janvier 2016			1er Juillet 2016		1er Janvier 2017			1er Février 2017		1er Janvier 2018			1er janvier 2019					
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
7	-	734	3398,63	7	-	738	3417,15	3437,60	7	-	744	3465,55	3486,38	7	-	754	3533,24	7	-	764	3580,10
6	3 ans	698	3231,94	6	3 ans	702	3250,46	3269,91	6	3 ans	714	3325,81	3345,80	6	3 ans	717	3359,86	6	3 ans	720	3373,92
5	3 ans	662	3065,25	5	3 ans	666	3083,77	3102,22	5	3 ans	678	3158,12	3177,10	5	3 ans	681	3191,16	5	3 ans	684	3205,22
4	3 ans	630	2917,08	4	3 ans	634	2935,60	2953,17	4	3 ans	640	2981,12	2999,04	4	3 ans	643	3013,09	4	3 ans	650	3045,90
3	3 ans	598	2768,91	3	3 ans	602	2787,43	2804,11	3	3 ans	608	2832,06	2849,08	3	3 ans	611	2863,14	3	3 ans	618	2895,94
2	2 ans	572	2648,52	2	2 ans	576	2667,04	2683	2	2 ans	588	2738,90	2755,36	2	2 ans	591	2769,42	2	2 ans	593	2778,79
1	2 ans	550	2546,66	1	2 ans	554	2565,18	2580,53	1	2 ans	560	2608,48	2624,16	1	2 ans	563	2638,21	1	2 ans	566	2652,27
Valeur du point d'indice			4,6303 (1er Janvier 2016)			4,6580 (1er Juillet 2016)			4,6860 (1er Février 2017)												

Cinquième Grade : Cadre de Santé Paramédical													Catégorie A - Sédentaire								
1er Juillet 2015			1er Janvier 2016			1er Juillet 2016		1er Janvier 2017			1er Février 2017		1er Janvier 2018			1er janvier 2019					
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
11	-	658	3046,73	11	-	662	3065,25	3083,59	11	-	668	3111,54	3130,24	11	-	674	3158,36	11	-	680	3186,48
10	3 ans	636	2944,86	10	3 ans	640	2963,38	2981,12	10	3 ans	646	3009,06	3027,15	10	3 ans	649	3041,21	10	3 ans	652	3055,27
9	3 ans	613	2838,36	9	3 ans	617	2856,89	2873,98	9	3 ans	627	2920,56	2938,12	9	3 ans	630	2952,18	9	3 ans	640	2999,04
8	3 ans	590	2731,87	8	3 ans	594	2750,39	2766,85	8	3 ans	600	2794,80	2811,60	8	3 ans	603	2825,65	8	3 ans	612	2867,83
7	3 ans	567	2625,37	7	3 ans	571	2643,89	2659,71	7	3 ans	583	2715,61	2731,93	7	3 ans	586	2745,99	7	3 ans	589	2760,05
6	3 ans	542	2509,61	6	3 ans	546	2528,13	2543,26	6	3 ans	552	2571,21	2586,67	6	3 ans	555	2600,73	6	3 ans	561	2628,84
5	3 ans	518	2398,49	5	3 ans	522	2417,01	2431,47	5	3 ans	528	2459,42	2474,20	5	3 ans	531	2488,26	5	3 ans	539	2525,75
4	2 ans	493	2282,73	4	2 ans	497	2301,25	2315,02	4	2 ans	503	2342,97	2357,05	4	2 ans	506	2371,11	4	2 ans	515	2413,29
3	2 ans	473	2190,12	3	2 ans	477	2208,64	2221,86	3	2 ans	484	2254,47	2268,02	3	2 ans	487	2282,08	3	2 ans	494	2314,88
2	2 ans	451	2088,26	2	2 ans	455	2106,78	2119,39	2	2 ans	462	2151,99	2164,93	2	2 ans	465	2178,99	2	2 ans	470	2202,42
1	1 an	443	2051,21	1	1 an	447	2069,74	2082,12	1	1 an	454	2114,73	2127,44	1	1 an	457	2141,50	1	1 an	460	2155,56
Valeur du point d'indice			4,6303 (1er Janvier 2016)			4,6580 (1er Juillet 2016)			4,6860 (1er Février 2017)												

PPCR : Grilles de salaire

Quatrième Grade : IADE										Catégorie A - Sédentaire													
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2018				1er janvier 2019					
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)		
7	-	642	2972,64	7	-	646	2991,16	3009,06															
6	4 ans	616	2852,25	6	4 ans	620	2870,78	2887,96	6	-	652	3037,01	3055,27	6	-	664	3111,50	6	-	673	3153,67		
5	4 ans	595	2755,02	5	4 ans	599	2773,54	2790,14	5	4 ans	626	2915,90	2933,43	5	4 ans	629	2947,49	5	4 ans	634	2970,92		
4	4 ans	574	2657,78	4	4 ans	578	2676,30	2692,32	4	4 ans	605	2818,0	2835,03	4	4 ans	607	2844,40	4	4 ans	613	2872,51		
3	3 ans	551	2551,29	3	3 ans	555	2569,81	2585,19	3	4 ans	584	2720,27	2736,62	3	4 ans	587	2750,68	3	4 ans	592	2774,11		
2	2 ans	535	2477,20	2	2 ans	539	2495,72	2510,66	2	3 ans	561	2613,13	2628,84	2	3 ans	564	2642,90	2	3 ans	569	2666,33		
1	1 an	525	2430,75	1	1 an	529	2449,42	2464,08	1	2 ans	545	2538,61	2553,87	1	2 ans	548	2567,92	1	2 ans	553	2591,35		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

Troisième Grade : IADE, IBODE et Puéricultrice										Catégorie A - Sédentaire													
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2018				1er janvier 2019					
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)		
11	-	631	2921,71	11	-	635	2940,23	2957,83															
10	4 ans	608	2815,21	10	4 ans	612	2833,73	2850,69	10	-	641	2985,77	3003,72	10	-	644	3017,78	10	-	658	3083,38		
9	4 ans	585	2708,72	9	4 ans	589	2727,24	2743,56	9	4 ans	618	2878,64	2895,94	9	4 ans	621	2910,00	9	4 ans	624	2924,06		
8	4 ans	558	2583,70	8	4 ans	562	2602,22	2617,79	8	4 ans	595	2771,51	2788,17	8	4 ans	598	2802,22	8	4 ans	601	2816,28		
7	3 ans	533	2467,94	7	3 ans	537	2486,46	2501,34	7	4 ans	571	2659,71	2675,70	7	4 ans	573	2685,07	7	4 ans	576	2699,13		
6	2 ans	509	2356,81	6	2 ans	513	2375,33	2389,55	6	3.5 ans	543	2529,29	2544,49	6	3.5 ans	546	2558,55	6	3.5 ans	549	2572,61		
5	2 ans	485	2245,69	5	2 ans	489	2264,21	2277,76	5	2 ans	519	2417,50	2432,03	5	2 ans	522	2446,09	5	2 ans	525	2460,15		
4	2 ans	460	2129,93	4	2 ans	464	2148,45	2161,31	4	2 ans	495	2305,71	2319,57	4	2 ans	498	2333,62	4	2 ans	501	2347,68		
3	2 ans	439	2032,69	3	2 ans	443	2051,21	2063,49	3	2 ans	471	2193,91	2207,10	3	2 ans	473	2216,47	3	2 ans	476	2230,53		
2	2 ans	420	1944,72	2	2 ans	424	1963,24	1974,99	2	2 ans	450	2096,10	2108,70	2	2 ans	452	2118,07	2	2 ans	455	2132,13		
1	1 an	403	1866,00	1	1 an	407	1884,52	1895,80	1	2 ans	430	2002,94	2014,98	1	2 ans	433	2029,03	1	2 ans	436	2043,09		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

Deuxième Grade : ISGS, Ergothérapeute, IBODE et Puéricultrice										Catégorie A - Sédentaire													
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2018				1er janvier 2019					
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)		
11	-	604	2796,69	11	-	608	2815,21	2832,06															
10	4 ans	578	2676,30	10	4 ans	582	2694,82	2710,95	10	-	614	2860,01	2877,20	10	-	617	2891,26	10	-	627	2938,12		
9	4 ans	552	2555,92	9	4 ans	556	2574,44	2589,84	9	4 ans	591	2752,87	2755,36	9	4 ans	592	2774,11	9	4 ans	594	2783,48		
8	4 ans	529	2449,42	8	4 ans	533	2467,94	2482,71	8	4 ans	562	2617,79	2633,53	8	4 ans	565	2647,59	8	4 ans	567	2656,96		
7	3 ans	506	2342,92	7	3 ans	510	2361,44	2375,58	7	4 ans	539	2510,66	2525,75	7	4 ans	542	2539,81	7	4 ans	544	2549,18		
6	3 ans	483	2236,43	6	3 ans	487	2254,95	2268,44	6	3.5 ans	516	2403,52	2417,97	6	3.5 ans	518	2427,34	6	3.5 ans	521	2441,40		
5	2 ans	460	2129,93	5	2 ans	464	2148,45	2161,31	5	3 ans	493	2296,39	2310,19	5	3 ans	495	2319,57	5	3 ans	498	2333,62		
4	2 ans	440	2037,32	4	2 ans	444	2055,84	2068,15	4	2 ans	470	2189,2	2202,42	4	2 ans	472	2211,79	4	2 ans	475	2225,85		
3	2 ans	420	1944,72	3	2 ans	424	1963,24	1974,99	3	2 ans	450	2096,10	2108,70	3	2 ans	452	2118,07	3	2 ans	455	2132,13		
2	2 ans	403	1866	2	2 ans	407	1884,52	1895,80	2	2 ans	430	2002,94	2014,98	2	2 ans	432	2024,35	2	2 ans	435	2038,41		
1	1 an	390	1805,81	1	1 an	394	1824,33	1835,25	1	2 ans	414	1928,41	1940,00	1	2 ans	416	1949,37	1	2 ans	422	1977,49		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

Premier Grade : ISGS, Ergothérapeute										Catégorie A - Sédentaire													
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement)				1er Février 2017	1er Janvier 2018				1er janvier 2019					
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaires Brut (€)		
11	-	566	2620,74	11	-	570	2639,26	2655,06															
10	4 ans	549	2542,02	10	4 ans	553	2560,55	2575,87	10	-	583	2699,29	2731,93	10	-	591	2769,42	10	-	592	2774,11		
9	4 ans	529	2449,42	9	4 ans	533	2467,94	2482,71	9	4 ans	562	2602,06	2633,53	9	4 ans	565	2647,59	9	4 ans	571	2675,70		
8	4 ans	509	2356,81	8	4 ans	513	2375,33	2389,55	8	4 ans	539	2495,57	2525,75	8	4 ans	541	2535,12	8	4 ans	544	2549,18		
7	3 ans	488	2259,58	7	3 ans	492	2278,10	2291,73	7	4 ans	519	2402,97	2432,03	7	4 ans	521	2441,40	7	4 ans	524	2455,46		
6	3 ans	457	2116,04	6	3 ans	461	2134,56	2147,33	6	3.5 ans	498	2305,74	2333,62	6	3.5 ans	500	2343	6	3.5 ans	503	2357,05		
5	3 ans	424	1963,24	5	3 ans	428	1981,76	1993,62	5	3 ans	467	2162,21	2188,36	5	3 ans	469	2197,73	5	3 ans	472	2211,79		
4	3 ans	402	1861,37	4	3 ans	406	1879,89	1891,14	4	3 ans	434	2009,42	2033,72	4	3 ans	437	2047,78	4	3 ans	446	2089,95		
3	3 ans	382	1768,77	3	3 ans	386	1787,29	1797,98	3	3 ans	412	1907,56	1930,63	3	3 ans	416	1949,37	3	3 ans	422	1977,49		
2	2 ans	363	1680,79	2	2 ans	367	1699,31	1709,48	2	3 ans	392	1814,96	1836,91	2	3 ans	397	1860,34	2	3 ans	404	1893,14		
1	1 an	349	1615,97	1	1 an	353	1634,49	1644,27	1	2 ans	373	1726,99	1747,87	1	2 ans	388	1818,16	1	2 ans	390	1827,54		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

PPCR : Grilles de salaire

Cadre de Santé : Catégorie Active														Catégorie A - Active									
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017				1er Février 2017		1er Janvier 2018				1er janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		
8	-	611	2829,10	8	-	615	2847,62	2864,67	8	-	621	2892,61	2910,00	8	-	624	2924,06	8	-	632	2961,55		
7	4 ans	554	2565,18	7	4 ans	558	2583,70	2599,16	7	4 ans	564	2627,11	2642,90	7	4 ans	570	2671,02	7	4 ans	574	2689,76		
6	4 ans	526	2435,53	6	4 ans	530	2454,05	2468,74	6	4 ans	536	2496,68	2511,69	6	4 ans	541	2535,12	6	4 ans	545	2553,87		
5	3 ans	497	2301,25	5	3 ans	501	2319,77	2333,65	5	3 ans	507	2361,60	2375,80	5	3 ans	512	2399,23	5	3 ans	515	2413,29		
4	3 ans	473	2190,12	4	3 ans	477	2208,64	2221,86	4	3 ans	483	2249,81	2263,33	4	3 ans	487	2282,08	4	3 ans	489	2291,45		
3	2 ans	446	2065,10	3	2 ans	450	2083,63	2096,10	3	2 ans	456	2124,04	2136,81	3	2 ans	460	2155,56	3	2 ans	461	2160,24		
2	2 ans	416	1926,20	2	2 ans	420	1944,72	1956,36	2	2 ans	426	1984,30	1996,23	2	2 ans	429	2010,29	2	2 ans	431	2019,66		
1	1 an	380	1759,51	1	1 an	384	1778,03	1788,67	1	1 an	390	1816,62	1827,54	1	1 an	392	1836,91	1	1 an	395	1850,97		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

Cadre Supérieur de Santé : Catégorie Active														Catégorie A - Active									
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017				1er Février 2017		1er Janvier 2018				1er janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		
6	-	642	2972,64	6	-	646	2991,16	3009,06	6	-	652	3037,01	3055,27	6	-	655	3069,33	6	-	665	3116,19		
5	3 ans	621	2875,41	5	3 ans	625	2893,93	2911,25	5	3 ans	631	2939,19	2956,86	5	3 ans	635	2975,61	5	3 ans	642	3008,41		
4	3 ans	581	2690,19	4	3 ans	585	2708,72	2724,93	4	3 ans	591	2752,87	2769,42	4	3 ans	595	2788,17	4	3 ans	600	2811,60		
3	3 ans	566	2620,74	3	3 ans	570	2639,26	2655,06	3	3 ans	576	2683,00	2699,13	3	3 ans	580	2717,88	3	3 ans	584	2736,62		
2	3 ans	544	2518,87	2	3 ans	548	2537,39	2552,58	2	3 ans	554	2580,53	2596,04	2	3 ans	558	2614,78	2	3 ans	560	2624,16		
1	2 ans	524	2426,27	1	2 ans	528	2444,79	2459,42	1	2 ans	534	2487,37	2502,32	1	2 ans	537	2516,38	1	2 ans	537	2516,38		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

IADE Classe Normale (Catégorie Active)														Catégorie A - Active									
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017				1er Février 2017		1er Janvier 2018				1er janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		
8	-	544	2518,87	8	-	548	2537,39	2552,58	8	-	554	2580,53	2596,04	8	-	560	2624,16	8	-	566	2652,27		
7	4 ans	516	2389,23	7	4 ans	520	2407,75	2422,16	7	4 ans	526	2450,10	2464,83	7	4 ans	529	2478,89	7	4 ans	532	2492,95		
6	4 ans	487	2254,95	6	4 ans	491	2273,47	2287,07	6	4 ans	497	2315,02	2328,94	6	4 ans	500	2343	6	4 ans	503	2357,05		
5	4 ans	461	2134,56	5	4 ans	465	2153,08	2165,97	5	4 ans	471	2193,91	2207,10	5	4 ans	474	2221,16	5	4 ans	477	2235,22		
4	3 ans	438	2028,06	4	3 ans	442	2046,58	2058,83	4	3 ans	448	2086,78	2099,32	4	3 ans	451	2113,38	4	3 ans	454	2127,44		
3	3 ans	413	1912,31	3	3 ans	417	1930,83	1942,38	3	3 ans	423	1970,33	1982,17	3	3 ans	426	1996,23	3	3 ans	429	2010,29		
2	2 ans	394	1824,33	2	2 ans	398	1842,85	1853,88	2	2 ans	404	1881,83	1893,14	2	2 ans	406	1902,51	2	2 ans	409	1916,57		
1	1 an	367	1699,31	1	1 an	371	1717,83	1728,11	1	1 an	377	1756,06	1766,62	1	1 an	379	1775,99	1	1 an	382	1790,05		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

