

# Syndicat CNI

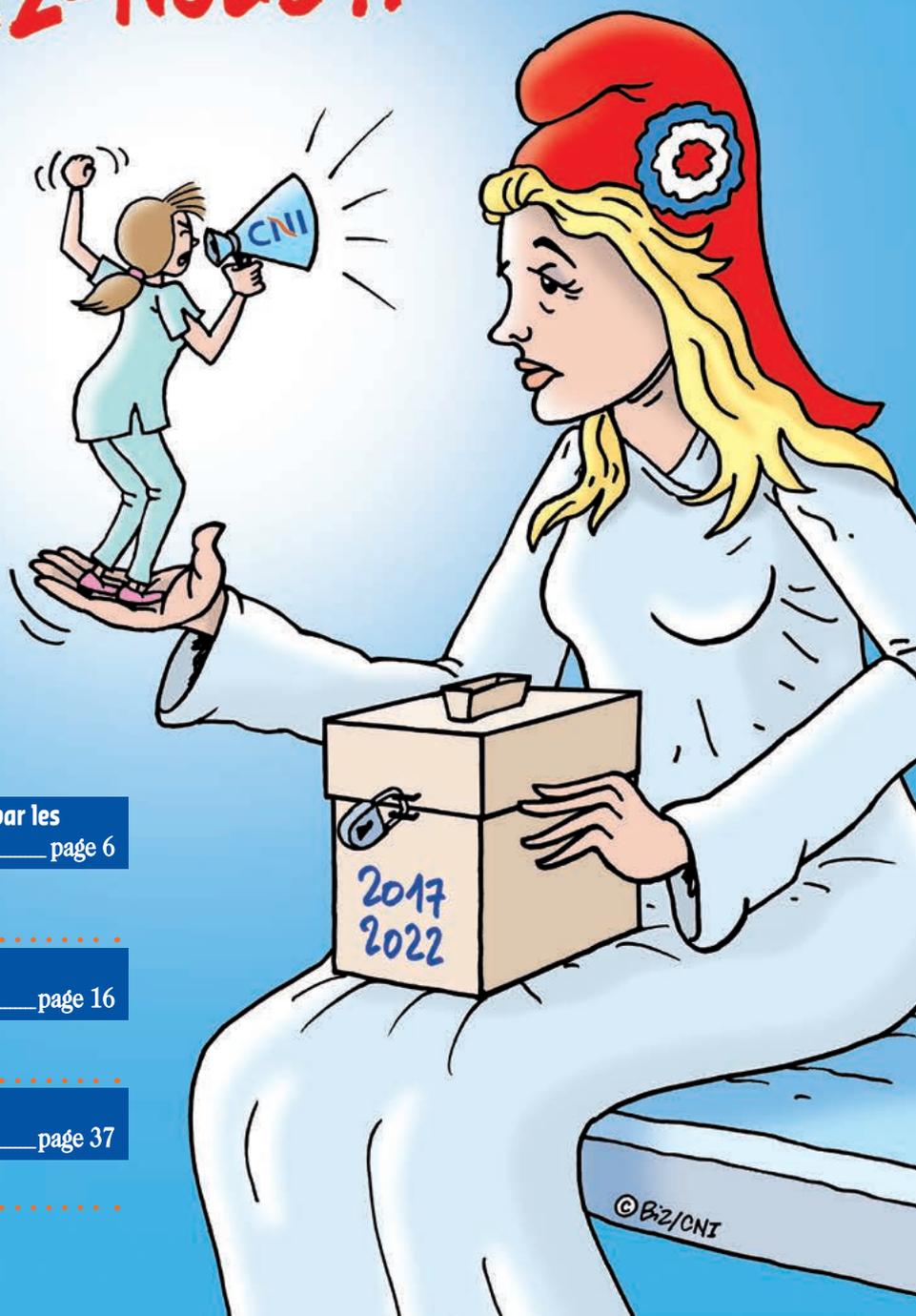
<http://syndicat-cni.org>



N° 44

Revue d'information du Syndicat CNI - Syndicat professionnel - Avril 2017

## ... ET MAINTENANT ENTENDEZ-NOUS !!



**Chronique d'un malaise sous-estimé par les pouvoirs publics** \_\_\_\_\_ page 6



**Le cumul d'activité : ce que vous devez savoir** \_\_\_\_\_ page 16



**Soignants : « sportez » vous bien** \_\_\_\_\_ page 37

© B2/CNI

# CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

## SANTÉ MENTALE

L'agressivité - La violence. Travailler à partir du passage à l'acte	18 au 22/09/17	Lyon
Autismes et psychoses chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte - Niv 1	18 au 22/09/17	La Rochelle
Comment accueillir et accompagner un sujet psychotique ? - Niv 1	02 au 06/10/17	Toulouse
La prise en charge des pathologies limites et borderline chez l'adulte	02 au 06/10/17	Paris
La violence comme symptôme. Outils pour la comprendre	02 au 06/10/17	Nimes
Névroses, hystérie et éléments de psychosomatique	09 au 13/10/17	Paris
Psychanalyse et clinique quotidienne	16 au 20/10/17	Toulouse
Schizophrénie et autres troubles psychotiques	16 au 20/10/17	Paris

## ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES AGÉES

Atelier de stimulation cognitive pour personnes déficientes (Alzheimer et maladies apparentées)	11 au 15/09/17	La Rochelle
Comment vieillissent le cerveau, la mémoire et les fonctions intellectuelles ? Les solutions pour un vieillissement cérébral réussi	25 au 29/09/17	La Rochelle
Méthodes d'éveil et d'entretien de la mémoire	02 au 06/10/17	Siorac (24)
Les pathologies neurodégénératives. La maladie d'Alzheimer, la démence frontale, la démence à corps de Lewy, la maladie de Parkinson	13 au 17/11/17	Lyon

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

Dessin et créativité. Animation d'ateliers - Niveau 1	18 au 22/09/17	Paris
Le conte et la relaxation, outils d'exploration de l'inconscient	18 au 22/09/17	La Rochelle
L'écriture, une médiation thérapeutique	25 au 29/09/17	Paris
Les techniques de massage non médicalisé dans le soin infirmier : une autre approche du soin	02 au 06/10/17	La Rochelle
Expression corporelle et corps en relation : conscience corporelle, jeu et improvisation	16 au 20/10/17	La Rochelle
Autisme, TSA et médiation corporelle	20 au 24/11/17	Nimes

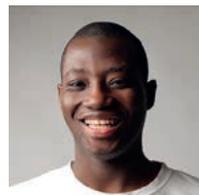
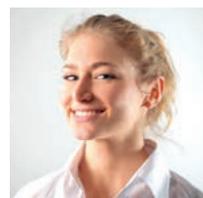
## ACCOMPAGNEMENT DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DE LA PARENTALITÉ

Etre femme, naître mère. La psychopathologie de la maternité	12 au 15/09/17	La Rochelle
L'approche systémique dans le travail avec les familles - Niveau 1	25 au 29/09/17	Nimes
La dépression et la maladie mentale des parents. Effets sur l'enfant et la pratique des professionnels	25 au 29/09/17	La Rochelle
Massage non médicalisé dans la relation de soin au bébé et au jeune enfant	09 au 13/10/17	La Rochelle
La dépression chez l'enfant et l'adolescent	09 au 13/10/17	Paris
La violence chez l'enfant et l'adolescent	16 au 20/10/17	Paris

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



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





## SYNDICAT CNI

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

## POUR PASSER UNE PUBLICITÉ OU UNE ANNONCE

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

## ÉDITION

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

## DIRECTEUR DE PUBLICATION

Nathalie DEPOIRE, Présidente CNI

## RESPONSABLES

### DU COMITÉ DE RÉDACTION

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

### COMITÉ DE LECTURE

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

### PHOTOS

- Céline DUROSAY (Infirmière, CNI Belfort Montbéliard)
- Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté.
- Service communication Centre hospitalier de Béziers
- Nathalie PAWLOWSKY (Infirmière, CNI Martigues)
- CNI de Poitiers
- Association Cyclosein

### DESSINS

Pierre BIZALION

Nous remercions le personnel des différents établissements où les photographies ont été réalisées pour leur accueil et leur disponibilité.

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

Syndicat CNI - ISSN 2492-4288

# Editorial



Le Témoignages, actualités, infos pratiques, ce nouveau numéro est une fois encore riche, varié et répondra, je l'espère à vos attentes. Notre première mission, en tant que syndicat, est de vous informer, c'est pourquoi vous pourrez notamment retrouver un dossier spécial avec les grilles de salaires modifiées par l'application du Protocole Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations dit « PPCR ». La communication de ces éléments ne vaut pas pour autant adhésion et il est donc important de souligner ici que le syndicat CNI poursuit son combat pour obtenir une réelle revalorisation du salaire des soignants au regard de leurs compétences, de leurs responsabilités et de leurs contraintes par une majoration, en autres, des primes de nuit, de dimanches et de fériés.

Même si la mobilisation initiée par la CNI, lors de l'action du 14 septembre 2016, a été importante et rejointe par de nombreuses autres organisations associatives et syndicales pour dénoncer « le malaise des blouses blanches », nous sommes loin d'avoir été entendus par François Hollande et sa ministre des Affaires Sociales et de la Santé. La logique d'hôpital « entreprise » au détriment de la qualité et de l'humanisation des prises en charge reste la ligne directrice. Ce choix politique qui contraint les soignants à exercer, trop souvent à l'opposé de leurs valeurs professionnelles et personnelles, a des conséquences terribles aussi bien sur la santé des professionnels que sur celles des usagers.

Malgré les diverses alertes et actions, un constat s'impose sur le terrain : la situation s'aggrave. Le changement annoncé en 2012 n'a pas eu lieu sur la planète santé. Se produira-t-il post 7 mai 2017 ? Il est trop tôt pour le mesurer. Le syndicat CNI s'est adressé aux 11 candidats à la présidentielle pour leur faire part de son analyse de la situation et de ses propositions. Une fois le ou la ministre de la santé installé(e), nous continuerons à porter les revendications légitimes des professionnels de terrain afin d'obtenir les moyens pour garantir qualité et sécurité des soins.

**« L'avenir est quelque chose qui se surmonte.  
On ne subit pas l'avenir, on le fait. » Georges BERNANOS**

*Nathalie DEPOIRE  
Présidente du syndicat CNI*



<http://syndicat-cni.org>



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



# Billet d'humeur...

## Marisol... Parce que le besoin se fait sentir...

Marisol, je me permets de vous dédier ces quelques lignes... Cela fait presque 5 ans que vous êtes enfermée dans votre cabinet doré verrouillé à double tour. Par pudeur, peut-être, vous n'avez pas souhaité y recevoir les soignants. Le lieu, sous doute trop exigu, semblerait, en effet, peu propice au dialogue. Nous avons donc attendu sagement, patiemment, de commissions en sous-commissions, de discours en diarrhées verbales mais rien de pertinent n'est venu en réponse à notre malaise, en tout cas rien qui ne donne matière à entretenir l'espoir. Le trou de la Sécu était, pour vous, une obsession... Je ne parlerai pas de Sécu à mon tour, par pudeur et encore moins de ce trou qui concentre votre attention. Vous, Marisol, dans votre petit coin, vous avez donc mis tout ce temps pour un résultat consternant, constipée que vous êtes lorsqu'il s'agit de trouver des solutions ou encore de pousser quelques rallonges budgétaires. Votre passage au cabinet, véritable purge, laissera évidemment des traces auprès des soignants au bout du rouleau mais nous veillerons, sans tarder, à ce que votre successeur se montre moins poussif... Il est temps d'actionner le siège éjectable pour placer un autre ministre sur le trône. Qui tire la chasse... perd sa place ! Au revoir Marisol... ■

*Stéphane DERES*  
Infirmier - CHU de Poitiers





# Sommaire

Éditorial	3
Billet d'humeur...	4
Chronique d'un malaise sous-estimé par les pouvoirs publics	6
Lettre ouverte au Futur ex Président de la République	9
Infirmier(e)s et reconnaissance professionnelle : Comment peut-on être 600 000 et ne pas être entendus ?	10
La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)	12
Parution du Code de Déontologie des Infirmiers...	13
Abécédaire	15
Le cumul d'activité : ce que vous devez savoir	16
Toucher Massage®	18
Salon Infirmier	19
Le quotidien d'une infirmière au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)	20
La dialyse mode d'emploi	26
Le métier d'infirmière en Australie	30
Enquête sur la fonction cadre de santé	32
Soignants « sportez » vous bien !	37
PPCR : Grilles de salaire	40
Action syndicale CNI à l'antenne de Montmorillon	46
Hôpital Nord Franche Comté	48
Parkings au CHU de POITIERS : Le parcours du combattant ?	53
Clinique chirurgicale, une restructuration en mode accéléré	55
A Lusignan, Pays charmant ou plainte mélusine ?	57
1104 km contre le cancer du sein Présentation de l'association Cyclosein	59
Le manger main ou finger food	62
Promotion Professionnelle : L'aventure à l'IFSI	63
Horoscope décalé...	65

Téléchargez votre bulletin d'adhésion



Rejoignez-nous sur notre application  
smartphone et tablette



# Chronique d'un malaise sous-estimé par les pouvoirs publics

Été 2016, la vague de suicides qui a touché nos professions a mis en exergue l'effrayante réalité et le fait qu'un professionnel de santé, sensé prendre soin des autres, pouvait souffrir jusqu'à se donner la mort... Il aura donc fallu en arriver à cet extrême.

« VOUS, Président de la République, très occupé, vous n'avez peut-être pas encore été informé de l'été tragique que vient de vivre le monde de la santé ../... je me permets de le penser car, malgré nos nombreuses sollicitations, notre (et votre) ministre de la santé, Madame Marisol TOURAINE n'a fait qu'une seule déclaration à ce sujet, très récemment sous la pression médiatique... »

Nathalie DEPOIRE (présidente de la CNI), lettre ouverte au Président du 2 septembre 2016.

Les signes d'alerte lancés en amont par notre organisation n'auront donc pas été entendus... Devant le manque de réactivité du ministère, la CNI lance un appel à une grève nationale.

## 14 septembre 2016

Le 14 septembre 2016 restera une date clé en termes de contestation et la CNI, poussée par les professionnels de santé du terrain, lance un premier mouvement national. L'annonce de celui-ci inonde tous les médias en France, les messages de mal-être passent en boucle sur les différentes chaînes avec de nombreux témoignages de soignants. Pour illustrer cette détresse, la CNI décide d'organiser une opération choc lors de ses Universités d'Été. Une minute de silence est respectée dans plusieurs établissements et un SOS géant, en plein centre de Martigues, se forme au sol.

