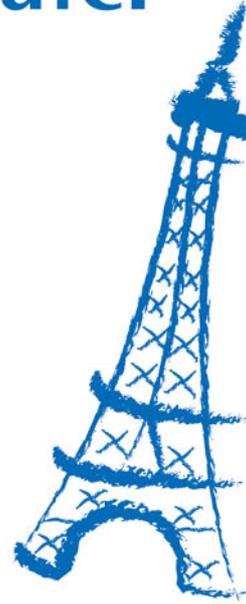
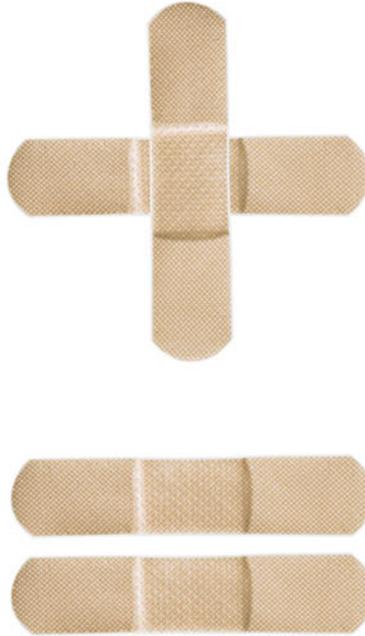


# Coordination Nationale Infirmière



# Votre vocation est vitale. Rendez-la capitale.



ASSISTANCE  
PUBLIQUE



HÔPITAUX  
DE PARIS

Bienvenue dans le plus grand Hôpital d'Europe

## 600 postes à pourvoir.

Débuter sa carrière à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, c'est indiscutablement faire le bon calcul pour vivre sa vocation à fond et soigner son avenir. Avec ses 39 hôpitaux ou groupes hospitaliers, ses 600 services spécialisés, sa forte implication dans la recherche et son éventail incomparable de formations, vous serez à l'endroit idéal pour progresser dans votre métier en développant vos compétences. Au contact permanent de professionnels de renom, vous serez fier d'être un acteur majeur de la santé publique. Fier d'avoir trouvé la formule de votre réussite.

## Infirmier(e)s

Jeune diplômé(e) IDE ou spécialisé(e) IADE, IBODE, vous êtes passionné(e) par votre métier et capable d'assumer d'importantes responsabilités. L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris vous accompagne dans l'apprentissage de votre profession, vous offre des opportunités de carrière à la hauteur de vos ambitions et peut aussi vous aider lors de votre première installation en Ile-de-France.

Pour plus d'informations : **01 40 27 19 19**

ou sur le web : [www.infirmiere.ap-hp.fr](http://www.infirmiere.ap-hp.fr)





Sabine NOURRIT POUR LA COORD  
JUIN 2006

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

#### COORDINATION NATIONALE INFIRMIERE

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

#### POUR JOINDRE LA REDACTION

COORDINATION INFIRMIERE  
DE LA GIRONDE :  
Hôpital Pellegrin-Tripode  
Place Amélie Raba Léon  
33000 BORDEAUX  
Tél. : 05 56 79 54 91 (poste 95491)

#### POUR PASSER UNE PUBLICITE OU UNE ANNONCE

Campus Communication  
Annie CARBONNE  
Tél. 05 56 37 88 96 • Fax : 05 56 84 06 77  
2 rue Jean Bonnardel - BP 39  
33883 Villenave d'Ornon cedex  
E-mail : annie.carbonne@free.fr

#### Directeur de la publication

François IZARD

#### Responsables Comité de Rédaction

Bruno LAULIN  
(Infirmier, CHU de Bordeaux)

Dominique MUREAU  
(Infirmier, CHU de Bordeaux)

#### Comité de Rédaction

CNI Gironde

#### Photos

Bruno LAULIN

*Photos réalisées dans le service de réanimation  
chirurgicale du Pr. Sztark du CHU de  
Bordeaux.*

*Nous remercions chaque membre du  
personnel pour son accueil et sa gentillesse.*

#### Impression

La Nef Chastrusse

Dépôt légal à parution

***Vous souhaitez qu'un de vos articles  
soit publié, transmettez-le à l'adresse  
suivante :***  
***d.mureau@free.fr***

## 5 Editorial

## 6 Journée Internationale

- Effectifs suffisants = Vies sauvées

## 8 Hôpital 2007

## 10 Ordre Infirmier

- Quelle est la volonté des professionnels ?
- La loi

## 23 VAE

## 24 Gardes et astreintes

## 28 Psychiatrie

- Pau : un an après ?

## 36 Congrès National Infirmier

## 37 Milieu carcéral

- Une journée ordinaire en milieu carcéral

## 38 Formation

## 45 Prime de service

- Pour les agents contractuels

## 50 Infirmières Territoriales

- Point d'étape sur les revendications

## 53 Plaies chroniques

- Plaies chroniques et consultation infirmière
- Les plaies cancéreuses

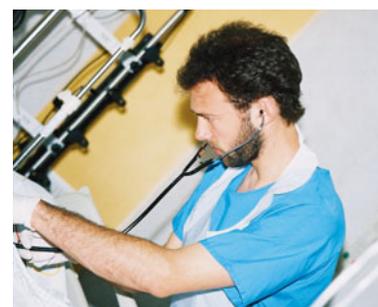
## 58 Oncologie

- Prenons soin des soignants

## 61 Gériatrie

- Evaluation gériatrique et ressources humaines

## 66 Offres d'emploi





## Remèdes efficaces pour soigner vos plans de formation

Pour gérer vos plans de formation sans perturber l'organisation des services et des équipes soignantes, disposez de solutions flexibles et adaptées :

- **FORMATION EN GROUPE**, dans votre établissement ou notre Centre encadrée par nos experts.
- **MA e-FORMATION**, auto-formation interactive 24h/24 avec cursus et suivi personnalisés. A découvrir absolument sur [www.airliquidesante.fr](http://www.airliquidesante.fr)
- **HAUTE COMPÉTENCE**, formation avec nos experts intégrant des manipulations sur tous les équipements gaz et aspiration de notre Centre.

### Plus de 35 formations spécifiques

- gaz à usage médical,
- traitement de la douleur,
- hygiène et qualité des soins,
- gestion du risque en milieu hospitalier.

Catalogue sur simple demande ou sur [www.airliquidesante.fr](http://www.airliquidesante.fr)

L'actualité professionnelle est dense, beaucoup de dossiers sont traités au niveau Ministériel.

- **La VAE** (Validation des Acquis et de l'Expérience), la première réunion s'est déroulée le 28 avril et la CNI a été conviée. Elle concerne les Infirmières et les IBODE. Nous avons un calendrier de réunions jusqu'à la fin de l'année, après débutera la VAE pour les Cadres et les Puéricultrices. La VAE est la validation pour des agents de certains modules de formation. La formation sera ainsi plus courte. Nous devons être vigilants pour éviter que la VAE légalise l'exercice illégal de la profession et qu'elle ne dévalorise pas notre diplôme.
- **Le LMD** (Licence Master Doctorat), c'est-à-dire l'universitarisation de nos études. Nous participons au groupe de travail. Le LMD doit aboutir à une reconnaissance salariale.
- **L'Ordre Infirmier** a été voté le 13 juin et passera au Sénat en octobre. Le Ministère désire que tout soit mis en place début 2007. Nous sommes satisfaits mais nous avons des réserves sur certains points du projet. En effet nous désirons deux niveaux (national et régional) et non le départemental comme il est proposé. Multiplier les conseils (sachant qu'il existe plus de 90 départements) au niveau de l'ordre risque d'induire un surcoût, donc une cotisation plus élevée et ne correspondra pas à l'organisation sanitaire qui est régionale (ARH, URCAM...). Nous allons continuer à nous battre pour que notre proposition à deux niveaux passe.
- **L'exclusivité des IBODE** est en bonne voie mais le Ministère voudrait la limiter à certains actes. Nous la demandons sur tous les actes (panseuse, circulante et instrumentiste) ce qui rendrait crédible la formation IBODE. Actuellement pourquoi faire une formation d'IBODE alors qu'on peut travailler au bloc sans. Ce n'est pas la différence salariale qui peut inciter les IDE à faire la spécialisation, et pourtant la formation IBODE est importante. Les IDE travaillant en bloc pourront devenir IBODE grâce à la VAE et leur expérience leur sera reconnue par une formation plus courte. Par contre tout le monde doit passer le même diplôme.
- **Pour la Santé Mentale**, les Pouvoirs Publics n'acceptent toujours pas la spécificité de ce secteur en refusant la spécialisation comme nous le demandons.
- **Le transfert de compétences** dont les expérimentations sont en cours, nous mobilise aussi pour éviter qu'on nous impose des actes supplémentaires sans nous donner les compétences et les salaires équivalents. Nous devons être consultés sur ce sujet, on ne doit pas nous l'imposer.
- **La pénurie infirmière** est aussi toujours d'actualité et les conditions de travail se dégradent de plus en plus. Nous avons organisé une journée de mobilisation le 12 mai sur ce thème qui a été une vraie réussite. Nous espérons que le Ministère en tiendra compte.

Notre profession est en pleine mutation, informez vous et rejoignez nous pour nous aider à la faire évoluer.



**François IZARD** ■  
Président de la Coordination Nationale Infirmière

*Le 12 mai a lieu la journée internationale des infirmières, jour anniversaire de la naissance de Florence Nightingale (12 mai 1820).*

*Le Conseil International des Infirmières avait retenu pour 2006 le thème suivant :*

*Effectifs suffisants = Vies sauvées.*

# Journée Internationale des Infirmières

**A** l'occasion de cette journée, les infirmiers du monde entier se sont mobilisés pour demander aux responsables politiques de mettre des effectifs adéquats à la disposition des institutions de santé.

La Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel dont la plupart des membres sont en activité et mesurent au quotidien les conséquences de la pénurie infirmière, n'a pas manqué ce rendez-vous.

Un préavis de grève nationale a été déposé pour ce 12 mai par la CNI qui n'a pas appelé à la manifestation mais plutôt à des actions locales de sensibilisation des professionnels et des usagers afin d'interpeller les pouvoirs publics et de réaffirmer l'urgence de l'ouverture de négociations afin d'obtenir une prise en charge adaptée pour la population.

## Les actions

Des lâchés symboliques de ballons blancs ont eu lieu dans plusieurs régions, représentant pour certains chaque infirmier manquant dans les unités de soin ou pour d'autres les

professionnels qui prennent la fuite devant des conditions de travail insupportables et s'orientant vers d'autres carrières ou encore les étudiants abandonnant la formation faute de moyens financiers pour poursuivre leurs études. Associée au moyen de cartes messages accrochées au ballon, la population s'est montrée solidaire et a fortement soutenu et encouragé les infirmières. Diverses banderoles et des stands d'informations ont été disposés dans les établissements. Des tracts ont été distribués pour informer la population. Des pétitions soutenant les demandes de la CNI ont été signées par les usagers et les professionnels. Plusieurs délégations qui ont été reçues auprès des Directions des établissements, des préfectures des DRASS et ARH ont déposé des motions.

## Les revendications

La CNI demande au Ministère de la santé qu'il ouvre des négociations pour :

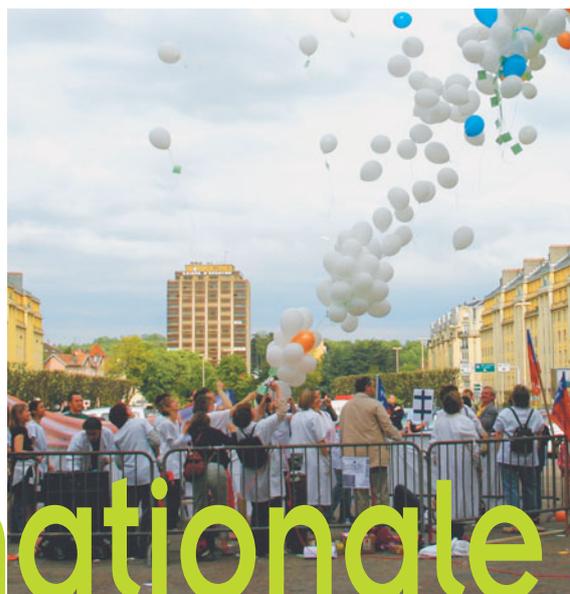
- Donner les budgets nécessaires pour des effectifs cohérents
- Mettre en place des outils pour une

juste Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)

- La mise en place de ratios infirmiers adaptés à la charge de travail
- Mettre en place de mesures pour inciter les nouvelles générations à intégrer la formation infirmière
- Mettre en place de mesures pour pallier à l'hémorragie infirmière qui touche nos établissements publics de santé
- Améliorer les conditions de travail des soignants pour retrouver une humanisation perdue.

## La médiatisation

La motivation et la mobilisation de la Coordination Nationale Infirmière au travers de différentes actions ont été





remarquées sur une grande partie du territoire français.

Plusieurs interviews ont été réalisés et passés tout au long de cette journée sur les ondes de France info, France Inter, RTL, France bleue.... dénonçant la pénurie infirmière, des conditions de travail difficiles, le manque d'attractivité de la profession...

Les journaux télévisés ont, eux aussi, retransmis plusieurs reportages sur France 3, M6, France 2 donnant la parole aux infirmières pour évoquer leur quotidien.

La presse écrite a également fait écho de nos revendications et différents articles ont été édités dans le Nouvel Observateur, La Provence, Sud-Ouest, Ouest France, l'Est Républicain, l'agence AFP, le Monde....

## Conclusion

La Coordination Nationale Infirmière dresse un bilan plutôt positif de cette journée tant sur le plan médiatique que symbolique. Notre syndicat toujours soucieux d'améliorer la vie des professionnels de santé et la qualité des soins prodigués aux usagers, continuera de

se battre et de se mobiliser afin que les pouvoirs publics entendent les revendications légitimes d'une profession qui donne beaucoup et reçoit peu.

**Régine WAGNER** ■

CNI CHG Aix-en-Provence

**Nathalie DEPOIRE** ■

CNI Belfort-Montbelliard



### Journée de mobilisation, vendredi, à l'appel de la coordination nationale infirmière

PARIS (AP) -- La coordination nationale infirmière appelle à une journée de grève et d'action vendredi pour dénoncer la pénurie d'infirmières, leurs conditions de travail, ou encore réclamer des revalorisations salariales.

Ce mot d'ordre concerne les infirmières et les infirmiers exerçant dans les cliniques et les hôpitaux, tout comme les infirmières libérales, a précisé jeudi à l'Associated Press François Izard, président de la coordination...



vendredi 12 mai 2006, mis à jour à 08:59

#### Journée internationale infirmière

"Effectifs suffisants = vies sauvées"

Pauline Lecuit

**La coordination nationale infirmière organise ce vendredi 12 mai des actions ponctuelles d'information afin de stigmatiser la pénurie d'effectifs dans les établissements de santé**

A l'occasion de la journée internationale infirmière, la coordination nationale infirmière (CNI) organise ce vendredi 12 mai des actions ponctuelles d'information - lâchers de ballons, tracts, etc.- afin de stigmatiser la pénurie d'effectifs dans les établissements de soin français. Le mot d'ordre: "Effectifs suffisants = vies sauvées".

Nombreux sont en effet, parmi les 460 000 infirmiers et infirmières françaises, ceux qui expriment leur "ras le bol" de la profession, dénonçant notamment des salaires trop bas et un manque de personnel...



#### Journée internationale infirmière : mobilisation de la Coordination le 12 mai

La coordination nationale infirmière (CNI) organise, à l'occasion de la Journée internationale infirmière le 12 mai, une journée d'actions pour stigmatiser la pénurie d'effectifs dans les établissements de santé, selon un communiqué publié vendredi.

A partir du mot d'ordre "effectifs suffisants = vies sauvées", la coordination nationale infirmière, qui dit représenter 5% des infirmières salariées du public comme du privé, "alerte les pouvoirs publics sur la pénurie infirmière constatée dans les établissements de santé".

Dans une lettre adressée au ministre de la Santé, Xavier Bertrand, elle indique avoir déposé un "préavis de grève de 24H pour le vendredi 12 mai". Cependant, "il ne s'agira pas d'un mouvement de grève avec des manifestations mais d'actions ponctuelles d'information (lâcher de ballons, tracts, etc) de la profession et au public", a précisé à l'AFP le porte-parole de la CNI...



#### Les Infirmières en grève

Après les médecins hospitaliers, c'est au tour des infirmières de protester contre la pénurie. Vendredi alors que se tient la Journée Internationale infirmière, elles manifestent à l'appel de la coordination nationale infirmière.

Au programme, des actions ponctuelles, lâchers de ballons, distribution de tracts pour informer le public et la profession avec un mot d'ordre "effectifs suffisants = vies sauvées"...



#### Infirmières : le métier change, pas le salaire

Les 460.000 infirmiers et infirmières françaises n'en ont peut-être pas tous "ras-le-bol", mais beaucoup expriment un certain épuisement. A l'hôpital d'Aix-en-Provence, la situation n'est pas pire qu'ailleurs, mais un constat s'impose : les infirmières, trop peu payées, se sentent de plus en plus déconsidérées. Certaines en ont vraiment "marre"...



PARIS (AFP) - 12/05/2006 14h20 - La coordination nationale infirmière (CNI) a lancé vendredi une journée d'actions pour stigmatiser la pénurie d'effectifs infirmiers dans les établissements de santé, à l'occasion de la Journée internationale infirmière le 12 mai.

A partir du mot d'ordre "effectifs suffisants = vies sauvées", la coordination nationale infirmière, qui dit représenter 5% des infirmières salariées du public comme du privé, entend "alerter les pouvoirs publics sur la pénurie infirmière constatée dans les établissements de santé".

Les infirmières ont distribué des tracts et procédé à des lâchers de ballons blancs -symbole des effectifs manquants-, et devaient rencontrer les directions des établissements hospitaliers et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), a précisé à l'AFP François Izard, le président de la CNI...



# Hôpital 2007

*Au sein de nos établissements, la mise en place de la réforme "Hôpital 2007", élaborée par Monsieur Mattéi alors Ministre de la Santé, se précise de plus en plus.*

## Où en sommes nous ?

L'Ordonnance du 2 mai 2005 a réglementé la mise en place de la réforme.

Concernant le Conseil Exécutif (Gouvernance), comme nous l'avons prévu, les Directeurs de Soins n'en font pas partie. En effet, une majorité des Directeurs n'ont pas choisi les Directeurs de Soins pour participer au Conseil Exécutif. Par conséquent 70% du personnel ne sera pas représenté dans l'instance décisionnaire de nos établissements.

Pour les Pôles, l'Ordonnance du 2 mai

2005 donne comme date butoir le 31 décembre 2006 pour leur mise en place, ce qui veut dire que d'ici la fin de l'année tous les établissements seront organisés en pôles. Le Pôle d'Activité Médicale (PAM) est constitué par le regroupement de services et d'unités fonctionnelles inspirées par le projet médical d'établissement et fait l'objet d'une allocation commune de ressources définie contractuellement.

Le PAM doit constituer un réel échelon de décision opérationnelle. À l'inverse le Service ne constitue plus une réelle entité administrative ni même un échelon de gestion décisionnel.

Chaque PAM sera géré par un Coordinateur de Pôle.

Le Coordinateur de Pôle est un médecin nommé par le Directeur et le Président de la CME. Il est issu d'une liste déposée au Ministère. Il met en œuvre la politique générale de l'Hôpital au sein du Pôle. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement dans le respect du rôle propre de chacun. Il est aidé par un Cadre administratif et un cadre soignant. Il gère l'enveloppe financière qui lui est dévolue en début d'année et doit aussi payer nos salaires. Nous devons garder la possibilité de

pouvoir changer de services sans avoir obligatoirement l'aval du Coordinateur de Pôle, sinon c'est le retour du mandarinat.

Dans chaque PAM doit être mis en place un Conseil de Pôle, composé des représentants de chaque catégorie professionnelle présente dans le Pôle, sachant que les médecins doivent avoir la moitié des postes. Ce conseil est élu et permettra soi-disant l'expression des personnels et toute proposition sur le fonctionnement du PAM. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ce conseil sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement.

On peut constater qu'une fois de plus le personnel majoritaire dans les services n'aura pas la majorité face aux médecins dans ces Conseils.

Ces pôles devront gérer leur budget sous la forme T2A. En fait, ils devront être rentables et prévoir leurs recettes en début d'année. Les recettes sont cal-



culées grâce au Groupe Homogène de Séjour (GHS), chaque séjour de patient correspond à une enveloppe budgétaire. Par conséquent nous allons être obligés de garder peu de temps les patients pour avoir beaucoup de GHS. La qualité des soins et le suivi du patient vont se dégrader. Comment vont fonctionner les services de médecine où les patients restent longtemps ?

La CNI n'était pas contre une réorganisation hospitalière qui permettrait

d'éviter les gaspillages, mais cette réforme ne nous convient pas. L'hôpital public est là pour soigner tout le monde et ne doit pas devenir une entreprise obsédée par la rentabilité et la productivité.

Que devient la reconnaissance de notre profession avec ce retour au mandarinat ?

**François IZARD**  
Président de la CNI ■

**La santé est au cœur de votre vie professionnelle,  
mais vous, avez-vous pensé à la vôtre ?  
La Coordination Nationale Infirmière vous présente ses partenaires  
et vous propose une plate-forme de garanties et de services**

**a. i. a. s**

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

**MIPS**

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

- **Responsabilité Civile Professionnelle**
- **Protection Juridique**
- **Action Sociale**

- **Complémentaire Santé**
- **Prévoyance**
- **Sports - Loisirs**

**Informations et renseignements :**

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

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



# Ordre Infirmier

## *Quelle est la volonté des professionnels ?*

*Ces derniers mois les discussions au sein des associations et syndicats infirmiers s'animaient autour de la création d'un Ordre Infirmier.*

*Ce débat est loin d'occuper l'esprit des infirmières de terrain, qui trop accaparées par leur travail quotidien ne trouvent pas de temps pour réfléchir sur la création d'une telle structure.*

**P**our autant cette question ne laisse pas indifférent et suscite un intérêt parmi les professionnels. Il reste à savoir si une majorité de professionnels soutient un tel projet et si la Profession dans son ensemble est prête à investir une structure ordinaire pour y développer son autonomie.

### **Les Infirmières veulent-elles d'un Ordre**

Si vous posez cette question aux infirmières, 92% d'entre elles vous répondent par l'affirmative, sans d'ailleurs qu'elles sachent vraiment ce que contient un ordre. À cette écrasante majorité s'oppose la réponse par la négative de l'ensemble des confédé-

rations syndicales (à l'exception de la CFE-CGC et du SNCH).

Nous pourrions nous contenter de ce sondage pour dire les infirmières veulent un ordre, donnons leur.

La CNI depuis plusieurs années participe avec d'autres professionnels à cette réflexion sur l'ordre. Certes les infirmières veulent un ordre, mais pourquoi, qu'attendent-elle d'une telle structure, savent-elles réellement ce que cela signifie ? Que mettent-elles dans un ordre ?

La réponse la plus fréquente se recentre autour d'une volonté de voir la Profession Infirmière mieux représentée au niveau national. Les infirmières dans leur grande majorité ne se reconnaissent pas dans les structures existantes. C'est surtout vrai pour les organisations syndicales traditionnelles et l'on peut légitimement s'offusquer de voir que celles-ci occupent une place prépondérante dans ce débat, alors qu'elles représentent dans la réalité si peu d'infirmières.

La CNI, syndicat professionnel rappelle à ce sujet que compte tenu des effectifs que chaque organisation affiche, aucune d'entre-elles ne s'occupe d'un monopôle dans la représentation des infirmières. C'est entre autres sur ce constat que la CNI a fait évoluer sa position par rapport à la création d'un ordre Infirmier, dans la mesure où son but premier est de rassembler les infirmières.

### **Pourquoi jusqu'alors a-t-on refusé aux 450.000 infirmières d'avoir un Ordre**

Alors que la Profession d'Infirmières constitue la plus grande cohorte parmi les professions para-médicale et médicale avec 450.000 professionnels en exercice, force est de constater que cette importance numérique ne se traduit pas en matière d'influence dans le paysage sanitaire français. Souvent à l'écart des grands événements sociaux historiques et des mouvements syndicaux traditionnels, les infirmières ont souvent subi les aléas des poli-

tiques de Santé successives, faute d'une puissance fédératrice. Pourtant le corps infirmier a su montrer à plusieurs reprises, sa capacité à se rassembler lors de mouvements infirmiers suffisamment forts pour faire entendre sa voix auprès des pouvoirs publics. La CNI, à l'origine des mouvements de 1988 et 1991 a pu mesurer la force de cet engagement infirmier qui s'est surtout attaché à défendre des professionnels.

Quant à la défense de la Profession, le corps infirmier bien que favorable à la création d'un ordre n'a jamais pris jusqu'alors l'initiative suffisamment consensuelle et forte pour concrétiser sa réalisation, d'autant qu'il a toujours trouvé l'opposition des organisations syndicales pour barrer cette voie.

En effet, les organisations syndicales traditionnelles attachées à leurs avantages ont toujours combattu la constitution d'un ordre infirmier, dans la mesure où à leurs yeux, ce rassemblement de toutes les infirmières deviendrait une force concurrente. Ce combat est d'autant plus tenace qu'ils savent que la majorité des infirmières ne se reconnaissent pas dans le modèle syndical.

### **Derrière les arguments des syndicats traditionnels, une seule stratégie... Empêcher le rassemblement de la Profession Infirmière**

Pour beaucoup d'infirmières chez qui la notion de corps est forte, un ordre pourrait concrétiser leur envie de rassemblement et de défense de la Profession. Avec seulement 4% d'infirmières syndiquées, il est évident que les syndicats traditionnels ne constituent pas le modèle attendu en matière de représentation de la Profession d'Infirmière.

Les confédérations qui n'ignorent pas ce déficit à leur égard, tentent par tous les moyens de repousser ce rassemblement. Pour preuve en 1988 alors que 100.000 infirmières manifestaient sous la banderole de la Coordination, ils ont empêché que celles-ci négocient avec

le Ministre. Plus tard, alors que la CNI se présentait aux élections professionnelles, ils ont fait changer le mode de scrutin pour que la CNI n'obtienne pas la représentativité nationale.

Cette stratégie s'appuie d'abord sur la crainte de voir leurs prérogatives limitées par la création d'un ordre ou une structure nationale infirmière. **Mais quand on étudie les missions des ordres et celles des syndicats on s'aperçoit que leur champ d'action est différent, voire complémentaire** (voir chapitre Rôle des syndicats et des ordres).

Bien évidemment dans cette crainte de la perte de pouvoir, les confédérations dressent une vision totalement négative des ordres avec des arguments très caricaturaux.

### **Ainsi, ils font le constat que historiquement, les ordres concernent essentiellement des professionnels qui exercent dans le libéral**

(médecins, kinésithérapeutes, sage-femmes...) et qu'à ce titre les infirmières occupant 86% du secteur salarié n'ont pas besoin d'ordre. Ainsi ils justifieraient de l'existence d'un ordre uniquement dans le secteur libéral.

Ce qui équivaut à dire que seuls les professionnels exerçant en libéral auraient à définir, concevoir et élaborer l'éthique professionnelle, Ils seraient également les seuls à y répondre. L'ordre serait donc bon pour l'infirmière libérale et mauvais pour l'infirmière salariée. L'argument semble bien juste, il révèle surtout l'envie de préserver un territoire d'influence le secteur public où les syndicats sont présents.

Par ailleurs ils mettent en avant l'existence du CSPPM (Conseil Supérieur des Professions Para-médicales) comme instance suffisante. Mais il est difficile de considérer ce CSPPM comme un organe représentatif et influent de la Profession car celui-ci n'a aucun pouvoir et Il sert uniquement de bureau d'enregistrement des textes proposés par le ministère. ●●●

D'autre part le mode de désignation des membres du CSPPM ne relève pas d'un processus démocratique. Les infirmières qui y siègent sont désignées par les syndicats traditionnels et les pouvoirs publics. À titre indicatif les représentants des ordres sont élus par les professionnels.

Proposer de conserver le CSPPM équivaut à prôner l'immobilisme et le conservatisme. Le plus étonnant et cocasse, c'est que dans le même temps, les syndicats traditionnels présentent les ordres comme ayant une image de replis et une vision conservatrice. Bref ne toucher pas à notre monopôle, surtout dans le domaine du conservatisme.

Quant à la cotisation obligatoire qui sera demandée, elle est normalement prévue pour apporter à la structure l'autonomie de gestion et l'indépendance, garantissant aux infirmières la liberté de penser, d'élaborer et de proposer.

Pour les confédérations, cette cotisation est ramenée à une taxe acquittée pour avoir le droit de travailler. Ils oublient de mentionner qu'eux-mêmes bénéficient de nombreuses subventions et avantages qui assurent la majeure partie de leur fonctionnement.

## **Une Structure Nationale pour que la Profession Infirmière prenne sa place dans la Politique de Santé Publique**

Pendant plusieurs années, la CNI a fait partie des opposants à l'ordre avec certains des arguments déjà évoqués. Cette opposition s'inscrivait surtout dans la forme à donner à une telle structure nationale infirmière. Elle refusait la mise en place d'une structure formatée par les pouvoirs publics uniquement orienté vers l'aspect réglementaire et répressif d'un ordre.

Depuis deux ans, notre réflexion a évolué notamment au contact d'autres associations et syndicats infirmiers mais elle a surtout évolué au regard des perspectives de Santé Publique où manifestement les infirmières se trouvent écartées des décisions. Pour

preuve la réforme dite Hôpital 2007 avec la nouvelle gouvernance où le corps infirmier se trouve exclu du Conseil exécutif des hôpitaux. Autre exemple, l'affaire des aides-opérateurs du secteur privé que les pouvoirs publics autorisent à exercer alors que l'exercice illégal de la profession d'infirmière est manifeste.

Parallèlement à ces constats, nous nous sommes engagés dans un travail d'élaboration d'un projet d'Ordre Infirmier avec des associations, des syndicats et des professionnels infirmiers. Pour la CNI, il s'agit de faire aboutir un projet qui dégage un certain consensus professionnel et qui soit novateur tout en respectant la pluralité de la profession.

Sur le texte lui-même, les organisations infirmières veulent un ordre où toutes les infirmières soient représentées en fonction des grades, des spécialités, des spécificités et des secteurs. La CNI a défendu l'idée de développer la notion de professionnels experts auprès des tribunaux. Une proposition de loi allant dans ce sens a été présentée par Jean-Luc PREEL au Parlement le 26 janvier dernier mais celle-ci n'a pas été votée par les députés qui voulaient favoriser une autre proposition.

Parallèlement le Ministre de la Santé M. Xavier BERTRAND a chargé M. Edouard COUTY d'une mission de concertation et de médiation concernant le projet de création d'un ordre infirmier.

Dans son rapport Edouard, COUTY prône la création simultanée d'une structure professionnelle pour les infirmiers et d'une structure interprofessionnelle (le Haut Conseil des Professions Paramédicales) qui entraînerait la suppression de l'actuel Conseil supérieur des professions paramédicales.

Depuis la remise du rapport de M. COUTY au Ministre de la Santé, une autre proposition de loi votée depuis a vu le jour. Celle-ci élaborée par les députés BRIIOT et MALLIE reprend les travaux du collectif dit ST Anne et des syndicats d'infirmières libérales. Ce projet se différencie du premier par

une structuration à 3 étages (départemental, régional, national) que les infirmiers libéraux justifient uniquement pour régler et valider les contrats entre professionnels. Instaurer un niveau départemental uniquement pour cette motivation, nous semble exagéré, ce type de problème ne nécessite pas la permanence d'une structure, une antenne réunie 1 à 2 fois par semaine devrait suffire. L'exercice libéral représentant que 15% des professionnels, il nous paraît cohérent de construire une structure qui s'appuie sur les besoins de la majorité des professionnels, c'est-à-dire les infirmières salariées.