IADE Classe Supérieure (Catégorie Active)														Catégorie A - Active									
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017				1er Février 2017		1er Janvier 2018				1er janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		
7	-	604	2796,69	7	-	608	2815,21	2832,06	7	-	614	2860,01	2877,20	7	-	617	2891,26	7	-	627	2938,12		
6	3.5 ans	566	2620,74	6	3.5 ans	570	2639,26	2655,06	6	3.5 ans	576	2683,00	2699,13	6	3.5 ans	579	2713,19	6	3.5 ans	586	2745,99		
5	3 ans	544	2518,87	5	3 ans	548	2537,39	2552,58	5	3 ans	554	2580,53	2596,04	5	3 ans	560	2624,16	5	3 ans	566	2652,27		
4	3 ans	524	2426,27	4	3 ans	528	2444,79	2459,42	4	3 ans	534	2487,37	2502,32	4	3 ans	537	2516,38	4	3 ans	540	2530,44		
3	2 ans	501	2319,77	3	2 ans	505	2338,29	2352,29	3	2 ans	511	2380,23	2394,54	3	2 ans	514	2408,60	3	2 ans	517	2422,66		
2	2 ans	482	2231,80	2	2 ans	486	2250,32	2263,78	2	2 ans	492	2291,73	2305,51	2	2 ans	495	2319,57	2	2 ans	498	2333,62		
1	2 ans	454	2102,15	1	2 ans	458	2120,67	2133,36	1	2 ans	464	2161,31	2174,30	1	2 ans	467	2188,36	1	2 ans	470	2202,42		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

PPCR : Grilles de salaire

IBODE et puéricultrice Classe Normale (Catégorie Active)													Catégorie A - Active										
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017				1er Février 2017		1er Janvier 2018				1er janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		
8	-	512	2370,70	8	-	516	2389,23	2403,52	8	-	522	2431,47	2446,09	8	-	525	2460,15	8	-	535	2507,01		
7	4 ans	485	2245,69	7	4 ans	489	2264,21	2277,76	7	4 ans	495	2305,71	2319,57	7	4 ans	499	2338,31	7	4 ans	502	2352,37		
6	4 ans	456	2111,41	6	4 ans	460	2129,93	2142,68	6	4 ans	466	2170,62	2183,67	6	4 ans	469	2197,73	6	4 ans	472	2211,79		
5	4 ans	429	1986,39	5	4 ans	433	2004,91	2016,91	5	4 ans	439	2044,86	2057,15	5	4 ans	442	2071,21	5	4 ans	445	2085,27		
4	3 ans	411	1903,04	4	3 ans	415	1921,57	1933,07	4	3 ans	421	1961,01	1972,80	4	3 ans	423	1982,17	4	3 ans	426	1996,23		
3	3 ans	386	1787,29	3	3 ans	390	1805,81	1816,62	3	3 ans	396	1844,56	1855,65	3	3 ans	398	1865,02	3	3 ans	400	1874,40		
2	2 ans	367	1699,31	2	2 ans	371	1717,83	1728,11	2	2 ans	377	1756,06	1766,62	2	2 ans	379	1775,99	2	2 ans	381	1785,36		
1	1 an	341	1578,92	1	1 an	345	1597,45	1607,01	1	1 an	351	1634,95	1644,78	1	1 an	353	1654,15	1	1 an	355	1663,53		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

IBODE et puéricultrice Classe Supérieure (Catégorie Active)													Catégorie A - Active										
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017				1er Février 2017		1er Janvier 2018				1er janvier 2019			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)		
7	-	570	2639,26	7	-	574	2657,78	2673,69	7	-	580	2701,64	2717,88	7	-	583	2731,93	7	-	593	2778,79		
6	3.5 ans	539	2495,72	6	3.5 ans	543	2514,24	2529,29	6	3.5 ans	549	2557,24	2572,61	6	3.5 ans	552	2586,67	6	3.5 ans	555	2600,73		
5	3 ans	518	2398,49	5	3 ans	522	2417,01	2431,47	5	3 ans	528	2459,42	2474,20	5	3 ans	531	2488,26	5	3 ans	536	2511,69		
4	3 ans	498	2305,88	4	3 ans	502	2324,40	2338,31	4	3 ans	508	2366,26	2380,48	4	3 ans	511	2394,54	4	3 ans	514	2408,60		
3	2 ans	474	2194,75	3	2 ans	478	2213,27	2226,52	3	2 ans	484	2254,47	2268,02	3	2 ans	487	2282,08	3	2 ans	490	2296,14		
2	2 ans	455	2106,78	2	2 ans	459	2125,30	2138,02	2	2 ans	465	2165,97	2178,99	2	2 ans	467	2188,36	2	2 ans	470	2202,42		
1	2 ans	420	1944,72	1	2 ans	424	1963,24	1974,99	1	2 ans	430	2002,94	2014,98	1	2 ans	433	2029,03	1	2 ans	435	2038,41		
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)											

Catégorie B, Classe Normale : Infirmière, Manipulateurs en radiologie, Kinésithérapeute, Technicien de Laboratoire...													Catégorie B -							
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017 (reclassement)				1er Février 2017		1er Janvier 2018				
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)			
9	-	515	2384,59	9	-	521	2412,38	2426,81												
8	4 ans	483	2236,43	8	4 ans	489	2264,21	2277,76	8	-	529	2464,08	2478,89	8	-	534	2502,32			
7	4 ans	450	2083,63	7	4 ans	456	2111,41	2124,04	7	4 ans	492	2291,73	2305,51	7	4 ans	495	2319,57			
6	4 ans	420	1944,72	6	4 ans	426	1972,50	1984,30	6	4 ans	459	2138,02	2150,87	6	4 ans	462	2164,93			
5	4 ans	394	1824,33	5	4 ans	400	1852,11	1863,20	5	4 ans	428	1993,62	2005,60	5	4 ans	429	2010,29			
4	3 ans	370	1713,20	4	3 ans	376	1740,98	1751,40	4	4 ans	406	1891,14	1902,51	4	4 ans	409	1916,57			
3	3 ans	346	1602,08	3	3 ans	352	1629,86	1639,61	3	3 ans	386	1797,98	1808,79	3	3 ans	389	1822,85			
2	2 ans	332	1537,25	2	2 ans	338	1565,03	1574,40	2	3 ans	370	1723,46	1733,82	2	3 ans	371	1738,50			
1	1 an	327	1514,10	1	1 an	333	1541,88	1551,11	1	2 ans	347	1616,32	1626,04	1	2 ans	356	1668,21			
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)								

Catégorie B, Classe Supérieure : Infirmière, Manipulateurs en Radiologie, Kinésithérapeute, Technicien de Laboratoire...													Catégorie B -							
1er Juillet 2015				1er Janvier 2016				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017 (reclassement)				1er Février 2017		1er Janvier 2018				
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)			
												8	-	582	2710,95	2727,25	8	-	587	2750,682
7	-	562	2602,22	7	-	568	2630	2645,74	7	4 ans	569	2650,40	2666,33	7	4 ans	569	2666,33			
6	4 ans	540	2500,35	6	4 ans	546	2528,13	2543,26	6	4 ans	548	2552,58	2567,92	6	4 ans	555	2600,73			
5	4 ans	519	2403,12	5	4 ans	525	2430,90	2445,4	5	4 ans	529	2464,08	2478,89	5	4 ans	534	2502,32			
4	3 ans	494	2287,36	4	3 ans	500	2315,14	2329	4	3 ans	505	2352,29	2366,43	4	3 ans	510	2389,86			
3	3 ans	471	2180,86	3	3 ans	477	2208,64	2221,86	3	3 ans	481	2240,49	2253,96	3	3 ans	485	2272,71			
2	3 ans	448	2074,37	2	3 ans	454	2102,15	2114,73	2	2 ans	457	2128,70	2141,50	2	2 ans	461	2160,24			
1	2 ans	423	1958,61	1	2 ans	429	1986,39	1998,28	1	1 an	437	2035,54	2047,78	1	1 an	445	2085,27			
Valeur du point d'indice				4,6303 (1er Janvier 2016)				4,6580 (1er Juillet 2016)				4,6860 (1er Février 2017)								

PPCR : Grilles de salaire

Catégorie C, ancienne Echelle 6 devient C3 : AS-AP Classe Exceptionnelle										Catégorie C						
1er Juillet 2015				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C3)					1er Février 2017	1er Janvier 2018		1er Janvier 2019		1er janvier 2020	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)		Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
						10	-	466	2170,62	2183,67	466	2183,67	466	2183,67	473	2216,47
9	-	462	2139,19	2151,99		9	3 ans	445	2072,81	2085,27	450	2108,70	450	2108,70	450	2108,70
8	4 ans	436	2018,80	2030,88		8	3 ans	430	2002,94	2014,98	430	2014,98	430	2014,98	430	2014,98
7	4 ans	422	1953,98	1965,67		7	3 ans	413	1923,75	1935,31	415	1944,69	415	1944,69	415	1944,69
6	3 ans	400	1852,11	1863,20		6	2 ans	400	1863,20	1874,40	403	1888,45	403	1888,45	403	1888,45
5	3 ans	385	1782,66	1793,33		5	2 ans	391	1821,27	1832,22	393	1841,59	393	1841,59	393	1841,59
4	2 ans	370	1713,20	1723,46		4	2 ans	375	1746,75	1757,25	380	1780,68	380	1780,68	380	1780,68
3	2 ans	355	1643,75	1653,59		3	2 ans	365	1700,17	1710,39	368	1724,44	368	1724,44	368	1724,44
2	1 an	345	1597,45	1607,01		2	1 an	355	1653,59	1663,53	358	1677,58	358	1677,58	358	1677,58
1	1 an	338	1565,03	1574,40		1	1 an	345	1607,01	1616,67	350	1640,10	350	1640,10	350	1640,10
Valeur du point d'indice			4,6303	4,6580 (1er Juillet 2016)					4,6860 (1er Février 2017)							

Catégorie C : Ancienne Echelle 5 devient C2 : AS-AP Classe Supérieure										Catégorie C						
1er Juillet 2015				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C2)					1er Février 2017	1er Janvier 2018		1er Janvier 2019		1er janvier 2020	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)		Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
12	-	407	1884,52	1895,80		12	-	416	1937,72	1949,37	418	1958,74	418	1958,74	420	1968,12
11	4 ans	398	1842,85	1853,88		11	4 ans	411	1914,43	1925,94	411	1925,94	411	1925,94	412	1930,63
10	4 ans	385	1782,66	1793,33		10	3 ans	402	1872,51	1883,77	402	1883,77	402	1883,77	404	1893,14
9	3 ans	376	1740,98	1751,40		9	3 ans	390	1816,62	1827,54	390	1827,54	390	1827,54	392	1836,91
8	3 ans	360	1666,90	1676,88		8	2 ans	380	1770,04	1780,68	380	1780,68	380	1780,68	380	1780,68
7	2 ans	346	1602,08	1611,66		7	2 ans	364	1695,51	1705,70	364	1705,70	364	1705,70	365	1710,39
6	2 ans	339	1569,66	1579,06		6	2 ans	350	1630,30	1640,10	351	1644,78	351	1644,78	354	1658,84
5	2 ans	332	1537,25	1546,45		5	2 ans	343	1597,69	1607,29	345	1616,67	345	1616,67	346	1621,35
4	2 ans	330	1527,99	1537,14		4	2 ans	336	1565,08	1574,49	336	1574,49	336	1574,49	338	1583,86
3	2 ans	328	1518,73	1527,82		3	2 ans	332	1546,45	1555,75	333	1560,43	333	1560,43	336	1574,49
2	1 an	327	1514,10	1523,16		2	2 ans	330	1537,14	1546,38	330	1546,38	330	1546,38	334	1565,12
1	1 an	326	1509,47	1518,50		1	1 an	328	1527,82	1537,00	328	1537	329	1541,69	332	1555,75
Valeur du point d'indice			4,6303	4,6580 (1er Juillet 2016)					4,6860 (1er Février 2017)							

Catégorie C : Ancienne Echelle 4 devient C2 : ASH Classe Supérieure et AS-AP Classe Normale										Catégorie C						
1er Juillet 2015				1er Juillet 2016	1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C2)					1er Février 2017	1er Janvier 2018		1er Janvier 2019		1er janvier 2020	
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)		Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
12	-	382	1768,77	1779,35		12	-	416	1937,72	1949,37	418	1958,74	418	1958,74	420	1968,12
11	4 ans	375	1736,35	1746,75		11	4 ans	411	1914,43	1925,94	411	1925,94	411	1925,94	412	1930,63
10	4 ans	368	1703,94	1714,14		10	3 ans	402	1872,51	1883,77	402	1883,77	402	1883,77	404	1893,14
9	3 ans	354	1639,12	1648,93		9	3 ans	390	1816,62	1827,54	390	1827,54	390	1827,54	392	1836,91
8	3 ans	345	1597,45	1607,01		8	2 ans	380	1770,04	1780,68	380	1780,68	380	1780,68	380	1780,68
7	2 ans	332	1537,25	1546,45		7	2 ans	364	1695,51	1705,70	364	1705,70	364	1705,70	365	1710,39
6	2 ans	329	1523,36	1532,48		6	2 ans	350	1630,30	1640,10	351	1644,78	351	1644,786	354	1658,84
5	2 ans	327	1514,10	1523,16		5	2 ans	343	1597,69	1607,29	345	1616,67	345	1616,67	346	1621,35
4	2 ans	326	1509,47	1518,50		4	2 ans	336	1565,08	1574,49	336	1574,49	336	1574,49	338	1583,86
3	2 ans	325	1504,84	1513,85		3	2 ans	332	1546,45	1555,75	333	1560,43	333	1560,43	336	1574,49
2	1 an	324	1500,21	1509,19		2	2 ans	330	1537,14	1546,38	330	1546,38	330	1546,38	334	1565,12
1	1 an	323	1495,58	1504,53		1	1 an	328	1527,82	1537	328	1537	329	1541,69	332	1555,75
Valeur du point d'indice			4,6303	4,6580 (1er Juillet 2016)					4,6860 (1er Février 2017)							

PPCR : Grilles de salaire

Catégorie C : Ancienne Echelle 3 devient C1 : ASH - Classe Normale										Catégorie C								
1er Juillet 2015				1er Juillet 2016		1er Janvier 2017 (Reclassement Echelle C1)				1er Février 2017	1er Janvier 2018		1er Janvier 2019		1er janvier 2020			
Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)		Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Indice Majoré	Salaire Brut (€)	Echelon	Durée	Indice Majoré	Salaire Brut (€)
															12	-	382	1790,05
11	-	363	1680,79	1690,85		11	-	367	1709,48	1719,76	367	1719,76	368	1724,44	11	4 ans	372	1743,19
10	4 ans	350	1620,60	1630,30		10	3 ans	354	1648,93	1658,84	354	1658,84	356	1668,21	10	3 ans	363	1701,01
9	3 ans	338	1565,03	1574,40		9	3 ans	342	1593,03	1602,61	343	1607,29	346	1621,35	9	3 ans	354	1658,84
8	3 ans	332	1537,25	1546,45		8	2 ans	336	1565,08	1574,49	339	1588,55	342	1602,61	8	2 ans	348	1630,72
7	2 ans	328	1518,73	1527,82		7	2 ans	332	1546,45	1555,75	335	1569,81	338	1583,86	7	2 ans	342	1602,61
6	2 ans	326	1509,47	1518,50		6	2 ans	330	1537,14	1546,38	332	1555,75	334	1565,12	6	2 ans	337	1579,18
5	2 ans	325	1504,84	1513,85		5	2 ans	329	1532,48	1541,69	330	1546,38	332	1555,75	5	2 ans	335	1569,81
4	2 ans	324	1500,21	1509,19		4	2 ans	328	1527,82	1537	329	1541,69	330	1546,38	4	2 ans	333	1560,43
3	2 ans	323	1495,58	1504,53		3	2 ans	327	1523,16	1532,32	328	1537,00	329	1541,69	3	2 ans	332	1555,75
2	1 an	322	1490,95	1499,87		2	2 ans	326	1518,50	1527,63	327	1532,32	328	1537,00	2	2 ans	331	1551,06
1	1 an	321	1486,32	1495,21		1	1 an	325	1513,85	1522,95	326	1527,63	327	1532,32	1	1 an	330	1546,38
Valeur du point d'indice			4,6303	4,6580 (1er Juillet 2016)						4,6860 (1er Février 2017)								



Je vais passer un scanner : qu'est ce qui m'attend ?

On sait presque tous ce qu'est un scanner, soit pour avoir accompagné un patient ou un proche, soit pour en avoir vu des images à la télé. Juste pour rappel, un scanner également appelé tomodynamomètre, est un appareil qui effectue un balayage de la région à explorer. On obtient des coupes (ou tranches) des organes. Il est alors possible de visualiser des lésions éventuelles et l'étendue de celles-ci.

Comment est-ce que ça marche ?

C'est un ou deux tubes à rayons X (deux tubes pour les scanners les plus avancés) qui tournent autour du patient simultanément au déplacement de la table. Les rayons X traversant celui-ci arrivent sur des détecteurs. Les données sont ensuite traitées par un ordinateur et converties en images millimétriques.

Et le rôle du manipulateur dans tout ça ?