Notre système de santé est devenu une machine à sous. Toutes les pathologies qui rapportent sont privilégiées au détriment de celles qui coûtent... La Tarification à l'Activité (T2A) dicte sa loi et nuit gravement à l'accompagnement personnalisé du patient. Comment les professionnels de santé peuvent-ils encore soigner sans se détruire, comment et pourquoi poursuivre ? Et puis, les soignants doivent composer avec une autre instabilité, celle des changements imposés, la polyvalence entre les services, les mutualisations ou restructurations... Les événements s'imposent à présent à nous tous. Le ministère va-t-il enfin réaliser l'urgence de la situation et, surtout, prendre les mesures pour y faire face ?

## 8 novembre 2016

Pour cette seconde journée de mobilisation, l'appel à la grève est initié au niveau national par une plateforme composée de 18 associations et syndicats professionnels. Cette journée a rassemblé près de 10 000 soignants sur le parvis de la gare Montparnasse et le cortège a rejoint le ministère des affaires sociales et de la santé. La CNI est de nouveau prise d'assaut par les médias pour obtenir des témoignages. La parole soignante se libère encore mais l'omerta pèse sur les établissements de santé qui refusent le tournage d'images dans leurs murs. Certains soignants témoignent parfois anonymement de peur des représailles... Pourquoi un tel tabou et une telle pression ?

Des délégués de la plateforme #soigneettaistoi# sont reçus pendant 2 heures au cabinet de la ministre mais rien de très concret n'est ressorti de ce rendez-vous, tout au plus quelques annonces et surtout Madame Marisol TOURAINE n'a pas souhaité recevoir les soignants en personne...

Concernant la prévention des risques psychosociaux (RPS), son porte-parole nous indique qu'un nouveau plan sera lancé très prochainement. Sur le volet rémunération, la prime de nuit (actuellement 1,07 euro brut de l'heure !) fera l'objet d'une concertation. La CNI demande également une réévaluation de la prime de Dimanche et Férié. Le montant de ces revalorisations nous donnera un premier indicateur sur les réelles intentions du ministère et sur la considération qu'il porte aux professionnels de santé. Quant aux revalorisations salariales, il faudra attendre et se contenter des quelques miettes suite à la dernière réforme (PPCR).

# Chronique d'un malaise sous-estimé par les pouvoirs publics

Pour les étudiants, les bourses vont être réévaluées ainsi que les indemnités de stage. C'est clair, qu'au regard des revendications, le compte n'y est pas !

Le fameux plan du ministère tant attendu sort donc des cartons le 5 décembre et, faute de moyens et de réelle consistance, la sémantique vient à la rescousse d'une ministre dépassée pas les évènements. La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail vient d'être annoncée avec le slogan « *prendre soin de ceux qui nous soignent* », slogan très évocateur (pour ne pas dire provocateur). Au final, 30 millions d'euros seront dédiés sur 3 ans pour recruter des psychologues et des assistants sociaux mais aucun engagement à suspendre les mesures d'économies « *aveugles* » qui génèrent tant de maux. Pire, dans un même temps, Madame Marisol TOURAINE ponctionne les fonds de réserve de l'ANFH de 300 millions d'euros, (fonds initialement destinés à la formation des personnels de santé). Ce qui a pour conséquence la réduction drastique du nombre de formations accordées... Au final, les soignants auront donc participé au financement de la sécurité sociale mais, en retour et pour répondre à leur mal-être, notre ministre leur lance encore quelques miettes... Prendrait-elle les soignants pour des pigeons ? Les objectifs de la stratégie quant à eux ne mangent pas de pain. Il s'agit de donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique, d'améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels, de les accompagner au changement et d'améliorer la détection des risques psychosociaux.

Les 10 engagements énoncés répondent heureusement à des besoins identifiés mais le scepticisme est de rigueur... Le renforcement des services de santé y est abordé et fait partie des propositions de la CNI mais il faut se rappeler que les dernières et récentes réformes (réforme du code du travail) sont en contradiction avec un suivi médical régulier, posant, d'emblée, la question de la cohérence des textes. Il en va de même sur l'idée de poser une obligation de formation à l'encadrement alors même que la réingénierie de leur formation a été suspendue depuis de très longs mois. Enfin, comment croire à l'effectivité de ce plan lorsque l'on connaît les demandes d'économies majeures que va imposer l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (PLFSS<sup>1</sup> 2017) et quand un bon nombre d'hôpitaux appliquent, quel qu'en soit le prix, les injonctions du même ministère sur les Contrats de Retour à l'Équilibre Financier.

Cette stratégie sans moyens manque clairement d'attractivité pour que les directions s'en saisissent.

## 24 janvier 2017

Les réponses du ministère sont très loin d'être satisfaisantes sans parler de l'indifférence dont fait preuve la ministre en personne. La délégation de la plateforme #soigneettaistoi# reçue par le cabinet de Marisol TOURAINE est informée que « *des déclarations, au plus haut niveau de l'état* » doivent avoir lieu dans les jours à venir. Néanmoins, le 24 janvier 2017 sera essentiellement marqué par une volonté d'éteindre le mouvement soignant et de faire taire celles et ceux qui souffrent. Le préavis de grève national n'est pas diffusé dans tous les hôpitaux. De plus, pour les soignants qui avaient la chance de pouvoir faire grève, le nombre élevé d'assignations ne leur a pas permis de se mobiliser. Le cortège a tout de même réuni de nombreux professionnels à Paris déterminés à contester leurs conditions d'exercice et à demander une amélioration de la prise en charge des patients.

Madame Marisol TOURAINE n'aura donc pas daigné, pendant ses 5 ans passés au ministère, recevoir les représentants de la plateforme professionnelle. Le bilan qu'elle défend pour mettre en valeur son action est effectivement purement comptable. Sur un plan mathématique, elle aura comblé une partie du trou de la sécurité sociale mais sur un plan humain, elle aura refusé de compter les victimes de sa politique.

## 26 janvier 2017

François HOLLANDE, Président de la République honore le CHU de Poitiers de sa visite. Malheureusement et contrairement aux annonces du Cabinet de Marisol TOURAINE, le 24 janvier, le discours présidentiel n'a absolument pas répondu aux attentes des professionnels de santé. De ce déplacement restera, le souvenir d'une forte mobilisation policière, d'une volonté d'afficher une image très romancée de la triste réalité hospitalière mais pour les soignants, il laissera surtout un goût très amer.

Vous, MONSIEUR le futur ex-Président, vous êtes venu en compagnie de votre ministre de la santé qui n'a fait aucune annonce en faveur des personnels et qui a toujours refusé de les recevoir. Aurait-elle peur de se confronter à la misère des soignants ?

1 - PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

# Chronique d'un malaise sous-estimé par les pouvoirs publics

7 mars 2017

Le 7 mars, nouvelle journée de mobilisation autour des mêmes revendications avec un cortège réunissant l'ensemble des syndicats et les associations de professionnels. Cette dernière contestation avant l'échéance des présidentielles aura été l'occasion de confirmer l'indifférence et l'irresponsabilité du ministère mais surtout de mettre le sujet de la santé au cœur de la campagne plutôt décevante sur beaucoup de sujets.

Depuis le 7 mars, La CNI reste très sollicitée par des groupes parlementaires (Sénat et Assemblée Nationale) et par les staffs des candidats à cette élection.

Apolitique et libre de s'exprimer sur la réalité de la situation, notre syndicat rappelle à tous, les attentes des professionnels mais surtout l'état d'urgence dans lequel notre système de santé est plongé. Il est

important de sensibiliser, en amont, les différents présidentiables et donc, potentiellement, le futur président de la république. Sa tâche s'annonce extrêmement difficile et le risque de revivre d'autres drames n'a jamais été aussi grand. Quel président osera faire du système de santé un enjeu vital pour la France ?

Nous poursuivrons notre travail au service des professionnels de santé pour qu'ils soient entendus, que leurs conditions d'exercice s'améliorent, que les travaux visant à faire évoluer leurs professions aboutissent et qu'enfin leurs soient données une réelle reconnaissance de leur investissement, de leurs compétences et de leurs valeurs. ■

*Céline DUROSAY*

*Infirmière - CNI de Belfort Montbéliard  
Hôpital Nord Franche Comté*

*Stéphane DERES*

*Infirmier - CNI CHU de Poitiers*



© B2/CNI

# Lettre ouverte au futur ex Président de la République



## CNI de la VIENNE

Le Syndicat des Professionnels de Santé  
2, RUE DE LA MILETRIE, CS 90 577 - 86021 POITIERS CEDEX

Poitiers, le 31 janvier 2017

## Lettre ouverte au Président de la République

**Vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, vous venez d'inaugurer au CHU de Poitiers la magnifique structure régionale CCV, fleuron d'un établissement géré avec exemplarité.

**Pour vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, nous, soignants, avons dû réorganiser nos activités de soins et, comme les patients d'ailleurs, nous avons dû nous adapter à votre venue. Des consultations ont dû être annulées et des examens complémentaires reportés... Certaines familles n'ont pas pu visiter leurs proches...

**Pour vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, la direction vous a épargné la visite de la chambre 13 car ça porte malheur. Quant aux soignants, Monsieur le futur ex-président, ils ont dû changer certains patients de chambre pour ne garder que les moins malades d'entre eux et les plus présentables. Ainsi, les vrais patients qui n'allaient pas bien ont été déplacés... Juste pour vous Monsieur le futur ex-président !

**Pour vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, des agents ont changé leur planning pour effectuer du grand ménage et faire en sorte que votre visite soit des plus agréables. D'autres ont fait des heures supplémentaires ou annulé leurs vacances...

**Pour vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, l'équipe de peintres est venue rafraîchir certains couloirs pour ne pas heurter votre sensibilité.

**Vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, vous avez imposé les mesures de sécurité indispensables à votre fonction et avez ainsi bloqué l'accès aux parkings pendant 2 jours. Sachez que les difficultés de stationnement habituelles nous suffisaient amplement. Les forces de l'ordre étaient omniprésentes. Merci pour les renforts mais, pour la sécurité des soins, nous avons surtout besoin de soignants, pas de CRS !

**Vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, vous avez ainsi remercié la Direction Générale du CHU de Poitiers qui réalise, avec zèle, une partie de ses excédents financiers sur le dos de ses agents en bloquant leur avancement. Et oui, derrière la vitrine se cache une toute autre réalité.

**Vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, vous avez déclaré qu'il fallait continuer à faire de la santé une priorité pour les français. Par contre, il faudrait que la santé des soignants devienne également une priorité pour tous les politiques dont vous faites partie.

**Vous, MONSIEUR le futur ex-Président**, vous êtes venu en compagnie de votre ministre de la santé qui n'a fait aucune annonce en faveur des personnels soignants et qui a toujours refusé de les recevoir. Aurait-elle peur de se confronter à la misère des soignants ?

Tél : 05.49.44.39.48 / Mail [CNI@chu-poitiers.fr](mailto:CNI@chu-poitiers.fr) / [www.cni86.fr](http://www.cni86.fr)

**Pour faire « joli », MONSIEUR le futur ex-Président**, vos conseillers sont venus chercher des soignants en tenue dans les services (et donc au travail !) pour mettre des « taches » de couleurs à vos côtés sur les photos. Les soignants vous remercient pour le qualificatif et, pour mettre « l'accent », vous précisent que la « tâche » est aussi un travail qui n'a rien de fictif. Les soignants ne font pas dans la figuration.

**Pour nous, soignants, MONSIEUR le futur ex-Président**, vous n'aurez donc rien fait pendant votre mandat pour améliorer notre quotidien, bien au contraire... Si la France est bien en état d'urgence, notre système de santé est quant à lui en soins palliatifs ! Vous avez raison, Monsieur le futur ex-Président, laissons à présent mourir les soignants dans l'indignité.

**Au fait, Monsieur le futur ex-Président**, ne seriez-vous pas déconnecté de la réalité ? Alors que l'argent public est compté, que les soignants se serrent la ceinture... Pouvez-vous nous dire combien a coûté cette mascarade ?

Veillez recevoir, Monsieur le Président de la République, l'expression de mon profond respect.

Christian TRIANNEAU  
Président du syndicat de la Vienne

# Infirmier(e)s et reconnaissance professionnelle :

## Comment peut-on être 600 000 et ne pas être entendus ?

### Introduction

Le syndicat CNI réclame depuis de nombreuses années une attribution de postes en fonction de la charge de travail, sans avoir été entendu à ce jour. Le bon sens nous permet d'entrevoir qu'un service de soins n'a pas les mêmes besoins en personnel en fonction des patients reçus et des pathologies traitées. La dépendance, associée au grand âge ou non, requiert des mains et des bras qu'il est difficile de lisser sur une moyenne. L'autonomie du patient nécessite de l'éducation qui prend du temps. Alors pourquoi ce bon sens n'arrive-t-il pas jusqu'à nos tutelles ?

La réforme de la tarification, débutée en 2009 avec la loi HPST, a progressivement fait disparaître le « *budget global* » pour le remplacer par la tarification à l'activité ou T2A. Ce qui semblait promouvoir le « *travail* » va pourtant impacter au quotidien les infirmiers entraînant des diminutions d'effectifs.

### Problématique

La T2A a effacé la reconnaissance du travail infirmier, car cette tarification à l'activité est bien celle de l'activité médicale. En raisonnant par l'absurde, on pourrait imaginer un service sans aucun infirmier ou plus généralement sans paramédicaux, qu'ils soient kinésithérapeutes, aides-soignants ou diététiciens. Sur le raisonnement strictement financier, à quoi bon ? « *Ça coûte* » mais ça ne « *rapporte* » rien (déjà entendu). La facture payée par l'assurance maladie est exactement la même, aucune condition de qualité ou de valeur ajoutée n'est exigée, seul le cas médical ou GHM (Groupe Homogène de Malade) a un intérêt dans la cotation, plus ou moins majorée par les comorbidités.

### Qu'en est-il dans les consultations externes ?

L'activité médicale est bien répertoriée, calquée sur le système libéral, que ce soit pour une consultation ou des actes médicaux. Qu'en est-il des paramédicaux ? On pourrait utiliser la NGAP, Nomenclature Générales des Actes Professionnels.

En réalité, l'ATIH, Agence Technique de l'Information Hospitalière a mis des restrictions sur une liste qui ne prenait déjà pas en compte la totalité de l'activité infirmière en libéral. Les transmissions associées à un pansement lourd et complexe donnent droit à une Majoration Coordination Infirmière ou MCI qui n'est applicable qu'au domicile du patient. La pose de bandes de compression (pourtant recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la prise en charge de l'ulcère de jambe d'origine veineuse) ne donne droit à aucune rémunération. Cet acte technique à haut risque nécessite pourtant une formation complémentaire et engage la responsabilité du soignant, tout en prenant du temps.

