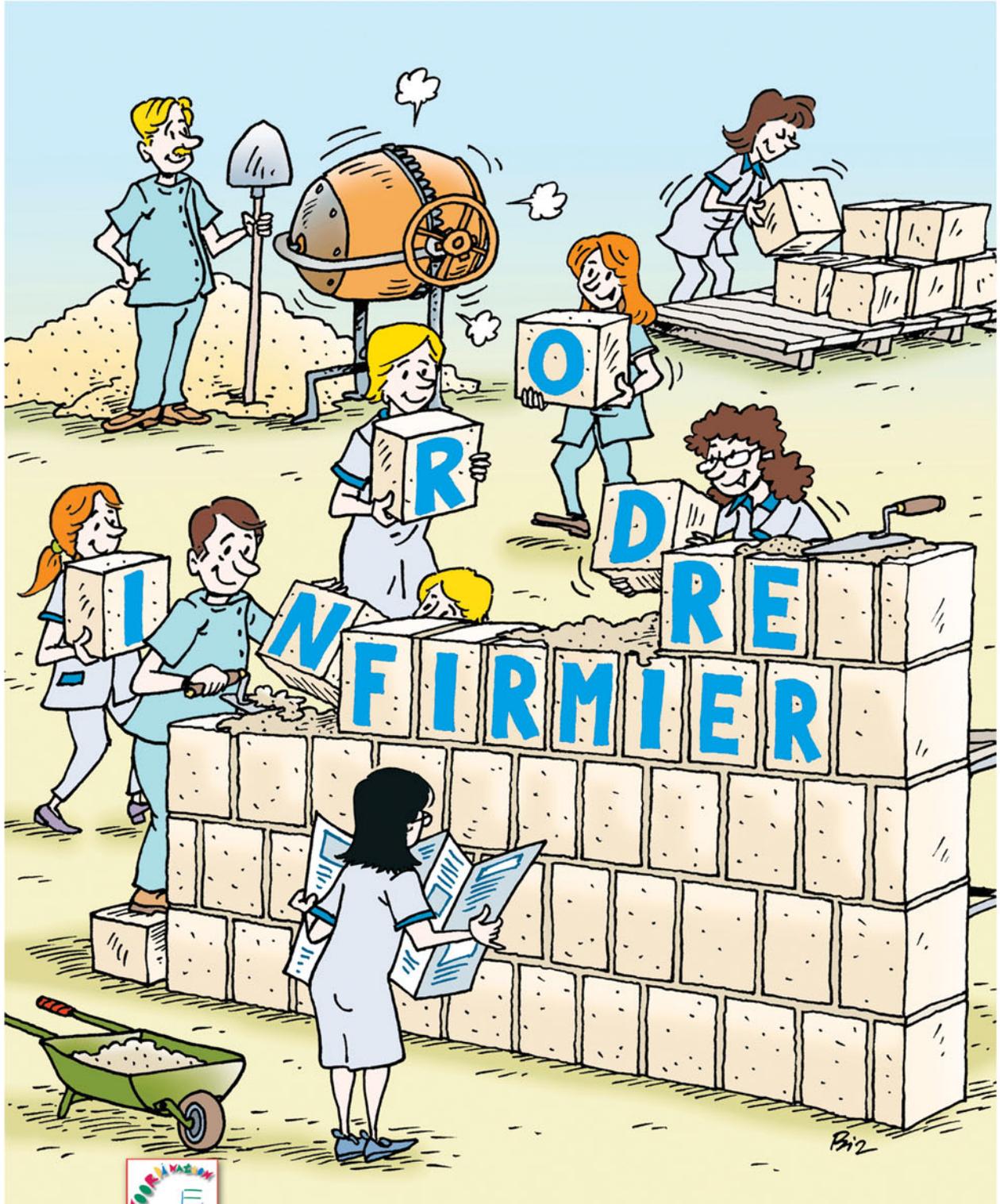


Coordination Nationale Infirmière





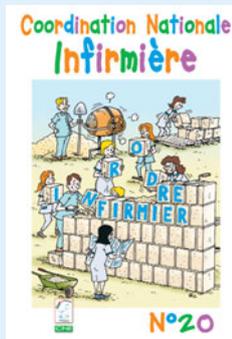
Quoi de plus vital que la nutrition ?



Au-delà même de la prise en charge médicamenteuse, certains caps difficiles imposent une réelle prise en charge nutritionnelle. Nestlé Clinical Nutrition propose, avec Clinutren, une gamme unique de solutions nutritionnelles associant une parfaite maîtrise de la nutrition clinique à une expertise légitime des arômes et saveurs. Forte de près de 40 préparations, sucrées ou salées, liquides ou texturées, la gamme Clinutren vous offre aujourd'hui autant de raisons de réveiller leur appétit de vivre.



*...réveille l'appétit
de vivre.*



BIZ POUR LA COORD

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

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@wanadoo.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 les services de
Dermatologie de la Maison du Haut Lévêque
du CHU de Bordeaux.*

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

Impression

Douriez Bataille

Dépôt légal à parution

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

Sommaire

5 Editorial

7 Ordre Infirmier

- Pour occuper toute la place qui leur revient dans le système de santé
- Rôles respectifs et complémentaires entre l'ordre infirmier et le syndicat professionnel
- Réflexions sur l'ordre infirmier

14 Livre Blanc

De la profession Infirmière

22 Salon Infirmier

24 Puéricultrice

Une profession à découvrir

32 IBODE

Aides-Opérateurs non Infirmier

33 Les Retraites

34 Stomathérapeutes

- Le combat quotidien des stomathérapeutes. Vivre ou survivre...

36 DASRI

- L'élimination des déchets à risque infectieux

40 Le Toucher-Massage

42 Psychiatrie

43 Revue de Presse

- Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé

56 Formation

59 Offres d'Emplois



La GMF n'est pas l'assureur n°1 du Service Public par magie.

- 2 500 000 assurés dans le Service Public
- Des assurances et services conçus pour eux
- Des tarifs spécialement étudiés :

POUR VOTRE ASSURANCE AUTO

- Usage professionnel inclus sans majoration du tarif pour les fonctionnaires
- Options valeur majorée (valeur d'achat garantie jusqu'à 48 mois pour tout véhicule de 100 000 km maximum), objets transportés et option prêt de véhicule
- Assistance 0 km en cas de panne ou d'accident
- Réduction mutualiste de 5, 10 ou 15 % pour récompenser votre fidélité et votre prudence au volant
- Pas de surprime jeune conducteur pour les fonctionnaires en école
- Et bien sûr un choix étendu de formules de garanties et de franchises selon vos besoins et votre budget

POUR VOTRE ASSURANCE HABITATION

- Option Rééquipement à Neuf : indemnisation en valeur à neuf sans application de vétusté
- Tarifs spéciaux pour les étudiants et les jeunes qui s'installent
- Assistance à domicile très complète
- Et bien sûr une large gamme de contrats pour répondre à tous les besoins et tous les budgets

ET AUSSI...

- Assurance Accidents et Famille : tarif unique quel que soit le nombre de personnes dans la famille
 - Avantages Sociétaires : des réductions négociées sur l'achat de voitures, les voyages, les loisirs...
 - Accompagnement Psychologique inclus dans la plupart de nos contrats
 - Déclaration de sinistres par téléphone pour un remboursement très rapide
 - Contrat de Protection Juridique incluant la garantie Défense Pénale pour les fonctionnaires
 - Bonus Famille : des réductions dès la souscription du 2^e contrat dans un même foyer jusqu'au 31/12/04
- Et bien d'autres avantages à découvrir...

Vous voulez en savoir plus ?

GMF en ligne 0 820 809 809 ou www.gmf.fr

(0,12 € TTC la minute)



ASSURANCES & SERVICES
FINANCIERS

GMF. Assurément humain

2005 commence et malheureusement la situation de notre profession reste inchangée.

- La pénurie est toujours là, mais on ne parle que du manque de médecins ;
- Les IFSI ont du mal à recruter, mais on ne fait rien pour rendre la profession attrayante ;
- On nous parle d'étude universitaire et reconnaissance LMD (Licence, Master, Doctorat), mais on nous refuse une reconnaissance salariale ;
- On reconnaît la spécificité de la psychiatrie, mais on nous refuse la spécialisation ;
- On veut donner de l'importance à la Commission des soins mais on nous refuse l'accès au Conseil Exécutif ;
- On reconnaît notre pénibilité au travail, mais on nous refuse de partir à la retraite plus tôt.

La liste est encore longue, il est temps que la profession se réveille.

Nous étions au Salon Infirmier à Paris au mois de novembre. Ce salon a été très intéressant par la qualité des conférences et des contacts que nous avons eu sur notre stand. En effet nous avons pu constater que de l'étudiant au directeur de soin, le discours était le même. Toute la profession présente ces trois jours (et au travers des conférences) a dénoncé ce déni des Pouvoirs Publics envers les infirmières, les conditions de travail catastrophiques et donc cette envie de vouloir se rassembler au sein d'un même syndicat professionnel et d'un Ordre Infirmier. Les deux sont nécessaires et l'un ne peut pas vivre sans l'autre. Vous pourrez lire dans ce journal les différences et les complémentarités de ces deux structures.

Nous étions contre un Ordre dans le passé, car il nous était imposé par les Pouvoirs Publics et se calquait sur le modèle de l'Ordre des Médecins. Nous devons avoir notre propre modèle de structure et nous n'accepterons qu'un Ordre élaboré par la profession pour la profession.

Le rassemblement doit être le leitmotiv de toute la filière infirmière en cette nouvelle année. Nous sommes 450.000, c'est une force, utilisons la pour qu'enfin nous puissions être reconnus.

Nous vous souhaitons une bonne année 2005.



François IZARD ■
Président de la C.N.I.



Ordre Infirmier

*Pour occuper toute la place
qui leur revient dans le système de santé*

206.466 médecins

68.974 pharmaciens

55.800 kinésithérapeutes

7.500 podologues

15.596 sages-femmes

ont un ordre

*450.000 infirmières diplômées d'état
revendiquent leur Ordre infirmier*

IL VEILLERA À

- valoriser, fédérer et représenter la profession, être force de propositions dans les instances décisionnelles qu'elles soient relatives au champ de l'exercice infirmier, au système de santé et dispositifs de formations (initiale et continue) ;
- protéger les intérêts de la population en lui garantissant la dispensation de soins infirmiers (préventifs, curatifs et palliatifs) de qualité, au fait de l'évolution de l'art, par des professionnels qualifiés et compétents ; ●●●

- réaliser le suivi démographique de la profession afin d'anticiper l'évolution des emplois et des compétences.

La profession ne veut plus attendre

Projet envisagé depuis longtemps, en France, par beaucoup d'infirmières et d'infirmiers, la création d'un ordre nous semble aujourd'hui urgente. En effet, au vu des nombreux rapports concernant la profession publiés depuis quelques mois, nous constatons que, premiers concernés, nous sommes souvent les derniers consultés ! De nombreux textes viennent insidieusement limiter notre autonomie et nier nos compétences spécifiques. Cette situation inquiétante pour la profession nous incite à nous regrouper pour optimiser nos chances de succès.

De nombreuses structures professionnelles, associations et syndicats, en s'alliant, présentent un front uni puissant pour imposer aux pouvoirs publics l'élaboration d'un projet et sa discussion au Parlement.

Leurs membres ont décidé de travailler ensemble en toute transparence, de mettre en place une veille réglementaire, d'organiser des groupes de travail, de préparer les rencontres indispensables à l'avancée de ce projet pour tenir compte de tous les apports loin des luttes partisans.

Le seul enjeu, particulièrement important, est l'autonomie de notre profession, garante de la sécurité des patients et de la qualité des soins.

Infirmières, infirmiers, quelle que soit notre forme et lieu d'exercice nous sommes tous concernés. Assez d'attention, rejoignez-nous. Forts de 450.000 professionnels nous ne voulons plus que d'autres parlent pour nous et que la politique de santé se fasse sans nous.

Les raisons

De multiples raisons soutiennent cette demande, toutes les motivations mériteraient d'être développées. Nous les avons listées ici, elles peuvent enrichir vos discussions.



- **Le contexte professionnel actuel** : la pénurie et la gestion que les pouvoirs publics mettent en place. La VAE, validation des acquis et de l'expérience, comporte des risques en termes de niveaux de compétences et d'exercice.
- **La perte d'autonomie subie par les infirmières** avec la transformation de la commission locale de soins des établissements de santé.
- **La création d'une Direction des soins en lieu et place de la Direction des soins infirmiers**, direction qui peut être assurée par des membres de toutes les professions paramédicales, IDE mais aussi podologue, kinésithérapeute...
- **La nouvelle gouvernance** (Hôpital 2007) instaure un système de gestion des hôpitaux qui s'appuie sur deux directions et non plus sur trois : une direction médicale et une direction administrative. Et ce aux dépens de la direction des soins, pourtant la plus à même de défendre les intérêts des personnes soignées.
- **Une situation provoquant un malaise** de la profession qui a l'impression de ne pas remplir sa mission : les durées de séjours hospitaliers diminuent mais la prise en charge des patients en ville n'est pas organisée, les relations ville hôpital restent trop souvent des vœux pieux.
- **Des consultations en soins infirmiers** destinées à éduquer des personnes soignées pour les rendre plus autonomes, sont supprimées ou ne sont pas reconnues pour des raisons financières...
- **De nombreuses mesures d'économie** de la santé vont à l'encontre de la qualité des soins.
- **Les solutions proposées pour faire face à la pénurie** entraînent le plus souvent des transferts de compétences et des transferts de tâches dont on ne sait pas clairement à ce jour quelles en seront les modalités d'application et les risques.
- **La pénurie entraîne des problèmes**

d'encadrement des étudiants et de tutorat des jeunes professionnels mettant en jeu la sécurité des patients. Pour éviter d'être confronté à une pénurie il conviendrait de mettre en place un système cohérent pour définir des quotas et réguler les entrées en institut et les entrées dans la vie active au niveau des régions.

- **Un projet de regroupement des ordres** européens est en cours, en France, il est donc urgent que les infirmières et infirmiers se dotent d'un ordre national.
- **Cet été, des textes concernant la profession** ont été publiés au JO (édition du 8 août) sans que le CSPPM ne se réunisse pour les amender. Ce Conseil supérieur des professions para-médicales est dépourvu de statut juridique, n'a qu'une voix consultative, et ne peut se réunir qu'à la demande du Ministère. La représentativité du CSPPM a toujours été contestée, d'autant plus que 18 de ses 45 membres sont des représentants de l'administration.

Pourquoi un Ordre

Les réponses se trouvent dans les missions remplies par la structure. Celles-ci permettent de démystifier le rôle de la structure et d'en voir l'intérêt.

Un ordre, c'est une instance nationale qui regroupe l'ensemble des professionnels en exercice. Il se décline au niveau régional, voire local. Sa composition est basée sur un système démocratique :

une infirmière = une voix

C'est le seul moyen de rassembler, unifier l'ensemble des membres de la profession et d'assurer sa représentation au niveau national face aux pouvoirs publics et à ses partenaires, tutelles, directions d'hôpitaux, médecins. L'ordre pourra aussi représenter la profession infirmière de France au niveau européen et international avec une place de choix au regard du nombre de ses adhérent(e)s. Il pourra ainsi peser de manière efficace sur les politiques de santé.

C'est un organisme autonome, financé par une cotisation obligatoire qui garantit son indépendance vis à vis des pouvoirs politiques et de tout autre autorité.

Il ne saurait remplacer les syndicats professionnels auxquels reste dévolue la défense des intérêts matériels et statutaires des membres de la profession, et les associations qui regroupent des professionnels autour d'un intérêt commun.

Ses missions

L'Ordre national des infirmières et infirmiers :

- 1 - **veille au maintien des principes** d'éthique, de qualification et de compétence indispensable à l'exercice de la profession infirmière et à l'observation, par tous ses membres des devoirs professionnels et des règles édictés par le code de déontologie ;
- 2 - **assure la préservation, la valorisation et la promotion de la profession** infirmière pour l'accomplissement de son exercice et de ses missions qui sont de répondre aux besoins de santé de la population et de dispenser des soins infirmiers de qualité. Il impose des exigences de compétences garanties par un diplôme d'État infirmier ;
- 3 - **interlocuteur de droit des pouvoirs publics**, il doit être saisi sur toute question touchant la profession infirmière et le système de santé ;
- 4 - **élabore, rédige et actualise le code de déontologie** infirmier édicté sous forme de décret validé par le Conseil d'État. Ces dispositions se limitent aux droits et devoirs déontologiques et éthiques de la profession à l'égard du public, des autres professionnels de santé et de ses membres ;
- 5 - **participe et émet un avis** sur tout projet de règlement relatif aux conditions d'exercice professionnel notamment en ce qui concerne les programmes de formation et le champ de compétence des professionnels. Pour ce faire, il entend, en tant que de besoin, les associations ou syndicats professionnels réglementaire-

ment constitués, les associations d'étudiants en soins infirmiers et toute personne ressource ;

6 - **veille à la conformité déontologique** des contrats liant les professionnels infirmiers à leurs employeurs ou tutelles, ainsi que les associés et remplaçantes dans le secteur libéral ;

7 - **s'assure de la validité des agréments** délivrés par les pouvoirs publics aux établissements, institutions et organismes de formation initiale et post-diplôme s'adressant aux infirmières et infirmiers ;

8 - **crée toute commission de travail** qu'il juge nécessaire pour favoriser l'évolution de la profession ;

9 - **diffuse auprès des professionnels** les règles de bonnes pratiques en soins infirmiers, et organise et participe à l'évaluation de ces pratiques ;

10 - **réalise le suivi de la démographie** nationale de la profession infirmière, participe à l'homogénéisation systématique des données statistiques, étudie l'évolution et les projections de la densité infirmière au regard des besoins de santé et leur régulation. Il établit et actualise un répertoire professionnel des infirmiers (RPI).

Les questions que vous vous posez

Nombreuses sont sans doute les questions que vous vous posez sur la création d'un ordre, son utilité, ses objectifs, son coût, son fonctionnement... Nous ne saurions toutes les évoquer ici, nous avons juste voulu envisager les sujets qui reviennent le plus souvent dans les conversations entre collègues.

LA CRÉATION D'UN ORDRE INFIRMIER BÉNÉFICIE-T-IL AUX PATIENTS ?

L'ordre apporte aux patients l'assurance de soins de qualité en adéquation avec les besoins de la population. L'ordre sera un recours en cas de litige. Il diffusera des informations. ●●●

QUELLE DIFFÉRENCE ENTRE ORDRE, SYNDICAT ET ASSOCIATIONS ?

Les syndicats défendent le professionnel (statut, salaire, conditions de travail...).

Les associations regroupent des professionnels autour d'un centre d'intérêt particulier. L'ordre est le garant de la qualité des soins, des compétences et de la validité des diplômes. Il est chargé de promouvoir la profession.

QUELLE SERA LA DURÉE DES MANDATS ?

Les mandats pourraient être de 3 à 4 ans renouvelables ou non avec un renouvellement par tiers ou par moi-

tié. Le renouvellement régulier des membres de l'instance devra être prévu dans le projet de loi, pour disposer d'une structure dynamique et en prise avec les réalités de terrain.

COMMENT LES SPÉCIALITÉS ET LES DIFFÉRENTS EXERCICES POURRONT-ILS S'EXPRIMER AU SEIN DE L'ORDRE ?

Des collèges seront créés pour chaque exercice en fonction de critères qui devront être définis.

QUI VOTERA POUR ÉLIRE LES REPRÉSENTANTS SIÉGEANT AU SEIN DE L'ORDRE ?

Le principe est simple : chaque infirmière en exercice aura une voix.

QUEL SERA LE MONTANT DE LA COTISATION OBLIGATOIRE ?

Étant donné le nombre d'infirmières (450.000), la cotisation pourra rester raisonnable pour un fonctionnement efficient. Par exemple, une cotisation annuelle de 20 € représente un budget de 9 900 000 €, ce qui permet d'envisager les locaux, les salaires du personnel fixe (secrétariat, comptabilité, communication, administration...), le recours à des experts, des juristes...

Document publié sous la forme d'un tiré à part grâce au soutien de la Revue de l'Infirmière - Elsevier

Toutes les structures engagées dans ce projet. Vous trouverez ici leurs coordonnées. N'hésitez pas à les contacter.

• **AEEIBO** : Association des enseignants des écoles d'infirmiers de bloc opératoire. Contact Martine Reiss (martine.reiss@chu-colmar.rss.fr).

• **AFET** : Association française d'entérostoma thérapeutes. Hôtel-dieu - Centre stomathérapie Georges Guillemin. 1 Place de l'Hôpital, 69002 Lyon. Tél. : 04 78 35 34 21. Fax : 04 72 41 31 31. Contact : Michelle Guyot (afet@easynet.fr). Site Internet : www.afet.asso.fr/afet

• **AFIDTN** : Association française des infirmiers en dialyse, transplantation et néphrologie (membre de l'UNASIIF). Immeuble Mach 7 avenue des Hauts Grigneux, 76420 Bihorel. Contact : acs.nice.med@wanadoo.fr. Site Internet : www.afidtn.com. Tél. : 02 35 59 87 52. Fax : 02 35 59 86 25.

• **APPI** : Association de promotion de la profession infirmière. Boîte Postale 38, 75622 Paris cedex 13 -Tél/Fax: 01 43 43 76 36. Contact : Thierry Amouroux (asso.appi@wanadoo.fr).

• **APOIIF** : Association pour un ordre des infirmières et infirmiers de France. Présidente : Régine Clément. Tél. : 06 61 34 69 89. collectifnf@hotmail.com

• **CNI : Coordination Nationale Infirmière.**
Président : François Izard. Tél. : 06 64 41 78 65
Vice-président : 06 86 47 60 69

• **Convergence Infirmière** : Contact : Marcel Affergans. Tél. : 06 22 09 30 31.

• **ESI-PACA** : Étudiants en soins infirmiers - Provence Alpes Côte d'Azur. 86 clos de la Cause-Palette 13100 Le Tholonet. Email : info@esi-paca.asso.fr. Site Internet : www.esi-paca.asso.fr. Contact : Thierry Alberti (thieryalberti@yahoo.fr). Tél. : 06 12 62 89 20.

• **FNESI** : Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers. co/FAGE 5 rue Frédéric Lemaître 75020 Paris. Tél. : 01 40 33 70 70, (demander Martine). Contact : Julie Devictor (julie.devictor@libertysurf.fr). Tél. : 06 64 7126 75.

• **GIPSI** : Groupement d'intérêt professionnel en soins infirmiers. 6 rue Jean Jaurès, 94190 Villeneuve-Saint-Georges. Tél. :

01 43 89 53 08. Fax : 01 43 82 67 20. Email : contact@gipsi.org. Site Internet : www.gipsi.org. Contact : Jean-Jacques Scharff (président@gipsi.org). Tél. : 06 21 49 02 16. président@gipsi.org

- **AFDS** : Association française des directeurs des soins.

- **ANFIIDE** : Association nationale française des infirmiers et infirmières diplômés et étudiants.

- **ANPDE** : Association nationale des puéricultrices diplômées et d'étudiants.

- **CEEIADÉ** : Comité d'entente des écoles d'infirmiers anesthésistes diplômés d'état.

- **CEFIEC** : Comité d'entente des formations infirmières et cadres.

- **GERACFAS** : Groupe d'étude, de recherche et d'action pour la formation des aides-soignants.

- **UNAIBODE** : Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'état.

- **UNASIIF** : Union nationale des associations et syndicats infirmiers et des infirmiers(ères) français.

- **ACIA** : Association des cadres infirmiers d'Aquitaine.

- **AFIDTN** : Association française des infirmiers en dialyse, transplantation et néphrologie. Immeuble Mach, 7 avenue des Hauts Grigneux, 76420 Bihorel. Contact : acs.nice.med@wanadoo.fr. Site Internet : www.afidtn.com. Tél. 02 35 59 87 52. Fax 02 35 59 86 25

- **ASSIA** : Association du service infirmier angevin.

- **CEFI** : Comité d'étude des formations infirmières.

- **REPSA** : Religieuses dans les professions de santé.

• **SNPI** : Syndicat national des professionnels infirmiers. SNPI-CFE-CGC, 39 rue Victor Massé, 75009 Paris. Site Internet : www.infiweb.org/1/snpi/snpi-sommaire/snpi-intro.html. Contact : Maryse Faure. Tél. : 0148 78 69 26 - SIE stand D38.

• **SNIIL** : Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux. 104-106, rue Oberkampf, 75011 Paris. Tél.: 01 55 28 35 85. Fax: 01 55 28 35 80. Contact : sniiil@sniiil.fr Site Internet : www.sniiil.fr.

• **UIF** : Union infirmière France. Secrétaire : Monique Sobole. Tél. : 01 40 21 76 06.

Rôles respectifs et complémentaires entre l'Ordre Infirmier et le syndicat professionnel

L'**ordre** infirmier a un rôle de représentation et de rassemblement.

Il est garant de la qualité de l'exercice et du service rendu au public.

Le **syndicat** professionnel a un rôle de défense et d'amélioration des conditions de vie du professionnel au travail.

L'Ordre Infirmier

- Conception, rédaction et mise à jour du code de déontologie.
- Régulation démographique
- Organisation, évolution et adaptation de la formation initiale et continue.
- Rôle disciplinaire s'appuyant sur le code et les références de bonnes pratiques.
- Élaboration du référentiel métier et du référentiel des compétences
- Rôle d'audits et de recommandations
- Réglementation des modalités d'accès à l'exercice professionnel.
- Les pouvoirs publics le consultent sur les orientations de la politique de santé
- Il statue sur tout projet relatif à la nature de l'exercice professionnel
- Il soutient et labellise toute manifestation valorisant la profession
- Il assure l'indépendance de la profession.

Le syndicat professionnel

- Défense du professionnel dans son exercice : conditions de travail, salaire, statut...
- Force d'expression et de pression, porte-parole des revendications et mécontentements des professionnels (utilisation du droit de grève, négociations...).
- Information des professionnels sur les textes réglementant les modes organisationnels des établissements de santé.
- Diffusion des informations concernant l'évolution des conditions de travail.
- Négociation et signature des conventions.
- Établissement de liens et rencontres avec les autres syndicats (pluri catégoriels).



Ces deux instances sont complémentaires et collaborent sur des réflexions concernant les orientations de la politique de santé

- Réflexions et avis sur les orientations de la politique de santé.
- Informations auprès des professionnels.
- Organisation et participation à des manifestations communes.

Dominique MUREAU ■

Vice-Président de la CNI pour l'APOIIF

Association pour l'Ordre des Infirmières et Infirmiers de France (APOIIF)

Association Loi 1901,
34 boulevard Voltaire - 75011 Paris
Contacts : 01 40 21 76 06 (siège social)
06 61 34 69 89 (Présidente)
<http://perso.wanadoo.fr/collectifinfirmier>
Mail : collectifinfirmier@hotmail.com

Réflexions sur l'Ordre Infirmier

Le terme est fort, grave, imposant, nécessaire ou pas, apprécié ou déprécié.

L'ordre infirmier a fait parler de lui depuis longtemps, valorisé par les uns, dévalorisés par d'autres. On aura tout entendu sur les qualités ou les défauts d'un ordre infirmier. Le constat est pourtant là aujourd'hui s'imposant comme un couperet : **notre profession n'est toujours pas fédérée.**

Hormis différentes associations et syndicats professionnels luttant pour

avec les différentes structures professionnelles), concernant la profession infirmière, viennent limiter notre autonomie et bafouer nos compétences spécifiques.

Le compte à rebours à disloquer notre profession a commencé.

Depuis quelques mois également, et à la suite de tous ces rapports et textes, des infirmiers de tout horizon (IDE, Cadre de Santé, Puéricultrice, IADE, IBODE, Directeur de soins...) se sont mobilisés afin de travailler sur la création d'une structure professionnelle pouvant contrecarrer les manœuvres gouvernementales désireuses d'amputer notre profession.

L'idée (la nécessité) de la création d'une telle structure est apparue au fil des rencontres entre ces infirmiers et l'image d'un ordre se construit conforme à notre identité professionnelle.

Un collectif infirmier se met en place en mars 2004 avec ces professionnels auxquels s'allient associations et syndicats infirmiers afin de réfléchir sur une structure correspondant à l'attente et l'identité infirmière.

Les nombreuses rencontres de ce collectif infirmier sont fructueuses, constructives et démocratiques. Les travaux avancent vite et bien car les professionnels sont motivés.

L'APOIIF (Association Pour l'Ordre des Infirmiers et Infirmières de France), est créée en juin 2004 par ce même collectif infirmier. Elle veut faire des propositions et défendre les intérêts de la profession.

Pourquoi un Ordre

Instance nationale regroupant l'ensemble des professionnels en exercice, c'est le seul moyen de rassembler, d'unifier l'ensemble des membres de la profession et d'assurer sa repré-

sentativité au niveau national face aux pouvoirs publics. Ce sera aussi la représentation de la profession infirmière de France au niveau européen et international.

Un Ordre Infirmier, mais comment

Il s'agit d'un organisme autonome financé par une cotisation obligatoire des professionnels en exercice garantissant son indépendance vis à vis des pouvoirs politiques et de toute autre autorité.

Il se décline au niveau régional.

Sa composition est basée sur un système démocratique : 1 IDE = 1 voix garantissant la liberté des infirmiers et infirmières de France à élire leurs représentants.

Les motifs de la création d'une telle structure

Le contexte professionnel actuel comme la pénurie et sa gestion par les pouvoirs publics par la VAE (validation des acquis et de l'expérience), le malaise de la profession qui a l'impression de ne pas remplir sa mission due aux mauvaises conditions de travail, la pénurie encore une fois entraînant des problèmes d'encadrements des étudiants, la nouvelle gouvernance s'appuyant uniquement sur 2 directions administratives et médicales et abandonnant la 3^{ème} qui était celle des soins (négligence totale des professions paramédicales), les consultations infirmières supprimées ou non reconnues pour des raisons financières...et bien d'autres raisons aussi valables les unes que les autres soutiennent cette demande.



valoriser notre profession, les infirmiers et infirmières de France n'ont pas l'instinct de fédération peut-être lié à l'histoire et au principe de devoirs envers les patients.