## **Un engagement pour un projet novateur et consensuel**

La CNI qui s'est engagée dans ce processus de création d'une structure infirmière a soutenu ce projet jusqu'à sa concrétisation légale le 13 juin dernier. Toutefois elle tient à faire savoir qu'elle s'écartera de toute structure qui au final ne serait pas le reflet d'un consensus professionnel. Elle dénonce par avance toute tentative de mise en place d'un projet partisan, voire politique qui viserait à privilégier certains professionnels au détriment d'autres.

L'ordre infirmier où la Structure Nationale Infirmière doit être un organe géré par les infirmières au service des infirmières. Il ne serait être un instrument de pouvoirs pour quelques infirmières. Aux infirmiers et aux infirmières de s'emparer de cet outil pour le façonner à leur idée.

## **Nature juridique des Ordres**

### **La personnalité morale**

L'ordre par lui-même n'a pas d'existence juridique, seuls les Conseils de l'ordre sont dotés de la personnalité civile (art L.457 et L.546 du CSP). Ils constituent des centres autonomes d'activité juridique leur permettant d'ester en justice, de contracter, d'accepter des dons et legs, d'acquérir, ou aliéner des biens meubles et immeubles. Ils sont civilement responsables de leurs actes. ●●●

*"Si c'est bien pour moi,  
c'est bien pour vous."*

**BAISSE DES TARIFS  
D'ASSURANCE AUTO**

DE **- 4%**

À **- 15%**

Pour une Citroën C4 essence 2L 16V exclusive,  
votre assurance tous risques  
ne vous coûte que 24€ par mois à Strasbourg\*

APPELEZ LE 0820 809 809 (0,12 TTC/mn)  
ou tapez [www.gmf.fr](http://www.gmf.fr)



1<sup>er</sup> ASSUREUR DES AGENTS DES SERVICES PUBLICS

\* Cotisation mensuelle TTC «Duxio Eco» au 01/04/2006. Tarif pour un conducteur fonctionnaire âgé de 40 ans suivant l'usage privé-trajet/travail-administratif avec bonus de 50%, 5% de réduction mutualiste et sans sinistre au cours des 36 derniers mois. Hors garantie conducteur, avec garage, avec franchise. Frais de mensualisation de 2,29 € TTC par mois en sus. Pour un 1<sup>er</sup> contrat à la GMF, le droit d'entrée est de 1,52 € TTC.

La Garantie Mutuelle des Fonctionnaires et employés de l'Etat et des services publics et assimilés. Société d'assurance mutuelle. GMF Assurances - Société anonyme au capital de 181 385 440 € entièrement versé. RCS Paris B398 972 901 - APE 660E. Entreprises régies par le Code des assurances. Sièges sociaux : 76 rue de Prony 75857 Paris cedex 17.

## Ordres et Syndicats

*L'opposition des syndicats traditionnels à la création d'une structure ordinaire s'appuie sur la peur de voir une partie de leurs prérogatives attribuées à un ordre infirmier. Cette crainte n'est pas justifiée car le champ d'action d'un ordre est différent de celui du syndicat.*

*Vous pouvez constater dans le tableau ci-dessous que les missions des uns et des autres sont distinctes. Toutefois rien n'empêche un syndicat de parler éthique, déontologie ou formation professionnelle même si ces thèmes sont dévolus à l'ordre.*

ORDRE	SYNDICAT
Conception, rédaction et mise à jour du code de déontologie	Défense du professionnel dans son exercice : condition de travail, salaire, statut...
Régulation démographique	Force d'expression et de pression, porte-parole des revendications et mécontentements des professionnels (utilisation du droit de grève, négociations...)
Organisation, évolution et adaptation de la formation initiale et continue	Information des professionnels sur les textes réglementant les modes organisationnels des établissements de santé
Rôle disciplinaire s'appuyant sur le code et les références de bonnes pratiques	Diffusion des informations concernant l'évolution des conditions de travail
Élaboration du référentiel métier et du référentiel des compétences	Négociation et signature des conventions
Rôle d'audits et de recommandations	Établissement de liens et rencontres avec les autres syndicats (pluri-catégoriels)
Réglementation des modalités d'accès à l'exercice professionnel.	Réflexions et avis sur les orientations de la politique de santé
Les pouvoirs publics le consultent sur les orientations de la politique de santé	Informations auprès des professionnels
Il statue sur tout projet relatif à la nature de l'exercice professionnel	Organisation et participation à des manifestations communes
Il assure l'indépendance de la profession	

### Les organisations pour l'ordre ou une Structure Nationale Infirmière

**Associations Infirmières :** AEEIBO, AFET, AFIDTN, APPI, APOIIF, AFDS, ANFIIDE, ANPDE, CEEIADE, CEFIEC, CEFI, FNESI, GERAFAS, GIPSI, UNAIBODE, UNASIIF, REPSA.

**Syndicats Infirmiers :** Coordination Nationale Infirmière, Convergence Infirmière, FNI, ONSIL, SNIIL, SNPI-CFE-CGC.

**Syndicat :** SNCH.

### Les organisations contre l'ordre et pour le maintien du CSPPM

**Confédérations syndicales :** CFTD, CFTC, CGT, FO, SUD, UNSA.

### Les conseils sont des personnes morales de droit privé

Le Conseil d'État tout en reconnaissant que les Conseils de l'ordre concourent au fonctionnement d'un service public (l'organisation et le contrôle de l'exercice d'une profession) ils ne sont pas des établissements publics. Les Conseils de l'ordre disposent de **prérogatives de puissance publique** en particulier du pouvoir de prélever

des cotisations obligatoires sur les membres de l'ordre. La décision des conseils nationaux fixant le montant est un acte administratif dont le juge administratif peut apprécier la légalité.

### Structure des Ordres

Bien que tous les ordres ne sont pas structurés de la même façon, leur organisation interne s'appuie sur des principes communs de type pyramidal.

Classiquement ils se déclinent en Conseils départementaux et régionaux et un Conseil national. Toutefois certains sont **organisés en diverses sections** permettant la représentation de différents exercices (Ex le Conseil de l'ordre des Pharmaciens).

### Attributions des Ordres

#### • Attributions à portée générale

Les ordres collaborent à l'édition de

règles relatives à l'exercice de la profession.

Ils disposent d'un pouvoir réglementaire accordé par la loi. L'étendue de ce pouvoir est appréciée par le juge. Le Conseil national prépare le code de déontologie de la profession qui est pris par décret en Conseil d'État. Les ordres sont amenés à prendre position sur les problèmes de la profession (ex euthanasie, secret médical, réforme de la profession, etc...). Ils peuvent faire des recommandations ou étudier des questions soulevées par les ministres.

Ils créent ou soutiennent les œuvres d'entraide, d'assistance et de retraite de la profession.

• **Attribution à portée individuelle**

Chaque professionnel doit être inscrit au tableau de l'ordre avec bien sur des conditions d'inscription (nationalité ou membre de la Communauté Européenne, diplôme, garanties de moralité et d'indépendance).

Toute non-inscription constituerait un délit d'exercice illégal.

Les ordres reconnaissent les titres, fonctions, qualifications ou spécialités dont peuvent se prévaloir les membres de la profession. Ils ont droit de regard sur les contrats relatifs à l'exercice de la profession. Ils interviennent dans les différents professionnels.

Ils peuvent prononcer des suspensions temporaires du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice.

La responsabilité des conseils de l'ordre peut être engagée en cas de fautes dans l'exercice de leurs attributions.

• **Attributions disciplinaires**

Les ordres constituent une juridiction administrative indépendante de toute autre poursuite. L'action disciplinaire des ordres ne fait pas obstacle aux poursuites du ministère public ou des particuliers, des actions civiles ou des actions disciplinaires des administrations. Le Conseil régional constitue la juridiction de première instance, alors que le Conseil national rend l'appel possible. Un ultime recours en cassation étant envisageable devant le Conseil d'État.

Pierre BERTAUD  
CNI Poitiers ■

## Petite Loi

(soumise au Sénat en octobre 2006)

### Proposition de loi adoptée par l'Assemblée Nationale en première lecture portant création d'un Ordre national des Infirmiers

L'Assemblée nationale a adopté la proposition de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 2996 et 3009.

#### Article 1<sup>er</sup>

Le chapitre II du titre Ier du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Chapitre II

« Organisation de la profession et règles professionnelles

« Section 1

« Ordre national des infirmiers

« Art. L. 4312-1. - Il est institué un ordre national des infirmiers groupant obligatoirement tous les infirmiers habilités à exercer leur profession en France, à l'exception de ceux relevant du service de santé des armées.

« L'ordre national des infirmiers veille au

maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le code de déontologie de la profession d'infirmier.

« Un code de déontologie, préparé par le conseil national de l'ordre des infirmiers, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État. Les dispositions de ce code concernent notamment les droits et devoirs déontologiques et éthiques des infirmiers dans leurs rapports avec les membres de la





profession, avec les patients et avec les membres des autres professions de la santé. Les dispositions de l'article L. 4398-1 ne sont pas applicables aux infirmiers.

« **Art. L. 4312-2.** - L'ordre national des infirmiers assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession d'infirmier. Il en assure la promotion.

« Il peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

« Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé, concernant en particulier l'exercice de la profession. Pour ce faire, il peut consulter notamment les associations professionnelles, les syndicats, les associations d'étudiants en soins infirmiers et toute association agréée d'usagers du système de santé.

« En coordination avec la Haute autorité de santé, il participe à la diffusion des règles de bonnes pratiques en soins infirmiers auprès des professionnels et organise l'évaluation de ces pratiques.

« Il participe au suivi de la démographie de la profession d'infirmier, à la production de données statistiques homogènes et étudie l'évolution prospective des effectifs de la profession au regard des besoins de santé.

« Il accomplit ses missions par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du conseil national de l'ordre.

## « Section 2 « Conseils départementaux

« **Art. L. 4312-3.** - I. - Le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, placé sous le contrôle du conseil national, remplit, sur le plan départemental, les missions définies à l'article L. 4312-2. Il assure notamment les fonctions de représentation de la profession dans le département ainsi qu'une mission de conciliation en cas de litige entre un patient et un professionnel ou entre professionnels.

« II. - Le conseil départemental est composé de membres titulaires et d'un nombre égal de membres suppléants. Ces représentants sont élus au suffrage direct par scrutin uninominal, pour une durée de quatre ans, avec renouvellement de la moitié des élus tous les deux ans,

comme suit :

« - les représentants des infirmiers relevant du secteur public sont élus par les infirmiers inscrits au tableau, remplissant les conditions fixées par l'article L. 4123-5 et relevant du secteur public ;

« - les représentants des infirmiers salariés du secteur privé sont élus par les infirmiers inscrits au tableau, remplissant les conditions fixées par l'article L. 4123-5 et salariés du secteur privé ;

« - les représentants des infirmiers exerçant à titre libéral sont élus par les infirmiers inscrits au tableau, remplissant les conditions fixées par l'article L. 4123-5 et exerçant à titre libéral.

« Le conseil départemental élit en son sein son président tous les deux ans après renouvellement de la moitié du conseil.

« Le nombre des membres de chaque conseil départemental est fixé par voie réglementaire compte tenu du nombre d'infirmiers inscrits au dernier tableau publié. Aucune des trois catégories de représentants susmentionnées ne peut cependant détenir à elle seule la majorité absolue des sièges au sein du conseil départemental.

« Les infirmiers inscrits au tableau de l'ordre, appelés à élire les membres du conseil départemental ou à procéder au remplacement des membres du conseil dont le mandat vient à expiration, sont convoqués par les soins du président du conseil départemental en exercice et, en cas d'empêchement, par les soins du conseil national de l'ordre, les frais restant à la charge du conseil départemental intéressé.

« Une convocation individuelle est adressée, à cet effet, à tous les infirmiers du département et inscrits au tableau de l'ordre, au moins deux mois avant la date fixée pour les élections. Le vote s'effectue sur place, par correspondance ou par voie électronique.

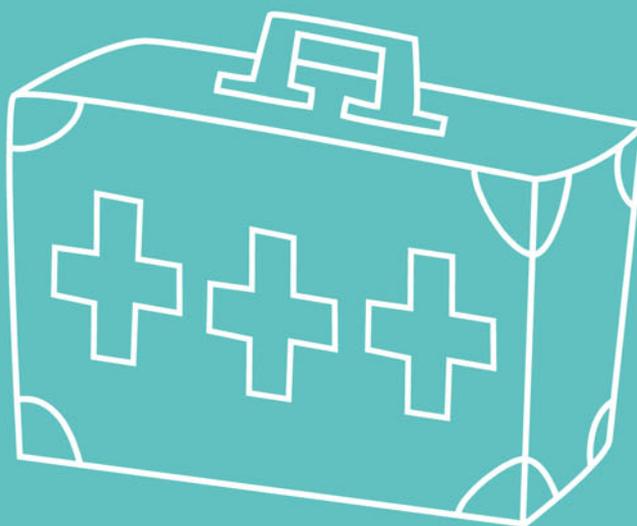
« III. - Les dispositions des articles L. 4123-1 et L. 4123-2, L. 4123-5, L. 4123-7, L. 4123-10 à L. 4123-12 et L. 4123-15 à L. 4123-17 sont applicables aux infirmiers dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« **Art. L. 4312-4.** - Les conseils départementaux de l'ordre des infirmiers peuvent tenir séance avec les conseils départementaux des autres ordres ●●●



fig. 29 - **VOUS ÊTES INFIRMIÈRE. POUR LE REMBOURSEMENT DE VOS PROPRES SOINS ET DE CEUX DE VOS PROCHES, LA MACSF A TOUT PRÉVU... PLUTÔT 3 FOIS QU'UNE.**

**Votre Complémentaire Santé  
à partir de 20 €/mois\***



\* Tarif 2006 pour un contrat MACSF Santé Responsable générique souscrit par un(e) célibataire professionnel(le) de Santé de 28 ans.

Avec les 3 formules Complémentaire Santé Responsable, MACSF assurances vous permet de bénéficier des meilleures garanties en matière de complémentaire santé. Ces contrats incluent également de nombreux services innovants... et toujours au prix le plus juste, esprit mutualiste oblige ! Pour connaître le coût exact d'une parfaite protection Santé pour vous et vos proches, contactez-nous au : [www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)

**0 810 40 80 20**  
Prix appel local depuis un poste fixe

**Ceux qui se consacrent  
à la santé des autres ont besoin  
que l'on se consacre à eux.**

  
**MACSF  
groupe**



professionnels pour l'examen de questions communes.

### « Section 3 « Conseils régionaux

« Art. L. 4312-5. - I. - Le conseil régional, placé sous le contrôle du conseil national, remplit, sur le plan régional, les missions définies à l'article L. 4312-2. Il assure notamment les fonctions de représentation de la profession dans la région ainsi que la coordination des conseils départementaux.

« Il étudie les projets, propositions ou demandes d'avis qui lui sont soumis notamment par les instances compétentes en matière de santé sur le plan régional. Il est consulté sur le plan institué par l'article L. 214-13 du code de l'éducation avant l'approbation de ce plan par le conseil régional intéressé.

« Il peut décider la suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité du professionnel ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de sa profession. Le conseil peut, en ce cas, se réunir en formation restreinte.

« Les délibérations du conseil régional ne sont pas publiques.

« II. - Les décisions des conseils régionaux en matière d'inscription au tableau et de suspension temporaire du droit d'exercer en cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national.

« III. - Le conseil régional est composé de membres titulaires et d'un nombre égal de membres suppléants. Ces représentants sont élus au suffrage direct par scrutin uninominal, pour une durée de quatre ans, avec renouvellement de la moitié des élus tous les deux ans, comme suit :

« - les représentants régionaux des infirmiers relevant du secteur public sont élus par les représentants départementaux des infirmiers relevant du secteur public ;

« - les représentants régionaux des infirmiers salariés du secteur privé sont élus par les représentants départementaux des salariés du secteur privé ;

« - les représentants régionaux des infirmiers exerçant à titre libéral sont élus

par les représentants départementaux des infirmiers exerçant à titre libéral.

« Le conseil régional élit en son sein son président tous les deux ans après renouvellement de la moitié du conseil.

« Un décret fixe le nombre des membres de chaque conseil régional, compte tenu du nombre d'infirmiers inscrits au dernier tableau publié. Aucune des trois catégories de représentants susmentionnées ne peut cependant détenir à elle seule la majorité absolue des sièges au sein du conseil régional.

« Lorsque les membres d'un conseil régional mettent celui-ci dans l'impossibilité de fonctionner, le représentant de l'État dans la région, sur proposition du conseil national de l'ordre, peut, par arrêté, prononcer la dissolution du conseil régional. Il nomme dans ce cas une délégation de trois à cinq membres suivant l'importance numérique du conseil dissous. Jusqu'à l'élection d'un nouveau conseil organisée sans délai, cette délégation assure la gestion des affaires courantes ainsi que les fonctions attribuées au conseil.

« En cas de démission de tous les membres du conseil, une délégation assurant les fonctions précitées est nommée dans les mêmes conditions.

« En cas de démission de la majorité des membres de cette délégation, celle-ci est dissoute de plein droit et, jusqu'à l'entrée en fonction du nouveau conseil, ses fonctions sont exercées par le conseil national.

« IV. - Le conseil régional comprend une chambre disciplinaire de première instance, présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'État.

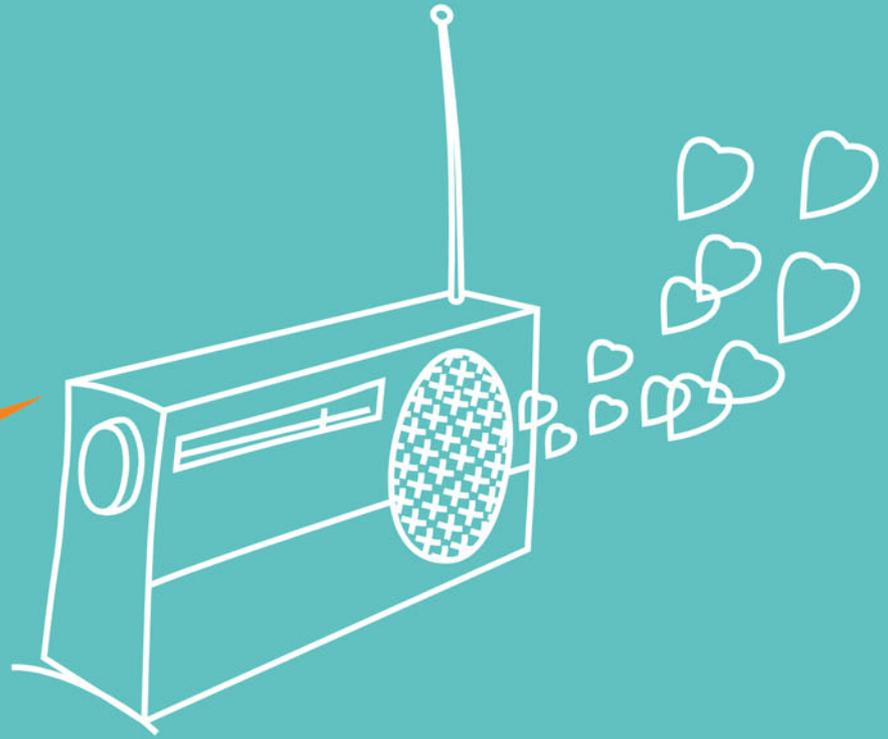
« La chambre disciplinaire de première instance est composée de membres élus en son sein par le conseil régional et dont le nombre est fixé par voie réglementaire en fonction des effectifs d'infirmiers inscrits au dernier tableau publié dans la région. Un ou des suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

« La chambre disciplinaire n'est pas compétente pour connaître des plaintes au titre d'une activité salariée. Toutefois, l'employeur informe le président du conseil national de l'ordre de toute sanction disciplinaire prononcée à l'encontre d'un infirmier en raison d'une faute ●●●



RAD. SOIG. 2006 australie - MACSF assurances - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse Postale: 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX - SIREN n° 775 665 631.

**Paroles  
au Cœur.**



# La **MACSF** donne la parole à tous ceux qui font battre le cœur de la santé.

Infirmières, aides-soignantes, rééducateurs...  
tous ceux qui travaillent en milieu hospitalier vous  
livrent leurs témoignages. Des paroles vivantes,  
parfois drôles, parfois tristes, toujours émouvantes.

**A écouter sur :**



à partir du 5 Juin

Lundi, mardi: 7h16 et 17h34

Lundi, mardi: 6h50, 13h34 et 17h19

Et retrouvez l'ensemble de vos témoignages sur:  
[www.macsf.fr](http://www.macsf.fr)

Ceux qui se consacrent  
à la santé des autres ont besoin  
que l'on se consacre à eux.



professionnelle, sous dix jours et par voie écrite.

« Les dispositions des articles L. 4124-1 à L. 4124-8, du premier alinéa de l'article L. 4124-9, du premier alinéa de l'article L. 4124-10, du premier alinéa de l'article L. 4124-12, de l'article L. 4124-13 et du premier alinéa de l'article L. 4124-14 sont applicables aux infirmiers dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

« **Art. L. 4312-6.** - Les conseils régionaux de l'ordre des infirmiers peuvent tenir séance avec les conseils régionaux ou interrégionaux des autres ordres professionnels pour l'examen des questions communes aux professions intéressées.

## « Section 4 « Conseil national

« **Art. L. 4312-7.** - I. - Le conseil national de l'ordre remplit sur le plan national les missions définies à l'article L. 4312-2. Il élabore le code de déontologie. Il veille notamment à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par ce code. Il étudie les questions ou projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé.

« Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession d'infirmier, y compris en cas de menaces ou de violences commises en raison de l'appartenance à cette profession.

« Le conseil national est assisté par un membre du Conseil d'État ayant au moins le rang de conseiller d'État et avec voix délibérative, nommé par le ministre de la justice ; un ou plusieurs suppléants sont désignés dans les mêmes conditions.

« Les délibérations du conseil national ne sont pas publiques.

« II. - Le conseil national fixe le montant unique de la cotisation versée à l'ordre par toute personne inscrite au tableau.

« Il répartit le produit de cette cotisation, entre les conseils en fonction de leur charge, en précisant la part consacrée au fonctionnement des chambres disciplinaires.

« La cotisation est obligatoire.  
« Le conseil national gère les biens de

l'ordre et peut créer ou subventionner des œuvres intéressant la profession d'infirmier ainsi que des œuvres d'entraide.

« Il contrôle la gestion des conseils régionaux ainsi que départementaux, lesquels doivent notamment l'informer préalablement de la création et lui rendre compte de la gestion de tous les organismes dépendant de ces conseils.

« III. - Le conseil national est composé de membres titulaires et d'un nombre égal de membres suppléants. Ces représentants sont élus au suffrage direct par scrutin uninominal, pour une durée de quatre ans, avec renouvellement de la moitié des élus tous les deux ans, comme suit :

« - les représentants nationaux des infirmiers relevant du secteur public sont élus par les représentants régionaux des infirmiers relevant du secteur public ;

« - les représentants nationaux des infirmiers salariés du secteur privé sont élus par les représentants régionaux des salariés du secteur privé ;

« - les représentants nationaux des infirmiers exerçant à titre libéral sont élus par les représentants régionaux des infirmiers exerçant à titre libéral.

« Le conseil national élit en son sein son président tous les deux ans après renouvellement de la moitié du conseil.

« Un décret en Conseil d'État fixe le nombre des membres du conseil national, compte tenu du nombre d'infirmiers inscrits au dernier tableau publié. Aucune des trois catégories de représentants susmentionnées ne peut cependant détenir à elle seule la majorité absolue des sièges au sein du conseil national.

« Lorsque les membres du conseil national mettent celui-ci dans l'impossibilité de fonctionner, sa dissolution est prononcée par décret pris sur la proposition du ministre chargé de la santé.

« En cas de dissolution du conseil national ou en cas de démission de tous ses membres, le ministre chargé de la santé nomme une délégation de cinq membres. Cette délégation organise l'élection d'un nouveau conseil sans délai. Elle règle les affaires courantes, assure les fonctions qui sont attribuées au conseil et statue sur les recours contre les décisions des conseils régionaux en application

du code de déontologie.

« IV. - Le conseil national comprend en son sein une chambre disciplinaire nationale, qui connaît en appel des décisions rendues par les chambres disciplinaires de première instance. Les dispositions de l'article L. 4122-3 sont applicables aux infirmiers.

« V. - Les dispositions de l'article L. 4132-6 relatives à la commission de contrôle des comptes et placements financiers sont applicables au conseil national de l'ordre des infirmiers.

« **Art. L. 4312-8.** - Le conseil national de l'ordre des infirmiers peut tenir séance avec les conseils nationaux des autres ordres professionnels pour l'examen des questions communes aux professions intéressées.

## « Section 5 « Dispositions communes

« Art. L. 4312-9. - Les dispositions des articles L. 4125-1 à L. 4125-3, L. 4125-5 et L. 4126-1 à L. 4126-6 sont applicables à la profession d'infirmier dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

## Article 2

I. - Les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 4311-15 du code de la santé publique sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'a pas satisfait à l'obligation prévue au premier alinéa et s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers. Toutefois, l'infirmier n'ayant pas de résidence professionnelle peut être autorisé par le conseil départemental de l'ordre des infirmiers, et pour une durée limitée, renouvelable dans les mêmes conditions, à remplacer un infirmier. Le représentant de l'État dans le département ainsi que le parquet du tribunal de grande instance ont un droit d'accès permanent au tableau du conseil départemental de l'ordre et peuvent en obtenir copie. La liste des professionnels inscrits à ce tableau est portée à la connaissance du public dans des conditions fixées par décret. »

II. - L'article L. 4311-16 du même code est ainsi rédigé :

« **Art. L. 4311-16.** - Le conseil départemental de l'ordre des infirmiers ●●●

# Le salon infirmier 2006

Le professionnalisme  
au service de tous

**24-25-26 octobre**

Hall 7/1 > Paris-Expo  
Porte de Versailles

Sous le haut patronage du Ministère de la Santé  
et des Solidarités



Wolters Kluwer  
France

**Infirmière,**  
profession indispensable  
à la réussite de la politique  
de Santé

**Horaires d'ouverture 9 h - 19 h**  
**70 conférences et ateliers techniques**  
**220 exposants**

**Groupe LIAISONS S.A.**

1 rue Eugène et Armand Peugeot

Case postale 817

92856 Rueil-malmaison cedex

site internet : [www.espaceinfirmier.com](http://www.espaceinfirmier.com)

Tél. : 01 76 73 34 32

Fax : 01 76 73 48 58

E-mail : [saloninfirmier.formations@groupeliaisons.fr](mailto:saloninfirmier.formations@groupeliaisons.fr)

refuse l'inscription au tableau de l'ordre si le demandeur ne remplit pas les conditions légales exigées pour l'exercice de la profession, s'il est frappé d'une interdiction temporaire ou définitive d'exercer la profession en France ou à l'étranger, ou s'il est frappé d'une suspension prononcée en application des articles L. 4311-26, L. 4393-1 ou L. 4398-3. »

## Article 3

I. - L'article L. 4311-17 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, les mots : « sur la liste départementale » sont remplacés par les mots : « au tableau » ;

2° Dans la dernière phrase, après les mots : « de l'intéressé », sont insérés les mots : « ou du conseil départemental de l'ordre ».

II. - L'article L. 4311-18 du même code est ainsi rédigé :

« **Art. L. 4311-18.** - S'il apparaît que le demandeur est atteint d'une infirmité ou se trouve dans un état pathologique qui rend dangereux l'exercice de sa profession, le conseil départemental de l'ordre des infirmiers refuse l'inscription au tableau. En cas de doute, une vérification peut être effectuée, à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé, par le médecin inspecteur départemental de santé publique. »

## Article 4

Le titre IX du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans l'intitulé du chapitre 1<sup>er</sup>, les mots : « d'infirmier, » sont remplacés par le mot : « de » ;

2° Dans la première phrase de l'article L. 4391-1, les mots : « d'infirmier, » sont remplacés par le mot : « de » ;

3° Dans le second alinéa de l'article L. 4393-6, le mot : « infirmiers, » est supprimé ;

4° Dans le second alinéa de l'article L. 4393-8, le mot : « infirmiers, » est supprimé.

## Article 5

I. - Les articles L. 4311-24 et L. 4311-25 du

code de la santé publique sont abrogés.

II. - L'article L. 4311-28 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4311-28. - Les dispositions des articles L. 4112-3 à L. 4112-6, L. 4113-3, L. 4113-5, L. 4113-6 et L. 4113-9 à L. 4113-14 sont applicables aux infirmiers dans des conditions précisées par voie réglementaire. »

## Article 6

I. - L'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « à l'exception de ceux relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et des infirmiers » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des infirmiers à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers dite "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance", et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des infirmiers dite "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers" ». »

II. - Dans le premier alinéa de l'article L. 145-5-2 du même code, après les mots : « conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « , par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers ».

III. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 145-5-3 du même code, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

IV. - Dans l'article L. 145-5-4 du même code, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

V. - Dans l'article L. 145-5-5 du même code, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

VI. - L'article L. 145-7-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le quatrième alinéa, après les mots : « de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers » ;

2° Dans le cinquième alinéa, après les mots : « de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

VII. - L'article L. 145-7-2 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers » ;

2° Dans la deuxième phrase du premier alinéa, après les mots : « ou membres de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers » ;

3° Dans le deuxième alinéa, après les mots : « de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

VIII. - Dans l'article L. 145-7-3 du même code, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

IX. - Dans l'article L. 145-9-1 du même code, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et de l'ordre des infirmiers ».

X. - Dans l'article L. 145-9-2 du même code, après les mots : « du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes », sont insérés les mots : « et le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers ».

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 13 juin 2006.*

Le Président,  
**Jean-Louis DEBRÉ** ■

# VAE

## Position de la CNI sur les dossiers VAE et LMD

La CNI s'interroge sur la réelle volonté ministérielle à mettre en place la réforme permettant aux études infirmières d'intégrer la filière universitaire européenne LMD (Licence/Master/Doctorat). Depuis plusieurs mois, la démarche entreprise par le ministère de la santé de réunir le groupe de travail sur le LMD s'est arrêtée.

Doit-on y voir un changement de position alors que le calendrier des rencontres des groupes de travail sur la mise en place de la démarche VAE pour les IDE et IBODE mené par la DHOS et la DGS est bien rempli ?

Si l'on peut envisager mener ces deux réflexions de manière parallèle, il est inconcevable d'organiser une VAE d'accès à une formation diplômante sans en avoir préalablement défini le diplôme.

Si le texte de loi relatif à la VAE (Validation des Acquis et de l'Expérience) est une chance pour les Français d'accès à une certification professionnelle par un autre biais que les études, la CNI pense que le gouvernement ne doit pas se l'approprier pour pallier un manque d'effectif réel dans les métiers de la santé en l'occurrence ici pour la profession infirmière.

La VAE ne doit pas être un pansement à l'hémorragie infirmière.

Qu'en est-il de la Licence infirmière annoncée aux professionnels par M. Xavier BERTRAND sur le salon infirmier 2005 ? Une belle parole de plus pour faire avaler la VAE et le transfert de tâche ?

La Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel dont les adhérents sont tous issus de la filière infirmière, exige la mise en place, en priorité, de la filière universitaire LMD et affirme que la VAE peut attendre.