Il est le lien entre le patient et le radiologue. C'est l'interlocuteur privilégié du patient, le manipulateur recueille les informations susceptibles d'aider au diagnostic. Les antécédents des malades comme les examens précédents ou les circonstances qui ont amené la personne à consulter comptent presque autant que le scanner lui-même.

Il est donc primordial d'entamer une discussion avec le patient, de demander les documents en leur possession afin d'avoir des informations supplémentaires. Un tri est souvent nécessaire car une radio de la cheville ne nous sera d'aucune utilité, par exemple, pour un scanner du rachis lombaire.

Par ailleurs, la préparation psychologique (gestion du stress) et physique (déshabillage et la pose de voie veineuse), représente les 2/3 de l'examen. Le scanner ne pourra en aucun cas être réalisé dans de bonnes conditions si le patient est angoissé. Ce dernier risque de bouger rendant les images floues et par conséquent difficilement interprétables. Rassurer une personne c'est donc très important et difficile à la fois. L'angoisse est irrationnelle et la claustrophobie, bien que moins présente qu'en IRM, peut nuire au bon déroulement de l'examen. C'est compliqué pour le professionnel de santé qui doit être patient et attentif alors qu'il est tiraillé par le rendement excessif demandé (7 min par scanner tout compris, injection ou non, personne valide ou relevant d'un service de réanimation), le téléphone

qui ne cesse de sonner (pour faire rajouter des malades au programme ou essayer d'accélérer le passage des patients déjà prévus) et le radiologue qui nous sollicite beaucoup. Dans ces conditions, nous devons cependant essayer d'établir un climat de confiance. C'est alors une réelle satisfaction lorsque tout se déroule sereinement et que le patient, qui ne sentait pas capable de « passer l'examen », nous remercie de l'avoir rendu possible.

Une injection pourquoi ?

Pourquoi dans certains cas une injection est-elle nécessaire et dans d'autres non ? Tout d'abord, pour tout ce qui est des explorations osseuses, il n'est pas nécessaire d'injecter. L'examen recherche souvent une fracture ou la formation d'un cal osseux qui pourrait expliquer des douleurs et l'injection de produit de contraste iodé n'apporterait rien de plus pour établir le diagnostic. Ensuite, pour tout ce qui est recherche d'hématome, le produit de contraste pourrait « brouiller » le résultat. En effet, le sang « frais » apparaît en hyperdensité (en blanc) ce qui est le cas également de l'iode. Pour faire la distinction, il sera donc réalisé, dans un 1^{er} temps, un passage sans injection puis un 2^{ème} avec le produit de contraste afin de trouver une éventuelle cause à cet hématome (tumeur, rupture d'anévrisme...).

Dans les suivis oncologiques, il est préconisé de procéder à une injection d'iode qui permettra d'évaluer l'avancée des traitements en mesurant notamment la taille des tumeurs et l'apparition ou la disparition de métastases. A chaque fois, le manipulateur vérifiera l'absence d'une éventuelle allergie au produit de contraste ainsi que le taux de créatinine qui reflète la fonction rénale. En effet, des reins ne fonctionnant pas convenablement ne pourront pas éliminer l'iode qui stagnera alors dans ces derniers, pouvant causer de graves dommages et conduire à une insuffisance rénale terminale. Le cas échéant, il faut évidemment peser le risque /

Je vais passer un scanner : qu'est ce qui m'attend ?

bénéfice car, quand le pronostic vital est en jeu, le radiologue peut prendre la décision d'injecter malgré tout le produit de contraste. Une dialyse sera alors mise en place ultérieurement pour faciliter l'élimination de l'iode.

Enfin, il est possible d'avoir recours, dans certains cas, à des lavements d'iode. Le produit, via une canule, est introduit dans le colon. L'examen permet notamment les diagnostics de sigmoïdites, d'appendicite lorsque l'échographie n'est pas assez contributive. Dans ce cas, le produit ne donne pas de sensation particulière et même si l'examen reste très désagréable, il peut permettre de mettre en évidence une pathologie qui n'aurait pas pu l'être autrement.

Et le patient dans tout ça ?

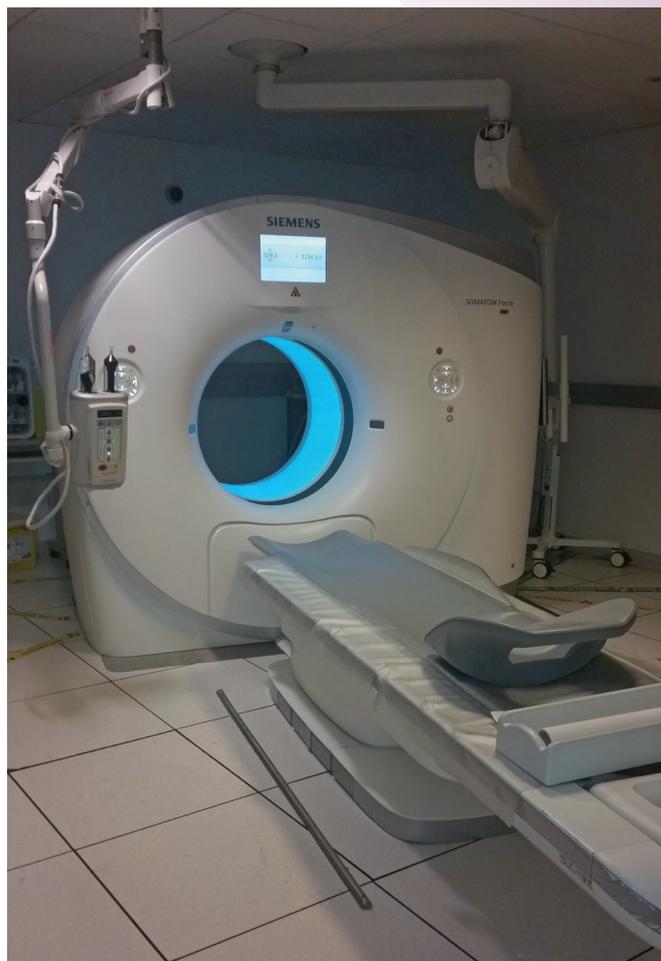
Chaque personne venant passer un scanner peut refuser l'injection, c'est son droit. A nous de lui expliquer que son examen ne sera pas complet et donc qu'il est possible que le radiologue n'ait pas suffisamment de données pour établir un diagnostic précis. Le patient doit faire un choix en connaissance de cause.

Il n'est jamais agréable de se faire perfuser et l'injection d'iode donne vraiment une sensation particulière. Tout votre corps « chauffe » et les femmes ont souvent l'impression d'avoir uriné sur la table. Prévenir le patient de ce qui l'attend permet que l'examen se passe sans trop de désagrément. Fort heureusement, seul un petit nombre, très sensible au produit, pourront avoir la nausée allant jusqu'à vomir mais ces effets secondaires restent peu fréquents. Ainsi, pour pallier à cette éventualité, il est demandé aux patients externes de venir à jeun.

Une révolution en marche...

L'activité au scanner s'est beaucoup développée ces dernières années avec l'installation de nouvelles machines qui permettent de réduire de manière significative les délais d'obtention d'un rendez-vous.

Les constructeurs ne cessent d'innover mettant sur le marché des appareils permettant d'effectuer certains gestes chirurgicaux telles que les ponctions par exemple. Avant, elles étaient réalisées au bloc opératoire, sous anesthésie générale et engendraient une cicatrice. Aujourd'hui, de plus en plus de ponctions se font au scanner, sous anesthésie locale sans laisser de marque sur le corps. Le confort pour le patient est indéniable tant par la récupération,



plus rapide, que par le délai d'hospitalisation qui s'en trouve réduit.

Les scanners cardiaques permettent quant à eux de plus en plus souvent d'éviter les coronarographies, geste invasif et nécessitant un court séjour hospitalier. Ils sont réalisés en 10 min et le patient peut immédiatement reprendre ses activités.

Il ne fait aucun doute que des progrès vont encore apparaître, plaçant le scanner en tête de liste des outils diagnostiques. N'ayez pas peur de cet examen, il est là pour vous aider et s'il reste impressionnant, il est aussi indolore.

Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser toutes vos questions aux manipulateurs en radiologie qui feront de leur mieux pour répondre à vos inquiétudes ou demandes particulières. L'objectif (pour chacun) est que l'examen se passe dans les meilleures conditions.

Voilà, à présent, vous avez tous les éléments pour répondre aux questions de vos patients ou pour passer vous-même votre scanner sereinement. ■

Cécile RODRIGUES

Manipulatrice en Radiologie

Scanner de l'hôpital Saint Joseph Marseille

CNI hôpital Saint Joseph Marseille

La salle hybride à l'hôpital Saint Joseph (Marseille)

Depuis le début d'année 2016, l'Hôpital Saint Joseph dispose d'une nouvelle salle de bloc appelée « salle hybride robotisée » pour la réalisation d'interventions en chirurgies cardiaque, vasculaire et orthopédique. Elle associe donc les caractéristiques d'une salle d'opération classique de chirurgie cardiaque à celle d'une salle de cardiologie interventionnelle (angiographie). Cette combinaison permet d'effectuer de la chirurgie mini-invasive sous imagerie 2D et 3D.

La salle est équipée du modèle « Discovery IGS 730 » de GE Healthcare. Il s'agit d'un nouveau système d'imagerie (rayons X) monté sur un véhicule motorisé (guidé par laser), disposant des performances des meilleures salles de radiologie interventionnelle (imagerie en 3D, fusion multi-modalité). Cette nouvelle salle participe à la volonté de l'Etablissement de disposer d'un plateau technique performant et équipé des technologies les plus récentes mises à la disposition de nos équipes chirurgicales, dans l'intérêt des patients.



Une large gamme de spécialités cliniques peut bénéficier des avantages d'une salle hybride. En effet l'imagerie :

- permet d'effectuer des interventions moins traumatiques avec des incisions plus petites,
- offre une vue augmentée en 3D là où on bénéficie seulement d'une vue 2D pendant une intervention ouverte,
- facilite les guidages pendant les interventions complexes,
- donne des informations supplémentaires, grâce à des applications avancées, comme la fonction de fusion d'images,
- permet de vérifier le succès de l'intervention avec un angiogramme 3D final.

Les 3 grandes spécialités qui bénéficient de la salle hybride sont les chirurgies cardiaque (pose de valves aortiques (TAVI), vasculaire (dilatations, recanalisations) et orthopédique (traitements des scolioses et vertébroplastie).

Cette salle offre aux manipulateurs la possibilité de préparer les examens en amont avec le chirurgien cardiaque et donc de réaliser la cartographie 3D de l'aorte pour la pose de valves ce qui permet d'en connaître, à l'avance, la conformation spatiale ainsi que son angulation précise.

En orthopédie, le mode 3D CT (tomodensitométrie) permet la réalisation d'un scanner per-opératoire pour vérifier en coupe axiale (comme dans un scanner) si le vissage du matériel, dans la colonne vertébrale, est correctement effectué.

Les patients bénéficient désormais d'une salle de bloc ultramoderne avec un système précurseur tant par la qualité de l'imagerie que par sa flexibilité et sa mobilité. Ces équipements de dernière technologie permettent d'« alléger » des interventions lourdes, grâce à la réunion en un seul lieu et un seul temps d'une très haute qualité en imagerie et du meilleur des environnements anesthésique et chirurgical. ■

Jérôme FOUQUE

Manipulateur en radiologie conventionnelle

CNI hôpital Saint Joseph Marseille

Référent du Collectif national

des Manipulateurs en Electroradiologie CNI



Profession : Technicien du Sommeil

Introduction :

Depuis plus d'une décennie, nous assistons, dans notre société, à une médiatisation importante des troubles liés au sommeil.

Sous l'impulsion de M. Xavier Bertrand, alors ministre délégué à la santé, le ministère a souhaité accroître la prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne la somnolence diurne excessive.

Dans cette dynamique, la création de nouveaux centres de sommeil agréés devient nécessaire en France et, par voie de conséquence, le recrutement de techniciens du sommeil.

Dès lors, la question de la **formation** et de la **reconnaissance** de notre profession paraît légitime.

Rappel du cadre juridique :

Exercer en qualité de technicien dans un laboratoire de sommeil n'est pas considéré comme une **spécialité** mais bien comme une **spécificité**. Au fil du temps, plusieurs décrets précisent cette spécificité en électrophysiologie :

- décret n°80253 du 3 avril 1980,
- décret n°92112 du 3 février 1992,
- décret n°2007 1195 du 3 août 2007.

Ces textes accordent une Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI). Elle est exprimée en nombre de points d'indice pour certains fonctionnaires exerçant des fonctions impliquant des responsabilités particulières ou une technicité spécifique.

En ce qui concerne l'électrophysiologie, cette NBI s'exprime pour les Infirmiers Diplômés d'Etat par un ajout de 13 points au salaire de base soit, au 1^{er} juillet 2016, $4,65\text{€} \times 13 = 60,45$ euros bruts.

Il est à préciser que cette NBI est prise en compte pour la retraite.

Diverses formations en France :

Devant l'absence de qualification du personnel paramédical en électrophysiologie, les grands centres hospitaliers ont créé leurs propres écoles pour répondre à la demande. Ainsi, pour exemple, Paris a son « école Rémond », Marseille son « école Gastaut »... Chacune ayant des modes de recrutement différents.

Je citerai également celle de Montpellier créée par le professeur Billiard et fermée en 2005 à l'ouverture d'un diplôme universitaire pour les paramédicaux.

Actuellement, seule la formation du Val de Grâce demeure mais n'offre qu'une vision théorique de la profession de technicien du sommeil.

En quoi consiste la profession de technicien du sommeil ?

L'enregistrement fiable de l'activité électrique cérébrale au niveau du scalp est la base du diagnostic des troubles du sommeil. L'électroencéphalogramme (EEG) est un examen dynamique qui requiert un savoir-faire spécifique et une maîtrise très technique.

Les enregistrements numérisés (arrivés dans les années 90), traitent le signal à posteriori venant agrandir encore le champ des connaissances demandées aux professionnels.

Le déroulement technique d'un enregistrement polysomnographique¹ fait aussi intervenir plusieurs autres aspects :

- nécessité de prise de rendez-vous des patients,
- accueil et planification des examens,
- recueil de données et gestion du dossier patient,
- observations en fonction des pathologies, des thérapeutiques,
- lecture des tracés...

A ces tâches fondamentales viennent s'ajouter des notions nouvelles.

Evolution :

Aujourd'hui la recherche clinique accroît notre champ de compétences et induit des activités nouvelles. Sans vouloir remplacer les attachés de recherche cliniques (ARC), les techniciens du sommeil doivent avoir, d'une part, des connaissances générales concernant l'épidémiologie, les statistiques, la bioéthique, les différentes lois (Loi Huriet², Loi informatique et liberté³) et, d'autre part, assimiler de nouveaux concepts de recueil de données concernant différents paramètres issus des nouveaux matériels.

Enfin, l'analyse de la micro structure du sommeil devient incontournable.

Profession : Technicien du Sommeil

La somme des connaissances spécifiques nécessaires au technicien du sommeil a conduit la profession à créer un Diplôme Universitaire National.

Diplôme Universitaire (DU) :

Création en 2006 d'un DU intitulé « Les technologies du Sommeil et de la Vigilance » enseigné à la Faculté de Médecine de Paris Descartes.