Ces derniers mois de nombreux rapports et textes émanant des pouvoirs publics (sans aucune concertation

Les missions

- Valoriser, fédérer et représenter la profession, être force de propositions dans les instances décisionnelles qu'elles soient relatives au champ de l'exercice infirmier, au système de santé et dispositifs de formations (initiale et continue) ;
- Protéger les intérêts de la population en lui garantissant des soins infirmiers (préventifs, curatifs et palliatifs) de qualité, au fait de l'évolution de l'art, par des professionnels qualifiés et compétents ;
- Réaliser le suivi démographique de la profession afin d'anticiper l'évolution des emplois et des compétences.

Le Salon Infirmier qui s'est déroulé les 3, 4 et 5 novembre dernier à Paris a permis aux professions infirmières de se réunir au cours de différentes conférences et notamment celle sur l'Ordre Infirmier et la nécessité d'une telle structure apparaît aux yeux des professionnels comme l'ultime recours dans le sauvetage de leur profession en danger. Les plus récalcitrants à la création d'un ordre se sont manifestés pointant des

arguments certes éloquent, mais qui disparaissent sous l'évidence de la nécessité de la création d'un ordre.

La position de la CNI

Tout d'abord précisons la différence entre le rôle d'un ordre et le rôle d'un syndicat.

L'ordre défend la profession ; le syndicat défend le professionnel dans l'exercice de sa profession.

Il nous semble évident que l'un ne peut pas fonctionner sans l'autre permettant ainsi à une profession de réagir dans son ensemble aux différentes difficultés qu'elle rencontrerait. La Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel issu des mouvements infirmiers de 1988 connaît la puissance de notre profession lorsqu'elle est en colère. La plupart d'entre nous s'en souvient encore.

Si aujourd'hui la CNI a souhaité s'engager dans ce projet, c'est parce qu'avant tout, cette demande émane des professionnels, et non du gouvernement. Forte de son passé et de sa connaissance du professionnel infirmier, la CNI a toujours été à l'écoute de la pro-

fession et a œuvré pour qu'on l'entende ; c'est dans cette démarche qu'elle s'inscrit aujourd'hui pour la création d'un ordre infirmier français. La CNI sait qu'il faut que tous les infirmiers et infirmières fassent entendre leur voix au son d'un seul et même diapason : **la reconnaissance de notre profession.**

450.000 infirmières diplômées d'état en France, une force non exploitée dans cette lutte quotidienne pour une reconnaissance professionnelle. Les débats sont ouverts, la parole vous est donnée, prenez là !

La Coordination Nationale Infirmière reste à votre écoute pour plus de renseignements et pour recueillir votre sentiment professionnel sur la création d'un ordre infirmier.

La possibilité d'organiser un débat sur ce sujet avec des représentants de la CNI et de l'APOIIF existe. N'hésitez pas à nous contacter.

Josépha GUARINOS ■

Présidente Coord Aix-en-Provence
IDE Urgences adultes

Une gamme complète ! " Masques de protection respiratoire 3M "

Conçus pour :

- la prévention vs BK
- la préparation de cytostatique
- l'isolement septique
- les fumées laser...

Classification selon la norme EN149 : 2001	Réf.	% efficacité de protection minimale	% maximal de pénétration
FFP1	1861	78	22
	1862	92	8
FFP2	1872V*	92	8
	1863	98	2
FFP3	1873V*	98	2

*V : valve

Le choix de la matière première est primordial pour une protection efficace et pour le confort de l'utilisateur.

Les masques de protection respiratoire sont présentés pliés dans un sachet individuel

Masques de protection respiratoire 3M : conformes aux exigences essentielles de la Directive Européenne 93/42 des Dispositifs Médicaux autorisant le port d'un masque sans valve au bloc opératoire et conformes à la Directive Européenne 89/686 relative aux Equipements de Protection Individuelle.

3M Santé



Livre Blanc

de la profession Infirmière

La profession infirmière représente le groupe professionnel qualifié le plus nombreux parmi les professions de santé. Ses membres représentent un effectif de plus de 437 525 en France.

EXERCICE DE LA PROFESSION

Les infirmières sont des productrices de services, au même titre que les autres professionnels de santé et, à ce titre, les uns et les autres engendrent des dépenses. Les infirmières exercent dans des secteurs très différents : public, privé, libéral, associatif, territorial. Les lieux sont aussi diversifiés : hôpitaux, cliniques, maisons de retraites, entreprises, administration : conseil général, DDASS, DRASS, médecine du travail, médecine scolaire, éducation sanitaire, structures médico-sociales. Toutefois, différents travaux ont

prouvé que lorsque les infirmières se retrouvaient en amont de la prise en charge des personnes : éducation en santé, santé communautaire, consultation de première ligne, les dépenses de santé étaient moins importantes pour le système de santé. Ceci nécessite de recenser les différents modes d'exercice existants et ceux qui seraient à définir ou développer.

Image professionnelle

Le public n'ignore pas ce que fait l'infirmière et il considère que son exercice professionnel a du prestige, est reconnu et utile : *“elle est sage et saine, elle vient en aide pour soigner et soulager. La complexité de son activité fascine ainsi que la pénibilité de son travail : l'infirmière est socialement dévouée, elle est sérieuse. C'est aussi une femme libérée ayant un idéal et qui assure de lourdes responsabilités. Le public a beaucoup de respect pour le groupe professionnel infirmier, toutefois, il a rarement conscience de la formation reçue, du champ de ses compétences et de l'impact de ses responsabilités”* (livre blanc des infirmières belges).

Au niveau politique, la profession infirmière par le fait d'une proportion féminine majoritaire où rôle familial et rôle professionnel sont en concurrence en terme de mentalités sociales, par le manque de considération et de respect pour la spécificité de la fonction par ses partenaires professionnels de santé, les services de la profession ne sont pas considérés comme un secteur productif, seul les actes médicaux le sont (points ISA, T2A). Le service infirmier est parfois considéré par les tutelles et les partenaires comme un facteur de dépense face à un corps médical fournisseur et à un secteur administratif gestionnaire. Il n'y a que les pénuries cycliques pour faire prendre conscience de la place des infirmières comme personnels indispensables dans la prise en charge des personnes.

Évolution de la profession

Nous avons assisté depuis les années 1980 à un remaniement profond du secteur soins de santé, tant hospitalier qu'extrahospitalier, qui s'est d'ailleurs accentué les décennies suivantes (réforme hospitalière de 91, ordonnances de 96, agences régionales d'hospitalisation, accréditations, SROSS de 2^{ème} et 3^{ème} générations, tarification à l'activité, plan hôpital 2007), à la recherche de rationalisations, mais aussi de maîtrise des coûts pour réaliser des économies. Par le nombre important qu'elle représente la profession infirmière a été l'une des plus touchées par ces différentes pressions : non attractivité pour la profession avec diminution importante des inscriptions aux concours infirmiers alors que la population scolaire de l'enseignement supérieur a progressé. Dans notre culture occidentale, la position sociale étant en rapport étroit avec le niveau des études et la formation infirmière non reconnue comme enseignement supérieur, les jeunes diplômés de l'éducation nationale en quête de valorisation s'orientent vers d'autres métiers plus rémunérateurs ou des études complémentaires. De plus, les attaques continues opérées sur leur secteur d'activité et créant un rétrécissement des frontières d'actions des infirmières (auxiliaires de vie sociale, aides-opérateurs non-infirmiers, aides à domicile pour les personnes dépendantes) pour régler des problèmes sociaux : chômage, vieillissement de la population, manques de structures adaptées à de nouveaux problèmes sanitaires ou sociaux, amènent démotivation, perte de confiance au point de perdre toute attractivité auprès des jeunes. Pourtant la profession infirmière a obtenu une définition de la fonction (1978), des décrets relatifs aux actes et à l'exercice de la profession (1981, 1984, 1993, 2002, 2004) révisés assez régulièrement.

Elle obtient des règles professionnelles (1993, 2004), la création d'un service infirmier (1975), une direction des soins infirmiers (1991), une commission des soins infirmiers, une formation obligatoire pour assurer

l'encadrement infirmier (2001), la reconnaissance du dossier des soins infirmiers (1981) et des diagnostics infirmiers (1992), des outils professionnels : plans de soins guide, diagrammes de soins, protocoles de soins infirmiers. Elle a obtenu plusieurs révisions du programme de formation initiale des études infirmières avec introduction des disciplines infirmières : concepts, théories et modèles de soins infirmiers, une démarche de résolution de problèmes : la démarche de soins infirmiers, la reconnaissance de sa fonction de recherche en soins infirmiers et en pédagogie pour l'apprentissage des soins infirmiers. Des postes de conseillères techniques en soins infirmiers et en pédagogie ont été obtenus au sein des DRASS et du ministère (DGS, DHOS). L'encadrement infirmier a été intégré dans la catégorie A, de la grille de la fonction



publique, et un corps de directeurs des soins a été créé. Comme tous les métiers, à l'hôpital, et dans l'ensemble du système de santé, la fonction infirmière a évolué. Toutefois, dans un souci d'adaptation aux exigences de qualité des usagers, les infirmières ont développé des compétences, ●●●

*La prise en charge nutritionnelle :
Partie intégrante de la thérapie*



NUTRICIA
Nutrition Clinique

*Une gamme orale et entérale
pour répondre aux besoins spécifiques de vos patients*



4, rue Joseph Monier - 92859 Rueil-Malmaison Cedex
Tél. : 01 47 10 25 25 - Fax : 01 47 10 23 99 - <http://www.nutricia.fr>

acquis de nouvelles connaissances par le biais de formations universitaires ou dans le cadre de la formation continue, en faisant évoluer les demandes, dans des champs disciplinaires et des pratiques variées. Une université européenne a vu le jour en France formant des infirmières cliniciennes qui sont reconnues dans leur exercice au sein de leur organisation. Des infirmières diplômées en hygiène hospitalière, en soins palliatifs, en santé publique, en droit et éthique professionnelle, en alcoologie, en sophrologie, en relation d'aide, accédant pour ce faire grâce à des formations universitaires, DU de... le plus souvent.

Comment allier évolution des métiers, au sein de la profession infirmière, et éviter de s'éloigner de la fonction "soins", mandat social dont l'infirmière est détentrice, depuis la naissance des premières soignantes ? L'évolution nécessaire ne doit pas se faire au détriment du sens même des soins infirmiers. C'est-à-dire, il faut que l'infirmière conserve son âme et son "art". Pour cela, les infirmières doivent côtoyer mais pas intégrer l'espace médical sous prétexte qu'elles seraient valorisées. Le métier de sous-médecin n'existe pas, et la compétence médicale "limitée" il nous semble qu'elle a coûté un prix exorbitant aux sages-femmes. Les infirmières, par contre, doivent travailler et développer la collaboration et l'interdisciplinarité qui ne sont pas la somme des personnes travaillant côte à côte, mais plutôt de la communication, du partenariat, du partage de compétences au service d'un processus de soins de qualité pour la personne soignée. Pourquoi, aujourd'hui, les infirmières pensent qu'il faut revendiquer une reconnaissance, une place dans le système de santé et veulent être des acteurs des politiques de santé ? D'où viennent les insatisfactions, les craintes, les doléances ? Pour répondre à ces questions il est nécessaire de faire un état de la profession aujourd'hui.

Etat de la profession actuellement

La pénurie infirmière a encore frappé et aujourd'hui l'ensemble des recruteurs d'infirmières se trouve dans des

difficultés de gestion, d'organisation, de fonctionnement des structures de soins qui sont plus que difficiles. Les usagers ne sont pas satisfaits des prestations offertes et les démarches d'accréditations comportent souvent des réserves : délais d'attentes importantes, manques de personnels constatés et ressentis, soins de moindre qualité par manque de temps et charge de travail élevé, fermetures de lits pour gérer la pénurie, certains actes relationnels et éducatifs pas réalisés, transfert de tâches vers d'autres catégories avec de risques sécuritaires (AS, AP, ASH), les dossiers infirmiers insuffisamment renseignés, non-auto-évaluation des pratiques, difficultés à élaborer les outils professionnels qui de ce fait sont parfois incorrects ou désuets (protocoles, fiches techniques), non-respect du cadre réglementaire (prescription non datée et signée, mais réalisée), moins d'attention aux personnes soignées, non-remplacement des personnels en formation. Les politiques, le corps médical et les administratifs qui ont induit cette situation, par la diminution des quotas infirmiers sur plusieurs années, le manque de gestion prévisionnelle du départ en masse de professionnels de la génération "baby-boom", le calcul erroné de l'impact des réorganisations et restructurations du parc hospitalier sur le territoire, font le constat et proposent des solutions sans réelle concertation et négociation avec les infirmières. Les politiques et le ministre de tutelle sont à l'écoute des personnels médico-techniques (kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie), des diététiciens, des psychomotriciens, des ergothérapeutes sur un projet de régulation des professions soignantes y compris les infirmières. Des missions sont confiées à des doyens sur l'organisation interne de l'hôpital, la démographie des professions de santé, la coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, les modalités d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. La lecture de ces différents rapports a inquiété

les infirmières et la nouvelle gouvernance ne les a en rien rassuré, au contraire les propositions ont confirmé leur défiance naturelle vis à vis des solutions envisagées sans elles pour faire évoluer les organisations et les relations.

Nous rappelons que les infirmières sont passées d'un savoir partiel, malgré la mainmise du corps médical durant des siècles sur le socle de leur formation, à des connaissances élaborées et complexes. De l'apprentissage des conduites à tenir à la connaissance de la personne soignée et la nécessaire prise en compte de ses besoins de santé, soit d'une vision organiciste à une vision holistique de sa pratique. Nous sommes des professionnelles adultes et responsables et ce n'est pas un argument acceptable de considérer que la féminisation de notre profession pourra nous



reléguer au rang de "personnels subalternes" comme dans les premières années de formation de notre corps professionnel. Nous sommes des professionnelles qui ont un engagement et des missions à assurer auprès de la population, notre devoir est de ●●●

leur garantir des soins sécuritaires et qualitatifs.

STATUT ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Place des infirmières dans les soins de santé

L'art infirmier comprend à la fois un rôle indépendant et un rôle sur prescription et la fonction se perçoit comme l'exercice d'une activité ne nécessitant pas seulement des capacités ou savoir-faire, mais qui requiert des connaissances disciplinaires dont les théories et sciences infirmières mobilisées dans une démarche réflexive, en vue de porter un jugement clinique, fondée sur une analyse de l'observation pour dispenser des prestations sécuritaires et de qualité. Les infirmières assurent une activité particulière et sont des professionnelles de santé à part entière. **Sans elles, les structures de soins, les équipes médicales, les autres professionnels de santé ne pourraient assurer leurs missions, ni exercer leur activité de façon correcte et efficiente.** Alors, pourquoi, ne les considère-t-on pas comme membres essentiels des équipes, pourquoi vouloir leur dénier le droit à une ligne hiérarchique dans l'organisation et enfin pourquoi vouloir à tout prix leur servir de mentor ou de supérieur capable d'évaluer, de contrôler leurs actions et interventions. Pourquoi refuser de comptabiliser leur poids économique dans la production des soins de santé ? Lors de la mise en place du PMSI, les infirmières ont travaillé à des outils d'étude de la charge en soins et jamais les tutelles n'ont voulu prendre en considération ces données qui pourtant auraient permis de mieux calculer l'activité des établissements de santé. Donc, la place des infirmières dans les soins de santé n'est pas réellement démontrée. L'approche technique de l'activité engendrée par les contraintes organisationnelles, la pénurie, des conditions de travail dégradées, inciteraient certaines professionnelles à voir dans le transfert des actes médicaux, un moyen de recevoir une reconnaissance et une valo-

risation de leur fonction infirmière. En effet, comme ces actes auront été l'apanage des médecins, en devenant les leurs sur prescription, ils les rapprocheraient de l'"aura" médical. Mais, il faut rappeler que peu de ces actes concernent les infirmières et beaucoup d'entre eux seront transférés aux autres professions paramédicales, ce qui explique qu'on les courtise.

Toutefois, leur acceptation aura un impact sur la profession, sa formation et son exercice, en un mot **les infirmières vont perdre de leur autonomie et la gestion de leur profession. Il est plus que primordial, qu'au regard du contexte, des positions de chacun des antagonistes, que la profession se rassemble, se fédère et fasse aboutir son projet d'ordre pour les infirmières et les infirmiers de France.**

Les organisations médicales, tant ordinales que syndicales, soutenues par les politiques, tentent désespérément de préserver l'hégémonie du médecin dans le secteur des soins. Bien que détenant le diagnostic médical et le traitement médical, le corps médical ne détient pas pour autant le monopole de la santé. Et c'est pourquoi, par rapports interposés, propositions validées par le ministère, il cherche à faire des infirmières des personnels sans avis, sans intelligence et irresponsables. Il conteste tout avancées obtenues de haute lutte par les infirmières : autonomie professionnelle, création d'un corps de directeurs de soins, avec une fonction de coordonnateur des soins. Mais, il va plus loin, faisant disparaître certains grades pour une profession où l'évolution de carrière est limitée, il fait obstacle à la reconnaissance de la formation universitaire en octroyant une année commune pour gérer les étu-



dants en médecine reçus-collés. C'est pour cela que l'**APOIIF** demande que la profession soit représentée au sein d'un organe de régulation spécifiquement infirmier qui gère la profession, son exercice et sa formation. L'ordre des infirmières et des infirmiers sera force de proposition et de négociation, sans pour autant empiéter sur les compétences des organisations syndicales et associatives, auprès des organes de décision ou de consultation pour tout ce qui concerne la profession et les soins de santé.

Autonomie de la profession infirmière

Les infirmières ont une histoire professionnelle, qui ne fait pas honneur au corps médical qui a spolié leurs savoirs, une culture, une science et une sphère d'activité spécifiques, particulières et identifiées par la population. De Florence NIGHTINGALE, en passant par Léonie CHAPTAL, Marie-Françoise COLLIERE, Rosette POLETTI, Virginia HENDERSON et bien d'autres, nos consoeurs ont marqué notamment l'évolution de la profession infirmière en France, en Europe et au niveau international. Dans nombre de pays, les infirmières ont pu se dégager de l'emprise trop prégnante du corps médi-

cal pour travailler en complémentarité et en pluridisciplinarité. Cela ne semble pas avoir affaibli l'aura des médecins, ni diminué leur prestige.

Le corps médical français, ainsi que les politiques, devraient se rendre compte que la collaboration, le respect de l'identité de chacun et de son autonomie, et accepter que chacun soit responsable et indépendant sont des atouts pour le bon fonctionnement des organisations et des acteurs. Rejeter sur une seule catégorie les problèmes de dysfonctionnements, alors que l'on retire à la profession infirmière la commission des soins infirmiers on garde la commission médicale d'établissement, ce qui ne prédispose pas à la confiance nécessaire dans la communication, les échanges et le partenariat. Chaque profession est utile, nécessaire dans les processus de soins. La multiplication des métiers à l'hôpital est l'émanation de l'évolution des sciences et des technologies, mais n'est pas la conséquence d'une perte du pouvoir médical. Les infirmières, aujourd'hui, possèdent une zone d'activité incluant les diagnostics infirmiers, et les soins infirmiers exigent la mise en œuvre d'une démarche scientifique et globale dans l'approche du patient. Ces connaissances font que les infirmières dispensent des soins spécifiquement infirmiers qui leur confèrent une zone d'autonomie propre. **La disparition de la dépendance hiérarchique de la profession vis-à-vis du corps médical par la reconnaissance du service infirmier est inscrite depuis 1975 et vouloir le nier c'est ne pas prendre en compte les évolutions de la condition féminine dans la société française, pourtant, il reste encore tant à faire !.**

Autonomie ne signifie pas la non-collaboration, la collaboration étant un des devoirs de tous professionnels de santé pour assurer des soins, traitements de qualité et aider les personnes soignées à recouvrer un état de bien-être ou à mieux vivre leur problème de santé ou la maladie. La mission de l'hôpital est d'offrir à tout patient qui franchit ses portes un ensemble de services médicaux, infirmiers, sociaux, hôteliers que l'on peut globalement appeler une prise en

charge globale de la personne. De même, en milieu extra-hospitalier, dès qu'une personne fait appel à un ensemble de prestataires de soins ou de services connexes, il naît une coordination qui se doit aussi de délivrer un service complet de qualité. Il y va donc d'une interdépendance mutuelle de tous les professionnels de santé dans toutes les organisations de soins, auxquelles le corps infirmier veut participer, de la base au plus haut niveau d'actions et de décisions.

C'est pourquoi, le corps des directeurs de soins doit perdurer dans les organisations de soins et parfois se créer, pour participer de plein droit aux instances de gestion des soins et des organisations de soins. L'APOIIF réclame que l'une des missions de l'ordre concerne l'évaluation de l'activité des soins infirmiers en tant que production des soins de santé, une meilleure revalorisation des soins infirmiers réalisés par les infirmières libérales.

Promotion de la qualification infirmière

L'association pour un ordre infirmier insiste auprès des pouvoirs publics, des responsables et des tutelles pour promouvoir la qualification infirmière au plus haut niveau possible. Cela passe par la création d'une filière universitaire en sciences infirmières avec l'application des directives européennes sur l'enseignement supérieur : le système L.M.D. L'Association pour un ordre des infirmières et des infirmiers de France, dans sa finalité de création d'un organe de régulation de la profession infirmière, conçoit la gestion de la formation des professionnels infirmiers en tant que mission de l'ordre à venir. De nombreuses réflexions ont été initiées que nous devons prendre en compte dans le projet, en plus des différents éléments contextuels liés aux évolutions du système de santé et de la formation des personnels de santé :

- La Commission pédagogique nationale pour la construction d'une année commune de formation des professionnels de santé (PAES)
- La décentralisation et la gestion de

la formation professionnelle

- L'Europe et ses directives de 1977 et les accords de Bologne : le système européen d'organisation des diplômes de l'enseignement supérieur (Licence – Master – Doctorat = LMD), la validation des acquis et des expériences (VAE), le principe de libre circulation en Europe
- Le secteur de la formation professionnelle et le secteur socio-sanitaire sont en pleine mutation et évolution, la formation des personnels de santé doit suivre ou anticiper ces changements :
- Le concept de formation tout au long de la vie
- L'évolution des attentes des formés et des comportements dans le monde du travail
- Le développement de la complémentarité et de l'interdisciplinarité
- L'évolution des sciences, techniques, organisations entraînant une approche surdimensionnée de la transversalité et de la polyvalence des compétences
- La maîtrise nécessaire des coûts et des moyens économiques et financiers
- Une meilleure information des usagers avec la notion forte d'acteur de sa santé
- Une dimension clientèle reposant sur la qualité et des réponses pour une prise en charge globale des problèmes de santé : compétences et professionnalisme, évaluation des pratiques, approche holistique des personnes soignées
- Une pénurie des personnels de santé et plus particulièrement des infirmières avec des incidences sur les qualifications et l'évolution des métiers de santé.

La profession infirmière doit, du fait de l'environnement européen et international, s'orienter vers une filière de formation universitaire. Les enseignements et l'organisation du ●●●

dispositif nécessitent la création d'une filière soins, et pourquoi pas, avec un rattachement à une université des sciences humaines, sociales ou sanitaires. L'APOIIF se positionne pour une filière en sciences infirmières et la création d'universités en sciences infirmières, ouvrant la possibilité de passerelles vers d'autres filières de soins (médico-technique, médico-sociales), sciences humaines ou des sciences sociales.

L'infirmière en milieu hospitalier

Inscrite dans une organisation ou dans un sous-système de cette organisation, l'infirmière en milieu hospitalier a tendance à calquer ses comportements professionnels sur le modèle médical en vigueur : spécificité des soins en fonction des spécificités médicales du service et ainsi de développer des actes techniques stéréotypés, des modes relationnels automatisés et des interventions infirmières routinières. L'exercice, tel que pratiqué, peut faire encourir des risques aux patients : transfert de tâches considérées par les médecins comme moins nobles, perte de temps à des pratiques désuètes : la visite du grand patron, les statistiques pour les recherches médicales, application de protocoles de recherche dont le sens et la finalité échappent aux infirmières et qui n'ont pas de gain immédiat pour les patients... Les infirmières récalcitrantes sont mutées ailleurs, mal notées, ou encore subissent des remarques désobligeantes. Elles exécutent des tâches administratives (les secrétaires médicales sont sous la tutelle des médecins), hôtelières, des tâches parfois déléguées par les médecins ne relevant pas de leur formation ni de leurs compétences, souvent financées par d'autre voie que le budget de l'hôpital. La pénurie infirmière qui sévit dans les hôpitaux, le manque de considération et les contraintes institutionnelles de plus en plus importantes qui rendent les conditions de travail difficiles font que les

infirmières n'optimisent pas leurs capacités et potentialités et sont découragées. L'APOIIF réclame que dans la participation à la gestion financière les directeurs des soins soient plus concernés, le personnel infirmier représentant de 64 à 70% du personnel de l'hôpital. Qu'une réelle évaluation de l'activité des soins infirmiers soit mise en place par l'application du Résumé de Soins Infirmiers et intégré dans la tarification à l'activité pour transmission aux ARH.



L'infirmière en extra hospitalier

Au plus près de la vie quotidienne de la population les mêmes situations et problèmes sont posés avec toutefois un accroissement des responsabilités des infirmières, une présence pas toujours évidente des praticiens hospitaliers et donc souvent l'infirmière doit prendre des décisions ou mettre en place des actions qui ne relèvent pas toujours de ses compétences ou de sa formation. La notion d'autonomie professionnelle des infirmières exerçant sur ce secteur est acceptée par les médecins et administratifs leur permettant ainsi de ne

pas évaluer correctement les besoins humains, matériels et logistiques utiles à leur exercice quotidien, créant ainsi pour les collègues des situations où elles prennent parfois des risques inconsidérés. Ces infirmières interviennent aussi auprès de personnes de tranches d'âge diverses, avec souvent une zone d'autonomie importante normale, dans des secteurs très différents : éducation, entreprise, centre social...

L'infirmière en exercice libéral

L'infirmière en exercice libéral est confrontée à une réduction de sa zone d'autonomie, une négation de son rôle indépendant car tributaire de la prescription médicale si elle veut être rémunérée, pour des actes qu'elle peut faire de sa propre initiative en milieu hospitalier : toilettes, pansements simples... D'autre part, pour réaliser une démarche de soins et gérer un dossier de soins, là aussi l'aval médical est nécessaire. La nomenclature des actes infirmiers est discutée et négociée avec les Tutelles, les médecins des organismes de sécurité sociale et avalisée par le corps médical exerçant en libéral.

Josseline Jacques ■
Directrice des Soins
IFCS Reims

APOIIF (Association pour l'Ordre des Infirmiers et Infirmières de France) - Membres fondateurs :

Brigitte **BONIN**, Christophe **CAUDERLIER** (Trésorier Général), Véronique **CHAMPENOIS**, Régine **CLEMENT** (Présidente), Philippe **DELMAS**, Christophe **GUENOT** (Secrétaire Général), François **IZARD**, Nicole **JACQUEMIN**, Josseline **JACQUES**, Thierry **Le CAM**, Gabriel **LE GARREC**, Mireille **MALAFA**, Ouarda **MELIHI**, Dominique **MUREAU**, Hélène **SCHABANEL**, Monique **SOBOLE**.

IFSI MEMO

complet clair concis didactique

Une collection de 26 aide-mémoire pour la préparation du diplôme d'état d'infirmier

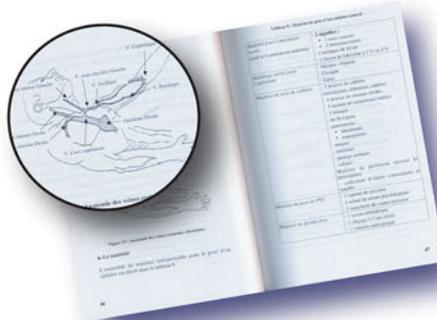
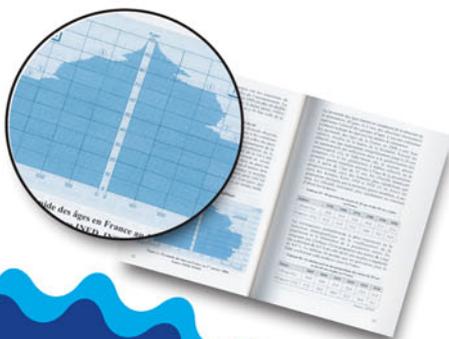
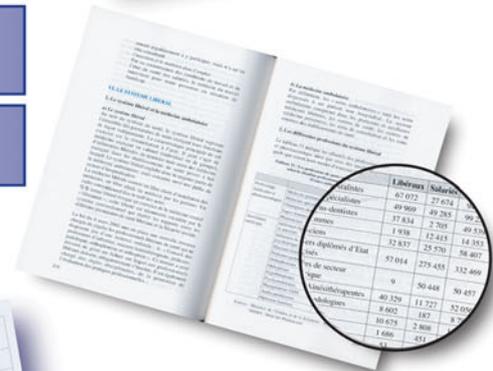
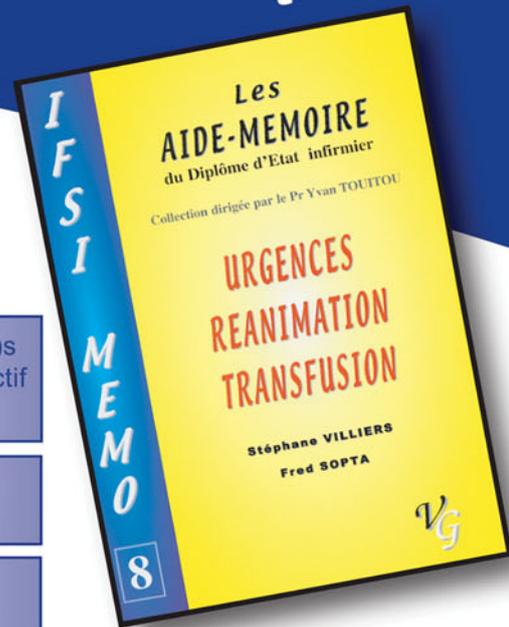
Les IFSI-mémos sont la seule collection d'aide-mémoire destinée aux étudiant(e)s en IFSI. Dirigée par le Pr Yvan Toutou, cette collection de référence a pour objectif de faciliter le travail de l'étudiant(e), en l'aidant à maîtriser ses cours.

Chaque mémo est rédigé de façon synthétique et pratique pour aider l'étudiant(e) dans l'acquisition des connaissances et lors de ses stages hospitaliers.