Bureau national ■

## Une Coordination sur Paris

<http://cni75.over-blog.com/>



Mardi 13 Juin 2006

### OUI à l'Ordre Infirmier Français ! Enfin !

C'est donc aujourd'hui 13 Juin 2006 que nos députés ont enfin voté OUI à la proposition de loi pour la création d'un Ordre Infirmier Français. Quelques détails ont été amendés. Par contre, les 3 niveaux qui nous généralisent ont été maintenus. Toutefois, il reste à passer le cap du Sénat. Le Ministre a spécifié qu'il souhaitait voir se mettre en place le Conseil de l'Ordre à l'automne 2006.

un premier pas significatif donc...

Voici un extrait de la discussion:

[http://www.assemblee-nationale.fr/12/cra/2005-2006/240.asp#P434\\_103491](http://www.assemblee-nationale.fr/12/cra/2005-2006/240.asp#P434_103491)

Lundi 12 Juin 2006

### ORDRE de l'UMP

La proposition de loi pour la création d'un ordre infirmier français version UMP sera présentée demain à l'Assemblée Nationale! Il s'agit de la proposition de loi des députés Mallié et Briot et nous pensons que cette fois sera la bonne puisqu'ils ont leur majorité avec eux.

Quelques restrictions à ce projet selon nous ( nous en avons parlé précédemment) mais pourvu que cela passe quand même. Nous verrons plus tard pour des éventuels changements au Sénat. La mise en route du Conseil de l'Ordre étant prévue pour fin décembre.

## Coordination Nationale Infirmière Necker

CNI NECKER

149, rue de Sèvres

Hôpital Necker - Enfants Malades

75015 PARIS

Tél. : 06 12 38 76 23 - 06 14 18 23 64

Email: [cni\\_paris@yahoo.fr](mailto:cni_paris@yahoo.fr)

Site : <http://cni75.over-blog.com/>

LE BUREAU :

Julie Gadet (Présidente)

Caroline Eneman (Présidente adjointe)

Jean-Baptiste Moinon (Secrétaire)

Marie Fréguin (Secrétaire adjointe)

Laure Bidault (Trésorière)

Marine Guibert (Trésorière adjointe)

Directeurs, Cadres, IDE, Iade, Ibode, Puéricultrices, IDE Libérales, Etudiants, rejoignez-nous ?

PARTICIPEZ et aidez-nous !



# Gardes et Astreintes

*On a l'habitude d'appeler "garde", ce qui est en réalité une permanence : être à disposition de son employeur sur son lieu de travail.*

*Pour 24 heures passées à l'hôpital, aucun texte de loi ne fixait la durée décomptée du travail.*

*Cette durée décomptée allait de 8 heures à 24 heures selon les accords locaux, et les habitudes de chaque établissement.*

**L**a fréquence de ces permanences était fixée par décret du 06 octobre 1982, "une nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois".

Seule la rémunération était réglementée (50% du taux horaire normal de l'agent).

Les astreintes qui n'avaient aucune existence réglementaire, consistaient à être à disposition de l'employeur en dehors de son lieu de travail.

De nombreuses catégories de personnels étaient concernées, infirmières, infirmières spécialisées, radio, labo, services techniques...

Les modalités de fonctionnement étaient très hétéroclites.

## Permanence

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail mettait un terme à l'existence des permanences, l'amplitude horaire de la journée ne pouvant dépasser 12 heures, suivie de 12 heures de repos.

En l'absence de concertation avec les personnels hospitaliers assurant des permanences, on s'aperçut assez rapidement que l'application complète du décret ne permettait plus à de nombreux plateaux techniques de fonctionner normalement.

La circulaire du 18 avril 2002 rétablissait les permanences jusqu'au 31 décembre 2005 dans les établissements où elles étaient déjà en place :

### 2.12 PERMANENCES DANS LES ÉTABLISSEMENTS RELEVANT DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 sont autorisés, après avis du comité technique d'établissement (ou du CTP), sauf dispositions contenues dans le protocole d'accord local qui y mettraient fin, à maintenir à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2005, l'organisation des permanences dans l'établissement. Ce maintien doit recevoir l'accord de l'ARH ou de la DDASS.

Ce maintien transitoire est possible uniquement pour les postes sur lesquels des personnels effectuaient jusqu'au 31 décembre 2001 des permanences organisées dans l'établissement. Les établissements sont invités à réexaminer les organisations ainsi maintenues avant le terme de cette période transitoire).

Par lettre du 14 décembre 2005, le ministre de la santé Xavier Bertrand, autorisait la prolongation des permanences (cette lettre fait office de réglementation provisoire).

**Retour à la case départ, pas de nouvelles dates fixées, nous attendons la suite... Et une véritable concertation...**

## Astreinte

Par décrets du 4 janvier 2002 et du 11 juin 2003, les astreintes ont une existence légale :

### Définition

Article 20 du décret du 4 janvier 2002

*“Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif”.*

### Rémunération

Le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 stipule :

#### Article 1

*“Le temps passé en astreinte dans les conditions prévues par le titre II du décret du 4 janvier 2002 susvisé donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation. La compensation horaire correspond au quart de la durée totale de la durée d'astreinte à domicile”.*

Cela correspond à un quart du traitement indiciaire brut annuel de l'agent, indemnité de résidence comprise, le tout divisé par 1820.

Le temps passé en travail effectif lors de cette astreinte donne lieu à une indemnisation en heures supplémentaires, tout en conservant la compensation liée à l'astreinte... Ces modalités de recours sont fixées par le chef d'établissement après avis du CTE ou CTP.

Sous certaines conditions, le taux de l'heure d'astreinte peut être porté à 1/3 du taux horaire de l'agent.

### Durée

Article 23 du décret du 4 janvier 2002

*“Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois.*

La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours. Cette limite est portée à 120 heures pour les services organisant les activités de prélèvement et de transplantation d'organes”.

## Liste des agents en astreinte

Arrêté interministériel du 24 avril 2002

*“fixant la liste des corps, grades ou emplois autorisés à réaliser des astreintes dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière”.*

Cette liste très détaillée est particulièrement longue, nous laissons à chacun le soin de consulter cet arrêté.

## Nos interrogations Pistes de travail et propositions

La lecture des différents textes légiférant les astreintes amène plusieurs interrogations :

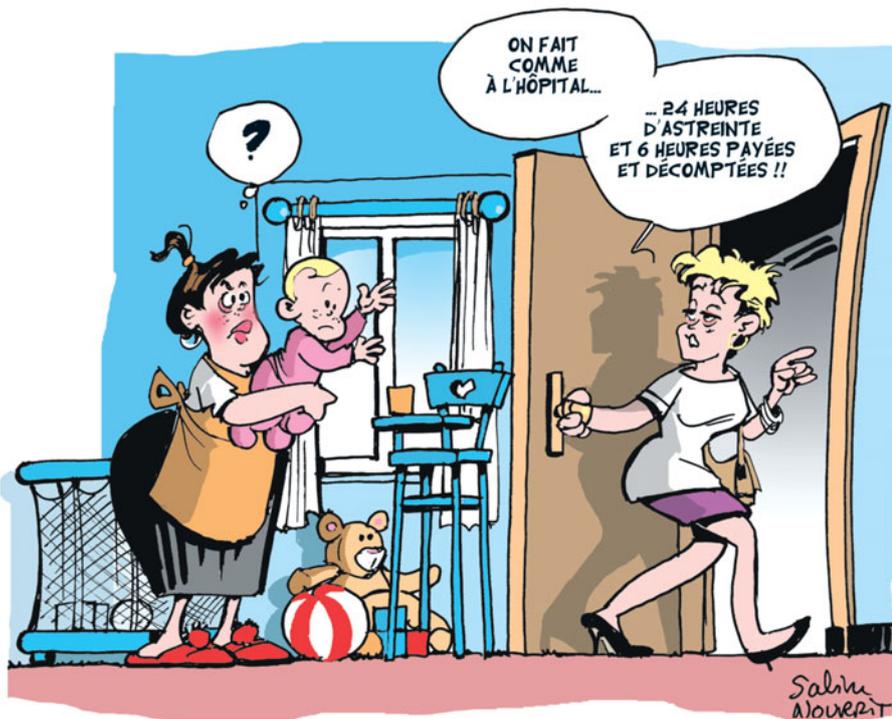
- décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, article 24 : “Les agents assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte. Ils doivent pouvoir intervenir dans un délai qui ne peut être supérieur à celui qui leur est habituellement nécessaire pour se rendre sur le lieu d'intervention”.

Il n'y a pas de contrainte de distance du domicile à son lieu de travail pour le personnel non-médical, **est-il raisonnable d'assurer les urgences en étant à 50, 60 kilomètres ou plus, de son lieu d'intervention ?**

- Qui fournit le véhicule, qui paye les frais de transport ?

**Il nous paraît normal que ce soit l'employeur.**

- En cas d'accidents ou de pannes, que se passe-t-il ?  
- Article 21 du même décret : “Les astreintes sont organisées en faisant prioritairement appel à des agents volontaires...”.



## Et s'il n'y a pas de volontaire ? Seront-ils désignés d'office ?

- La durée de l'astreinte peut aller jusqu'à 120 heures sur une quinzaine, et se rajouter à la durée hebdomadaire du temps de travail (2 x 35h), soit 190 heures pour un même agent. Ce même agent, particulièrement malchanceux, pourra travailler 130, 150 heures ou plus sur la quinzaine, et s'entendra dire qu'il a travaillé 2x35 heures, puisque ni le temps d'astreinte, ni le temps d'intervention ne sont décomptés du temps de travail effectif.

## Où est la sécurité, ou est le respect du patient et du personnel ?

Il nous paraît logique que le temps d'astreinte soit non seulement payé, mais également décompté du temps de travail annuel. Nous ne demandons pas la Lune ! (24 heures d'astreinte ne feront que 6 heures payées et décomptées).

- Les professionnels infirmiers sont essentiellement des femmes (plus de 80%), avec de plus en plus de mamans célibataires. Les astreintes contraignent à faire garder les enfants, les frais de "nounou" sont plus onéreux que le gain d'une astreinte ! Dans ce cas, une semaine d'astreinte deviendrait une semaine sans voir ses enfants. Le problème est le même

pour les permanences, mais les permanences sont moins nombreuses et mieux rémunérées.

## Il est inadmissible de perdre de l'argent en travaillant.

- Faut-il instituer ou maintenir des astreintes selon le degré d'urgence à assurer ?
- les astreintes répondent souvent à des contraintes économiques qu'il ne faut pas négliger, mais qui ne doivent en aucun cas hypothéquer la sécurité des patients !

Les permanences coûtent un peu plus cher, mais garantissent la sécurité optimale grâce à un délai d'intervention très court.

- Un repos de sécurité après une permanence ou une astreinte ne nous paraît pas inutile.

Étant tous les deux infirmiers anesthésistes dans la fonction publique hospitalière, nous ne connaissons pas la totalité des problèmes rencontrés par l'ensemble de nos collègues, spécialisés(es) ou non, libérales, privés(es), et des autres fonctions publiques. Cet article alimentera nos débats au sein de la Coordination Nationale Infirmière, il permettra d'affiner la position du syndicat sur les perma-

nences et astreintes.

Nous attendons vos remarques et vos propositions, ce qui nous permettra d'enrichir le débat et d'être plus proche de l'ensemble de nos collègues.

## Conclusion

Nous sommes favorables au maintien des permanences, voire au maintien de ce qui existe actuellement dans les différents établissements, avec un cadre réglementaire minimum empêchant de "faire n'importe quoi".

D'autant que la directive 93/104/CE du conseil européen, du 23 novembre 1993, permet le maintien des permanences.

Dans les différents textes relatifs à l'organisation du temps de travail, le ministère fait souvent référence à cette directive, pourquoi ne pas l'appliquer tout simplement.

**Franck LAUDOVAR**  
**Olivier GARABEDIAN** ■

CNI Evreux-Vernon  
courriel : laudouar.franck@wanadoo.fr

## Textes législatifs de référence :

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

\* Circulaire DHOS/P1/2002-240 du 18 avril 2002 relative à l'application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et du décret n°2002-8 du 4 janvier 2002-8 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

\* directive n° 93/104/CE du Conseil de l'Union européenne du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail.

# Recevez gratuitement

UN EXEMPLAIRE DE LA REVUE

# Objectif soins

*"La revue professionnelle  
des cadres de santé"*

Découvrez dans votre revue toutes les informations stratégiques indispensables à votre mission d'encadrement :

- vous analysez les enjeux de l'organisation des soins et optimisez les compétences de votre équipe ;
- vous bénéficiez des analyses et des réflexions rédigées par des experts, sur les sujets juridiques et éthiques de votre profession ;

- vous maîtrisez toutes les connaissances d'une pathologie et la démarche de soins correspondante.



## Objectif soins

**BULLETIN** pour recevoir gratuitement un numéro de la revue  
Objectif soins

Retournez ce bulletin **par courrier** à : Objectif soins - Service Abonnements Santé - case postale 815 - 1, rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison Cedex ou **par fax** au : 01 76 73 48 57 ou **par téléphone** au : 01 76 73 30 40

**OUI, je souhaite recevoir un numéro gratuit de la revue Objectif soins, sans engagement de ma part.**

Je vous précise ma fonction :

- Directeur des soins
- Cadre de santé
- Infirmière hospitalière
- Infirmière libérale
- Autre (préciser) :

Mes coordonnées :

Mme  Mlle  M

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse  professionnelle  personnelle (recommandé, afin de vous assurer une meilleure réception) : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

OSCP603

Offre valable uniquement une fois par personne, non abonnée à la revue, dans la limite des stocks disponibles. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Par notre intermédiaire, vous pouvez être amené à recevoir des propositions d'autres sociétés. Si vous ne le souhaitez pas, il vous suffit de nous écrire (Objectif soins - Service Abonnements Santé - Case postale 815 - 1 rue Eugène et Armand Peugeot - TSA 84001 - 92856 Rueil-Malmaison cedex.) en nous indiquant vos nom, prénom et adresse. Objectif soins est une marque du Groupe Liaisons, SA au capital de 6 400 000 € - RCS Nanterre B 572 208 288 - TVA FR 65 572 208 288 - NAF 221 E.

 **Wolters Kluwer**  
France

 **Wolters Kluwer**  
France



# PAU : un an après ?

*Le 18 décembre 2004, la France se réveille avec cette terrible nouvelle*

*À la une de tous les journaux, une infirmière et une aide-soignante, ont été tuées dans l'exercice de leur fonction, à l'hôpital psychiatrique de PAU.*

*Après l'émotion suscitée, le déplacement du Ministre de l'époque et l'annonce d'un Plan de Santé Mentale mettant l'accent sur la sécurité ou en sommes nous et comment en sommes nous arrivés là ?*

**D**'autres événements, surgissent dans le champ médiatique, souvent sous un aspect sensationnel, nous avons l'étonnement de ces citoyens lors d'"évasions" de patients, la colère d'autres lorsqu'un homicide est commis par une personne ayant des troubles mentaux. La société est en prise entre les droits des citoyens et des patients et la volonté de maintenir l'ordre public. Nous, professionnels vivons ces paradoxes au quotidien, confrontés en permanence à nos missions de soins et à celles plus méconnues du maintien de l'ordre, en raison des hospitalisations sans consentement.

Pour saisir ce qui anime aujourd'hui notre univers, nous vous proposons de cheminer avec nous au cœur de la psychiatrie d'hier à aujourd'hui : notre histoire, nos études, les réformes, nos actions syndicales nationales et régionales notamment en PACA au sein de la CNI.

## Un détour par l'histoire s'impose

À chaque époque, le regard que porte la société est empreint de paradigmes, d'idéologies politiques économiques et influence, les choix en matière de soins apportés aux personnes souffrants de troubles psychiques.

La nature particulière de la maladie mentale a longtemps été considérée comme surnaturelle. Si les écoles médicales de l'antiquité avaient amorcé une connaissance clinique, le millénaire suivant fut dominé par les croyances surnaturelles, et plus près de nous, par la démonologie qui était censée expliquer tous les dérèglements de l'esprit.

Si à l'antiquité, certaines civilisations avancèrent des théories sur le corps et la connaissance de l'homme. En occident, les interdits forts d'introspection sur le corps humains perdurèrent jusqu'au moyen-âge. A cette époque quelques naturalistes audacieux osèrent les premières dissections. Au fil, des siècles la connaissance du corps humain se fait de plus en plus précise tant anatomique que physiologique. La connaissance du cerveau sera plus lente. Sa compréhension sera anatomo-physiologique puis au 19<sup>ème</sup> siècle, les mécanismes de l'inconscient commenceront à être élaborés, au 20<sup>ème</sup> siècle se sont les fonctionnements neuronaux qui seront percés.

En Europe, c'est à partir du 15<sup>ème</sup> siècle, que l'on voit se développer les hospices pour malades mentaux que l'on nomme plus communément les fous. L'histoire de la folie fait écho à l'enfermement, à l'isolement. Dès le moyen-âge, les personnes contagieuses, folles, sont isolées, car il faut préserver la sécurité du groupe social.

## La naissance de l'enfermement

Le 27 avril 1656 LOUIS XIV promulgue un édit royal portant établissement de l'hôpital général pour le Renfermement des pauvres mendiants de la ville et des faubourgs de Paris.

En 1676 une ordonnance complètera cet édit par la création d'un Hôpital général dans chaque ville du royaume. Cette institution est destinée à accueillir les hommes et les femmes ayant des troubles du comportement social. Ce sont la plupart du temps des ordres religieux qui administrent ces lieux.

Dans le même temps commencent à apparaître des nosographies psychiatriques, dont celle de Joseph DAQUIN (1791).

Les traitements sont à base de lavements, de saignées, de purges, de plantes, de pansements....

Les personnels qui sont employés dans ces hôpitaux ont peu de moyens, ils sont d'un niveau social très bas et vivent en permanence avec les malades. Les médecins ne viennent que très rarement dans ces lieux.

*"La discipline procède d'abord à la répartition des individus dans l'espace".*

L'hôpital, notamment "l'asile", était bien dans un premier temps le lieu de l'isolement, le retrait de certains individus de la société.

Effectivement, dans cet espace clos, spécifié et identifié, l'architecture même des bâtiments définissait des emplacements fonctionnels et un repérage des lieux (le quartier des femmes, des hommes, les agités, les dangereux....). Cela posait déjà une taxonomie générale des malades à l'intérieur de "l'asile". Mais un quadrillage précis délimitait encore les espaces et fixait la place de chacun et l'organisation du temps.

*"Le corps, requis d'être docile jusque dans ses moindres opérations, oppose et montre les conditions de fonctionnement propres à un organisme. Le pouvoir disciplinaire a pour corrélatif une individualité non seulement analytique et "cellulaire" mais naturelle et "organique".*

A la révolution française, avec la promulgation des droits de l'homme, tous deviennent des citoyens, les fous aussi. Leur appellation sera transformée en "aliénés".

## Regard sur le malade

Ce sont les aliénistes, PINEL et ESQUIROL qui s'adressent à l'homme en général. Pour cela, PINEL va s'appuyer sur le travail d'un surveillant des gardiens J-B PUSSIN pour modifier le traitement des malades. En effet, PUSSIN utilise la parole comme médiation et surtout comme soin potentiel.

Ils veulent dialoguer avec les insensés car ils pensent qu'au delà de leur folie, il existe chez eux une partie saine. Gladys SWAIN reprendra ce thème *"L'aliénation mentale n'est jamais totale : l'aliéné conserve toujours une distance à son aliénation. Pour autant l'aliénation n'est jamais partielle au sens où elle est en prise sur le tout du sujet sans jamais se faire annulation pure et simple de la fonction subjective (...). C'est la perspective d'une prise possible sur l'aliéné qui s'ouvre avec l'idée qu'il a distance à son aliénation. Loin donc d'être réduit au statut d'insensé-objet sur lequel on agit du dehors, il devient subjectivité déchirée avec laquelle un commerce thérapeutique est possible"*.

## La psychiatrie "moderne"

En 1802, le mot psychiatre fait son apparition.

En 1810, le code Napoléon (code pénal) dans son article 64 reconnaît l'irresponsabilité des malades mentaux en état de démence. C'est l'acte de naissance de l'expertise psychiatrique.

ESQUIROL propose dans un rapport la réorganisation des asiles.

En 1838, promulgation de la loi qui instaurera les placements pour protéger la société et le malade contre lui-même malgré lui. L'organisation de la psychiatrie se met en place, en France, par la création d'un établissement spécialisé dans chaque département, construit en périphérie des villes avec une vie pratiquement en autarcie.

Se développe deux médecines, celle du corps et celle de l'esprit.

Les traitements évoluent : bains, contentions, isolement laudanum (opiacée). La psychiatrie devient une nouvelle spécialité. Les recherches vont s'orienter vers la causalité des maladies ●●●

psychiatriques. (Démence précoce KRAEPLIN ; schizophrénie, BLEULER). Les médecins ont de plus en plus besoin dans les asiles d'être secondés par des auxiliaires. Les gardiens qui ont une grande expérience des malades vont s'avérer utiles et vont donc être formés.

Dr Malgloire BOURNEVILLE (médecin de CHARCOT) va s'employer à for-

mer une armée de PUSSIN dévouée au corps médical et à la république. Il insiste sur la création d'écoles d'infirmiers des asiles d'aliénés.

La fin du 19<sup>ème</sup> et le début du 20<sup>ème</sup> voit apparaître une nouvelle approche des mécanismes de la maladie mentale avec l'hypnose (CHARCOT) qui permet un travail sur la compréhension de l'hystérie et ensuite avec la psychanalyse (FREUD) qui décrit les processus nés de l'inconscient.

En 1937, les asiles d'aliénés deviennent des hôpitaux psychiatriques.

Durant la seconde guerre mondiale, des milliers de patients, de soignants sont déportés et exterminés.

À la sortie des camps de concentration et sous l'influence des philosophes, pour des médecins humanistes, des résistants, des survivants la notion d'enfermement dans les hôpitaux psychiatriques est comparée aux univers concentrationnaires des camps. En 1946, le gardien devient infirmier des asiles d'aliénés de l'état.

En 1955 apparition du premier diplôme d'infirmier psychiatrique, l'enseignement porte sur 2 ans.

## Les hospitalisations sans consentement

A partir de 1838, une nouvelle organisation de la prise en charge des malades mentaux est mise en œuvre avec la répartition sur tout le territoire d'hôpitaux psychiatriques, mais ce qui va fortement influencer l'organisation des soins c'est l'instauration de soins sous contrainte appelés soit *placement volontaire* soit *placement d'office*. Dans les deux cas, la personne est considérée comme n'ayant plus son discernement, voire être dangereuse pour elle-même ou pour autrui. Le placement volontaire se fera à la demande de la famille, le placement d'office était réservé au préfet.

Cette loi inscrit donc l'obligation de soins pour les pathologies mentales. Des abus ont été dénoncés par d'anciens patients. Les soignants se posent la question de l'implication de la personne dans ses soins et dans l'acceptation de sa pathologie mais plus encore sur le rôle de contrôleur ou de régulateur de l'humeur et de protec-

teur de la société.

Ce texte a prévalu durant 152 ans, en 1990 lors de sa refonte, nous espérons, patients et soignants de profondes réformes, nos espoirs furent déçus, ce texte fut remanié pour être conforme aux pratiques existantes depuis la généralisation des structures extra-hospitalières et l'intensification du suivi ambulatoire. De ce fait, l'hospitalisation libre prévaut sur tout autre mode, les placements se transforment en hospitalisation soit sur demande d'un tiers (HDT) soit d'office - des nuances subtiles -. Une commission départementale d'hospitalisation a un droit de regard sur toute hospitalisation sans consentement.

L'hôpital psychiatrique a aussi obligation d'accueillir, tous les détenus présentant des troubles mentaux nécessitant une hospitalisation. Dans ce cas, il y a un transfert de compétence car aucune autorité de police n'assure la surveillance du détenu comme on peut le voir dans les services de soins généraux, cela est dévolu aux soignants des hôpitaux psychiatriques.

Nous toujours dans ce paradoxe de soins et de maintien de l'ordre public avec cette problématique comment faire co-exister des personnes sous le régime pénitentiaire avec d'autres personnes, comment assurer leurs droits sans les moyens du service pénitentiaire ?

Des réponses apparaissent, des services de psychiatrie ambulatoire au sein des centres de détentions, des CMPR (Centre Médico-Pénitentiaire Régionaux) et la promesse de construction d'UHSA (Unité d'Hospitalisation de Soins Ambulatoire) au sein des hôpitaux, inscrit au Plan de santé mentale et dans les SROS. Mais le nombre de places semble déjà insuffisant, tant la souffrance psychique est prégnante dans les prisons françaises.

La parution de nouveaux textes législatifs sur les droits des patients du 4 mars 2002, la charte des patients hospitalisés, la commission de conciliation, la pression des associations des patients ou des familles, la critique des professionnels conduit les pouvoirs publics à annoncer régulièrement une réforme de la loi de 1990. ●●●





**Aucuns frais de gestion pour profiter pleinement de votre épargne retraite.**

K+D

**Conserver son niveau de vie à la retraite, ça se prépare dès aujourd'hui !**

**Infirmiers, avec Gan Retraite Indépendant,**

vous disposez intégralement de votre épargne retraite. En effet, **aucuns frais**

**de gestion ne sont prélevés sur l'épargne constituée.**

Bénéficiez également des **avantages fiscaux de la loi Madelin.**

Les cotisations versées sont déductibles de votre revenu imposable.

Pour en savoir plus, appelez le **0820 35 25 15\***  
ou retournez la demande d'information ci-dessous.  
[www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr)



\*0,12 € TTC/min

Coupon-réponse à retourner sans engagement à Gan Prévoyance - Cours Charles Bricaud - 33057 Bordeaux cedex.

Je souhaite un **bilan Retraite gratuit** :

Nom : ..... Adresse : .....

..... Code postal : ..... Ville : .....

Tél : \_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_/\_ Heures auxquelles je suis facilement joignable : .....

Je souhaite des informations sur :  la Prévoyance  la Santé  l'Épargne

infirmiers

## LE SECTEUR

- C'est une aire géo-démographique
- C'est une équipe de soins pluridisciplinaire
- C'est un équipement en structures diverses

Pour :

- La précocité des soins : prévention et création des réseaux pour permettre l'accès aux soins
- La continuité des soins la responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire s'étend à l'organisation des actions tant intra qu'extra hospitalières
- La proximité des soins pour agir au plus près du milieu de vie naturel du patient afin d'éviter au maximum le rejet de l'entourage et la désinsertion sociale.

### Le secteur : une idée nouvelle

*"C'est une façon de me rassurer et de me sauver de l'aliénation en la niant chez moi et chez les autres. Reste la coutume d'enfermer les « fous » ; mais c'est une erreur, une honte des temps encore présents..."*. L'évolution des techniques, des méthodes thérapeutiques, la découverte du premier neuroleptique en 1952, la formation du personnel soignant, les nouvelles conceptions du soins et de la pathologie mentale, influencent la mise en place de la politique de secteur.

Si la structure est le reflet de la politique d'une nation, les éléments de cette structure interagissent entre eux. Dans le domaine de la psychiatrie les acteurs vont chercher à donner du sens et à créer tel que le définit J. OURY : *"Une des dimension essentielles de l'existence, du "parlêtre" selon le terme de LACAN, c'est d'inventer, mais non pas au sens des inventeurs de laboratoire actuels, mais d'une invention de tous les jours, au sens du bricolage, à partir même des choses, de la moindre chose qui se passe et est sujet à "inventio". Cette fonction ne peut s'actualiser que si à l'arrière on a des points de repère ; s'il n'y avait pas de club, pas d'atelier, s'il n'y avait pas d'espace de vie, s'il n'y avait cette chose que j'appelle "espace du dire", cette possibilité de rencontre, de transfert où puisse s'exprimer quelque chose de l'ordre de ce qui habituellement est considéré comme inexplicable, si on n'avait pas tout un appareillage collectif on aurait beau avoir des propensions à l'ingénium,*

*à l'inventio, on comparerait à côté, parce qu'on aurait rien à proposer"*.

Bien sur, ces dialogues continus avec les "insensés" se font dans des lieux institutionnels intra et extra-hospitaliers "espaces du dire", et "espaces potentiels" (Winnicott). Il est encore possible d'inventer, d'expérimenter la relation à l'autre dans un travail transférentiel.

La politique de secteur est introduite, par la circulaire du 15 mars 1960 implique que :

*"L'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure."*

*Ce dispositif consiste à diviser le département en un certain nombre de secteur géographique, à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, quand il est possible, les soins avec hospitalisations et la surveillance de postcure<sup>6</sup>".*

Le travail en réseau va se créer, les hôpitaux vont être restructurés (unités de 25 lits, apparition de la mixité). Petit à petit, les patients vont sortir des hôpitaux, accompagnés dans des projets de réinsertion. La création de dispensaire, ancêtre du CMP (centre médico-psychologique), les visites à domicile, vont permettre un travail de prévention, de mise en place de réseaux médicaux-sociaux afin d'éviter les hospitalisations. Des centres d'activités, des hôpitaux de jour vont aussi être créés pour favoriser l'autonomie,

rompre l'isolement. Il y a une rupture avec la pensée hospitalo-centriste. Cette évolution sera accompagnée par des textes de loi :

- la loi d'orientation du 30 juin 1975 qui a pour but d'unifier les mesures d'assistance aux handicapés avec trois axes, l'emploi, les ressources, l'hébergement. Elle instaure la COTOREP, et l'AAH (allocation adulte handicapé) ;
- la loi de 1985 et la loi du 15 décembre 1985.

Relative à la sectorisation. Elle met en place les secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire. Elle définit l'organisation technique du service de lutte contre les maladies mentales et de la sectorisation psychiatrique ;

- L'arrêté du 14 mars 1986, relatif aux équipements et services de luttés contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

De nouveaux professionnels participent à l'équipe pluridisciplinaire (psychologues, assistantes sociales...).

### Et aujourd'hui...

Le secteur perdure, mais il est attaqué, avec lui la logique de l'accès aux soins pour tous.

A partir de la réforme hospitalière de 1991, tous les hôpitaux, y compris psychiatriques, deviennent des établissements de santé. La psychiatrie aux confins de plusieurs disciplines semble être ramenée au sein de la médecine sous l'influence de disciplines émergentes comme les neurosciences. Les logiques changent, l'économie sous l'angle de la rationalité, s'impose dans notre univers : la santé a un coût, lequel ? Mais que rapporte t-elle ?

Mais depuis les années 80-90, la subjectivité du sujet est mise à mal, plusieurs facteurs contribuent à cette attaque, le développement des neurosciences et de la neurobiologie. Ces approches scientifiques considèrent l'homme comme une "machine", fonctionnant comme un ordinateur.

*"Le cerveau de l'homme se compose de milliards de neurones reliés entre eux par un immense réseau de câbles et connexions, que dans ces "fils" circulent des impulsions électriques ou chimiques inté-*

généralement descriptibles en termes moléculaires ou physico-chimiques, et que tout comportement s'explique par la mobilisation interne d'un ensemble topologiquement défini de cellules nerveuses".