Ce DU se déroule ainsi :

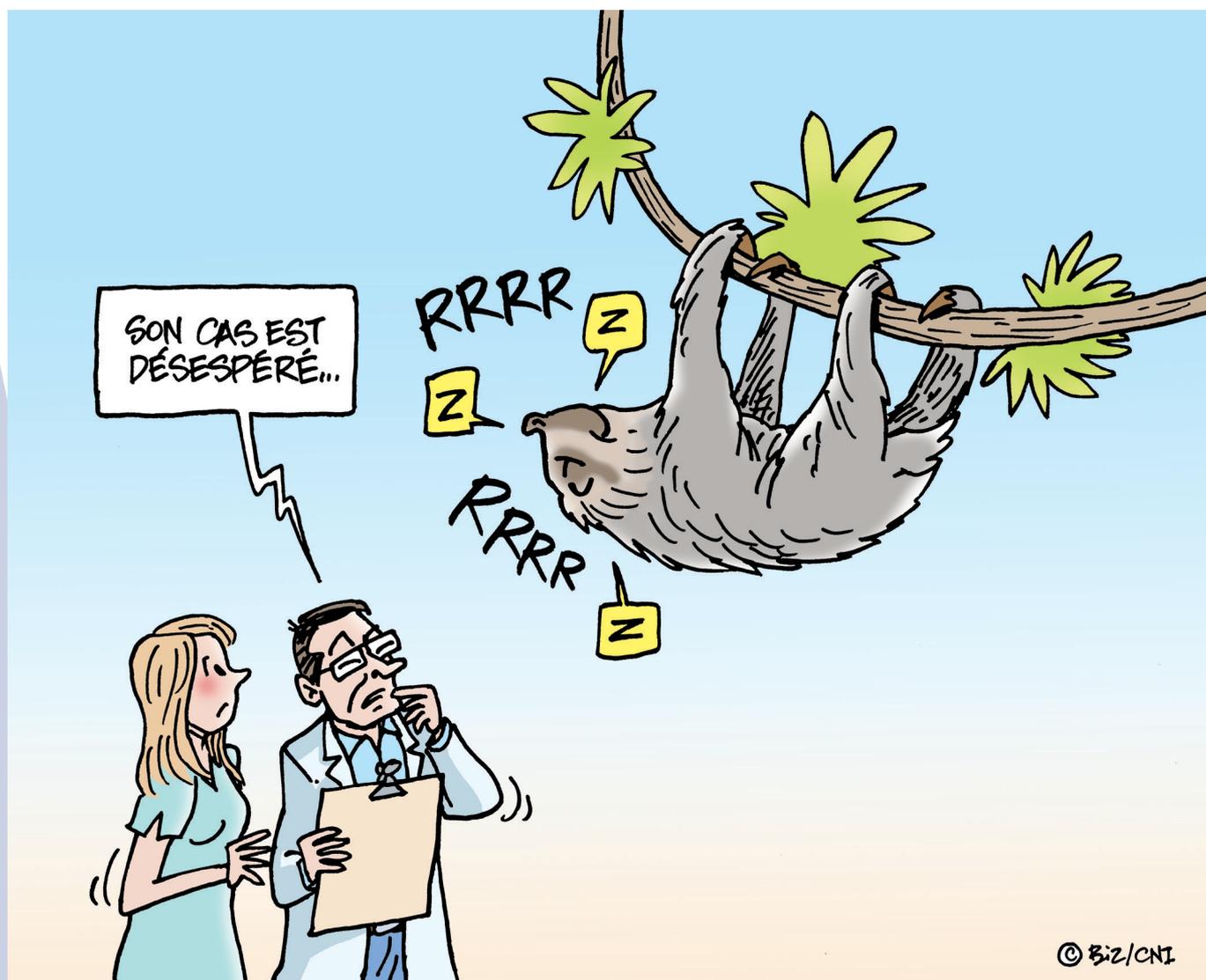
- 68 heures d'enseignement théorique,
- 100 heures d'enseignement pratique.

La création de ce DU est une grande avancée car il va dans le sens d'une reconnaissance et d'une uniformisation nationale et européenne de la profession. Toutefois, aucune avancée sur le déroulement de carrière n'est à l'ordre du

jour pour les pouvoirs publics. En effet, après différents rapports ministériels généralistes sur les professions paramédicales, il demeure beaucoup plus d'interrogations que de certitudes. On peut citer, notamment, le rapport Berland⁴ sur le transfert de compétences ainsi que le rapport Larcher⁵.

A ce jour, l'ensemble de ces rapports ne sont que des recommandations sur les délégations, transferts, nouveaux métiers, nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé. Il s'agit de sortir du système actuel de définition autour des décrets d'actes vers un système d'interventions ou de missions.

La Haute Autorité de Santé (HAS) souhaite élaborer un code déontologique sur l'évolution des limites de compétences. Ce principe est assez séduisant mais pose la question de la responsabilité du technicien du sommeil.



Conclusion :

Une réflexion entre professionnels doit s'engager pour trouver un consensus sur la façon dont nous envisageons l'avenir en s'appuyant peut-être sur certains points du rapport de l'HAS.

Dans le cadre de perspectives d'évolution de carrières, cette reconnaissance par le législateur devra s'effectuer après le DE d'Infirmier ou de Manipulateur en Electroradiologie pour être intégrée dans les grilles indiciaires de la fonction publique.

Si la formation, par le biais du DU est une avancée, il n'en demeure pas moins vrai que de difficiles négociations devront avoir lieu avec nos tutelles pour reconnaître notre profession comme une spécialité ou bien comme une pratique avancée !

Des associations tant au niveau national qu'international sont vigilantes à ces évolutions professionnelles.

Associations de techniciens :

International

OSET : International Organisation Society Electrophysiological Technology avec son siège à Zurich.

ESST : Européen Society Sleep Technologists, « créée lors des rencontres européennes de la SFRS il y a environ dix ans ».

National

APTE : Association pour la Promotion des Techniques Electro physiologiques. Grâce à son numéro d'agrément, elle permet la prise en charge des remboursements en formation continue des différents congrès.

SFTS : Société Française des Techniciens du Sommeil. ■

Marc MEYZINDI

*Unité des Troubles du Sommeil et de l'Exeil.
Centre National de Référence des Maladies Rares
CHU de Montpellier*

1. Polysomnographie: enregistrement simultané de plusieurs électrogrammes « encéphalogramme, oculogramme, myogramme » de nature différentes qui impose un certain nombre de contraintes technologiques

2. Loi N. 88-1138 du 20 décembre 1988 (première loi bioéthique en matière de recherche)

3. Loi N. 78617 du 6 janvier 1978 (l'informatique ne doit pas porter atteinte aux libertés individuelles ni publiques)

4. Rapport Berland d'août 2002 concernant la démographie des professionnels de santé et le transfert de compétences

5. Rapport Larcher du 11 avril 2008 sur les grandes orientations de la réforme de l'hôpital qui conduira à la loi HPST du 21 juillet 2009

*Reconnaître
notre profession
comme une spécialité
ou bien
comme une
pratique avancée !*



CeGIDD : du projet à la réalité

Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles, remplacent les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) et les Centres d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST).

Les CDAG et les CIDDIST présentaient une multiplicité de configurations qui rendait l'offre de prévention, de diagnostic et de dépistage du VIH, des hépatites et des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) peu cohérente et peu lisible pour les usagers.

C'est pourquoi, plusieurs rapports (du Conseil national du sida, de groupes d'experts pour le VIH, de la Cour des Comptes, de l'IGAS...) ont recommandé la fusion de ces structures et ont conduit à l'inscription d'une action dans le plan national de lutte contre le VIH / Sida et les IST. Cette action a trouvé sa concrétisation dans l'article 47 de la loi 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la Sécurité Sociale 2015.

1. Missions définies dans le domaine de la lutte contre les infections :

(infections par le VIH, les hépatites virales et les autres IST)

Les missions reprennent pour l'essentiel celles qui étaient assumées par les CDAG et CIDDIST :

- L'accueil et l'information de l'utilisateur qui se présente au CeGIDD ou qui le contacte (téléphone, mail...),
- L'évaluation de ses besoins et l'élaboration avec lui de son parcours de santé dans l'objectif de lui apporter la prise en charge la plus adaptée possible,
- Le dépistage, le diagnostic de l'utilisateur et le cas échéant de ses partenaires, avec leur accord,
- La prise en charge médicale de l'utilisateur porteur d'une chlamydie, d'une gonococcie, d'une syphilis ou de toute autre infection sexuellement transmissible ne nécessitant pas une prise en charge spécialisée (cf. liste indicative en annexe 6 de l'Instruction N° DGS/RI2/2015/195 du 3 Juillet 2015),
- La prise en charge et le suivi des accidents d'exposition au VIH, au virus de l'hépatite B (VHB)

et au virus de l'hépatite C (VHC). Ainsi, si le traitement post-exposition (TPE) s'avère nécessaire après l'évaluation d'un accident d'exposition aux VIH, VHB et VHC, le CeGIDD doit orienter (voire accompagner) vers une structure autorisée à prescrire et dispenser des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B. En effet, la réglementation actuellement en vigueur en France sur la dispensation des antirétroviraux ou des immunoglobulines pour l'hépatite B ne permet pas leur prescription en dehors de l'hôpital. Les antirétroviraux sont classés dans la catégorie des médicaments à prescription initiale hospitalière annuelle et les immunoglobulines, pour l'hépatite B, sont réservées à l'usage hospitalier,

- L'orientation (voire l'accompagnement si nécessaire) de l'utilisateur porteur du VIH ou d'une hépatite virale, après confirmation, vers une consultation médicale adaptée et l'orientation de l'utilisateur, porteur d'une IST compliquée dont le traitement nécessite une prise en charge spécialisée, vers une structure de santé ou un professionnel ayant compétence pour la réaliser,
- La prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur.

Le tout gratuitement et anonymement si l'utilisateur le désire.

2. Vaccination et prévention des autres risques liés à la sexualité :

Dans une approche globale de santé sexuelle, le CeGIDD accomplit de nouvelles missions, avec notamment :

- La mission de vaccination inclut celle contre l'hépatite B, s'élargit à celle contre l'hépatite A (hors indications pour les voyageurs), à la vaccination contre le papillomavirus humain (selon les recommandations du calendrier vaccinal) et, le cas échéant, aux vaccinations recommandées

CEGIDD : du projet à la réalité

Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

par les autorités sanitaires pour les publics cibles,

- La prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, qui comporte,
 - l'éducation à la sexualité, l'information sur la grossesse et l'orientation pour sa prise en charge,
 - la prévention des grossesses non désirées notamment par la prescription de contraception « classique » et / ou de contraception d'urgence et la délivrance de la contraception d'urgence dans certaines situations d'urgence sanitaire ou sociale;
- l'orientation des demandes d'interruption volontaire de grossesse;
- la détection, prévention et orientation des violences liées à la sexualité ou à l'identité de genre et des troubles et dysfonctions sexuels.

3. Missions d'orientation du CeGIDD

Les missions d'orientation (voire d'accompagnement physique si nécessaire) des usagers vers des structures adaptées pour leurs prises en charge supposent que le CeGIDD s'inscrive dans un fonctionnement en partenariat avec des structures (hospitalières, centres de santé, centres de vaccination, centres de planification et d'éducation familiale, associatives...) et avec des professionnels ayant compétence pour assurer ces prises en charge. Aussi, dans l'objectif de bien mener ses activités, dans ou hors les murs, ainsi que les orientations vers d'autres structures ou professionnels, le CeGIDD conclut des conventions de partenariat avec ces autres structures (sanitaires, sociales...) ou professionnels œuvrant sur le territoire de santé.

4. Les activités hors les murs

Une des innovations est la reconnaissance, dans les missions facultatives des CeGIDD, de la réalisation d'activités hors les murs par le personnel du CeGIDD.

Les activités hors les murs sont des consultations avancées, réalisées par un ou plusieurs des membres du personnel du CeGIDD, en dehors du local principal ou du local de son antenne et dirigées notamment vers les publics les plus exposés, au plan épidémiologique, au risque de transmission du VIH, des IST, des hépatites virales B et C et les publics



les plus éloignés du système de soins (définis dans l'arrêté 1^{er} juillet 2015 et répertoriés en annexe 7 de l'Instruction N° DGS/RI2/2015/195 du 3 Juillet 2015).

Les actions hors les murs consistent essentiellement en la délivrance de messages d'information, de prévention et, le cas échéant, si les conditions techniques de gratuité, de confidentialité et de possibilité d'anonymat sont respectées, en la réalisation d'un dépistage du VIH, des hépatites virales ou d'autres IST. Ce dépistage peut être fait par tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou par prélèvement sanguin ou local.

Ces activités peuvent se faire en coordination avec les autres acteurs dont les associations œuvrant dans le territoire de santé, chaque acteur gardant son indépendance d'action. Il convient que les actions conduites soient complémentaires et permettent de répondre aux besoins des publics cibles sur tout le territoire de santé.

À cette fin, le centre peut conclure des conventions de partenariat avec ces autres acteurs.

De la théorie à la réalité

Ce projet a été connu en février 2015 soutenu par les COREVIH. Les textes sont parus au JO du 2/7/2015.

Le dépôt de candidature était fixé au 3 septembre, pour une ouverture le 1er janvier 2016.

Seuls les dossiers complets étaient jugés recevables. Les ARS maîtrisaient la procédure et avaient déterminé les lieux d'implantation des CeGIDD, leur nombre par département, puis par territoire de santé.

CEGIDD : du projet à la réalité

Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic



Chaque CeGIDD devait comprendre un site principal et des annexes de consultations avancées.

Le dossier comportait un certain nombre de documents pour chaque structure : la demande d'habilitation, pour le site principal et les annexes, puis un dossier comprenant la situation locale des besoins et des moyens existants, le budget prévisionnel, la liste nominative des personnels ainsi que leur CV et diplômes, les conventions de partenariat signées, la liste des actions hors les murs, les procédures (élimination DASRI, respect de l'anonymat, notice destinée aux usagers en plusieurs langues...).

Deux mois pour remplir l'ensemble du dossier était un délai fort compliqué à tenir car réunir régulièrement les professionnels concernés en période estivale n'est pas chose facile ! Il a fallu jongler avec les plannings, les mails, les textos puis enfin respecter les délais, tout cela en comprenant que notre projet n'enthousiasmait pas l'institution !

Vint ensuite l'attente toujours angoissante, puis la réponse favorable suivie d'une rencontre avec les responsables de l'Agence Régionale de Santé pour nous entendre dire que notre projet était trop ambitieux et qu'il fallait réduire la voilure.

Pourtant celui-ci était conforme au budget prévisionnel fixé à 300 000 euros pour le site principal et 90 000 euros par annexe.

Ces responsables ont supprimé les antennes, dont deux localisées dans des villes avec une population en grande difficultés, où notre projet avait été accueilli avec enthousiasme, mise à disposition de locaux et deux transformées en consultations avancées (1 fois par mois).

Le mot priorité n'a pas la même signification pour les bureaucrates que pour nous, professionnels de terrain. Nous avons bien compris que cette création rentrait dans le cadre des restrictions budgétaires imposées à la Santé publique.

En effet, les CDAG étaient financés par l'assurance maladie depuis 1999 et les CIDDIST financés par l'État jusqu'en 2014, leur financement ayant été transféré à l'assurance maladie pour l'année 2015 (cf. instruction DGS/RI2 no 2015-31 du 30 janvier 2015).

Leur fusion impliquaient une amélioration de la prévention des populations cibles mais en faisant des économies.

Cette structure a finalement ouvert courant février, avec comme personnel : 1 médecin à 0.75%, deux IDE à 0.50%, psychologue et assistante sociale à 0,15 %, secrétaire à 0,50 %.

Bien évidemment le cahier des charges imposé par l'ARS n'est pas respecté !

Les CeGIDD devaient assurer l'accueil tous les jours de 10 à 18h et si possible avec des horaires décalés 1 ou 2 fois par semaine afin de favoriser l'accès aux soins.

Le ministère de la Santé et son administration en créant les CeGIDD ont écrit un projet ambitieux, mais il ne suffit pas de faire de la communication, il faut également donner les moyens financiers afin que les missions puissent être assurées correctement, sans frustration pour le personnel et en permettant d'assurer la prévention et la prise en charge des populations cibles.

Mais n'est ce pas le grand paradoxe du système de santé français ?... ■

Danièle HENGEN
Vice-présidente CNI
Martigues

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDIST : Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement
CeGIDD : Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique
COREVIH : Coordination régionale de lutte contre l'infection due au virus de l'immunodéficience humaine

Textes officiels
Arrêté du 1^{er} juillet 2015
Décret 2015-796 du 1^{er} juillet 2015
Instruction n° DGS/RI2/2015/195 du 3 juillet 2015
Décret 2015-1624 du 9 décembre 2015

La salle Snoëzelen pour que les sens... reprennent sens

Le concept de Snoëzelen est né dans les années 1970 aux Pays-Bas autour de la notion d'exploration sensorielle, de détente et plaisir à l'initiative de deux psychologues. Il s'est développé en France dans les années 90.



Le terme « Snoëzelen » vient de la contraction des mots néerlandais « snuffelen » et « doëzele » : le premier signifiant « renifler, partir à la découverte, explorer » et l'autre « somnoler, récupérer ».

Proposée depuis de nombreuses années dans le cadre du handicap et du polyhandicap, cette approche se met peu à peu en place dans les secteurs gériatrique et psychiatrique.

Le Snoëzelen est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable.

Il fait appel aux cinq sens.

Plus qu'une méthode, l'approche Snoëzelen est une démarche d'accompagnement, un état d'esprit, un positionnement d'écoute et d'observation, basé sur des propositions de stimulations et d'explorations sensorielles, privilégiant la notion de « prendre soin ».

Objectifs :

Créer un échange non-verbal permet de développer d'autres moyens de communiquer avec la personne, par les gestes, les regards, le toucher ou par une simple présence. Elle peut simplement s'allonger et se relaxer, ou encore interagir avec les objets, les sons, les couleurs.

La méthode permet :

Au niveau de la personne :

- de réactiver des souvenirs d'enfance, des deuils non faits (respecter le rythme et les choix des personnes),
- de créer une atmosphère chaleureuse et sécurisante,
- d'améliorer la perception du champ corporel, de la structuration temporelle et spatiale,
- d'apporter une écoute personnalisée visant à réduire les cris, les comportements automutilateurs, lutter contre la déambulation, améliorer les capacités relationnelles, réduire les doses de tranquillisants.

Au sein de la structure :

- d'améliorer le lien social par le biais d'une coopération interactive,
- de stimuler le discours,
- d'améliorer le bien-être psychologique et réguler l'humeur.

Moyens et application :

La méthode permet de mettre en place un mécanisme de communication par d'autres moyens et de contourner ainsi les voies classiques déficientes lorsque la communication verbale est altérée ou mise en difficulté.