Il facilite le travail de l'étudiant(e) et sert efficacement l'infirmière dans son travail quotidien.

Des tableaux et schémas sont présents pour vous accompagner dans vos révisions.

Les auteurs sont des enseignants réputés, professeurs de médecine, praticiens hospitaliers, cadres infirmiers et formateurs des IFSI.



13€
prix unitaire

Faire comprendre pour Préparer, Réviser, Réussir.

VernazobresGrego

Retrouvez les 26 ouvrages couvrant tout le programme d'IFSI aux éditions Vernazobres-Grego :
99 Boulevard de l'Hôpital 75013 PARIS / Tél : 01.44.24.13.61

10 volumes disponibles



7€

ETUDIANTS et PROFESSIONNELS
Entraînez vous avec la collection IFSI EVAL

25 DOSSIERS CLINIQUES ET 50 QUESTIONS POUR REUSSIR VOTRE DIPLOME



Salon Infirmier

Le 17^{ème} salon infirmier a ouvert ses portes les 3, 4 et 5 novembre dernier au parc des expositions de Paris.

Lieu d'échanges, de transmissions, d'émulation, cet événement est l'occasion de trouver des idées, d'aborder de nouvelles technologies, de recharger ses "batteries".

Avec ses 210 exposants, plus de 200 heures de conférences et ses 300 intervenants, les infirmiers et infirmières ont ainsi trouvé matière à réflexion, communication, interrogation et enrichissement professionnel.

Avec une surface d'exposition plus étendue, cette année le Salon lance des nouveautés :

- un "village bloc opératoire" en partenariat avec l'UNAIBODE
- un "village innovation thérapeutique" pour l'industrie pharmaceutique qui fait découvrir ses nouvelles molécules, protocoles, produits de soins...
- un "village matériel médical", mobilier, équipement...

Lors de ces trois journées, différents thèmes ont été abordés. Des thèmes d'actualité au cœur de nos préoccupations. L'hôpital 2007, la création d'un ordre infirmier, les transferts de compétences, la laïcité dans les soins,

la place du LMD (Licence, Master Doctorat) ou euthanasie,... mais aussi des conférences plus axées sur les soins : le pied diabétique, cancer de l'enfant et de l'adolescent, l'asthme en réanimation.

Autant de sujets passionnants qui permettent l'émergence de nouvelles idées, de nouvelles réflexions entre professionnels.

De nombreux partisans pour la création d'un ordre infirmier étaient présents sur le Salon. Nous avons bien senti leur détermination à faire admettre aux infirmiers que l'ordre est indispensable pour la structuration et le regroupement du corps professionnel.

Pour exister, il faut prendre conscience de la nécessité d'unir nos forces.

Au cours d'une conférence sur "ordre et désordre ou organisation : quand la profession s'éveillera" un infirmier demande la parole et pose le problème de la cotisation obligatoire. Dans le public une infirmière répond : j'ai travaillé un an au Québec où il existe un ordre infirmier. L'infirmière québécoise verse une cotisation à l'ordre infirmier ainsi qu'au syndicat infirmier, sans que cela lui pose un problème. Elle est ainsi protégée et défendue. La profession infirmière est totalement représentée et entendue. **Il faut absolument que les infirmiers et infirmières de France arrêtent de "penser individuel". Ils doivent se structurer et "penser collectif".**

Philippe Douste Blazy, Ministre de la santé a fait une courte apparition à la fin du débat sur l'ordre. Dans son discours, il y fut beaucoup plus question de réforme de l'assurance maladie que de l'ordre. Certes, il n'est pas contre une organisation uniforme de la profession et, on sent bien que dans son discours le poids de 450.000 pro-

fessionnels qui s'éveillent sera lourd à gérer : "ma porte est ouverte, mettez vous d'accord et venez me voir".

Le ministre paraît aussi convaincu par les propositions du professeur Berland, l'auditoire lui un peu moins. Le transfert de compétences que le ministre préfère nommer *la coopération entre professions de santé* est le moyen de recentrer les médecins sur leur cœur de métier et de faire évoluer vos professions et vos carrières dans le domaine propre des compétences cliniques.

Pour le ministre, il s'agit de penser autrement grâce à une approche non plus segmentaire mais de coopération autour du parcours de soins du patient. Le médecin ministre ne penserait-il pas plus à ses pairs qu'aux infirmières ?

Cette année, le Salon Infirmier n'a pas été seulement une grande bourse du travail, mais un rassemblement de professionnels qui seront dans un temps très proche confrontés à de grands changements. Les infirmiers doivent



réagir et se faire entendre. Un seul moyen : se fédérer et faire de nos 450.000 voix une force qui ne pourra plus être contournée et ignorée.

Régine Wagner ■

Trésorière Coord Aix-en-Provence
IDE Urgences adultes

**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**

MIPRS

**Mutuelle Nationale des
Infirmières(iers)
et des Professions
Paramédicales et Sociales**

- Responsabilité Civile Professionnelle
- Protection Juridique
- Assistance

- Complémentaire Santé
- Perte de Revenus
- Fonds d'Action Sociale

Informations et Renseignements :

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

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



Puéricultrice

Une profession à découvrir

L'infirmière puéricultrice est souvent vue au sein d'une équipe comme une infirmière réalisant le même travail.

- **Fonctions communes**
- **Fonctions spécifiques**
- **Titres, lieux et secteurs d'activité**
- **Partages d'expériences**

Or sa formation d'un an après les études d'infirmière, l'amène à développer des capacités. L'éducation, la prévention, les soins, l'accompagnement et le travail en réseau, auprès des enfants et des adolescents constituent des fonctions spécifiques relevant de son rôle propre. Cet article a pour but de faire connaître les spécificités de cette profession qui ne demandent qu'à être partagées.

De plus, les compétences de l'infirmière puéricultrice participent à l'optimisation de la prise en charge des enfants et de ses parents. A la fin de l'article, des professionnels parlent de leur expérience.

DEFINITION

La puéricultrice/teur est une infirmière ou une sage-femme titulaire du diplôme d'état de puériculture. Elle contribue à maintenir, à restaurer, à promouvoir la santé de l'enfant dans sa famille et dans les différentes structures d'accueil et de soins. Elle assure des fonctions de prévention, de soins, d'éducation, de formation et d'encadrement au sein d'équipes pluridisciplinaires médico-sociales et éducatives.

Fonctions communes

L'infirmière et l'infirmière puéricultrice travaillent dans un cadre institutionnel et juridique, toujours en équipe pluridisciplinaire.

La **technicité**, souvent liée au rôle sur prescription médicale, est une fonction non seulement commune aux infirmières mais elle est également vécue comme le **signe de reconnaissance des infirmières**. Cette fonction associe des connaissances médicales et infirmières. Ainsi, l'infirmière comme l'infirmière puéricultrice a la responsabilité et la compétence² pour évaluer la fréquence des surveillances des paramètres en fonction des données médicales et des besoins de l'enfant, par exemple. Leur recueil et leur analyse interviennent en complément dans le projet thérapeutique prescrit par un médecin.

La **relation** entre l'infirmière et le patient permet d'instaurer un climat de confiance. Il est nécessaire à une prise en charge globale du patient dans sa dimension bio-psycho-sociale.

L'**entretien** est un outil favorisant le dialogue, un recueil de données enrichi par l'écoute et une analyse de la situation. Cette activité traduite à travers le diagnostic et le plan de soins infirmiers, est peu valorisée. Elle gagnerait à être décrite dans les transmissions et comptabilisée dans les activités infirmières. Elle contribue à l'optimisation de la prise en charge de l'enfant et de ses parents.

L'**encadrement** regroupe des cadres de santé, des cadres supérieurs et des directeurs de soins et des conseillères techniques. Le cadre impulse une dynamique, anime et coordonne des équipes, qui prennent soin des patients. Il applique la politique globale de l'institution et de l'Etat, en matière de santé. Il est l'interlocuteur privilégié entre les infir-

mères et la direction générale. Il accompagne les projets et impulse des réflexions. Mais le directeur des soins présent au niveau de la direction, ne figure pas encore de droit dans le **comité exécutif** médico-administratif³ (siège de décisions et de stratégies), prévu dans le plan hôpital 2007.

Or de nombreux **travaux de recherche** tant au long des études d'infirmières

et de puéricultrices pourraient être exploités dans les différents lieux d'exercice. Notons qu'une note éliminatoire est prévue pour le travail de fin d'études de l'institut de puériculture à la différence de celui des infirmières. La publication des recherches et le développement de la recherche en **sciences infirmières**⁴, de façon scientifique devrait être l'une de nos exigences afin de baser notre pratique sur ●●●

Historique

Dès le XIX^e siècle, l'Etat prend conscience de la nécessité de protéger les mères et les enfants.

En 1892, sont créées à Paris, les "infirmières visiteuses de l'Enfance". C'est en 1901 que la protection infantile naquit. Les enfants de moins de 2 ans sont alors placés sous la surveillance de l'administration.

En 1920, le Ministère de l'Education Nationale crée le "diplôme de Visiteuses d'hygiène maternelle et infantile".

L'ordonnance du 2 novembre 1945 instaure les bases réglementaires de l'organisation générale de la Protection Maternelle et Infantile (PMI*). Elle concerne la protection de tous les enfants de moins de 6 ans, la remise obligatoire d'un carnet de santé et la création de circonscriptions et de secteurs au sein de chaque département. La lutte contre la mortalité infantile se poursuit et la **prévention** est d'actualité.

En 1947, est créée le diplôme d'Etat de puéricultrice. En 1950, l'action des puéricultrices à domicile débute par le biais de la surveillance des enfants sortant des centres de prématurés.

Un décret de 1962 officialise leur fonction d'éducation. En 1964, un autre décret stipule que la surveillance générale des nourrissons exercée à domicile soit laissée en priorité aux Puéricultrices.

La circulaire du 16 mars 1983 oriente leur rôle et précise que "les problèmes de santé publique ne peuvent plus désormais se poser en terme de lutte contre la mortalité, mais en terme de **promotion de la santé**, considérée globalement dans la rencontre d'un individu avec un environnement physique, social et psycho-affectif".

Dans le Préambule de l'arrêté du 13 juillet 1983 relatif au programme préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice, le champ de compétences de l'infirmière puéricultrice est élargi. Il décrit les fonctions spécifiques développées par l'infirmière puéricultrice.

55 ans après la création du diplôme que l'infirmière puéricultrice, elle voit sa spécialité partiellement reconnue dans le **décret infirmier du 11 février 2002**⁴, à l'article 11, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Aujourd'hui cette spécialité est définie dans le décret 2004-802 du code de la santé publique.

des éléments scientifiques. La nomenclature sociologique précise qu'il s'agit d'une obligation professionnelle.

Fonctions spécifiques, développées lors de la formation

La formation permet à l'infirmière puéricultrice :

- de bien connaître tous les aspects du développement de l'enfant et de l'adolescent,
- de s'ouvrir à la dimension communautaire des problèmes de santé de la famille et de l'enfant, y compris la prise en charge de leur santé par les usagers eux-mêmes,
- de développer des aptitudes à l'observation, à la réflexion, à la relation, à l'animation du travail en équipe, à la prise de décision, à la pédagogie et à la recherche.⁵
- de développer une approche éthique et déontologique⁶

Elle prend alors acte du projet de vie de l'enfant et du projet parental (habitudes de vie, besoins, croyances). L'analyse des données conduit à un diagnostic infirmier identifiant les besoins de l'enfant et de ses parents. L'infirmière puéricultrice organise des soins relationnels, préventifs et éducatifs, propose des conseils en soins infirmiers et en puériculture. Les actions sont évaluées afin de réajuster le plan de soins infirmiers. La prise en charge de l'enfant bien portant, malade ou handicapé⁴ est réalisée en collaboration avec les auxiliaires de puériculture.

L'information aux enfants et aux adolescents

L'infirmière puéricultrice apporte des informations en accord avec la politique du service et des décisions collégiales prises en équipe pluridisciplinaire. Les mineurs acteurs de leur santé, obtiennent de nouveaux droits dans la loi du 4 mars 2002⁷. Ainsi, les titulaires de l'autorité parentale sont informés de l'état de santé du mineur sauf opposition de ce dernier. Le mineur a le droit de participer à la prise de décision d'une manière adaptée à son degré de maturité. Le mineur se fait alors accompagner d'une personne majeure de son choix.

Le travail en réseau

L'infirmière puéricultrice a pris connaissance du système de santé au cours de sa formation. Elle est un partenaire incontournable car elle est à l'interface de différents services et représente souvent l'un des professionnels de santé de référence de l'enfant et de sa famille.

La continuité des soins aux enfants et de leur famille est favorisée par des liaisons entre des acteurs hospitaliers, libéraux, sociaux, scolaires, territoriaux et associatifs.

Le rôle de coordination de l'infirmière puéricultrice, développé lors de sa formation, permet une prise en charge pluridisciplinaire afin d'accompagner des nouveaux-nés, des prématurés et leurs parents lors de leur retour au domicile, de signaler et d'accompa-

Biblio :

- 1 - dictionnaire des soins infirmiers sous la direction de René Magnon et Geneviève Dechanoz. Ed. Amiec.
- 2 - décret 2004-802 du 29/07/2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Article R 4311-13.
- 3 - Plan "hôpital 2007" la nouvelle gouvernance
- 4 - Unité de formation et de recherche en soins infirmiers (UFR SI) am.pronost@clinique-pasteur.com
- 5 - Arrêté du 13 juillet 1983 relatif au programme d'étude préparant au diplôme d'Etat de puéricultrice
- 6 - Référentiel des compétences par le Comité d'Entente des Ecoles de Puériculture (C.E.E.P.) de 1997-1998
- 7 - loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Articles L.1111-5 et L.1111-7.
- 8 - Circulaire DH/FH3 n°95-2 du 4 janvier 1995
- 9 - Ministère de la santé et de la protection sociale. DRESS. Répertoire ADELI n°68. (437 525 infirmiers)

gner des enfants en danger et leur famille, d'éduquer des enfants diabétiques, asthmatiques, drépanocytaires et leur famille, par exemple. Une prise en charge organisée apporte des repères sécurisants aux enfants et à leur famille en structure comme à domicile.

En conclusion, la complémentarité apportée par l'infirmière puéricultrice est liée au travail en réseau, à la connaissance des besoins des enfants selon leur âge et à l'analyse des situations vécues par l'enfant et sa famille. L'infirmière puéricultrice développe des compétences relevant de son rôle indépendant et propre infirmier, qui devient son signe de reconnaissance auprès des enfants et de leurs parents. "Il constitue un apport essentiel pour la prise en charge de l'enfant" précise madame Simone Veil⁸. Différents professionnels nous en parlent.

Lieux, secteurs d'activités et métiers

Les infirmières puéricultrices travaillent dans des secteurs public, privé, libéral, associatif et/ou territorial. Les 12.155⁹ puéricultrices prennent en charge en équipe pluridisciplinaire les enfants, adolescents et



L'approche puéricultrice dans le soin relationnel, préventif, éducatif

L'infirmière puéricultrice soigne en prenant en charge l'entité enfant-parents. L'observation est un des outils les plus développée pendant sa formation. Par ses connaissances du développement bio-psycho-affectif de l'enfant et de l'adolescent, du système familial, en anthropologie et en diététique, l'infirmière puéricultrice réalise un recueil de données, en collaboration avec des auxiliaires de puériculture. Il est complété par des entretiens avec l'enfant et ses parents.

leur entourage familial et amical. Elles exercent dans des lieux très divers tels que la **crèche** (municipale, hospitalière, familiale, parentale), la **Protection Maternelle et Infantile ou PMI** (Visites à domicile, suivi du développement staturo-pondéral, réunions pré et post-partum, Bilans des 4 ans, consultations PMI, Agréments des Assistantes Maternelles), en **néonatalogie**, en **pédiatrie** (services généraux, hôpital à domicile, U.M.J.), en **maternité**, en **institut de formation** et à l'**école**. Des infirmières puéricultrices, un infirmier puériculteur, une auxiliaire de puériculture, un cadre de santé puéricultrice, un cadre supérieur de santé puéricultrice et les parents de Redouane partagent leur expérience.

Approche du soin éducatif / Maternité

L'**éducation** est une fonction présente dans tous les lieux d'activité de la puéricultrice. Elle s'exerce dans une démarche qualitative de la prise en charge individuelle ou d'un groupe. La préparation à la sortie du nouveau-né et de sa mère de la maternité débute dès leur arrivée dans le service. L'infirmière puéricultrice accompagne l'autonomie des parents dans les soins quotidiens en prenant soin de ne pas systématiquement montrer nos techniques de soins. Ces dernières ne sont pas toujours adaptées. La valorisation de leurs gestes permet de rassurer les familles dans leur fonction parentale. Au quotidien, les conseils sont adaptés pour chaque dyade mère/enfant en les aidant à se découvrir mutuellement, en accompagnant l'allaitement et en impliquant les personnes ressources dans le projet de soin. Un enfant a besoin que sa mère soit contenue, souvent le père joue ce rôle mais il peut s'agir d'autres personnes. La sortie est décidée de façon collégiale avec l'équipe et les parents. Quelque soit le lieu d'activité où elle exerce, la puéricultrice se trouve dans une situation privilégiée pour entreprendre des actions de **prévention** auprès des familles, des enfants, de leur entourage.

Ainsi, en maternité, l'infirmière participe à la prévention de la mort subite

du nourrisson, à la campagne de prévention des bronchiolites, en crèche, PMI, pédiatrie, néonatalogie et maternité l'infirmière puéricultrice participe à la prévention de la maltraitance. Elle a tout au long de sa formation acquis des connaissances sur le système de protection des enfants. L'infirmière participe à des signalements, des réunions de synthèse en indiquant ses observations spécifiques.

Solange Delavaud ■

Infirmière puéricultrice
Hôpital François Quesnay,
Maternité (Mantes la jolie)
arbbre01@club-internet.fr

Accompagnement dans les soins relationnels et éducatifs / HAD* pédiatrique de la Croix Saint-Simon

L'hôpital à domicile (HAD) permet de raccourcir ou d'éviter un séjour hospitalier. Il est prescrit par un médecin ou un pédiatre en ville ou à l'hôpital.

Les enfants et adolescents âgés entre un jour et 18 ans, sont pris en charge à l'HAD pédiatrique par une équipe spécialisée. Elle est composée d'un médecin coordonnateur, de préférence pédiatre, d'infirmières ayant des compétences spécifiques en pédiatrie et exercées à prendre en charge des enfants malades, d'infirmières puéricultrices habituées à la **prise en charge globale des enfants et de leur famille**, d'une assistante sociale qui aidera les familles en situation sociale défavorisée et d'une psychologue qui soutient l'équipe et l'aide à répondre aux besoins de l'enfant et de son entourage familial. Tous les membres de l'équipe se déplacent au domicile des enfants et de leur famille, selon les besoins. La pluridisciplinarité de l'équipe permet une prise en charge la plus globale possible. Les pathologies traitées en HAD pédiatrique sont la prématurité à 50%, le diabète de type 1 à 30%, la mucoviscidose à 3%, les soins Palliatifs à 3% et divers à 14%.

Selon les pathologies prises en charge notre rôle sur prescription = 25% du temps consacré aux soins, **rôle édu-**

catif = 50% et rôle psychosocial = 25%.

L'HAD pédiatrique privilégie la notion d'**infirmière puéricultrice référente** auprès d'un enfant et de sa famille. En effet, la famille reçoit l'équipe infirmière à son domicile. Un climat de confiance avec l'enfant et sa famille doit être créé. Les matériels et traitements nécessaires pour traiter l'enfant, évaluer et soulager la douleur sont prévus au domicile.

L'HAD est l'interface entre l'enfant, sa nouvelle pathologie et la vie sociale, scolaire et extra-scolaires.

L'infirmière puéricultrice est à l'**écoute** de l'autre, de ses différences et de ses peurs. La famille est souvent en souffrance car elle a reçu l'annonce d'une maladie chronique, l'un des parents est souvent comme sidéré par l'annonce faite par le médecin. Ensuite les angoisses de séquelles et... de mort parfois.

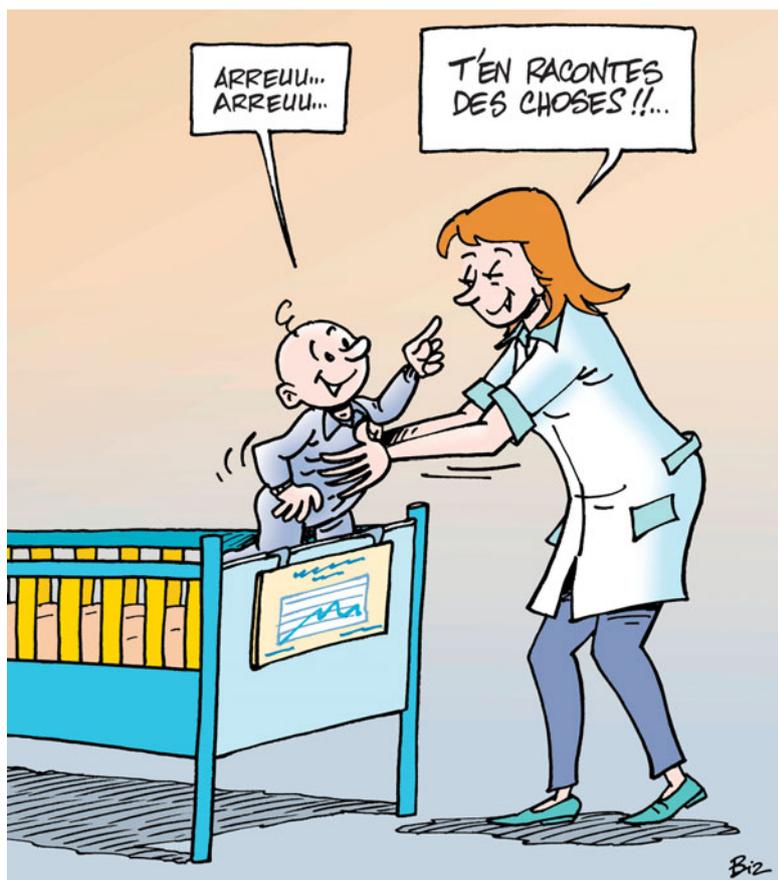
Les parents s'expriment aussi sur les circonstances qui ont entouré la découverte de la maladie, leur vécu sur le déroulement de l'hospitalisation de leur enfant, leur culpabilité aussi. Selon les circonstances nous proposons l'orientation vers un psychologue.

Le retour au domicile de l'enfant malade va parfois **faciliter la création des liens avec la fratrie** notamment lors du retour au domicile des anciens grands prématurés restés plusieurs mois à l'hôpital.

La fratrie va exprimer des questionnements. Parfois les aînés demandent à participer à la prise en charge de leur frère ou sœur malade, notamment à travers l'éducation au diabète : faire un dextro, apprendre à préparer le glucagen.

La **fonction éducative** de l'infirmière puéricultrice représente une part importante de son activité. L'infirmière puéricultrice accepte de **partager ses compétences avec l'enfant et sa famille**. Nous devenons "passeurs" des savoirs en partant du quotidien de l'enfant afin d'intégrer les nouvelles contraintes liées à sa pathologie.

L'équipe spécialisée aide la famille à se réorganiser autour de l'enfant malade. ●●●



L'infirmière puéricultrice accompagne les familles pour rencontrer les équipes pédagogiques en milieu scolaire et les entraîneurs en milieu sportif. Un projet d'accueil individualisé (PAI) est établi pour encadrer les différentes activités du jeune.

L'enfant malade **ne doit pas gérer seul la prise en charge de sa pathologie**. Nous aidons les parents à acquérir les capacités d'accompagner leur enfant.

Nous organisons le relais avec le pédiatre de ville ou le médecin généraliste pour tous les enfants en néonatalogie.

Nous accompagnons la mère et l'enfant à la PMI pour organiser le relais. Parfois une visite conjointe est organisée au domicile entre puéricultrice de PMI ou de secteur et l'infirmière puéricultrice de l'HAD.

L'HAD est l'interface entre l'hôpital et le domicile.

L'infirmière puéricultrice cadre de santé travaille en étroite collaboration avec l'équipe hospitalière qui nous confie l'enfant. L'adhésion de l'enfant

et de sa famille au projet thérapeutique définit par l'équipe médicale et paramédicale doit être obtenue. Les objectifs du projet sont déclinés selon 3 axes : sur le plan médical, social et psychologique.

Elle assure des fonctions de coordination, de management avec les partenaires, de planification en tenant compte des activités scolaires et extra scolaires des enfants, de formation.

Pour moi, infirmière puéricultrice cadre de santé, mettre un enfant en HAD c'est faire confiance aux parents dans leur capacité à gérer la situation nouvelle avec leur enfant malade.

En HAD, le professionnel doit s'effacer pour laisser la place aux parents en les aidant à trouver les nouveaux repères qui prennent en compte l'enfant malade.

Les parents doivent être mis en confiance pour profiter au mieux de ce mode de prise en charge.

Martine GIOIA ■

*infirmière puéricultrice cadre de santé,
HAD pédiatrique Croix Saint Simon
(Paris)*

info@croix-saint-simon.org

Prévention et Partenariat / Crèche et PMI

L'infirmière puéricultrice cadre supérieur de santé, aussi appelée **coordinatrice de crèches**, est sous la responsabilité du directeur et sous directeur de la Direction des Familles et de la Petite Enfance (D.F.P.E.), à la ville de Paris. Elle a pour missions de mettre en application la politique globale de la petite enfance et elle est garante de la qualité de service rendu aux familles des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans, selon le secteur d'affectation. La coordinatrice des crèches travaille en collaboration avec un médecin de PMI, sur un ou plusieurs arrondissements, de façon à favoriser la cohérence des interventions avec le partenariat à l'intérieur et à l'extérieur du service. Du fait du statut particulier de la ville de Paris, la coordinatrice répond à des missions municipales et départementales.

Au niveau des premières, des formations sont menées sur les thèmes du livre et du conte, la prévention des lombalgies et **l'éveil du tout petit**. Des journées pédagogiques sont organisées. En effet, la coordinatrice impulse une dynamique, une réflexion inter établissements avec des groupes pluridisciplinaires, sur des thèmes d'actualité pour favoriser le partenariat dans un quartier. Elle va aider à l'intégration des enfants porteurs de handicaps ou avec des situations familiales complexes. Pour cela, elle maintiendra un partenariat avec les équipes médico-sociales, la police et la justice. Elle assure l'interface entre l'administration centrale de la sous direction, la mairie d'arrondissement et les établissements (crèches, haltes-garderies..).

En crèche, la directrice infirmière puéricultrice est l'interlocuteur privilégié entre les enfants, les parents et les professionnels.

Au niveau de ses **missions départementales**, la coordinatrice des crèches, avec le médecin de PMI, responsable sur l'arrondissement de la protection maternelle et infantile va promouvoir le développement de la qualité de la prise en charge médico-sociale des enfants suivis en PMI ; participer aux réunions

de synthèses avec les différents partenaires sociaux, médicaux, les associations, la justice, les services psychiatrie, pour un suivi coordonné des familles et des enfants concernés ; encadrer les puéricultrices responsables des consultations de nourrissons et des puéricultrices de secteur ; soutenir les projets de quartier, pour la mise en place d'actions de santé publique telles que les groupes de mères autour de l'allaitement, de conseils de puériculture, de prévention du saturnisme, de l'alcoolisme ; aider les familles issues de l'immigration à s'insérer dans la vie de quartier, et avoir accès aux soins et suivi des enfants.



En conclusion, la réalisation des missions de l'infirmière puéricultrice cadre supérieur de santé, demande des qualités de communication, d'écoute, de négociation, d'adaptation et de patience. Tout projet s'inscrit dans la durée. Une bonne connaissance des services lui permet de conseiller et d'orienter les équipes et les familles, dans la recherche de solutions adaptées. De plus, une bonne connaissance du fonctionnement des établissements favorise l'élaboration des projets, leur mise en place et leur évaluation continue. Ce travail s'inscrit dans la prévention de la maltraitance institutionnelle, avec un repérage des dérives des pratiques et leur traitement. La coordinatrice des crèches utilise ses savoirs, son expérience et sa capacité à se former en continue pour suivre l'évolution de la société et des règles législatives, dans le respect des missions définies par la Direction des Familles et de la Petite Enfance.

Liliane Mata ■

*Infirmière puéricultrice cadre supérieur de santé de la ville de Paris
liliane.mata@paris.fr*

Travail en collaboration avec l'auxiliaire de puériculture en Crèche

Auxiliaire de puériculture dans une crèche depuis 12 ans, ma fonction a évolué grâce aux formations effectuées. J'ai pu acquérir une connaissance plus poussée sur l'accueil du tout petit. Le rôle de l'auxiliaire de pué-

riculture n'est pas de garder toute une journée des enfants. Il consiste aussi à les guider dans leur développement psychomoteur. C'est-à-dire mettre à leur disposition des jeux ou activités en fonction de leur âge et de l'observation faite au sein du groupe. J'harmonise l'espace où vit le tout-petit pour qu'il passe une bonne journée, en collaboration avec ma collègue auxiliaire, la directrice de la crèche (infirmière puéricultrice) et de l'éducatrice de jeunes enfants. Nous essayons de mettre en pratique tout ce que l'on a appris dans nos formations. Par exemple, face à une question demandée au formateur sur la socialisation d'un groupe de 24 enfants. Nous avons mis en place des coins : peinture pour exprimer des émotions, pâte à modeler pour la texture (malaxer, taper, piquer), bac à sable pour le transvasement, la pataugeoire qui est un élément très important chez le tout petit (bien être et détente) et un espace où l'enfant peut courir et sauter. Les parents sont toujours inclus pour qu'il y ait une symbiose entre eux et la crèche.

Suivant l'âge des enfants nous mettons en place des activités libres ou dirigées. Le métier d'auxiliaire de puériculture contribue à l'éveil des enfants et à aider les parents à passer une bonne journée.

Sylvie Kuessan ■

*auxiliaire de puériculture
Crèche de la Préfecture de Paris
sylviesport@noos.fr*

Approche du soin relationnel / U.M.J. pédiatrique

Actuellement, il existe une seule unité médico-judiciaire (U.M.J.) pédiatrique sur le territoire national. Cette unité est destinée à accueillir sur réquisition judiciaire les mineurs âgés de 0 à 18 ans, victimes d'infractions pénales, principalement de coups et blessures et d'agressions sexuelles.