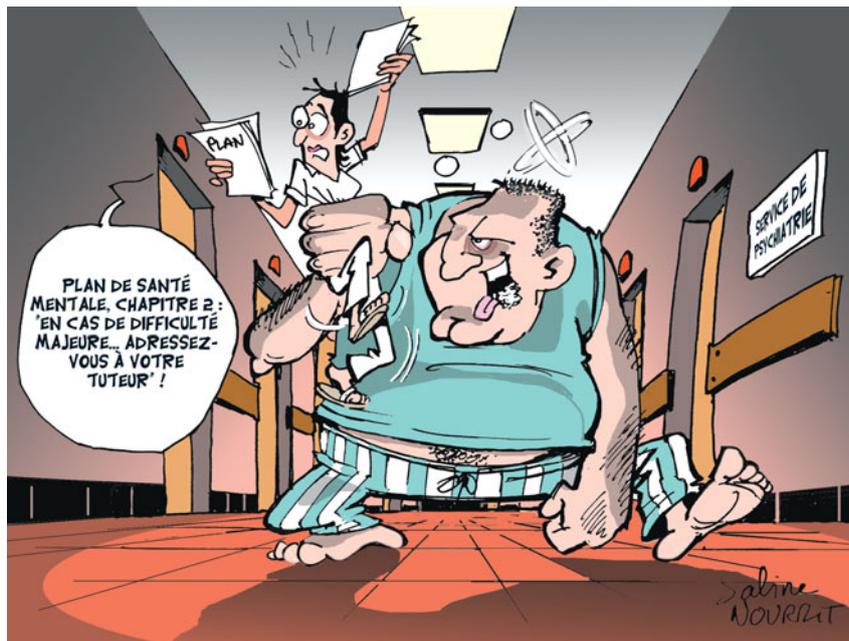
Ainsi, l'irrationnel est exclu, tout trouble mental a une origine cérébrale. Le fonctionnement cérébral est régi par une alchimie moléculaire qui convient de réguler à l'aide de médicaments. Un autre courant de pensée plus sociologique projette la responsabilité de la pathologie mentale sur le groupe (bien souvent la famille) le malade serait son symptôme. L'objet d'étude est donc l'interaction entre les membres du groupe.

Nous notons une augmentation de la consommation d'antidépresseurs et autres psychotropes traitant la symptomatologie des maladies mentales mais bien souvent la personne reste seule face à sa problématique existentielle.

La maîtrise comptable repose la question du pouvoir politique sur les institutions leur imposant la mise en place des procédures d'évaluation pour les contrôler. De plus la "société" a une demande de plénitude, de bien-être ou toute souffrance créée par le manque, l'absence doit être annihilée.

Aussi après la suprématie de la psychanalyse durant plusieurs décennies, aujourd'hui, il n'est plus question de penser ou plus exactement de signifier mais de panser ces maux de l'âme par des interventions préventives et curatives, colmatant le plus possible les brèches du mal de vivre. Il ne s'agit plus d'entendre mais de réadapter. Rejoindrions-nous la psychiatrie anglo-saxonne inspirée de la philosophie empirique, s'appuyant sur la pensée de LOCKE considérant l'homme avant tout "*individu social*" selon Marc NAYAT.

*"Le fond du projet psychiatrique américain, qui trouve ses sources dans la culture anglo-saxonne, est de réadapter l'individu (social) et de le réintégrer dans sa communauté. (...) Dans ce contexte, les thérapies adaptatives visant à éradiquer le symptôme telles que les thérapies cognitivo-comportementales trouvent une place privilégiée. Sur le plan de la recherche, l'esprit du pragmatisme se retrouve dans les fameux protocoles d'actions liés à une stratégie thérapeutique"*.



L'hôpital psychiatrique doit fonctionner comme les autres hôpitaux, le SROS psy se rapproche du SROS MCO, la réforme Hôpital 2007 se met en place, la T2A tarde mais s'imposera. Pour le bien du patient ?

### Formation et recrutement

Avec la réforme structurelle des institutions, les études aussi subissent des transformations. A partir de 1992, la réforme des études infirmières marque l'arrêt d'une spécificité et la fin du salariat. Il n'y a plus de différences, nous devenons polyvalents alors que la médecine dans son ensemble se segmente, s'hyperspécialise. A l'intérieur des établissements de santé psychiatriques s'opère une rupture, avec des positionnements idéologiques forts du refus des "nouveaux diplômés" qui se retrouvent quelque fois isolés. De fait, une cassure dans la transmission des savoirs s'installe. L'hôpital peine à recruter du personnel paramédical.

Un autre phénomène apparaît : la féminisation de la profession. Jusqu'alors une parité était de mise dans les promotions d'ISP. Cet équilibre se retrouvait ensuite dans les unités de soins. Il ne s'agissait pas, uniquement, d'avoir des "gros bras" pour canaliser la violence mais bien de proposer des images sexuées dans une dynamique transférentielle.

Il ne s'agit pas d'être dans la nostalgie d'un temps advenu, idéalisé, figé par la mémoire car nous constatons, au quotidien, le bénéfice de certaines thérapeutiques pour le patient, réduisant effectivement la durée d'hospitalisation, en permettant le maintien d'une vie familiale, sociale et professionnel.

Mais le drame de PAU fait ressurgir la pénurie des personnels comme un des aspects de l'insécurité. Dans un article du MONDE Cécile PRIEUR soulignait "*le manque de personnel soignant, psychiatres et infirmiers confondus, est le principal facteur d'insécurité. Des secteurs entiers manquent de psychiatres, et dans certaines zones rurales, plus aucun spécialiste n'exerce. Les hôpitaux recrutent dorénavant des médecins étrangers, voire des médecins généralistes, sans formation théorique adéquate... La pénurie de personnel a déstabilisé les équipes soignantes alors que la demande de soins n'a cessé d'augmenter... Mais la psychiatrie ne souffre pas que d'un manque de personnel : elle vit aussi une mutation profonde dans les techniques de soins, du fait d'une perte de savoir-faire chez les personnels soignants*".

Certains établissements, sont contraints d'embaucher d'autres catégories de personnel (aides-soignants, éducateurs...) non pas pour, uniquement, proposer des projets de soins ou de services réfléchis ou une amélioration de la qualité des soins mais pour palier le manque. ●●●

## La mobilisation syndicale en PACA

Née après le drame de PAU, notre mouvement, pour partie, s'inscrit dans le cadre d'une intersyndicale (9 syndicats médicaux et paramédicaux) avec le soutien de l'UNAFAM dont le but est de défendre le service public en psychiatrie.

Des points de revendication ont été élaborés et nous nous sommes donnés les moyens de provoquer certaines rencontres avec les élus locaux, toute tendance confondue, pour une campagne d'information sur les difficultés de la psychiatrie publique en PACA.

Le directeur de l'ARH, après maintes sollicitations, ne nous a toujours pas reçu bien que les différents ministres de la santé (M. DOUSTE BLAZY et M. BERTRAND) l'y aient enjoint de le faire.

Des rencontres au Conseil Général et Régional ont eu plus d'impacts puisque le conseil Général nous invite à organiser un débat d'une demi-journée sur "Quelle politique mener ensemble ?" avec deux tables rondes :

- Le secteur en psychiatrie et le retentissement des attaques qui lui sont faites (place du patient dans la société, financement des projets...)
- L'avenir des professionnels (formation, recrutement, attractivité...).

Les organisations syndicales des personnels (CGT, SUD SANTE, CFDT, CNI) et le corps médical (SPH, SPEP, SPS, USP) ainsi que les représentants UNAFAM des usagers se sont regroupées en intersyndicales sur une plateforme revendicative de 12 points :

1. Qu'un débat ait lieu devant les représentations nationales
2. un budget spécifique soit alloué à la psychiatrie publique
3. la notion de secteur est le fondement de la psychiatrie publique française
4. l'indépendance des professionnels soignants, notamment des praticiens hospitaliers
5. un plan d'urgence emploi/formation avec des mesures pour améliorer l'attractivité dans ce secteur
6. une formation spécifique
7. une étude approfondie sur les besoins réels d'hospitalisation
8. le développement du secteur médico-social sans glissement de moyens
9. des mesures immédiates pour assurer la sécurité des personnels et des patients
10. le retrait du décret supprimant l'accès à l'ALD pendant la première année de maladie
11. une spécificité pour la psychiatrie dans une planification régionale
12. une offre de soins spécifique pour les détenus.

## Plan santé mentale

Alors que tous les professionnels de la santé mentale tiraient, depuis de nombreuses années, la sonnette d'alarme, prédisant des drames au sein des hôpitaux psychiatriques, les responsables politiques ont continué de mener une politique basée sur la fermeture de lits et de baisse de budget. Après PAU, le ministre de la Santé, M. DOUSTE-BLASY annonce un plan pour la santé mentale, mettant l'accent sur la sécurité, la formation, le travail de partenariat entre le médical et le social, pour un budget d'un mil-

liard d'euros. Pour 2005, notre établissement a connu un déficit budgétaire de 5%. Effectivement sans le plan santé mentale, il aurait probablement été supérieur.

La politique de fermeture de lits se poursuit par la mise en place des Schémas régionaux d'organisation des soins.

On nous propose le tutorat pour former les nouveaux IDE, mais qui peut être tuteur lorsqu'une équipe se compose d'un infirmier avec quelques années de diplômes, un aide-soignant, et un infirmier intérimaire ?

## Les enfants

Les différents rapports de l'INSERM attaquent différentes composantes de l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques - remises en cause de l'exercice de la psychanalyse et des psychothérapies - cette fois, les enfants aussi sont touchés par le remaniement des esprits et la volonté de contrôle et de contrainte, puisqu'un rapport très contre versé a été publié récemment, il s'agit de la détection très précoce "du trouble des conduites" chez l'enfant censé annoncer un parcours vers la délinquance.

*"Les projets gouvernementaux de prévention de la délinquance, prônant une "détection" précoce de "problèmes comportementaux" dès la crèche et instituant un carnet de comportement, viennent confirmer les risques que pressentent les parents et les professionnels : l'instrumentalisation des acteurs de la santé ou de l'éducation à des fins de surveillance ou de contrôle des familles et de leurs jeunes enfants, la médicalisation des problèmes sociaux, la confusion des rôles entre la sphère de la santé et celle de la police ou de la justice<sup>10</sup>".*

## Propositions de la CNI

Depuis 1989, la CNI a engagé une réflexion sur la psychiatrie et la santé mentale.

Elle a fait des propositions, déposé des dossiers aux différents ministres. Elle dénonce depuis longtemps les conditions de travail des équipes de psychiatrie. Les médecins et les infirmiers se trouvent de plus en plus dans l'incapacité de répondre aux besoins des patients.

Principalement, par manque de moyens en personnel certains établissements se voient dans l'obligation de fermer des structures extra-hospitalières (CMP, centres d'accueil...).

La CNI se mobilise, sans relâche, contre le démantèlement du secteur psychiatrique et de santé mentale.

Depuis de nombreuses années ; et encore aujourd'hui, la CNI continue de défendre une spécialisation en psychiatrie pour les futur professionnels mais aussi :

- la reconnaissance de cette discipline
- le maintien et le renforcement des struc-

tures extra-hospitalières,

- l'existence du travail de secteur, alors que les moyens ne cesse de diminuer,
- la reconnaissance de la maladie mentale et de la souffrance psychique,
- l'obtention de budget corrects afin d'arrêter la dégradation de nos conditions de travail et permettre de faire bénéficier les patients de soins adaptés à leurs pathologies.

Pour cela, il faut que le ministre prenne en compte l'urgence de la situation, du fait de la diminution des budgets, nos hôpitaux n'arrivent plus à faire face.

A propos du Plan Santé mentale la CNI propose :

- de réinvestir dans les murs de l'hôpital psychiatrique
- d'augmenter les moyens humains
- d'améliorer la formation des infirmiers en psychiatrie
- un dispositif pour développer l'offre sociale et la création des équipes mobiles de dépistage
- la prise en charge des soins aux personnes détenues atteintes de troubles mentaux (UHSA).

Concernant, les projets gouvernementaux visant la petite enfance (dés 3 ans) et proposant la prévention de la délinquance par la détection précoce des problèmes comportementaux. La CNI est choquée et ne peut que s'opposer et se mobiliser contre de tels projets.

### En conclusion

Quelques fois repliée, recluse, isolée loin de la cité, ou ouverte, prônant le partage, le dialogue, le possible, la tolérance, la psychiatrie évolue au grès de la société. Elle ne peut faire l'im-

passer des débats sociétaux, des avancées scientifiques, aujourd'hui encore les débats font rage en son sein.

**Depuis le drame de PAU, passée l'émotion des ministres, les équipes continuent de se mobiliser sans grand résultat. Cela va devenir de la non-assistance à hôpitaux et équipes de services publics en danger.**

CNI Aix-en-Provence  
CHS Montperrin

**Andrée BERTRAND** : Présidente  
**Monique SOULARD** : Vice-Présidente  
**Christine ABAD** : Secrétaire ■

#### BIBLIOGRAPHIE

- **MURATTI V.** (1996) *Historique de la profession en psychiatrie et les différents courants.*
- **BRENOT P.** (2000) *500 ans de psychiatrie.* L'esprit du Temps.
- 1 - **FOUCAULT M.** (1975) *Surveiller et punir.* Gallimard.
- 2 - Idem
- 3 - **SWAIN G.** (1977) *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie.* Calmann-Lévy.
- 4 - **OURY J.** (2001) *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelles.* Les Editions du Champ Social.
- 5 - **OURY J.** (1985) *Pratique de l'institutionnel politique.* Matrice Collection
- 6 - Circulaire du 15 mars 1960.
- 7 - **CHANGEUX J-P.** *L'homme neuronal cité par BESNIER J-M dans L'âme et le corps, philosophie et psychiatrie sous la direction de HAROCHE J-M* (1990). PLON.
- 8 - **NAYAT M.** (2001) *Références philosophiques des pensées psychiatriques.* Dans *Pratiques en Santé Mentale* n° 4.
- 9 - **PRIEUR C.** *La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie* Le MONDE du 14 mai 2005
- 10 - Communiqué de presse des initiateurs de l'appel "Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans".



« Je vous dédie ce livre,  
à vous qui croyez  
et croirez toujours  
en notre profession.  
Bon courage. »

Michelle Bressand



Robert Laffont

# Congrès National Infirmier

*Les 22, 23, 24 mars 2006, se tenait à Nantes le 1<sup>er</sup> Congrès National Infirmier. 500 participants, dont la grande majorité appartiennent à l'encadrement. Les conférences, ateliers et tables rondes réunissent : Directeurs de Soins, Cadres, Médecins, Sociologues et Historiens.*

**D**urant 3 longues journées, les neurones s'agitent.

Toute la filière infirmière s'interroge. Les thèmes abordés concernent la définition du Soin Infirmier en 2006, l'évolution de la profession infirmière vers une Universitarisation.

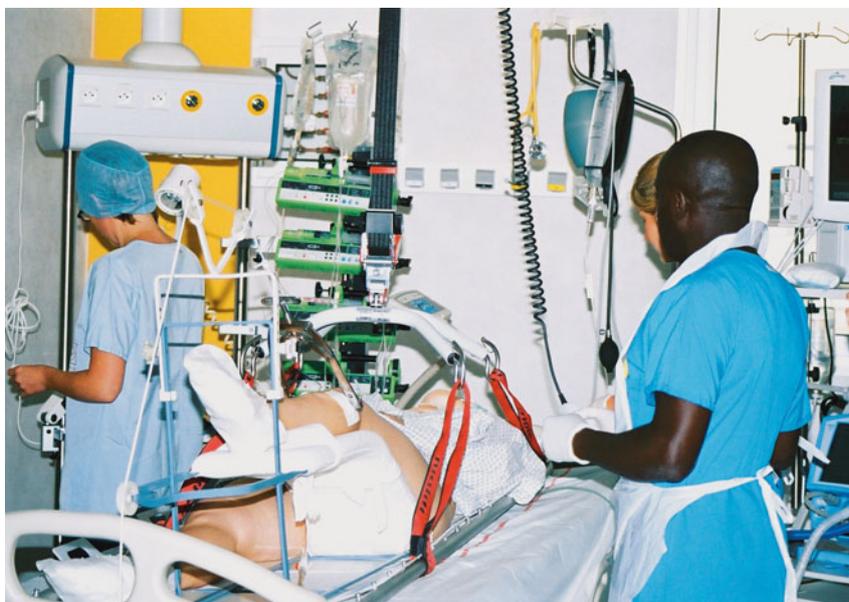
Les interventions sont riches, le langage soutenu. Les exposés s'appuient sur de nombreuses références à diverses parutions que (bien sûr c'est évident !) la salle est supposée maîtriser.

Un rapide regard alentour me confirme que je ne suis pas seule à m'interroger ici ou là.

Mon expérience "d'infirmière de base" (expression reprise + ou - péjorativement en boucle durant ce congrès) me laisse souvent démunie devant ce verbiage à des années lumières de ma pratique quotidienne ; heureusement mon expérience, somme toute récente (depuis 2002) au sein de la Coordination Nationale Infirmière me maintient la tête hors de l'eau !

Malgré un décalage d'heure en heure plus flagrant entre les premiers rangs et le reste de la salle, les interventions se succèdent sans vider la salle. Les questionnements sont pertinents et les valeurs communes, ainsi les IDE s'adaptent et s'accrochent aux problématiques, après tout le programme donnait le ton !

Il faut attendre le 3<sup>ème</sup> jour pour que les débats s'imposent et que les vraies questions fusent. La synthèse des ate-



liers est pour cela une véritable opportunité.

Les constats tels que "*les IDE ne lisent pas assez... les IDE ne prennent pas la parole... les IDE ne s'expriment pas... les IDE ne s'investissent pas dans la recherche...*" mènent à une remise en question de la formation initiale et se confrontent aux témoignages des IDE en exercice qui évoque leur quotidien : "*5mn de transmission pour 3 patients en réanimation... un manque de temps et de personnel devenu chronique... une difficulté évidente de communication entre les soignants et leur DSSI...*".

Si le débat qui s'est installé alors n'a pas de solutions immédiates ; il a bel

et bien eu lieu et témoigne en lui-même d'une évolution de notre profession.

Ces 3 journées marquent, nous l'espérons un nouveau rendez vous de la profession dans son ensemble.

Présent dans le groupe de travail au Ministère concernant la mise en place du système LMD (Licence/Master/Doctorat), le syndicat Coordination Nationale Infirmière a pu constater durant ces 3 journées qu'il pouvait poursuivre son combat sur la forme : la profession œuvre en symbiose sur le fond.

**Nathalie DEPOIRE**  
Vice-Présidente CNI ■

# Une journée ordinaire en milieu carcéral

*Les échos qui résonnent chaque matin sont les premiers signes de vie que j'entends lorsque j'arrive à la maison d'arrêt.*

**L**es détenus s'interpellent entre les 3 bâtiments qui la composent.

Je rentre dans le sas de sécurité : passage obligatoire au détecteur de métaux pendant que mes affaires passent au "bagagix".

Après avoir franchi 6 grilles sécurisées me voici enfin devant l'infirmier.

**7h55** - Quelques patients m'attendent déjà, mais je ne peux les accueillir car Marie, la "surveillante" qui nous est affectée par l'Administration Pénitentiaire arrive à 8 h. **Question de sécurité...**

Juste le temps de me changer et de contrôler les scellés posés tous les soirs avant de fermer l'UCSA\* : armoires des dossiers médicaux ; coffre à pharmacie ; chariot d'urgence ; armoire à matériel.

En effet, l'Administration Pénitentiaire possède aussi les clefs de l'UCSA et en **cas de nécessité** les surveillants peuvent être amenés à y pénétrer la nuit. La journée commence avec le défilé des premiers patients : bilans sanguins, glycémies capillaires et injection d'insuline pour certains.

Il est bientôt 9 heures quand les "arrivants" "débarquent". Ils ne sont que 4 ce matin dans la cellule d'attente et l'un d'entre eux me reconnaît.

- "Ho l'infirmier, vous me reconnaissez ? J'ai été libéré il y a 2 mois et depuis 2 jours, je n'ai pas eu mon traitement car les flics, en garde-à-vue, ils n'ont rien voulu savoir..."

Je récupère le dossier de M. B. dans les archives. Il est sous méthadone, traitement de substitution aux opiacés, et a tous les symptômes d'un syn-

drome de manque.

Après la consultation auprès du médecin généraliste, il est orienté vers l'équipe psychiatrique qui le prend en charge. Ah oui pardon, mais depuis mon arrivée, d'autres membres de l'équipe soignante sont arrivés : mes collègues infirmières, Infirmier(e)s psychiatriques, psychiatre, psychologue, dentiste, préparatrice en pharmacie, manipulateur radio et j'en oublie sûrement... **Difficiles de produire un travail de qualité dans des locaux devenus vétustes et inadaptés.**

Les autres entrants, surtout s'il s'agit de leur première incarcération, ont avant tout besoin d'être rassurés.

Il s'agit d'instaurer un climat de confiance et de les informer sur le fonctionnement du service médical. Le reste de la matinée se déroule sans problème spécifique. Je réponds à de nombreuses sollicitations, souvent exacerbées par l'enfermement, parfois agressives. Il faut savoir relativiser.

Notre regard, extérieur au système pénitentiaire, est pour beaucoup de détenus une bouffée d'oxygène.

Combien de temps vous faut-il pour prendre une tension ? Ici, c'est très variable car la dimension relationnelle, **l'écoute**, plus qu'ailleurs est primordiale. "Ma fille vient d'accoucher" ; "je suis trop dégoûté, mon prochain parler n'est que dans 15 jours" ; "j'ai vu le juge, j'ai une autre affaire sur le dos" ; "mon fils aura 8 ans demain, il me manque tellement" : des histoires de vie que l'on entend au quotidien.

**11h30** l'**Infirmière** en poste de pharmacie

vient de partir pour distribuer les traitements en détention dans les quartiers disciplinaires et d'isolement où la sécurité est renforcée.

Une extraction médicale, prévue pour une consultation spécialisée au CHPA, vient d'être annulée car il n'y a pas l'effectif des fonctionnaires de police qui doivent escorter le patient.

Les récentes évasions depuis l'hôpital ont de nouveau mis l'accent sur une nécessaire vigilance des escortes.

**14h30** : un surveillant nous averti par téléphone que M. B (oui, oui, le même que ce matin) "s'est coupé" avec une lame de rasoir.

Il arrive à l'infirmier, énervé, avec une serviette ensanglantée autour du bras. Les soins prodigués, il parle... il me dit ne pas supporter le manque de tabac, l'isolement en cellule, que son traitement est insuffisant...

Pour nous le soin est un passeport, l'infirmier est un lieu de parole... qui aide à mieux supporter l'enfermement en attendant de retourner à l'extérieur.

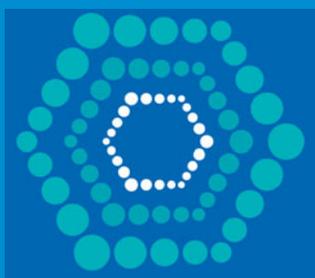
Fin de la journée... Je repasse les six grilles sécurisées.

À l'extérieur, la vie continue...

**M. C. SASSI** ■  
Infirmier

**M. C. RAGGIOLI** ■  
Cadre de Santé Supérieur  
Infirmier anesthésiste  
CHG Aix-en-Provence

\* Unité de Soins et de Consultations Ambulatoires



# INSTITUT LA SOURCE

Penser l'action dans une perspective soignante

43, avenue Hoche - 75008 Paris

Tél. : 01 40 55 56 57 – Fax : 01 40 55 56 58

E-mail : [info@institutlasource.fr](mailto:info@institutlasource.fr)

Site Internet : [www.institutlasource.fr](http://www.institutlasource.fr)

## NOS CYCLES DE FORMATIONS

- **Prendre soin de la personne dépendante** cycle de formation à l'attention des professionnels de chevet : actualisation des connaissances et déploiement des pratiques
- Cycle **d'actualisation et d'approfondissement des connaissances en psychiatrie** pour les professionnels du secteur sanitaire et social
- Exercer la fonction de **cadre de proximité** au sein des structures du système sanitaire et social
- Cycle de formation à la **parentalité**
- **Validation des acquis de l'expérience (V.A.E.)** pour l'obtention du diplôme d'aide soignant

## LES ENTRETIENS FRANCOPHONES D'ÉTHIQUE CLINIQUE

*pour les professionnels du système de soins et de la sécurité publique*

"DE L'INJONCTION SOCIÉTALE DE FAIRE DES SOINS À L'OBLIGATION LÉGALE DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ AUX SOINS" animé par Raymond GUEIBE

*la première rencontre du cycle aura lieu*

à Paris, le samedi 27 janvier 2007

## RENCONTRES INTERNATIONALES

Réseau multinational de recherche et de réflexion à partir de la pratique quotidienne des soins infirmiers

[www.praqsi.org](http://www.praqsi.org)



## VIII<sup>e</sup> COLLOQUE INTERNATIONAL À BARCELONE

"PLUS DE SOIN DANS LES SOINS - VERS D'AUTRES POSSIBLES"

à Barcelone, les 9 et 10 novembre 2006

## IX<sup>e</sup> COLLOQUE INTERNATIONAL À BRUXELLES

"ÉCRITURE FONCTIONNELLE, ÉCRITURE SENSIBLE

DEUX MODALITÉS, QUELLE(S) FINALITÉ(S)"

à Bruxelles, les 8 et 9 novembre 2007

...anticipez  
le  
changement

valorisez  
vos  
compétences

## Inscrivez vous dans une dynamique d'évolution par la Formation

L'Ecole Supérieure Montsouris, GIP constitué entre la Mutualité Fonction Publique et l'Université Paris XII propose trois dispositifs diplômants dans le cadre de la formation professionnelle continue.

### MASTER

« Management et Gestion Santé » pour les cadres et cadres supérieurs  
« Audit ,Expertise soins » pour les fonctions expertes transversales ou pratiques avancées

### FORMATION DES CADRES DE SANTE

L'IFCS accueille 50 infirmiers et ergothérapeutes dans un dispositif continu et discontinu. La formation intègre une Maîtrise Gestion Santé

### SANTE MENTALE

L'ESM dispense des formations complémentaires, « Perfectionnement clinique » et Tutorat

L'ESM réalise aussi des formations « sur mesure » au sein des établissements sur des questions concernant les soins, l'organisation et la Qualité.

*Vous souhaitez davantage d'information, n'hésitez pas, contactez-nous !  
Nous sommes à votre disposition.*



42, Boulevard Jourdan - 75014 PARIS  
Tél. : 01 56 61 68 60 - Fax : 01 56 61 68 59  
esm@ecolemontsouris.fr  
<http://www.univ-paris12.fr/montsouris>



**IUP LYON 1**

*Ingénierie du Management*

## FORMATION UNIVERSITAIRE DE CADRES DE SANTE

- Vous êtes Infirmière depuis au minimum 6 ans et vous souhaitez accéder à des fonctions d'encadrement.
- Vous faites fonction de Surveillant(e) mais vous n'avez pas suivi de formation adaptée.
- Pour vous aider dans la réalisation de cet objectif, l'Université LYON 1, en association avec le secteur sanitaire privé lucratif et non lucratif, vous propose une **FORMATION UNIVERSITAIRE DE CADRES DE SANTE** vous permettant d'acquérir les connaissances, méthodes et outils nécessaires à la gestion d'un service.
- Il s'agit d'une formation alternée d'une durée de 10 mois (de septembre 2006 à juin 2007) comprenant 25 semaines de cours et 16 semaines de stages. La partie théorique comprend 5 modules :
  - Management des Soins Infirmiers
  - Communication et Gestion des Ressources Humaines
  - Gestion Financière et Informatique
  - Environnement Economique et Institutionnel
  - Initiation à la Recherche.
- Il est possible de suivre la formation à temps complet (1 an) ou en cours d'emploi (2 ans).
- Cette formation donne lieu à la délivrance d'une **LICENCE DE MANAGEMENT**.

Les demandes de renseignements et les dossiers de candidature sont à demander à :

**Université Claude Bernard - Lyon 1 - I.U.P. - IMPMS**  
43, boulevard du 11 novembre 1918 - 69622 VILLEURBANNE CEDEX.  
Tél. : 04 72 69 21 68 - [iup.management@iuta.univ-lyon1.fr](mailto:iup.management@iuta.univ-lyon1.fr)



## FORMAVENIR PERFORMANCES

171, avenue Jean Jaurès - 75019 PARIS - Tél. : 01 53 19 80 30 - Fax : 01 53 19 02 80  
courriel : inter@formavenir-performances.fr

Spécialisé depuis 25 années dans la formation en établissement de santé, FORMAVENIR vous propose, sur Paris, des formations de courte durée, enrichissantes par la diversité des participants et les nombreux échanges entre professionnels. **Quelques exemples :**

- S'initier à la démarche d'amélioration continue de la qualité (3j : 06-08/09) 825 €
- Analyser et résoudre les problèmes en groupe (3j : 11-13/09) 690 €
- Prise en charge soignante des patients alcooliques (4j : 18-21/09) 920 €
- Prise en charge de la personne âgée en service de court séjour (3j : 20-22/09) 690 €
- Droit et information du patient (2j : 25-26/09) 520 €
- L'éducation du diabétique (4j : 26-29/09) 920 €
- Prévenir et faire face à l'agressivité (4j : 26-29/09) 920 €
- La psychogériatrie (3j : 2-4/10) 690 €
- Réaliser un diagnostic qualité sur la base du manuel d'accréditation (3j : 2-4/10) 825 €
- Prévenir et gérer les conflits (4j : 3-6/10) 920 €
- Sensibiliser à l'ethnopsychiatrie (4j : 17-20/10) 920 €
- Le toucher thérapeutique (4j : 17-20/10) 920 €
- La prise en charge du patient cancéreux (4j : 17-20/10) 940 €
- L'incontinence urinaire (3j : 9-10/11) 690 €
- Accompagner les patients en fin de vie (4j : 21-24/11) 920 €
- Accompagner la survenue du handicap (4j : 28/11- 1/12) 920 €
- Etc.

catalogue 2006-2007 sur simple demande - venez consulter notre site internet : [www.formavenir-performances.fr](http://www.formavenir-performances.fr)



## Université de Bourgogne Formations en Gérontologie 2007

Viellir (stage de base) - 12 au 16 mars et 16 au 20 avril 07

Viellir en établissement - 21 au 25 mai 07

Pratiques physiques - 18 au 22 juin 07

Relation à la personne âgée - 17 au 21 septembre 07

Gérontopsychologie - Gérontopsychiatrie - 15 au 19 octobre 07

Viellir à domicile - 19 au 23 novembre 07

Options : Animation - Approche de la mort - Éthique et gérontologie

Travailler auprès des personnes âgées perturbées ou démentes -

17 au 21 décembre 07

**Le diplôme Interdisciplinaire de Gérontologie de l'Université de Bourgogne (DIGUB) se prépare en 1, 2 ou 3 ans (UF avec évaluation + mémoire).**

**Chaque module est également accessible de façon indépendante.**

SUFCOB - SERVICE UNIVERSITAIRE

DE FORMATION CONTINUE DE BOURGOGNE

Maison de l'Université - BP 27877 - 21078 DIJON CEDEX

Tél. : 03 80 39 37 60 - Fax : 03 80 39 51 85

E-mail : [fcontinu@u-bourgogne.fr](mailto:fcontinu@u-bourgogne.fr)



L'ESPACE FORMATION

8 bd de Sévigné - B.P. 649 - 21017 DIJON Cédex

Tél : 03 80 76 81 65 - Fax : 03 80 76 81 66

e.mail : [formut@mutualite21.org](mailto:formut@mutualite21.org)



**Documentation sur simple demande - Contactez-nous pour vos besoins en formation INTER et INTRA 2006**

- ♦ **Gérontologie** : Travailler avec les personnes âgées dépendantes - Relation et Communication avec la personne âgée - Accompagnement en fin de vie et soins palliatifs - Les maladies dégénératives : démences et maladie d'Alzheimer - Equilibre, Activation, mobilisation et mouvement de la personne âgée - L'animation et les personnes âgées - Les escarres - L'alimentation et les personnes âgées - La psychologie hôtelière - Le temps du repas en établissement de personnes âgées - Concourir au bien-être de la personne âgée par l'esthétique, la pédicure, la relaxation et le toucher-massage - Le toucher-massage : dimension corporelle des soins - Relation Soignant/Soigné - Le dossier de soin : support écrit de la démarche de soins - Elaborer et mettre en œuvre le projet d'établissement - Elaborer la fiche de tâches, la fiche de poste, le profil de poste - Animations Mémoire auprès des personnes âgées
- ♦ **Méthodes et Outils** : Conduite et Techniques d'entretiens - La conduite de réunions - Prendre la parole en public - Flash-Time : Gestion du temps express - Les écrits professionnels - Développer sa compétence dans la relation d'aide - Le toucher thérapeutique - La fonction de veilleur - Accueil physique et Accueil téléphonique - Apprendre à travailler avec les familles - Formation à l'animation d'un Atelier Terre - Communication, Organisation et efficacité dans l'application H.A.C.C.P. - Outils informatiques
- ♦ **Management** : Management d'une équipe - La conduite de projet - Méthodes de recrutement et enjeux - Les entretiens annuels d'évaluation - Réussir le changement - Conduire un entretien professionnel - La gestion des conflits
- ♦ **Développement personnel** : Développer sa confiance en soi - Vivre son stress le mieux possible - Clown et Gestait : Jouer, pleurer ou rire pour se créer ensemble - Atelier "il était une voix" - Massage, relaxation et détente - Préparer sa retraite - Efficacité personnelle, réussir ce que l'on entreprend
- ♦ **Prévention** : Gestes et postures - Prévention des lombalgies - Initiation et/ou Révision des gestes de 1<sup>er</sup> secours - Actions en hygiène

40



Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives

Formation  
Intervention  
Conseil

Pour les professionnels :

- du champ sanitaire, social et éducatif
- en milieu du travail

### Les formations du 2<sup>ème</sup> semestre 2006

- Former/ informer en addictologie : 5 au 8 sept / 6 au 7 déc (6 jours)
- Etudes de situations, approche type Balint : 12 au 15 sept / 17 au 20 oct (8 jours)
- Prévention du risque alcool en milieu de travail : 19 au 22 sept / 14 au 17 nov (8 jours)
- Psychanalyse et addictions : 10 au 13 oct / 12 au 15 déc (8 jours)
- Les usages du cannabis : prévention et gestion, 7 au 10 novembre (4 jours)
- Apprendre à animer un groupe de parole, 28 nov au 1er déc (4 jours)
- Conduite d'entretien dans la relation d'aide, 24 au 27 janvier (4 jours)

Catalogue détaillé sur simple demande.

i.r.e.m.a. 10 bd de Strasbourg - 75010 Paris

Tél : 01 42 40 68 00 - Fax : 01 53 19 92 46

Mél : [irema@irema.net](mailto:irema@irema.net) - [www.irema.net](http://www.irema.net)

### Parmi les formations 2007

(Les thèmes du programme 2006 ci-contre étant reconduits) :

- La personne alcoolique : rencontre, accompagnement, soin
- Toxicomanie/Polytoxicomanies. Réduction des risques, prévention, soin.
- Addictologie
- La fonction de l'alcool et des drogues dans le groupe familial. Recherche de modes d'intervention
- Les facteurs de stress, prévention et gestion
- Le tabac. dépendance. prévention. aide à l'arrêt
- Le secret professionnel
- Jeunes et prise de risques : conduites d'excès polyconsommation de substances psychoactives.
- Les pathologies liées à l'argent
- Les addictions aux nouvelles technologies
- l'Urgence
- Les troubles du comportement alimentaire



# INSTITUT EUROPÉEN DE FORMATION EN SANTÉ

la performance en plus

[www.iefsante.com](http://www.iefsante.com)

## FORMATIONS À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES > CONCEPT "URG'APP®"

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

## M.E.T.M.A.® (Master Européen des Techniques Médicales Appliquées)

> **Diplôme Européen** (version LMD) ouvert aux médecins et personnels paramédicaux. **Capitalisation** de l'ensemble de vos formations

## FORMATIONS D'ADAPTATION À L'EMPLOI

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

## ACTUALISATION DES CONNAISSANCES

> Transmissions ciblées, Douleur, Accueil, Escarres, Accompagnement, Ergonomie, Maltraitance, Hygiène...