Mesurer la charge de travail est un moyen d'établir le nombre de professionnels nécessaire en fonction des patients pris en charge. Il y a une certaine corrélation entre la traçabilité et la reconnaissance du travail effectué, c'est pourquoi on peut penser que les réanimations ont « *réussi* » ce que nous attendons toujours pour d'autres services, qu'ils soient d'hospitalisation traditionnelle, de consultation externe ou de soins de suite et de réadaptation.

### Alors comment quantifier ce qui est « nécessaire » ?

Les méthodes d'évaluation sont là pour nous guider sur la façon de procéder. A tout le moins, on pourrait déjà commencer par enregistrer ce qui est fait, sous forme d'audit interne. Un observateur, qui note « *qui fait quoi, comment ?* ». Il serait peut-être ensuite intéressant de le comparer à la littérature pour retrouver les « *bonnes pratiques* » (formation initiale, revue de la littérature, bibliographie). Enfin un « *patient traceur* » pourrait nous donner un aperçu sur un parcours qu'il a vécu. Pour l'aspect médical, il existe des RMO (Références Médicales Opposables) qui « *listent* » d'une certaine façon ce qui doit être fait pour un patient appartenant à un GHM (Groupe Homogène de Malades).

A contrario, l'absence de trame laisse à l'appréciation de chacun ce qu'il doit effectuer pour « *bien faire* » en se référant aux acquis de la formation initiale ou continue. La qualité auto exigée induira une charge de travail qui peut devenir insoutenable, parfois au prix de sa santé.

## Sur quelle échelle mesurer la charge de travail ?

Un premier aperçu pourrait s'esquisser avec la NGAP dans son intégralité. La liste des tâches effectuées représentant la charge de travail pourrait être chiffrée avec les cotations et ainsi esquisser une rémunération en regard. La juste rémunération des actes par les professionnels relève de l'activité syndicale. Il nous faudrait collectivement réfléchir à ce que seuls des professionnels peuvent comprendre : les besoins du patient.

En parallèle, la construction de nos RIO<sup>1</sup> (Références Infirmières Opposables), serait une promotion de nos savoirs et savoirs faire pour étayer leur reconnaissance.

1 - Les RIO, références infirmières opposables, sont un terme inventé en reflet des RMO, références médicales opposables, qui sont, elles, bien réelles. Quel est le service minimum à apporter au patient dans telles ou telles circonstances (pathologies, santé) ? Que doit faire l'infirmière en regard de ses compétences serait une reconnaissance de son rôle propre comme contribution à la prise en charge du patient, qui n'est pas que la mise en œuvre du traitement mais bien de savoirs et de savoirs-faire spécifiques à la profession. Cette qualité « exigée » changerait le regard (inexistant) sur la profession, cantonnée à de l'exécution productiviste de tâches déléguées, ou logistiques.

La pénurie de soignants actuelle n'est certainement pas propice à ces travaux, qui pourraient être exploités au prisme de la recherche paramédicale.

Le dossier patient informatisé pourrait être une aide, car les données enregistrées sont potentiellement utilisables pour des statistiques. L'institution bienveillante pourrait s'emparer de cette piste afin de mieux comprendre les besoins en personnel.

## Conclusion

L'hôpital se dépeuple de ses soignants dont le manque de reconnaissance repose sur une imposture. Leur activité n'a pas fait l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative. Ainsi, notre syndicat professionnel pourrait se saisir du quantitatif, nos instances ordinales seraient, quant à elles, chargées de promouvoir l'aspect qualitatif. Qualitatif et quantitatif seraient alors réunis pour que les soignants, reconnus dans leur spécificité, puissent apporter leurs compétences aux patients un peu plus sereinement. ■

*Nicole TAGAND*  
*IBODE*  
*CNIAPHM*



# La Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

## Historique

Suite aux manifestations infirmières de la CNI en 1991, ils nous paraissaient alors, important de changer l'organisation des hôpitaux en France. En effet, l'organisation bicéphale (Administration / Médecins) ne nous satisfaisait pas. La CNI demanda de rajouter la composante des soins infirmiers pour une gouvernance tricéphale.

Plusieurs membres de notre organisation « dont votre serviteur ! » ont participé à la « Mission Couty » pour la création de cette nouvelle instance dans les hôpitaux publics.

La Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a institué dans chaque établissement public une Commission du Service de Soins Infirmiers (CSSI).

L'ordonnance du 2 mai 2005 a étendu la sphère de représentation aux professionnels Médicotechniques et de Rééducation. Le tout confié à un Directeur des Soins Infirmiers nommé par le Directeur Général.

Enfin, suite à la Loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire), le décret du 30 avril 2010 précise les nouvelles attributions et la composition de la CSIRMT. Ce décret a pour but principal d'adapter les compétences de cette instance consultative à la nouvelle répartition des attributions entre : le Directoire et le Conseil de Surveillance. En effet, le législateur permet d'une part, la présence de droit du Directeur Coordonnateur Général des Soins au Directoire, président de la CSIRMT, et d'autre part, la présence d'un élu de la CSIRMT pour siéger au Conseil de Surveillance (ancien conseil d'administration). La parole des soignants est entendue en haut lieu de l'institution ainsi qu'aux représentants des collectivités territoriales et de l'Etat.

## La CSIRMT est consultée pour avis

- Projet de soins infirmiers,
- Organisation générale,
- Politique d'Amélioration et Qualité,
- Condition d'accueil des usagers,
- La recherche paramédicale.
- Le développement professionnel continu.

Elle est informée sur le règlement intérieur de l'établissement ainsi que sur le rapport annuel d'activité.

## Composition

Les représentants élus sont répartis en trois collèges :

- « CDS » cadres de santé
- Personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- AS aides-soignants, AP auxiliaires puéricultrices.

## Elections

- Election au scrutin secret uninominal à un tour
- Electeurs : fonctionnaires titulaires ou stagiaires et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin
- Suppléants : nombre égal, par collège, aux titulaires.
- Concernant les candidatures des infirmiers et des kinésithérapeutes : rappelons que les conditions qui encadrent l'exercice de leurs professions imposent à l'établissement de vérifier, dans le cadre du mandat, l'inscription au tableau de l'Ordre professionnel qui le régit, en vigueur à la date de la nomination. Pour les infirmiers, suite à la parution récente du Code de Déontologie Infirmier, cette obligation est plus que jamais affirmée pour pouvoir représenter ses pairs.

## Aujourd'hui

- Outre les compétences déjà évoquées, il est probable que cette instance aura un rôle consultatif fondamental. On peut citer par exemple : les démarches de filières de soins et de collaboration à construire dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) et dans les nouvelles modalités de prise en charges des patients (ambulatoires, hospitalisation à domicile ...) sans parler des projets d'établissement 2018/2023.

Mais comme souvent, la CSIRMT sera ce que nous voulons bien en faire ! ■

Marc MEYZINDI  
Président CNI Montpellier.  
Elu CSIRMT au Conseil de Surveillance

# Parution du Code de Déontologie des Infirmiers...

Le décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers a été publié au Journal Officiel le 27 novembre 2016.

## Une gestation longue

Annoncée par la loi du 21 décembre 2006 portant création de l'Ordre Infirmier, la parution de ce code s'est fait attendre.

Pourtant l'article L4312-1 du Code de la Santé Publique et modifié en 2009 par la Loi HPST, Hôpital Patients, Santé et Territoires (dite « Loi Bachelot ») précise que « *Le Conseil National de l'Ordre prépare un Code de Déontologie, édicté sous forme d'un décret en Conseil d'Etat. Ce code énonce notamment les devoirs des infirmiers dans leurs rapports avec les patients, les autres membres de la profession et les autres professionnels de santé.* »

Conformément à ce texte, l'Ordre National des Infirmiers, avait transmis, dès 2010, un projet de Code de Déontologie au ministère des Affaires Sociales et de la Santé mais la gestion de ce dossier a pris beaucoup de retard. Il faut, sans doute, imputer ce délai aux diverses hésitations ministérielles concernant l'Ordre Infirmier.

Le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers ayant engagé début 2014 une procédure de recours en Conseil d'Etat, ce dernier a, par une décision du 20 mars 2015, fait injonction au Premier Ministre de publier le décret édictant le Code de Déontologie Infirmier avant le 31 décembre 2015.

Après consultation du Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP), de l'Autorité de la Concurrence, le Conseil d'Etat a donc, par décret, officialisé le Code de Déontologie des Infirmiers.

## Un Code, pourquoi ?

La notion de règles professionnelles n'est pas une nouveauté au sein du corps infirmiers. En effet, depuis 1993, une cinquantaine de règles professionnelles cadraient déjà notre exercice.

Depuis 1993, cependant, les évolutions ont été multiples tant concernant nos pratiques professionnelles et les techniques de prise en charge que dans le registre législatif et notamment au regard des droits des patients (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Avec le décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 qui définit donc le Code de Déontologie des

infirmiers, il s'agit donc d'une actualisation de nos règles professionnelles qui se dénombrent cette fois à plus de 90.

Ce code énonce les devoirs des infirmiers envers leurs patients, précise les modalités d'exercice de la profession ainsi que les rapports des infirmiers envers leurs confrères et les membres des autres professions de santé.

Il définit nos obligations, nos devoirs et pose un cadre juridique d'exercice puisque les règles qu'il édicte sont intégrées par ce décret au Code de la Santé Publique.

Dans le contexte actuel de dégradation de nos conditions de travail et ce quel que soit notre secteur d'activité, la parution de ce Code est loin d'être une évolution anodine. Il s'agit également d'un guide, une « base texte » essentielle au positionnement professionnel.

## Petit focus...

### Art. R. 4312-10 :

« *L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.* »

« *Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science.* »

« *Il y consacre le temps nécessaire en s'aidant, dans toute la mesure du possible, des méthodes scientifiques et professionnelles les mieux adaptées. Il sollicite, s'il y a lieu, les concours appropriés.* »

« *Il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience, ses compétences ou les moyens dont il dispose.* »

« *L'infirmier ne peut pas conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite.* »

A l'heure où les restrictions budgétaires conduisent certains managers à vouloir définir les organisations de travail, chronomètre à la main, une règle déontologique qui pose et rappelle la **légitimité du professionnel infirmier** à consacrer le temps

## Parution du Code de Déontologie des Infirmiers...

nécessaire aux soins qu'il prodigue est très importante. Nul doute qu'elle résonne fortement à certaines oreilles professionnelles actuellement mais qu'elle peut également raisonner à d'autres oreilles moins expertes à la notion de soins...

### **Art. R. 4312-63 :**

*« L'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. » « En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité. »*

Non moins importante cette règle vient souligner notre indépendance professionnelle et pose donc le fait que l'infirmier doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité.

### **Art. R. 4312-64 :**

*« L'infirmier salarié ne peut, en aucun cas, accepter que sa rémunération ou la durée de son engagement dépendent, pour tout ou partie, de normes de productivité, de rendement horaire ou de toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité ou à la sécurité des soins. »*

Bien que la présentation de nombreux tableaux de bord avec grand renfort de chiffres et de statistiques, lors des conseils de pôles, soit devenue une règle quasi incontournable, cet article vient rappeler, avec justesse, que nos devoirs et nos obligations professionnelles sont prioritaires et ne passent pas après les exigences de la T2A...

La parution du Code de Déontologie des Infirmiers n'est évidemment pas « une baguette magique » qui va du jour au lendemain changer notre quotidien professionnel mais il doit permettre un positionnement professionnel et une évolution. Il permettra aux professionnels, sous réserve qu'ils se l'approprient, de construire des argumentaires opposables.

### **Art. R. 4312-36**

*« L'infirmier chargé de toute fonction de coordination ou d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les personnes dont il coordonne ou encadre l'activité, qu'il s'agisse d'infirmiers,*

*d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'aides médico-psychologiques, d'étudiants en soins infirmiers ou de toute autre personne placée sous sa responsabilité. »*

*« Il est responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des professionnels qu'il encadre. »*

*« Il veille à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »*

Cet article vient préciser la responsabilité de l'infirmier Cadre de Santé. Il n'est pas uniquement un gestionnaire d'effectifs et de plannings, comme certains aimeraient le croire, mais il doit bel et bien « veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours ».

A la lumière de cette rédaction, la polyvalence imposée actuellement à de nombreux professionnels vient donc interroger la responsabilité du cadre...

### **Art. R. 4312-20 :**

*« L'infirmier a le devoir de mettre en œuvre tous les moyens à sa disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »*

*« Il a notamment le devoir d'aider le patient dont l'état le requiert à accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. »*

*« Il s'efforce également, dans les circonstances mentionnées aux alinéas précédents, d'accompagner l'entourage du patient. »*

La grande majorité des infirmiers concernés liront dans cet article un rappel de leurs propres valeurs professionnelles. Pourtant, nombre de témoignages atteste que la réalité de terrain les remet actuellement fortement en question. Qu'ils s'agissent de difficultés à obtenir des prescriptions pour soulager la douleur ou de prises en charge inadaptées en chambre double, en lits supplémentaires ou sur un brancard d'un service d'urgences surchargé, les situations sont multiples et hélas en augmentation.

Là encore l'article ne permettra pas un changement immédiat mais il pose le cadre de devoirs infirmiers dans le contexte de la fin de vie qui sera un élément de plus, mais non négligeable, pour que les moyens nous soient donnés, au quotidien, pour répondre à ce qui devrait être une évidence.

### **Art. R. 4312-46 :**

*« Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu. »*

Cet article pose l'exigence d'actualisation de nos compétences, tout comme l'a défini la Loi Santé de Marisol Touraine de Janvier 2016 qui impose aux professionnels une obligation triennale de formation.

Si l'idée de formation continue semble une évidence au regard des évolutions rapides des pratiques et des techniques, il n'en demeure pas moins un principe de réalité certain, les moyens donnés sont insuffisants.

Le combat pour augmenter les enveloppes de formation professionnelle est l'un des nombreux chantiers engagés par notre syndicat...

### En conclusion

Vous l'aurez compris, ce focus est bien loin d'être exhaustif et je ne peux que vous inviter à prendre connaissance de notre code de déontologie dans son intégralité.

Ce texte est bien sûr perfectible et devra être amendé dans les années à venir mais il pose un socle juridique définissant notre cadre d'exercice.

Il est bien trop tôt pour définir ce qu'il apportera à notre profession car je crois que ce Code de Déontologie sera avant tout ce que la profession en fera.