Ayant acquis des connaissances en matière de mauvais traitements à enfants au cours de mon parcours professionnel et ayant rédigé mon mémoire de fin d'études à l'école de puériculture sur les enfants victimes d'abus sexuels, c'est volontairement que j'ai posé ma candidature lors de l'ouverture de l'unité le 1^{er} septembre 2003.

Les rôles de l'infirmière puéricultrice sont variés et complémentaires.

L'infirmière puéricultrice a avant tout une fonction d'accueil des enfants et de leur famille. L'accueil se veut résolument chaleureux et personnalisé en fonction de chaque enfant et de chaque situation.

L'observation et l'écoute bienveillante permettent souvent d'appréhender rapidement la dynamique familiale et d'adapter les modalités de prise en charge. Les contacts établis préalablement avec les services de police permettent souvent de mieux comprendre la situation, d'apprécier son degré d'urgence et de préparer l'accueil.

L'infirmière puéricultrice informe l'enfant et sa famille sur le



déroulement de l'examen médical proprement dit. En effet, l'examen gynécologique et anal, pratiqué dans le cadre d'une suspicion d'agression sexuelle, peut être particulièrement angoissant pour une jeune fille non pubère et pour sa mère ! Il est important de préciser que chaque geste est expliqué et ne sera pratiqué qu'avec l'accord explicite du jeune. L'enfant pourra décider de la présence du parent pendant l'examen.

Pendant que le médecin reçoit le parent, l'infirmière puéricultrice est présente auprès de l'enfant (pour les plus petits), en salle d'attente et joue avec lui. L'activité ludique a pour fonction d'observer l'enfant, d'évaluer son développement et de mesurer son niveau d'anxiété.

Au cours de l'examen médical, l'infirmière puéricultrice accompagne l'enfant et assure ainsi une continuité dans la prise en charge. Elle est attentive à l'état émotionnel de l'enfant tout en respectant la place des parents. Elle utilise des objets transitionnels (peluches, marionnettes) qui vont permettre un examen adapté à l'âge de l'enfant.

Et comme l'accueil s'entend à l'U.M.J. jusqu'à l'orientation vers des partenaires, l'infirmière puéricultrice propose, en accord avec le médecin, des adresses pour des soins psychologiques individuels ou familiaux, des travailleurs sociaux ou des associations. Elle représente le fil rouge dans l'accompagnement des familles et dans le suivi des victimes, notamment

lors des contrôles sérologiques prévus réglementairement jusqu'à 6 mois après des faits d'agression sexuelle. Au terme de l'examen, l'infirmière puéricultrice élabore une synthèse avec le médecin et apporte son éclairage spécifique sur la situation. La discussion en équipe permet un partage des émotions, indispensable dans un travail où les professionnels sont constamment confrontés à la violence.

Patricia VASSEUR ■

*infirmière puéricultrice
Hôpital Armand Trousseau,
U.M.J. pédiatrique (Paris)
patricia.vasseur@trs.ap-hop-paris.fr*

Plus value du diplôme d'Etat de puéricultrice

De part sa formation complémentaire, la puéricultrice en exercice se trouve au cœur du développement de l'enfant lui permettant d'apprécier son développement physiologique, psychomoteur, environnemental et psychosocial, en milieu hospitalier ou bien dans les autres structures d'accueil.

La plus value apportée par la formation réside aussi dans l'apprentissage de l'observation (stage en crèche) dans l'appréciation de l'environnement (PMI, visite à domicile, visite d'As Mat) de son lieu de vie.

La puéricultrice saura d'autant plus

apprécier les modifications comportementales d'un enfant à l'Hôpital pour lui assurer des soins adaptés à son âge et communiquer avec sa famille. Dans les structures de garde en collectivité, elle saura gérer son équipe, favoriser et promouvoir un développement harmonieux de l'enfant.

Ainsi mieux qu'une infirmière, la puéricultrice DE relativise les données brutes d'un enfant pour le replacer au carrefour de son être en devenir.

Thierry Le Cam ■

*infirmier puériculteur
Hôpital des enfants,
urgences pédiatriques (Toulouse)
uif@wanadoo.fr*

Travail en équipe pluridisciplinaire et en réseau / Pédiatrie

La formation en puériculture permet de développer et de valoriser le rôle propre de l'infirmière. Il ne se limite pas aux soins de nursing. Il recouvre aussi l'accompagnement, le travail de réseau, l'éducation, la prévention de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille. Ces soins infirmiers sont complémentaires des soins médicaux. Réunis, reconnus et évalués en équipe pluridisciplinaire, ils favorisent la continuité et la qualité des soins auprès des enfants et des parents où qu'ils se trouvent.

La maman de Redouane né prématurément dit : "A la maternité de Créteil, les infirmières m'ont bien expliqué. Elles sont toutes à l'écoute, disponibles et donnent des conseils à tout moment. Et à la maison aussi, c'est pareil. Il y a une bonne coordination entre l'hôpital et l'HAD. La prise en charge est très bien pour un accouchement". Le père précise que c'est "une bonne chaîne" entre les médecins, la psychologue, les infirmières et les auxiliaires de puériculture, de l'accouchement aux soins à domicile.

Mireille Malafa ■

*infirmière puéricultrice (Paris)
Mmalafa750@aol.com*

Prévention de l'escarre :

L'utilisation d'un topique local (Sanyrène®) réduit de moitié la survenue de l'escarre sacrée

L'escarre reste un enjeu majeur de Santé Publique tant sur le plan humain compte-tenu de ses lourdes conséquences sur la morbi-mortalité chez le sujet âgé que sur le plan médico-économique.

Les recommandations de l'ANAES de novembre 2001 ont édicté les procédures incontournables d'un traitement préventif optimal de l'escarre mais n'ont pas retenu l'utilisation d'un topique local de prévention devant l'absence d'études cliniques d'un niveau de preuve suffisant. Parmi les produits dits de prévention utilisés, la palette est variée depuis les produits émoullissants et protecteurs cutanés, les pâtes à l'eau et un produit spécifique de la prévention, SANYRENE® ayant démontré son efficacité sur l'amélioration des paramètres microcirculatoires à l'appui enregistrées par mesure de la TcPO₂ (Pression en Oxygène transcutanée).

SANYRENE® (Corpitolinol 60) est une solution d'acides gras essentiels hyperoxygénés dont linoléique à 60 % qui s'applique par simple effleurage des zones à risque de survenue de l'escarre.

Pour évaluer l'incidence de l'escarre en milieu gériatrique et l'impact des topiques de prévention sur la survenue de l'escarre, les Laboratoires URGO ont mené une étude épidémiologique

clinique prospective auprès de 36 services de gérontologie pendant 8 semaines, l'étude GIPPS : Geriatric Incidence and Prevention of Pressure Sore.

1121 patients âgés (M = 85 ans), à risque important ou très important d'escarre ont été inclus et soumis au protocole validé par le Comité Escarre de l'établissement : support de prévention et mobilisations pour tous les patients, mise au fauteuil quotidienne pour 96 % d'entre eux, renutrition protéino-calorique en fonction du bilan clinique et biologique à l'inclusion.

Selon les habitudes de soins préventifs locaux, un topique a été utilisé chez 60 % des patients : SANYRENE® dans 35 % des cas et un autre topique dans 25 % des cas. 40 % des patients ne recevaient aucun topique local.

A l'issue des 2 mois de suivi, le taux de survenue de l'escarre, toutes localisations confondues est de 15,7 % dont 10,6 % pour le sacrum. Chez ces sujets âgés, la survenue de l'escarre est significativement corrélée à l'évaluation du risque à l'inclusion et très significativement influencée par l'existence d'une incontinence mixte.

En ce qui concerne l'utilisation d'un topique local, l'utilisation de SANYRENE® chez les patients à haut risque, réduit de façon significative

la survenue de l'escarre sacrée.

Une analyse multifactorielle en régression logistique avec ajustement sur les facteurs de risque jouant un rôle significatif dans la survenue de l'escarre a été menée.

Seule l'utilisation de SANYRENE® réduit de façon significative ($p=0,04$) et pratiquement de moitié (odds ratio = 0,57) le risque relatif de survenue de l'escarre sacrée, quel que soit le niveau de risque initial du patient.

Au vu des résultats de cette première étude observationnelle conduite en milieu gériatrique, l'effleurage de la région sacrée avec SANYRENE® (Corpitolinol 60) associé aux autres mesures préventives devrait être dorénavant systématiquement intégré aux protocoles de prévention en gériatrie.

Les résultats observés pourraient être expliqués par l'action démontrée du produit sur la microcirculation à l'appui.

Conférence de Presse organisée par les Laboratoires URGO à laquelle participait le comité scientifique :

Dr Sylvie MEAUME, Dr Brigitte BARROIS, Dr Denis COLIN, Pr François-André ALLAERT.

Etude disponible auprès des Laboratoires URGO, Service Prescription, 42 rue de Longvic 21300 CHENOVE

Aides-Opératoires non Infirmier

Pour la seconde fois, les députés et les sénateurs ont voté en faveur de l'exercice illégal de la profession d'infirmier de bloc opératoire.

La régularisation des aides opératoires non infirmiers se voit prolongée jusqu'en 2005 avec l'autorisation donnée à des bénévoles, d'exercer dans un bloc opératoire.

C'est une insulte supplémentaire à notre profession.

Pour plaire à une minorité de chirurgiens, nous voyons la sécurité du patient mise en danger. Les infections nosocomiales auraient-elles moins d'importance que les stratégies politiques et les questions d'argent ?

Votre ministère travaille à la validation des acquis d'expérience, au transfert des compétences et à la formation universitaire pour les Infirmiers. Les élus quant à eux, travaillent à la

perte de la sécurité des soins. N'est ce pas paradoxal ?

A notre sens, votre plan de sauvetage de la chirurgie française n'est pas parti dans la bonne direction.

En tant que Présidente de l'Union Nationale des Associations d'Infirmiers de bloc opératoire (UNAIBODE), je vous avais proposé de participer à ce projet. Par ce courrier, je vous renouvelle ma demande, car les IBODE sont les mieux placés de par leur formation et leur expérience pour collaborer avec les chirurgiens dans leur exercice et garantir la qualité et la sécurité des soins à l'opéré.

Nos compétences sont sous utilisées. Elles pourraient apporter aux chirurgiens un gain de temps dans leur exercice si le champ d'activités des IBODE était élargi. En effet, ceux-ci réclament l'exclusivité dans la pratique d'actes qu'ils

réalisent déjà actuellement en présence du chirurgien sur prescription médicale.

Nous comprenons pourquoi il devient de plus en plus difficile de susciter de nouvelles vocations parmi les jeunes. La profession infirmière a soif de reconnaissance car elle est devenue très peu attractive tant par son image bafouée, ses contraintes d'exercice, sa faible rémunération que par la dévalorisation sans cesse renouvelée de ses activités.

Monsieur le Ministre, parce que ma demande n'a d'autre objet que l'intérêt du patient, je crois pouvoir compter sur votre écoute au même titre que vous avez écouté les représentants des chirurgiens.

Charline Depooter ■
Présidente UNAIBODE

Billet d'humeur

Les sujets de mauvaise humeur sont si nombreux que j'ai eu du mal à choisir l'objet de cette rubrique :

- La dégradation continue des conditions de travail,
- la réforme de la Sécurité Sociale,
- le chantage des chirurgiens menaçant d'exercer en Angleterre, et ils ont obtenu satisfaction !
- l'émigration provisoire de quelques centaines de médecins en Espagne pour pleurer sur leur sort,
- le discours démagogique de notre Ministre de Tutelle, au salon infirmier, qui entend les infirmières mais ne les écoute pas !
- la régularisation des aides opératoires par les sénateurs,
- les attaques continuelles contre les 35h, source des difficultés hospitalières, la vente des jours RTT et CET,
- l'augmentation des cotisations dès janvier 2005, compte tenu de l'épargne retraite obligatoire,
- l'Ordre Infirmier et le désordre que certains aimeraient y voir régner...

Que choisir ?

L'utilisation des compétences de personnel qualifié à des tarifs compétitifs.

Explication :

Certains établissements ont eu une idée de génie pour gérer la pénurie infirmière ;

Demander à de nouvelles retraité(e)s de venir travailler à l'hôpital en tant que vacataires. Elles ou Ils sont consentant(e)s, car il est bien difficile après une vie active de se retrouver hors du monde du travail.

Mais, quelle manne pour l'hôpital public : du personnel compétent, disponible et peu rémunéré.

Il ne faut pas dépasser les quotas imposés par la CNRACL, alors ils ou elles travaillent plusieurs jours, par mois au gré des besoins, et leur salaire dûment mérité sera réparti sur plusieurs mois ! Et à quel tarif ! Environ 10 euros brut de l'heure. Qui dit mieux...!!! Des années d'études, des années d'expériences pour si peu. Qu'elles ou qu'ils sont consciencieuses ces infirmières

Danièle Hengen ■
Secrétaire de la CNI

Les Retraites

Ce qui change pour tout le monde

- **durée des cotisations** s'allonge : à partir de 2009 la durée des cotisations doit s'allonger d'un trimestre par an pour atteindre 41 ans en 2012
- la **surcotisation** est possible pour les temps partiels
- les **hausse des pensions** seront alignées sur la hausse des prix (hors tabac)
- la **surcôte** : dès 2004 la pension est augmentée de 3% par années travaillées en plus des 40 ans
- une **épargne retraite** obligatoire à compter du 1^{er} janvier 2005
- possibilité de racheter les **études** même faites dans le Privé.

Ce qui change pour les fonctionnaires

- **alignement des cotisations** sur le secteur privé :
 - 38 années de services en 2004
 - 38.5 années de services en 2005
 - 39 années de services en 2006
 - 39.5 années de services en 2007
 - 40 années de services en 2008
- **apparition de la décôte** : une décôte est instituée pour les fonctionnaires lorsqu'il n'ont pas une carrière complète tous régimes confondus. L'abattement sera de 0,5% à partir de 2006 évoluant jusqu'à 5% en 2015 par année manquante (dans la limite de 5 ans)
- **pensions de reversions** : les veufs et les veuves pourront sans condition d'âge toucher 50% de la pension de leur conjoint(e) décédé(e)
- l'augmentation du **minimum garanti** soit : 993 euros
- **dépassement de la limite d'âge** est autorisée, il sera possible de travailler 2,5 ans en plus pour compléter sa pension
- création d'un **régime complémentaire obligatoire** dès 2005, une cotisation sera prélevée sur une partie des primes, la retraite complémen-

taire par points s'ajoutera à la retraite traditionnelle

la CNI dénonce une perte de salaire de 5% (du montant des primes)

- **bonification pour les métiers pénibles** à l'hôpital : 10 années travaillées vaudront 1 année supplémentaire à partir de 2008 mais ne compte pas pour la pension
La CNI demande 1 an pour 5 ans applicable dès le 1^{er} janvier 2004 avec rétroactivité et qui compte pour la pension

- **la bonification pour les enfants** : les conditions d'attribution des bonifications par enfants sont revues. Les situations sont étudiées avant et après le 1^{er} janvier 2004 et la situation des enfants né(e)s sous le régime de la fonction publique
la CNI demande le retour aux situations antérieures

- **les hommes et les femmes fonctionnaires** parents de 3 enfants ont une pension majorée de 10% + 5% par enfant supplémentaire le tout sous conditions
- **les femmes ayant élevé** au moins 3 enfants peuvent partir à la retraite après 15 années de service, si la mère était fonctionnaire pendant la naissance des trois enfants.
la CNI demande cette extension au secteur privé ainsi qu' un retour aux situations antérieures

Autres revendications de la CNI

- **intégration sans condition** des années exercées en tant qu'auxiliaire, contractuelle et stagiaire dans la fonction publique
- **intégration de la totalité des**

primes fixes dans le calcul des pensions privées et publiques

- **le temps passé en heures supplémentaires** est considéré comme travail effectif doit être comptabilisé dans le calcul de la pension
- **suppression de la décôte**

Les territoriales actives ou sédentaires ?

Les arrêtés du Conseil d'Etat N° 247435 et 243691 classent les territoriales, comme les hospitalières en catégorie B, actives.

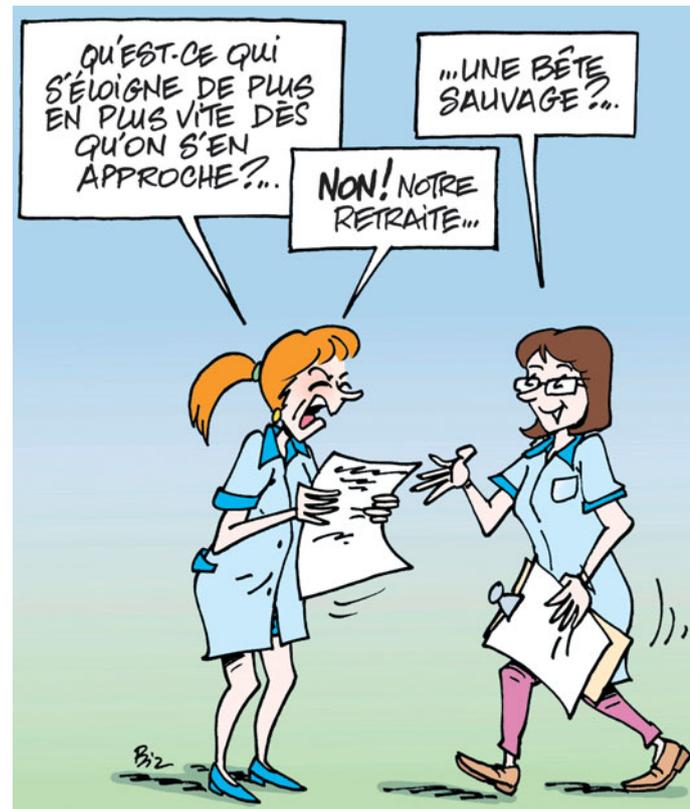
Pourquoi la CNRACL refuse de les reconnaître en tant que telles ?

La CNI demande que les territoriales soient reconnues par la CNRACL

La CNI demande la prime d'encadrement pour celles qui sont cadres

La CNI demande l'uniformisation de la profession

Bureau de la CNI ■





Stomathérapeutes

*Le combat quotidien des stomathérapeutes
vivre ou survivre...*

Les stomathérapeutes sont des infirmiers diplômés d'état ayant acquis une compétence auprès de patients stomisés, mastectomisés, porteurs de fistules ou plaies à cicatrisation difficile et ayant suivi une formation spécifique sanctionnée par un certificat clinique en stomathérapie.

Leurs missions sont multiples au sein des établissements : mission auprès des patients et de leur famille et mission auprès des collègues.

Auprès du patient : les stomathérapeutes les guide vers l'autonomie par l'éducation et l'information et l'aide à choisir l'appareillage le plus adapté. Ils dépistent les éventuelles complications, les traitent ou orientent le patient vers le professionnel de santé nécessaire. Ils assurent un suivi en pré, per et post hospitalisation et participent ainsi à la qualité et à l'amélioration des soins.

Ce sont des personnes ressources pour le patient et des référents à sa sortie de l'hôpital. Cette prise en charge est globale aussi bien technique, éducative que psychologique par l'écoute et la relation d'aide.

Auprès de nos collègues : les stomathérapeutes ont un rôle de conseil et d'information. Ils participent à la formation des différents stagiaires, ils assurent le plus souvent la gestion du matériel et des commandes : "le bon produit au bon moment pour le bon patient", ce qui contribue aux économies de santé.

Cette fonction n'est pas reconnue officiellement en tant que spécialité. Elle n'a donc aucun statut particulier et pas de bonification supplémentaire.

Pourtant cette spécificité est relativement ancienne et tend à se développer par la formation régulière de nouveaux stomathérapeutes chaque année. Elle existe depuis 1978, date de création de la première école de stomathérapie par Suzanne Montandon, pionnière de la stomathérapie française.

En 2004 plus de 500 infirmiers ont été formés mais tous ne pratiquent pas la stomathérapie faute de moyens matériels ou de temps accordé.

Cette fonction fait partie des nouveaux métiers de l'hôpital.

Les stomathérapeutes sont regroupés en associations françaises (AFET et AIFETA) européenne (ECET) et mondiale (WCET).

Depuis de nombreuses années ces associations, sous l'impulsion de leurs présidents, ont multiplié les démarches pour une reconnaissance de la fonction auprès des ministères de la santé successifs : aucun résultat voire même une aggravation de la situation puisque les deux derniers décrets (1993 et 11 février 2002) ont positionné les soins de stomie et de fistule dans le rôle sur prescription médicale, alors que les décrets antérieurs les positionnaient dans le rôle propre infirmier.

On ne peut que s'interroger sur cette modification :

Le soin de stomie est un simple soin d'hygiène non stérile pour lequel on éduque le patient qui le fera le plus souvent seul au domicile, et pour faire ce même soin l'infirmier doit attendre une prescription !.

C'est un non sens et une aberration qui compliquent considérablement le travail des stomathérapeutes ainsi que la prise en charge du patient obligé souvent de passer par de multiples intermédiaires.

Cette gestion déjà pesante à l'hôpital, devient un véritable parcours du combattant en externe... Un exemple édifiant : Monsieur X vient de sa propre initiative demander conseil au stomathérapeute, il est alors renvoyé vers un médecin pour que celui-ci prescrive le soin Monsieur X revient ensuite faire exécuter le soin par le stomathérapeute, mais si un problème est détecté le patient devra retourner voir le médecin pour une prescription de traitement ou de changement d'appareillage. Toutes ces étapes sont elles indispensables dans la conjoncture actuelle où on parle tant d'économie de santé !!!...

Coût du traitement :

AMI 2 x 3 + Consultation médicale x 2 + éventuellement frais de déplacement aller et retour x 5 (VSL, taxi, etc). Pourtant un seul acte a réellement traité le patient (acte infirmier).

Dans leur pratique quotidienne, les stomathérapeutes sont confrontés à d'autres difficultés pour conserver leur détachement, ils doivent justifier de leur activité, or actuellement une seule codification est reconnue :

- AMI 2 : soin de stomie avec ou sans éducation et petit pansement
- AMI 4 : soin de fistule, irrigation colique et grand pansement
- AMI 4 : pour le soutien psychologique
- AMI 0 : pour la relation d'aide

- AMI 0 : pour l'éducation et l'information

- AMI 0 : pour le repérage de la stomie

Et ceci quelque soit la durée et/ou la difficulté du soin.

On constate donc une grande disparité entre le temps effectivement passé auprès du patient et le nombre d'actes codifiés, ce qui peut être préjudiciable dans le rapport d'activité et conduire certains stomathérapeutes à stopper leur fonction alors que la demande des patients est toujours présente.

On ne devient pas stomathérapeute par hasard mais par choix, les stomathérapeutes sont généralement passionnés par leur travail mais cette fonction serait-elle menacée à court terme par la pénurie d'infirmières, les conditions d'exercice difficiles et une nécessité constante de justifier notre détachement.

L'avenir sombre pourrait s'éclaircir avec quelques modifications :

- la révision du décret (soins de stomies et fistules sur le rôle propre),
- l'autorisation d'une prescription infirmière pour les appareillages et les produits d'aide à la cicatrisation (hors médicaments),
- la modification des codifications et la réelle reconnaissance d'une consultation infirmière.

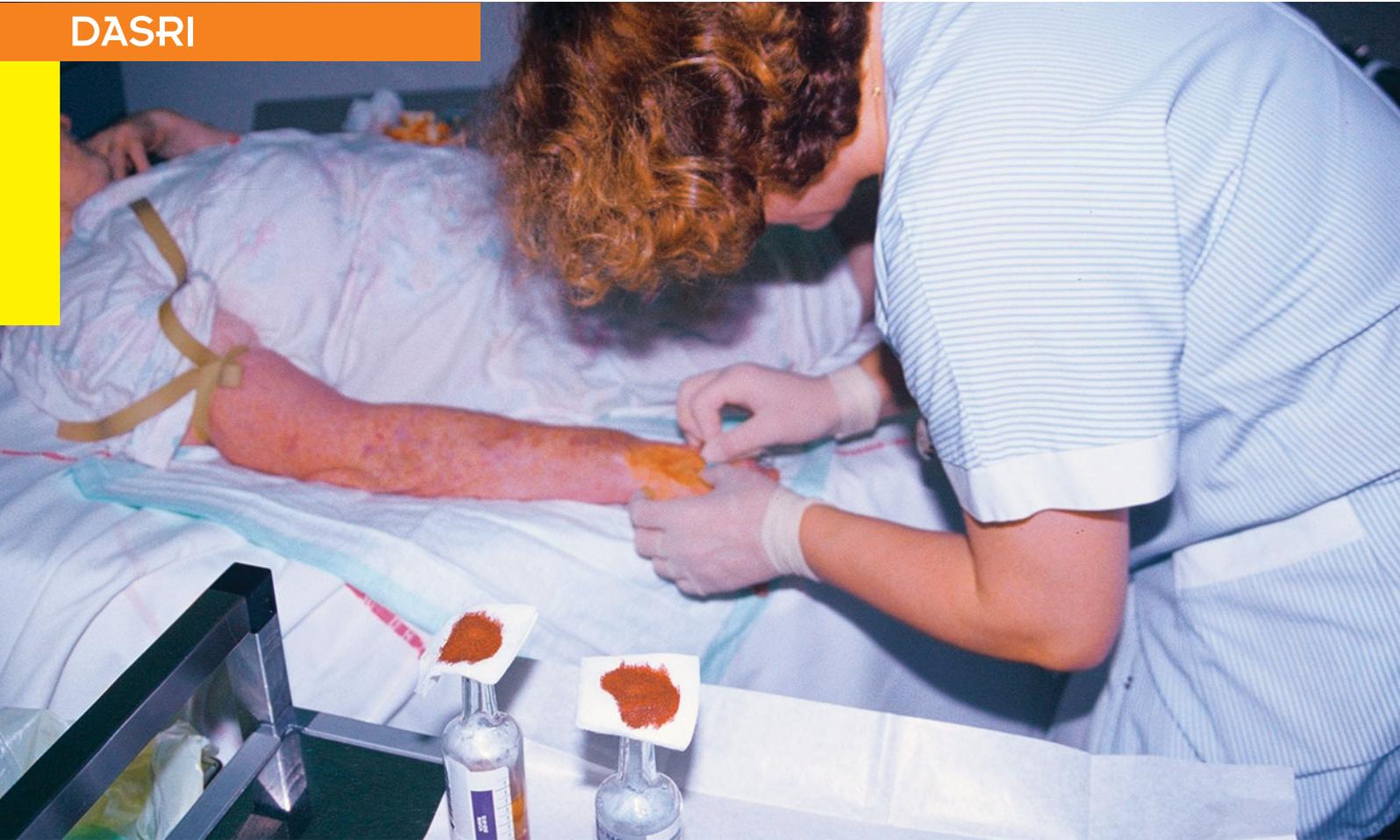
La valorisation des compétences infirmières passe nécessairement par une reconnaissance de ces nouveaux "savoir-faire" infirmiers. Défendre notre fonction c'est aussi défendre notre profession car ne l'oublions pas, les stomathérapeutes sont avant tout des infirmiers.

Danièle Chaumier ■

*infirmière stomathérapeute
Hôpital Tenon - Paris*

Geneviève Langlois ■

*infirmière stomathérapeute
Groupe hospitalier Bichat Claude
Bernard - Paris*



L'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux (*DASRI*)

Les établissements de santé publics et privés ainsi que les professionnels de santé exerçant en libéral (laboratoires compris) sont responsables de l'élimination des différents déchets générés par leurs activités.

Les déchets de soins des ménages (diabétiques, insuffisants rénaux...) représentent de faibles quantités et n'ont pas faits l'objet d'étude. Le gisement des DASRI a pu être évalué en 2003 à 160.000 tonnes (33 millions de tonnes d'ordures ménagères en 1999, 100 millions de tonnes de déchets industriels et 400 millions de tonnes de déchets agricoles).

Les déchets d'activités de soins nécessitent des conditions d'élimination spécifiques dus aux risques qu'ils peuvent présenter notamment en matière de contamination infectieuse, mais

aussi risques chimique ou ionisant, risques pour l'environnement liés à l'antibiothérapie et risques de pollution de l'air et de l'eau.

Progressivement depuis 1992, l'élimination des DASRI a nettement évolué. L'incinération insitu a été abandonnée au profit d'une incinération centralisée en usines d'incinération d'ordures ménagères équipées et autorisées ou en usines spécifiques. Parallèlement à cette évolution, de nouveaux procédés de pré-traitement des DASRI ont été développés. Ces technologies alternatives à l'incinération permettent une désinfection des déchets d'activités de soins et leur élimination par la filière classique des ordures ménagères, à l'exception du compostage. Nous avons visité l'unité de Limoges.

Avantages du pré-traitement des DASRI

- réduction du caractère infectieux au plus près de la source de production,
- modification des déchets solides dans leur apparence et leur caractéristiques physiques pour réduire les risques mécaniques et psychologiques,
- suppression du transport de déchets à risque infectieux sur la voie publique, et suppression de l'obligation pour le producteur de se conformer à l'arrêté "ADR",
- autonomie de l'établissement de santé,
- durée et rythme de fonctionnement adaptés à la production de l'établissement,
- effectif maintenu et amélioration des conditions de travail (pénibilité) et diminution des risques d'accident (piqûres, manutention...) à Limoges.

Sur le plan environnemental, la mise en place de telles installations participe à la réduction des émissions polluantes liées au transport. En effet, la réduction du volume des DASRI désinfectés divise les nuisances par 10 (bruit, gaz d'échappement, trafic routier, consommation d'énergie...) puisqu'une fois broyés les déchets prennent 10 fois moins de volume. Cette solution peut aussi avoir un intérêt écologique en zone de forte urbanisation.

Limites du pré-traitement par désinfection

Déchets interdits à la désinfection :

- les déchets souillés (ou susceptibles de l'être) d'agents transmissibles non conventionnels (ATNC) tel que le prion,
- les déchets de médicaments (ou étant souillés par des) cytostatiques,
- les déchets pouvant détériorer l'appareil de désinfection (grosses pièces métalliques...)

Rappel les déchets suivants ne sont pas des DASRI :

- les sels d'argent, les produits chimiques utilisés pour le développement, les clichés radiographiques ; les produits chimiques explosifs ou à haut pouvoir oxydant,
- les déchets mercuriels,
- les déchets radioactifs, mis en "décroissance",
- les toxiques volatils,
- les pièces anatomiques et les cadavres d'animaux (---->crématorium).