+  
> **INGÉNIERIE ET LOGISTIQUE DE FORMATION**  
> **FORMATION CONTINUE** > **BILAN DE COMPÉTENCES**  
> **VALIDATION DES ACQUIS** > **AUDIT - DÉMARCHE QUALITÉ**  
> **CONSEIL ET FOURNITURE EN MATÉRIEL MÉDICAL**

[ Catalogue complet téléchargeable ]  
sur notre **SITE INTERNET** :

[www.iefsante.com](http://www.iefsante.com)

### LUXEMBOURG

12, RUE JEAN L'AVEUGLE  
L 1148 LUXEMBOURG

TÉL / FAX : 00 352 26 36 03 83

contact.luxembourg@iefsante.com



INSTITUT EUROPÉEN  
DE FORMATION EN SANTÉ

### PRATIQUES



### DES ATELIERS

### DES ÉTUDES DE CAS

### CONCRETS



### DES MISES EN SITUATION

### PROFESSIONNELLES



>>> DES FORMATIONS ADAPTÉES À VOS PRATIQUES

MEMBRE DE LA  
FÉDÉRATION EUROPÉENNE  
DES ÉCOLES



### FRANCE

150, RUE DE GRIGY  
57070 METZ TECHNOPOLE  
TÉL : 00 33 (0)3.87.18.18.18  
FAX : 00 33 (0)3.87.18.18.17

contact.france@iefsante.com



- Stages d'initiation
- Formations certifiantes
  - > Toucher-Massage
  - > Massage Assis Minute
- Paris, Nantes, Dijon, Montpellier, Lyon, Annecy, Point à Pitre.
- Formations sur site
  - > Devis sur demande

IFJS  
03 80 74 27 57  
toucher-massage.com



## PERSPECTIVES

votre potentiel pour agir, notre formation pour construire

### Nos formations 2006-2007

*inter et intra, champ d'action national*

- ▶ **Management, communication, gestion des compétences**  
*Mise au pont sur la VAE et le DIF, L'entretien annuel d'évaluation, Gérer les personnalités difficiles et les conflits, Assurer la cohésion de son équipe, Recadrer efficacement un agent, Développer son impact de cadre : formation au leadership, Le métier de l'infirmière référente, La fonction tutorale.*
- ▶ **Soins**  
*Transmissions ciblées, Gérer le stress et l'agressivité en milieu de soins, Bienveillance des personnes en institution, Soigner la communication dans la relation soignant, soigné, famille.*

PERSPECTIVES - Formation continue - 28 rue Verrerie 21000 Dijon  
Tél : 03 80 74 80 13 - Fax : 03 80 72 07 98  
mel : contact@perspectives-formation.com - web : www.perspectives-formation.com



**GRAPE INNOVATIONS**  
Organisme de formation, de recherche et d'études Enfance, Petite Enfance et Adolescence

### FORMATION CONTINUE, DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

- Accompagnement d'équipes
- Elaboration de projets d'établissements
- Formations thématiques inter/intra établissements
- Aménagement des espaces Enfance, Petite enfance
- Adolescents et enfants hospitalisés
- Accueil des familles
- Associer les parents au projet de soin
- Accueil de l'enfant prématuré
- Communication et gestion de conflits
- Les conduites à risques des adolescents
- Gestion du stress
- Conduite et évaluation de projet...

Brochure sur demande : 115 rue Vendôme 69006 Lyon  
Tél : 04 37 24 04 79 - Fax : 04 37 24 05 62

**A.D.H.E.T.** Association pour le Développement de l'Hématologie Et de la Transfusion Sanguine Pyrénées Méditerranée  
E.F.S. PM 240, Avenue Emile Jeanbrau - 34094 MONTPELLIER Cedex 5 - Tél : 04 67 61 64 10 - Fax : 04 67 61 64 18 - E-mail : info@adhet.org

*Qu'est-ce que l'A.D.H.E.T. ?* L'A.D.H.E.T. est un organisme agréé de Formation Professionnelle Continue. Ses objectifs sont la formation professionnelle continue, l'enseignement post-universitaire et la recherche en Hématologie et Transfusion, sous diverses formes :

- **Stages pratiques de Formation Professionnelle** portent sur tous les domaines liés à la pratique de la biologie hématologique et transfusionnelle :  
*Initiation à la transfusion et à ses différentes étapes : collecte, qualification, préparation, distribution, hématologie cellulaire, hémostase, thromboses et maladies hémorragiques, immunohématologie, infections transmissibles par transfusion, biologie moléculaire*
- **Stages de sécurité transfusionnelle.**
- **Stages pratiques de contrôle ultime au lit du malade** mais aussi sessions organisées dans les établissements de soins privés et publics qui en font la demande pour des groupes de 8 personnes ou plus.
- Réunions d'enseignement post-universitaire (E.P.U.) :  
*- Soirée "Actualités Hématologiques" - Réunions thématiques avec spécialistes d'autres disciplines à Montpellier*

#### DEMANDE DE DOCUMENTATION

Pour recevoir le catalogue de formation 2005-2006 comprenant les calendriers et des informations complètes sur les activités de l'ADHET

NOM, Prénom : ..... Fonction : .....  
Adresse : ..... Code Postal ..... Ville : .....



**Formations inter et intra établissements**

Pour les professionnels des secteurs :

- sanitaire
- médico-social
- socio-éducatif



## INFIPP propose dans son catalogue 2007 des formations sur les thèmes suivants :

- Citoyenneté et santé
- Préparation aux examens et concours
- Qualité • Organisation • Management
- Evolution des dispositifs sanitaires et sociaux et pratiques de réseaux
- Exercice professionnel
- Pratiques en santé mentale
- Développement des compétences cliniques
- Personne âgée, gérontologie
- Ateliers d'expression et techniques de médiation
- Techniques psychocorporelles
- Musicothérapie, ateliers musique
- Art et thérapie

Calendrier et contenus détaillés sur simple appel au **04 72 69 91 70**  
 INFIPP - 26/28 rue Francis de Pressensé - 69623 VILLEURBANNE CEDEX  
 Fax : 04 37 47 20 37 - [www.infipp.com](http://www.infipp.com) - e-mail : [inter@infipp.com](mailto:inter@infipp.com)

# Université Formation Continue

*L'Université, c'est aussi pour les adultes !*  
Formations continues de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles diplômantes et adaptées.

**Université Formation Continue**  
2 bis, boulevard Léon Bureau  
BP 96228 • 44262 NANTES Cedex 2  
**Tél. 02 51 25 07 25**

UNIVERSITÉ DE NANTES

### Diplômes d'Université : DU

- Stérilisation en milieu hospitalier et industriel
- Hygiène et Epidémiologie Infectieuse
- Prévention et Promotion de la Santé
- Alcool et Société/Addictions et Société
- Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur
- Musicothérapie
- Cycle clinique psychanalytique avec les enfants et les adolescents
- Sciences Criminelles
- Gérontologie
- Théories et Cliniques des Psychothérapies

- Droit Médical
- DIU Soins Palliatifs
- Analyse des Contextes de Formation et d'Intervention Sociale

### EN PROJET

- Master Ingénierie de l'Invention Sociale CAFDES et DSTS rénovés envisagés.
- DU Achats Responsables et Développement Durable
- DU Pensée complexe et pratiques professionnelles

*Autres formations diplômantes (ou non) : se renseigner ou consulter le site internet.*

**[www.fc.univ-nantes.fr](http://www.fc.univ-nantes.fr)**

OPQF  
AFAR  
ISO 9001  
VERSION 2000  
N° 2002/19449

# afar

## FORMATION CONTINUE

### SOINS INFIRMIERS EN SANTE MENTALE ROLE PROPRE DE L'INFIRMIER ENTRETIEN INFIRMIER URGENCES ET SITUATIONS DE CRISE

**CALENDRIER ET CONTENUS  
 DISPONIBLES SUR DEMANDE ET SUR [WWW.AFAR.FR](http://WWW.AFAR.FR)**

46, RUE AMELOT - 75011 PARIS  
 BP 436 75527 PARIS CEDEX 11  
[WWW.AFAR.FR](http://WWW.AFAR.FR)

TEL : 01 53 36 80 50  
 FAX : 01 48 05 31 51  
 E-MAIL : [FORMATION@AFAR.FR](mailto:FORMATION@AFAR.FR)

ESPACE DE FORMATION RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT

Propose, pour votre formation, des stages inter-établissements ou intra-muros sur les thèmes :

- **Prévention et gestion des risques**
  - Hygiène, douleur, maltraitance, prévenir la violence
- **Fonctionnement des institutions**
  - Dossier du client : transmissions écrites et orales
  - Elaboration et accompagnement de projet
  - Evaluation des pratiques professionnelles : douleur, soins ambulatoires, escarres...
  - Evaluation de l'activité de soins (SIIPS)
- **Actualisation des compétences cliniques**
  - **Certificat clinique en stomathérapie** : écoles de Paris et Lyon
  - Soins aux personnes stomatisées, mastectomisées, porteuses de plaies chroniques, souffrant de troubles de la continence.
- **Actualisation des compétences soignantes : la contribution des sciences humaines et juridiques**
  - Communication, aide et soutien psychologique.
  - Collaboration infirmière / aide-soignante, responsabilité juridique.
  - Encadrement des stagiaires, Soins infirmiers la nuit, Soins palliatifs.

**POUR TOUS RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :**

**ESFORD**  
 250, allée des Erables  
 69009 LYON  
 Tél. 04 78 47 55 60  
 Fax 04 72 17 09 75

Mme, Mlle, M. \_\_\_\_\_  
 N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

CNI 2005



Association Médicale Missionnaire  
Formations  
aux Missions Médicales



## Votre objectif

- Devenir acteur de la santé dans les pays en développement

## Notre objectif

- Vous proposer

### 4 MODULES ANNUELS de FORMATION



- ▶ **Pathologie Tropicale et Santé Communautaire**  
2 octobre - 22 décembre 2006
- ▶ **Initiation et perfectionnement en laboratoire de base**  
8 janvier - 9 février 2007
- ▶ **Promotion du développement sanitaire en milieu tropical**  
19 février - 30 mars 2007
- ▶ **Pathologie et hygiène en milieu tropical**  
14 mai - 29 juin 2007

#### RENSEIGNEMENTS

A.M.M. - 74 rue d'Ypres - 69004 LYON  
Tél. : 04 78 30 69 89 - Fax : 04 78 39 70 97  
Mail : [contact@ammformation.org](mailto:contact@ammformation.org)  
Site : <http://ammformation.org>



## Equilibre-Santé

Organisme de formation et  
Ecole de Sophrologie (reconnue par S.F.S)

27, rue des Causses  
Le Jardin des Lys, 91940 Les Ulis  
E-mail : [contact@equilibre-sante.com](mailto:contact@equilibre-sante.com)  
<http://www.equilibre-sante.com>  
Tel / Fax : 01-64-46-04-10

### Se former à la Sophrologie et à la Relaxation

- Sur 3 années en 24 week-ends
- 340 heures de cours théoriques et pratiques
- Présentation d'un mémoire devant un jury

### Approfondir et Réactualiser ses connaissances en Soins

- Infirmiers** : par modules
- S'appuyer sur l'approche de la clinique infirmière

### S'affirmer, apprendre à faire face, à faire sa place

- Développement des ressources de la personne
- Pour dynamiser l'engagement dans le soin
- Sortir de la victimisation : par ateliers

### Rencontrer la dimension interculturelle

- L'interculturel dans le soin
- Oser aller vers d'autres cultures
- Poser un nouveau regard sur soi-même

**Nous sommes à votre écoute**

Contact : *Mariama Guillard Infirmière Spécialiste Clinique*



## Accord Appel Médical / Sida Info Service / MNH

# La prévention des professionnels de santé

L'Appel Médical et la MNH s'associent à Sida Info Service afin de renforcer l'information et la prévention auprès des professionnels de santé via la plate-forme téléphonique mise en place à destination de ces derniers :

**VIH Info Soignants. (Tel : 0 810 630 515)**

Les trois partenaires présentent une plaquette destinée aux professions médicales et paramédicales : qu'ils soient infirmier(e)s, aides soignants, étudiants en soins infirmiers, pharmacien(ne)s, médecins, sages-femmes, en poste fixe ou en intérim... la prévention et la sensibilisation est indispensable à tout instant.

VIH Info Soignants répond 7 jours / 7 aux questions sur les hépatites, le VIH, les IST, les Accidents Exposants au Sang et sur les sujets aussi variés que les traitements, la virologie, la transmission, le dépistage, l'éthique, la recherche, la prise en charge sociale ou psychologique...

Imprimée à plus de 70 000 exemplaires, la plaquette de VIH Info Soignants sera largement diffusée durant l'année auprès des 25 000 intérimaires de l'Appel Médical et auprès de ses 6 600 clients établissements de santé ou de soins, via les correspondants de la MNH et au sein des instituts de formation de santé.

C'est ensemble que les partenaires de cette opération souhaitent apporter des réponses et un soutien aux professionnels de santé face aux nombreuses interrogations et questions issues du quotidien des soignants et du contact auprès des patients.

**Les établissements de santé ou instituts de formation peuvent en obtenir en se rendant dans une agence de l'Appel Médical ou en téléphonant au 0 800 240 533 (Numéro vert appel gratuit)**

# La prime de service

## pour les agents contractuels

*Dans tous les hôpitaux de France chaque année les agents contractuels employés dans la Fonction Publique Hospitalière font "la grise mine" car ils se trouvent exclus du versement de la prime de service, laquelle est réservée aux seuls agents titulaire et stagiaire.*

**P**ourtant l'arrêté du 24 mars 1967 qui fixe les conditions d'attribution de cette prime, stipule que : "...les personnels titulaire et stagiaire ainsi que les agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel peuvent recevoir des primes de service liées à l'accroissement de la productivité de leur travail...".

Néanmoins les Directions n'accordent pas cette prime aux agents contractuels en se référant à deux circulaires ministérielles de 1998 et 1999 lesquelles interdisent son versement aux agents contractuels dans la mesure où les textes qui permettaient initialement de l'attribuer ont été abrogés.

En effet, un décret du 26 septembre 1960, qui a donc été abrogé, attribuait cette prime à certains agents contractuels, lesquels étaient recrutés par jurys de concours. Le texte retenait ainsi le paiement de la prime de service : "*cet avantage était versé qu'aux seuls candidats retenus par les jurys de concours sur titre pour occuper des emplois permanents et recrutés à titre contractuel pour une durée de trois ans*".

L'abrogation du texte initial ayant été prononcée, logiquement la référence aux agents contractuels aurait dû disparaître de l'arrêté du 24 mars 1967. En ne rectifiant pas ce texte, le ministère a suscité plusieurs fois des interrogations de la part des établissements. En se contentant d'y répondre par l'intermédiaire de circulaires, il a sans aucun doute laissé la porte ouverte à des contestations juridiques qui prennent forme depuis quelques mois.

### Une jurisprudence qui évolue

Comme chacun sait, une circulaire ne peut créer du droit, d'autant plus qu'elle se situe au bas de la hiérarchie des textes. Juridiquement une circulaire ne peut que décliner ou préciser les éléments d'un décret ou d'un arrêté, en se tenant aux règles de droits définis dans ces textes. Les circulaires de 1998 et 1999 ne pouvaient donc pas supprimer une notion inscrite dans l'arrêté du 24 mars 1967.

Ainsi plusieurs tribunaux saisis par des agents contractuels ont accordé à des agents contractuels cette prime de service. Ils ont donc forgé une jurisprudence qui s'appuie essentiellement sur l'écrit de l'arrêté du 24 mars 1967 et qui rejette les circulaires de 1998 et 1999. Ce retournement de la jurisprudence permet-il d'envisager à terme le versement de la prime de service aux agents contractuels ? Tout est possible mais rien n'est encore sûr. Il semble que cette évolution de la jurisprudence n'ait pas échappé à la Direction de l'Hospitalisation et de l'organisation des Soins (DHOS) qui dans une note à la Fédération hospitalière de France révèle son étude sur l'incidence financière du versement de cette prime. Toutefois si la DHOS a étudié l'aspect financier, elle envisage également de couper court à une telle attribution en modifiant le texte pour écarter définitivement les agents contractuels, bien qu'elle soit consciente de l'iniquité qui existe entre ces agents et les titulaires.

### Forcer le destin

Comme vous le savez, le ministère est rarement pressé pour accorder plus d'argent à ces agents, il compte engager des discussions sur ce sujet avec les différents partenaires sociaux (essentiellement les syndicats confédérés et la FHF qui représentent les directeurs d'hôpitaux). La CNI, qui ne sera pas conviée à ces discussions, craint fortement que ces pourparlers ne servent qu'à enterrer le problème.

La CNI pense que les agents contractuels doivent forcer le destin en obligeant le ministère à leurs verser cette prime, pour cela il faut multiplier les requêtes pour asseoir la jurisprudence. Nous proposons donc aux agents contractuels de forcer le destin en demandant officiellement à leur Directeur Général que cette prime leur soit attribuée (*voir courrier type*).

Attention pour faire cette demande, il faut avoir au moins travaillé une année civile pleine du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Les personnes qui souhaitent faire cette demande doivent se faire connaître auprès de la Coordination Nationale Infirmière car il est impératif que nous connaissions les personnes et les dates d'envoi des lettres afin de programmer ensuite la requête au Tribunal. Les demandes peuvent concerner des ex-contractuels devenus depuis stagiaires ou titulaires car celles-ci peuvent être formulées pour les années antérieures dans la limite de 4 ans.

Ce courrier au Directeur Général doit être envoyé en recommandé ●●●

avec accusé-réception en tant que "recours hiérarchique préalable" lequel pourra permettre ensuite de faire une requête devant le Tribunal Administratif en cas de refus de celui-ci. Il faut savoir que le Directeur peut ne pas répondre à votre courrier et qu'au bout de 2 mois, ce "silence" équivaut à un refus implicite.

## Faire une requête au Tribunal

Le Directeur Général ne disposant pas des fonds prévus pour vous verser cette prime, logiquement celui-ci devrait répondre négativement à votre recours préalable, soit en le signifiant par écrit, soit en gardant le silence.

Au bout de 2 mois suivant votre recours hiérarchique vous pouvez déposer une requête auprès du tribunal Administratif. Pour cela, la CNI vous fournira les arguments juridiques à mettre en avant dans cette requête.

**Pierre BERTAUD**  
CNI Poitiers ■

## LA LETTRE TYPE

Mme ou Melle ou M. X  
Adresse personnelle  
Qualité (IDE, AS, ....)  
Service de .....

Paris le .....

Objet : prime de service

Lettre en Recommandé A/R

à Monsieur le Directeur Général  
du CH de .....  
adresse de l'hôpital

Monsieur le Directeur,

Par la présente, je vous sollicite en tant qu'autorité hiérarchique, afin que je puisse bénéficier de la prime de service liée à l'accroissement de la productivité du travail, telle qu'elle est définie dans l'arrêté du 24 mars 1967 et qui stipule que celle-ci est accordée aux agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel.

Je suis employé(e) du CH de ..... depuis le..... et j'exerce mes fonctions dans les mêmes conditions de travail que les agents titulaires et stagiaires et selon les mêmes contraintes. Je constate que contrairement aux dispositions prévues dans l'arrêté du 24 mars 1967 je ne bénéficie pas du versement annuel de la prime de service.\*

Je vous demande donc de bien vouloir m'attribuer cette prime au titre de l'année 2005 et des années antérieures (de 2001 à 2004).

Je vous prie de recevoir, Monsieur le Directeur, l'expression de mes respectueuses salutations.

Signature

*\* si vous êtes stagiaire ou titulaire faite votre demande au titre des années antérieures quand vous étiez contractuel (attention considérez toujours les années pleines)*

## Arrêté du 24 mars 1967 modifiant les conditions d'attribution de **primes de service** aux personnels de certains établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

(Journal officiel du 5 avril 1967 et rectificatif J.O. du 12 mai 1967)

### Modifié par :

- Arrêté du 5 février 1969 (J.O. du 7 mars 1969)
- Arrêté du 21 mai 1970 (J.O. du 19 juin 1970)
- Arrêté du 8 avril 1975 (J.O. du 20 avril 1975)

- Arrêté du 12 janvier 1983 (J.O. - N.C. du 21 janvier 1983).

### Article 1<sup>er</sup>

Dans les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics dont la gestion économique et financière est retracée dans

les comptes d'exploitation prévus au plan comptable et dont les recettes sont définies par la fixation de prix de journées remboursables par les régimes de sécurité sociale ou par aide sociale, les personnels titulaires et stagiaires ainsi que les agents des services hospitaliers recrutés à titre contractuel peuvent recevoir des primes de

service liées à l'accroissement de la productivité de leur travail dans les conditions prévues au présent arrêté.

**(Arrêté du 21 mai 1970, art. 1<sup>er</sup>)** "Sont également admis au nombre des bénéficiaires des primes de service les anciens malades tuberculeux stabilisés recrutés en qualité d'auxiliaires permanents par les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics.

"En ce qui concerne le personnel médical, seuls peuvent percevoir la prime de service les médecins des hôpitaux psychiatriques départementaux et interdépartementaux et les médecins des services antituberculeux qui, pour l'application des dispositions de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1968, ont demandé à conserver le bénéfice de leur statut antérieur".

**(Arrêté du 12 janvier 1983, art. 1<sup>er</sup>)** "Le bénéfice des primes de service est étendu aux personnels, mentionnés au premier alinéa, de l'établissement d'hospitalisation public départemental de Saint-Pierre-et-Miquelon".

## Article 2

**(Arrêté du 5 février 1969, art.1er)** " Dans chacun des établissements visés à l'article 1er du présent arrêté, le crédit global qui peut être affecté au paiement des primes de service est fixé pour un exercice donné à 7,5 p. 100 du montant des crédits effectivement utilisés au cours dudit exercice pour la liquidation des traitements budgétaires bruts des personnels en fonctions pouvant prétendre au bénéfice de la prime"

(Cette disposition prend effet au 1<sup>er</sup> juin 1968. Pour la période de l'exercice 1968 restant à courir à compter de cette date, le taux de 7,5 p. 100 sera appliqué au montant des crédits effectivement utilisés au cours de cette période pour la liquidation des traitements des personnels en fonctions au cours de la période allant du 1<sup>er</sup> juin au 31 décembre 1968 et pouvant prétendre au bénéfice de la prime. **(Arrêté du 5 février 1969, article 1<sup>er</sup>)** ).

Dans la limite des crédits définis à l'alinéa précédent, les montants individuels de la prime de service sont fixés, pour un service annuel complet, en considération de la valeur professionnelle et de l'activité de chaque agent.

## Article 3

**(Arrêté du 8 avril 1975)**

La prime de service ne peut être attribuée au titre d'une année qu'aux agents ayant obtenu pour l'année considérée une note au moins égale à 12,5. L'autorité investie

du pouvoir de nomination fixe les conditions dans lesquelles le montant de la prime varie proportionnellement aux notes obtenues sans qu'il puisse excéder 17 p. 100 du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la prime est attribuée.

Pour tenir compte des sujétions journalières réelles, toute journée d'absence entraîne un abattement d'un cent quarantième du montant de la prime individuelle. Toutefois, n'entraînent pas abattement les absences résultant :

- du congé annuel de détente ;
- d'un déplacement dans l'intérêt du service ;
- d'un congé consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- d'un congé de maternité.

Une absence de quatre heures est comptée pour une demi-journée et une absence de huit heures pour une journée :

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

## Article 4

**La prime de service est attribuée :**

En ce qui concerne le personnel de direction, les médecins visés à l'article 1er les pharmaciens, les économistes, les chefs des services administratifs et secrétaires de direction des hôpitaux psychiatriques, les agents des instituts médico-pédagogiques publics non rattachés à un établissement public et les agents des établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance nommés par le préfet, par décision du préfet, sur proposition du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale.

**En ce qui concerne les autres agents :**

Par décision du président de la commission administrative, sur proposition du directeur économiste, dans les hôpitaux et hospices comptant 200 lits au plus ;

Par décision du directeur général ou du directeur dans les autres établissements.

Le montant de la prime attribuée par décision du préfet pour les personnes notées à l'échelon national est déterminé conformément aux directives du ministre des affaires sociales.

## Article 5

Les dépenses relatives à la prime de service sont imputées à un compte spécial

ouvert dans la classe VI. Ce compte fait l'objet d'une inscription provisionnelle lors de l'établissement du budget, le montant des crédits disponibles pour le paiement de la prime étant arrêté en fin d'année sur la base définie à l'article 2 ci-dessus.

La prime de service est payable à terme échu et n'est pas soumise à retenue pour pension. En ce qui concerne les personnels stagiaire et contractuel, elle est ajoutée aux autres éléments de la rémunération pour le calcul des cotisations dues au titre du régime de sécurité sociale.

La cotisation patronale du régime de sécurité sociale et le versement forfaitaire sur les salaires afférents à la prime de service sont imputés sur les comptes qui supportent ces dépenses au titre des traitements.

Les comptables assignataires vérifient les modalités de calcul du crédit global affecté au paiement de la prime.

## Article 6

Les modalités d'attribution définies aux articles ci-dessus sont appliquées aux primes de service allouées au titre des années 1966 et suivantes, les dispositions des arrêtés des 13 mars 1962, 5 août 1963 et 22 janvier 1965 continuant d'être applicables aux primes de service dues des années antérieures et non encore liquidées.

2<sup>e</sup> alinéa abrogé à compter du 1<sup>er</sup> juin 1968 par l'arrêté du 5 février 1969, art. 2.

Pendant une période transitoire de cinq années le montant global des crédits affectés au paiement de la prime de service ne pourra être inférieur, à effectifs constants dans un établissement déterminé, à celui effectivement utilisé pour le paiement de la prime de service de l'année 1965.

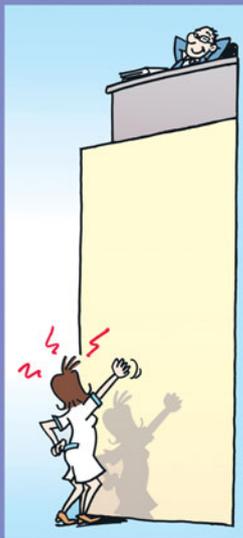
## Article 7

L'octroi de la prime de service est exclusif de l'octroi des primes et indemnités visées aux articles 4 et 5 de l'arrêté du 5 mai 1958 et à l'article 3 de l'arrêté du 7 mai 1958.

## Article 8

Le chef du service des établissements au ministère des affaires sociales, le secrétaire général pour les départements d'outre-mer au ministère d'Etat chargé des départements et territoires d'outre-mer, le directeur général des collectivités locales au ministère de l'intérieur et le directeur du budget au ministère de l'économie et des finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

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



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



REJOIGNEZ LE SYNDICAT PROFESSIONNEL

**C**  
**N**  
**I** **COORDINATION**  
**NATIONALE**  
**INFIRMIERE**



## Coordination Nationale Infirmière

270 boulevard Sainte-Marguerite  
Hôpital Sainte-Marguerite  
13009 MARSEILLE  
6508 / RC 1249 / 1

Tél. 04 91 74 50 70  
Fax. 04 91 74 61 47  
GSM : 06 64 41 78 65

Courriel : [coord-nat-inf@wanadoo.fr](mailto:coord-nat-inf@wanadoo.fr)

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

### PROTECTION JURIDIQUE

Nous faisons certes le plus beau métier  
du monde.

Mais il n'est pas sans risque.

En tant que membre de la CNI, bénéficiez  
d'une Protection Juridique de qualité,  
à un tarif préférentiel.