Le long chemin pour parvenir à la réalité des prescriptions écrites, datées signées sur le terrain montre, qu'entre les textes et l'exercice quotidien, nous sommes bien loin d'un long fleuve tranquille et que l'évolution nécessite une implication infirmière.

Nous pouvons également souligner l'appropriation du terme « Etudiants en Soins Infirmiers » que certains associent à la réforme des études de 2009 alors qu'il est né dans celle de... 1992 alors que d'autres parlent encore d'« élèves infirmiers » ! ...

Mais, nous pouvons aussi être plus optimistes et nous dire que ce texte est une réelle opportunité et, pour qu'elle devienne réalité, il convient que les infirmiers connaissent ce texte, l'actent comme référence et comme base argumentaire...

Le point de départ incontournable est sans doute de le faire connaître... ■

*Nathalie DEPOIRE*  
Présidente du Syndicat CNI

## Abécédaire

### Les soignants au pied de la lettre...

**P**énibilité : bien réelle mais actuellement oubliée pour le calcul des retraites des soignants.

**R**entabilité obligatoire, imposée au système de santé.

**E**puisement des professionnels de santé, sujet tabou pour le ministère...

**S**omnifères, addiction du soignant qui souffre.

**I**solement, conséquence du mal-être et de sa non-reconnaissance.

**D**ialogue social, slogan publicitaire de nos directions pour vendre un produit fictif.

**E**conomies, objectif à atteindre ou conséquence d'une politique du chiffre au détriment de la qualité des soins.

**N**i Nonne Ni Bonne Ni Conne, slogan créé par les milliers d'infirmières lors des manifestations de 1988 (slogan toujours d'actualité...).

**T**2A, système de tarification budgétaire des établissements de santé priorisant la quantité à la qualité, qui a transformé le patient en client...

# Le cumul d'activité : ce que vous devez savoir

Le cumul d'activités est le fait d'exercer deux activités en parallèles.

Par exemple, pour un infirmier, travailler dans un centre hospitalier et en même temps, pendant son temps libre (repos, congés annuels) travailler dans un autre établissement.

Deux cas de figure :

- Vous êtes contractuel, stagiaire ou titulaire dans la fonction publique,
- Vous êtes salarié du secteur privé.

## 1. Fonction publique :

La loi est claire (article 25 de la loi du 13 juillet 1983).

*« Les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leurs sont confiées. Ils ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit. »*

La violation de cette interdiction expose l'agent à une sanction disciplinaire pouvant aller jusqu'à la révocation et peut donner lieu au reversement des sommes dûment perçues, par voie de retenues sur le traitement. L'agent peut également être poursuivi pénalement en cas de prise illégale d'intérêt (article 432-12 du code pénal).

Comme souvent dans la loi existe des précisions et des exceptions que vous trouverez en suivant ce lien : <https://www.service-public.fr/particuliers/vos-droits/F1648>

Le rapport de l'IGAS de 2011 fait un état des lieux du cumul d'emploi dans la fonction publique hospitalière : <http://ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000573.pdf>

### Cas des agents à temps partiels :

Les agents titulaires ou non qui occupent un emploi à temps partiel peuvent cumuler une ou plusieurs activités lucratives, sous réserve de compatibilité avec leur obligation de service et de non atteinte à son fonctionnement normal. La notion de quotité de travail a été supprimée par le décret 2011-82 du 20 janvier 2011. De ce fait un agent à 50% peut avoir une activité privée supérieure à 50% dans la limite de la durée maximale du travail.

Dans tous les cas, l'agent se doit de demander l'autorisation à son employeur pour pouvoir exercer une activité complémentaire.

Le cumul d'activité fait l'objet d'une attention toute particulière des pouvoirs publics. En effet, dans le cadre des discussions relatives au PLF (Projet de Loi de Finance) les députés ont approuvé un amendement renforçant le contrôle des cumuls d'activité illégaux qu'ils estiment comme étant une des causes de l'absentéisme et devant être combattus en raison des risques pour la santé des agents et de leur impact négatif sur l'exemplarité des fonctionnaires. Les employeurs publics pourront « solliciter des agents des informations, afin d'exercer le contrôle du respect des obligations en matière de cumul ». Faute de réponses sous un mois ou en cas d'information « incomplètes ou insuffisamment précises ou sincères », l'autorité hiérarchique pourra décider « le reversement des sommes perçues au titre des activités interdites, par voie de retenue sur le traitement, sans préjudice de l'engagement de poursuites disciplinaires ».

Le supérieur hiérarchique de l'agent ne peut demander les justificatifs du montant de ses revenus d'activités professionnelles au delà des trois années précédentes.

## 2. Secteur privé

Le salarié du privé peut cumuler deux emplois, ou plus, tant qu'il respecte les conditions de durée maximale du travail, d'obligation de loyauté et si ses différents contrats de travail ne comportent pas de clause d'exclusivité.

La loi n'oblige pas un salarié à prévenir l'employeur de son cumul d'emplois.

Cependant, le salarié doit permettre à ses employeurs de s'assurer que la durée maximale du travail autorisée est respectée. L'employeur peut demander au salarié une attestation écrite certifiant qu'il respecte les dispositions relatives à la durée du travail.

Le salarié qui refuse de communiquer à un employeur les informations lui permettant de vérifier qu'il n'y a pas infraction peut être licencié pour faute grave.

# Le cumul d'activité : ce que vous devez savoir

Au-delà des règles que l'agent se doit de connaître et des risques qu'il encourt à les enfreindre, il convient de se poser la question de la répercussion de ces pratiques sur la qualité de notre travail de soignant. ■

*Georges IVORRA  
Cadre de santé retraité  
CNI de Montpellier*

Dans tous les cas, dans la fonction publique, l'agent se doit de demander l'autorisation à son employeur pour pouvoir exercer une activité complémentaire.

*Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires article 25/ 25 septies.*

*Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (FPT) article 30.*

*Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (FPH) article 21.*

*Loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques article 87*

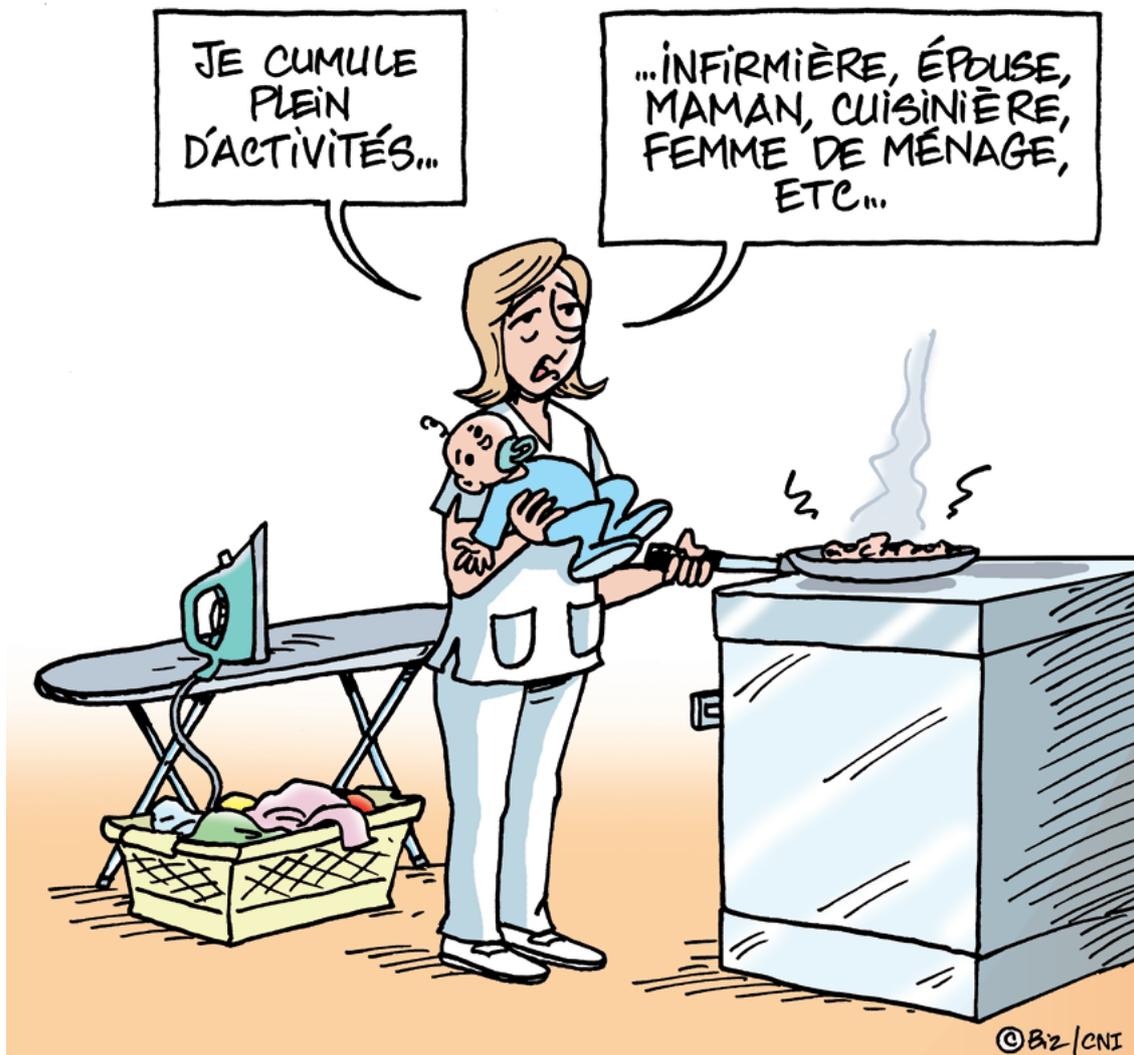
*Décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.*

*Code de la propriété intellectuelle : articles L 112-1 à L112-4*

*Circulaire n°2157 du 11 mars 2008 relative au cumul d'activité des agents publics.*

*Décret n°2011-82 du 20 janvier 2011 modifiant le décret n°2007-658 du 2 mai 2007 relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels.*

*Rapport d'activité 2014 de la commission de déontologie de la fonction publique.*



# Le Toucher-massage®

## Le concept du Toucher-massage® a été créé en 1986 par Joël Savatofski, il se définit comme :

« Une intention bienveillante qui prend forme grâce au toucher et à l'enchaînement de gestes sur tout ou une partie du corps, qui permet de détendre, relaxer, remettre en forme, rassurer, communiquer ou simplement procurer du bien-être, agréable à recevoir et, qui plus est à pratiquer. »

Parce que de très nombreux professionnels (environ 2000 soignants formés/an) ont expérimenté les bénéfices et la qualité de cette démarche d'accompagnement, ce concept fait aujourd'hui pleinement partie de l'univers professionnel des soignants tous services de soins confondus. En fonction du public à qui cette pratique est destinée, le Toucher-massage® offre une variété de bénéfices, de réponses aux besoins exprimés. Son impact est donc majeur dans la qualité de la prise en charge globale de la personne soignée.

Dans l'ensemble des secteurs de soins, cette pratique rentre dans le cadre d'une démarche de qualité, d'un prendre soin centré sur la personne plutôt que sur sa pathologie, elle trouve sa légitimité dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les soins d'accompagnement fin de vie et le soulagement de la douleur par des pratiques non-médicamenteuses.

Ce concept participe aussi d'une dynamique dirigée vers la prévention santé au travail.



La pratique du massage anti-stress minute avec la création « d'espaces ressource » pour le personnel représente la juste continuité d'une démarche institutionnelle de bienveillance : « Prendre soin de soi, pour mieux prendre soin de l'autre ». Les soignants peuvent alors investir une mission d'acteur de la santé en mettant à disposition de leurs collègues, leur savoir-faire. Ils ont l'outil nécessaire

pour répondre au besoin de régulation du stress, de la fatigue, de l'épuisement professionnel, ainsi qu'au besoin de prévention des troubles musculo-tendineux (TMS).

**Témoignage de Valérie L.**  
Aide-soignante service réanimation :

« Dans notre centre hospitalier, nous sommes trois soignantes formées et depuis 2014, nous avons mis en place des journées de pause détente dynamisante pour le personnel. Ces pauses Toucher-massage® répondent à deux objectifs : s'isoler un moment de ses responsabilités professionnelles, pour évacuer stress, tension, fatigue et continuer sa journée en toute quiétude... s'épanouir dans ses compétences.

Le deuxième objectif : sensibiliser un large public sur les bienfaits du Toucher-massage® dans les soins, en leur montrant comment développer une attitude bienveillante. » ■



Venez rencontrer Joël Savatofski  
Directeur de l'École du Toucher-massage  
et profiter d'une séance gratuite  
de massage assis,  
lors du Salon Infirmier  
16, 17 et 18 Mai,  
sur le stand L80 du syndicat CNI.



# Salon Infirmier®

JOURNÉES NATIONALES D'ÉTUDES DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE

PARIS  
HEALTHCARE  
WEEK

30  
ans!