Parcours du déchet

Le sac de déchets à risque infectieux parvient en container, après un court trajet en camion, à l'unité de traitement des déchets. Il passe sous un portique de détection de radioactivité. Son origine est enregistrée ainsi que ses poids et heure d'arrivée (traçabilité). Ce container est vidé, mécani-



L'ensemble de l'appareil

quement au sommet de l'appareil ECO-DAS. Il est alors broyé, réduit en copeaux.

Dans la partie inférieure de l'appareil, les copeaux sont stérilisés par de la vapeur sous pression à 138°C pendant 10 minutes.

A la sortie de l'appareil, les déchets banalisés sont compactés et peuvent rejoindre la filière d'élimination des déchets ménagers : incinération ou épandage.

L'épandage est rarement utilisé. L'incinération des ordures ménagères est bien moins onéreuse que celle des DASRI (8of) et du fait des quantités traitées, les fumées mieux filtrées. De plus, les copeaux étant homogènes, ●●●





L'appareil s'ouvre



et va recevoir les déchets



Les mêmes déchets 10 minutes plus tard...
broyés, désinfectés

il est possible de revaloriser leur combustion.

Quelques éléments de coût

Le coût moyen de l'élimination des Dasri rapportés à la tonne s'établit entre 700 et 1070 € TTC, dont 250 € pour la co-incinération. Pour les petits établissements de type de maison de retraite, ce coût est beaucoup plus faible en valeur absolue mais rapporté à la tonne produite beaucoup plus élevé (chiffres ADEME).

Extrait de l'étude des coûts par le CHU de Limoges :

- mise aux normes de l'incinérateur in-situ : le plus coûteux : le traitement des fumées, sans aucune garantie que les normes actuelles soient valables à long terme. Investissement: 2 millions €

Prix de revient /t (estimé) :

- 567 € (pour 2750t/an)
- 521 € (3169t/an).

- traitement des déchets en usines d'incinération des ordures ménagères ("tranquillité" mais remise en cause du CARTRAC, système local d'évacuation des déchets et du linge sale)

Coût estimé : 1200 € t (1500t/an) inclus les coûts du démantèlement de l'incinérateur et du transport jusqu'à Bassens, près de Bordeaux.

- inactivation des DASRI : (système ECODAS, CARTRAC maintenu)
Investissement : 1,27 € millions
Prix de revient : 350 €/t (2750t/an)
322€/t (3169t/an)

Autofinancement à 100% à Limoges mais des subventions sont envisageables de la part de PARH, dans le cadre hôpital 2007, du département, de la région, de l'ADEME. Le CHU estime l'amortissement à 10 ans.

N.B. : il existe d'autres dispositifs de désinfection des DASRI : VIRHOPLAN*, GABLER GDA*, STHAMOS* ECOSTERYL* LOG-MED, LAGARDE, STERIFLASH, *ne sont plus fabriqués

Pour un tel projet il faut :

- connaître le tonnage de DASRI du site, choisir la taille de la machine en fonction et proposer ce service aux établissements voisins pour "couvrir" le tonnage différentiel.
- assurer l'élimination des copeaux auprès d'une unité d'incinération d'ordures ménagères "munie" d'un service minimum puisque l'hôpital fonctionne en continu et a l'obligation de traiter ses DASRI en max. 48h.
- prévoir l'affûtage du broyeur 1 fois par an à Lille et donc avoir un broyeur d'avance.

Puis :

- 1 électromécanicien responsable de l'unité.
- des agents dont la formation à ce système dure 6 semaines qui soient prêts à rester dans cette unité au moins 1 an et demi. A Limoges, on constate que la mobilité est assez faible spontanément. L'équipe compte 10 agents dont 4 travaillent simultanément (1 à la réception des containers, 2 au chargement des machines, 1 aux nettoyages des chariots et de l'environnement et à l'entretien) et 1 de nuit.

Bien que les gisements concernés soient faibles, la gestion de ces déchets pose de sérieux problèmes d'élimination, sans compter les déchets radiologiques, toxiques, liquides et radioactifs.

L'aspect psycho-émotionnel de l'élimination des DASRI est indéniable et justifie à lui seul une gestion optimale des risques sanitaires liés à l'exposition de ces déchets. Il convient de s'appuyer aussi bien sur l'incinération que sur la désinfection et développer leur complémentarité. En effet les installations de désinfection sont plus fiables et plus faciles à exploiter.

Document réalisé d'après les données de M. GABARDA OLIVA ingénieur ADEME recueillies le 17 juin lors du colloque organisé par le CNIID (Paris II - 01.55.78.28.60) et auprès de M Lanau, directeur des services économiques du CHU de Limoges et M. Boulesteix, ingénieur dans ce service le 13 octobre 2004.

Christine CASSIAU ■

IDE - Hôpital Sainte-Foy-la-Grande - Gironde

Plaidoyer pour le toucher massage

Pourquoi le Toucher-Massage® ?

Vous avez tous fait l'expérience des mains qui, d'emblée, vous apaisent, vous réchauffent, vous donnent du baume au coeur. Parfois, les mains de la personne qui vous est chère ou en qui vous avez réellement confiance peuvent plus pour soulager vos maux que les meilleurs praticiens du monde. De même le toucher-massage est bien autre chose qu'une technique à effet mécanique. Son effet majeur se trouve dans la relation qui s'établit entre celui qui masse et celui qui est massé.

Les massages existent depuis toujours et font partie de notre patrimoine instinctif de communication. Quand on sent un ami angoissé, on pose "machinalement" sa main sur son épaule. Si on veut lui donner confiance, on lui presse amicalement la main. Nous savons que les massages étaient pratiqués de façon empirique depuis des millénaires, un peu partout dans le monde. Ils se sont d'abord développés dans le cadre des soins infirmiers, puis avec la naissance de la profession de masseur-kinésithérapeute en 1946 et avec un engagement spécifiquement masculin, ils se sont progressivement réduits à une véritable peau de chagrin et déclinés en actes codifiés, dénaturés de leur fonction première de communication et de bien-être. Les massages peuvent aujourd'hui retrouver leurs lettres de noblesse en s'inscrivant dans une démarche informelle, globale, relationnelle, non codée et démedicalisée.

Précisément, face à l'avancée inexorable de la multiplication des spécialités et la complexité des soins, s'inscrit la nécessité de proposer au soignant un véritable "outil", facile, aisé, qui ne demande pas de connaissances particulières en anatomie, physiologie etc... et de lui donner les moyens de l'utiliser et

de le dispenser généreusement afin de répondre aux véritables besoins du malade, d'être touché, câliné, cajolé... massé.

Et, s'il est encore trop de soignants qui, certes, ont "un savoir-faire" dans les différentes tâches qui leur incombent, il y a urgence à leur rappeler que cela ne suffit pas, mais que "savoir-être" en est l'indispensable complément pour ne pas dire l'essentiel de la relation aux soins.

Or justement le concept du toucher-massage rappelle le lien intime qui existe entre les qualités inhérentes au toucher (actions informelles, intuitives, relationnelles) mais aussi présence et écoute bienveillante, et le massage (gestuelle plus élaborée aux multiples effets bien-faisants). Cette méthode ouverte, évolutive, vivante, non réductrice rappelle au milieu médical l'importance et le caractère indispensable de la relation, de la douceur, de l'humain ... de la main.

L'expérience de 20 années montre aussi que la pratique du toucher-massage est un contrepoids certain à la brutalité de certains gestes et interventions médicales. Elle apporte un soutien aux thérapies mises en place, quelquefois mal vécues. Faisant tout autant de bien au soigné, qu'au soignant, ces gestes d'aide, d'attention, de tendresse et d'accompagnement peuvent et doivent être favorisés, encouragés et dispensés par tous, du soignant au médecin-chef, de l'infirmier au kiné. L'intérêt majeur du toucher-massage réside justement dans la pluralité des acteurs ; permettre à chaque malade de pouvoir être touché, "par qui bon lui semble et qui lui semble bon".

Cette démarche spécifique n'est pas toujours facile pour les soignants formés à guérir, à traiter, à évaluer les résultats de leurs actions. Elle s'inscrit plus dans la multiplicité et complexité des

gestes et actes quotidiens, en particulier parmi ces "grand petits soins", tels, aider le malade à se lever, aller aux toilettes, tirer les rideaux en cas de luminosité excessive, supprimer les plis du drap, redresser, "retaper" les oreillers, s'assurer que le bouton d'appel, le verre d'eau sont bien à portée de la main, passer un gant frais sur un front brûlant, ou encore tenir et caresser les mains, faire un "petit" massage de la nuque...

Le soignant doit répondre malgré une certaine gêne aux besoins des patients et notamment celui impérieux d'être touché. C'est dans cette démarche qui demande d'abord une capacité d'écoute, de présence et d'authenticité ainsi qu'un minimum de compassion que s'inscrit la pratique du toucher-massage. Souvent ultime manière de communiquer avec le malade, elle est, sans aucun doute, à l'origine du climat de confiance qui s'instaure et qui aide les personnes qui souffrent ou se savent condamnées, à parler, à se confier, à se libérer et exprimer leurs angoisses ou leurs désirs.

La simplicité du toucher-massage - tout le monde peut le dispenser - doit inciter les soignants à inviter les proches, souvent démunis et gardant une distance bien malgré eux, à pratiquer et réintégrer en douceur cette relation d'aide par le toucher.

Se former au Toucher-Massage

On n'enseigne pas le toucher-massage comme l'informatique ou la kinésithérapie. Il s'agit moins d'apprentissage de gestes techniques que d'acquiescer, d'abord de la confiance en soi et d'adopter des attitudes bienveillantes, compassionnelles et d'être plus à l'aise et mieux dans sa peau pour pouvoir s'ex-

primer et aider par les mains.

Notre effort essentiel vise donc - surtout dans les tout premiers moments des sessions - à mettre d'abord les partenaires en confiance, à l'aise, à les aider à se débarrasser de bon nombre de peurs, de blocages et d'idées reçues sur le toucher et le massage. Notre expérience démontre que ces conditions permettent alors aux participants d'intégrer rapidement les apprentissages de façon plus authentique et rendent la pratique du toucher-massage, aisée, agréable et surtout motivante pour les soignants. La pédagogie mise en place, dite "expérientielle", privilégie donc l'expérience et le vécu "ici et maintenant" lors des sessions de formation.

Les exercices de prise de conscience, et de confiance, les jeux, l'ambiance ludique encouragent et donnent d'abord le goût et l'envie de toucher-masser et beaucoup de plaisir à le faire. Certes cette pédagogie, à l'opposé des enseignements classiques - parfois trop académiques et souvent fermés et autoritaires - peut surprendre au début, mais les résultats parlent d'eux mêmes.

"Après avoir été initié et avoir pratiqué moi-même cette technique de toucher-massage relationnel, il m'est apparu intéressant de la proposer à mes équipes soignantes et bénévoles travaillant dans le cadre de l'U.S.P. du centre hospitalier. Outre l'amélioration notable de la qualité des soins appliqués aux malades, c'est aussi la qualité des échanges entre soignants et l'esprit d'équipe qui s'est trouvé renforcé" me disait un médecin chef de service qui avait participé à nos formations. Cette même observation a été maintes fois vérifiée.

Il faut aussi savoir que nos techniques de massage sont totalement différentes de celles que peuvent pratiquer les kinés, en premier lieu parce qu'elles ne s'intéressent pas directement aux muscles et tendons, mais à la personne dans sa globalité et en second lieu parce que notre démarche : "toucher et masser" le malade ne se situe pas dans un cadre formel. Hors de toute prescription médicale, elle s'applique en fonction du moment, de la communication établie, du besoin du malade et vise avant tout son bien-être, son confort, une meilleure communication; Il s'agit au fond d'un véritable "prendre soin" de la personne qui s'accorde parfois mal avec la démarche thérapeutique, et du guérir à tout prix !

Nous faisons confiance aux soignants. C'est une démarche de "bon sens" et au fond davantage "attitude" que



"technique"*

L'apprentissage du toucher-massage est rapide. Quelques jours suffisent. Pour certaines personnes, en particulier souvent celles qui ont déjà un "savoir-technicien" (kinés, médecins...) ou un "savoir-trop-théorique" (psychologues) il faut toujours un peu plus de temps et parfois beaucoup de patience pour défaire les idées reçues et re-approprier le toucher.

Le toucher-massage que nous proposons se veut apaisant, calmant la souffrance et l'anxiété, il contribue à un sommeil meilleur. Il sensibilise le soignant à un travail plus détendu et à davantage de bienveillance.

Pour toutes ces raisons éprouvées et prouvées, le toucher-massage fait totalement partie du rôle propre du soignant. Cette pratique maintenant encouragée par les médecins qui en ont saisi toute l'importance, est adoptée en particulier par de très nombreux centres pour personnes âgées et par la plupart des Unités de Soins Palliatifs.

Ce que Pascal Prayez, appelle la "distance défensive" et qui se traduit par exemple, par l'application de gestes et manœuvres plaqués mécaniquement, ce n'est pas de cela qu'a besoin le malade mais de nous, en tant que sujet vivant, donc impliqué; pas d'une attitude professionnelle, mais d'une vraie présence authentique pour le temps qu'elle dure. Les gestes ont alors une autre signification. Ce que le malade reconnaît et lui évite de dire "elle est un peu froide cette soignante". Et ça ne sert à rien de

rajouter des années d'étude, qui plus est à l'université, abstraite et théorique mais au contraire d'envisager une vraie formation (avec de véritables formateurs), sur nos capacités à être soi-même, "sans peur et sans culpabilité" ! Et ainsi d'améliorer considérablement la communication soignant/soigné.

Les formations toucher-massage qui réconcilient l'utile et l'agréable, sont toujours un temps de détente et de convivialité sans contrainte ni fatigue pour les participants. Elles génèrent de la motivation et l'envie d'appliquer concrètement, et libèrent les participants des peurs liées à ce "bon sens".

* *Définition : le Toucher-Massage*

Car pour ma part, de la façon dont je le pratique depuis plus de vingt ans, je ne considère évidemment pas seulement le massage comme "une technique manipulatrice de tissus" (def. kiné). C'est un art que je définis avant tout comme "une intention bienveillante qui prend forme grâce au toucher et à l'enchaînement de gestes sur tout ou partie du corps, qui permet de détendre, relaxer, remettre en forme, rassurer, communiquer ou simplement procurer du bien-être, agréable à recevoir et qui en plus est à pratiquer."

Joël Savatofski ■

Directeur de l'Institut de Recherche Pédagogique et d'Enseignement du Toucher-Massage®

Tel : 03 80 74 27 57.

Mail : iffsavatofski@wanadoo.fr

Site : touchermassage.com

Lettre ouverte à Philippe Douste Blazy

Monsieur le Ministre,

La profession infirmière a attentivement écouté vos propos lors de vos différentes interventions dans les médias, après la tragédie de PAU.

Ceux-ci ont révolté tous les professionnels que nous sommes, et aucun de nous n'échappe ni à la souffrance, ni à la colère.

En effet, Monsieur le Ministre, nous sommes en colère !

Tout d'abord, utiliser un tel drame humain, pour accuser la pathologie mentale comme seule responsable, est inacceptable, quelques soient les résultats de l'enquête.

Avez-vous songé à la douleur des familles des victimes, mais aussi à celle des familles des usagers atteints de pathologie mentale, qui vont être désormais désignés comme coupables, par la population.

Nous estimons quant à nous que les responsables sont les politiques, les technocrates qui ont décidé, malgré l'avis des professionnels, de banaliser la Psychiatrie, en la réduisant à une discipline médicale comme les autres. Effectivement, la psychiatrie est une discipline médicale mais d'une très grande complexité. Pour preuve, les différentes philosophies de soins : psychiatrie médicale, psychiatrie à visée psychothérapie institutionnelle, psychiatrie sociale, psychanalytique, systémique ; comportementaliste...

Depuis des années, les professionnels et la CNI attirent l'attention des différents Ministres de la Santé, des politiques, des directeurs d'ARH sur :

- la nécessité de sécuriser les établissements de soins. Nous ne vous rappellerons pas le nombre d'accidents qui ont eu lieu, la liste serait longue...

- la pénurie d'infirmières, dans tous les services, mais combien criante en psychiatrie, qui intéresse peu, car difficile d'exercice et par manque de formation.

Depuis des années, la Psychiatrie est sinistrée. En juin 2003, l'ensemble des professionnels de la Santé Mentale s'est réuni à Montpellier. Le Ministre de l'époque n'a pas daigné y participer !

Ces professionnels ont rédigé quatre motions et vingt deux mesures à prendre d'urgence.

Décembre 2004, qu'en est il de ces propositions ? Dans un tiroir, sans doute ?

Aussi, Monsieur le Ministre, vos propositions n'ont pas été accueillies favorablement.

Vous annoncez publiquement :

- un moratoire sur la fermeture des lits, d'accord, mais allez vous réouvrir ceux dont nous avons besoin ? et avec quel personnel ?
- la limitation de sortie des "patients gravement atteints" quand ceux-ci sont stabilisés.

Voulez vous recréer des ghettos asilaires ?

- Ouvrir les CMP jusqu'à 20h, (centres médico-psychologiques et non psychiatriques) (mais certaines de ces structures fonctionnent déjà comme cela,) et le week-end, excellente idée, mais avec quel personnel ? Puisque déjà toutes ces structures manquent de personnel.
- relier les services de soins et les commissariats. C'est une mesure radicalement opposée aux soins. Les patients sont ils des malades ou des délinquants ? Si oui, il existe des structures adaptées mais en nombre insuffisant. Depuis quand la Santé dépend elle du Ministère de l'Intérieur. Si cette mesure peut être envisageable pour des services d'urgence ouverts à tout un chacun, elle nous

paraît inacceptable pour des soignants en psychiatrie. Mais il est vrai, qu'elle peut rassurer les équipes des urgences saturées le soir et le week end, notamment, par de nombreuses personnes en détresse psychologique, voir psychiatrique, des citoyens en situation précaire. Le problème ainsi, est encore déplacé, et ne résout en rien les difficultés existantes

- Il faut pour ces services, du personnel infirmier formé, en nombre. Sans doute serait il opportun de réfléchir sur de nouveaux emplois statutaires pour des agents hospitaliers de sécurité, soumis aux mêmes devoirs, pouvant intervenir sur demande des soignants, plutôt que des sociétés privées de vigiles. Il faudrait "également réfléchir sur l'architecture des structures de soins et des matériaux employés" car trop souvent le critère retenu est un critère économique qui n'est pas synonyme de qualité.

Monsieur le Ministre, ces propos ne sont ils pas que des effets d'annonce pour rassurer la population, stigmatiser les usagers atteints de pathologie mentale ou en détresse psychologique, à un moment difficile ?

Nous, syndicat professionnel, réclamons de toute urgence une rencontre avec des professionnels de la Psychiatrie et de la Santé Mentale afin de débattre et d'étudier les solutions possibles et cohérentes pour l'ensemble de ces problèmes et aborder réellement la question de la formation.

La CNI souhaite ne pas être exclue de ce groupe de réflexion.

Nous restons à votre disposition et nous osons espérer que ce courrier, sera pris en considération.

Danièle Hengen ■

Secrétaire Nationale de la CNI

Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé

L'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital réalisée en 2003 par la Drees auprès d'un échantillon de 5.000 salariés des établissements de santé (publics ou privés) permet de dresser un panorama des conditions de travail perçues par les actifs hospitaliers et de les comparer avec celles déclarées en 1998 par l'ensemble des actifs occupés dans l'enquête Conditions de travail de la Dares.

Les professions qui ont une activité de soins déclarent vivre plus souvent des moments positifs avec les malades que des situations pénibles. Plus généralement, les professionnels hospitaliers qui sont en contact avec le public ne connaissent pas davantage de situations de tension en 2003 qu'en 1998 bien qu'elles concernent 55 % d'entre eux.

Mais l'exécution du travail des soignants requiert globalement en 2003 des efforts d'attention plus exigeants qu'en 1998, les efforts physiques étant également plus souvent signalés. Les contraintes de rythme de travail sont aussi plus fortement perçues, les infirmières estimant notamment plus souvent manquer de temps pour faire correctement leur travail. Les contrôles hiérarchiques dans ce domaine sont aussi plus fréquemment ressentis. De plus, la nécessité d'appliquer strictement les consignes pour faire correctement son travail s'est renforcée en cinq ans.

Cependant les relations de coopération dans le travail restent étroites à l'hôpital bien que le manque de personnel soit plus souvent évoqué en 2003.

Dans l'ensemble, les soignants rendent compte de conditions de travail plus difficiles que les non-soignants. Les infirmières y occupent une place charnière avec une plus forte perception des contraintes physiques et de charge mentale.

Une enquête sur les conditions et l'organisation du travail dans les établissements de santé (*Conditions et organisation du travail à l'hôpital*) a été réalisée par la Drees en 2003.

Environ 5 000 salariés ou professionnels exerçant dans les établissements de santé publics et privés de France métropolitaine ont été interrogés sur ces thèmes par téléphone à leur domicile (encadrés 1 et 2).

L'analyse des résultats de l'enquête présentée ici a pour premier objectif de dresser un panorama des conditions de travail telles qu'elles sont perçues par les professionnels hospitaliers, en les comparant à celles déclarées en 1998 dans le cadre de l'enquête *Conditions de Travail* de la Dares réalisée à la fois dans le monde de la santé et auprès de l'ensemble des actifs occupés (encadré 3). Le second objectif est de mettre en regard le ressenti des personnels hospitaliers sur les conditions d'exercice de leur activité et leur profession, le service dans lequel ils l'exercent, ou encore le statut de leur établissement (public, privé lucratif ou privé non lucratif).

Les professionnels enquêtés ont été regroupés en huit catégories (encadré 1) :

- les médecins et autres professionnels médicaux salariés appelés par la suite "médecins salariés", exerçant pour la plupart dans les hôpitaux publics, et qui comprennent aussi des professions comme les pharmaciens ou les médecins de laboratoire ;
- les médecins libéraux exerçant en clinique privée, qui sont en grande partie des chirurgiens ou des anesthésistes, ●●●● spé-

E•1

La population ciblée et le contenu de l'enquête

L'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital a concerné 4.977 actifs des établissements de santé publics et privés, tant soignants que non soignants. Il s'agissait pour l'essentiel de salariés mais 235 médecins libéraux des établissements privés ont également été interrogés (tableau). Au total, après redressement, les enquêtés se répartissent en 6 % de médecins salariés ou libéraux, 28 % d'infirmières et 13 % d'autres professions intermédiaires, 24 % d'aides soignantes, 13 % d'agents de service hospitaliers et 10 % d'autres employés.

Les médecins libéraux de l'échantillon ont une activité exclusive dans un établissement de soins et ont au moins 50 % de leurs revenus qui proviennent de cette activité. Ce sont pour la plupart des anesthésistes ou des chirurgiens généraux ou orthopédistes. Par contre, les médecins salariés recouvrent une plus grande diversité de spécialités, une partie d'entre eux n'ayant d'ailleurs pas forcément de contact direct avec les patients (pharmaciens, médecins travaillant en laboratoire, médecins DIM...).

Les "autres professions intermédiaires" regroupent les professions intermédiaires qui ne sont pas des infirmières. Ce sont majoritairement, dans l'ordre d'importance, des spécialistes de la rééducation et diététiciens, des techniciens médicaux, des professions intermédiaires administratives, des sages-femmes, des psychologues, des préparateurs en pharmacie, des assistantes sociales, des éducateurs spécialisés.

Les autres employés regroupent principalement des secrétaires, des commis et adjoints administratifs mais aussi des employés administratifs et des employés des services comptables et financiers.

Parce qu'ils sont trop peu nombreux dans l'échantillon, les cadres de direction et les ouvriers ne sont pas distingués dans le cadre de l'analyse. Ils sont toutefois pris en compte dans les résultats portant sur l'ensemble des personnes interrogées.

Répartition par profession et statut d'établissement des actifs hospitaliers

Groupe de profession	Profession	Statut d'établissement								
		Public		Privé non lucratif		Privé lucratif		Ensemble		Enquêtés
		Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	
Médecins	Médecins libéraux	-	-	100	4	3 200	96	3 300	0,3	235
	Médecins salariés	52 800	90	5 000	9	1 000	2	58 800	5,4	313
	Cadres de direction	12 500	77	2 400	15	1 300	8	16 300	1,5	72
Professions intermédiaires	Infirmières	237 200	78	31 100	10	36 700	12	304 900	27,8	1 407
	Autres professions intermédiaires	114 500	79	21 400	15	10 000	7	145 900	13,3	592
Employés	Aides soignantes	201 100	76	28 700	11	35 100	13	265 000	24,1	1 045
	Agents de service	103 500	71	20 600	14	21 300	15	145 400	13,2	636
	Autres employés	78 200	70	17 000	15	16 700	15	111 900	10,2	510
	Ouvriers	37 300	81	5 900	13	2 700	6	45 900	4,2	167
	Ensemble	837 300	76	132 200	12	128 000	12	1 097 500	100,0	4 977

Champ : actifs salariés et médecins libéraux exclusifs des établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation complète ou partielle
Sources : enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003, SAE 2001 et Enquête emploi 2003

Les questions posées à ces actifs portent sur la description de leurs conditions de travail de la manière la plus objective possible, et non leur opinion vis-à-vis de celles-ci. Par exemple, les questions sont plutôt posées sous la forme "déplacez-vous fréquemment des charges lourdes ?", plutôt que "pensez-vous que votre travail est dur physiquement ?".

Toutefois, les réponses données par les enquêtés reflètent nécessairement leurs perceptions des conditions de travail et, comme cela a été montré à propos de ce type d'enquêtes, interprétées à l'aide de ces perceptions. En cela, l'enquête ne permet pas une mesure effective des conditions de travail (comme la comparaison de la mesure du bruit ou de l'état de locaux par rapport à des normes, par exemple).

L'enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital a été conçue en concertation avec un comité de pilotage composé de représentants des directions du ministère (Dares, Dhos...), de partenaires sociaux, de membres de fédérations hospitalières et de chercheurs appartenant à des disciplines comme l'économie, la sociologie ou la gestion.

E•2

Méthodologie de l'enquête

L'enquête a porté sur les actifs occupés (salariés et non-salariés, soignants et non-soignants) dans les établissements ayant une activité d'hospitalisation complète. Sont exclus les actifs travaillant dans un établissement sanitaire des prisons ou dans un établissement n'ayant pas d'activité d'hospitalisation partielle ou complète (les centres de dialyse autonomes, les établissements d'hospitalisation ou de traitement spécialisé à domicile, les maisons d'enfants à caractère sanitaire permanent, les centres de crise et d'accueil permanent). En effet, le questionnaire aurait été moins adapté pour le personnel travaillant dans ces établissements.

Les salariés enquêtés ont été échantillonnés à partir du fichier des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) 2001 de l'Insee, parmi les entreprises du secteur 851A (activités hospitalières). L'échantillon spécifique des médecins libéraux a été constitué à partir des fichiers de la Caisse nationale d'assurance maladie - travailleurs salariés (CNAMTS).

Pour les salariés, le sondage a été stratifié par statut d'établissement de manière à avoir une précision identique dans les secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif. Pour les médecins libéraux exclusifs, l'échantillon a été stratifié par spécialité, de manière à sur-représenter les chirurgiens et les anesthésistes. Les résultats présentés dans la publication ont été redressés à partir des données de l'enquête emploi du premier trimestre 2003 et de la SAE (Statistique annuelle des établissements de santé) au 31 décembre 2001.

La collecte a eu lieu lors du premier semestre 2003 et a été effectuée par un organisme spécialisé, H2A conseil. Elle a été réalisée par téléphone au lieu de domicile des enquêtés, cette démarche permettant aux personnes interrogées d'avoir plus de recul par rapport à leur environnement de travail. Malgré un questionnement long (environ 30 minutes) et approfondi, le taux de refus de réponse n'est que de 8 % pour les salariés et de 19 % pour les médecins libéraux.

Compte tenu du plan de sondage et de la taille de l'échantillon, les intervalles de confiance à 95% pour des proportions voisines de 50 % (c'est-à-dire pour lesquelles les intervalles sont les plus larges) sont situés globalement à environ + ou - 2 % autour des proportions fournies. Pour les analyses relatives aux différents statuts d'établissement (public, privé non lucratif ou privé lucratif), la précision devient alors égale à + ou - 2,5 %. Pour les médecins salariés, elle est de + ou - 7 %, pour les infirmières de + ou - 3,5 %, ce chiffre étant égal à 5,5 pour les autres professions intermédiaires, 4 pour les aides soignantes, 5,5 pour les agents de service hospitaliers, 6 pour les autres employés et 5,5 pour les médecins libéraux. La précision de l'enquête Conditions de travail de 1998 était de + ou - 3,5 % pour les activités hospitalières. Seules les différences significatives au seuil de 5 % sont commentées dans le texte.

- cialités qui sont donc plus ciblées que celles des médecins salariés ;
- les infirmières ;
 - les autres professions intermédiaires qui regroupent notamment des spécialistes de la rééducation et des diététiciens, des techniciens médicaux, des professions intermédiaires administratives, des sages-femmes, des psychologues, des préparateurs en pharmacie, des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés ;
 - les aides soignantes ;
 - les agents de service hospitaliers ;
 - les autres employés qui regroupent surtout des secrétaires et des personnels des services administratifs et comptables ;
 - enfin les autres professions regroupent des cadres autres que professionnels médicaux et des ouvriers.

Le monde de l'hôpital, un des secteurs d'activité les plus tournés vers le public

Tout d'abord, la plupart des personnes qui travaillent à l'hôpital disent être en relation avec le public, caractéristique qu'ils partagent avec les salariés des activités de "commerce" et d'"éducation et d'action sociale". Ainsi, quatre actifs des établissements de santé sur cinq déclarent être en contact direct avec des patients, et 91 % d'entre eux être "toujours", "souvent" ou "parfois" en contact avec différents types de public (malades, familles, visiteurs, fournisseurs). Les résultats de l'enquête *Conditions de travail* de 1998 étaient du même ordre, même si les questions étaient formulées de manière un peu différente : 85 % du personnel hospitalier disait alors être en contact direct avec le public. L'hôpital apparaît donc comme l'un des secteurs les plus en contact avec le public extérieur, proche en cela du commerce (84 %), et de l'éducation et l'action sociale (83 %).