Snoëzelen propose des expériences sensorielles

La salle Snoëzelen pour que les sens... reprennent sens

variées, vécues dans une atmosphère de confiance et de détente.

Il s'agit avant tout d'un mode d'approche, d'une façon d'accompagner.

La priorité est donnée à l'expérience sensorielle de la personne puis à une recherche de satisfaction, de plaisir, de relâchement et enfin au respect de la motivation et du rythme de la personne.

L'accompagnement s'exerce dans une salle dite «Snoëzelen».

L'intervenant observe, propose, anime l'environnement, distille les stimulations, communique sur le mode du partage, prend le temps de regarder, de respecter, de rencontrer l'autre.

Cette salle propose une diversité de matériel spécifique (colonnes à bulles, projecteur, fibres optiques, coussins, matelas, chaîne hi-fi, diffuseur d'huiles essentielles...) que la personne va investir (ou non) à son rythme. Il s'agit d'un espace de révélation et de potentialisation.



Le matériel permet de proposer des expériences stimulantes et relaxantes.

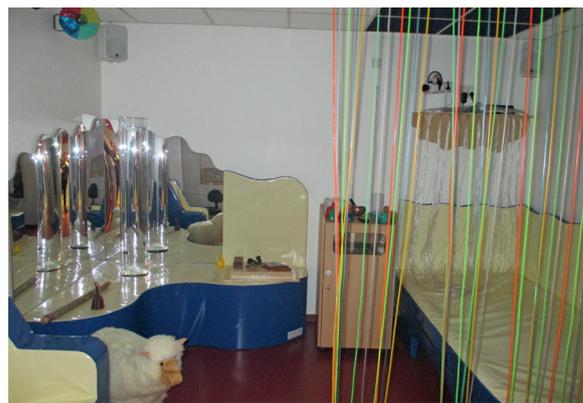
Lors d'une séance en salle Snoëzelen, trois axes sont prioritaires :

- respecter la personne, son rythme, ses envies et besoins,
- favoriser les expériences sensorielles qui génèrent éveil, plaisir et détente à travers une médiation relationnelle,
- proposer des expériences sollicitant sensations, émois, communication et créativité, en recherchant avant tout un état de mieux-être ou de bien-être.

Résultats observés

Les résultats des expériences mises en place dans les structures indiquent une diminution sensible des comportements difficiles dans les temps suivant les séances.

Pour exemple, voici quelques résultats déjà observés en UHR (unité d'hospitalisation renforcée) et / ou



en EPHAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) :

- Bien-être et détente : comportement plus socialisé,
- relaxation et détente musculaire (lit à eau, toucher-massages...),
- réduction du stress et de l'anxiété : le patient est plus détendu, plus disponible et attentif,
- diminution des comportements répétitifs, des états agressifs : moins de cris, de déambulation, de martèlement,
- atténuation des états agressifs,
- amélioration de la communication (avec soi-même, les autres résidents / patients, le personnel, la famille) : la communication non verbale permettant d'engager un autre mode de communication,
- plus grande estime de soi : notamment en retrouvant des compétences grâce à la mobilisation des ressources de la salle,
- meilleure connaissance de son schéma corporel et de son enveloppe corporelle,
- stimulation de l'appétit,
- amélioration du sommeil.

Lorsque communiquer devient difficile, qu'établir un lien avec l'autre (qu'il soit verbal ou non), relève de l'épreuve et que comprendre et aider paraissent illusoire, cette méthode a pu démontrer de belles avancées et ouvre des perspectives en donnant de nouvelles clés aux soignants pour entrer en contact avec le patient / résident tout en permettant à ce dernier de se retrouver en se réappropriant ses sens. ■

Céline DUROSAY

Infirmière - CNI Belfort-Montbéliard



Fabrice, infirmier aux urgences pédiatriques de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille

Quand mon collègue m'a proposé de faire un article pour présenter mon travail j'ai répondu oui, de suite. Une fois devant la feuille, il a été difficile de me mettre à nu et de parler de mon métier d'infirmier aux urgences pédiatriques.

Il faut avant tout présenter notre établissement, depuis 16 ans que j'y suis, malgré les difficultés, les adaptations, j'y retrouve une âme... un état d'esprit... on est tous Joséphiens.

Pour moi, il n'y a pas de clivage de fonction. Que l'on soit agent d'entretien, de brancardage, administratif, soignant... Il n'y a pas d'a priori, de « snobisme ». Nous sommes tous là pour nous investir, donner de notre mieux dans la bonne humeur (si possible).

Il est sûr que pour certaines fonctions ou certains services, des tensions subsistent. Des tâches sont peu enrichissantes, mais malgré tout, on retrouve de la chaleur en discutant avec des confrères, des connaissances que l'on croise dans l'hôpital.

Les urgences pédiatriques, je les pratique depuis 16 ans avec autant de plaisir qu'aux premiers jours. Comment vous dire... j'adore l'accueil, le rôle de l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) me passionne.

Mon plaisir est de voir les gens arriver avec leur stress, leur inquiétude, leur désarroi et parfois, malgré tout, dans certains cas leur agressivité... je ressens comme une mission, celle de tout faire pour que la prise en charge de l'enfant et de la famille se passe au mieux et ceci quel que soit le degré de gravité.

Tout se fait dès le premier contact avec les parents, il faut pouvoir juger dans leur regard, l'intonation de leur voix ou encore leurs mimiques, leur disponibilité à nous écouter. Quand la communication est en place, le message doit être clair : il y a 2 circuits (médecine et traumatologie) et des critères de gravité.

Il faut clairement expliquer la situation et les conditionner à patienter car, rapidement, la tension peut monter en salle d'attente. En effet, beaucoup de parents sont persuadés, dès l'accueil, que leur enfant est plus malade que celui qui attend depuis 4 h.

Cette 1^{ère} étape dans la prise en charge est primordiale. Il faut porter attention à l'enfant quel que soit le motif de consultation. Il ne faut surtout pas avoir une attitude inquiétante ou, à défaut, banaliser car avec le temps l'usure peut nous gagner... Il faut toujours faire preuve d'empathie et, quand la situation n'est

pas grave (la plupart du temps,) une pointe d'humour peut dédramatiser beaucoup de situations.

Le stress des parents peut modifier notre jugement concernant l'état de gravité de l'enfant. Il est difficile, quand on est humain, de ne pas être sensible à leur désarroi ... et pourtant... il faut prioriser les patients les plus graves.

Aux URP, il faut beaucoup se parler, avec ses collègues, avec le pédiatre... L'information doit circuler. Ainsi, toute l'équipe peut se préparer pour les soins techniques (prise de sang, pose de cathéters, sondage...) à recevoir des parents et enfants angoissés, violents, perturbés... Le but est d'avoir un discours adapté en demandant la participation des parents, ce qui rassure les enfants (les parents sont toujours présents pour les soins techniques) et permet que tous ces actes (qui peuvent être douloureux malgré l'usage d'antalgiques) se passent dans la meilleure sérénité possible.

La cerise sur le gâteau est de les voir, enfants et familles, repartir avec le sourire, rassurés. On a pour récompense, un merci souvent très sincère et chaleureux, qui nous rebooste pour s'occuper aussi bien du prochain patient. ■

Fabrice BOMPAR
Infirmier
Urgences Pédiatriques
Hôpital Saint Joseph





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 50000 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.

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



Témoignages :

L'Infirmière Sapeur-Pompier (ISP)

Au sein des établissements hospitaliers publics et privés, certains occupent une fonction un peu particulière, pour exemple nous vous proposons les témoignages de deux infirmières sapeurs-pompiers.

Témoignage 1 :

Sapeur-Pompier Volontaire (SPV) depuis 14 ans, l'envie de voir ce qu'il se passait derrière les portes des urgences et d'avoir une prise en charge holistique des victimes, m'a poussée à me reconverter et à devenir infirmière.

Je suis donc Diplômée d'Etat (DE) depuis 2012 et ISP protocolée depuis 2015. J'exerce mon métier d'infirmière dans le service des urgences adultes de l'hôpital St Joseph à Marseille, mais je suis restée SPV dans les Alpes de Haute Provence (04) d'où je suis originaire.

L'avantage de ce département est que j'ai eu la possibilité de garder une double affectation c'est-à-dire de partir en intervention soit en tant que Sapeur-pompier (autant sur des incendies que sur des secours à personnes) soit en tant qu'ISP.

Le métier d'ISP a plusieurs casquettes. Nous sommes amenés à faire des visites médicales au sein des casernes, de la formation mais aussi des SOUtiens SANitaires (SOUSAN) sur des manifestations ou des interventions importantes telles que des incendies, ou encore à partir en Sapeur-Pompier Volontaire (SPV).

En ce qui concerne la partie intervention, nous partons, soit en VLMI (Véhicule Léger Médicalisé Infirmier), soit nous avons la possibilité de prendre des gardes sur l'hélicoptère du PGHM (pelotons de gendarmerie de haute montagne) basé à Digne les Bains en binôme avec un Médecin Sapeur-Pompier (MSP).

Les gardes hélicoptère se prennent du lever du jour à la tombée de la nuit. Nous intervenons sur tout le département et évacuons sur la région.

Pour ce qui est des gardes VLMI, il y a 2 possibilités, soit un médecin est disponible et part en binôme avec une ISP sur intervention, soit seule une ISP est disponible et à ce moment-là, elle partira avec un conducteur et interviendra sur protocoles et / ou sur prescription médicale d'un médecin régulateur du centre 15.

L'ISP protocolée tend à se développer de plus en plus comme les « paramédics » présents dans d'autres



pays, car le « 04 » fait partie des départements souffrant de désertification médicale.

Certaines casernes se trouvent à plus d'une heure de route du premier hôpital pour transporter les victimes. La présence d'une ISP sur certaines interventions devient alors primordiale.

Afin d'être protocolée, une formation supplémentaire au DE est demandée. En effet, plusieurs soirées et week-ends de formation sont nécessaires et sanctionnés d'un examen final. Il y a une épreuve écrite et des cas concrets, tirés au sort en fonction des protocoles, devant un jury de médecins du SAMU.

Les différents protocoles vont de la douleur thoracique, à la crise d'asthme en passant par l'antalgie ou encore à l'arrêt cardiaque. Plusieurs critères bien précis sont nécessaires afin de rentrer dans le protocole et, si cela est possible, à faire valider téléphoniquement par un médecin du SAMU.

Avoir la possibilité de perfuser un polytraumatisé et prendre en charge rapidement la douleur est non négligeable dans des zones étendues comme on peut les trouver dans ce département. C'est un réel « plus » dans une intervention.

Pour être ISP, il est nécessaire d'aimer l'esprit et le travail en équipe, de ne pas avoir peur de donner beaucoup de temps sans être forcément bien rémunérée et de s'adapter rapidement à n'importe quelle situation.

Témoignages : L'Infirmière Sapeur-Pompier (ISP)

Nous partons en intervention de jour comme de nuit, sous 40° comme sous la pluie ou la neige, sur la route, à domicile, dans la colline, dans des voitures ou dans des rivières, sur des sentiers, dans des forêts ou des parois d'escalade... Nous nous rendons disponibles autant en semaine que le week-end, pendant les fêtes ou les anniversaires de nos proches et cela toute l'année et pas seulement sur une période définie.

Il ne faut pas oublier que ce métier est basé sur le volontariat, c'est-à-dire qu'il se fait en plus de notre métier d'infirmière à plein temps.

De mon point de vue, c'est un réel avantage et complément à notre métier en service hospitalier.

En tant qu'ISP, nous sortons de notre zone de « confort » du service.

En intervention et surtout sans médecin, nous sommes seuls avec des équipiers pompiers. Pas de chariot bien rangé, de collègues qui viennent nous aider si besoin, des lits ou brancards automatisés à mettre à la bonne hauteur pour garantir la meilleure des postures...

Témoignage 2 :

Je m'appelle Rachida, infirmière depuis 5 ans, sapeur-pompier retraitée depuis 10 ans et infirmière pompier depuis 1 an et demi.

Le métier de sapeur-pompier volontaire s'inscrit dans un service à la personne et donc à la population. Il intervient dans des opérations diverses telles que la lutte contre les incendies mais aussi et principalement dans des missions de secours à la personne.

Le métier demande une maîtrise de soi, de la rigueur, de l'engagement, des compétences (avec une formation continue). Depuis l'acquisition de mon diplôme d'état infirmier, il m'a semblé logique et légitime, en tant que sapeur-pompier volontaire, d'intégrer le service SSSM « Service de Santé et de Secours Médical », dans le but de proposer mes services, de développer encore mes compétences avec un engagement sur le terrain.

En parallèle, je travaille dans un service d'urgences à Marseille dans lequel je développe mes connaissances théoriques et pratiques auprès de professionnels aguerris pour la prise en charge d'urgences vitales.

Mon statut d'infirmière sapeur-pompier volontaire demande de la disponibilité, de l'engagement au quotidien à conjuguer avec vie professionnelle et

Selon le type d'intervention, les maîtres mots sont adaptation et débrouille sans oublier, évidemment, la réactivité à l'urgence et le travail en équipe. Seule, une ISP ne pourra pas gérer l'intégralité d'une intervention. Les équipiers, chefs d'agrès (le chef d'agrès est le pompier responsable de la planification et de la gestion des activités du personnel armant son véhicule) et, s'il y en a, médecins, sont indispensables au bon déroulement de celle-ci.

L'ISP qui travaille à l'hôpital aura également une vue globale du patient qui se présente aux urgences. Elle sait comment cela se passe en extra hospitalier et les différentes techniques de prise en charge sur le terrain. C'est un réel plus, notamment dans les services d'urgences et de réanimation. C'est la continuité de la prise en charge d'un patient. ■

Sophie LIPERINI

Infirmière

Urgences adultes

Hôpital Saint Joseph Marseille



familiale. Les temps de repos ou encore les différents congés restent très aléatoires. Cet engagement dure depuis plus de dix ans et me procure un sentiment de bien-être.

Le métier d'infirmière sapeur-pompier volontaire évolue sans cesse.

C'est à nous de montrer nos capacités en termes d'engagement, de prise d'initiative et de mettre à profit les valeurs propres au métier d'infirmière sapeur-pompier volontaire. ■

Rachida OUFQUIH

Infirmière

Urgences Adultes

Hôpital Saint Joseph Marseille

L'attente aux Urgences

Divergences d'Opinions

L'attente dans un Service d'Accueil d'Urgences reste un problème qui entraîne avec lui des réactions parfois catastrophiques.

Le Service des Urgences de l'hôpital Saint Joseph, à Marseille, n'échappe pas à la règle. Ce service, malgré de récents travaux, reste une petite structure d'accueil. Cependant, le nombre de patients s'élève et génère un allongement du temps de prise en charge, notamment pour les cas les moins graves, puisque la priorisation à l'accueil optimise la mise en sécurité des patients instables ou hyperalgiques.



Tout cela semble être « normal » et pourtant, chaque jour, chaque nuit, le personnel fait face à de nombreux mécontents, souvent très agressifs.

Que se passe-t-il ?

Voici deux points de vue, deux opinions divergentes, selon que l'on soit du côté de la salle d'attente ou de celui de la « ruche » avec les soignants.

Dans un premier temps, examinons la salle d'attente. Il s'y trouve deux types de personne : les patients, leurs familles.

Les premiers ont été évalués, soulagés de leur douleur si cela était nécessaire et, s'il n'y a pas de places disponibles pour les installer afin qu'ils soient vus par le médecin et dans le cas où leur état le leur permet, ils repartent en salle d'attente.

Quant aux familles, ils attendent avec. Lorsque leur proche est installé, ils ne sont pas autorisés à entrer immédiatement, afin de permettre aux soignants de le prendre en charge de façon optimale et avec un maximum de sérénité.

Et c'est comme cela que tout commence. Ils attendent... Ils attendent... Ils attendent...

Alors, ils commencent à parler entre eux, font connaissance, partagent leurs angoisses, leurs idées

sur le service, leur colère d'être si abandonnés à leur solitude.

Peu à peu, sans vraiment que l'on s'en rende compte, il y a un véritable « effet de meute », l'un entraînant l'autre. Les cris commencent, les invectives, les insultes et trop souvent des bousculades.

Pendant ce temps, du côté de la ruche, il faut déshabiller, prendre les constantes, appeler le médecin, mettre en route les bilans, poser une voie veineuse, réaliser les prescriptions médicales, surveiller (parfois de façon très rapprochée), se transformer en virtuose dans ce jeu des chaises musicales pour sortir un patient de son box, en installer un autre pour faire avancer les choses et assurer une autre prise en charge, surtout, être attentif pour ne pas oublier celui qui est dans le couloir en attente. Alors, lorsque le soignant s'assoit derrière son ordinateur, c'est pour vérifier les nouvelles prescriptions, appeler les brancardiers pour faire réaliser des examens (radiographies, scanner, consultations diverses...), mais, aussi, appeler les services pour réserver un lit d'hospitalisation...

Mais, cela n'est rien en regard du rôle de celui ou celle qui accueille les patients.