**NOS EXIGENCES SERONT NOS VICTOIRES**  
**NOS COMBATS SERONT LES VOTRES**

**La Coordination Nationale Infirmière est un syndicat  
professionnel depuis 1990, représentatif, indépendant  
et sans appartenance politique.**

**Il fonctionne grâce aux cotisations.**

**La dynamique du syndicat est impulsée par les adhérents  
régulièrement consultés par les responsables, tous des  
professionnels de santé en activité.**

**Vous suivez ou avez suivi 3 ans de formation en soins  
infirmiers.**

**Vous êtes étudiant, IDE, PDE, IBODE, IADE, CS, CSS, DSS.**

**Vous travaillez dans le secteur public, privé et libéral.**

**Vous êtes confrontés à :**

- Des conditions de travail pénibles.
- La dégradation de la qualité des soins.
- Des salaires en inadéquation avec la formation, les compétences, les responsabilités de notre profession.

**La réorganisation de la politique de santé nationale implique :**

- Répercussions sur les établissements (*pôles d'activité, T2A...*).
- Répercussions sur la profession (*transfert de compétence, démographie infirmière...*).
- Répercussions sur la prise en charge des usagers (*réforme de la sécu, difficulté d'accès aux soins...*).

**Sans information, ni concertation des professionnels**

**Vous ne pouvez vous exprimer ni vous défendre**

### Nos combats, nos projets :

■ **Obtention d'une rémunération correspondant au niveau de compétences et de responsabilités avec :**

- Pour le public et le privé l'ouverture de négociations sur les grilles salariales.  
Suppression de la classe supérieure dans le public.

- Pour les libéraux une augmentation significative des honoraires,  
déplacements et baisse des charges sociales identiques aux médecins libéraux.

■ Faire reconnaître des indicateurs de charges en soins pertinents pour mettre en adéquation les effectifs avec la charge de travail.

■ Promouvoir la qualité des soins en garantissant de meilleures conditions de travail aux soignants.

■ Bonification du cinquième pour le calcul de la retraite lié à la pénibilité du métier comme la pénitentiaire et la police.

■ Mise en place d'un cursus universitaire : Licence Master Doctorat.

■ Création d'une spécialité en psychiatrie et une augmentation des moyens humains, prise en charge complète « dépistage, traitement, suivi » des patients.

■ Dénoncer l'exercice illégal de la profession.

■ Soutien à la création d'un ordre infirmier pour une représentation de la profession au niveau national, européen et international.

■ Veiller au respect de l'éthique et des règles déontologiques.

■ Permettre un meilleur accès à la formation continue.

# La CNI : La voix des soignants

## Localement

**Pour le public**, les représentants syndicaux de la CNI assurent la défense et le soutien individuel des agents, diffusent les informations, interviennent dans les services et auprès des directions en tant que négociateurs.

Ils sont également présents et représentatifs dans les instances suivantes :

**CA** : le Conseil d'Administration, instance décisionnelle, définit la politique de l'établissement.

**CTE** : le Comité Technique d'Établissement est une instance consultative. Les représentants syndicaux émettent un avis sur les grands axes de gestion de l'établissement tels que : budget, projet d'établissement, bilan social, plan de formation organisation de travail.

**CAP** : la Commission Administrative Paritaire, instance consultative, concerne l'évolution de carrière professionnelle de l'agent (titularisation, échelon, grade, révision de note, conseil de discipline...).

**CAPD** : la Commission Administrative Paritaire Départementale a les mêmes prérogatives que la CAP pour les établissements qui ne relèvent pas d'une commission locale.

**CHSCT** : le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail, instance consultative et décisionnelle, assume la triple mission de prévention, de contrôle et d'étude dans son domaine de compétence. Il s'articule avec le CTE.

**Commission de Réforme** : elle permet aux représentants syndicaux de soutenir et de défendre les agents dans le cadre particulier des maladies professionnelles et des accidents de travail.

**Pour le privé**, les représentants de la CNI assurent les négociations avec votre entreprise et articulent leurs interventions selon les conventions collectives, les règlements intérieurs, le code du travail et les instances spécifiques.

Au sein de ces instances, les représentants syndicaux participent aux débats, aux votes.

Ils adressent également une liste de questions et/ou dossiers qu'ils soumettent à la direction.

## Nationalement

**Défendre les intérêts des soignants quelque soit le secteur d'activité**

Les membres du bureau national de la CNI assument la responsabilité de porte parole des revendications de la profession auprès des pouvoirs publics. Les demandes et les attentes des adhérents leur sont transmises par les représentants locaux.

### Nos objectifs :

■ Rassembler les infirmières pour faire valoir nos exigences professionnelles,

■ Peser sur les décisions dans nos instances régionales et nationales,

■ Promouvoir l'expertise infirmière.

### Nos Victoires :

■ Application du protocole Durieux.

■ Reconnaissance en maladie professionnelle de la contamination par le VIH.

■ Formation sur l'expertise juridique infirmière.

■ 32 heures 30 de Nuit.

■ Décret sur les quotas infirmiers en réanimation.

■ Évolution du décret de compétence : inclus dans le code de la santé publique.

■ Arrêté contre l'exercice illégal de la profession : certification des aides opératoires dans le privé.

**LE NOMBRE DE SIEGES EST DEFINI PAR LES RESULTATS OBTENUS AUX ELECTIONS PROFESSIONNELLES**

**VOTRE VOTE EST ESSENTIEL**

**J'ADHÈRE À LA COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE  
JE REÇOIS SA REVUE PROFESSIONNELLE CHAQUE SEMESTRE**

La cotisation à la CNI est annuelle :

■ **IDE : 70 €**   ■ **Etudiant IFSI : 15 €**

cotisation déductible des impôts : 66%

*Par mon adhésion à la coord', je peux accéder à une assurance professionnelle au tarif préférentiel de 1,70 € par mois, soit 20,40 € par an*

## BULLETIN ADHESION

NOM : ..... Nom de jeune fille : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL : ..... PORTABLE : ..... MAIL : .....

HÔPITAL : ..... SERVICE : ..... GRADE.....

Je joins à ce bulletin un chèque de 70 € (ou 15 €) à l'ordre de : Coordination Nationale Infirmière  
et je l'envoie à syndicat Coordination Nationale Infirmière BP 46 - 33603 PESSAC CEDEX

Par mon adhésion à la coord', je peux accéder à une assurance professionnelle (*protection juridique*)  
au tarif préférentiel de 1,70 € par mois, soit 20,40 € par an.

L'adhésion se fait par année civile : ex si on adhère au mois de mars on paiera 10 mois x 1,70 € = 17 €

Je souhaite prendre l'assurance professionnelle (*un bulletin d'adhésion me sera alors envoyé dans les prochains jours*)

Je ne souhaite pas prendre l'assurance professionnelle



# Point d'étape sur les revendications

*En tant qu'IDE Territoriales, notre profession est régie par des textes émanant du Ministère de la Santé, en application des orientations de santé publique.*

*Nos missions s'exercent au sein des collectivités territoriales sous les directives du Ministère de l'Intérieur en application des mêmes lois de santé publique selon les politiques locales.*

**D**epuis bientôt 3 ans nous avons obtenu une révision de notre statut qui devait permettre la parité complète avec le statut des IDE de la FPH.

À ce jour un certain nombre de disparités perdurent. Nous avons pu rencontrer en Octobre 2004 une équipe de techniciens du Ministère de l'Intérieur pour leur présenter nos demandes.

**À noter en préambule :** Il n'existe pas de définition dans les décrets (1992, 2003) de la fonction, de Cadre de Santé ou d'infirmier agent de catégorie B, autrement qu'"en fonction de ses qualifications".

Une définition figure et est explicitée pour tous les collègues de la filière médico-sociale, (assistants territo-

riaux socio-éducatifs, administratifs...) pour les agents de catégorie B. De plus pour les collègues en catégorie A, (puéricultrices, cadre socio-éducatifs, sages-femmes...) il est spécifié une liste des possibilités de lieux d'exercice de leur poste (services sociaux, établissements sanitaires...).

**Nous demandons** que figurent des indications similaires comme : direction d'établissement sanitaire et social, service de santé publique, responsabilité de circonscription, direction CCAS... afin que soit levée toute ambiguïté lors des recrutements pour ces divers postes d'encadrement. Il en va de l'avenir des postes de cadre de santé pour les infirmier(e)s de la F.P.T.

**Voici point par point la présentation de ces disparités :**

### Application des nouveaux statuts

**J.O des 23 et 24/07/03, décrets 2003-676 et 2003-683 :**

#### • reprise de l'ancienneté

Une majorité des collectivités a appliqué ces décrets en reprenant toute l'ancienneté dans la fonction d'infirmière. Nous trouvons de nombreuses variations de refus. Ces refus s'appuient essentiellement sur une argumentation limitant la reprise d'ancienneté au personnel infirmier recruté à partir de 1992, décret du 28/08/92 modifiant la loi du 26/01/84. D'autres, sur le fait que l'article 4 prévoit un concours après inscription sur liste d'aptitude pour une intégration. Le personnel recruté avant 1992 l'a été selon la loi en vigueur, après concours sur titre mais sans inscription sur liste d'aptitude. La règle pour tout recrutement de fonctionnaire depuis la création de la fonction publique est : le concours.

**Nous demandons** que soient levées toute ambiguïté et toute possibilité d'interprétation restrictive de ces articles, car ces interprétations éliminent tout personnel recruté avant 1992. Nous pensons que le législateur n'a pas voulu cela.

#### • revalorisation des pensionnés

Ces revalorisations sont donc fixées par décrets parus au J.O les 25 et 26

juillet 2003, applicables au 01/01/2004. - Le 21/08/2003 paraît la Loi sur les retraites qui dit que les retraités ne peuvent plus bénéficier des reclassements catégoriels prévus pour les personnels en activité, texte applicable au 01/01/2004.

- Le 26 décembre 2003 paraît le décret n°2003-1306 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la C.N.R.A.C.L.

Les dates d'application des deux premiers textes sont similaires, la CNRACL refuse d'appliquer le premier. Elle ne tient pas cas de l'article 65 paragraphe IV du décret n° 2003-1306 qui vient renforcer la loi du 21/08/2003 relative aux retraites.

Le décret n° 2003-1306 dans son article 65 paragraphe IV prévoit "la révision des pensions concédées aux fonctionnaires et à leurs ayants causes à la date de suppression de leur corps ou grades lorsqu'une réforme statutaire, intervenue avant le 1<sup>er</sup> janvier 2004, a décidé leur mise en extinction". Il s'agit bien du cas des infirmiers hors classe dont le grade disparaît.

**Nous demandons** à ce que nos collègues pensionnées hors classe ne soient à nouveau défavorisées du fait du calendrier, en appliquant le décret n°2003-1306.

Les nouveaux statuts relèvent les précédents, nettement défavorables à la profession infirmière, par rapport aux hospitaliers et aux collègues médico-sociaux. La revalorisation appliquée aux pensionnés jusque dans la reprise de leur ancienneté n'est pas une mesure habituelle, elle ne s'explique qu'en rattrapage exceptionnel d'une situation antérieure.

**Nous demandons** pour les infirmiers de classe normale et de classe supérieure, dont le grade est maintenu, que la mesure les concernant puisse prendre effet au plus tard au 31/12/2003 (mesure accordée aux hospitalières).

### Application des décisions du Conseil d'Etat

**Application des décisions du Conseil d'Etat relatives au classement en catégorie B active (retraite à 55 ans).**

La décision du Conseil d'Etat du 21/05/2003, répondant aux requêtes n°24 74 35 et 24 46 91, entérinée par

le Conseil d'administration de la CNRACL le 17/12/2003 : accorde le bénéfice de la catégorie B active aux infirmiers de la F.P.T.

*"au regard de la jurisprudence et de la définition donnée par le Code de la santé publique, les infirmiers de la F.P.T doivent, pour bénéficier de la catégorie active, être affectés dans un centre de santé et pratiquer des soins infirmiers, des soins d'hygiène et d'aide spécifique pour les actes essentiels de la vie quotidienne...ils doivent donc être en contact direct et permanent avec des malades... je précise que les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et des actions sociales. Ils peuvent avoir une appellation différente : centre médico-social"... (extrait de réponse de la CNRACL à un agent).*

À ce jour, la CNRACL se réserve arbitrairement le droit d'accepter ou non cette possibilité, après étude des demandes cas par cas. Cette situation amène les collègues demandant à bénéficier d'un départ à la retraite à faire appel au tribunal administratif.

**Nous demandons : que les arrêtés du Conseil d'Etat soient respectés. Le temps nécessaire à un départ à la retraite dans les conditions accordées à la catégorie active est de 15 ans de fonction dans cette catégorie dans la fonction publique où l'agent termine sa carrière. La CNRACL est l'organisme traitant les retraites des agents de la Fonction Publique Territoriale et Hospitalière, nous demandons donc, vu la pénibilité de cette profession que soit pris en compte le temps global de la carrière en catégorie B active.**

### Un grade de Cadre de Santé

**Un grade de Cadre de Santé, agent de catégorie A est créé par décret n° 2003-676, J.O n°171 du 23/07/03.**

**Nos constatations, nos demandes :**

• L'alignement sur le statut des infirmiers de la fonction publique hospitalière est incomplet. Le grade de cadre supérieur de Santé n'est pas prévu. **Nous demandons** sa création. ●●●

- Il apparaît dans le décret la possibilité d'un quota d'intégration de Cadre de Santé F.P.H en F.P.T. pour 10%. La réciprocité ne figure pas dans le statut de l'I.D.E hospitalière.

**Nous demandons** que soit mentionné clairement cette réciprocité dans les statuts de la F.P.H

- La spécificité de nos missions au sein des collectivités territoriales n'est pas en adéquation avec le contenu de la formation préparant au D.E de Cadre de Santé, orienté actuellement vers l'hospitalier (un D.E de cadre infirmier de Santé Publique a existé puis a été supprimé).

Les postes à responsabilité, dans le secteur médico-social, assurés par nombre de collègues, les ont amenés à suivre des formations universitaires spécifiques : exemple du D.U Coordinatrice de service de soins à domicile, maîtrise ou DESS de Sciences Sanitaires et Sociales...

**Nous demandons** la validation d'un certificat d'aptitudes aux fonctions d'infirmiers Cadre de Santé Territorial au personnel titulaire de formations spécifiques adaptées aux postes de la FPT, OU la possibilité d'obtenir une équivalence avec l'inscription de ce certificat au registre des V.A.E.

**Nous demandons** des dispositions transitoires et adaptées pour les I.D.E exerçant des postes à responsabilité depuis des années et n'ayant pu

accéder au grade hors classe, puis de cadre de santé.

## Accès aux formations

L'accès à la formation préparant au diplôme de cadre de santé, onéreuse, est rarement accordé. Une possibilité serait une aide par financement Congé Individuel Formation (C.I.F.).

Le C.N.F.P.T, organisme collecteur pour la F.P.T, met son veto aux demandes de C.I.F au prétexte (renseignement téléphonique) que ses obligations augmentent sans moyens supplémentaires.

**Nous demandons** qu'il soit intimé au C.N.F.P.T la recommandation d'appliquer ses tâches, et pour le moins d'étudier les dossiers.

## Détachement

Les collègues recrutés sur détachement ne bénéficient pas de la reprise d'ancienneté. Or :

- la loi du 26/01/84 énonce le principe de conditions de recrutement communes à l'ensemble des Fonctions Publiques,
- le fonctionnaire ayant opté pour la Fonction Publique Territoriale ne dépend plus de sa fonction d'origine.

**Nous demandons** que dans ce cas toutes les mesures concernant sa nouvelle fonction publique lui soient

accordées, toujours dans un souci d'équité.

## Retraite

- Le coût du rachat des années d'études (effectuées dans des écoles privées onéreuses faute de place en écoles publiques) est calculé sur la base de la rémunération de fin de carrière alors qu'il n'était pas possible jusque-là.

- Dans le statut hospitalier, le total pris en compte pour la retraite est bonifié d'une année par décennie.

**Nous demandons** que cela soit pris en compte pour les Territoriaux.

Aujourd'hui malgré les appels incessants de François Izard (*président de la CNI*) au Ministère de l'Intérieur nous n'arrivons pas à être reçus pour faire le point sur la "non-réponse" à l'exposé argumenté de ces différents problèmes. Il semblerait que notre Ministre de tutelle M. Sarkozy ait donné des consignes à ses services afin qu'il ne reçoivent plus directement les organisations syndicales.

Le seul moyen de faire avancer les choses d'après eux est de contacter le maximum d'élus et de faire marcher le "lobbying politique".

**Pascale PARIS**  
Présidente AIFPT ■

## CONGRES INFIRMIER TERRITORIAL A BREST

Les 18 et 19 mai 2006 l'Association des Infirmières de la Fonction Publique Territoriale (AIFPT) a organisé un congrès sur Brest. Des infirmières travaillant dans les collectivités locales sont venues de toute la France. La Coordination Nationale Infirmière était invitée pour y participer. Le thème principal était la responsabilité infirmière.

Les intervenants étaient d'une grande qualité et nous félicitons les infirmières de Brest pour cette organisation.

François IZARD, président de la CNI et expert judiciaire auprès des tribunaux a été modérateur et a pu donner des informations sur l'actualité aux congressistes.

Les dates de congrès avec la présence de la CNI :

- Après Reims et Lyon en juin, la CNI sera présente au Salon Infirmier à Paris les 25,26 et 27 octobre prochain.



# Plaies chroniques et consultation Infirmière

*Plaie et infirmière, deux mots qui s'allient et se relancent la balle l'un l'autre. Laver, soigner et panser ont la part belle, tant dans notre rôle délégué que dans notre rôle propre et définissent, à eux seuls, la trilogie du soin des plaies chroniques. (Ex : article 3 et 5 - décret de compétence relatif à l'exercice professionnel).*

**Laver**, c'est ôter les souillures, préparer le lit de la plaie et préserver la qualité de la peau péri lésionnelle. Une plaie chronique se nettoie à l'eau ou l'eau savonneuse. Par défaut, on utilise du sérum physiologique, abondamment, parfois sous pression, ou optimisé par des systèmes de sortie en jet (ex : Jetox®). La toilette est le premier acte du soin, efficace, préventive (altération cutanée), curative (lutte contre l'infection), palliative (confort), indispensable.

**Soigner**, c'est prendre du recul, réunir nos connaissances et faire des liens entre tels et tels symptômes afin d'aller au plus près du patient, en établissant un ou des diagnostics infirmiers. ●●●

Par exemple : ulcération du membre inférieur + insuffisance veineuse = ulcère veineux, éducation du patient, contention, pansement, surveillance... C'est aussi "prendre soin" en écoutant et dialoguant, tout simplement, tout soignant.

**Panser**, c'est finaliser l'ensemble d'une démarche en appliquant un ou plusieurs pansements, selon ses ressources (ex : pays en voie de développement) et dans le respect de concepts modernes ayant fait preuve de leur efficacité, comme la cicatrisation en milieu humide contrôlé (Winter, 1962).

## La consultation infirmière

Elle suit cette logique de soin et tend à l'améliorer par une organisation spécifique et une liberté d'action. Pour ma part, cette aventure a commencé, il y a cinq ans déjà, de l'alchimie d'un besoin des patients, d'un objectif personnel et d'un soutien institutionnel.

**Consulter** : la consultation infirmière en plaies et cicatrisation n'est ni une salle de soins, ni une "sous-consultation" médicale. Y sont initiés non seulement les protocoles mais aussi la prise en charge globale du malade autour de la problématique de la plaie, ainsi que le lien avec le domicile. Si besoin, d'autres interlocuteurs sont appelés à la rescousse (diététicienne, kinésithérapeute, chirurgien, etc.) jusqu'à transformer la visite en véritable "plaque tournante" autour du patient, plus communément appelé "consultation interdisciplinaire".

**Exemple du contenu d'une consultation pour la prise en charge d'une escarre de stade 4** : soins / élaboration du protocole / mise en place de supports d'aide au traitement en fonction du domicile et du mode de vie / éducation patient et entourage / contact infirmière libérale / lien médecin référent / évaluation diététique / etc.

**Chercher** : l'application de techniques de pointe et l'utilisation d'outils ou de produits innovants est essentiel lorsqu'on se spécialise vers un pôle d'activité déterminé. Mais devancer, chercher et apporter des preuves d'efficacité là où le doute subsiste permet

d'offrir des perspectives et une plus grande qualité de soins aux malades. La recherche clinique infirmière à toute sa place, même si cette démarche est encore marginale et trop peu motivée et enseignée. Dans la réalisation de ce travail, le facteur temps est essentiel. La recherche clinique est une affaire de patience, de constance, de rigueur et de motivation. Le deuxième paramètre indispensable est d'accepter de se faire aider par des professionnels habitués à ce type d'exercice (experts, biostatisticiens, techniciens de recherche clinique, etc.). Un projet se réalise en équipe.

**Exemple des radiodermites consécutives à la radiothérapie** : à ce jour, il n'existe pas de consensus pour leur traitement. Chacun y va donc de sa propre initiative, selon des critères les plus souvent subjectifs. À l'Institut Curie, nous travaillons depuis un an sur une étude randomisée (= tirage au sort), incluant 200 patients et comparant l'efficacité de l'acide hyaluronique versus émollient simple sur ce type de lésions cutanées. Cette recherche mobilise quelques heures par semaine : deux radiothérapeutes, une infirmière, un attaché de recherche clinique, le service de biostatistique et l'infirmière experte en plaies et cicatrisation initiatrice de cette étude (+ les services ponctuels du fabricant partenaire).

**Être au service** : en ville comme à l'hôpital, on se doit d'être spécialiste non seulement pour les patients mais aussi pour nos collègues, eux-mêmes pris et concentrés par leurs activités propres. On ne peut pas tous « tout savoir » et il faut donc mettre ses connaissances au service des autres. Deux notions s'expriment à travers cette entente : travail d'équipe (une fois encore !) et formation continue.

**Exemple des plaies et cicatrisation à l'Institut Curie** : aidée des correspondants dispersés au sein de chaque unité de soins, l'expert joue un rôle transversal et répond à l'appel des services lorsque des plaies posent des difficultés et nécessitent un geste délicat (ex : détersion) ou l'élaboration d'un protocole de soins.

**Publier, communiquer** : il ne s'agit pas là d'aller fanfaronner, voyager ou se montrer ! Exposer ses travaux est une

véritable activité qui permet de s'ouvrir aux critiques, d'échanger et de partager son expérience. Ces exercices sont en général très formateurs. Ils font prendre du recul par rapport au quotidien et nous obligent à acquérir une méthode, un esprit de synthèse (ex : poster) et un discours scientifique (ex : communication orale). Outre l'intérêt personnel et/ou institutionnel que cela représente, la diffusion des travaux infirmiers est une autre façon, peut être moins militante que d'autre, de montrer que les paramédicaux ont des choses à dire et à faire. Contrairement aux idées reçues, publier est accessible à tous.

**Exemple : la réalisation d'un poster** sur quelques cas cliniques de patients porteurs de plaies (ex : escarre), illustrés (photo), observés pendant un temps "t", sur une population ciblée (ex : personne âgée), selon un protocole défini (ex : alginate), peut être soumis au conseil scientifique d'un congrès (ex : Congrès des Plaies et Cicatrisation), par l'envoi d'un abstract (= résumé).

**Former** : En animant une consultation de plaies et cicatrisation, on devient peu à peu référent, spécialiste ou expert. On développe un savoir, comme toute autre personne qui se concentre sur un domaine d'activité bien particulier. Divulguer ce savoir via des actions de formation est un gage de pérennité et de développement. Le temps dédié à ces formations est un investissement pour l'avenir.

## Conclusion

L'organisation de cette consultation infirmière est reproductible. Dans ce dessein, elle doit s'inscrire dans une dynamique institutionnelle (ou réseau). L'installation est toujours longue et progressive, parsemée de satisfactions (petites et grandes), d'embûches et/ou d'incertitudes. L'infirmière initiatrice doit donc garder le cap, accepter de se faire aider et conseiller et ne jamais oublier la motivation initiale de son projet : toujours "plus" et "mieux" pour le malade.

**Isabelle FROMANTIN** ■

*Infirmière expert Plaies et Cicatrisation  
Institut Curie, Paris 5<sup>ème</sup>*

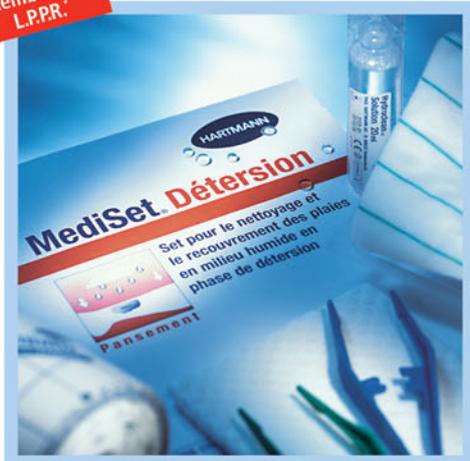
# MediSet® Déterision avec Hydroclean® active



Nouveau ! pré-acti



Remboursé  
L.P.P.R.\*



\*Liste des Produits et Prestations Remboursables

## Le set de soins pour la déterision des plaies nécrotiques

**MediSet® Déterision** est conçu pour toutes les plaies nécrotiques sèches ou humides, infectées ou non. Pour faciliter votre pratique quotidienne le pansement irri-go-absorbant **Hydroclean® active**, contenu dans les sets, est maintenant pré-acti-é.

**Autres nouveautés :** **MediSet® Déterision** contient une curette à usage unique et 10 doses de solution isotonique pour le nettoyage de la plaie.

**MediSet® : les soins à domicile en toute sécurité.**

HARTMANN



Pour tous renseignements, contactez notre infirmière conseil au : **N° Vert 0 800 17 37 57**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

# Les Plaies cancéreuses

La prise en charge des plaies cancéreuses pose de nombreux problèmes, tant pour les soignants que pour la personne soignée. En effet ces plaies mutilantes sont souvent synonymes de : saignements, odeurs, douleurs, écoulements, colonisation. Il faut donc que le soin tienne compte de chacun de ces risques. Liées à la maladie cancéreuse, l'évolution de ces plaies dépend directement de la réponse aux traitements locaux ou généraux (radiothérapie, chimiothérapie). Les patients, déjà fatigués moralement et physiquement par les traitements, leurs longueurs et leurs incertitudes vivent mal ce stigmate de la maladie et ont légitimement des exigences de confort et d'esthétisme. Il est possible d'y répondre par des protocoles adaptés. Le soin ne sera réellement efficace que dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire (IDE libérales et hospitalières, psycho-oncologue, médecins...).

## Histoire de la maladie

Mme D., 47 ans, célibataire sans enfants. Très entourée par sa mère.

### • Août 1993

1<sup>ère</sup> consultation à l'institut Curie pour adénocarcinome mammaire gauche.

Traitée par : Tumorectomie + curage axillaire - Chimiothérapie - Radiothérapie refusé par la patiente.

### • 1995 :

Récidive locale.

Tumorectomie élargie refusée par la patiente. Ne revient plus en consultation.

### • 21 septembre 2000

Consultation pour : AEG + volumineuses tumeurs des seins (plus importante à gauche, ulcérées à la peau. Pas de métastases. Hospitalisation.

**Evaluation psychiatrique** demandée car la patiente est agitée, agressive avec des troubles du comportement (surtout la nuit).

### • 22 septembre 2000

Détersion de la plaie par un chirurgien. Pose d'un PAC fémoral gauche. Comportement toujours particulier avec repli sur soi.

### • 26 septembre 2000

1<sup>ère</sup> cure de chimiothérapie. Patiente toujours agitée (scanner cérébrale normale, pas d'HTIC), mise en place d'un traitement neuroleptique.

Plaie : Prélèvements bactériologiques = Staphylocoque Doré

Meti R + Streptocoque B

Mise en route d'un traitement antibiotique: Bristopen puis Rocéphine et Vancomycine

### • 13 octobre 2000

Progression tumorale sous cutanée avec extension des nodules. Nette amélioration de la communication avec la patiente et acceptation des soins.

### • 17 octobre 2000

2<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie. Augmentation du volume de la cuisse gauche avec thrombose profonde du MIG.

### • 23 octobre 2000

Ablation du PAC fémoral.

### • 1<sup>er</sup> Novembre 2000

Persistance de l'augmentation du volume de la cuisse gauche car compression de la veine iliaque externe par un fibrome utérin.

### • 10 Novembre 2000

Hystérectomie totale.

### • 20 Novembre 2000

3<sup>ème</sup> cure de chimiothérapie.

### • 30 Novembre 2000

Départ dans une maison de repos médicalisée à proximité de sa famille.

## Protocole Pansement

- o. Sérum physiologique en quantité (environ 80 à 100 ml)  
**Objectif** : Retrait indolore et atraumatique des alginates.
1. Sérum physiologique à la seringue +/- compresses selon la douleur  
**Objectif** : Nettoyage atraumatique.
2. Pansement primaire : application d'un alginat sur les deux seins afin de recouvrir toute la plaie  
**Objectifs** : Cicatrisation en milieu humide  
Absorption des exsudats  
Non adhérence à la plaie  
Eviter les saignements.
3. Pansement secondaire : hydrocellulaire  
**Objectifs** : Absorption des écoulements  
Esthétisme.
4. Bande adhésive posée sur peau saine et non inflammatoire  
**Objectif** : Fixation.
5. Culottes jetables (X2) mises en filet thoracique  
**Objectif** : Maintien du pansement sans compression

## Protocole de soins

1. Sérum physiologique  
**Objectif** : Nettoyage.
2. +/- bétadine scrub\* si détersion.  
**Objectif** : Décontamination.
3. Détersion manuelle et superficielle si nécessaire.  
**Objectifs** : Eviter les odeurs

Eviter les hémorragies.

4. Pansement hydrocellulaire  
**Objectifs** : Absorption des écoulements  
Esthétisme et confort  
Pas d'adhérence à la plaie.
5. Culotte jetable mise en filet thoracique  
**Objectif** : Maintien du pansement sans compression.

## Discussion

### • Aspect psychologique

Modification de l'image corporelle. Traitements lourds et longs. Reflet de l'évolution de la maladie à travers la plaie.

### • Importance de la douleur

Réponse à la douleur par des protocoles de soins adaptés. Pré-médication avant le pansement (Morphine). Douleurs par excès de nociception. Douleurs neuropathique par atteinte des fibres nerveuses cutanées ?

### • Prise en charge de l'aspect esthétique

Actuellement facilité par les hydrocellulaires. La forme et la fixation sont à améliorer dans ce sens.

### • Obligation de confort

Nécessité d'un pansement atraumatique tant au retrait qu'à son adaptation à la vie quotidienne.

### • Absorption des exudats

Importance que le pansement tienne 24h pour que la personne soignée soit moins dépendante de ses soins.

### • Disponibilité des produits

Difficulté fréquemment rencontrée qui empêche la poursuite des protocoles mis en place. A quand la banalisation des alginates, hydrocellulaires et hydrogel ?

## Conclusion

Le protocole de Mme D. a été changé en maison de repos car ils n'ont pas obtenus les produits nécessaires.

Résultat : pansement douloureux et volumineux avec régression du processus de cicatrisation. La patiente ne peut plus s'habiller et se replie à nouveau sur elle-même.

Les plaies cancéreuses découragent souvent les soignants en raison de leurs mauvaises évolutions. Le soin dit "palliatif" prend alors toute sa dimension, dans un souci d'efficacité intimement lié au respect de la qualité de vie.