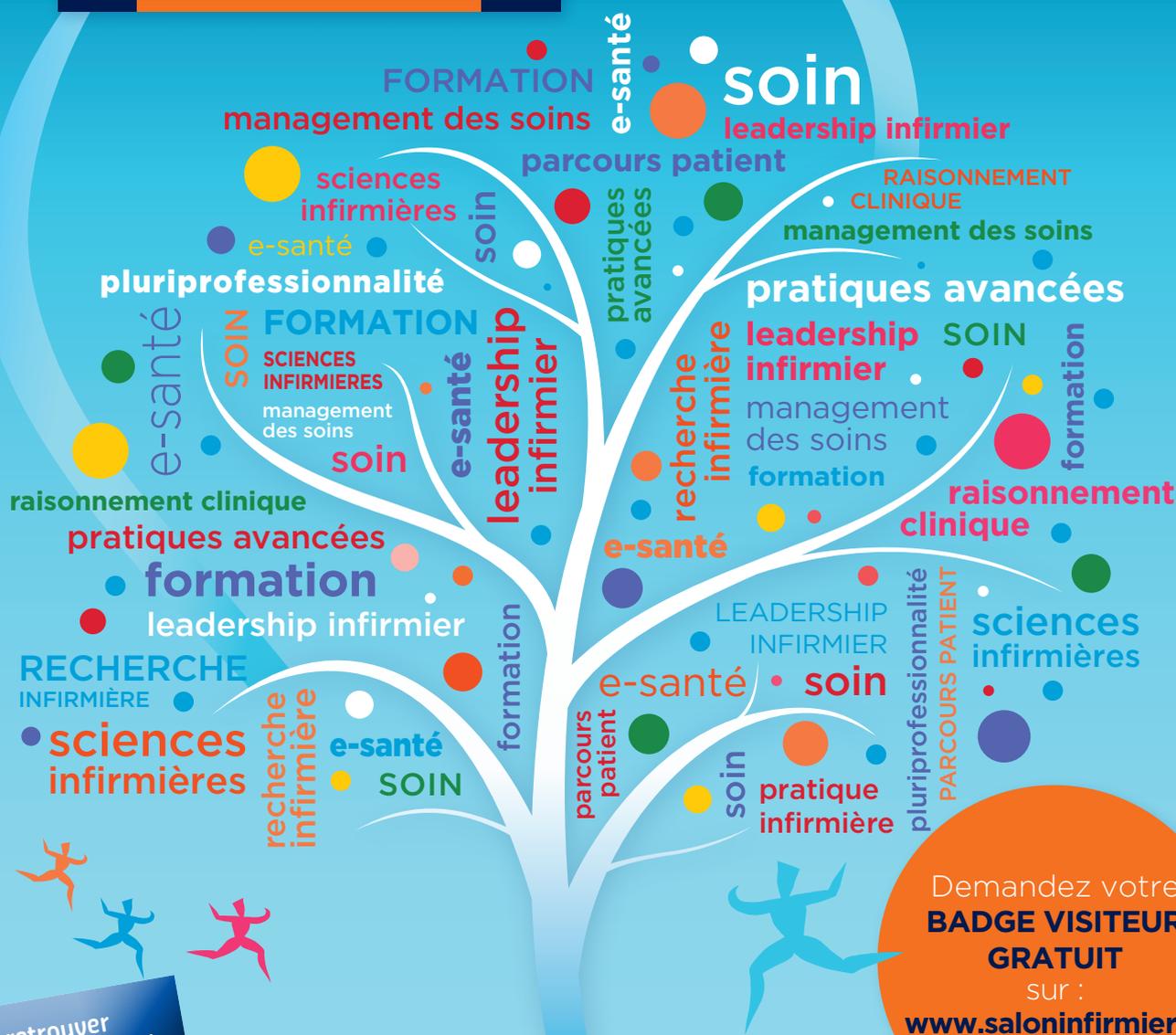
3 jours

**A NE PAS RATER !**

Formations, rencontres,  
conférences scientifiques,  
ateliers pratiques...

16-18  
MAI  
2017

PARIS  
PORTE DE VERSAILLES



Demandez votre  
**BADGE VISITEUR  
GRATUIT**  
sur :  
[www.saloninfirmier.fr](http://www.saloninfirmier.fr)

Venez retrouver  
toute l'équipe de la CNI  
au stand L80, une surprise  
vous y attendra.

ORGANISÉS CONJOINTEMENT :



PARIS  
HEALTHCARE  
WEEK

UN ÉVÉNEMENT



N° d'activité 11 92 19877 92

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



UNE ORGANISATION



# Le quotidien d'une infirmière

au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)

## Les soins palliatifs

Selon la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs), les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leurs objectifs sont de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes induits par l'évolution de la maladie tout en prenant en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle vécue par les personnes. Ou nouvelle proposition de définition de la SFAP : « *Les soins palliatifs sont les soins et l'accompagnement apportés à une personne gravement malade pour lui permettre de bien ou mieux vivre le temps qui lui reste à vivre* ».

La démarche en soins palliatifs et l'accompagnement qui en découle, répondent à des principes éthiques fondamentaux sur lesquels elle fonde sa pratique.

- Elle considère le patient comme un « *sujet* » et sa mort comme un processus naturel (principe d'autonomie).

- Les acteurs de soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort (principe de non-malveillance).
- Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches (principe de bienfaisance).
- Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués dans le respect des différences (principe de justice).

## Les équipes mobiles de soins palliatifs

La circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/2002 n°2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins



# Le quotidien d'une infirmière au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)

palliatifs et de l'accompagnement, en complément de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (précédée déjà le 26/08/1986 par la « circulaire Laroque ») a permis la création et le développement des équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que des unités fixes.

L'équipe du CH de Béziers est composée de :

- deux médecins (1,6 ETP)
- une assistante sociale (1ETP)
- deux psychologues (1 ETP)
- une secrétaire (0,6 ETP)
- trois infirmières (2,5 ETP)
- un cadre de santé (0,1 ETP)

Tous ses membres participent à un staff hebdomadaire où les échanges et la réflexion interdisciplinaire permettent de proposer aux équipes référentes des projets de soins singuliers pour chaque patient.

A partir du domaine de connaissance de chaque professionnel de l'équipe, des étudiants et des stagiaires, il permet un enrichissement mutuel de la compétence des personnes et un approfondissement de la compréhension des situations.

La pluralité des regards sur une même situation dans une approche interdisciplinaire constitue selon nous le meilleur moyen de prendre soin et d'accompagner la personne gravement malade ainsi que ses proches dans sa dimension bio, psycho-sociale et spirituelle.

Par ailleurs, les membres de l'équipe sont tenus de participer à une supervision, organisée mensuellement et encadrée par un psychologue extérieur à l'établissement.

## Son mode d'intervention

Elle est transversale et pluridisciplinaire, elle intervient sur demande des référents médicaux ou paramédicaux et/ou des proches du patient, dans toutes les unités de l'établissement, mais aussi dans des centres hospitaliers locaux rattachés, et plus rarement au domicile et/ou lieu de vie en collaboration avec l'HAD (Hospitalisation à Domicile).

Elle ne se substitue pas aux équipes et n'est que force de proposition.

## Ses Missions

- Évaluer des situations souvent complexes
- Mobiliser, sensibiliser les professionnels de santé à la démarche palliative, aider à la réflexion éthique, accompagner la rédaction des directives anticipées et soutenir les équipes dans le cadre exceptionnel d'une demande de sédation.
- Coordination des soins et des acteurs de soins en intra-hospitalier
- Favoriser le travail en collaboration, en partenariat avec le réseau de soins palliatifs local et régional.

## Notre rôle d'IDE

En Référence au Décret de compétence du 29 juillet 2004 , Article R. 4311-2 :

*Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : .....De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.*

En réponse aux missions des équipes mobiles, et au regard du décret de compétences, l'activité de l'infirmière se décompose en :

- une activité **clinique auprès du patient** centrée sur l'évaluation des besoins, les attentes du patient et de ses proches et sur la relation d'aide ;
- une activité **clinique auprès des soignants** : soutien relationnel, aide à l'accompagnement du patient et de ses proches, conseils en soins, aide à l'évaluation des souffrances, soutenir le questionnement éthique, favoriser la concertation pluridisciplinaire et la collégialité. L'infirmière en soins palliatifs accompagne parfois les soignants à remettre du sens et de la cohérence dans le prendre soin ;

## Le quotidien d'une infirmière au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)

- une activité de **coordination** dans le parcours de soins du patient, que ce soit en intra hospitalier ou en extra hospitalier, afin de favoriser la continuité des soins et la diffusion de la démarche palliative ;
- une activité de **formation** au quotidien, afin d'amener les soignants vers une démarche réflexive à partir de leurs pratiques, mais également auprès de la formation initiale (IFSI-IFAS) et dans le cadre de la formation continue ;
- une activité de **soins bien-être** à l'intention des patients, des proches et des soignants par le biais d'une relation d'aide par le toucher-massage ; mais aussi une sensibilisation des soignants afin qu'ils puissent intégrer dans leurs soins une intention bienveillante au travers du toucher-massage ;
- une activité de **recherche** en soins infirmiers menée par le Collège Régional des acteurs en Soins Infirmiers du Languedoc Roussillon, sous tutelle de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et soins Palliatifs).

Au travers de ses missions et de son activité transversale, l'infirmière diffuse la démarche palliative avec, comme objectif prioritaire, le souci d'améliorer la qualité de vie. Pour cela, il est nécessaire d'adapter le prendre soin aux besoins et en fonction de l'état clinique, d'axer toute la réflexion sur le confort et le bien-être du patient. Le domaine des soins palliatifs permet aux infirmières de développer leur rôle propre et de créer des projets de soins individualisés.

Les infirmières de l'équipe interviennent auprès du patient en binôme ou parfois trinôme avec un médecin et/ou une psychologue et/ou l'assistante sociale en fonction de la demande initiale. Cette première intervention permet une évaluation globale de la situation du patient et de son entourage.

A la suite de cette évaluation, le médecin fait des propositions d'adaptation ou d'ajustement thérapeutique qui sont soumis au médecin référent du patient. De la même façon, les infirmières ne pratiquent pas de soins (ou exceptionnellement), nous faisons part à nos collègues de nos observations, de notre analyse et des résultats de notre évaluation. C'est à partir d'un échange professionnel entre pairs centré sur les besoins perturbés du patient, que nous pouvons enrichir l'analyse des pratiques et proposer le cas échéant de nouvelles orientations dans le projet de soins. Un membre de notre équipe infirmière, en cours de formation de praticien-référent à la relation d'aide par le toucher d'accompagnement (IFJS<sup>1</sup>), propose des soins par le toucher-massage. Soins qui

apportent un complément d'informations, perçus au travers de la communication non verbale, mais aussi des instants d'apaisement et un lâcher prise qui peuvent participer à l'amélioration du quotidien des patients suivis par l'équipe.

Dans ce fonctionnement chaque membre de l'équipe s'inscrivant dans une écoute et une expression libre et respectueuse, peut ainsi s'enrichir sur les plans professionnels et personnels. Cette incitation à la découverte et au respect d'autres points de vue peut permettre à l'infirmière d'évoluer en renforçant son identité professionnelle.

### Témoignages

#### Corinne

J'ai eu la chance en tant qu'infirmière de participer à la création de l'équipe, en mai 2002. Je travaillais à ce moment là en service d'hématologie, depuis quelques années, où je me suis sentie rapidement démunie et frustrée face aux patients accueillis. Démunie parce que je ne savais pas toujours que dire aux patients en désarroi par l'inéluctable qui se profilait, et frustrée par ce temps que je ne pouvais pas forcément leur accorder. Alors, après un diplôme universitaire de soins palliatifs, j'ai quitté le service d'hématologie pour l'équipe mobile de soins palliatifs. Cette expérience s'est avérée très enrichissante d'un point de vue relationnel. Elle permet de consacrer du temps au patient et à son entourage, de partager avec les équipes afin de bien « *faire connaissance* » avec l'histoire du patient et d'accompagner au mieux ce temps qu'il reste à vivre.

Les premières années, les motifs des appels, concernaient essentiellement la prise en charge de la douleur, ses méthodes d'évaluation ainsi qu'une aide dans l'orientation des thérapeutiques antalgiques. Aujourd'hui, la douleur est prise en considération, de façon systématique et la mise en place de thérapeutiques antalgiques, la surveillance, la réadaptation ne pose généralement pas de problème. Si ce n'est dans certaines situations de douleurs rebelles, nécessitant parfois une aide et une collaboration plus étroite avec les équipes référentes et ce, afin, de mettre en place un projet de soin qui ait du sens pour le patient.

Nous sommes intervenus dans un service pour une patiente hospitalisée pour des douleurs réfractaires au traitement antalgique en cours. L'adaptation du traitement de Mme L. a été longue, a nécessité la mise

1 - IFJS : Institut de Formation Joël SAVATOFSKI

## Le quotidien d'une infirmière au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)

en place de plusieurs thérapeutiques simultanées jusqu'à trouver un équilibre et un soulagement permettant à la patiente de se projeter à nouveau.

Cette collaboration avec l'équipe soignante a été nécessaire et a permis grâce aux thérapeutiques, au soutien psychologique, à la relation d'aide, aux passages quotidiens dans le service, d'apporter à cette patiente une meilleure qualité de vie et un soutien aux soignants.

Les demandes de mes collègues infirmières, aides soignantes sans oublier les étudiants, confrontés à des situations souvent complexes et parfois douloureuses ont fortement évolué vers le questionnement éthique et le besoin de partager (par exemple : les thèmes des directives anticipées et de la sédation profonde et continue ont, à la suite de la loi du 2 février 2016, suscités des interrogations concernant la fin de vie). Notre rôle d'information auprès des soignants est permanent, ce qui favorise, concernant notamment la législation, une meilleure connaissance, un cadre de réflexion et un questionnement.

Évidemment, il m'est nécessaire d'actualiser par des formations continues proposées par l'institution et par les échanges au sein de l'équipe.

Ainsi, c'est à l'appui de ces années d'expériences et grâce à un travail régulier avec les équipes, que

ce questionnement sur le sens des soins est devenu possible. Je suis convaincue que cela contribue à l'analyse et à l'amélioration de nos pratiques de soins palliatifs.

En résumé, ce qui représente pour moi l'avancée la plus significative de ces dernières années dans mon activité, c'est de pouvoir intégrer la démarche palliative au projet de soin le plus tôt possible. D'ailleurs, je remercie les infirmières, les aides soignantes et les autres professionnels de santé pour leur implication dans cette démarche.

### Véronique

Cela fait déjà huit ans que j'occupe un poste au sein de l'Equipe Mobile d'Accompagnement, de soutien et de soins palliatifs du CH, après avoir exercé dans différentes spécialités hospitalières. Au début, il m'a été difficile de quitter mon « *savoir faire* » consolidé depuis des années et bien sécurisant, pour uniquement me consacrer à mon « *savoir être* », bien déroutant. Et puis, au fil des nouvelles rencontres dans le cadre des soins palliatifs, j'ai trouvé un équilibre et surtout une position et une éthique professionnelle, qui me permet aujourd'hui de proposer des soins cohérents, dans le respect des souhaits du patient « *sujet* » non « *objet de soins* »



## Le quotidien d'une infirmière au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)

et surtout de m'interroger au quotidien sur le sens des soins que l'on dispense.

Je pense que c'est dans le domaine des soins palliatifs, où « *l'ouverture de tous les possibles* » nous donne la possibilité de développer notre rôle propre infirmier et révéler ainsi notre créativité au bénéfice du patient.

L'exercice en soins palliatifs amène aux développements de stratégies d'adaptation, afin de conserver la communication tant qu'il y a de la vie et lorsque la parole s'en va il y a toujours le corps qui s'exprime. Pour ma part, j'ai toujours utilisé instinctivement le toucher comme moyen de communication, j'ai progressivement observé l'effet apaisant du toucher dans la relation d'aide, et j'ai souhaité le développer. Aujourd'hui, je suis en cours de formation pour devenir Praticien-référent en relation d'aide par le toucher d'accompagnement (IFJS<sup>2</sup>) et je pratique l'approche par le toucher dès que j'ai l'approbation du patient et la possibilité de le faire. Ma satisfaction est d'autant plus grande quand les bénéfices pour les patients sont évidents, lorsqu'ils expriment apaisement, bien-être et lâcher prise.