A chaque fois qu'il (ou elle) ouvre la porte pour appeler un nouveau patient ou faire installer un inscrit, l'impression est toujours la même, teintée d'une angoisse qui monte de façon irrépressible. Il arrive parfois qu'on respire à fond avant d'appuyer sur le bouton d'ouverture, comme le ferait un sportif avant une course pour se détendre. Parce qu'une fois la porte ouverte, il sait qu'il va prendre toute cette énergie négative de plein fouet. Une foule vient pour se plaindre, demander pour la énième fois « et moi je passe quand ? » insulter, crier, traiter tout le personnel d'incapable, les accusant de laisser mourir les gens...

Au milieu, les familles angoissées qui demandent des nouvelles.

L'attente aux Urgences, Divergences d'Opinions

Quelle solution à tout cela ?

Il est aisé de comprendre la colère d'une famille qui s'angoisse et qui demande des nouvelles, le personnel le fait dès qu'il le peut.

Peut-être pourrait-on déléguer ce rôle de médiateur à une personne qui irait trouver les familles et leur expliquerait les divers moments de prise en charge. Nous savons tous que le dialogue instaure une confiance, ils se sentent compris et pris en charge aussi. Cela facilite le travail de tous.

Mais, en général, les plus agressifs, ce ne sont pas les familles.

Ce sont ceux qui attendent parce qu'il n'y a pas de place, parce que le SAMU est arrivé avec un patient instable donc prioritaire.

C'est le même qui ne veut pas savoir que, du côté de la ruche, quelqu'un est peut-être en train de mourir et que le personnel lutte. Il s'en moque et il le verbalise très bien.

Que faire avec ce changement sociétal, cette société nouvelle qui veut tout, tout de suite ?

Pas grand-chose à vrai dire. Peut-être diffuser un reportage sur les soins au Bangladesh, un des pays les plus pauvres au monde, dans lequel il faut de l'argent pour avoir droit aux soins, ils attendent parfois un an avant de voir un médecin et sont toujours dans le respect le plus total. Il n'est pas certain que cela soit compris.

Mais au fond, le vrai problème c'est la souffrance du soignant que personne ne peut comptabiliser vraiment. Il rentre épuisé, sans énergie, triste d'avoir été maltraité, bousculé, insulté avec cet horrible sentiment d'avoir fait du mauvais travail.

Il se demande s'il va revenir.

Peut-être faut-il changer de service ?

Combien de temps va-t-il tenir ?

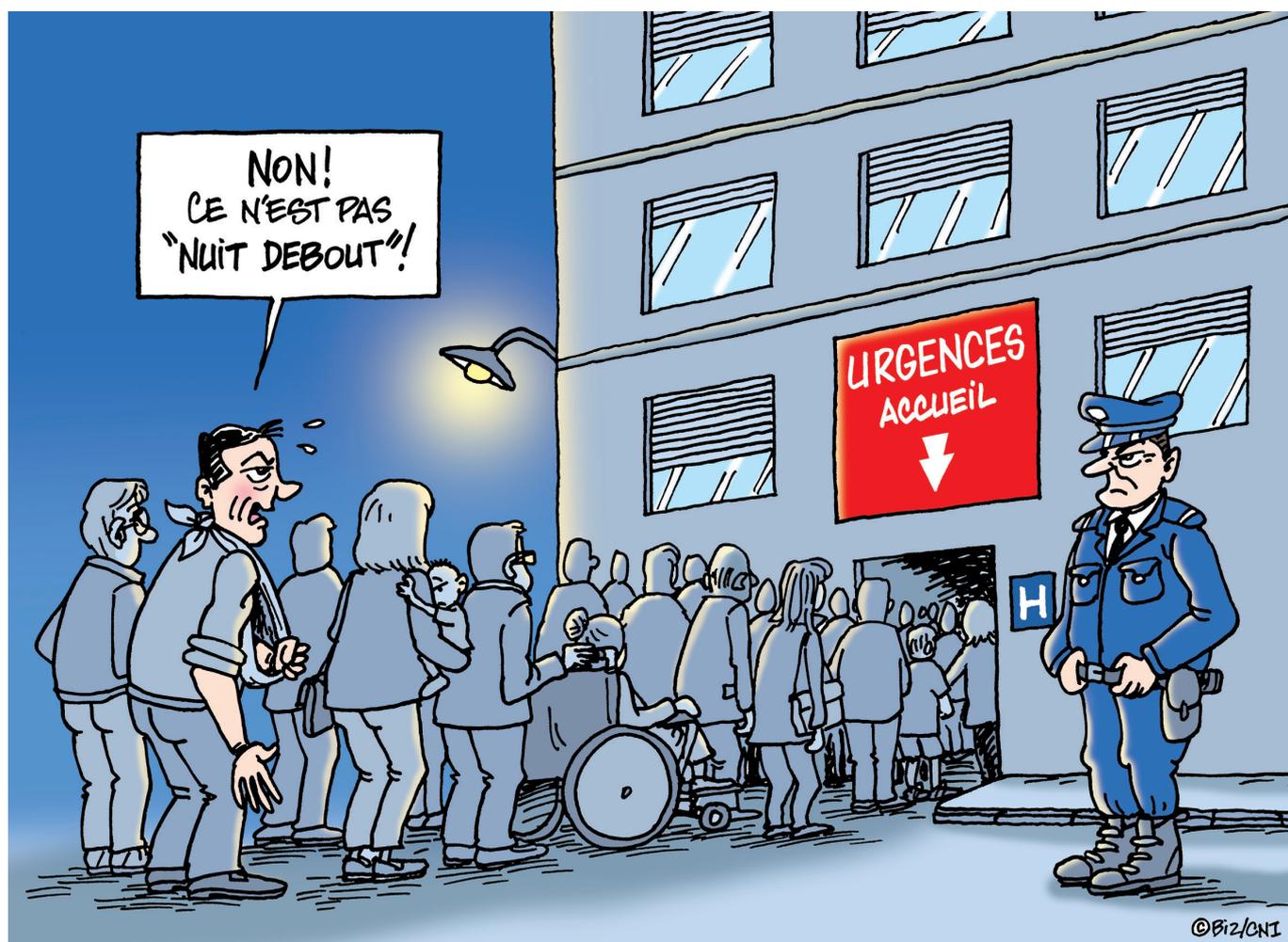
Bon... Laissons-nous un peu de temps... Demain est un autre jour. ■

Pascale SCUITTI

Infirmière

Urgences adultes

Hôpital Saint Joseph Marseille



Profession orthophoniste

L'orthophoniste prévient, évalue et prend en charge l'ensemble des troubles du langage, de l'articulation et de la parole : dyslexie, retard du langage, bégaiement... ainsi que les déficiences et les troubles de la communication orale et écrite. La compréhension et l'expression du langage oral et écrit sont également de son ressort.

Dans certains cas, l'orthophoniste enseignera une forme de communication non verbale pour compléter ou suppléer ces fonctions.

L'orthophoniste procède au dépistage des troubles du langage, de la communication orale et écrites, en intégrant une dimension psychologique, sociale, économique et culturelle des patients.

La grande majorité des patients sont des enfants en âge scolaire présentant des troubles du langage oral et / ou écrit, ou encore atteints de surdité plus ou moins prononcée. Cependant, les adultes peuvent aussi être amenés à consulter un orthophoniste, notamment en cas de traumatisme accidentel ou après une intervention chirurgicale.

Les orthophonistes peuvent travailler en équipe avec d'autres paramédicaux au sein de structures variées : PMI (centres de protection maternelle et infantile), crèches, haltes garderies, services hospitaliers, CMP (centre médico-psychologique), que ce soit un exercice libéral ou salarié.

Les évolutions « Loi Santé »

L'article 126 de la Loi n°2016- 41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise la pratique de l'orthophonie et son exercice. Elle modifie ainsi le Code de la Santé publique :

1° L'article L. 4341-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 4341-1.-La pratique de l'orthophonie comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales.

« L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis.

« Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue.

« L'exercice professionnel de l'orthophoniste nécessite la maîtrise de la langue dans toutes ses composantes.

« L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale.

« En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale. Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

« Sauf indication contraire du médecin, il peut prescrire ou renouveler la prescription de certains dispositifs médicaux dont la liste est limitativement fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« L'orthophoniste exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues à l'article L. 4341-9.

« Il établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre.

« Dans le cadre des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, l'orthophoniste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient et participe à leur coordination. Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

« La définition des actes d'orthophonie est précisée par un décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine. » ;

2° Après l'article L. 4344-4, il est inséré un article L. 4344-4-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4344-4-2.-Exerce illégalement la profession d'orthophoniste toute personne qui pratique l'orthophonie au sens de l'article L. 4341-1 sans :

« 1° Etre titulaire du certificat de capacité d'orthophoniste ;

« 2° Etre titulaire de l'un des diplômes ou de l'une des attestations d'études d'orthophonie établis par le ministre chargé de l'éducation antérieurement à la création du certificat mentionné au 1° du présent article ou de tout autre titre mentionné à l'article L. 4341-4 exigé pour l'exercice de la profession d'orthophoniste ;

« 3° Remplir les conditions ou satisfaire aux obligations prévues à l'article L. 4341-7.

La formation* :

Pour devenir orthophoniste, il faut être titulaire du certificat de capacité d'orthophoniste (CCO), qui se prépare en 5 ans (master 2) dans un centre de formation rattaché à une Unité de Formation et de Recherche (UFR) de médecine. L'admission est soumise à un concours d'entrée. Le nombre d'étudiants admis en première année d'étude en vue du certificat de capacité d'orthophoniste est fixé par un arrêté annuel conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'enseignement supérieur. Pour 2015-2016, le numérus clausus était fixé à 819 places. Pour se présenter au concours, il faut être titulaire d'un bac (toutes séries) ou d'un diplôme admis en équivalence. Mais certaines écoles sélectionnent à bac + 1 ou 2. Certains étudiants le préparent en classe préparatoire payante.

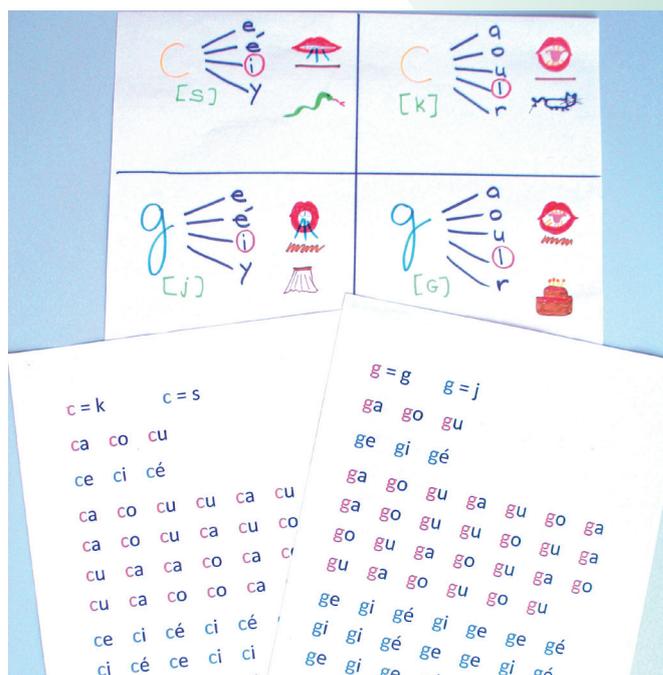
Le certificat de capacité d'orthophoniste confère le grade de master après dix semestres de formation, validés, qui se décomposent comme suit :

- Le premier cycle de 6 semestres de formation d'un niveau licence (180 ECTS¹), avec des stages chez un audioprothésiste diplômé, en milieu scolaire, auprès de personnes âgées et en structure de la petite enfance.
- Le second cycle de 4 semestres de formation d'un niveau master. (120 ECTS¹).

Au cours du premier cycle des études d'orthophonie, la formation a pour objectifs :

- 1) L'acquisition d'un socle de connaissances en sciences de la vie, en sciences physiques et en sciences humaines et sociales indispensables à l'appropriation progressive des compétences nécessaires à l'exercice du métier d'orthophoniste ;
- 2) L'approche fondamentale de l'être humain, la recherche du maintien de la santé ou la prise en charge du patient, par des connaissances en santé publique ;
- 3) L'acquisition de connaissances de pathologie et de physiopathologie nécessaires à la pratique de l'orthophonie. L'apport théorique est complété par des activités de raisonnement clinique et des activités d'apprentissage pratique en milieu clinique permettant à l'étudiant de commencer à construire les compétences nécessaires à l'exercice du métier d'orthophoniste.

¹ ECTS : European Credit Transfer and Accumulation System et en français Système européen de transfert et d'accumulation de crédits



Trois principes régissent l'acquisition de ces connaissances :

- la non-exhaustivité : la progression très rapide des connaissances impose des choix et conduit à rejeter toute idée d'exhaustivité. L'enjeu est d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant, au cours de ses études ultérieures et de sa vie professionnelle, de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire ;
- la participation active de l'étudiant : chaque fois que cela est possible, l'acquisition des connaissances est envisagée au travers de la participation active de l'étudiant sous forme de travaux dirigés, d'exposés, d'approches par problèmes, de stages pour lesquels un tutorat et un contrôle des connaissances adaptés sont mis en place ;
- l'interdisciplinarité : les professions de santé s'appuient sur de nombreux champs disciplinaires.

L'apprentissage de l'interdisciplinarité prépare à la collaboration entre futurs professionnels de la santé.

Elle s'établit autour de la mise en place d'unités d'enseignement faisant appel à l'intégration de différentes disciplines autour de l'étude de situations cliniques clés ou de problèmes de santé.

Deuxième cycle des études d'orthophonie :

Peuvent s'inscrire en deuxième cycle des études d'orthophonie les étudiants qui ont acquis les 180 crédits européens correspondant au premier cycle.

La formation a pour objectifs :

- 1) L'acquisition des connaissances scientifiques et techniques indispensables à la maîtrise des

Profession orthophoniste

savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession d'orthophoniste complétant et approfondissant celles acquises au cours du cycle précédent ;

2) L'apprentissage du raisonnement clinique et de l'intervention thérapeutique ;

3) Une formation à la démarche scientifique rendue nécessaire par la progression rapide des connaissances qui est la conséquence directe des progrès de la recherche faisant évoluer régulièrement les pratiques professionnelles ;

4) L'acquisition des compétences génériques nécessaires à la communication de l'orthophoniste avec le patient et son entourage, à sa coopération avec les membres de l'équipe soignante pluri-professionnelle, à sa réflexivité et à son respect des règles de l'éthique et de la déontologie.

L'apport théorique est complété par des activités de raisonnement clinique et des activités d'apprentissage pratique en milieu clinique permettant à l'étudiant de maîtriser les compétences nécessaires à l'exercice du métier d'orthophoniste.

L'enseignement comprend :

1) Un tronc commun ;

2) Un parcours personnalisé au cours duquel l'étudiant pourra choisir :

– d'approfondir ou de compléter ses connaissances dans un domaine de l'orthophonie ;

– d'approfondir ou de compléter ses connaissances favorisant une orientation vers la recherche, dans le cadre d'un parcours recherche.

Les étudiants suivant un parcours recherche effectuent un stage de quatre semaines minimum dans une structure de recherche ;

– d'approfondir ou de compléter ses connaissances dans un domaine particulier autre que l'orthophonie.

Ce parcours personnalisé comprend des unités d'enseignement librement choisies parmi les formations dispensées à l'université.

A la fin de son cursus, l'étudiant(e) doit rendre un mémoire de fin d'études, qu'il (elle) doit présenter lors d'une soutenance. Ce dernier peut être de deux types : à orientation professionnelle ou de recherche. Dans le deuxième cas, il est impératif que le directeur de mémoire soit un enseignant-chercheur, un chercheur ou un orthophoniste titulaire d'un doctorat.

Les étudiants se voient dispenser des cours médicaux assez généralistes comme la pharmacologie, l'épidémiologie, la physique acoustique, l'anatomie et physiologie du système auditif et nerveux ainsi

que du pharynx et du larynx, la neuropédiatrie, la neurologie, la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adulte, la déontologie, l'autisme, la trisomie...

Ils suivent des cours relatifs à la psychologie de la personne (comprenant les fonctions cognitives, la psychologie, la pédagogie), à l'organisation du système scolaire, la psychomotricité et la psycholinguistique.

L'étudiant bénéficie de cours très ciblés en :

- Phonétique, avec pour matière l'audiophonologie, l'audition et la phonation.
- Linguistique, telles que les techniques vocales, la phoniatrie, les techniques de rééducation.
- Étude de pathologies : pertes auditives et les audioprothèses, les troubles fonctionnels, les troubles du développement et du langage, les troubles de la parole et de l'articulation, la surdité de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, les implants cochléaires, le bégaiement, la dyslexie, les troubles du langage écrit et / ou oral, les troubles neurolinguistiques, aphasie et syndrome aphasique, les pathologies de la communication, la traumatologie, la pathologie laryngée.