Isabelle FROMANTIN ■

Infirmière expert Plaies et Cicatrisation -  
Institut Curie, Paris 5<sup>ème</sup>

*Françoise débute  
une chimiothérapie...*

*Elle a déjà  
perdu du poids et*

*elle veut mettre  
toutes les chances  
de son côté*



**2 unités par jour  
= 40 g de protéines**

**Hyperprotéiné et hyperénergétique**  
20 g de protéines  
260 kcal  
diversité des arômes

# Fortimel®

## FORTIFIER LE TRAITEMENT

**Les patients dont le poids est stable  
ont une médiane de survie augmentée <sup>(1)</sup>**

**NUTRICIA** Fortifier la vie  
*Nutrition Clinique*

4, rue Joseph Monier - 92859 RUEIL-MALMAISON Cedex  
Services et informations : Tél. 01.47.10.25.25 - Fax 01.47.10.23.99 - [www.nutricia-sur-le-net.com](http://www.nutricia-sur-le-net.com)

# Prenons soin des soignants !

*Épuisement professionnel, burn-out, de nombreux constats, réflexions et études s'attachent à traduire le mauvais "état de santé" des soignants depuis de nombreuses années maintenant.*

## Mais qui prend soin des soignants ?

L'institution tente de répondre à ce mal être à travers notamment le plan de formation qui s'enrichit chaque année dans ce domaine faisant ainsi écho aux demandes des soignants et des cadres (gestion du stress, sophrologie, groupes de parole...).

Cependant ces actions de formation ont leurs limites inhérentes à la formation continue : le nombre de places limitées, l'inscription aux sessions dès leur parution, le projet du service, l'activité, les mouvements des personnels... Les soignants s'investissent avec tout leur professionnalisme, leurs compétences, mais aussi toute leur sensibilité auprès du patient. Ils contribuent à son traitement et à son bien-être.

Cet engagement auprès des patients et de leurs proches, les rythmes que peuvent imposer l'activité intense des unités et d'une manière générale l'ensemble des contraintes qui pèsent quotidiennement sur les soignants sont peu favorables au bien-être des professionnels.

La prise en compte de l'épuisement, voir de la souffrance des soignants s'impose pourtant comme prioritaire dans la perspective d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins.

Dans le domaine de la prise en charge de l'oncologie, les soignants peuvent, peut-être plus que dans d'autres domaines, être marqués par la gravité des situations rencontrées. Le suivi des patients sur de longues périodes, l'identification du soignant par rapport au patient (jeune, femme), les rechutes, l'ineffi-

cacité des traitements, le deuil sont autant de situations douloureuses ou frustrantes qui peuvent remettre en question l'équilibre des soignants.

Dans la prise en charge des patientes en gynéco-oncologie par exemple, le projet de soin intègre pleinement le travail autour de l'image de la patiente, de son visage, d'un corps altéré par un traitement avec la perte de cheveux ou une intervention telle que la mastectomie. Au-delà du traitement, et du projet thérapeutique proposé à la patiente, l'accompagnement, le soutien, les conseils que les soignants prodiguent au quotidien, contribuent à la longue reconstruction et au mieux-être des patientes.

Force est de constater que les conditions d'exercice du prendre soin peuvent être complexes, difficiles voir douloureuses.

L'idée de prendre soin des soignants s'impose donc.

Elle se concrétise d'une manière originale depuis deux ans dans notre établissement.

Soutenue par la Direction des Soins et le service de formation continue, elle se traduit dès 2005 par une journée "relooking" qui pose comme objectif de prendre soin des soignants.

Initiée par un cadre de santé, l'organisation de cette journée s'appuie sur le dynamisme, la motivation et sur la bonne volonté de nombreux partenaires extérieurs qui vont donner généreusement un peu de leur temps et de leur savoir-faire.

Cette année la journée du "prendre soin" est à nouveau proposée ●●●



# Masques nouvelle génération 3M

## A chaque situation, une solution



### Masques de protection respiratoire

- pour filtrer l'air inspiré
- pour protéger ceux qui les portent

Directive 89/686 relative aux Equipements de Protection Individuelle (EPI) - Norme EN 149 :2001  
Avis du J.O. N° 135 du 28/09/2005 - Classification FFP1, 2 ou 3 - Marquage CE XXXX\*  
et Directive 93/42 relative aux Dispositifs Médicaux (DM) - Norme EN14683:2005 type IIR

\* XXXX correspond à l'identification de l'organisme notifié

### Masques chirurgicaux

- pour filtrer l'air expulsé
- pour protéger le patient et l'environnement

Directive 93/42 relative aux Dispositifs Médicaux (DM)  
Marquage CE  
Norme EN 14683:2005 type II ou IIR



Partenaires dans la prévention des infections

**3M** Santé

aux soignants, au cœur de l'établissement et dans le cadre de la formation continue.

Des soins esthétiques, de la coiffure, des massages sont durant toute une journée proposés aux soignants par les élèves des écoles d'esthétique et de coiffure et des professionnels.

La journée est annoncée préalablement aux CS, CSS et aux agents, aucune

inscription n'est nécessaire. Les soignants peuvent à tout moment entre 10h et 16h passer pour à leur tour être l'objet de toutes les attentions, se ressourcer, de détendre et partager un moment de bien être, de convivialité et d'échange.

Même si l'organisation de la journée du "prendre soin des soignants" s'appuie très largement sur la générosité

de partenaires extérieurs, la reconnaissance par l'institution et le succès de cette journée auprès des soignants (87 passages) peuvent laisser envisager la pérennisation de ce projet, sa multiplication et un investissement plus marqué de l'établissement.

**Katia AZRI** ■

Cadre de santé (Service de gynécologie)  
CHG Aix-en-Provence

## Partir en mission de santé

**P**artir en mission de santé dans les pays en développement séduit bon nombre de jeunes et de moins jeunes pourvus d'un diplôme de santé et qui manifestent ainsi une générosité certaine. Cela peut être aussi pour eux une expérience très enrichissante marquant toute une vie.

Dans ces pays souvent démunis en personnel et en moyens diagnostiques et thérapeutiques, la médecine est simple et, avec peu de moyens, beaucoup peut être fait. Encore faut-il être formé à l'action dans le dénuement : quelques exemples suffiront à justifier une formation préalable.

- Susciter l'intérêt des gens à l'hygiène de l'eau n'est pas toujours facile. Depuis toujours, la coutume ancestrale a été de puiser l'eau dans le puits peut être contaminé, la rivière ou le marigot, la source mal installée et pourtant c'est là la cause principale des maladies diarrhéiques responsables de quelques millions de morts par an, de l'onchocercose qui rend aveugle plus de 17 millions de personnes.
- Sensibiliser la communauté villageoise à l'intérêt des vaccinations et gérer une campagne de vaccination peut permettre de faire disparaître une ou plusieurs maladies.
- Savoir surveiller une grossesse et dépister à temps celle qui est à risque.
- Installer et faire fonctionner un petit laboratoire pourvu d'un microscope simple à miroir solaire (s'il n'y a pas

d'électricité, ce qui est encore fréquent), c'est confirmer ou infirmer le diagnostic du paludisme (car toute fièvre n'est pas nécessairement un cas de malaria) ou de verminose intestinale.

- Savoir dépister une méningite cérébrospinale et lui appliquer le traitement adéquat permettra d'éviter des complications irréversibles si ce n'est la mort et d'obtenir une guérison complète.
- Gérer une pharmacie en sachant que son approvisionnement est limité à quelques produits dont le prix est exorbitant par rapport aux moyens financiers des patients n'est pas inné.

Les exemples de situation difficiles pourraient être multipliés à l'infini mais n'apporteraient pas grand-chose à la problématique : avant de partir en mission de santé, il est indispensable de se former aux conditions dans lesquelles il faudra agir.

Cette formation peut être acquise dans des organismes comme l'AMM, Association de Formation Aux Missions Médicales, qui chaque année, depuis plus de 50 ans, propose plusieurs sessions, chacune ayant un objectif précis et pouvant être associées entre elles. Certes, cela demande un investissement en temps et en argent, mais ceux qui ont suivi ses enseignements témoignent de leur intérêt :

- Certaines sessions comportent des notions de pathologie : pathologies tropicales bien sûr, mais aussi ce que l'on peut faire dans un poste de

santé souvent isolé en matière de médecine générale et des spécialités les plus courantes. Elles s'adressent à des personnes ayant déjà un diplôme de santé qui acquièrent un complément indispensable pour travailler en milieu démuné.

- Une autre session s'adresse à des laborantins mais aussi à des infirmiers et à des médecins : réactualisation des connaissances et/ou acquisition de moyens simples et utiles mais souvent oubliés dans les laboratoires d'analyse richement pourvus en moyens électroniques, certes plus précis mais inconnus dans un centre de santé en brousse.
- Enfin, une session de "santé communautaire" aborde les problèmes soulevés par le développement de la santé : approche culturelle, hygiène, moyens de communication, anthropologie, qui constituent la base de cet enseignement.

Les intervenants sont des professionnels qui ont acquis une expérience de terrain et c'est cette expérience qu'ils souhaitent transmettre pour qu'une fois sur place les élèves soient déjà familiarisés avec la situation dans laquelle ils vont devoir évoluer. Les témoignages des anciens garantissent la qualité et l'utilité de ces enseignements.

### Renseignements :

A.M.M. - 74 rue d'Ypres - 69004 Lyon  
Tél. 04 78 30 69 89 - Fax : 04 78 39 70 97  
Mail : [contact@ammformation.org](mailto:contact@ammformation.org)  
Site : <http://ammformation.org>



# Évaluation gériatrique et ressources humaines

*Les personnes âgées admises dans les différents secteurs gériatriques sont souvent atteintes de poly-pathologies avec un profil particulier souvent difficile à cerner...*

*Avec le vieillissement démographique, le recours à des structures gériatriques va être amené à se développer.*

*A long terme, une simple prise en charge somatique sera-t-elle suffisante ?*

**Une offre de soins de qualité doit s'adapter à cette population**

Prioriser la qualité des soins doit -être un objectif incontournable.

Améliorer, en même temps, la qualité de la prise en charge des personnes âgées et les conditions de travail des personnels travaillant en gériatrie et en gérontologie et en gériatrie, en dotant les établissements des ratios nécessaires, doivent être deux priorités dans la politique de santé gouvernementale. ●●●

## L'infirmier, de part sa mission, est le pivot des soins.

### Il coordonne et organise les soins pour en garantir la qualité.

Des moyens pour évaluer les besoins en personnel soignant infirmier dans les différents secteurs de gériatrie ainsi que pour mettre en place un outil d'évaluation gériatrique adapté et performant, sont nécessaires.

Depuis de nombreuses années, les équipes soignantes des établissements de soins de longue durée recueillent systématiquement les informations nécessaires à une meilleure connaissance du résident mais sur des supports divers et variés, non homogènes. Ces données, faute d'être rassemblées et ordonnées, sont souvent méconues et sous-utilisées.

Un instrument conçu pour les soignants, ayant pour but la qualité de la prise en charge de la personne âgée en lui permettant d'atteindre le plus haut niveau de performance doit être mis en service. Cet outil fonctionnel, pratique, concret permettant un travail d'analyse efficace existe et s'appelle le RAI.

## R.A.I.

### Résident Assessment Instrument Ou Méthode d'Évaluation du Résident

Pensée pour les personnes âgées, la méthode d'évaluation du résident ouvre de meilleures perspectives pour créer un plan de soin argumenté.

À terme, la généralisation du RAI remplacera la grille AGGIR car l'analyse informatique des données servira à l'évaluation de la charge en travail nécessaire au régleur pour justifier l'attribution des ressources.

### Qu'est-ce que le RAI ?

Le RAI propose non seulement une description de l'état du résident (en tenant compte des déficits et des ressources de la personne), mais également des pistes de réflexions et d'actions qui guident la démarche de soin, de telle sorte que les soignants sont directement intéressés par la qualité des données récoltées.

Le RAI se présente comme un instrument explicitement conçu pour les soignants, favorisant une approche interdisciplinaire et une démarche de soin structurée, dans le but d'inciter une

amélioration de la qualité des soins. C'est un outil qui apporte une évaluation complète, sérieuse, standardisée et reproductible de l'état fonctionnel du résident. Il a pour objectif principal d'améliorer la capacité des membres de l'équipe à permettre au résident d'atteindre le plus haut niveau de performance physique, mentale et psycho-sociale.

### Description du RAI

Cette méthode d'évaluation de l'état de santé d'une personne est composée de 3 parties interdépendantes.

**1. le recueil de données minimum** (Minimum Data Set ou MDS). Il contient des rubriques avec définitions et codage

#### 2. le tableau d'alarme

Il représente le chaînon principal pour relier l'évaluation à l'élaboration des objectifs du plan de soin.

Les définitions des signaux d'alarme font référence à des rubriques particulières du recueil des données ou à des combinaisons de ces rubriques. Il permet d'identifier les signaux d'alarmes (facteurs de risques) qui justifient une intervention. Ils indiquent soit que le résident a un problème actuellement, soit qu'il existe un risque important d'apparition d'un nouveau problème. Ainsi la présence de ces signaux suggère la nécessité de prévoir une intervention dont on peut préciser la nature en consultant les protocoles.

#### 3. les protocoles d'évaluation

Ils permettent :

- la définition de situations problématiques
- le classement de l'information recueillie
- la mise en place d'un plan de soin : causes du problème, évaluation pour bénéficier des meilleurs résultats possibles.

Ils concernent 18 domaines qui recouvrent la plupart des problèmes qui affectent fréquemment les résidents des établissements de soins. Ces domaines prennent en compte aussi bien l'aspect physique, psychologique que social nous rappelant ainsi la définition de la santé par l'OMS "bien-être physique, mental et social".

Le tableau d'alarme et les protocoles d'analyse sont indispensables pour relier l'évaluation à l'élaboration des objectifs de soins, qui tiennent compte, certes, des déficits, mais surtout des capacités restantes.

### Historique du RAI

En 1986 aux Etats-Unis, la loi OBRA-B7 fixe de nouvelles exigences pour la formation du personnel et la dotation en personnel qualifié, en vue d'assurer la qualité des soins, la qualité de la vie et de garantir les droits des résidents.

Suite à cette loi, le processus de conception d'une méthode d'évaluation a commencé. Le résultat fut un instrument qui répondait aux exigences de la loi votée.

La méthodologie a pris en compte la collaboration des représentants des disciplines professionnelles, des résidents et de l'administration des établissements.

C'est donc une prise en compte complète du résident qui a été exploitée.

### Les avantages du RAI

- évaluation complète du résident
- prise en considération de l'aspect global du résident, adéquation avec les ressources et les besoins par rapport aux forces et faiblesses
- aide à l'identification des problèmes du résident ; état fonctionnel actuel mais aussi capacités de progression
- assurance d'une information précise et fiable du plan de soin
- implication de l'équipe pluridisciplinaire dans l'évaluation et la planification des soins (évite les actions isolées)
- amélioration de la qualité des soins et de leur planification.
- tient compte des déficits, mais surtout des capacités restantes.

### Les inconvénients du RAI

La réalisation du RAI demande du temps 1h30 à 2h.

Mais qu'est-ce que 2h d'évaluation pour une prise en charge complète d'un résident qui passera en moyenne 5 ans dans l'établissement ?

### Le RAI en Europe

L'implantation du RAI en Allemagne, Danemark, Espagne, Grande-Bretagne, Italie, Pays-Bas, Portugal, Suisse et Suède prouve que le problème de l'évaluation se pose de partout et que la méthodologie employée ici recueille l'aval des soignants de cultures différentes.

Et la France ?

### Le RAI en France

Le RAI est dans les tiroirs des bureaux du ministère qui a suivi le test de cet

## GÉRIATRIE : DES INFIRMIÈRES TRÈS SOLLICITÉES...

outil par la Fondation Nationale de Gérontologie dont le référent est le Professeur JC HENRARD.

À l'heure actuelle, cette méthode d'évaluation gériatrique est prête et un dossier informatisé avec tableau d'alarme est en cours de finalisation.

Source : Gérontologie en institution : Site internet :

<http://membres.lycos.fr/papidoc/>

Actuellement, les EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) prennent en charge tout type de dépendance, qu'elle soit physique ou psychologique.

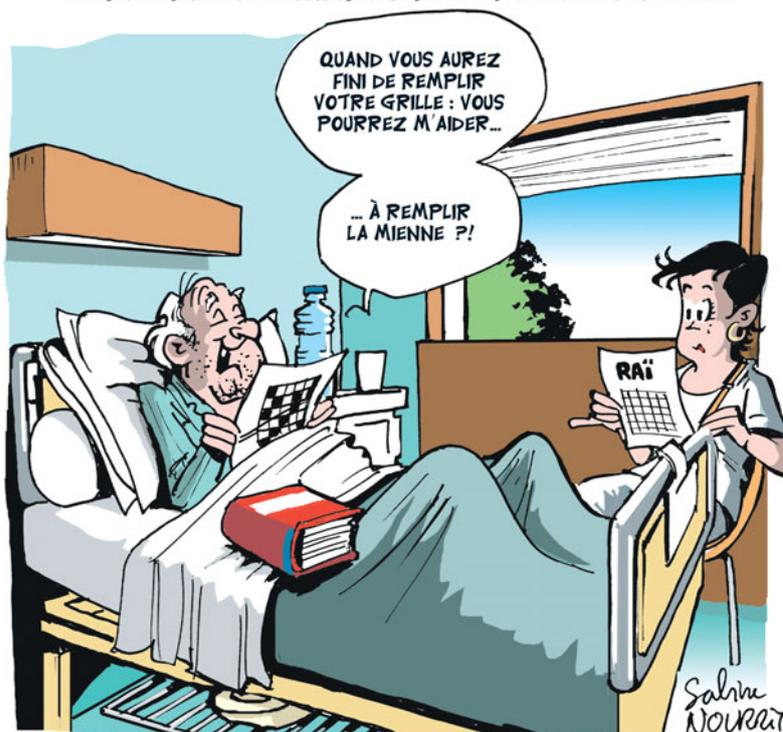
Les personnes âgées dont le handicap n'est plus compatible avec son logement, les PA isolées, les PA semi valides, les PA grabataires, la géronto psychiatrie, les Alzheimer, les PA nécessitant des soins médicalisés spécifiques : prévention et soins d'escarres, nutrition parentérale, diabétiques, insuffisants respiratoires, maladies neurologiques dégénératives (Parkinson...), maladies cardiovasculaires...

La charge de travail étant de plus en plus lourde dans les établissements accueillants des personnes âgées, et le quota de soignant n'étant pas réajusté en conséquence, il en résulte irrémédiablement une dégradation de la prise en charge de cette population. Les conséquences sont : syndrome de glissement, perte d'autonomie induite par le manque de temps des soignants, isolement, repli sur soi-même, désorientation, maltraitance physique et psychologique...

### Et pourtant...

**Force est de constater que :**

- Chaque établissement accueillant des personnes âgées fonctionne avec des règles qu'il se fixe lui-même sur la gestion des ressources humaines. Aucun quota n'est défini, et très peu d'études sur le besoin en personnel dans ces structures sont faites. Il est courant de constater qu'une seule infirmière doit prendre en charge des unités de plusieurs dizaines de résidents poly-pathologiques. Un turn-over important des soignants est constaté dans ces secteurs. Il est dû à une évidente pénibilité des soins, et à une usure psychologique liée à la pénurie du personnel et à



la dégradation des conditions de travail. Souvent un sentiment de ne pas avoir rempli sa mission de soignant motive la démission ou le départ prématuré vers d'autres secteurs de soins.

La mauvaise qualité de vie au travail qui en résulte ne présente que peu d'attrait pour les nouveaux professionnels de soins.

La notion de maltraitance de plus en plus médiatisée, l'emploi de termes comme "mouroirs", la cohabitation des différentes pathologies contribuent à véhiculer une mauvaise image de ces établissements, même récents, tant au niveau des patients que des professionnels de santé.

- Les grilles d'évaluations gériatriques utilisées ne sont pas adaptées à une prise en charge complète de la personne âgée, mais elles sont, malgré tout, reconnues par la sécurité sociale et les pouvoirs publics lors de l'étude des dossiers de demande d'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et dans l'examen des conventions tripartites.
- La mise en oeuvre de la réforme de la tarification des EHPAD passe, pour chaque établissement, par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour 5 ans entre ce dernier, le président du conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation), mais que ces établis-

sements sont toujours en attente de la signature de celle-ci.

- Le classement des résidents dans les différents GIR est effectué par le médecin coordonnateur de l'établissement par l'utilisation de la grille AGGIR, et que ce médecin est désigné par le directeur de l'EHPAD ? La neutralité du médecin coordonnateur en ce qui concerne ses missions peut-elle être entière ?

### Quelques rappels nécessaires...

La perte d'autonomie chez la personne âgée commence lorsqu'il y a apparition de l'altération d'une fonction de base de la vie quotidienne.

- Il existe différentes grilles à notre disposition pour évaluer cette perte d'autonomie ; à savoir qu'aucune grille n'est exhaustive. L'essentiel est de pouvoir comparer les résultats en utilisant tous une même grille.

**EGS** (*Evaluation Gériatrique Standardisée*)  
C'est une évaluation qui prend en compte ce que l'examen traditionnel ne fait pas c'est-à-dire l'évaluation sociale, l'autonomie fonctionnelle, les troubles cognitifs, les troubles de la marche, de l'humeur, les troubles nutritionnels et les troubles sensoriels.

**ADL** (*Activities of Daily Living*)  
Concerne les activités de base de la vie quotidienne : ●●●

5 critères :

- La toilette,
- L'habillement,
- La mobilisation,
- La continence
- Les repas

## IADL

(*Instrumental Activities of Daily Living*)  
 Concerne les activités nécessaires à une meilleure qualité de vie.

5 critères :

- L'aptitude à téléphoner,
- À utiliser les transports
- À gérer son budget
- À faire ses courses
- Gestion de son traitement

Ces 2 dernières évaluations permettent de connaître le niveau d'aide dont a besoin le sujet âgé.

## AGGIR

(*Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources*)

Cette grille retenue en 1996 par la Sécurité sociale permet de regrouper les malades en six groupes nécessitant les mêmes ressources pour subvenir à leurs besoins.

## PATHOS

Évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques nécessaires pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

**RAI** (*Résident Assessment Instrument ou Méthode d'Évaluation du Résident*)

- Il faudrait revoir les conditions d'attributions actuelles des subventions aux établissements gériatriques et d'aide à l'autonomie.

Si le but final d'une **convention tripartite** est une prise en charge de qualité des personnes âgées, le manque de respect des délais, dans le calendrier de signature, est à déplorer.

L'Etat, Le Département et parfois l'établissement agissant de la sorte mettent en suspend cette prise en charge de qualité, donnant lieu à une réalité qu'il ne faut pas ignorer : manque de personnel, manque de moyens, défauts de formations, locaux vétustes et inadaptes, courses aux profits et par conséquent mauvais traitements, dysfonctionnements portant atteinte à

l'intégrité physique et morale des personnes âgées.

La mise en oeuvre de la réforme de la tarification des EHPAD passe, pour chaque établissement, par l'élaboration et la signature d'une convention tripartite pour 5 ans entre ce dernier, le président du Conseil Général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation).

Ce document, signé pour 5 ans et établi à partir d'un cadre national, définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées (sur ce point, la convention formalise les engagements pris par l'institution dans le cadre de la démarche qualité). La convention précise également les objectifs d'évolution de l'établissement, les modalités de son évaluation et la façon dont il s'inscrit dans les réseaux gérontologiques existants ou à créer.

**AGGIR n'est pas une grille de soins** évaluant la dépendance et les capacités restantes dans le but de prendre soin de la personne. Elle ne peut pas servir non plus pour la mesure de la charge en travail (soin et prendre soin).

Selon les études menées par le Dr BEVERNAGE Frédéric, dans son livre "AGGIR, UN ENFER PAVE DE BONNE INTENTIONS", cette grille ne doit pas être intégrée dans les dossiers de soins car elle est susceptible de faciliter une dérive soignante sous la pression de certains, comme les familles et les gestionnaires, entraînant une grabatation des résidents et une philosophie de gardiennage.

Elle induit un comportement "fragmenteur" des soignants en proposant une vision réductrice des soins.

L'effet pervers absout la médiocrité : "moins on en fait plus la famille touche !"

Le choix d'une évaluation à nombre d'items impairs est bien connu par toutes les personnes travaillant dans le domaine de l'évaluation pour être une mauvaise méthodologie, car, naturellement, l'évaluateur tend à choisir la valeur médiane, surtout si l'on se contente de 3 stades comme ici :

**A** correspond à des actes accomplis seul spontanément, totalement et correc-

tement

**B** correspond à des actes partiellement effectués

**C** correspond à des actes non réalisés  
 AGGIR est une grille dédiée à l'attribution d'un pourcentage du montant de l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA) par les conseils départementaux.

Il est dit ici et là que les "décideurs" voulaient un outil simple avec le moins de niveaux possible pour le financement des aides individuelles.

## Envisager également d'autres solutions pour améliorer la prise en charge...

La personne âgée est fragilisée par la séparation à son lieu de vie. Elle vivra son placement en institution comme une rupture sociale et familiale.

- Le choix de la structure d'accueil est prédominant pour le devenir du patient. L'orientation en vue du placement doit tenir compte des grilles d'évaluations afin que la personne âgée ne se retrouve pas dans une structure ne correspondant pas à ses besoins.
- Favoriser des milieux de vies de petites tailles pour retrouver une identité conviviale et familiale, c'est la ré-humanisation de la structure d'accueil et de vie, sans oublier l'importance de l'ergonomie des mobiliers et du matériel mis à disposition de la personne âgée.
- La prise en charge doit être spécifique en fonction des atteintes et de leurs conséquences en terme de degré de dépendance. Il ne s'agit pas de créer des ghettos, mais de développer des unités de soins capables de répondre à des besoins spécifiques, par exemple pour des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

## Remerciements pour leurs aides et leurs disponibilités :

**Pr. Jean Claude HENRARD** ■  
 (réfèrent RAI)

Centre de gérontologie Hôpital Sainte Perrine PARIS et Fondation nationale de Gérontologie.

**Lydie DESMET** ■

IDE CHP Aix-en-Provence  
 (DU Gérontologie)

**Jacqueline MARTINEZ** ■

IDE Centre de long séjour gériatrique  
 CHP Aix-en-Provence

## Revendications de la Coordination Nationale Infirmière

■ **Le ministère doit se pencher sur les besoins en personnel infirmier**, dans les structures et unités de soins accueillant les personnes âgées, par une évaluation des besoins définie en fonction de la charge de travail. Pour ce faire, un profil de poste "Infirmier en gériatrie" doit être établi en fonction du secteur où le professionnel exerce (court, moyen ou long séjour) ainsi que le type de résident que ce secteur reçoit (personne âgée valide, invalide, poly pathologique, maladie d'Alzheimer...).

■ **Le ministère doit étudier la grille d'évaluation gériatrique RAI** qui apparaît, suite à de nombreuses recherches, la plus adaptée à une prise en charge de qualité du résident. La mesure des soins n'apporte aucun plus à la qualité du soin. Par contre elle permet de gérer les ressources en personnel au sein d'un service ; en ce sens elle a une incidence sur la qualité du soin.

**L'association de ces 2 prérogatives est essentielle si l'on veut être efficace.**

**Une évaluation plus affinée, des besoins de la personne âgée ainsi que des besoins en personnel, permettrait un financement plus équitable et à terme une adéquation des équipes plus pertinente par rapport aux besoins des résidents.**

En somme, le RAI (permettant de maintenir une autonomie et de ralentir l'évolution des dépendances) associée à une étude de charge de travail favoriseraient un encadrement plus adapté avec une meilleure répartition du personnel qui gravite autour de la prise en charge de la personne âgée.

**C'est dans cet esprit que la CNI revendique la nécessité d'une grille d'éva-**

**Si les décideurs ne sont pas prêts à accorder les moyens en ressources humaines pour faire cette évaluation, alors, comment parler de préoccupation institutionnelle quant à la prise en compte de la personne âgée en France ?**

**luation gériatrique adaptée et une évaluation des besoins en personnels afin que des quotas infirmiers soient instaurés dans les établissements de soins hébergeant la personne âgée.**

**Pour la Coordination Nationale Infirmière, améliorer en même temps la qualité de la prise en charge des personnes âgées et les conditions de travail des personnels travaillant en gérontologie et en gériatrie, en dotant les établissements des ratios nécessaires doit être une priorité gouvernementale.**

MAIS AUSSI :

■ **Le ministère doit étudier la prise en compte de la grille d'évaluation Gériatrique RAI pour l'attribution des différentes allocations comme l'APA car c'est l'ensemble de nos anciens qui doit être pris en compte et pas seulement la catégorie invalide comme le souligne la grille AGGIR.**

**Il ne faut pas attendre que la personne âgée soit totalement dépendante pour l'assister, notre devoir est de maintenir cette autonomie et de ralentir l'évolution des dépendances.**

**Joseph GUARINOS** ■  
Vice-Présidente CNI

**APA ne signifie-t-il pas :  
Aide Personnalisée à  
l'Autonomie !!!**

**PA signifie :  
PERSONNE DEVENUE AGÉE,  
Vous, Moi, Nous,**

**Demain...**

### Bibliographie

- Gérontologie en institution : Site internet : <http://membres.lycos.fr/papidoc/>
  - la grille AGGIR
  - Présentation du RAI
  - Évaluer... QUOI ? POURQUOI ? COMMENT ?
- "Pour une amélioration de la prise en charge des personnes âgées aux urgences" article de Lydie De Smet (IDE Unité mobile de Gérontologie CHG Aix-en-Provence).
- Vieillesse de la population et système de soins. École nationale d'administration (séminaire de questions sociales de la promotion "Nelson Mandela" (1999-2001).

- L'équipe soignante en gériatrie, des spécificités à prendre en compte par : Ariane Engelstein Cadre Supérieur Infirmier CHU Grenoble, Martine Marzais Cadre Supérieur Infirmier Groupe hospitalier Charles Foix-Jean Rostand, Patricia Michot Cadre Supérieur Infirmier Groupe Hospitalier Broca- La Rochefoucaud.
- Conférence de presse de la communauté hospitalière publique et médico-sociale sur l'actualité et les attentes de la gérontologie et de la gériatrie. Fédération hospitalière de France, Conférence Nationale des Directeurs généraux de CHU, Conférence Nationale des Directeurs de CH, Conférence Nationale des Directeurs d'EHPAD, Syndicat national de gérontologie clinique.
- La motivation du personnel soignant en Gériatrie : entre posture et valeurs. Didier TOCHE Cadre Supérieur de Santé Maison de retraite publiques médicalisées de Peille et Villefranche-sur-mer (06). Recherche en soins infirmiers N°71 - décembre 2002.
- Entretien avec Mme MARTINEZ Jacqueline IDE, Centre de Moyen et long séjour du CHP Aix-en-Provence .
- AGGIR, UN ENFER PAVE DE BONNE INTENTIONS" Dr Bévernage Frédéric.
- Échanges mails avec le Pr HENRARD (réfèrent RAI). Centre de gérontologie Hôpital Sainte Périne, laboratoire Santé Vieillesse, EA 25.06 Université René Descartes, 49 rue Mirabeau, 75016 Paris.

### Textes de lois

- La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, en réformant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Code de l'action sociale et des familles : articles L232-1 à L232-28.
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Décret n°2001-1084 du 20 novembre 2001 relatif aux modalités d'attribution de la prestation et au fonds de financement.
- Décret n°2001-1085 du 20 novembre 2001 relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.
- Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 relatif à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).
- Loi n° 2003-289 du 31 mars 2003 et décret du 29 mars 2003. Décret n° 2003-278 portant modification de la loi du 20 juillet 2001 relative à l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile.
- Décret n° 2003-1057 du 5 novembre 2003, J.O. du 7/11.
- Décret 2004-802 du 29/07/04 paru au JO du 09/08/04 : extrait du code de la santé concernant la profession d'infirmier Livre III auxiliaires médicaux TITRE 1<sup>er</sup> Profession d'infirmier ou infirmière
- Guide des maisons de retraite <http://www.plan-retraite.fr/> Aides financières, infos diverses.
- **Conférence de presse de la communauté hospitalière publique hospitalière et médico-sociale sur l'actualité et les attentes de la gérontologie et de la gériatrie (16 novembre 2004).**

Etablissement public de santé (380 lits) spécialisé en gériatrie, recherche pour ses services de Soins de suite, Soins Longue Durée, Maison de retraite, des :

## INFIRMIERS DIPLOMÉS D'ETAT - h/f

- Postes en 12 heures ou en 7 heures du lundi au vendredi.
- Vous participez au «Projet de vie» : projet médical et projet de soins.
- Statut de la fonction publique hospitalière ; titularisation possible.
- Plan de formation attractif.
- Parking et crèche sur place.