Pour éclairer mon discours je vous fais part d'une situation actuelle : Mme L, que nous accompagnons depuis plusieurs mois, après la rédaction de ses Directives Anticipées ; la mise en place d'un accompagnement par les bénévoles ; le soutien de l'équipe soignante ; j'ai pu progressivement instaurer une relation par le toucher massage, au début je lui ai proposé uniquement un massage des mains, puis des pieds, par la suite le dos, le visage, pour actuellement proposer un rendez-vous hebdomadaire et lui dispenser « *une douche bien-être* ». Moment au cours duquel elle se libère et exprime ses pensées, ses souvenirs, ses états d'âme. Cet état de bien-être obtenu, l'apaise et lui permet de profiter au maximum de sa vie au quotidien, d'accepter les pertes progressives que lui impose sa maladie et de s'y adapter. Il est surprenant au vu de sa pathologie, de constater combien elle se maintient en santé et le bénéfice qu'elle tire de cette « *prime* » à la vie.

Mon expérience en équipe mobile de soins palliatifs aura fondamentalement modifié ma pratique professionnelle, je suis aujourd'hui satisfaite de mon évolution et souhaite poursuivre dans la relation d'aide et peaufiner mon côté humaniste.

### Vanessa

Je suis infirmière au sein du centre hospitalier de Béziers depuis l'obtention de mon diplôme en 1999. J'ai débuté ma carrière par de nombreux remplacements dans divers services puis pendant 11 ans en cardiologie au centre hospitalier.

Toutes ces années passées auprès de personnes malades vieillissantes, en perte d'autonomie m'ont poussée à aller plus loin dans ma démarche de soins. Prendre le temps d'accompagner les personnes en fin de vie et leur entourage était important pour moi mais je n'étais pas pleinement satisfaite de cette prise en soins dans le service où je travaillais, il me manquait des connaissances, un savoir-faire, un savoir-être. J'ai eu alors l'opportunité de pouvoir rejoindre l'équipe de l'EMASSP en août 2012 où j'ai pu voir comment une équipe transversale comme cette dernière pouvait apporter son aide et son soutien à toute personne en ayant besoin, patients, familles ou soignants.

Je prends le temps de connaître les patients, en étudiant leurs dossiers médicaux et infirmiers pour voir leur évolution tout au long de leur parcours de soins, rencontrer les équipes référentes et bien évidemment le patient et son entourage, ce qui me permet d'évaluer au mieux les situations de vie dans leur globalité, de considérer le patient comme une personne à part entière dans toutes ses dimensions, d'apprécier ses ressources et ses difficultés ainsi que celles de son entourage. Je me suis rendue compte de l'importance de l'organisation du retour à domicile selon les souhaits des patients afin qu'il puisse avoir lieu dans les meilleures conditions possibles. L'anticipation de ce retour est un travail important, nécessaire et indispensable. L'élaboration du projet de vie, en fin de vie avec un retour à domicile est souvent complexe, il faut prendre en compte les volontés de chacun mais aussi les limites des différents acteurs, que ce soit le patient, son entourage ou l'équipe soignante du domicile. Les soignants du domicile doivent être en adéquation avec ce projet de vie. Il ne faut pas hésiter à prendre son téléphone afin de prendre contact avec eux. Après s'être assuré de l'adhésion du médecin traitant au projet de retour à domicile, l'intervention d'une équipe interdisciplinaire (infirmières, aides soignants, auxiliaires de vie, kinésithérapeutes, bénévoles...) sera organisée en fonction des besoins du patient. Un bilan social pourra être effectué. Différentes aides financières et techniques sont possibles également.

## Le quotidien d'une infirmière au sein de l'équipe mobile de soutien, d'accompagnement et de soins palliatifs du Centre hospitalier de Béziers (EMASSP)

Certains patients ont besoin de savoir qu'un retour à domicile est possible, que tout est organisé dans ce but, mais s'ils se sentent plus en sécurité dans un milieu hospitalier, nous pouvons les rassurer en leur donnant la possibilité d'être réhospitalisé si nécessaire. La plupart des patients souhaite finir leurs jours chez eux mais la majorité décède encore malheureusement à l'hôpital. Nous sommes tous confrontés à des difficultés pour le retour ou le maintien à domicile de patients en soins palliatifs. Un des objectifs est de limiter les ré-hospitalisations par le service des urgences avant un décès imminent.

Les soins palliatifs sont les soins et l'accompagnement apportés à une personne gravement malade pour lui permettre de bien ou mieux vivre le temps qui lui reste à vivre.

### En conclusion

Ce temps qu'il reste à vivre, est, que ce soit pour le patient, pour les proches ou pour les soignants, un temps suspendu où l'accompagnement et le soutien sont nécessaires et conditionnent la qualité de vie de ces patients. ■

*Médecins :*

*Dr J-F. BURONFOSSE,  
Dr V. MOULINIE-OZIOL,*

*Psychologues :*

*M-A. WILKIN, I. PIALA*

*Infirmières :*

*C. BERTIGNON, V. COLIN,  
V. SEGUIN*

*Cadre de Santé :*

*E. SORIANO*

*Secrétaire :*

*S. FALZON*



# La dialyse mode d'emploi

Je me suis toujours demandée comment se passait une dialyse, sans jamais vraiment me pencher sur le sujet. L'occasion m'en a été donnée lors d'un passage dans le service idoine et je vous livre donc ce que j'ai appris, sans prétention d'exhaustivité aucune sur le thème.



## La fonction rénale

Les reins sont indispensables à la vie. Ils jouent le rôle de filtre pour éliminer les déchets qui sont transportés par le sang, notamment l'urée et la créatine et les évacuent par l'urine. Ils maintiennent de manière constante la quantité d'eau et de sels minéraux dans l'organisme (sodium et potassium), en ajustant leur élimination urinaire. Ils produisent aussi des hormones et des vitamines indispensables à certaines fonctions (fabrication de globules rouges grâce à l'EPO (érythropoïétine), régulation de la pression artérielle par la production de rénine et angiotensine, production de la forme active de la vitamine D (pour le maintien de la qualité des os). On mesure la fonction rénale en dosant la créatinine sanguine et sa clairance (débit de filtration glomérulaire).

## L'insuffisance rénale

Si les reins dysfonctionnent, la fonction d'élimination des déchets ne se fait plus et l'organisme s'empoisonne. C'est l'insuffisance rénale. Celle-ci peut évoluer de façon progressive, pendant des années. Le stade ultime est l'insuffisance rénale terminale, les lésions sont définitives mettant la vie de la personne en danger. (Hyperkaliémie pouvant provoquer un arrêt cardiaque, surcharge en eau et en sel entraînant une hypertension, anémie par déficit en érythropoïétine)... A ce stade, le rein doit, soit être greffé, soit suppléé par la dialyse. La greffe peut avoir lieu sans que la personne n'ait jamais

été dialysée. Pour d'autres, elle intervient après plusieurs années de dialyse. Mais la transplantation ne bénéficie pas à tout le monde et, en cas de rejet, la reprise de la dialyse est indispensable.

## L'hémodialyse et la dialyse péritonéale

De nos jours, l'insuffisance rénale n'est plus une maladie fatalement mortelle. En effet, en dehors de la greffe, il existe deux techniques de dialyse : l'hémodialyse (rein artificiel) et la dialyse péritonéale.

Dans le premier cas, le sang est « pompé » pour être filtré, à l'extérieur du corps, à travers une membrane artificielle. Elle peut se dérouler à domicile ou dans une structure spécialisée. Elle est assurée par une machine appelée générateur de dialyse. Le passage répété du sang sur la membrane débarrasse le sang de ses déchets toxiques et permet l'élimination du trop-plein d'eau de l'organisme. Il corrige aussi les anomalies biologiques par des transferts hydriques et ioniques.

Pour ce faire, il faut relier la personne à la « machine » mais, les veines superficielles n'ayant pas un débit suffisant pour permettre une épuration efficace, on doit utiliser une autre méthode et trouver une autre voie d'abord. On peut poser un cathéter (sous anesthésie locale dans un gros vaisseau du cou ou de la cuisse) qui peut rester en place de quelques heures à plusieurs semaines. On peut aussi ponctionner une fistule artério-veineuse. Le chirurgien la crée sous

anesthésie locale là encore en reliant une veine à une artère proche, de manière à ce que la veine se dilate, sous l'effet de la pression du sang artériel. Le débit sanguin ainsi assuré permet à la veine d'être plus facilement « piquable ». Cette fistule est souvent réalisée sur le bras ou l'avant-bras.

Il est nécessaire de brancher deux aiguilles de gros calibre sur la fistule, l'une pour aspirer le sang à traiter (aiguille artérielle), l'autre pour ré-injecter le sang épuré (aiguille veineuse).

Les séances de dialyse durent en général de 3 à 4 heures, au rythme de 3 à 4 fois par semaine. Elles se font bien sûr sur prescription médicale, avec une adaptation de la durée et de la fréquence selon la diurèse résiduelle éventuelle du patient et la variation de poids entre deux séances.

La dialyse péritonéale, elle, est une technique qui peut être réalisée à domicile, par la personne elle-même après qu'elle ait suivi une formation ou bien par un tiers (membre de la famille, infirmière à domicile).

Le filtre utilisé est dans ce cas le péritoine qui est une membrane naturelle tapissant la paroi abdominale. Il est nécessaire pour pouvoir utiliser ce péritoine comme filtre, d'introduire chirurgicalement, sous anesthésie, un cathéter souple dans l'abdomen. Le tube sort en partie de ce dernier, il est fixé dans le ventre de manière à ne pas pouvoir se déplacer. Une tubulure est installée à son extrémité à laquelle on adapte des poches stériles contenant un liquide appelé dialysat que l'on introduit directement dans le péritoine. La cavité péritonéale peut contenir jusqu'à 3 litres de ce dialysat. Ce sont les échanges entre ce liquide et le sang qui permettent l'élimination des déchets et de l'eau en excès. Il faut veiller à renouveler régulièrement le liquide de la cavité, car il est saturé en quelques heures.

Le remplissage et la vidange du dialysat peuvent être manuels à raison de 4 fois par jour, tous les jours ou 6 jours sur 7. Ils peuvent également être automatisés à l'aide d'un « cycleur » qui est un générateur. Celui-ci injecte le liquide puis le vidange automatiquement de façon répétée la nuit à domicile pendant le sommeil. Il n'y a ainsi aucune manipulation la journée, ce qui libère la personne dialysée de cette contrainte. Le risque le plus important est l'infection microbienne lorsque l'on change les poches, ce qui est facilement évitable en respectant les règles d'hygiène nécessaires.

La dialyse, quelle que soit sa forme, n'assure pas complètement la fonction rénale. Elle est associée à

un régime alimentaire strict, limité en apports d'eau, de sel, de potassium, de phosphore.

Le patient doit pouvoir choisir entre l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, de manière à maintenir au mieux ses activités (tant professionnelles que personnelles) en tenant compte de son mode de vie. Les contre-indications médicales à l'une ou l'autre des méthodes sont peu nombreuses. Pour l'hémodialyse, ce sont les problèmes vasculaires observés en cas de diabète, d'obésité ou d'hypotension artérielle qui empêcheront ce choix. Pour la dialyse péritonéale, elles seront de l'ordre de l'obésité majeure, d'antécédents d'interventions chirurgicales abdominales compliquées, d'hernies volumineuses ou d'absence totale de diurèse dans les cas d'obésité.

Le traitement proposé au patient doit être personnalisé en tenant compte de l'âge, des autres maladies associées, des possibilités de greffe, de l'entourage familial, social et professionnel mais également de son autonomie et de sa capacité à prendre en charge son traitement. Si la dialyse est pratiquée à domicile, elle doit se faire dans des conditions suffisantes de sécurité et de confort, à l'aide d'un tiers formé pour l'hémodialyse.



# La dialyse mode d'emploi

## La mise sous dialyse

En général, un patient est mis sous dialyse quand les symptômes tels que la fatigue, la perte d'appétit, les œdèmes et l'essoufflement handicapent la vie quotidienne. Elle devient nécessaire lorsque les taux d'urée et de créatinine sont très (trop) élevés.

Plus on la commence tôt, avant que n'apparaissent les signes de dénutrition ou de surcharge en eau et sel, mieux elle est supportée.

Les patients peuvent continuer une activité professionnelle et garder une vie sociale avec une adaptation des horaires d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale. Une fistule n'empêche pas la plupart des activités sportives, contrairement au cathéter, plus restrictif quant au choix de celles-ci.

Les vacances et les déplacements sont possibles avec la contrainte de réserver à l'avance des séances d'hémodialyse dans un lieu proche de celui des vacances ou du déplacement. Le néphrologue habituel se rapproche alors de son confrère afin d'échanger les éléments nécessaires à une bonne prise en charge. Pour la dialyse péritonéale, on peut emporter facilement son matériel avec soi, même en avion, et il n'est guère besoin d'anticiper un départ.

Les modalités d'organisation de la dialyse ont été définies selon des critères médicaux, par les décrets du 23 septembre 2002 relatifs à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent cette activité (articles R. 6123-54 et suivants et D.6124-64 et suivants du code de la santé publique).

## L'unité de dialyse au Centre Hospitalier de Martigues

Installé dans des locaux provisoires en attendant la rénovation et l'extension de l'unité, le service de dialyse est, ce que l'on appelle, un centre lourd. Il accueille donc des patients qui ne peuvent ou ne veulent pas être pris en charge à domicile et qui nécessitent une présence infirmière et médicale (néphrologue).

Il fonctionne du lundi au samedi, de 6h30 à 19h00, sur 12 postes de dialyse et un poste dit de repli.

L'obtention du financement des travaux de la nouvelle dialyse a fait l'objet d'après négociations avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA,

mais les arguments présentés l'ont finalement emporté.

En effet, en 2016, le taux d'occupation des postes a été de 102%, le poste de repli étant souvent utilisé en sus des 12 autres. Le coût des transports pour envoyer des patients de la ville et des alentours à 40 ou 50 kilomètres, la fatigue occasionnée pour eux, le temps passé 3 ou 4 fois par semaine dans des bouchons routiers pour accéder aux centres marseillais,

la forte demande locale ont été autant de raisons qui ont joué en faveur du Centre Hospitalier Martégal. Le permis de construire pour l'extension est acté, les appels d'offre ont été lancés et les travaux vont bientôt commencer. Le personnel est impliqué dans des groupes de travail sur la future organisation de la dialyse, il a été consulté lors des projets et des études préliminaires. Il me semble en effet logique de demander au personnel qui travaille au quotidien dans une unité d'apporter son point de vue en ce qui concerne, tant le côté pratique que le côté performant d'une installation.