Des moments à la fois positifs et pénibles vécus avec les patients

Les professions qui exercent directement les activités de soins sont naturellement les plus concernées par les

relations avec les patients. Ainsi, les médecins libéraux des cliniques privées, les infirmières, les aides soignantes et les médecins salariés (parmi lesquels figurent aussi les médecins et pharmaciens de laboratoire) sont, dans l'ordre, ceux qui déclarent le plus être en contact avec les malades.

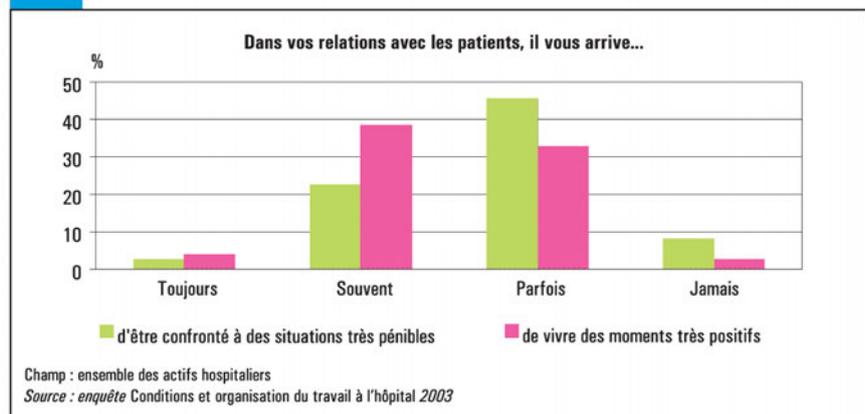
Dans l'ensemble, pour ces soignants, le sentiment de vivre des moments très positifs dans leurs relations avec les patients l'emporte sur celui de vivre des situations très pénibles, même si celles-ci ne sont pas rares. En effet, davantage de personnels déclarent vivre "souvent" des moments très positifs que "souvent" des situations très pénibles avec les malades. Rares sont ceux qui répondent "toujours" ou "jamais" à ces questions (graphique 1).

La perception de moments très positifs avec les patients est plus fréquemment déclarée par les médecins mais aussi par les aides soignantes, tandis que le vécu de situations très pénibles est surtout signalé par les infirmières et les aides soignantes des secteurs public et privé non lucratif.

Une partie des personnes qui travaillent à l'hôpital déclarent par ailleurs vivre à la fois des moments très positifs et des situations très pénibles avec les patients. C'est le cas d'un cinquième à un quart du personnel soignant, tandis qu'un quart à 30 % d'entre eux ne se sentent pas concernés par ces situations (tableau 1).

Parmi les actifs hospitaliers déclarant être au moins "parfois" confrontés à des situations très pénibles dans leurs relations avec les patients, ●●●

G 01 moments très positifs et situations très pénibles vécues avec les patients



E 02

Comparaison avec l'enquête Conditions de Travail 1998

En rapprochant les résultats de l'enquête de 2003 de ceux de l'enquête Conditions de travail de la Dares réalisée en 1998, qui couvre l'ensemble des actifs occupés, on peut également étudier l'évolution des conditions de travail depuis cinq ans dans le secteur hospitalier, et comparer globalement en 1998 les conditions de travail dans les établissements de santé avec celles des autres secteurs de l'économie. En effet, de nombreuses questions de l'enquête réalisée en 2003 ont été reprises de l'enquête plus générale de 1998. Toutefois les comparaisons sont limitées par la taille de l'échantillon du secteur hospitalier en 1998 : 964 enquêtés.

En outre, les résultats de ces comparaisons doivent être considérés avec prudence. En effet, les conditions d'interrogation ne sont pas les mêmes si l'enquêté sait qu'il fait partie d'une enquête généraliste ou d'une enquête spécifique aux établissements de santé. Il existe également d'autres risques de biais sur les réponses, liés par exemple à l'ordre des questions et sous-questions ou encore à de petites différences de formulation comme celles-ci : "À votre emplacement de travail, êtes-vous amené à risquer des blessures avec des outils ou des matériaux ? (1998)"; "Dans le cadre de votre travail, êtes-vous amené à risquer des blessures avec des instruments ou du matériel ? (2003)".

<p><i>Le Vignoble</i></p> <p>Appellation : Saint-Estèphe Superficie : 40 hectares Cépages : Cabernet Sauvignon : 55 % Cabernet Franc 5 % - Merlot : 40 %</p> <p>Age moyen des vignes : 30 ans Rendement moyen : 50 hl / hectare Vendanges : Manuelles</p>			<p><i>Les Contacts</i></p> <p>Propriétaire : G.F.A. Lafon-Rochet Direction : Michel Tesseron Oenologue conseil : Jacques Boissenot Visites : Sur rendez-vous Tous les jours sauf week-end</p>	
<p><i>La Vinification</i></p> <p>Type de cuves : Acier inoxydable Elevage : En barriques 50 % de barriques neuves par an Grand Vin : Château Lafon-Rochet (12 000 caisses) Second Vin : Les Pèlerins de Lafon-Rochet (8 000 caisses)</p>			<p><i>Château Lafon-Rochet</i> 33180 SAINT-ESTÈPHE</p> <p>Tél. (33) 05 56 59 32 06 - Fax. (33) 05 56 59 72 43 www.lafon-rochet.com - E-mail : lafon@lafon-rochet.com</p>	

E T A B L I S S E M E N T S
D U C L O T
3 à 21, Rue de Macau
33082 BORDEAUX CEDEX

Château La Pointe
1996

Pomerol
APPELLATION POMEROL CONTRÔLÉE
Mis en bouteille au Château

12,5% vol. 75 cl
S.C. CHATEAU LA POINTE FRANCE d'ARFEUILLE
PROPRIÉTAIRE À POMEROL (GIRONDE) PRODUCE OF FRANCE ADMINISTRATEUR L. 981

CHÂTEAU GAZIN
POMEROL
APPELLATION POMEROL CONTRÔLÉE

35 % disent avoir reçu des consignes pour y faire face. C'est le cas de 53 % des aides soignantes, 40 % des infirmières, contre environ 25 % des autres professions.

Si le personnel des établissements privés à but lucratif se sent globalement moins exposé aux situations pénibles, il indique également y être moins préparé : 27 % de ceux qui affirment qu'ils sont confrontés "toujours", "souvent" ou "parfois" aux situations pénibles, ont reçu des consignes pour y faire face, contre environ 36 % de ceux appartenant aux secteurs public

et privé non lucratif. Ceci se vérifie pour la plupart des professions.

Des tensions avec le public souvent ressenties mais qui ne s'accroissent pas

Des questions sur les tensions qui peuvent exister avec le public ont en outre été posées, comme dans l'enquête *Conditions de travail* de 1998, aux professionnels du secteur hospitalier afin d'appréhender certains élé-

ments de "charge mentale" liée au travail (encadré 4). Pour les professionnels de l'hôpital en contact avec le public, la fréquence des situations de tension semble relativement stable, 55 % d'entre eux déclarant ainsi vivre de telles tensions. En 1998, avec un questionnement un peu différent, cette proportion s'élevait à 61 %. Par ailleurs, en 2003, 85% des actifs estiment que leurs rapports avec le public ●●●

E•3

Le modèle de Karasek

Le modèle de Karasek est un des modèles de référence d'explication du stress et des problèmes de santé liés au travail. Selon ce modèle, les risques de développer un problème de santé au travail dépendent de trois facteurs :

- La charge mentale et le niveau d'exigences auxquels les individus sont soumis, mais ces seuls éléments ne suffisent pas à expliquer les effets du travail. Il faut ajouter ce qui suit :
- La capacité d'autonomie dont les actifs disposent, la possibilité de choisir les modes opératoires et de peser sur les décisions. Ainsi de fortes exigences conjuguées à une autonomie trop limitée accroissent les risques de développement de maladies mentales ou cardio-vasculaires¹.
- Enfin le "soutien social"² dont ils bénéficient, c'est-à-dire le soutien technique et la compréhension de la hiérarchie ainsi que l'aide et la solidarité entre collègues, est un facteur permettant d'atténuer d'éventuels effets néfastes dus au travail.

Ce modèle a des limites. Il est par exemple contesté dans la mesure où le rôle de l'autonomie peut être positif ou négatif selon les positions hiérarchiques. De plus, d'autres modèles plus élaborés ont depuis vu le jour (notamment le modèle de Siegrist).

Néanmoins, cette grille de lecture se révèle intéressante pour rendre compte des résultats de l'enquête ainsi réalisée auprès des actifs hospitaliers.

1. D'après Michel Gollac et Serge Volkoff, *Les conditions de travail*, page 80, Ed. La Découverte, Coll. Repères, pp. 122, 2000.
2. Cette troisième dimension du modèle n'a été ajoutée que plus tard, en collaboration avec Theorell.

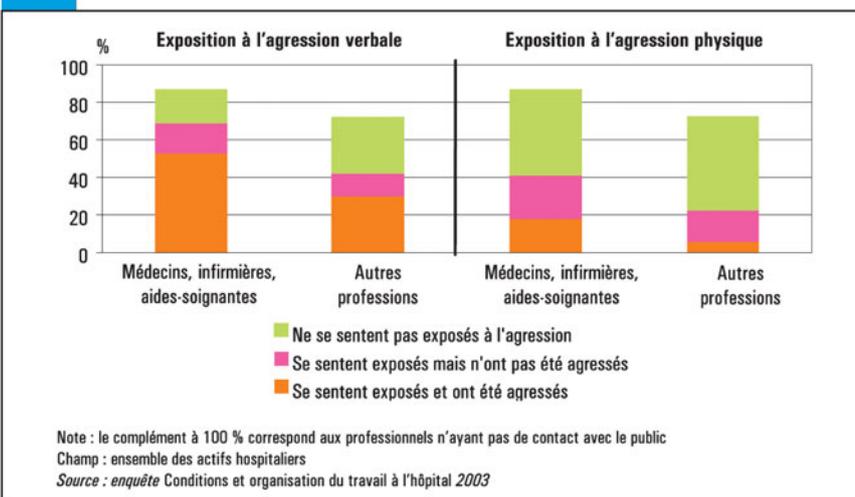
T•01 moments très positifs et situations très pénibles

	Parmi ceux qui sont en contact avec les patients, proportion de salariés déclarant vivre toujours ou souvent avec les patients...			
	des moments très positifs	des situations très pénibles	les deux à la fois	aucun des deux
Médecins libéraux	71	31	20	28
Médecins et autres professionnels médicaux salariés	61	31	24	22
Infirmières	56	39	23	29
<i>du public</i>	55	41	24	28
<i>du privé non lucratif</i>	56	39	26	30
<i>du privé lucratif</i>	60	25	18	33
Autres professions intermédiaires	50	20	11	42
Aides soignantes	60	36	24	29
<i>du public</i>	60	38	26	28
<i>du privé non lucratif</i>	56	36	19	27
<i>du privé lucratif</i>	58	24	17	35
Agents de service	42	21	13	50
Autres employés	36	16	8	56
Ensemble	53	31	19	35

en %

Champ : actifs hospitaliers en contact avec les patients (80 % des actifs interrogés)
Source : enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003

G•02 agressions de la part du public déclarées par les professionnels



A l'attention des Infirmières

**Vous avez suivi 3 ans de formation en IFSI.
Vous êtes infirmière, infirmière spécialisée ou cadre.**

Vos conditions de travail sont difficiles et empiètent régulièrement sur votre vie privée.

**Votre salaire reste bas, eu égard le niveau de responsabilité qui vous incombe
les jours, les nuits, les week-end, les fériés, en permanence et en astreinte.**

Les 35 heures sans création suffisante de postes n'apportent aucune amélioration notable.

Si vous êtes attachées aux valeurs professionnelles et à la qualité des soins.

**Si vous ne voulez plus gérer les dysfonctionnements, rejoignez les infirmières et infirmiers
qui ont créé la Coordination Nationale Infirmière, syndicat professionnel, indépendant, apolitique,
issue du mouvement de 1988.**

Ne laissez personne parler à votre place.

**Pour défendre vos compétences, vos spécialités, vos conditions de travail,
votre salaire, rejoignez-nous en créant votre coordination locale.**

C'est possible, d'autres l'ont fait avant vous !

www.coordination-nationale-infirmiere.org



Informons-nous, défendons-nous, existons

POUR UNIR TOUTE LA PROFESSION J'ADHÈRE A LA COORDINATION

NOM.....Prénom :.....

Adresse :.....

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

Lieu et secteur d'activité :.....

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

IDE : 64 €

ETUDIANTS : 15 €

COTISATION SYNDICALE DÉDUCTIBLE DES IMPÔTS
(50% du montant de la cotisation)

A RENVoyer A :

COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE

• SYNDICAT COORDINATION NATIONALE INFIRMIÈRE
TRESORIER NATIONAL : Bruno LAULIN - BP 46 - 33603 PESSAC CEDEX

n'ont pas changé depuis trois ans. Ainsi la situation perçue ne semble pas avoir beaucoup évolué ces dernières années.

Les professions les plus en contact avec les malades sont logiquement celles qui font le plus fréquemment état de telles tensions : c'est ainsi le cas de 60 % des médecins libéraux, 53 % des infirmières, 49 % des médecins salariés et 43 % des aides soignantes.

Même si les tensions dans les rapports avec le public ne semblent pas plus présentes qu'auparavant, nombre de professionnels disent se sentir exposés à des agressions verbales : ce risque est ressenti en moyenne par 57 % du personnel (graphique 2), cette proportion étant à nouveau plus élevée chez les médecins libéraux (79 %), les infirmières (73 %), les médecins salariés (69 %) et les aides soignantes (62 %). Parmi ceux qui se sentent ainsi exposés, les trois quarts indiquent qu'ils ont été effectivement sujets à ce type d'agression, soit 43 % de l'ensemble des actifs hospitaliers. C'est le cas de 63 % des médecins libéraux exerçant en clinique, de 60 % des médecins salariés et des infirmières, d'environ 40 % des aides soignantes, des autres professions intermédiaires et des autres employés, et de 24 % des agents de service hospitaliers.

En outre, quatre actifs hospitaliers sur dix disent se sentir exposés à un risque d'agression physique, l'ordre des taux de déclaration étant à peu près le même selon les professions que pour les agressions verbales. Toutefois, si l'on examine les agressions effectivement déclarées¹, les infirmières se démarquent cette fois nettement puisqu'elles sont 21% à dire avoir été concernées, contre environ 15 % des médecins et des aides soignantes, et 5 % des autres professions.

Il faut noter que les infirmières et aides soignantes du secteur privé lucratif s'estiment moins exposées à ces agressions physiques et s'en déclarent moins souvent victimes, dans des proportions inférieures de 6 ou 7 points à celles déclarées par leurs collègues du public ou du privé non lucratif.

Les efforts d'attention demandés semblent être devenus plus exigeants qu'en 1998

Les efforts d'attention demandés semblent être devenus plus exigeants qu'en 1998. Les indicateurs portant sur les efforts d'attention font partie de ceux qui ont connu l'augmentation la plus vive entre 1998 et 2003 : ainsi la part des actifs hospitaliers déclarant que l'exécution de leur travail leur impose de ne pas le quitter des yeux est passé de 30 à 60 %, celle de ceux déclarant devoir lire des caractères de petite taille, mal imprimés ou mal écrits est passé de 31 à 51 %, et celle des enquêtés disant devoir faire attention à des signaux visuels brefs, imprévisibles ou difficiles à détecter est passé de 21 à 39 % (graphique 3). Il est possible que des changements d'enchaînement des questions entre les deux enquêtes interviennent dans ces évolutions. Mais on peut aussi voir une traduction de l'utilisation croissante de l'informatique, de la multiplication et de la miniaturisation des appareils à l'hôpital et, plus généralement, la perception par les professionnels d'une technicité croissante des tâches qu'ils ont à effectuer.

Sur les cinq efforts d'attention énumérés dans l'enquête, les médecins libéraux sont ceux qui en déclarent le plus. Cela tient sans doute pour partie à la forte représentation des anesthésistes et des chirurgiens dans ce groupe. Ils sont par exemple 83 % à dire que leur travail leur impose de ne pas le quitter

des yeux, proportion s'élevant à 60 % pour l'ensemble des soignants. La lecture de signes de petite taille concerne plus les infirmières (64 % contre 51 % pour l'ensemble des professionnels de santé), qui déclarent également beaucoup l'ensemble de ces efforts d'attention. Les médecins salariés et les aides soignantes se situent à un niveau un peu inférieur mais toujours au-dessus des agents de service, des professions intermédiaires et des employés non soignants.

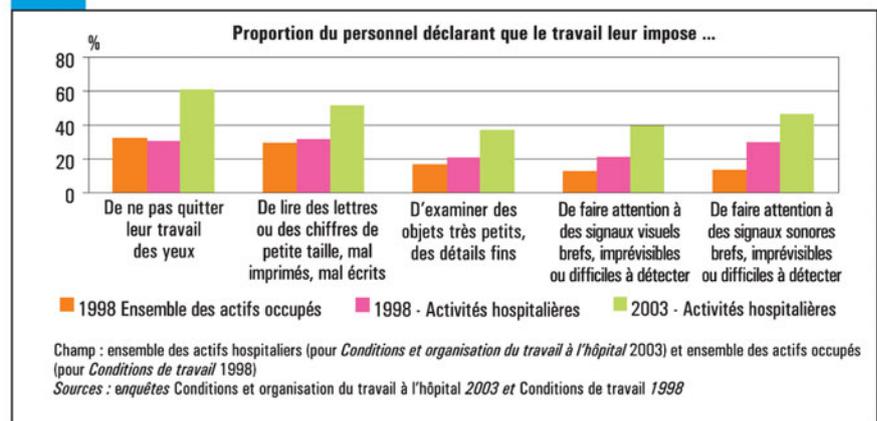
Les différences ne sont par contre pas très prononcées selon le type d'établissement, les infirmières du privé non lucratif déclarant toutefois un peu moins souvent devoir faire attention à des signes visuels brefs (43 % contre 53 % pour celles du public et du privé lucratif) ou sonores brefs (54 % contre 62 %).

Les efforts physiques sont également plus souvent signalés, surtout chez les aides soignantes et les agents de service hospitaliers

Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé dépendent également de l'intensité des efforts physiques et de l'environnement dans lequel ils exercent leur activité.

En 1998, les professionnels de l'hôpital indiquaient déjà plus souvent que ceux des autres secteurs d'activité être sujets à des conditions de travail exigeantes sur le plan des efforts ●●●

G 03 efforts d'attention



1. En incluant les personnels qui n'ont pas de contact avec le public.

physiques, et ce surtout sur trois aspects : effectuer des déplacements à pied longs ou fréquents, porter ou déplacer des charges lourdes, effectuer des mouvements douloureux et fatigants (graphique 4).

En 2003, la proportion du personnel soumis à la station debout prolongée et au port de charges lourdes est restée stable par rapport à 1998. Par contre, les parts des personnes disant marcher beaucoup et souvent, et effectuer des mouvements douloureux ou

fatigants ont augmenté respectivement de 7 et 10 points.

Les déclarations selon la profession concernant le port de charges lourdes sont assez représentatives de l'ensemble des contraintes physiques (tableau 2) : par ordre décroissant, les plus concernées sont les aides soignantes, les agents de service hospitaliers, puis les infirmières. Les aides soignantes sont toujours plus de 80 %, voire parfois plus de 90 %, à se dire exposées aux différentes situations citées.

En matière d'efforts physiques ainsi exigés dans le travail, le personnel des cliniques privées considéré globalement se déclare davantage concerné que celui des autres établissements, et ce pour deux raisons. D'une part, c'est dans ce secteur que les aides soignantes et les agents de service hospitaliers sont proportionnellement les plus nombreux. D'autre part, les infirmières des cliniques les mentionnent plus fréquemment que leurs collègues du public, se rapprochant ainsi des aides soignantes et des agents de service hospitaliers.

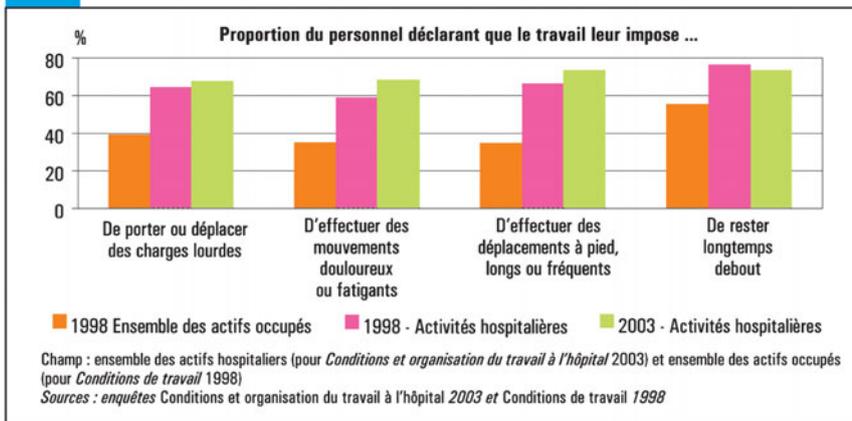
Quant aux cinq risques physiques énumérés dans l'enquête – respirer des toxiques, risquer des irradiations, risquer des accidents de la circulation, être en contact avec des produits toxiques ou allergisants, risquer des blessures avec du matériel –, le personnel des établissements de santé se sent globalement plus exposé à ces deux derniers risques.

La hiérarchie des taux de déclaration par profession est souvent la même que pour la déclaration des efforts d'attention : ce sont les médecins libéraux des cliniques qui en citent le plus souvent, suivis par les infirmières, les médecins salariés et les aides soignantes. Ainsi 92 % des médecins libéraux, 87 % des infirmières, 80 % des médecins salariés et 75 % des aides soignantes de sentent exposés au risque de blessure avec du matériel.

Plus d'inconvénients liés à l'environnement de travail dans les hôpitaux publics

Le thème de l'environnement de travail (sécurité ou insalubrité sur le lieu de travail, bruits gênants, locaux mal adaptés, niveau de température, travail à la lumière artificielle et risques infectieux), est celui pour lequel les différences entre les types d'établissement sont les plus marquées. Les professionnels exerçant dans les hôpitaux publics déclarent en général, toutes professions confondues, un environnement de travail moins favorable (graphique 5). Cependant, les salariés du secteur public déclarent globalement davantage disposer de crèches que dans le privé 36 %

G 04 efforts physiques

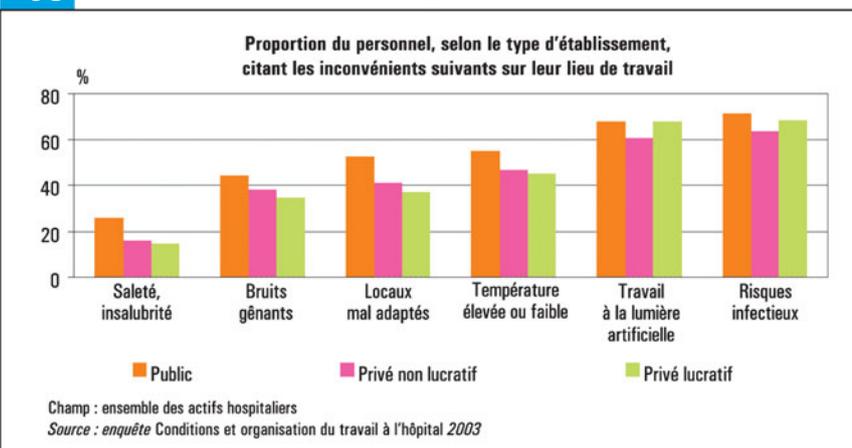


T 02 le déplacement de charges lourdes selon le statut d'établissement

	L'exécution de votre travail, vous impose-t-elle de porter ou déplacer des charges lourdes ?		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Aides soignantes	93	85	88
Agents de service	81	75	81
Infirmières	75	75	86
Ensemble du personnel hospitalier	67	65	73

Champ : ensemble des actifs hospitaliers
Source : enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003

G 05 inconvénients du lieu de travail par statut d'établissement



contre 16 % pour le privé non lucratif et 9 % pour le privé lucratif). Les infirmières et les aides-soignantes du secteur public sont en particulier plus critiques sur leur environnement de travail que leurs collègues des secteurs privés.

Tous établissements confondus, les appréciations du personnel diffèrent selon la profession, même si ces écarts sont moins importants qu'auparavant. Ainsi, entre 25 et 30 % des infirmières, des aides soignantes et des agents de service hospitaliers déclarent que leur lieu de travail a l'inconvénient d'être sale ou insalubre, contre 18 % des professions intermédiaires et des employés non soignants, 15 % des médecins salariés et à peine 6 % des médecins libéraux. En outre, les infirmières sont 56 % à considérer que leurs locaux sont mal adaptés contre 50 % des médecins salariés, aides soignantes et autres professions intermédiaires, 42 % des agents de service hospitaliers et des autres employés et 28 % des médecins libéraux.

Des contraintes de rythme de travail plus fortement perçues

Les rythmes et les délais à respecter sont également un aspect essentiel des "charges mentales" liées au travail. Or les contraintes de cet ordre sont perçues de façon croissante par les professionnels du monde hospitalier interrogés en 1998 et 2003.

En cinq ans, la part des professionnels des établissements de santé déclarant avoir un rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus est ainsi passée de 24 % à 48 % (tableau 3). La part de ceux qui estiment ne pas avoir un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail, déjà un peu plus élevée dans le secteur hospitalier en 1998 (32 % contre 23 % pour l'ensemble des actifs occupés) a en outre augmenté pour atteindre 41 %. En revanche, la part du personnel des établissements de santé qui déclare être "toujours obligé de se dépêcher" ne s'est que légèrement accrue.

En 2003, tous types d'établissements confondus, les médecins salariés sont moins nombreux (35 %) que les agents de service hospitaliers (54 %), les aides soignantes (51 %) et les infirmières (49 %) à déclarer que leur rythme de travail est imposé par des délais à respecter en une heure au plus.

En ce qui concerne la sollicitation en urgence, ce sont les infirmières et les médecins libéraux (le plus souvent, des anesthésistes ou des chirurgiens) qui se disent les plus concernés puisque près d'un sur deux dit devoir répondre "toujours" ou "souvent" à une demande dans un délai de moins de cinq minutes (graphique 6). Les professions intermédiaires du secteur privé lucratif (+8 points envi-

ron par rapport au public et au privé non lucratif) et les agents de service hospitaliers du public (+10 points) déclarent un peu plus souvent que leurs homologues des autres secteurs, être soumis à cette contrainte.

De la même façon, les professionnels de santé qui affirment, le plus souvent, être "toujours" obligés de se dépêcher, sont les médecins libéraux (41 %), puis, sans que le statut de l'établissement n'induise de différence, les infirmières (28 %) et les aides soignantes (27 %). Les salariés des autres professions sont environ un sur cinq à déclarer avoir ce sentiment.

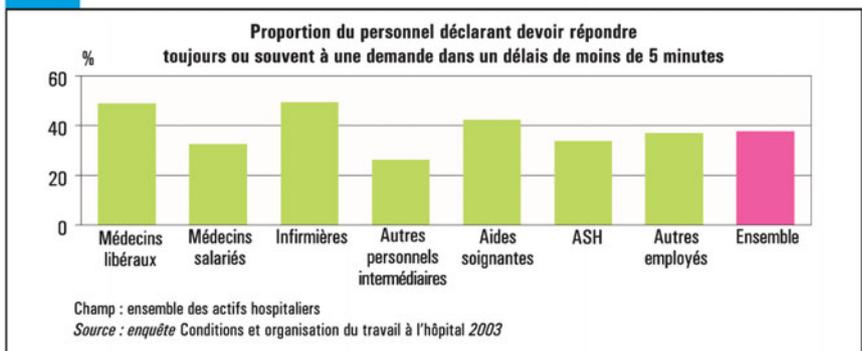
Enfin, les infirmières et aides soignantes des établissements de santé publics estiment plus que leurs

T 03 évolution des réponses portant sur les rythmes et les délais entre 1998 et 2003

Proportion d'actifs hospitaliers déclarant que...	en %		
	1998 - Ensemble des actifs occupés	1998 - Activités hospitalières	2003 - Activités hospitalières
leur rythme de travail est imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une heure au plus	22	24	48
leur rythme de travail est imposé par des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus	19	13	17
ils sont "toujours" obligés de se dépêcher	20	19	23
ils n'ont pas un temps suffisant pour effectuer correctement leur travail	23	32	41

Champ : ensemble des actifs hospitaliers (pour Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003) et ensemble des actifs occupés (pour Conditions de travail 1998)
Source : enquêtes Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003 et Conditions de travail 1998

G 06 réponse à la demande en moins de 5 minutes



T 04 un temps suffisant pour un travail correct ?

Proportion du personnel estimant ne pas avoir un temps suffisant pour faire correctement son travail	en %		
	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Infirmières	48	39	41
Aides soignantes	48	37	32
Ensemble des professionnels hospitaliers	42	37	36

Champ : ensemble des actifs hospitaliers
Source : enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003

2. La très faible représentation des médecins libéraux sur ces questions est certainement partiellement due au fait qu'ils travaillent dans le secteur privé lucratif.

collègues du privé, manquer de temps pour "faire correctement leur travail" (tableau 4). Par contre, dans les cliniques privées, les médecins libéraux, qui, on l'a vu, déclarent plus souvent devoir "toujours" se dépêcher, sont aussi les moins nombreux à déclarer un temps insuffisant (29 %), ce qui montre de leur part un vécu différent de ces contraintes temporelles.

Un sentiment de responsabilité toujours très présent, particulièrement chez les médecins libéraux des cliniques et les infirmières

Le sentiment de responsabilité ressenti dans l'exercice du travail peut en premier lieu être appréhendé par la proportion des personnes déclarant s'attendre à des conséquences néfastes en cas d'erreurs professionnelles.