La rémunération des orthophonistes

Rémunération secteur libéral

Cette rémunération varie en fonction de l'activité de l'orthophoniste, son lieu d'exercice, sa notoriété, sa spécialisation et du montant des honoraires qu'il ou elle pratique.

Leurs conditions d'exercice sont définies par une convention nationale, qui est conclue entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie et la Fédération Nationale des Orthophonistes (arrêté du 31 décembre 1996). En tant qu'orthophoniste libérale, il ou elle est soumis(e) au contrôle d'instance professionnelle.

Un(e) orthophoniste libéral(e) facture les consultations des patients en honoraires. Lors du bilan orthophonique (premier rendez-vous sur ordonnance médicale), il (elle) doit coter la pathologie du patient. Il (elle) dispose d'une grille de notation pour chaque AMO (Acte Médical d'Orthophonie). Chaque code est corrélé à un tarif spécifique allant d'AMO 5 à AMO 30. Le tarif est fixe, durant la prise en charge du patient. Néanmoins, il peut varier selon le nombre de consultations établies. Plus le code de l'AMO est élevé, plus la rémunération de l'orthophoniste est importante.

Infirmier Technicien d'échographie

Un exemple de coopération entre professionnels de santé

La CNI a rencontré Philippe BOURROUNET, Infirmier-Technicien d'échographie aux explorations non invasives de cardiologie (CHU de Poitiers). Cet Infirmier qui a 26 ans d'expérience (dont 13 en cardiologie) nous livre son témoignage :



J'ai ainsi pu acquérir des séquences d'images cardiaques trans-thoraciques selon une standardisation précise et j'ai également suivi la formation théorique.

La pratique permet de comprendre les contraintes liées à l'installation du patient ainsi que le déroulement de l'examen, ce qui permet aussi de partager mes connaissances avec mes collègues. Au fil des mois, j'ai pu réaliser l'enregistrement d'images de qualité sous le contrôle d'un cardiologue référent qui, dans tous les cas, valide les données acquises, les complète éventuellement si nécessaire avant de passer à l'interprétation finale.

Cette collaboration médico-infirmière permet de répondre à une demande accrue d'examens, de diminuer les délais d'obtention des rendez-vous ainsi que les durées d'hospitalisation. » ■

Philippe BOURROUNET

Infirmier

*Explorations fonctionnelles non invasives
de cardiologie
CHU de Poitiers*

« En 2011, Damien COISNE, le médecin responsable de l'unité des explorations fonctionnelles non invasives de cardiologie, m'a proposé de participer à un protocole de coopération entre professionnels de santé sur la réalisation des échographies cardiaques par un professionnel non médical.

Un protocole a donc été élaboré puis validé par l'Agence Régionale de Santé en 2013. Le CHU de Poitiers était, à l'époque, le second établissement en France à obtenir une autorisation pour ce protocole de coopération.

Afin d'exercer la fonction de technicien d'échographie, il est nécessaire de justifier de 5 années d'activité en cardiologie, de suivre 30 heures de formation, de réaliser 180 échographies cardiaques et de valider la première année du diplôme inter-universitaire d'échocardiographie.

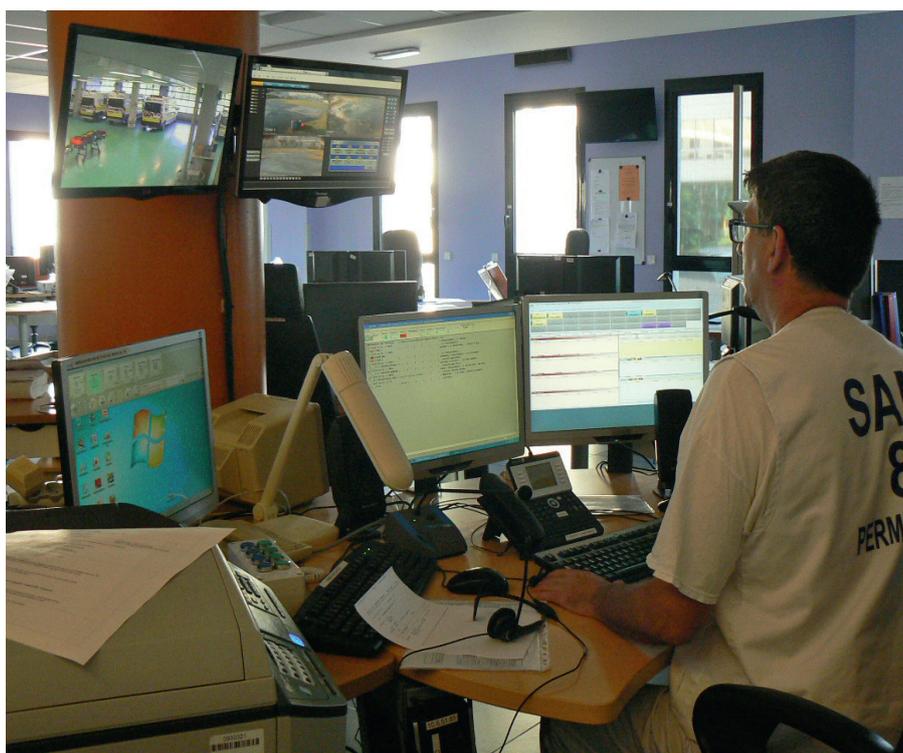
Note du Comité de Rédaction

Si le syndicat CNI reconnaît la plus-value pour la prise en charge des usagers suite à ce type de développement de compétences infirmières, le comité de rédaction se doit de rappeler le combat de notre organisation pour une définition et une reconnaissance de compétences dans un cadrage national. Nous déplorons, en effet, l'impossibilité pour les professionnels de mettre en œuvre les compétences acquises dans le cadre de coopérations régionales, lorsqu'ils changent de région pour suivre un conjoint par exemple.

Pour le syndicat CNI, acquisition de compétences doit impliquer référentiel de formation défini nationalement et reconnu statutairement et financièrement.

Assistant de Régulation Médicale, Un métier méconnu

Lorsque vous appelez le 15 (numéro du SAMU), votre premier interlocuteur est un Assistant de Régulation Médicale (ARM). Il est le premier maillon de la chaîne de secours pré-hospitaliers. Il assure la réception, l'orientation et le suivi des appels arrivants dans les centres 15 (CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels), en étroite collaboration avec le médecin, appelé aussi médecin régulateur. Son savoir-faire peut être influent dans le déclenchement des secours et la prise en charge du patient.



Tout d'abord, l'ARM réceptionne l'appel téléphonique, localise la destination précise de l'intervention, identifie les signes d'une détresse vitale et transmet les informations au médecin régulateur en fonction du degré d'urgence. Il peut également, selon des procédures établies, mettre en œuvre des décisions « réflexes ».

Une fois la demande traitée, l'ARM est responsable de la mise en œuvre des moyens adaptés pour répondre à la décision médicale : SMUR (Service Mobile d'Urgence et Réanimation), ambulance privée, pompiers, médecin généraliste. Pour cela, il s'assure de connaître la disponibilité, la position et la destination de chaque intervenant. Il est chargé de l'alerte des équipes, du suivi des moyens engagés, de la réception des bilans (état du patient décrit par les personnels envoyés auprès du patient) et de prévenir les sites d'accueil. En fonction de l'état dans lequel se trouve la personne en détresse, il demandera de faire les premiers gestes de secours tels que la mise en PLS (Position Latérale de Sécurité) avant

de passer le médecin régulateur.

Lorsque l'ARM est face à un appel pour une personne qui ne répond pas et qui ne respire pas, il a pour mission de faire pratiquer un massage cardiaque externe par le témoin, tout en restant au téléphone avec l'appelant jusqu'à l'arrivée des secours. Cet « exercice de style » est très éprouvant pour l'ARM qui doit gérer à distance cette situation stressante.

L'ARM a comme autres missions permanentes la saisie des informations sur les dossiers pour la traçabilité, la maintenance des divers matériels (téléphonie, informatique et radiocommunication), la réactualisation de toute la documentation nécessaire au fonctionnement du centre d'appel (cartographie, plans de secours, protocoles). Il peut effectuer le recensement des lits disponibles et des capacités d'accueil des services spécialisés. Il est informé des différents services de garde (pharmacie, dentiste, kiné...) ou de certains numéros de téléphones spécialisés (SOS Amitié, détresses morales, détresses sociales...) afin de renseigner le grand public.

Assistant de Régulation Médicale, Un métier méconnu

Enfin, il a comme missions exceptionnelles, la mise en œuvre de la gestion des moyens des différentes instances de secours médicaux lors de plan Orsec, plan Blanc, plan Rouge et assure les fonctions d'ARM dans un Poste Médical Avancé sur le terrain. Chaque ARM aura alors un rôle bien défini tel que la gestion des moyens engagés, l'organisation de la réception des blessés, la recherche des lits disponibles.

Les qualités requises pour assurer ces missions sont de savoir gérer son stress et celui des appelants, de connaître les techniques d'accueils téléphoniques, de détecter, reconnaître et prioriser une urgence médicale, de détenir les bases du vocabulaire médical, de connaître la géographie et la topographie du secteur sanitaire. Il faut de grandes capacités d'attention, d'écoute et une rapide adaptation aux importantes fluctuations d'activité.

L'amplitude horaire de travail est de 12 heures dans la plupart des régulations en France. Au CHU de Poitiers, 3 ARM sont présents en journée du mardi au jeudi puis 4 du vendredi au lundi inclus. La nuit, ils sont 2.

Ce métier est récent. Le recrutement et le corps d'emploi des ARM sont définis par un décret de 1990 mais aucune formation par un institut aboutissant sur un diplôme n'existe. Le champ de compétences n'est pas réellement déterminé, laissant libre choix à chaque SAMU quant au recrutement. Néanmoins, depuis 2006, une formation d'adaptation à l'emploi

a été mise en place pour tous les agents recrutés pour exercer la fonction d'ARM. Elle a pour objectifs de permettre aux agents nouvellement recrutés d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'exercice du métier d'ARM. Une école forme actuellement au métier d'ARM sans diplôme (le lycée Valentine Labbé à Lille) mais n'est pas le passage obligé pour intégrer un poste. Dans sa phase d'apprentissage, qui peut aller jusqu'à 2 mois, la nouvelle recrue travaillera en binôme avec un ARM expérimenté afin de connaître et de maîtriser les outils de travail. L'ARM en place doit également posséder le CEHT, (Certificat d'Exploitation Hospitalière en Télécommunication).

Ce métier a été reclassé dans la Fonction Publique Hospitalière de la Catégorie C en Catégorie B en juin 2011, nécessitant donc l'obtention d'un Bac pour être recruté.

Enfin, depuis quelques années, une reconnaissance de ce métier, qui est en pleine évolution, a été demandée auprès du Ministère de la Santé, pour l'instauration d'une formation diplômante notamment. ■

*Valérie WALET
ARM CHU de Poitiers
Frédéric BOULESTELX
ARM CHU de Poitiers
Sandrine BOUCHOU
Syndicat CNI de Poitiers*



Et vous ? Vous faites quoi ?

L'Être Humain se souvient de l'importance de son bien-être au moment précis où... il commence à en perdre tout, ou partie. Il se rappelle, de la même façon, de l'existence des professionnels de soins, lors d'un état de faiblesse, lorsque l'accident ou la maladie vient perturber son équilibre et qu'une prise en charge devient inévitable...

Dans les différents sondages, tout le monde s'accorde à reconnaître les qualités professionnelles et relationnelles des acteurs de santé mais espère, dans un même temps, les apprécier, à leur juste valeur... le plus tard possible.

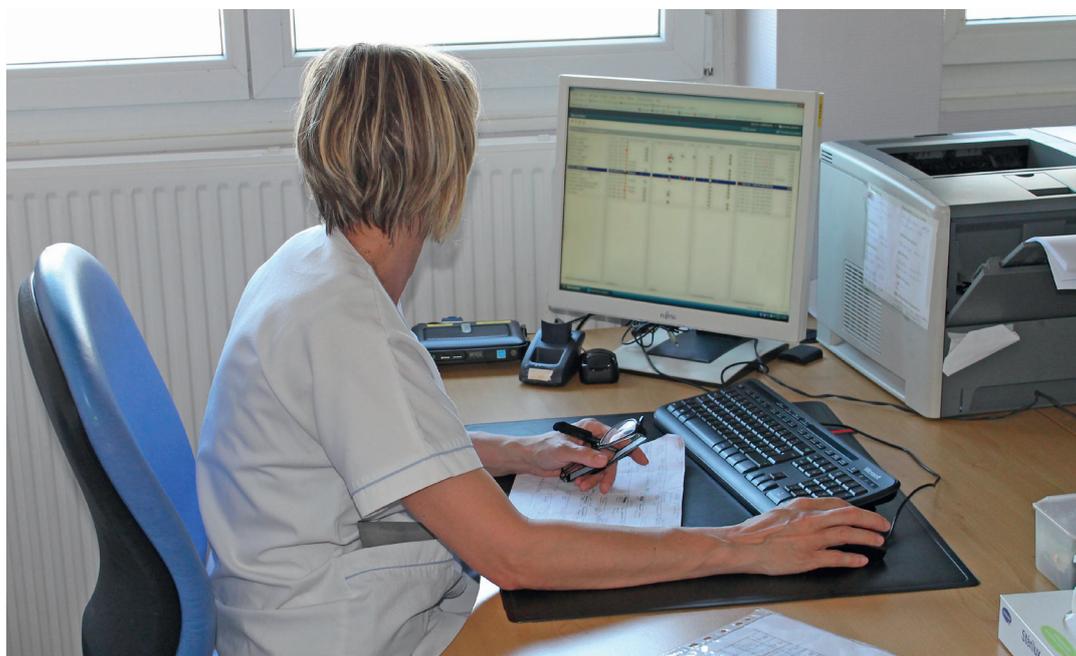
Alors, doit-on attendre d'être malade et dans le besoin pour prendre conscience des enjeux et enfin défendre les conditions de travail du soignant ?

Pour sa part, la CNI a choisi de ne pas attendre... car la bonne santé des soignants conditionne, au final, la prise en charge des patients.

Et si vous partagez notre point de vue, n'hésitez pas à nous rejoindre !

La CNI vous remercie de votre attention... ■

Stéphane DERES
Secrétaire CNI
CHU de POITIERS



Tant attendu :

Le droit option des cadres santé paramédicaux territoriaux...

Enfin, quatre ans après leurs collègues de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), le chapitre tant attendu de la création du corps des cadres territoriaux de santé paramédicaux se clôture par la publication au journal officiel de deux décrets publiés le 22 mars 2016 mettant en œuvre une revalorisation salariale à compter du 1er avril 2016.

La FPH avait bénéficié de cette réforme en 2012, le décret n° 2016-336, paru ce 22 mars 2016 crée, dans la fonction publique territoriale, « un nouveau cadre d'emplois revalorisé intégrant les puéricultrices cadres territoriaux de santé et les cadres territoriaux de santé infirmiers et techniciens paramédicaux, lesquels sont mis en voie d'extinction ».

Tout comme pour les cadres de la FPH, les cadres de la Fonction Publique Territoriale (FPT) doivent se prononcer pour un maintien ou non en catégorie active, ce qui modifie les modalités de départ à la retraite.

Le droit d'option concerne les personnels totalisant avant le 1er avril 2016 au moins 15 à 17 ans de service en catégorie active. Le recrutement de tout nouvel agent à compter du 1er avril 2016 se fera dans le nouveau corps des cadres territoriaux de santé paramédicaux.

Le choix devra être formulé avant le **1er octobre 2016**.

Également exposés au cruel dilemme du droit d'option et du choix irréversible, vous devez savoir ce qu'implique ce « deal » sur votre âge limite de départ à la retraite :

- intégrer ce nouveau cadre d'emplois
 - La perte définitive des services accomplis en catégorie active,
 - l'âge légal de départ à la retraite à 60 ans,
 - la limite d'âge maximum fixée à 65 ans à 67 ans.
- rester dans la catégorie active en continuant de relever du cadre d'emplois des puéricultrices cadres territoriaux de santé ou de celui de cadres territoriaux de santé infirmiers et techniciens paramédicaux avec :
 - le maintien des services accomplis en catégorie active,
 - l'âge légal de départ à la retraite à 57 ans,
 - la limite d'âge maximum à 62 ans.

Le second décret n°2016-337 publié également ce 22 mars 2016 fixe les grilles indiciaires applicables aux cadres territoriaux de santé paramédicaux.

Pour le grade de **cadre supérieur de santé**, la grille est la même que celle s'appliquant dans la FPH depuis le 1er juillet 2015 avec sept échelons compris entre les indices bruts 659 et 901.

Les grilles suivantes tiennent comptes des revalorisations du Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations (PPCR) au 1er janvier 2016.

Corps : *Cadre de santé paramédical-CSP*
Grade : *Cadre de santé supérieur paramédical*
Filière : *Services de soins, de rééducation et médicotechnique*
Catégorie : *A*

Echelon	Indice Brut	Indice majoré	Durée	Salaire brut
1	664	554	2 ans	2 565,19 €
2	694	576	2 ans	2 667,05 €
3	728	602	3 ans	2 787,44 €
4	770	634	3 ans	2 935,61 €
5	812	666	3 ans	3 083,78 €
6	859	702	3 ans	3 250,47 €
7	906	738	-	3 417,16 €

Salaire brut calculé avec la valeur du point d'indice en vigueur au 1er janvier 2016, soit 4.6303€.