L'équipe comprend 12,8 équivalents temps plein infirmiers, une cadre de santé, 3 agents des services hospitaliers à temps partiel et un contrat aidé ainsi que 3 médecins. Il n'y a pas d'aide-soignant, c'est un choix délibéré de l'équipe qui a préféré « troquer » deux postes d'aides-soignants contre un poste d'infirmier.

Chaque jour, 4 infirmiers sont en poste de 6h30 à 18h30 et 1 de 7h à 19h00. L'amplitude de travail est donc de 12 heures. Celui qui arrive à 7 heures gère en fait les problèmes liés aux machines et s'occupe des compressions longues à la fin de la dialyse. En effet, certains patients présentent des problèmes de coagulation et le saignement, au retrait des aiguilles, est parfois long à maîtriser.

L'âge des dialysés va de 26 à 90 ans et la majorité des prises en charge concerne des séniors. Ils ont pratiquement tous une fistule artério-veineuse, le volume de sang total traité varie, par séance, entre 60 et 72 litres.

Travailler dans ce service demande des compétences spécifiques élevées et relève vraiment d'un choix



personnel. En dehors du rôle très technique de l'exercice, les infirmiers ont également une mission d'éducation thérapeutique auprès des patients et de leurs familles.

Les dialysés sont là au long cours et la confiance dans le personnel devient vite primordiale.

Alors, lorsque l'on a récemment imposé au personnel soignant de cette équipe d'aller effectuer des remplacements dans le service de gastro / néphrologie, au nom de la mobilité et pour pallier également l'absentéisme, avec des changements d'horaires (là encore imposés), cela a été mal vécu. Certes, un infirmier est titulaire de sa fonction, non de son poste, mais les craintes exprimées sont réelles. Travailler en dialyse demande, comme je l'ai dit, une spécificité, que j'ai par ailleurs pu constater. Aller dans un service où l'on fait tout autre chose, notamment des chimiothérapies, suppose une mise à niveau des connaissances. Ce qui a été, il est vrai, mis en place par des formations, mais les professionnels interrogés ne se sentent néanmoins pas capables de travailler dans un service qu'elles n'ont pas choisi, craignent de « *mal faire* » ou de ne pas savoir faire, par manque de compétences. Elles perdent également leur rythme de travail (journée en 12 heures) lors des remplacements, ce qui désorganise leur vie, tant professionnelle que familiale. Une des infirmières s'est d'ailleurs mise en disponibilité pour cette raison. Le taux d'absentéisme en dialyse est l'un des plus bas de l'hôpital et le personnel se sent en quelque sorte « *puni* » par cette mobilité. Celui de gastro / néphrologie est également concerné mais de façon moins aiguë puisqu'il vient aussi, de temps en temps et à tour de rôle, en dialyse.

Il est tout à fait compréhensible que ces craintes s'expriment surtout lorsque l'on a travaillé pendant plus de 10 ans en dialyse et même si l'on sait que la résistance au changement existe. Dans ce cas, ce n'est pas ce qui est flagrant ni mis en avant, les arguments sont d'un autre ordre tel que la crainte du manque de compétence et la peur de mal faire.

L'ouverture du service, rénové et étendu, qui va comprendre 16 postes de dialyse et 2 de repli, permettra peut-être de revoir cette organisation imposée qui, pour l'instant, ne convient pas à tout le monde. Ce service fonctionne bien, même si tout n'est pas parfait et il ne faudrait pas en arriver à cliver l'équipe, ce qui serait bien dommageable !

Je remercie l'équipe de dialyse qui m'a reçue avec beaucoup de gentillesse et a bien voulu répondre à mes questions de novice. J'ai trouvé des agents attachés à leurs patients, tenant un discours commun quant à leurs attentes et ayant les mêmes craintes.

Ce que je sais, c'est que si un jour je devais être dialysée, je mettrais mes reins entre leurs mains les yeux fermés. ■

*Nathalie PAWLOWSKI*  
Infirmière de secteur psychiatrique  
CNI de MARTIGUES

Sources pour la partie technique : Fondation du rein



# Le métier d'infirmière en Australie

Il y a 2 niveaux de qualification pour les infirmières en Australie. Les infirmières auxiliaires et les diplômées d'Etat. Les premières ont un diplôme obtenu dans ce qui équivaut en France à un lycée technique avec un niveau Aide-Soignant et la formation dure de 12 à 18 mois. La durée de formation des infirmières DE (diplômées d'état) est quant à elle de 3 ans et est sanctionnée par une licence universitaire.

Les infirmières auxiliaires sont placées sous la responsabilité directe des infirmières DE et ont un cadre d'exercice plus réduit. Les infirmières DE peuvent continuer leurs études en suivant le cursus d'un master en 2 ans et devenir infirmières praticiennes. Elles sont alors infirmières DE en pratiques avancées.

Cet article décrit le rôle et les responsabilités de l'infirmière DE.

Le programme de la licence d'infirmière varie selon les universités. Quelques-unes sont plus orientées sur la pratique alors que d'autres sont plus orientées sur les aspects théoriques du métier de l'infirmière.

Toutes les universités intègrent un volet pratique dans le programme et les étudiants infirmiers passent un temps variable en stage pratique selon les universités. La formation inclut aussi des cours théoriques sur les soins, l'éthique, les lois et des disciplines scientifiques telles que l'anatomie, la physiologie et la chimie.

Les infirmières DE doivent exercer selon le code de déontologie des infirmières Australiennes et selon ce qui correspond à notre décret de compétences français, tout cela dans le respect de la législation. Les infirmières procurent des soins infirmiers de qualité et individualisés aux patients aussi bien dans les hôpitaux, les centres communautaires et les établissements pour personnes âgées.

Il est de la responsabilité de l'infirmière de maintenir son niveau de compétence et elle doit accomplir 20 heures de formation chaque année pour pouvoir continuer à exercer.

Les infirmières doivent aussi être impliquées dans le management, l'éducation, la recherche et l'amélioration de la qualité des soins.

Les infirmières travaillent de façon indépendante mais également en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, pour donner des soins tant professionnels qu'holistiques aux patients dans les hôpitaux et autres établissements.

Les infirmières administrent médicaments et injections, gèrent les soins, la douleur, les pansements,



prennent tension, pouls et température, font les soins aux trachéotomisés et administrent l'oxygène si besoin, parmi bien d'autres tâches.

Elles sont responsables de leurs actes et des décisions prises en ce qui concerne les soins aux patients et doivent faire preuve d'un grand esprit critique. Elles doivent s'assurer qu'elles ont les connaissances et les compétences requises pour faire les soins en toute sécurité.

A l'hôpital où je travaille, le « *Canberra Hospital and Health Service* », les infirmières exercent dans divers services et réalisent un grand nombre de tâches. Elles travaillent dans des unités de médecine générale, au bloc opératoire, au service des urgences, celui des soins intensifs, en radiologie ou bien au service des consultations externes ainsi que dans nombre d'autres encore. C'est l'hôpital de traumatologie

## Le métier d'infirmière en Australie

principal de la région sud de l'état de la Nouvelle Galles et il reçoit des patients de toute cette région.

Quand les infirmières terminent l'université, elles peuvent être acceptées dans un programme d'études supérieures. C'est habituellement un programme de soutien qui dure plus d'un an et les infirmières, nouvellement diplômées, ne peuvent pas exercer à l'hôpital de Canberra sans avoir suivi ce programme.

Je travaille au sein de l'équipe qui conduit ce programme dans l'hôpital. Mon travail est de soutenir et veiller sur les nouvelles diplômées qui l'entreprennent. J'œuvre dans une petite équipe et nous sommes responsables de l'accompagnement des nouvelles infirmières dans leur environnement de travail, en vérifiant et évaluant leurs compétences par rapport au décret et au code de déontologie, en complétant leur formation, en leur expliquant et leur montrant les procédures nouvelles. Nous assurons aussi l'évaluation des progrès réalisés pendant le programme.

C'est un poste assimilé à celui de cadre intervenant dans des services très divers et où la mobilité, dans presque tous les secteurs de soins de l'hôpital, est nécessaire.

Le métier d'infirmière en Australie est une profession aux multiples facettes qui est bien respectée par les autres acteurs de la santé.

Les infirmières font partie intégrante de l'équipe de soins prenant des décisions pertinentes et autonomes pour prodiguer des soins optimums aux patients dans les hôpitaux.

Les infirmières en Australie sont dans l'obligation de se former tout au long de leur carrière afin de



maintenir et d'accroître leurs connaissances et leurs compétences, ceci dans l'optique de pouvoir continuer à pratiquer en maintenant un haut niveau de qualité des soins infirmiers dans le pays. ■

*Jenni MOSSARD*

*Infirmière en Australie*

*Traduction : Nathalie PAWLOWSKI*



# Enquête sur la fonction cadre de santé

Dans le cadre des concertations engagées avec le ministère concernant la réingénierie de la formation de cadre de santé, nous avons élaboré un questionnaire afin d'évaluer le ressenti de ces derniers et leurs attentes concernant les éventuelles évolutions de leur formation. Vous trouverez ci-dessous les résultats de cette consultation ainsi que nos commentaires.

A partir des réponses reçues dont nous vous livrons ci-dessous la synthèse, nous pouvons avoir une approche du ressenti des cadres de santé, fin 2016.

## Profil

Le cadre de santé est majoritairement une femme, âgée de 48 ans, issue de la filière infirmière, exerçant en service de soins et ayant 10 ans d'ancienneté dans la fonction, avec donc une bonne expérience de terrain tant comme IDE que comme Cadre.

## Pratique professionnelle

Pour la plupart, ces cadres de santé ont occupé un poste de faisant fonction et tous considèrent ce passage comme utile.

Le cadre de santé se considère avant tout comme un manager, puis comme un soignant et ensuite comme un formateur.

Selon leurs réponses, la formation initiale correspond à la réalité du terrain, donc les Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS) prépareraient bien les cadres à leur prise de fonction.

## Reconnaissance

Les faisant fonction se sentent assez reconnus par leur hiérarchie, sentiment plus mitigé pour les cadres en poste. Ils se considèrent parfaitement reconnus par leur équipe mais malheureusement peu, voire pas du tout par leur hiérarchie. Ils regrettent le manque de consultation concernant les projets. Par contre ils s'estiment autonomes dans l'exercice de leur fonction.

Ceci voudrait-il dire que la hiérarchie est plus

préoccupée par les projets de pôle et institutionnels que par la vie dans les unités de soins ? Nous sommes en droit de nous poser la question.

## Accompagnement

Quel accueil, quel soutien à la prise de fonction ?

Le tutorat est absent pour 62% des cadres alors qu'ils sont plus de 84% à le souhaiter. Ceux qui ont pu exercer en tant que faisant fonction sont mieux préparés, pour les autres c'est l'aventure et sans filet.

A la question « *bénéficiez-vous d'un bilan régulier ?* » la réponse est oui à 74%, ce qui paraît plutôt positif et encourageant, mais en observant les réponses, il apparaît que la fréquence de ce bilan est annuel, pour plus de 45% des cadres, c'est-à-dire qu'il correspond à l'entretien d'évaluation annuel obligatoire. **Pourtant 78% des cadres souhaiteraient bénéficier de bilans réguliers en dehors de l'entretien d'évaluation.**

Dans le même esprit nous pouvons nous rendre compte que les cadres de santé ont peu d'échange entre eux, 68% nous disent ne pas avoir assez de rencontres entre cadres. Ces rencontres pourraient avoir un rôle d'accompagnement par ses pairs, ce manque de dialogue est-il lié à un manque de temps ? Nous pouvons noter que plus de la moitié souhaiterait des échanges informels, repas ou autres. Sortir de l'institution faciliterait-il plus la communication et le partage ? Ces questions restent en suspens.

## Vécu de la fonction



Il ne se dégage pas d'enthousiasme à la lecture des réponses; mais le ressenti global n'est pas négatif non plus, c'est plutôt de l'ordre du statut quo !

## Évolution de la formation de cadre de santé

Les souhaits concernant l'évolution de la formation de cadre de santé sont assez unanimes :

- Universitarisation de la formation à **un niveau Master 1, voire Master 2 en allongeant la durée de la formation,**
- Cursus sur 2 ans permettant une spécialisation « *service de soins* » ou enseignement,
- Plus d'apports concrets sur la gestion des personnels,
- Souhait de rester en contact avec la réalité du terrain,
- Universitarisation oui, mais des intervenants de terrain et une plus **grande alternance théorie/pratique,**
- Une uniformisation des enseignements et équivalences obtenues d'un institut à l'autre,
- **Suivi post formation** avec analyse des pratiques sur 1, 2, 3 ou 5 ans,
- Échange de stages entre IFCS de régions différentes,
- **Turn-over obligatoire des enseignants** en IFCS,

trop d'entre eux sont déconnectés des contraintes actuelles du terrain avec des enseignements trop conceptualisés qui n'aident pas à la prise de fonction.

## Adjectifs qualifiant la fonction

3 adjectifs se détachent (cf. tableau)

- Épuisant, enrichissant, polyvalent
- Viennent ensuite les mots : responsabilité (qui n'apparaît qu'au 7<sup>ème</sup> rang), après isolement, écoute et organisation.