Pour tous renseignements, contacter Claude NAPOLEONI,  
Coordinatrice du Service de Soins - Tél. 01 41 40 46 38

Adresser lettre de motivation + CV à l'attention de :  
Mr CAILLOU - Direction des Ressources Humaines  
58 rue Georges Boisseau - 92110 Clichy ou par email :  
bertrand.caillou@fondation-roguet.fr



66

L'hôpital Robert Debré  
Assistance Publique-Hôpitaux de Paris  
48, Boulevard Sérurier  
75 019 PARIS

**Recrute**

**L'hôpital Robert-Debré  
Recrute des cadres de santé  
IDE - PUER - IADE**

**Chirurgie  
Urgences  
Pédiatrie Générale  
SSPI  
Néonatalogie et Réanimation Néonatale  
Coordination de Nuit**

Personne à contacter :  
Madame MASSIANI, Coordonnateur des soins  
Tel : 01 40 03 24 83  
martine.massiani@rdb.aphp.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

**Le Groupe Hospitalier  
LARIBOISIÈRE - Fernand WIDAL**  
2, rue Ambroise Paré - 75475 PARIS Cedex 10

recrute h/f

**des AIDES-SOIGNANTS,  
AUXILIAIRES DE PUERICULTURE,  
INFIRMIERS, PUERICULTRICES,  
IADE, IBODE,  
MASSEURS KINESITHERAPEUTES  
MANIPULATEURS EN ELECTROCARDIOLOGIE**

Les candidatures (CV + lettre de motivation)  
doivent être adressées à l'attention de Madame HOUDAIS,  
Directeur Coordonnateur Général des soins,  
Direction des Soins,  
2 rue Ambroise Paré - 75010 PARIS



# We care...

# ...about you\*

Etablissement privé à but non lucratif, ayant la double accréditation (Française et Américaine), l'Hôpital Américain de Paris recrute. Notre vocation est d'apporter à nos patients des soins personnalisés de la plus haute qualité. Pour inscrire pleinement votre métier dans cette démarche, nous vous offrons les meilleurs atouts : salaires attractifs, programme de formation performant, environnement international.

En vue de l'ouverture de nouvelles unités, nous avons besoin :

## Cadre Infirmier h/f

pour service d'Hémodialyse (anglais souhaité)

## IDE expérimentés h/f

pour un service d'Hémodialyse (anglais souhaité)

## Cadre Infirmier aide-anesthésiste h/f

pour le secteur Ambulatoire

## IDE jour et nuit h/f

pour services de médecine - chirurgie - oncologie urgences - réanimation

## IBODE h/f

pour bloc opératoire polyvalent doté d'un équipement ultra-moderne



**American Hospital of Paris**

Si l'un de ces postes vous intéresse, envoyez lettre de motivation + CV à [laurence.carrey@ahparis.org](mailto:laurence.carrey@ahparis.org) (Direction des Soins Infirmiers)

[www.american-hospital.org](http://www.american-hospital.org)

\* Nous prenons soin de vous.



*Vous êtes dynamique, organisé(e), volontaire.  
Vous avez le sens du travail en commun, le goût des aventures humaines  
et la volonté de mener à bien des objectifs ambitieux.*

**Rejoignez-nous !**

A 45 km de Paris,  
pour la création d'un secteur  
de psychiatrie adulte  
dans une construction neuve,

**le Centre Hospitalier de Meulan-Les Mureaux**  
(628 lits et places)

recherche

## 1 CADRE SUPÉRIEUR DE SANTÉ (h/f)

### Temps plein

**Vous serez amené(e) à :**

- animer, mobiliser et entraîner les équipes du secteur psychiatrique 78G10,
- conseiller et influencer les décisions du management stratégique.

- Cadre professionnel particulièrement agréable, en bord de Seine

- Cadre de vie riche de possibilités, à 150 km de la mer, à proximité de spectacles, parcs de loisirs...

Envoyer lettre de motivation + CV à :  
M. Turbiaux - Directeur des Soins  
1, rue du Fort - 78250 MEULAN  
Tél : 01.30.22.40.60 - E-Mail : [dds2@chimm.fr](mailto:dds2@chimm.fr)



## La Clinique Jouvenet - Paris 16ème recrute

- Blocs orthopédie et ophtalmologie

### INFIRMIER(E)S DE BLOC

CDI Temps plein 35h. Planning et horaires attractifs. Interventions chirurgicales programmées. Bloc opératoire ouvert du lundi au vendredi. Prime d'installation.

- Blocs orthopédie

### CHEF DE BLOC

CDD. Remplacement congé maternité.

- Service ambulatoire ophtalmologie et hospitalisation

### IDE

CDI Temps plein 35h. Planning et horaires attractifs. Prime d'installation.

Merci d'envoyer votre lettre de motivation et votre CV à CLINIQUE JOUVENET - Valérie Arbillot, 6 square Jouvenet 75016 PARIS - v.arbillot@gsante.fr



A 45 km de Paris, pour la création d'un secteur de psychiatrie adulte dans une construction neuve,

## le Centre Hospitalier de Meulan-Les Mureaux

(628 lits et places dont une centaine en chirurgie)

recherche

### INFIRMIER(E)S DIPLÔMÉ(E)S D'ÉTAT

*Vous êtes dynamique, organisé(e), volontaire.*

*Vous avez le sens du travail en commun.*

### Rejoignez-nous !

- Cadre professionnel particulièrement agréable, en bord de Seine
- Cadre de vie riche de possibilités, à 150 km de la mer, à proximité de spectacles, parcs de loisirs...
- Possibilité de chambre
- Crèche

Envoyer lettre de motivation + CV à :

M. Turbiaux - Directeur des Soins

1, rue du Fort - 78250 MEULAN

Tél : 01.30.22.40.60 - E-Mail : dds2@chimm.fr

## VENEZ PARTAGER NOTRE PASSION AU SERVICE DES PATIENTS



Filiale du groupe Air Liquide, ORKYN assure depuis plus de 20 ans, en collaboration avec l'ensemble des acteurs de santé, la prise en charge médico-technique des besoins à domicile de patients, dans les domaines de l'assistance respiratoire, la nutrition, la perfusion, l'insulinothérapie et l'équipement médical du domicile.

Afin de garantir la mise en œuvre, le suivi et la coordination des traitements entre les médecins et les auxiliaires médicaux, nous recherchons sur la France entière des :

### INFIRMIERS MÉDICO-TECHNIQUES HIF

Afin de garantir un confort de vie aux patients à domicile, nous intégrons dans nos équipes des professionnels de la santé. Rattaché au service médico-technique de l'agence, vous êtes le lien entre la structure hospitalière et le patient dans son environnement familial et social. À ce titre, vous participez activement aux installations de matériel médical respiratoire et perfusion à domicile.

Nous recherchons pour ce poste, un infirmier diplômé d'état, méthodique, organisé, pédagogue et possédant une réelle aisance relationnelle. De nombreux déplacements sont à prévoir sur le secteur géographique.

Vous souhaitez rejoindre une entreprise à taille humaine au sein d'un grand groupe. ORKYN vous donnera les moyens d'une réussite durable et d'un véritable épanouissement professionnel.

Merci d'adresser votre candidature (CV et lettre manuscrite) en précisant la région choisie ainsi que la référence IMT00-0605 à ORKYN, DRH, 28, rue d'Arcueil, 94257 Gentilly Cedex ou sur notre site [www.recrut-orkyn.com](http://www.recrut-orkyn.com)

[www.recrut-orkyn.com](http://www.recrut-orkyn.com)



## L'hôpital Robert-Debré Mère-Enfant

Assistance Publique  
Hôpitaux de Paris

48, Boulevard Sérurier  
75019 PARIS



## des IDE - IADE - IBODE - PUER

Tous services - Jour-Nuit  
Crèche - Possibilité de logement  
Reprise ancienneté  
Politique de développement des compétences



### Recrute

Personne à contacter :  
Madame MASSIANI,  
Coordonnateur des soins  
Tél. : 01 40 03 24 83  
[martine.massiani@rdb.aphp.fr](mailto:martine.massiani@rdb.aphp.fr)

## L'Association Hospitalière "Les Cheminots" recrute.

Situé en bordure de forêt de Sénart, notre établissement de statut privé participe au service public hospitalier.

Nous recherchons pour nos services de cancérologie, de pneumologie et de rééducation fonctionnelle :

## DES INFIRMIER(E)S Diplômé(e)s d'Etat - Jour & Nuit

- Salaire conventionnel avec reprise d'ancienneté
- Possibilité de logement sur place
- Convention FEHAP 51

Merci d'adresser les candidatures à : Xavier MARSOLLIER  
Responsable Ressources Humaines - Groupe Hospitalier les Cheminots  
14 rue A. Daudet - 91211 DRAVEIL - Tél. : 01 69 52 77 16 - Fax : 01 69 52 77 09  
[xmarsollier@ass-hopital-cheminots.asso.fr](mailto:xmarsollier@ass-hopital-cheminots.asso.fr)

## Le Groupe CLINEA

(26 cliniques de Soins de suite et Psychiatrie)

à ouvert une nouvelle  
clinique à Paris



### La clinique La Jonquière

27 rue de la Jonquière  
75017 PARIS  
Métro Guy Moquet

95 lits de Soins de Suite  
(polyvalent, gériatrique  
et onco-hématologie)

contact : Madame SPREUX - Directrice  
Madame LACASSAGNE, Directrice Adjointe au  
**01 53 06 16 00**

Pour cette ouverture nous recrutons des :

**Infirmières Diplômées d'Etat, ASD,  
kinésithérapeutes, ergothérapeutes**

CDI, jour et nuit, temps pleins et temps partiels,  
expérimentées ou débutantes, salaires attractifs.

Ecrire : groupe Clinea-Orpea 3 rue Bellini - 92806 Puteaux cedex



## Le Centre Hospitalier Sainte-Anne

Etablissement de référence en Neurosciences et Santé mentale,

RECRUTE

### INFIRMIER(E)S - DIPLÔME D'ETAT

Pour ses services de Réanimation, Neurologie,  
Neurochirurgie, Bloc Opératoire, Psychiatrie  
Soins de Suite et de Rééducation

### IBODE & IADE

### CADRES DE SANTÉ

Filière Infirmière - Certificat Cadre de Santé

Pour ses services de Réanimation, Neurologie,  
Neurochirurgie, Psychiatrie

Cadre agréable au cœur du 14<sup>ème</sup> arrondissement de Paris

Politique dynamique de formation continue

Restaurant et crèche du personnel à tarifs attractifs

Contact : Secrétariat de **Nicole MONSTERLET- Directeur des Soins**

Tel : 01.45.65.88.47

1, rue Cabanis - 75014 Paris  
L.guerrab@ch-sainte-anne.fr

## SUD-OUEST

69

## Clinique LA ROSERAIE

Établissement privé de 360 lits et places



Aubervilliers (93)  
300 m porte de la Villette  
M° Aubervilliers-Pantin 4 chemins (ligne7)



### PLATEAU TECHNIQUE DE POINTE

toutes chirurgies, médecine cardiologique, médecine interne  
réanimations polyvalente & cardiaque, USIC  
maternité, néonatalité  
hémodialyse  
plateau d'imagerie IRM/ scanner/scintigraphie/radiologie

Nous recrutons en CDI pour renforcer nos équipes

### INFIRMIERS D. E. h/f

- tous services, jour et nuit
- Bloc Opératoire

### RESPONSABLES DE SERVICES DE SOINS / CADRES DE SOINS h/f

Merci d'adresser votre candidature accompagnée d'un CV à la :  
Direction des Ressources Humaines

Clinique LA ROSERAIE - 120, avenue de la République - 93300 AUBERVILLIERS  
ou par E-mail : drh@hopital-la-roseaie.fr



## CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES

recrute par voie de mutation

DES

### CADRES SUPÉRIEURS DE SANTÉ

TITULAIRES DE LA FONCTION PUBLIQUE

pour

■ Pôles de soins  
et

■ Institut de Formation en Soins Infirmiers

**Candidature, CV à adresser à :**

Madame la Directrice du Pôle Personnel et Relations Sociales  
du C.H.U. de Nantes

5 allée de l'Île Gloriette - 44093 NANTES CEDEX 1

**Renseignements :**

Madame LE BRAS - Directeur des Soins  
Coordonnateur Général - Tél. : 02 40 08 72 52

Madame GALANT - Coordonnateur des Instituts  
Tél. : 02 40 84 69 76

CENTRE HOSPITALIER  
Gérard MARCHANT



## LE CENTRE HOSPITALIER Gérard MARCHANT

recrute des

### CADRES DE SANTÉ

TITULAIRES DU DIPLÔME  
DE CADRE DE SANTÉ

Pour tout renseignement, merci de contacter :

Monsieur SCHLESINGER Sylvain,  
Directeur des soins : 05 61 43 77 15

Les candidatures (lettre + CV) sont à  
adresser à :

Madame le Directeur des Ressources Humaines  
134 route d'Espagne  
31057 TOULOUSE cedex 1

## LE CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

1 307 lits - 27 km de BORDEAUX,  
possibilité de crèche, recrute H/F

pour son secteur Médecine Chirurgie Obstétrique  
et personnes âgées

### I.D.E KINÉSITHÉRAPEUTES

pour son secteur Psychiatrie - Psychiatrie infanto-juvénile  
(199 lits et places)

### INFIRMIER(E)S (I.D.E - I.D.S.P)

#### CADRES INFIRMIERS

pour secteur psychiatrique

Adresser lettre de candidature accompagnée d'un CV  
à Monsieur le Directeur des Ressources Humaines,  
Centre Hospitalier, BP 199,  
33505 Libourne cedex.

Renseignements préalables auprès de :  
Direction des Ressources Humaines  
Tél. 05 57 55 26 70 Fax 05 57 55 34 94

70

## SUD-EST



*La Médecine Progresse*

### Devenez Commercial(e) auprès Des infirmières

- Produits de très Grande Notoriété
- Rémunération très motivante
- Secteurs exclusifs / sur votre région
- Formation performante
- Voiture indispensable

Pour nous contacter envoyer  
CV+ LETTRE + PHOTO à :  
La Diffusion Sofradif Médical  
22 Bd Camille Flammarion  
« Le Giraglia » - 13001 Marseille

Mail : [ladiffusionsofradif@wanadoo.fr](mailto:ladiffusionsofradif@wanadoo.fr)



## Le Centre Hospitalier d'Avignon

recherche

### DES IBODE OU INFIRMIER(E)S AYANT UNE EXPÉRIENCE EN BLOC OPÉRATOIRE

Envoyer lettre de motivation et CV  
à Monsieur le Directeur des Ressources Humaines  
305 rue Raoul Follereau - 84902 Avignon cedex 9

Pour tout renseignement s'adresser à Eric Dulak,  
Directeur des Soins au 04.32.75.35.81



Hôpital Local de Montagne situé entre deux stations de ski  
recherche

### 2 INFIRMIER(E)S D.E. poste jour ou nuit 1 Aide-Soignant(e) diplômé(e)

(Possibilité d'hébergement)

Contactez Madame Catherine PORCIER Cadre Infirmier  
ou Madame Gisèle FULCONIS Attaché d'Administration

04 93 23 28 28

Hôpital Saint-Maur - 3 rue Droite - 06660 Saint-Etienne de Tinée



## Centre Hospitalier Universitaire de Nice

qui emploie plus de 6 000 personnes, déploie ses activités sur 5 sites [hôpital et Centre de Convalescence/Maison de Retraite]. Outre les soins, l'enseignement, la formation, la recherche..., le CHU a pour objectif d'apporter le meilleur accueil au patient et une qualité des soins exceptionnelle. C'est pour vous l'opportunité de développer vos compétences et d'affirmer vos valeurs dans un univers professionnel de premier ordre. Il recrute des :

Nice

### 2 Cadres de santé h/f

- Pour travailler en bloc opératoire par voie de mutation ou par recrutement en CDI avec une période d'essai de 6 mois à temps complet  
Salaire net mensuel 1638,96 euros. Conditions à remplir : être titulaire du DE infirmier de bloc opératoire et du certificat cadre de santé

### Infirmiers diplômés d'état h/f

- Pour travailler dans un service de médecine, chirurgie, psychiatrie ou de réanimation. Salaire net mensuel d'un IDE : 1720,58 euros
- Pour travailler dans un service de gériatrie ou en bloc opératoire du CHU de Nice. Salaire net mensuel d'un IDE : 1840,44 euros

### Infirmiers de bloc opératoire h/f

- Salaire net mensuel d'un IDE de bloc opératoire : 1996,29 euros

### Infirmiers anesthésistes h/f

- Salaire net mensuel d'un IDE anesthésiste : 2004,26 euros

Versement d'une aide au logement à concurrence de 200 euros/mois contre engagement de servir. Contrat à durée indéterminée à partir du moment où le dossier administratif est complet [entretien avec la direction des soins infirmiers, tests psycho-techniques et visite médicale]. En sus, pour les IDE ou IBODE acceptant de travailler en gériatrie ou bloc opératoire, possibilité de versement d'une prime d'installation de 1500 euros bruts contre engagement de servir. Enfin, versement de 14 mois de bourse d'études pour tout nouvel infirmier diplômé contre engagement de servir quelle que soit son affectation.

Les candidats doivent adresser une lettre de motivation et un curriculum vitae à : CHU de NICE, Direction des Relations Humaines, Hôpital de Cimiez, Service du Recrutement, B.P. 1179, 06003 NICE CEDEX 1. Tél : 04.92.03.46.16.  
Email : damiano.c@chu-nice.fr



Parce que la vie doit rentrer à l'hôpital, vous êtes **essentiel.**

Des équipes de professionnels engagés autour d'un projet novateur pour la psychiatrie en LOZERE recherchent :

- **Médecins psychiatres** (h/f)  
pour le secteur de psychiatrie adulte
- **Médecin pédopsychiatre** (h/f)  
pour le secteur de psychiatrie infanto-juvénile
- **Cadres de santé** (h/f)
- **Infirmiers** (h/f)  
pour les unités d'hospitalisation temps complet sur le site de SAINT-ALBAN

*Bonnes conditions d'accueil et d'exercice professionnel dans un environnement paisible au sud du Massif Central, la LOZERE est un lieu naturel entre l'Auvergne et le LANGUEDOC-ROUSSILLON, sa région de prédilection. Comme ses immenses forêts, comme les rives du TARN, de l'ALLIER ou du LOT, ses montagnes se prêtent à la pratique d'innombrables loisirs. Proche de l'A 75, se trouve à 1h30 de Clermont-Ferrand, à 2h30 de Montpellier.*



Renseignements sur les postes et conditions de prise de fonctions :  
04 66 42 55 01 ou ctrehospitalier-f.tosquelles@wanadoo.fr

Merci d'adresser votre dossier de candidature  
à Mme la Directrice du Centre Hospitalier François TOSQUELLES,  
rue de l'Hôpital, 48120 SAINT-ALBAN-SUR-LIMAGNOLE



LE CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
DE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL (VAR)

Recrute

**INFIRMIERS(ERES)  
CADRES DE SANTÉ**

pour ses différents services

POSTES À POURVOIR IMMÉDIATEMENT

Merci d'adresser votre candidature  
(CV et lettre de motivation) à :  
Madame Christiane SAUNIER  
Directeur des Soins - Coordonnateur Général des Soins  
CHI Fréjus/Saint-Raphaël  
240, Avenue de Saint-Lambert - BP 110  
83608 FREJUS CEDEX

Tél. : 04 94 40 21 55

Mail. : ds-sec@chi-frejus-saint-raphael.fr



Etablissement de 1017 lits et palces  
En cours de restructuration

recherche

**INFIRMIER(E)S D.E.  
I.A.D.E.**

(Dans le département  
de l'Allier)

*L'Hôpital de Montluçon c'est :*

- un hôpital au cœur de la ville
- des services médico-techniques performants
- une active politique de formation des personnels

Pour en savoir plus :  
[www.ch-montlucon.fr](http://www.ch-montlucon.fr)  
[www.mairie-montlucon.fr](http://www.mairie-montlucon.fr)  
[www.cr-auvergne.fr](http://www.cr-auvergne.fr)

Les candidatures sont à adresser à :  
Madame LIMOUZINEAU, Directeur de Soins  
Centre Hospitalier  
18 avenue du 8 mai 1945 - BP 1148 - 03113 MONTLUÇON Cedex  
Tél. : 04 70 02 36 77  
E-mail : dssi@ch-montlucon.fr

**CENTRE**

**LE CENTRE HOSPITALIER  
DE TONNERRE**

89700 - Yonne

recherche

**INFIRMIER(E)S D.E.  
KINESITHÉRAPEUTES D.E.**

Les lettres de candidatures accompagnées  
d'un curriculum vitae sont à adresser à :  
Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier  
Rue des Jumériaux - 89700 Tonnerre  
Tél. : 03 86 54 33 00



**HOSPITALOR**

Association Hospitalière à but non lucratif  
Mission reconnue d'utilité publique  
Membre de la F.E.H.A.P.

**recherche :**

**pour ses Centres Hospitaliers, Etablissements pour  
personnes âgées, Etablissements pour adultes handicapés**

**des infirmier(e)s DE  
des infirmier(e)s de Bloc Opératoire DE  
des infirmier(e)s Aides Anesthésistes  
des Aides-Soignant(e)s**

**CDD et CDI**

mi-temps • temps partiel • temps plein

Postes à pourvoir de suite

Adresser lettre de candidature, C.V. et photo à :

**HOSPITALOR** Direction Générale  
Rue Ambroise Paré  
BP 20204 • 57506 SAINT-AVOLD Cedex

**LES HÔPITAUX CIVILS  
DE COLMAR**

PASTEUR  
LE PARC  
LE CPA  
1384 lits

Recrutent :

**DES INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT H/F**  
**DES INFIRMIERS DE BLOCS OPERATOIRES H/F**  
**DES CADRES DE SANTE INFIRMIERS H/F**

Statut contractuel ou fonctionnaire, emplois à temps complet ou partiel, possibilités de logement et de crèche.  
Pour tout renseignement merci de contacter la Direction des Soins au 03 89 12 40 27.  
Pour de plus amples renseignements, contactez la Direction des Services Techniques au 03 89 12 40 60.  
Les candidatures sont à adresser à l'attention du Directeur des Hôpitaux Civils de Colmar, Direction des Ressources Humaines et des Ecoles, 39 avenue de la Liberté, 68024 Colmar cedex ou par mail : [recrutement.drhe@ch-colmar.rss.fr](mailto:recrutement.drhe@ch-colmar.rss.fr)

**Pour passer une annonce,  
contactez :**

**Annie Carbonne**

**Tél. : 05 56 37 88 96 - Fax : 05 56 84 06 77**

**BP 39 - 2 rue Jean Bonnardel  
33883 Villenave d'Ornon cedex  
email : [annie.carbonne@free.fr](mailto:annie.carbonne@free.fr)**

## REJOIGNEZ LE GROUPE MEDI-PARTENAIRES 17 CLINIQUES - 3300 SALARIÉS

Médi  
PARTENAIRES



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

**Cadres Infirmier(e)s**    **Infirmier(e)s**

**Chefs de bloc**    **Sages Femmes**

Pour toutes demandes concernant les recrutements dans les cliniques du groupe :  
CMS - 23 rue Edmond Michelet - 33000 Bordeaux    s.lafage@medi-partenaires.fr

Retrouvez nos établissements sur notre site [www.medi-partenaires.com](http://www.medi-partenaires.com)



Votre partenaire expert dans les métiers de la santé recherche des professionnel(le)s diplômé(e)s et vous propose de nombreux postes à pourvoir toute l'année (missions d'intérim, CDD, CDI) sur toute la France.



### Sages-femmes

### Infirmiers D.E.

- plateau technique (bloc opératoire, anesthésie, réveil, USIC, SSPI, réanimation...)
- spécialisés hémodialyse
- soins généraux

### Elèves infirmiers

- 2<sup>ème</sup> année • 3<sup>ème</sup> année
- Accompagnement tout au long de votre cursus et de vos missions. Nombreux postes logés.

**LFP Provence**  
Véronique Dauvergne :  
04 93 82 48 57  
[lfpprovence@lfpinterim.com](mailto:lfpprovence@lfpinterim.com)

**LFP Intérim Paris**  
Ebtissem Hdhili :  
01 55 31 91 89  
[e.hdhili@lfpinterim.com](mailto:e.hdhili@lfpinterim.com)

D'autres postes sont à pourvoir, n'hésitez pas à nous contacter.



orc.fr

73



conseil & recrutement

## Recrute pour postes fixes

- Infirmiers h/f toutes spécialités (bloc, réa, dialyse, étage...)
- Cadres infirmiers...

L'Appel Médical Conseil et Recrutement répond encore plus aux souhaits des professionnels de santé et recherche pour le compte d'établissements publics ou privés, de maisons de retraite ou d'entreprises des candidats pour des postes fixes en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ou en Contrat à Durée Indéterminée (CDI). Plus que jamais, l'Appel Médical devient votre allié pour le développement de votre carrière.

un nouvel horizon pour vos recherches CDD, CDI

N° Vert 0 800 240 533

[sante-recrutement.com](http://sante-recrutement.com)



LEADER EUROPÉEN DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ

**Recrute**  
Infirmier(e)s D.E.,  
IADE, IBODE,  
Aides Soignantes,  
Sages femmes,  
et toutes qualifications médicales et paramédicales.

**Ciblez votre avenir en**  
**Intérim, CDD, CDI, Libéral.**

Contactez l'agence la plus proche de chez vous au :  
**N° Vert 0 800 007 006**

**Quick Médical Service**  
[www.recrutement-medical.fr](http://www.recrutement-medical.fr)

**Vous avez du talent**  
**Nous avons du travail**

[www.kellyservices.ch](http://www.kellyservices.ch)

Kelly Médical compte parmi les leaders mondiaux du placement fixe et temporaire de professionnels de la santé. Nous recherchons pour des missions de courtes ou de longue durées dans les régions de Suisse francophone, des :

**Infirmier(e)s D.E. toutes spécialisations**  
**Infirmier(e)s bloc opératoire D.E.**  
**Infirmier(e)s Anesthésiste(s) D.E.**  
**Infirmier(e)s en Psychiatrie**  
**Manipulateurs en Electroradiologie**  
**Masseurs Kinésithérapeutes**

Vos avantages : Excellentes conditions de travail, rémunération avantageuse, possibilité de logement sur site, obtention du permis de travail, encadrement assuré.

**Kelly Médical Neuchâtel - Jura - Fribourg**  
Rue Saint Honoré 2, CH-2000 Neuchâtel  
Tél. 0041 32 724 46 77 - E-mail : [neuchatel.medical@kellyservices.ch](mailto:neuchatel.medical@kellyservices.ch)

**Le talent au travail**

**25 ans d'activité en Suisse**

**KELLY MEDICAL**

**Job One 1 SUISSE**  
**Rejoignez-nous !**

.....  
Vous souhaitez acquérir de nouvelles expériences et compléter votre bagage professionnel. Vous êtes :

**I.D.E**  
**Infirmier/ère toutes spécialisations**  
**Sage-femme**  
**Manipulateur Radio**  
**Médecin Assistant**

Venez en **SUISSE**, nous avons des postes à repourvoir dans d'excellentes conditions de travail :

**Respect de la profession**  
**Logement sur place**  
**Salaire motivant**

Nous nous occupons de tout l'administratif !

<b>Agence de Neuchâtel :</b> Rue St-Maurice 10 2001 Neuchâtel / Suisse Tél. : 0041 32 722 30 00 Fax : 0041 32 722 30 09 <a href="mailto:medical.ne@jobone.ch">medical.ne@jobone.ch</a>	<b>Agence de Nyon :</b> Rue de la Gare 45 1260 Nyon / Suisse Tél. : 0041 22 365 24 24 Fax : 0041 22 365 24 25 <a href="mailto:nyon@jobone.ch">nyon@jobone.ch</a>
---	---

**Creyf's**  
**FIXE & TEMPORAIRE**  
**MÉDICAL ET PARAMÉDICAL**

**PERSONNEL SOIGNANT**  
à la recherche de postes en Suisse Romande

**Vous avez envie de découvrir la Suisse et d'acquérir une nouvelle expérience ?**  
**Rendez-vous sur notre site [www.creyf.ch](http://www.creyf.ch)**

**Corinne Goumaz, Fribourg**  
004126 347 30 30

**Nathalie Meystre, Genève**  
004122 715 48 82

**Delémont**  
004132 422 74 22

CREYF'S SA - Rue du Mont-Blanc, 7 - 1201 Genève



au cœur de la santé associons nos compétences

IDE toutes spécialités ■

IBODE ■

DSSI ■

SURVEILLANTES DE SOINS ■

■ CHEFS DE BLOCS

■ SAGES FEMMES

■ KINESITHERAPEUTES

MANIPULATEURS RADIOS ■

TECHNICIENS DE LABORATOIRE ■

Générale de Santé, premier réseau privé de soins vous invite à connaître nos métiers et à rejoindre nos établissements.

Débuter sa carrière et évoluer dans le secteur privé, c'est intégrer des établissements à taille humaine, collaborer auprès de praticiens de renom au sein de plateaux techniques innovants, travailler en équipe et rejoindre un réseau de soins composé de 173 établissements et centres de Médecine Chirurgie Obstétrique, de Soins de suite et Réadaptation, de Santé Mentale, de Cancérologie-Radiothérapie et de Laboratoires d'analyses bio-médicales.

Générale de Santé vous accompagnera dans le développement de vos compétences. Notre implantation nationale et notre croissance externe vous permettront de bénéficier d'un déroulement de carrière dans l'ensemble de notre réseau par le biais de la promotion interne, de la mobilité géographique et de notre politique de formation Groupe.

Attentifs à votre intégration, une aide à la recherche de logement est aujourd'hui à votre disposition et, dès 2007 certains de nos établissements proposeront un service de crèches à nos salariés.

Proximité, intérêt des missions, aménagement des horaires, prise en compte des conditions de travail et notoriété de nos établissements constituent nos principaux atouts.\*

\* données issues d'un baromètre d'opinion réalisé par Inergie en décembre 2005 auprès de 44 établissements MCO et de 15 établissements de Rééducation.

Candice LASKAR, Chargée de recrutement, Département Emploi et Gestion des Compétences [emploi@gsante.fr](mailto:emploi@gsante.fr)  
Postulez en ligne sur notre espace Carrières

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



G É N É R A L E  
D E • S A N T É

**7 septembre 2006**

palais des Congrès LYON

11<sup>e</sup> édition

**20 septembre 2006**

espace Champerret PARIS

**février 2007**

espace Champerret PARIS

ORGANISÉ PAR

**KAVESTA**

> les salons thématiques

# PARAMÉDICAL

## Le Salon EMPLOI des Infirmiers

- Vous êtes infirmier(e) DE, IADE, IBODE, élève IFSI 3<sup>e</sup>me année, manipulateur radio, aide-soignant(e), kinésithérapeute, cadre...
- Venez choisir plus de 2000 postes proposés par des grands établissements qui vous recrutent...

**information**

tél. 0826 621 801\*

[www.infirmiers.com/salonparamedical](http://www.infirmiers.com/salonparamedical)

\*0,15€ TTC/minute



Emploi-Santé [emploiSante.com](http://emploiSante.com)