Le personnel hospitalier dit essentiellement redouter en cas d'erreur professionnelle des conséquences graves sur la qualité du service (79 %) mais aussi des sanctions à son égard

(81 %). Viennent ensuite les conséquences sur la sécurité des personnes (67 %), celles relatives aux coûts financiers (54 %), étant moins citées. Les réponses recueillies en 2003 sont relativement stables par rapport à 1998. À cette date, les professionnels du monde hospitalier se différencient toutefois sensiblement des autres actifs. Ils apparaissent notamment beaucoup plus souvent convaincus qu'une erreur dans leur travail pouvait avoir des conséquences graves sur la qualité du service, la sécurité des personnes, ou entraîner des sanctions à leur égard (graphique 7). En revanche, ils n'étaient que 45 % à penser qu'une erreur pouvait entraîner des coûts financiers importants pour leur établissement, contre 52 % pour l'ensemble des actifs occupés.

Au sein des professionnels hospitaliers, les personnels médicaux et soignants se distinguent par une plus grande inquiétude sur les conséquences d'erreurs éventuelles sur la qualité du service : les médecins et les infirmières sont 93 % à les évoquer contre 81 % des aides soignantes et 62 % des agents de service hospitaliers et des autres employés.

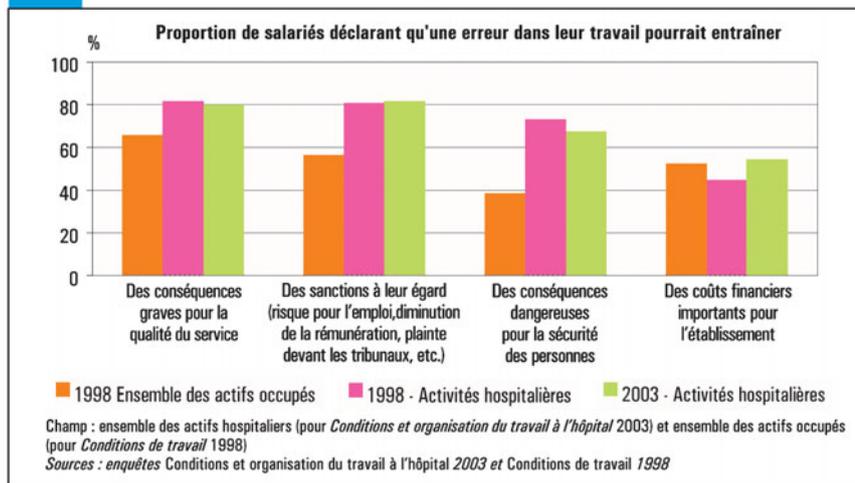
Le personnel soignant se sent également plus concerné par les conséquences potentiellement graves de telles erreurs sur la sécurité des personnes, les médecins libéraux et les infirmières montrant en la matière un peu plus de préoccupations (86 %) que les médecins salariés et les aides soignantes (78 %). Au sein du reste du personnel, un peu plus d'un sur deux cite une telle éventualité.

Pour ce qui est de la crainte de "sanctions", l'ordre des professions est similaire même si les écarts sont moins importants. Les médecins libéraux et infirmières sont 93 % à l'envisager, les médecins salariés et les aides soignantes 86 %, les autres professions intermédiaires 76 % et les agents de service hospitaliers et les autres employés environ 66 %.

Enfin, les répercussions financières d'éventuelles erreurs préoccupent plus les médecins libéraux exerçant en clinique (80 %) que les médecins salariés et les infirmières (67 %). Sur ce point, les professionnels du secteur privé non lucratif envisagent aussi moins ce type de conséquence, que les professions intermédiaires du privé lucratif (tableau 5).

G
07

conséquences en cas d'erreur au travail



Exercer une autorité hiérarchique est moins souvent déclaré en 2003, mais celle-ci est plus souvent ressentie par les salariés

En 1998, dans le secteur hospitalier comme pour l'ensemble des actifs occupés, un quart des enquêtés déclarait avoir des salariés sous leur autorité. Cette proportion n'est plus à l'hôpital que de 17 % en 2003.

70 % des médecins libéraux disent avoir des salariés sous leur autorité, alors que ce n'est le cas que de 50 % des médecins salariés, 30 % des infirmières et 17 % des autres professions intermédiaires. Par ailleurs, quand elle existe, leur autorité s'exerce selon eux, essentiellement sur des aspects organisationnels ou techniques comme la répartition du travail (76 %), l'évaluation de l'activité (49 %) et l'organisation des horaires (35 %). Ils sont peu nombreux à estimer avoir une influence

T
05

proportion du personnel déclarant qu'une erreur dans leur travail pourrait avoir des conséquences financières

	Public	Privé non lucratif	Privé lucratif
Infirmières	68	65	74
Autres professions intermédiaires	45	45	65
Aides soignantes	53	47	56
Ensemble	55	49	57

Champ : ensemble des actifs hospitaliers
Source : enquête Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003

sur les salaires, les primes ou les promotions des salariés (15 %). On peut néanmoins noter que 52 % des médecins libéraux exerçant dans les cliniques privées pensent que les salaires, les primes ou la promotion des salariés avec qui ils travaillent, dépendent étroitement d'eux. Ils jugent également avoir des responsabilités dans l'organisation et la coordination du travail, plus souvent que leurs confrères du public.

De 1998 à 2003, la perception par les personnes travaillant à l'hôpital de l'existence de contrôles de la hiérarchie sur les rythmes de travail a de son côté augmenté de 11 points (tableau 6). Ceci peut traduire le fait que, pour une partie du personnel soignant, la réduction du temps de travail ait été vécue comme une intensification des contrôles des rythmes de travail³. Par contre, la proportion du personnel déclarant des tensions avec leurs supérieurs hiérarchiques est restée stable depuis 1998, même si de telles tensions étaient à l'époque plus souvent déclarées dans les établissements de santé que dans les autres secteurs d'activité.

Dans les établissements de santé, les personnels déclarent de la même façon un peu plus souvent que dans les autres activités économiques recevoir des ordres ou consignes contradictoires : en 1998, 40 % des professionnels hospitaliers étaient dans ce cas, contre 32 % des actifs occupés, 30 % des actifs du commerce et 26 % de ceux de l'éducation et de l'action sociale.

Cette proportion a en outre augmenté entre 1998 et 2003, atteignant 49%. En 2003, les professions qui se disent les plus concernées sont les infirmières (59%) et les aides soignantes (52%). De plus, le secteur public se distingue par une proportion plus forte de salariés qui disent vivre cette situation : au total 51 % contre 44% dans le privé.

Enfin, 32 % des salariés déclarent aussi vivre des situations de tension avec leurs collègues, les médecins libéraux étant plus nombreux (52 %) à signaler ce type de conflits.

Cette proportion n'a que peu évolué en 5 ans, mais là encore en 1998, les actifs des établissements de santé étaient sensiblement plus nombreux que ceux des autres secteurs d'acti-

tivité à faire état de ces difficultés relationnelles : 35 % contre 20 %. En outre, les tensions entre collègues étaient en 1998 "sans objet" pour 16 % des actifs occupés, alors que ce n'était le cas que pour 2 % des professionnels hospitaliers. Le travail dans le milieu de la santé est en cela plus collectif que dans l'ensemble des autres secteurs, ce qui explique sans doute une propension aux tensions entre collègues plus forte que la moyenne.

La nécessité d'appliquer des consignes...

Le travail en milieu hospitalier semble ainsi être caractérisé par une charge mentale importante même si seuls certains de ses éléments semblent s'être accrus depuis 1998. Cependant, il importe, à la lumière des travaux de Karasek (encadré 4), de mettre en regard ces charges avec l'autonomie et les marges de manoeuvre dont disposent les individus dans leur travail,

mais aussi avec la possibilité d'être créatif et d'utiliser ou de développer leurs habiletés personnelles. C'est ce que cherchent à cerner plusieurs questions de l'enquête concernant les consignes à appliquer, ainsi que la possibilité de faire varier l'ordre des tâches ou les délais fixés.

En 1998, 46 % des actifs des établissements hospitaliers déclaraient respecter et appliquer strictement les consignes pour faire correctement leur travail, soit une proportion sensiblement plus importante que celle constatée dans le secteur de l'éducation et de l'action sociale (28 %) ou encore parmi l'ensemble des actifs occupés (18 %) [graphique 8]. De plus, en 5 ans, cette proportion a aug-part des personnels qui disent pouvoir faire autrement est restée stable, ce qui s'explique par la diminution des personnes ne se sentant pas concernées.

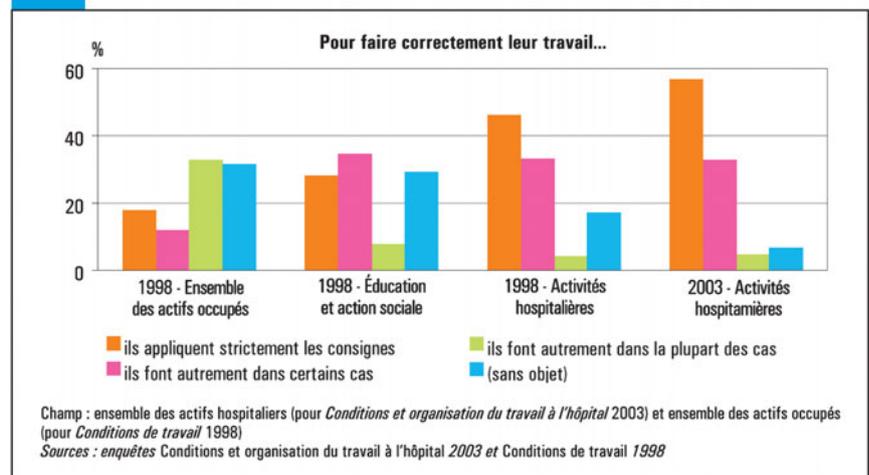
Assez naturellement, ce sont les soignants qui disent le plus souvent se conformer strictement à des

T 06 l'influence de la hiérarchie selon les salariés

Proportion de salariés qui déclare que...	en %		
	1998 - Ensemble des actifs occupés	1998 - Activités hospitalières	2003 - Activités hospitalières
leur rythme de travail est imposé par des contrôles hiérarchiques permanents	26	36	47
pour les travaux compliqués, ils sont aidés par la hiérarchie	65	66	70
ils vivent souvent des situations de tension avec leurs supérieurs	31	39	40

Champ : ensemble des actifs hospitaliers (pour Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003) et ensemble des actifs occupés (pour Conditions de travail 1998)
Sources : enquêtes Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003 et Conditions de travail 1998

G 08 application des consignes



3. D'après Dominique Tonneau, "Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation", *Études et Résultats*, n° 302, avril 2004, Drees.

consignes et protocoles : les médecins libéraux (65 %), les aides soignantes (62 %) et les infirmières (60 %). Cependant l'écart avec les autres professions reste assez circonscrit. Les médecins salariés sont plus nombreux à affirmer qu'ils s'écartent parfois des consignes, en particulier ceux des services des urgences, de la réanimation, de l'hospitalisation en médecine et de long séjour. De plus, ceux qui exercent en psychiatrie et dans les services administratifs considèrent davantage que la question est pour eux "sans objet".

Enfin, 55 % des actifs interrogés déclarent avoir à faire des rapports d'activité par écrit. C'est le cas de plus des trois quarts des infirmières, contre environ 58 % des médecins⁴ et moins d'un quart des agents de service hospitaliers et autres employés. Pour les infirmières et les médecins libéraux exerçant en clinique, le rythme de ces comptes rendus est assez soutenu : ils sont au total 46 % à déclarer qu'ils doivent en rendre tout au long de la journée, contre 25 % des médecins salariés, 20 % des aides soignantes et 9 % des agents de service hospitaliers et autres employés.

... avec des marges de manœuvre variables selon les professions

Une autre façon d'explorer le degré

d'autonomie consiste à interroger les personnes sur leur possibilité ou non de faire varier l'ordre des tâches à accomplir. En la matière, le contraste est grand entre les professions. D'un côté, les médecins, les autres professions intermédiaires et les autres employés le peuvent assez largement : 25 à 31 % d'entre eux disent en avoir la possibilité et ce quelle que soit la nature des tâches. En effet, la fonction médicale comporte naturellement une forte part d'autonomie, et les catégories "autres professions intermédiaires" et "autres employés" incluent pour une part du personnel administratif se disant également assez autonome.

À l'opposé, seuls 17 % des infirmières, 11 % des aides soignantes et 11 % des agents de service hospitaliers déclarent pouvoir modifier "tout le temps" l'ordre de leurs tâches. De plus, 18 % des agents de service hospitaliers déclarent ne jamais avoir cette possibilité.

Les marges de manœuvre existant pour gérer les délais varient également selon les professions. 70 % des médecins et des autres professions intermédiaires, déclarent avoir la capacité de faire varier leurs délais. Les infirmières, les aides soignantes et les autres employés ont un peu moins de latitude décisionnelle en la matière, en particulier les agents de service hospitaliers, dont 47 % affirment ne pas pouvoir faire varier les délais, contre 40 % des infirmières et aides soignantes.

Des relations de coopération étroites dans le travail, mais avec l'impression croissante d'un manque de collègues

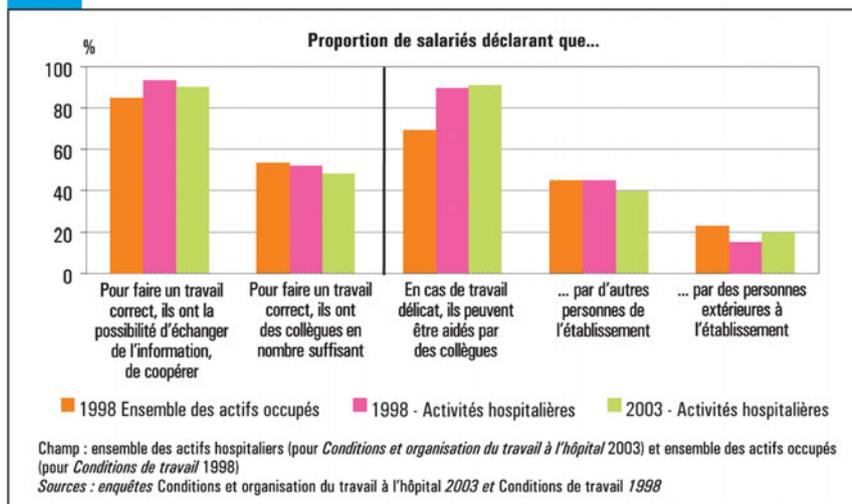
La possibilité d'obtenir du soutien au sein du collectif de travail, voire à l'extérieur, constitue un autre élément susceptible de contrebalancer une charge mentale élevée. L'aide apportée par la hiérarchie, le personnel médical et les collègues ainsi que la fréquence des situations difficiles où l'on est obligé de se débrouiller seul, reflètent l'existence ou non de ce soutien.

Tout d'abord, les deux tiers des personnes interrogées disent être aidées par leur hiérarchie pour la résolution de tâches compliquées, proportion égale à celle déclarée dans les autres secteurs d'activité en 1998 et en légère augmentation depuis.

Par ailleurs, la proportion de salariés hospitaliers déclarant avoir la possibilité d'échanger de l'information ou de coopérer reste à un niveau élevé : elle passe de 93 % en 1998 à 90 % en 2003, contre 84 % pour l'ensemble des actifs occupés (graphique 9). En particulier, l'aide de collègues est presque toujours possible en cas de travail délicat, ce qui était dès 1998 une caractéristique des professionnels de l'hôpital par rapport aux autres salariés. En 2003, cette proportion est stable et se situe à 91 %. Elle diffère peu selon la profession, les infirmières et les aides soignantes déclarant encore un peu plus fréquemment pouvoir bénéficier d'une aide de leurs collègues (95 %).

En revanche, les professionnels des établissements de santé estiment plus souvent qu'auparavant, ne pas disposer de collègues en nombre suffisant pour faire correctement leur travail. C'est le cas de la moitié d'entre eux en 2003 contre 37 % en 1998, où cette proportion était déjà relativement élevée par rapport aux secteurs du commerce, de l'éducation et de l'action sociale (21 %). Là encore, ce sont les infirmières (tous statuts confondus) et les aides soignantes du public

G 09 le travail en équipe



4. Le terme "rapport d'activité" est peut-être trop général. Une référence à un compte-rendu dans le dossier médical aurait sans doute donné d'autres résultats.

qui déclarent se sentir insuffisamment entourées (respectivement 57 % et 61 %).

Pour autant, la proportion du personnel déclarant être obligé de se débrouiller seul dans des situations difficiles a peu varié entre 1998 et 2003. Ainsi, 16 % (au lieu de 21 %) signalent que ceci leur arrive "souvent" et 65 % (au lieu de 59 %) disent que c'est le cas "de temps en temps".

Les différences entre professions sont peu marquées en la matière. Les médecins libéraux sont proportionnellement les plus nombreux à devoir "souvent" gérer seuls des situations délicates. Les infirmières, quant à elles, sont un peu plus fréquemment que les autres soignants (+5 % environ), placées "de temps en temps" dans de telles conditions.

L'organisation du travail, un sujet de discussion collective

De manière assez cohérente avec ce contexte, l'organisation du travail est un sujet fréquemment débattu en commun dans les établissements de santé : plus de 80 % des professionnels hospitaliers disent ainsi discuter de ces questions, contre 76 % de ceux de l'éducation et l'action sociale et 61% de l'ensemble des actifs occupés interrogés en 1998 (tableau 7).

Cette proportion est voisine dans tous les types d'établissements et concerne assez largement toutes les professions : entre 85 et 90 % des médecins, professions intermédiaires et aides soignantes et environ 70 % des agents de service hospitaliers et autres employés disent participer à ce type de discussion.

Enfin, ces discussions sont aussi l'occasion d'échanges sur les difficultés rencontrées avec les patients. Ces sujets sont cependant un peu moins souvent traités que les précédents puisque les professionnels des hôpitaux sont 7 sur 10 à déclarer les aborder. Les plus concernés par les discussions sur ce thème sont naturellement ceux qui sont les plus en contact avec le public : les infirmières (84 %), les médecins salariés (78 %), les médecins libéraux (76 %) et les aides soignantes (73 %).

De plus, 38 % du personnel hos-

T • 07 discussions collectives sur l'organisation du travail

en %

Avez-vous l'occasion d'aborder collectivement des questions d'organisation de travail ?					
	1998 Ensemble des actifs occupés	1998 Commerce	1998 Education et action sociale	1998 Activités hospitalières	2003 Activités hospitalières
OUI	61	54	76	84	82
NON	27	29	23	16	18
Sans objet	12	17	1	0	0

Champ : ensemble des actifs hospitaliers (pour Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003) et ensemble des actifs occupés (pour Conditions de travail 1998)
Sources : enquêtes Conditions et organisation du travail à l'hôpital 2003 et Conditions de travail 1998

pitalier ont ces discussions dans le cadre de réunions organisées. Dans le secteur privé lucratif, moins de réunions semblent être organisées sur ce sujet, ceci se vérifiant à la fois dans les déclarations des infirmières, des aides soignantes et des agents de service hospitaliers.

Une place charnière des infirmières dans le monde hospitalier

L'analyse des résultats de l'enquête fournit donc un panorama des perceptions des conditions de travail très différent d'une profession à l'autre. Globalement, les soignants citent des conditions de travail plus difficiles que les nonsoignants. Parmi les soignants, la profession qui se sent la plus exposée, tant sur le plan de la charge mentale que sur celui des contraintes physiques, reste celle des infirmières, ce qui semble étayer la place charnière qu'elles occupent au sein du monde hospitalier. Elles se situent en effet entre les aides soignantes citant plus souvent de fortes contraintes physiques

et les médecins déclarant une charge mentale plus élevée que la moyenne.

A contrario, les différences au sein de chaque profession entre les établissements, publics, privés lucratifs et privés non lucratifs, semblent relativement limitées, mis à part sur quelques questions. C'est notamment le cas de celle portant sur l'appréciation de l'environnement physique de l'établissement, sur laquelle le personnel du secteur public se montre un peu plus critique. En revanche, l'organisation du travail et les problèmes rencontrés avec les malades semblent plus fréquemment discutés collectivement à l'hôpital public que dans le secteur privé lucratif. Enfin, les médecins libéraux se distinguent quant à eux des médecins salariés, sur des points comme des questions liées à la responsabilité et à l'autorité hiérarchique, dont ils se sentent davantage investis.

Romuald LE LAN ■

Avec la collaboration de
Dominique BAUBEAU
études et Résultats

N° 335 • août 2004 - DREES

Bibliographie

- CÉZARD M., HAMON-CHOLET S., 2000, "Efforts physiques et charge mentale au travail. Résultats des enquêtes conditions de travail 1984, 1991 et 1998", Les Dossiers de la Dares, hors série /99.
Dares, L'organisation du travail – Résultats des enquêtes Conditions de Travail de 1984, 1991, 1998 ;
Les Dossiers de la Dares, 2001, La Documentation française, Paris.
GUIGNON N., HAMON-CHOLET S., "Au contact avec le public, des conditions de travail particulières", Premières Informations et Premières Synthèses, n° 09.3, février 2003, Dares.
DAVEZIES P., "Souffrance au travail : le risque organisationnel", http://perso.wanadoo.fr/christian.crouzet/smpmp/html-SMT/souffrance_travail.html
ESTRYN-BEHAR M., DUGER N., VINCK L., "Les conditions de travail des femmes à l'hôpital, ont-elles changé entre 1984 et 1998 ?" Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2001 : 49 : 397-400.
GOLLAC M., VOLKOFF S., 2000, Les conditions de travail, collection Repères, La Découverte.
KARASEK R., THEORELL T., 1990, Healthy Work : Stress, Productivity, and the Reconstruction of the Working Life, Basic Books.

5. Ceci étant probablement lié à la diminution des réponses dans la rubrique "sans objets" en 2003.



INSTITUT EUROPEEN DE FORMATION EN SANTE

La performance en plus

L'Institut Européen de Formation en Santé réalise des formations à la prise en charge des urgences pour les médecins et les paramédicaux. Ces formations permettent d'obtenir des certificats d'unités de valeurs dans le cadre d'un diplôme européen d'enseignement supérieur.

Quelque soit son lieu d'exercice (service hospitalier, secteur libéral, Urgences et Smur, Structure de moyen et long séjour et secteur psychiatrique) la maîtrise des gestes d'urgences doit être une priorité pour l'ensemble des professionnels de santé tant médicaux que paramédicaux.

« Cet enseignement ne peut se réduire à des cours magistraux », affirme Sylvain WLODARCZYK, Directeur de l'Institut Européen de Formation en Santé. « C'est pour cela que nous avons fait le choix de développer des formations pratiques en favorisant les exercices et les mises en situations professionnelles sur mannequins. Nous disposons d'une logistique qui nous permet de nous déplacer sur les établissements sanitaire et ainsi de limiter les coûts annexes de formation liés aux déplacements des formés ».

Depuis sa création, l'Institut Européen de Formation en Santé a essentiellement développé des formations à la prise en charge des urgences. Aujourd'hui, les formations proposées permettent de développer des compétences dans les domaines sanitaires, notamment la réanimation, le Bloc opératoire, la salle de Réveil, l'oncologie, la pédiatrie et néonatalogie et la gériatrie. Ces formations adaptation à l'emploi sont un complément aux formations diplômantes initiales et permettent un lien direct avec la pratique professionnelle. En réponse aux besoins de formations récurrents des structures hospitalières et sanitaires, l'Institut Européen de Formation en Santé réalise des formations sur site abordant l'accompagnement de la personne en fin de vie, la douleur, l'hémovigilance ...



Au terme de chaque formation, les formés obtiennent un certificat leur permettant de cumuler des unités de valeur leurs permettant de s'inscrire dans un cursus de diplôme européen d'enseignement supérieur.

"Chaque formé doit atteindre les objectifs qu'il s'est fixés" précise Sylvain WLODARCZYK, insistant sur l'application que les formateurs développent afin d'établir une relation pédagogique personnalisée et adaptée à chaque formé.

Formation à la prise en charge des Urgences

- Stages ATMU® (Apprentissage des Techniques Médicales d'Urgence) pour médecins et Infirmiers

- Stages ATMU® Spécialisés (Modules de Perfectionnements optionnels)
 - Prise en charge du Polytraumatisé
 - Urgences en Obstétrique pédiatrie
 - Urgences en Cardiologie

Stages de 2 à 5 jours sous forme d'ateliers pratiques et de mises en situation sur mannequins informatisés

- Formation à la prise en charge des détresses vitales et à l'utilisation du Défibrillateur Semi-automatique (Formation sur site adaptée à l'établissement bénéficiaire)

Formation Adaptation à l'emploi

- Infirmiers de service d'urgence
- Infirmiers en cancérologie
- Infirmiers de réanimation
- Infirmiers de Bloc opératoire
- Infirmiers du travail
- Infirmiers de Salle de Réveil
- Infirmiers de Pédiatrie et néonatalogie
- Infirmiers de Gériatrie

Autres formations

- Hémovigilance
- Transmissions ciblées
- Management par la qualité des structures sanitaires
- Ergonomie
- Accompagnement de la personne en fin de vie et des endeuillés
- Stress et gestion du temps

Formations en Inter et en Intra. Fiches pédagogiques et bulletins d'inscription disponibles sur internet www.iefsante.com



Dans le cadre de la mise en place de notre démarche qualité l'ensemble des contenus de nos formations est validé soit par des experts médicaux et paramédicaux, soit par des sociétés savantes. Depuis plus de cinq ans nous réalisons des formations pour des médecins étrangers : ainsi l'Institut Européen de Formation en Santé forme grâce au financement de l'Organisation des Nations Unies des médecins algériens du Croissant Rouge à la médecine de catastrophe sous l'égide de la Société Française de Médecine de Catastrophe.

Formations de l'ISTNA

Des formations dans le domaine
de la **nutrition**

Vous êtes concernés (selon les thématiques abordées) :

Médecins des collectivités • Médecins de travail • Médecins scolaires • Cadres de santé • Educateurs de santé • animateurs sociaux de santé • Infirmiers • Personnels de PMI • Diététiciens • Kinésithérapeutes • Personnels de maisons de retraite.

Programme 2005 :

PS1 > Nutrition et prévention cardiovasculaire • 8/03/05

PS2 > Nutrition et cancer • 2/02/05

PS3 > Nutrition et ostéoporose • 6/12/05

PS4 > Nutrition et activité physique • 11/01/05

PS5 > Nutrition chez le sujet âgé • 15-16/11/05

PS6 > Nutrition et obésité • 18-19/01/05

PS7 > Nutrition entérale, parentale et compléments alimentaires • 18-19/05/05

PS8 > Sociologie et psychologie de l'alimentation, de l'enfant à l'adulte • 4-5/10/05

PS9 > Nutrition de l'enfance à l'adolescence, du normal à la pathologie • 14-15/06/05

**Nous proposons de nombreuses formations
Pour toutes informations n'hésitez pas
à nous contacter**



Istna / Pôle Formation

Contact

Adresse : 6 bd du 21ème RA
54 000 Nancy

Téléphone : 03 83 36 33 53

Télécopie : 03 83 36 33 56

e-mail : istna@cnam-lorraine.fr

ISTNA : INSTITUT SCIENTIFIQUE ET TECHNIQUE DE LA NUTRITION ET DE L'ALIMENTATION



VERSION 2000
N° 2002/19449

afar

FORMATION CONTINUE DES PERSONNELS SOIGNANTS

STAGE DE FORMATION CONTINUE REMISE A JOUR DES CONNAISSANCES ROLE PROPRE DE L'INFIRMIER

- PEDIATRIE • MEDECINE
- GERIATRIE • AUTISME
- PSYCHIATRIE ENFANT, ADOLESCENT,
ADULTE, PERSONNE AGEE
- MEDIATIONS CORPORELLES
- ANIMATION • ART ET THERAPIE

CALENDRIER ET CONTENUS DISPONIBLES SUR DEMANDE ET SUR www.afar.fr

46, RUE AMELOT 75011 PARIS / BP 436 75527 PARIS CEDEX 1
T : 01 53 36 80 50 / F : 01 48 05 31 51 / E : formation@afar.fr / www.afar.fr

57



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 2005 à juin 2006) comprenant 25 semaines de cours et 15 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, Pédagogie, 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 :

I.U.P. - IMPMS

43, boulevard du 11 novembre 1918

69622 VILLEURBANNE CEDEX

Tél. : 04 72 69 21 68

Email : iup.management@iuta-univ-lyon1.fr

esford

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.
- **Fonctionnement des institutions**
- Dossier du client - Transmissions écrites et orales, Accueil.
- Mise en assurance qualité des soins ambulatoires.
- **Actualisation des compétences cliniques**
- **Certificat clinique en stomathérapie** : écoles de Paris et Lyon : Soins aux personnes stomatisées, mastectomisées, porteuses de plaies, souffrant de trouble 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. Rue
N° Code Postal
Ville



Le **SERFA**, service de formation continue de l'Université de Haute-Alsace, organise depuis plusieurs années des formations pour les personnels soignants, en partenariat avec des Centres hospitaliers et/ou des Associations, et plus particulièrement :

- Diplôme d'Université "SOINS INFIRMIERS EN RÉÉDUCATION-RÉADAPTATION" du 25 janvier au 7 octobre 2005
- Diplôme d'Université "SOINS INFIRMIERS D'URGENCE ET MISSIONS D'INFIRMIER SAPEUR-POMPIER" du 7 février au 25 novembre 2005
- Diplôme d'Université de "PSYCHO-ONCOLOGIE" : de janvier à juin 2006
- Diplôme d'Université "STRATÉGIE DE COMPENSATION DU HANDICAP PHYSIQUE OU SENSORIEL" : du 8 mars au 18 novembre 2005

Renseignements et inscription

SERFA 18 rue des Frères Lumière 68093 Mulhouse

Tél : 03 89 33 65 00 – Fax 03 89 33 65 33 / catherine.muller@uha.fr / www.serfa.fr



INSTITUT DE RECHERCHE, DE FORMATION ET DE CONSEIL PROFESSIONNEL

FORMATIONS INTRA

- Le statut du personnel hospitalier & G.R.H. (4 jours)
- L'élaboration des plannings (4 jours)
- Nutrition de la personne âgée anorexique et dénutrie (2 jours)
- Hygiène et prévention des infections nosocomiales (4 jours)
- Soins palliatifs et accompagnement des personnes en fin de vie (4 jours)
- Traitement et prise en charge de la douleur (4 jours)

FORMATIONS PAR CORRESPONDANCE

- Préparation au concours d'entrée dans les Ecoles de Cadres de Santé (1 495 €/personne)
- Préparation au concours de Directeur de Soins (3 000 €/personne)

Vous pouvez obtenir un bulletin d'inscription sur simple demande

146, rue Paradis 13294 MARSEILLE CEDEX 6
Tél : 04 91 57 57 07 Fax : 04 91 57 07 00
E-mail : contact@irfocop.com



Association Médicale Missionnaire



Nos objectifs :

- Devenir acteur de la santé dans les pays en développement
- Préparer au départ et aider sur le terrain les professionnels de la santé par une formation sanitaire adaptée et une aide matérielle

4 MODULES ANNUELS de FORMATION

- ▶ Initiation et Perfectionnement en Laboratoire de Base
3 janvier - 4 février 2005
- ▶ Promotion du Développement Sanitaire en Milieu Tropical
7 février - 18 mars 2005
- ▶ Pathologie et Hygiène en Milieu Tropical
17 mai - 1^{er} juillet 2005
- ▶ Pathologie Tropicale et Santé Communautaire
26 septembre - 16 décembre 2005



RENSEIGNEMENTS et INSCRIPTIONS

Téléphone : 04 78 30 69 89
Email : a.m.ypres@wanadoo.fr
Site : <http://perso.wanadoo.fr/ass.medicale.missionnaire/>
Adresse : 74 rue d'Ypres - 69004 LYON



GRAPE INNOVATIONS

Organisme de formation, de recherche et d'études Enfance et Petite Enfance

- Accompagnement d'équipes • Elaboration de projets
 - Formations thématiques inter/intra
- Aménagement des espaces Petite enfance

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

Institut de Formation Joël Savatofski*

5^e rue Marceau - 21000 DIJON - 03 80 74 27 57

E-mail : ifjsavatofski - site : www.touchermassage.com

Toucher-Massage®

Enrichissement de la pratique soignante

Interventions sur site

Documentation sur demande

Stages d'initiation - Formations certifiantes

Modules spécialisés

(naissance - fin de vie - psychiatrie - esthétique)

* 20 années d'expérience - Prise en charge formation continue



Une mission de santé mentale
Qu'est ce que cela veut dire
concrètement aujourd'hui ?