Le grade de **cadre de santé** comprend une première classe (neuf échelons, indices entre 558 et 801) et une seconde classe (10 échelons, indices entre 516 et 773). Ces grilles ont été construites d'après celle de la FPH où le grade de cadre de santé ne comprend qu'une seule classe à 11 échelons (indices entre 516 et 801).

Tant attendu :

Le droit option des cadres santé paramédicaux territoriaux...

Cadre d'emploi : Cadre territorial de santé paramédical (nouveau cadre d'emploi)

Grade : Cadre supérieur de santé

Filière : Médico-sociale

Catégorie : A

Echelon	Indice Brut	Indice majoré	Durée	Salaire brut
1	659	550	2 ans	2 546,67 €
2	688	572	2 ans	2 648,53 €
3	723	598	3 ans	2 768,92 €
4	765	630	3 ans	2 917,09 €
5	807	662	3 ans	3 065,26 €
6	854	698	3 ans	3 231,95 €
7	901	734	-	3 398,64 €

Salaire brut calculé avec la valeur du point d'indice en vigueur au 1^{er} janvier 2016, soit 4.6303€.

Cadre d'emploi : Cadre territorial de santé paramédical (nouveau cadre d'emploi)

Grade : Cadre de santé de 1^{re} classe

Filière : Médico-sociale

Catégorie : A

Echelon	Indice Brut	Indice majoré	Durée	Salaire brut
échelon provisoire 1	516	443	1 an	2 051,22 €
échelon provisoire 2	517	444	2 ans	2 055,85 €
1	558	473	2 ans	2 190,13 €
2	584	493	3 ans	2 282,74 €
3	617	518	3 ans	2 398,50 €
4	649	542	3 ans	2 509,62 €
5	682	567	3 ans	2 625,38 €
6	712	590	3 ans	2 731,88 €
7	742	613	3 ans	2 838,37 €
8	773	636	3 ans	2 944,87 €
9	801	658		

Salaire brut calculé avec la valeur du point d'indice en vigueur au 1^{er} janvier 2016, soit 4.6303€.

Cadre d'emploi : Cadre territorial de santé paramédical (nouveau cadre d'emploi)

Grade : Cadre de santé de 2^e classe

Filière : Médico-sociale

Catégorie : A

Echelon	Indice Brut	Indice majoré	Durée	Salaire brut
1	516	443	1 an	2 051,22 €
2	527	451	2 ans	2 088,27 €
3	558	473	2 ans	2 190,13 €
4	584	493	2 ans	2 282,74 €
5	617	518	3 ans	2 398,50 €
6	649	542	3 ans	2 509,62 €
7	677	564	3 ans	2 611,49 €
8	707	587	3 ans	2 717,99 €
9	735	607	3 ans	2 810,59 €
10	773	636	-	2 944,87 €
9	801	658		

Salaire brut calculé avec la valeur du point d'indice en vigueur au 1^{er} janvier 2016, soit 4.6303€.

Faites votre choix en ayant pris en compte toutes les subtiles données de ces décrets et, surtout, n'hésitez pas à demander une estimation de vos pensions de retraite à vos DRH.

Et n'oubliez pas : la décision est **IRREVERSIBLE !** ■

Marie-Dominique BIARD
Trésorière CNI
AP-HM

*Enfin, quatre ans
après leurs
collègues de la
Fonction Publique
Hospitalière !*

Promotion professionnelle

Un changement de vie...

Pour la rentrée 2016 à l'IFSI, la CNI de Poitiers a accompagné une Auxiliaire de Puériculture ainsi qu'une aide-soignante dans leurs démarches pour intégrer un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et obtenu deux financements complémentaires en sollicitant directement le Directeur Général.

La décision aura été tardive pour une rentrée en Février mais les deux agents ont su s'organiser pour l'occasion. Nous les avons rencontrés pour avoir leurs premières impressions :

Premier témoignage :

Question de la CNI : « *Alors cette rentrée à l'IFSI, pas trop précipitée ?* »

« *J'y suis surtout enfin arrivée et c'est donc la deuxième tentative qui aura été la bonne. Quand j'ai reçu une notification de la DRH m'indiquant que je ne serai pas prise en charge, ce courrier m'a mis le doute. Je savais que, dans un même temps, la CNI intervenait de son côté auprès du Directeur Général pour défendre ma candidature. J'en profite d'ailleurs pour remercier la CNI car son action a été déterminante. Il est vrai que j'ai reçu l'information au dernier moment, j'ai dû solder mes jours de congés et quitter mon service dans la précipitation. La fin janvier aura été très intense mais l'essentiel est bien que je puisse suivre la formation d'infirmière.* »

Question de la CNI : « *Et comment se passe ta formation ?* »

« *Cette formation correspond à un projet personnel mais je dois dire que la densité du travail à fournir demande une organisation toute particulière. Les enseignements théoriques s'enchaînent très rapidement. Le travail personnel demande un réel investissement et il faut aussi gérer la vie de tous les jours, ayant une famille avec trois enfants. Je dois faire des choix et trouver un équilibre. J'ai beaucoup de soutien autour de moi et j'espère y arriver.* »

Question de la CNI : « *As-tu commencé les stages ?* »

« *Je suis actuellement dans le secteur psychiatrique pour mon premier stage. La position d'étudiante n'est pas toujours évidente. J'avais l'habitude de travailler depuis plusieurs années avec des personnes qui pouvaient me faire confiance. A présent, je dois m'adapter à une discipline que je ne connais pas du tout à savoir la psychiatrie. Une*

des difficultés rencontrées est de ne pas avoir eu l'enseignement théorique dans ce domaine avant le stage. Je dois chercher les informations, me documenter sur les différentes pathologies présentes dans le service et faire le lien avec la pratique. Je suis encadrée par des professionnels aguerris et je dois faire mes preuves. Dans un même temps, je dois réviser et répondre aux exigences pour préparer au mieux les prochaines échéances. Le challenge est aussi stressant que stimulant. J'apprends tous les jours de nouvelles choses, je trouve cette formation difficile mais passionnante. »

Second témoignage :

Question de la CNI : « *Depuis quand as-tu ce projet de formation ?* »

« *Cela fait 12 ans que je suis aide-soignante et 5 ans que je prépare ce projet. J'attendais que tout soit au point dans ma vie personnelle avant de m'y atteler pour de bon.* »

Question de la CNI : « *Et cette rentrée à l'IFSI, pas trop dans la précipitation ?* »

« *Oh que si ! Une semaine et demie avant le début des cours, j'ai appris que mon financement avait été accepté. Je remercie au passage ma cadre qui m'a épaulé pour rédiger ma lettre de motivation et le syndicat CNI qui est intervenu pour décrocher ma prise en charge financière. A partir de ce moment-là, tout s'est précipité, j'ai dû gérer mes rendez-vous médicaux, pour moi, mon enfant, gérer nos plannings, acheter mes fournitures... Malheureusement, la pré-rentrée avait déjà eu lieu et je n'ai pas pu y assister. C'est dommage car je dois dire que le manque d'information qui s'en est suivi a été cause d'un grand stress.* »

Question de la CNI : « *Quelles sont les difficultés auxquelles tu as dû faire face dans cette nouvelle vie ?* »

« *Premièrement, l'investissement financier, j'ai dû acheter un ordinateur portable (que nous pouvons amener en cours), une imprimante, des cartouches d'encre... Bref, du matériel pour travailler dans de*

Promotion professionnelle : Un changement de vie...

bonnes conditions. Sur le plan privé, les choses s'enchaînent... plus de vie, impossible, les premiers mois, d'aller à ma salle de sport ! Mon amplitude horaire au début a été très large, c'était du 7h minuit ! Je ne vous parle pas des troubles musculo squelettiques, je suis habituée à travailler dans les services, je suis une personne très active mais à l'école, on est assis pendant plusieurs heures, ce qui entraîne des maux de dos et des céphalées. Il m'arrive parfois de regarder mes cours sur les genoux ! Concernant les cours sur plateforme, je dois dire que je me suis sentie un peu seule avec la sensation de ne pas pouvoir travailler avec la promotion. De plus, je viens de changer de fournisseur d'accès à internet et j'ai du mal à me connecter pour accéder à la plateforme, c'est plutôt stressant et je perds du temps avec ces problèmes de connexion. Sur un plan relationnel, beaucoup d'élèves de l'IFSI sont très jeunes et, en tant que promotion professionnelle, j'ai évidemment plus d'affinité avec les gens du même âge que moi. Je dois donc essayer de m'ouvrir et créer des liens, notamment par le biais du travail en groupe, c'est à dire les Unités d'Intégration (UI). Concernant les promotions professionnelles, je précise que nous sommes dispensés de certains cours. On peut cependant y assister avec dérogation, mais dans mon cas, vu la somme de travail, je préfère profiter de cette aubaine pour travailler ! »

Question de la CNI : « Et concernant tes périodes de stage, comment s'est passée ton intégration ? »

« Alors là, mon premier stage fut très difficile ! Je

me suis retrouvée dans une clinique privée, avec un rythme de travail très intense, pas le temps de se poser, de déjeuner etc... J'avoue que j'ai regretté les conditions de travail de mon service ! De plus, l'équipe qui m'encadrait soufflait le chaud et le froid, certaines infirmières m'autorisaient à faire des choses techniques et lorsque je changeais d'équipe, d'autres s'offusquaient de ce que j'osais faire... Dans ce cas-là, il faut prendre sur soi et rester zen... J'avoue que j'aurais dû demander de l'aide à mon responsable de suivi pédagogique (RSP). Je n'ai pas osé lui parler de mes difficultés, je me suis rendu compte après le stage et après lui en avoir parlé, qu'il est à l'écoute, très impliqué et qu'il représente, en fait, un formidable appui sur lequel je peux vraiment compter. Mais tout cela est oublié, mon prochain stage sera en psychiatrie et j'ai vraiment hâte d'y être. C'est un sujet qui me passionne, je suis très optimiste pour la suite ! Au final, je dois dire que je suis très heureuse « à l'école ». Je n'ai plus peur des 3 ans d'étude, j'adore apprendre, mes cours sont géniaux ! J'ai l'impression que je pourrais être étudiante à vie ! »

Comme vous pouvez le constater, la vie étudiante à l'IFSI n'est pas un long fleuve tranquille et la détermination des candidats est certainement la clé de la réussite. Le temps de préparation, pour ces deux candidates, aura été des plus réduits et nous leurs souhaitons un brillant parcours. ■

*Propos recueillis par Céline LAVILLE (Infirmière)
et Anaïck KRZYZANIAK (Aide-soignante)
CHU de POITIERS*



Vous avez dit CHSCT ?

Nous pourrions faire un quizz sur les obligations des fonctionnaires pour lequel beaucoup de soignants obtiendraient un très bon score. Par contre, lorsqu'il s'agit de leurs droits, de leur sécurité, nous sommes forcés de constater que les résultats sont moins bons.

Le CHSCT est un bon exemple de cette carence. En effet, nombre de professionnels froncent encore les sourcils lorsque nous arrivons dans leur service en annonçant : « bonjour, nous venons vous rencontrer dans le cadre de nos missions de CHSCT... ». Ils sont alors cette expression dans le regard que nous décodons très vite : « mais qu'est-ce que c'est encore ça ? CHSCT ? Une nouvelle procédure ? Un nouveau dispositif de prélèvement ? ».

C'est sans doute là que se trouve notre première mission de représentant de CHSCT, informer, faire connaître cette instance et les attributions de ses représentants. Le Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail a compétence, comme son nom l'indique, sur toutes les questions relatives à l'hygiène, à la sécurité et aux conditions de travail dans la fonction publique hospitalière. Elle doit se réunir, au minimum, une fois par trimestre.

Le code du travail précise par l'article L 4612-1 que :
Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission :

1° - De contribuer à la prévention et à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure,

2° - De contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité,

2° bis - De contribuer à l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les emplois et de favoriser leur maintien dans l'emploi au cours de leur vie professionnelle,

3° - De veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières.

L'article L4612-2 permet également de souligner que :

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes. Il procède à l'analyse de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

La lecture de ces 2 articles atteste de l'importance de cette instance et de l'ampleur de la tâche, notamment dans cette période si particulière de restrictions budgétaires que vivent les établissements de santé ces dernières années.

Pour les représentants désignés par le syndicat CNI, tous issus des filières soignantes, de rééducation et médico-techniques, l'exercice est complexe. Beaucoup souhaiteraient voir la même réactivité dans la gestion des dossiers CHSCT que celles qu'ils connaissent au quotidien en service de soins. Mais force est de constater que les choses ne sont pas simples et de nombreuses demandes se heurtent à des incompréhensions, des lourdeurs administratives ainsi que, bien sûr, à des contraintes budgétaires !

D'autres demandes font leur chemin lentement mais sûrement. Au Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard, nous avons, face aux nombres importants d'accidents du travail liés à la manutention de patients ou de port de charge, demandé à la direction d'augmenter le temps dédié à la formation et à la prévention dans ce domaine. Après de longues discussions en CHSCT, nous avons obtenu en 2009 un poste dédié à la formation manutention à 50% dans un premier temps, puis à 100%.

L'infirmière qui assume cette fonction est aujourd'hui clairement identifiée référente manutention même si nous devons encore, sur plusieurs projets de nouvelles organisations, demander à ce qu'elle soit associée et consultée pour le choix du matériel.

Au-delà des groupes de formation, elle réalise des temps d'intervention dans les services et est ainsi au plus proche des réalités du quotidien. Cela lui permet de conseiller les agents pour adapter leurs postures mais également sur le choix du matériel à utiliser afin qu'il soit le plus pertinent pour préserver à la fois le confort du patient et l'exposition au risque professionnel.

Nous recevons beaucoup de retours très positifs sur ces interventions et de témoignages d'agents très satisfaits par les solutions et/ou adaptations proposées. Paradoxalement, notre collègue formatrice est parfois mal accueillie par certains agents qui affirment ne pas avoir le temps. Même si ces réactions ne sont pas systématiques, fort heureusement, elles sont sans aucun doute difficiles à vivre, d'autant plus que l'objectif premier est d'apporter des améliorations. La prévention est un

domaine très vaste et prenant mais il est encore difficile de faire passer certains messages. Nous rencontrons beaucoup trop de collègues qui ne pensent à préserver leur dos que lorsqu'ils ressentent les premières douleurs.

Aux actions de formation, le CHSCT du Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard devenu aujourd'hui l'Hôpital Nord Franche Comté a, grâce à un CLACT (Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail), ajouté l'achat de matériels spécifiques d'aide à la manutention. Après des années d'efforts conjugués, le CHSCT dans son ensemble (c'est-à-dire représentant du personnel, service de santé au travail et directions fonctionnelles) a eu le plaisir en juin 2016 de noter, lors de l'examen annuel du rapport des médecins du travail, une diminution des accidents du travail liés au risque de manutention et aux ports de charges. Il est bien sûr trop tôt pour crier victoire et nous ne devons pas relâcher notre vigilance et nos actions de prévention mais ce premier signe est un encouragement de poids.

Il est d'autant plus apprécié que nos actions de préventions concernent 12 risques professionnels

identifiés sur l'établissement à savoir, le risque infectieux, physique, psycho-social, environnement, rayonnement, écran, conduite de véhicule, lié à l'utilisation de machines, produits chimiques, incendie, électrique, amiante. Nous avons, pour chaque risque, ainsi recensé, identifié des référents. La direction de la qualité réunit, de manière semestrielle, les représentants CHSCT et les référents afin de faire le point sur l'avancée des plans de prévention.

Nous avons fort à faire pour mener à bien toutes nos missions mais c'est un travail intéressant et qui peut très concrètement améliorer le quotidien des professionnels de santé et préserver leur santé. Alors, aucune hésitation, parlez de nos missions autour de vous, faites connaître cette instance et contactez vos représentants car, comme le dit l'adage, « **Mieux vaut prévenir que guérir !** ». ■

*Nathalie DEPOIRE
Présidente Syndicat CNI
Représentante au CHSCT
de l'Hôpital Nord Franche Comté*



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 - www.coordination-nationale-infirmiere.org



GROUPE DROUIN
 MAÎTRE IMPRIMEUR
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
www.ouvrages-web.fr

PENDANT QUE SARAH, INFIRMIÈRE, VEILLE SUR NOTRE SANTÉ, NOUS VEILLONS SUR SON AVENIR.

PROTECTION REVENU
**MAINTIEN DE VOTRE
 NIVEAU DE VIE**
 EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

OFFRE RÉSERVÉE AUX
 MÉTIERS DE LA SANTÉ :
-10% SUR LES CONTRATS
 D'ASSURANCE AUTO*

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
 DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
 Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

*Offre réservée aux personnels de la santé et du social, la 1^{ère} 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.