PREVENTION
SOINS
REINSERTION

RECRUTE

Centre Hospitalier Paul Guiraud

VILLEJUIF (94) - Val-de-Marne - 4 kms de PARIS (Sud) - Accès Métro station Louis ARAGON (ligne n°7) - Bus n°172 - Arrêt C.H. Paul Guiraud

- **CADRES SUPÉRIEURS DE SANTÉ**
 - **CADRES DE SANTÉ**
 - **INFIRMIERS(ERES)**

Diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique ou diplôme d'état d'infirmier
Postes de jour et de nuit - Pour secteurs de psychiatrie générale (unités d'hospitalisation - site Villejuif)
Hauts-de-Seine et Val-de-Marne

RECRUTE AUSSI SUR SES SITES EXTRA-HOSPITALIERS

Val-de-Marne et Hauts-de-Seine

Des INFIRMIERS(ERES)

Diplôme d'état d'infirmier de secteur psychiatrique ou diplôme d'état d'infirmier

CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (C.M.P.)

CENTRE D'ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL (C.A.T.T.P.)

HOSPITALISATION DANS LA VILLE

CENTRE DE CRISE (C.C) ET CENTRE THÉRAPEUTIQUE DE NUIT (C.T.N.) - CHOISY-LE-ROI (94)

POLYCLINIQUE 18 - MALAKOFF (92) - FOYER (C.R.P.S.) - VILLEJUIF (94)

URGENCES

URGENCES PSYCHIATRIQUES DANS DES S.A.U. - 94 - LE KREMLIN BICÊTRE - 92 - ANTOINE BECLERE

Pour tous renseignements, contacter Monsieur Jean-Jacques MOITIE, directeur des soins au 01 42 11 70 65
E-mail : jeanjacques.moitie@ch-pgv.fr

Candidatures, accompagnée d'un C.V. à adresser à Madame Marguerite GUEHENEUC, directeur des ressources humaines
Centre Hospitalier Paul Guiraud - 54 avenue de la République - 94806 VILLEJUIF cedex

59



Le Val d'Oise ne se fera pas sans vous !

Le Conseil général recrute pour construire l'avenir du Val d'Oise

Le Conseil général du Val d'Oise, composé de plus de 1 700 agents, intervient dans les domaines de l'éducation, de l'économie, de la culture, des équipements sportifs, de l'environnement et de l'action sociale sur laquelle il déploie des efforts particuliers. Ainsi, ce sont près de deux tiers des agents qui occupent leur fonction sur les vingt circonscriptions d'action sociale, réparties sur l'ensemble du département. Ces dernières ont pour mission d'assurer l'accès des habitants du Val d'Oise à un certain nombre de droits et de les accompagner sur le plan social, pour contribuer à leur insertion sociale et/ou professionnelle.

La Direction de la Prévention et de la Santé recherche :

DES PUERICULTRICES/INFIRMIERES réf. SSO-PUER/INF

Au sein d'une circonscription d'action sociale, vous assurez les activités liées aux missions de service de Protection Maternelle et Infantile : actions à domicile, consultations infantiles, agrément et suivi des assistantes maternelles, bilans 3/4 ans, prévention de la maltraitance, éducation pour la santé.

Pour ces postes basés dans le Val d'Oise, vous avez impérativement le diplôme d'Etat d'infirmière ou de puéricultrice, et si possible une expérience professionnelle en protection maternelle et infantile.

DES PUERICULTRICES ENCADRANTES réf. SSO-PUERENC

CADRES DE SANTÉ

Au sein d'une équipe de puéricultrices, vous assurez les fonctions d'encadrement. Vous êtes chargée de la mise en œuvre des activités liées aux missions de service de Protection Maternelle et Infantile.

Vous êtes puéricultrice titulaire de la fonction publique (territoriale, hospitalière ou d'état) ou souhaitez le devenir. Vous avez impérativement le diplôme d'Etat et si possible une première expérience professionnelle en management et protection maternelle et infantile.

Contact : 01 34 25 33 71

www.valdoise.fr

candidatures@valdoise.fr

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation et CV) en précisant la référence mentionnée ci-dessus, à :
Virginie MERIEAU-PLOUZENEC, Conseil général du Val d'Oise, DRH, Service Emploi/Formation, 2 avenue du Parc,
95032 CERGY PONTOISE Cedex.



Centre Hospitalier Spécialisé Roger Prévot



RECRUTE

POUR SON SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTE
(La Garenne-Colombes/Bois Colombes)

• INFIRMIÈR(E)S DIPLÔMÉ(E)S

POUR LA MISE EN PLACE D'UN NOUVEAU SERVICE
DE PSYCHIATRIE SITUÉ À NANTERRE (60 LITS)

courant 2^{ème} semestre 2004

- POSSIBILITÉ DE RECRUTER AVANT CETTE DATE
- FORMATION SPÉCIFIQUE PROPOSÉE AUX IDE

Envoyer candidature et CV à :

CHS ROGER PREVOT

Direction des Ressources Humaines
52 rue de Paris - 95570 MOISSELLES

Tél : 01 39 35 65 22 (11) Fax : 01 39 35 65 58

e-mail : drh@chs-rprevot.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE (980 lits)

Situé dans le Val d'Oise à 18 km de Paris, et 5 km de Roissy) - Ligne RER D - (Gare de Villiers le Bel) - Ligne de bus 23-24 (arrêt devant l'hôpital)

Pour l'ouverture de nouvelles activités
Et projet de construction d'un nouvel établissement

RECHERCHE

Professionnels diplômés

- 1 CADRE DE SANTÉ de MÉDECINE
- 1 CADRE DE SANTÉ de PSYCHIATRIE ADULTES et ENFANTS
- INFIRMIER(E)S DE JOUR
en PSYCHIATRIE ADULTES
(mise en place de nouveaux services)
en services de MÉDECINE
Projets d'ouverture :
- d'une unité de médecine de semaine
- d'une unité de médecine neurologique
- INFIRMIER(E)S DE BLOC OPÉRATOIRE
formation assurée
- INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES
ou ayant le projet d'I.A.D.E.

Adresser candidature et lettre de motivation à
Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier
25, rue Pierre de Theilley - BP 30071 - 95503 GONESSE cedex

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter
la Direction du service de Soins

Secrétariat : Tél. 01 34 53 20 11 - Email : christiane.roux@ch-gonesse.fr



Le Centre Hospitalier Sainte-Anne

Etablissement de référence en Neurosciences et Santé mentale,

RECRUTE

INFIRMIER(E)S - DIPLÔME D'ÉTAT

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^{ème} 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
n.monsterlet@ch-sainte-anne.fr

Centre Médical de Bligny 91640 BRIIS SOUS FORGES

C.C.N. du 31 octobre 1951
Etablissement situé dans un parc boisé de 85 ha,
à 30 kms Sud de Paris - 15 mn des Ulis
à proximité des axes A10 - N20 et N118 - RER B (Orsay Ville) + Bus

recherche

I.D.E. CDI

Spécialités

- Cardiologie • Hématologie • Oncologie
- Pneumologie • Réanimation • Tuberculose

18 patients en moyenne par IDE la nuit

Avantage liés au poste

- Possibilité d'hébergement sur place (tarif conventionnel)
- 1.540 H travaillées pour un temps plein

Avantages sociaux

- Mutuelle avec participation du CE
- Garderie pour les enfants de 1 à 7 ans (1,50 E/jour)

Contactez Madame BRECKO, Infirmière Générale
01 69 26 30 12

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

HÔPITAL ROBERT DEBRÉ PÉDIATRIE

recrute :

• DES INFIRMIER(E)S ou PUÉRICULTRICES

Pour ses services de :

- Chirurgie • Neurologie
- Néphro et Hémodialyse • Pédo-psychiatrie

Postes en 12h/8h - Jour/nuit
Temps plein/temps partiel
Crèche - Accès métro et Bus PC

Contacteur :

Madame MASSIANI - Directeur des Soins
au 01 40 03 24 83

Adresser candidature à la Direction des Soins
48 boulevard Serrurier - 75935 Paris cedex 19

Centre Hospitalier Spécialisé



Roger Prévot

25 Km Nord de Paris, proche axe routier
Cergy / Roissy

RECRUTE

POUR SES SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE
(Val d'Oise et Hauts-de-Seine)

• INFIRMIÈR(E)S DIPLÔMÉ(E)S

POUR PARTICIPER À LA MISE EN PLACE DE NOUVEAUX
PROJETS AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT

- FORMATION SPÉCIFIQUE PROPOSÉE AUX IDE
- CRECHE ET SELF SUR PLACE

Envoyer candidature et CV à :

CHS ROGER PREVOT

Direction des Ressources Humaines
52 rue de Paris - 95570 MOISSELLES

Tél : 01 39 35 65 22 (11) Fax : 01 39 35 65 58

e-mail : drh@chs-rprevot.fr

61



CLINIQUE DU PLATEAU

Centre Chirurgical Spécialisé
5-7-9 rue des Carnets - 92140 CLAMART

RECRUTE EN C.D.I.

• I.B.O.D.E.

• I.D.E.

expérience en bloc opératoire

Plateau technique performant
Salaire motivant

Ecrire ou contacter Madame GREVET
Surveillante des Blocs
au : 01 46 30 21 35

Centre Hospitalier Spécialisé

Roger Prévot



RECRUTE

• DES CADRES DE SANTÉ

Pour ses unités

- EN INTRA-HOSPITALIER SUR LE SITE DE MOISSELLES
- ET EN EXTRA-HOSPITALIER SUR LES SITES DE (GENNEVILLIERS, ASNIÈRES, CLICHY, LEVALLOIS, LA GARENNE-COLOMBES, BOIS-COLOMBES)

Prendre contact avec :

- Direction des Soins Infirmiers :
Mme IRAGNE ☎ 01 39 35 65 46
- Direction des Ressources Humaines :
☎ 01 39 35 65 22



CLINIQUE INTERNATIONALE DU PARC MONCEAU

Infirmeries ^{H/F}

Diplôme d'Etat exigé. Débutants acceptés.

Nous recrutons en CDI pour nos services bloc opératoire, chirurgie jour/nuit et hémodialyse :

Merci de contacter le service souhaité au 01 48 88 25 25 ou d'adresser votre candidature à CIPM - DRH
21 rue de Chazelles - 75017 Paris.
E-mail : alain.derkaloustian@wanadoo.fr

orc.fr

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

L'HÔPITAL RAYMOND POINCARÉ (GARCHES)
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
104, boulevard Raymond Poincaré - 92380 GARCHES

recherche

Des Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat

Possibilités de logement sur place, 20 mn du centre de Paris, proche gares SNCF et centres commerciaux, 2 crèches et un centre de loisirs pour les enfants du personnel

Les candidatures sont à adresser à :
La Direction des Ressources Humaines et des Qualifications



L'Hôpital Ambroise Paré
recrute

des IADE, IBODE, IDE et AS,

pour ses services :

- Blocs Opératoires pluridisciplinaires
- Chirurgies : Orthopédie, Digestive, Vasculaire,
- Dialyse, Médecine Interne, Diabétologie, Néphrologie
- Oncologie Médicale, Pédiatrie
- Unité de court séjour de Gériatrie (U.C.S.G)
- Urgences

ASSISTANCE PUBLIQUE  HÔPITAUX DE PARIS

Adressez votre candidature (lettre de motivation et C.V) à :
Madame PONCET-BODINIER, Coordonnatrice Générale des Soins
Hôpital Ambroise Paré - 9 Avenue Charles de Gaulle - 92104 BOULOGNE
Secrétariat Tél : 01 49 09 45 03

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ROBERT BALLANGER
93602 Aulnay sous Bois cedex

recherche

DES CADRES DE SANTÉ

POUR SES SERVICES DE NEUROLOGIE, VISCÉRALE, MÉDECINE INTERNE, PSYCHIATRIE, URGENCES NUIT, GYNÉCOLOGIE, PÉDOPSYCHIATRIE ET ANESTHÉSIE

Les candidatures doivent être adressées par courrier, accompagnées d'un CV à
Madame le Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier Robert Ballanger
93600 Aulnay sous Bois

Pour tout renseignement, contacter Madame Patte au 01 49 36 70 08

Le Centre Hospitalier public de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la Fondation Vallée
7, rue Benserade - 94250 GENTILLY

recherche

2 CADRES DE SANTÉ

Pour ses unités d'hospitalisation, temps plein
Une expérience du travail en pédopsychiatrie est souhaitée

Téléphoner au : 01 41 24 37 72 ou 01 41 24 81 91

Adresser lettre de candidature et CV à Monsieur le Coordonnateur des soins à l'adresse mentionnée ci-dessus

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@wanadoo.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE TONNERRE
89700 - Yonne

recherche

CADRES DE SANTÉ & INFIRMIER(E)S 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



LE CENTRE HOSPITALIER DE MACON
recrute

IBODE

ou IDE EXPÉRIENCE EN BLOC OPÉRATOIRE

Dans le cadre à moyen terme de l'extension du Bloc Opératoire et la création d'une unité de Chirurgie Ambulatoire
37h30 - 15 jours de RTT - Jours de présentisme
Reprise d'ancienneté - Promotion professionnelle

Adresser votre candidature - lettre de motivation et CV - à Monsieur Maxime Morin - DRH - Centre Hospitalier de Macon
Boulevard Louis Escande - 71018 Macon cedex
Tél. 03 85 27 50 07 ou 03 85 27 50 50



Situé entre Annecy et Chamonix et entre lacs et montagnes
recrute

**2 CADRES DE SANTÉ À 100%
INFIRMIER(E)S ET AIDES-SOIGNANT(E)S**

Si vous êtes intéressé(e),
adressez votre candidature, CV et photo d'identité à :
E.P.S.M. de la Vallée de l'Arve - Madame la Directrice des Soins
Rue de la Patience - BP 149 - 74805 La Roche sur Foron cedex
ou par e-mail à : BWALTER@ch-epsm74.fr



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

AJACCIO / CORSE

CLINIQUE DU GOLFE

recrute en C.D.I.

- **Infirmier(e)s
Diplômé(e)s d'Etat**

expérience en bloc opératoire
ou soins intensifs

Voyage Continent-Corse payé

Tél. : 04 95 51 93 89
ou 04 95 51 94 99

Fax : 04 95 51 94 95

63

C.H.S.

51, rue des hôtelleries
58400 LA CHARITÉ S/LOIRE

*Établissement Spécialisé
en santé mentale
À 2 heures de Paris*

Recrute

Des I.D.E. - I.S.P. - Infirmiers Cadres (Supérieurs) de Santé

Les candidatures (CV + Lettre de motivation) sont à adresser
à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé

Pour tout complément d'information concernant ces postes,
Merci de bien vouloir contacter :

Mme Marie-Ange BORASO - Directrice des Soins
© 03 86 69 40 37 - Secrétariat 03 86 69 40 72

Clinique de l'Ospedale

MCO

85 lits - 160 salariés

recherche

INFIRMIER(E)S D.E.

Contacts :

Monsieur le Surveillant Général ou Monsieur le DRH
20137 PORTO VECCHIO

Tél. 04 95 73 80 00

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@wanadoo.fr

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 - I.B.O.D.E
PUÉRICULTRICES
KINÉSITHÉRAPEUTES**

pour son secteur Psychiatrie - Psychiatrie infanto-juvénile
(199 lits et places)

INFIRMIER(E)S (I.D.E - I.D.S.P)

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

LE CENTRE HOSPITALIER G. MARCHANT

recrute des



**CADRES DE SANTÉ
TITULAIRES DU DIPLÔME
DE CADRE DE SANTÉ**

Pour tout renseignement, merci de contacter
Monsieur Sylvain Schlesinger - Directeur des soins
au 05 61 43 77 15

Les candidatures, lettre et CV, sont à adresser
à Madame le Directeur des Ressources Humaines
134 route d'Espagne - 31057 Toulouse cedex 1

LE CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE

ISSOUDUN

409 lits - 16 disciplines - Accrédité en janvier 2004 - point fort : prévention des escarres
(protocole et gestion centralisée des matériels) - s'est porté établissement pilote pour la
Nouvelle Gouvernance.

recrute

UN CADRE DE SANTÉ

- Encadrement de trois services de soins
- Missions transversales dans le cadre de la démarche qualité
- **Service de Médecine** : recrutement d'un nouveau chef de service ; analyse de l'unité et adaptation de l'intensité et de la charge de travail en vue d'une réorganisation du service en regard des objectifs déclinés dans le C.O.M.
- **U.P.A.T.O.U.** : recrutement d'un chef de service - organisation du service en fédération avec le S.A.M.U. du C.H.D. de Châteauroux - mutualisations des moyens, humains et procédures.
- **Consultations externes** : l'objectif du projet d'établissement est de diversifier les consultations spécialisées.

Candidature + CV sont à adresser à M. le Directeur, BP 190 - 36105 ISSOUDUN
Tout renseignement complémentaire peut être demandé à Madame LAYCURAS - D.S.S.I.
Tél. 02 54 03 56 19 - Email : anne.laycuras@ch-issoudun.fr



recherche des
professionnel(le)s de
la santé pour
des missions de
courte ou longue
durée sur toute
la France.

Sages-femmes
Infirmiers D.E. soins généraux
Infirmiers bloc opératoire D.E.
Infirmiers anesthésistes D.E.
Infirmiers D.E. spécialisés en hémodialyse
Elèves infirmiers 2^è et 3^è année.

Accompagnement tout au long de votre cursus et de vos
missions. Nombreux postes logés à pourvoir immédiatement.

LFP PROVENCE : Véronique Dauvergne - Tél. 04 93 82 48 57
E-mail : lfpprovence@lfpinterim.com

LFP PARIS : Ebtissem Hdhili - Tél. 01 55 31 91 89
E-mail : e.hdhili@lfpinterim.com



Recrutons !

Agen
 Aix-en-Provence
 Albi
 Amiens
 Angers
 Annecy
 Arras
 Auxerre
 Avignon
 Bayonne - Anglet
 Besançon
 Bordeaux
 Bordeaux "Escale"
 Bourg-en-Bresse
 Bourges
 Brest
 Bruxelles
 Caen
 Caen pharma
 Cannes
 Chalon-sur-Saône
 Chambéry
 Chartres
 Clermont-Ferrand
 Compiègne
 Dax
 Dijon
 Evry
 Grenoble
 Le Havre
 Le Mans
 Lille
 Lille pharma
 Limoges
 Lyon
 Lyon "Presqu'île"
 Lyon "Stella"

Marseille
 Marseille pharma
 Meaux
 Melun
 Metz
 Montpellier
 Moulins
 Mulhouse
 Nancy
 Nantes
 Narbonne
 Nîmes
 Orléans
 Paris Bastille
 Paris Gare du Nord
 Paris
 Montparnasse
 Paris Saint Lazare
 Paris Saint Marcel
 Pau
 Perpignan
 Poitiers
 Reims
 Rennes
 Rouen
 Saint-Étienne
 Saint-Omer
 Strasbourg
 Toulon
 Toulouse
 Toulouse "Verdier"
 Tours
 Tours pharma
 Valence
 Versailles
 Division Outre mer
 Division kiné

**Manipulateurs radio,
 IDE, IADE, IBODE,
 Kinés,
 Aide-soignantes,
 Sages-femmes,
 Auxiliaires de puériculture**

Grande diversité
de missions.

N° Vert 0 800 007 006

Laissez-nous prendre soin de vous !

TRAVAIL TEMPORAIRE MÉDICAL ET PARAMÉDICAL



**Quick Médical
Service**

www.interim-medical.com

MÉDICAL

UNE EXPÉRIENCE À L'ÉTRANGER
VOUS ATTIRE ???

Vous qui êtes **INFIRMIER(E) D.E.**

intéressé(e)s par les services de

**Médecine, Chirurgie, Gériatrie, Anesthésie,
Instrumentation, Réanimation, Soins intensifs
et continus, Etc.**

alors nous vous offrons des postes fixes, un service
personnalisé avec possibilité de logement, prise en
charge globale dès votre arrivée en Suisse.

Conditions salariales intéressantes et possibilités
de permis de travail

Notre TEAM est à votre entière
disposition pour toute information

Rue Saint-Roch 8
Case Postale 256

1000 Lausanne 9 (SUISSE)

Tél. 00 41 21/321 00 66

Fax 00 41 21/321 00 41

E-mail : médical@freeman.ch



CONSEIL EN PERSONNEL

**Venez vous épanouir
dans un vrai métier.**

Recherchons France entière

- IDE TOUTES SPÉCIALITÉS
- IBODE, IADE
- AIDE-SOIGNANT(E)S...

Avec 72 agences en France, l'Appel Médical vous propose de nombreuses missions variées et enrichissantes dans les cliniques, hôpitaux, maisons de retraite, entreprises, établissements sociaux...

A l'Appel Médical vous bénéficiez d'un accueil et d'un suivi personnalisé, et d'un certain nombre d'avantages que seul un vrai métier peut vous offrir : formations, participation aux résultats, CE, retraite complémentaire, mutuelle, prêts bancaires, journal interne...

**l'appel
médical**
N°1 DU TRAVAIL TEMPORAIRE PARAMÉDICAL

A vous de choisir.

N° Vert 0 800 240 533 appel-medical.com

Max Studer médical

Rue des Remparts - 1400 Yverdon (Suisse)

La Suisse vous attend, laissez-nous vous guider !

Nous recherchons pour des postes fixes :

- Infirmier(e)s instrumentistes
- Infirmier(e)s anesthésistes
- Infirmier(e)s en psychiatrie
- Infirmier(e)s avec expérience en gériatrie et psychogériatrie
- Infirmier(e)s sages-femmes
- Infirmier(e)s en soins intensifs ou expérience

Nous offrons : un service personnalisé avec la possibilité de domicile en Suisse, une prise en charge à l'arrivée en Suisse et l'accompagnement aux rendez-vous (plusieurs postes au choix).

Intéressé(e)s ? : Adressez-nous votre dossier de candidature ou prenez directement contact avec notre conseillère **Madame Nadia Nemra** qui vous répondra au :

00 41 24 424 20 21



0041 24 424 20 21

FIXE & TEMPORAIRE

Nous recherchons, pour des établissements publics ou privés en Suisse francophone des

INFIRMIER(E)S D.E.
 AVEC EXPÉRIENCE AUX URGENCES, SOINS INTENSIFS, PÉDIATRIE, GÉRIATRIE, MÉDECINE, CHIRURGIE ET NÉONATOLOGIE

INFIRMIER(E)S INSTRUMENTISTES
INFIRMIER(E)S ANESTHÉSISTES
SAGES-FEMMES

Nous vous proposons des CDD (min. 3 mois) ou des CDI, avec possibilité de logement

Nathalie Meystre
 Rue du Mont-Blanc 7
 CH-1201 Genève
 004122 715 48 82
 nathalie.meystre@creyfs.ch

Nos conseillères se réjouissent de votre appel

Isabelle Haeni Rue du Criblet 1 CH-1700 Fribourg 004126 347 30 30 isabelle.haeni@creyfs.ch	Marie-Laure Pose Place de la Gare 18 CH-2800 Delémont 004132 422 74 22 marie-laure.pose@creyfs.ch
---	--

<http://www.creyfs.ch/>

interilum

L'interim au maximum

Nous recherchons pour des établissements hospitaliers publics et privés situés en Suisse Francophone, des

I.D.E. IBODE - IADE Sages-Femmes

- Logement gratuit
- Excellentes conditions de travail
- Accès aux formations et diplômes supérieurs
- Participation aux frais de voyage
- Obtention du permis de travail sans frais

Nos conseillères vous proposeront des CDD de 3 à 12 mois ainsi que de nombreuses possibilités de CDI au sein des meilleurs établissements de Suisse Francophone.

0041 22 708 01 30

www.interilum.ch
 informations, inscriptions et exemples de salaire

INTERILUM S.A. - Département Médical
 6, bd de la Tour - 1205 GENEVE - SUISSE
 Fax 0041 22 321 35 30 - Email : medical@interilum.ch
 GENEVE - FRIBOURG - JURA - NEUCHÂTEL - VAUD - VALAIS

Profils Horizon s.p.r.l.

Bureau de recrutement
 spécialisé dans les "destinations lointaines", conscient qu'une telle expérience professionnelle peut être source d'une grande richesse humaine mais peut aussi s'assimiler à un échec profond,
Profils Horizon vous apporte une **disponibilité** de tout instant.

Profils Horizon
 vous propose ses **services** dans votre domaine :
 ide, sage-femme, médecin, ...

Profils Horizon
 a la volonté de vous **accompagner** dans votre projet professionnel.

Profils Horizon
 offre une réel "**plus**" dans son approche et sa technique de recrutement.

Notre souci : éviter l'échec !
 ... parce que l'échec est toujours difficile à gérer
 ... et l'échec d'un rêve a un goût plus amer encore !

Notre méthodologie
 passe par un entretien de recrutement, une rencontre, un dialogue avec comme seuls objectifs
 l'écoute, le conseil, le partage ...

Tél. : 00.32.2.385.13.29 - mail : profils.horizon@skynet.be
www.profilshorizon.be



L'institut la Source organise en partenariat avec l'Unité d'éthique biomédicale (Faculté de médecine) et le Centre d'anthropologie philosophique (Faculté des sciences philosophiques) de l'**Université catholique de Louvain** (Belgique) et l'Institut de formation des cadres de santé (**IFCS**) de **Ville-Evrard** des formations en éthique sous la supervision du **Professeur Michel Dupuis**.

**CERTIFICAT
«ETHIQUES ET
SOCIETES»
(premier niveau)**

Calendrier

Semaine 1 :

au choix : du 7 au 10 novembre 2005, ou du 28 novembre au 1^{er} décembre 2005

Semaine 2 :

au choix : du 16 au 20 janvier 2006, ou du 6 au 10 février 2006

Semaine 3 :

au choix : du 6 au 10 mars 2006, ou du 27 au 31 mars 2006

Chaque participant mentionnera sur sa fiche d'inscription les dates choisies pour chacune des trois semaines.

La formation se déroule dans les locaux de l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) de Ville-Evrard (93 Seine St-Denis)

Prix : 825 € par semaine et par personne, soit 2'475 € pour l'ensemble de la formation

**CERTIFICAT
«ETHIQUES ET
ORGANISATION»
(second niveau)**

Pour accéder à ce second niveau, le certificat de premier niveau – ou titre jugé équivalent – est requis.

La formation se déroule dans les locaux de l'Institut La Source à Paris.

Calendrier

Semaine 1 : du 24 au 28 avril 2006

Semaine 2 : du 29 mai au 2 juin 2006

Prix : 825 € par semaine et par personne, soit 1'650 € pour l'ensemble de la formation

**CERTIFICAT
«ETHIQUES ET
PEDAGOGIES»
(second niveau)**

Pour accéder à ce second niveau, le certificat de premier niveau – ou titre jugé équivalent – est requis.

La formation se déroule dans les locaux de l'Institut La Source à Paris.

Calendrier

Semaine 1 : du 2 au 6 octobre 2006

Semaine 2 : du 23 au 27 octobre 2006

Prix : 825 € par semaine et par personne, soit 1'650 € pour l'ensemble de la formation

Les autres formations organisées par l'Institut La Source peuvent être consultées sur le site Internet : www.institutlasource.fr ou dans la brochure 2005-2006 qui vous sera envoyée sur simple demande.

L'Institut La Source est un organisme de formation enregistré auprès de la Préfecture de Région. Il n'est pas soumis à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).



SEMIOS

Quand on fait partie de la famille, on s'assure à la MACSF...

Le groupe MACSF, l'assureur créé par et pour les professionnels de la santé.

Parce qu'ils font, comme vous, partie de la famille, les hommes et les femmes de la MACSF, Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français, connaissent bien les spécificités de votre métier et de votre quotidien. Voilà pourquoi ils peuvent vous proposer, dans un esprit mutualiste, des assurances parfaitement adaptées à votre vie privée et professionnelle, sans intermédiaire à rémunérer et à des prix très attractifs. Vous comprenez pourquoi, quand on fait partie de la famille, on s'assure en priorité à la MACSF...

- assurance automobile
- assurance habitation
- complémentaire santé
- assurance vie / retraite
- assurance Responsabilité Civile Professionnelle du Sou Médical



**CEUX QUI SE CONSACRENT
À LA SANTÉ DES AUTRES ONT BESOIN
QUE L'ON SE CONSACRE À EUX**

www.macsf.fr

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 Défense Cedex
Siren N° 775 665 631

N°Azur 0 810 40 80 20

PRIX APPEL LOCAL