En résumé et selon les résultats de cette enquête, le travail de cadre est certes : **Épuisant, Usant, Fatigant, mais il reste Enrichissant, ce qui nous fait dire que malgré un niveau de responsabilité et de pression important, au regard du contexte actuel, les cadres de santé sont impliqués dans leur travail et demeurent majoritairement positifs. ■**

*G.Yvorra*

*Cadre de Santé en retraite CNI Montpellier*

*D.Hengen*

*Cadre de Santé en retraite CNI Martigues*

*Collectif cadre de la CNI*



# Enquête sur la fonction cadre de santé

## PROFIL

1. SEXE	
	%
F	83,5%
M	16,5%
Total	100%

2. AGE	
Moyenne = 48,89 Médiane = 51,00 Min = 25 Max = 65	

	%
Moins de 28	1,2%
De 28 à 34	2,4%
De 35 à 41	20,0%
De 42 à 48	16,5%
De 49 à 55	40,0%
56 et plus	20,0%
Total	100,0%

3. LIEU D'EXERCICE	
	%
Service de soins	70,6%
Institut de formation	14,1%
Autre	15,3%
Total	100,0%

4. AUTRES LIEUX D'EXERCICE	
	%
Médico technique	25,0%
EHPAD	16,7%
Laboratoire	16,7%
Brancardage	8,3%
Coordination réseau	8,3%
Formation cognitive	8,3%
Formation continu	8,3%
Médico technique	8,3%
Total	100,0%

5. ANCIENNETÉ DANS LA FONCTION	
Moyenne = 11,93 Médiane = 10,00 Min = 1 Max = 31= 11,93 Médiane = 10,00	

	%
Moins de 5	11,1%
De 5 à 9	30,6%
De 10 à 14	23,6%
De 15 à 19	15,3%
De 20 à 24	13,9%
25 et plus	5,6%
Total	100,0%

6. FILIÈRE D'ORIGINE	
	%
Soignante	89,3%
Rééducation	0,0%
Médico technique	9,3%
Autre	1,3%
Total	100,0%

## PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Avez-vous occupé un poste de Faisant Fonction ?	
	%
Oui	54,1%
Non	45,9%
Total	100,0%

Trouvez-vous utile le poste de Faisant Fonction ?	
	%
Oui	65,9%
Non	22,4%
Sans avis	11,8%
Total	100,0%

Quels cadres êtes-vous ?	
	%
Un soignant	64,7%
Un manager	89,4%
Un formateur	47,1%

La formation correspond t'elle à la réalité du terrain ?	
	%
Oui	59,5%
Non	40,5%
Total	100,0%

# Enquête sur la fonction cadre de santé

## RECONNAISSANCE

Vous sentiez-vous reconnu en tant que Faisant Fonction ?	
	%
Oui	35,7%
Non	17,9%
Non concerné	46,4%
Total	100,0%

Vous sentez-vous reconnus en tant que cadre ?	
	%
Oui	44,0%
Non	56,0%
Total	100,0%

Vous sentez-vous reconnus par votre équipe ?	
	%
Oui	88,2%
Non	5,9%
Non concerné	5,9%
Total	100,0%

Vous sentez-vous reconnu par votre DGS ?	
	%
Oui	42,2%
Non	57,8%
Total	100,0%

Êtes-vous consultés sur les projets de Service/Pôle ?	
	%
Oui	44,6%
Non	55,4%
Total	100,0%

Vous sentez-vous en autonomie ?	
	%
Oui	60,7%
Non	39,3%
Total	100,0%

## ACCOMPAGNEMENT

Avez-vous bénéficié d'un tutorat ?	
	%
Oui	38,1%
Non	61,9%
Total	100,0%

De quelle durée ?	
	%
Moins d'une semaine	18,8%
Une semaine	21,9%
15 jours	12,5%
Un mois et plus	46,9%
Total	100,0%

Auriez-vous souhaité en bénéficier ?	
	%
Oui	84,6%
Non	15,4%
Total	100,0%

Avez-vous un bilan régulier ?	
	%
Oui	73,8%
Non	26,2%
Total	100,0%

Si pas de bilan auriez-vous souhaitez en avoir ?	
	%
Oui	77,8%
Non	22,2%
Total	100,0%

À quelle fréquence ?	
	%
Chaque mois	16,1%
Tous les 2 ou 3 mois	29,0%
2 fois par an	9,7%
1 fois par an	45,2%
Total	100,0%

Avez-vous des échanges avec vos collègues ?	
	%
Oui	32,1%
Non	67,9%
Total	100,0%

Quelle forme d'échange ?	
	%
Entretien	16,5%
Réunion	57,6%
Repas	41,2%
Autres	14,1%
Total	% obs.

# Enquête sur la fonction cadre de santé

## VÉCU DE LA FONCTION

Votre exercice correspond-il à vos attentes ?	
	%
	29,6%
	56,8%
	13,6%
Total	100,0%

Le niveau de responsabilité vous convient-il ?	
	%
	40,5%
	45,2%
	14,3%
Total	100,0%

Êtes-vous satisfait de votre exercice quotidien ?	
	%
	21,4%
	63,1%
	15,5%
Total	100,0%

La formation correspond t'elle à la réalité du terrain ?	
	%
	32,0%
	45,3%
	22,7%
Total	100,0%

La hiérarchie est plus préoccupée par les projets de pôle et institutionnels que par la vie dans les unités de soins ?  
Nous sommes en droit de nous poser la question.

## QUELLES ÉVOLUTIONS DANS LA FORMATION CF. commentaires

### ADJECTIFS QUALIFIANT LA FONCTION

	%
Épuisant	15,48
Enrichissant	14,29
Polyvalence	11,90
Écoute	7,74
Isolement	7,74
Organisation	6,55

	%
Responsabilité	5,36
Médiation	4,76
Management	4,17
Autonomie	3,57
Dynamique	3,57
Formateur	2,98

	%
Disponibilité	2,98
Coordination	2,38
Équité	2,38
Gestion	2,38
Diplomatie	1,79
Total	100,00

# Soignants « sportez » vous bien !

Dans un contexte particulièrement difficile actuellement, les personnels soignants travaillant en institution sont pour la plupart exposés au stress, à la fatigue, développent des pathologies liées au travail, des maladies psychosomatiques, font un burn-out voire en arrivent à se supprimer !

A l'heure où le ministère nous parle de qualité de vie au travail, mots qui remplacent ceux moins glamour de risques psychosociaux (sans que l'on ne voit aucun plan se mettre en place), il est nécessaire que les soignants... prennent soin d'eux.

Pour les y aider, il existe ce qui s'appelle le sport !

Il y avait dans les hôpitaux il n'y a pas si longtemps encore, des amicales ou autres qui proposaient des activités sportives pour le personnel et on a vu fleurir des équipes de foot, de basket, des cours de gym, des journées randonnées pédestres, du ski... Je me souviens, pour ma part, de rencontres de basket inter-établissements auxquelles j'avais participé et même de séances d'aquagym au début de ma carrière.

De nos jours, le sport dans « l'entreprise hôpital » existe toujours mais bien souvent à la marge. Manque de temps, manque de moyens ou d'énergie ? Un peu de tout cela, mais aussi le fait que, la situation étant difficile, on préfère souvent ne pas s'attarder sur son lieu de travail après avoir fait ses heures. Et toujours dans un contexte où le « management » est devenu le maître mot, qui a envie de se retrouver côte à côte sur un tapis de gym avec sa ou son supérieur

hiérarchique ? Comment se relaxer à une séance de sophrologie quand la personne à votre droite vient de vous supprimer un jour de repos pour raisons de service ? Qui veut faire une passe décisive à un coéquipier qui est aussi son chef tout le reste de la semaine et avec lequel on est en conflit ? Si le sport est rassembleur et permet de faire tomber beaucoup de barrières, il en est de plus difficiles à franchir que d'autres !

J'ai toujours pratiqué une activité physique... mais, le plus souvent, en dehors de tout contexte hospitalier. Je connais beaucoup de soignants dans le même cas qui préfèrent pratiquer en club ou en solo.

Ceux que j'ai interrogés sont unanimes, : le sport permet, avant toute chose, de se défouler, de s'évader, de se dépasser, de garder une bonne condition physique et de faire attention à sa santé. Il permet aussi de rompre l'isolement, de partager des valeurs communes, de travailler la confiance en soi et a bien d'autres vertus encore.

Il a été prouvé par de nombreuses études que la production d'endorphines que génère le fait de bouger et la décharge d'adrénaline qu'induit la compétition, influent sur l'état psychique d'un



## Soignants « sportez » vous bien !

individu. Les endorphines sont considérées comme les hormones du bonheur et l'adrénaline permet de se sentir « *vivant* », de répondre au stress.

Les endorphines sont des hormones présentes naturellement dans de nombreux tissus et organes. Elles jouent un rôle de neurotransmetteur en se fixant sur les récepteurs morphiniques, d'où leur effet antidouleur. Elles ont été découvertes en 1970 et il en existe une vingtaine, classées en trois catégories à savoir : les enképhalines (qui inactivent les récepteurs de la douleur), les néoendorphines (qui ont une action sur la modulation de celle-ci) et enfin les bêtaendorphines (qui, elles, produisent une sensation d'euphorie). Elles soulagent donc la douleur et accroissent la sensation de bien-être. Les endorphines ont un effet anxiolytique et l'exercice physique permet d'en accroître la quantité dans le corps.

L'adrénaline, appelée aussi épinéphrine, est une hormone secrétée par les glandes surrénales. Elle est libérée dans le sang en cas d'émotion intense. On la désigne souvent comme l'hormone du stress. Elle joue, elle aussi, un rôle de neurotransmetteur dans le système nerveux central, en permettant le passage des informations d'une cellule à l'autre très rapidement. Elle permet de mobiliser l'organisme tout entier pour affronter une situation de danger ou de stress et ainsi de réagir en conséquence. Elle déclenche une série de réponses physiologiques immédiates, : l'accélération du rythme cardiaque, la hausse de la pression artérielle, la dilatation des bronches, l'augmentation de l'oxygénation du cerveau et des muscles, l'élévation du glucose sanguin... Elle peut devenir une drogue dans quelques cas,

et certains se mettent en danger pour déclencher sa production et en ressentir les effets ! Sans aller jusque là, on peut dire qu'elle est utile en sport, lors d'une compétition ou d'un challenge, où elle permet à un individu de se dépasser.

Je connais bien deux mondes sportifs, celui du tennis de table, dans lequel j'ai des fonctions de dirigeante dans le club de ma ville et celui de la boxe, où je suis juge-arbitre lors de compétition. Je côtoie depuis quelques années nombre de pratiquants, dont des soignants, à qui j'ai demandé pourquoi ils faisaient du sport et comment s'organisaient-ils au regard des horaires de travail pas toujours compatibles avec ceux que proposent les clubs pour s'entraîner, sans parler des conditions d'exercice, la fatigue générée par l'alternance jour/nuit, les changements d'horaires fréquents et non programmés...

J'ai, dans mon club, un infirmier (Kévin) qui travaille dans une clinique de nuit en douze heures. Il vient s'entraîner au tennis de table quand il peut et il joue en compétition. Pour ne pas pénaliser son équipe, il lui est arrivé, à plusieurs reprises, d'arriver juste à l'heure de début de la compétition, après avoir dormi quelques heures seulement (suite à sa nuit de travail) et repartir immédiatement après pour être à l'heure à son poste dans son service... Si ce n'est pas de la passion, ça y ressemble quand même beaucoup ! Kevin dit que jouer au tennis de table lui permet de se défouler et qu'il a besoin de cet espace de dépense physique, de détente psychologique, même si ce sport demande un mental fort pour gagner. Les échanges avec ses coéquipiers et les autres membres du club lui permettent aussi de créer du lien en dehors du milieu du travail, étant nouveau



dans la région. Les bénéfices de l'exercice physique sont aussi indéniables et ceux qui pensent que le « ping-pong » est un sport de loisir devraient venir dans les salles taper dans la balle, juste pour voir...

Je connais également un aide-soignant (dit « Momo ») qui pratique la boxe mais pas en tant que compétiteur. Il m'expliquait récemment que taper dans un sac lui faisait un bien fou, lui permettait d'évacuer les tensions ressenties dans son unité et que tout le travail foncier que demande la boxe lui permettait aussi de se sentir en forme. En effet, ce sport ne consiste pas qu'à donner des coups. Il est fait de tactique, de technique. Il faut avoir un bon jeu de jambes, du souffle, des abdominaux, savoir tenir ses bras en garde et tout cela demande une bonne condition physique. Momo ne fait que les entraînements, il ne monte sur le ring que pour des mises de gants techniques. Ce qu'il ne dit pas et qui est moins avouable, c'est que taper dans un sac, c'est un peu soulager l'animosité que l'on peut avoir envers un ou une collègue de travail, une manière symbolique de « frapper » l'autre, évitant ainsi de le faire vraiment... Manière de décharger sa rage, beaucoup plus acceptable socialement ! C'est le même phénomène lorsque l'on frappe dans une balle, quelle que soit sa taille !

J'ai rencontré plusieurs infirmières cadres de santé qui font de la course à pied et là encore, cela leur permet de travailler sur la résistance, l'effort sur la durée, d'évacuer le stress de leur fonction... au moins pendant un moment.

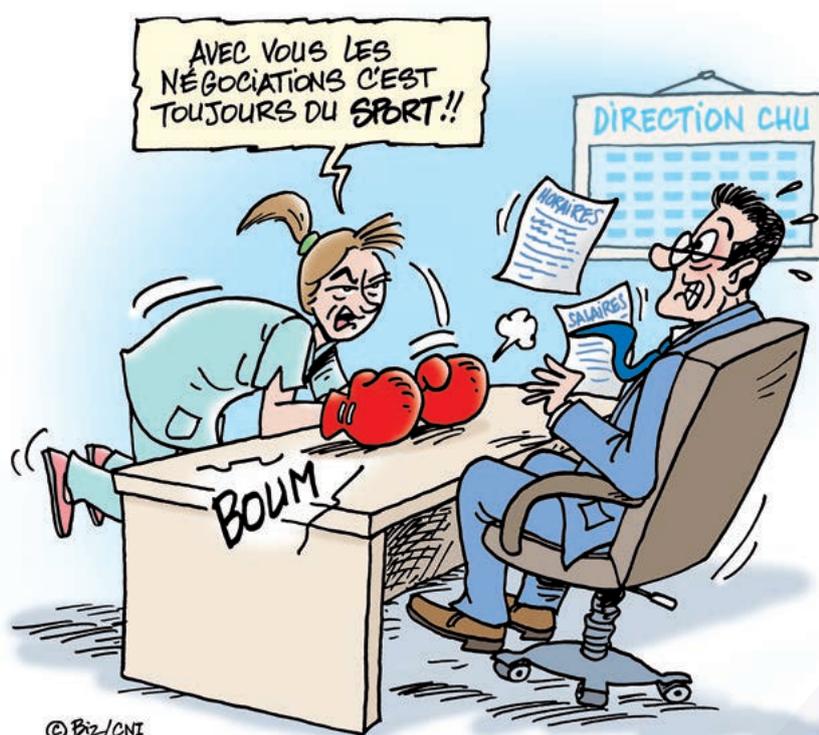
Tous les soignants sportifs avec lesquels j'ai discuté s'accordent à dire qu'avoir une activité sportive n'est pas une obligation mais un plaisir et qu'ils ne pourraient vivre sans. C'est devenu pour la majorité un besoin, une oasis de paix et de bonheur dans un quotidien de travail souvent difficile.

Etre à la recherche de son épanouissement personnel n'est ni un acte égoïste, ni une perte de temps, ni un luxe. Prendre soin de soi est un impératif, une voiture ne peut rouler très longtemps sans énergie et faire du sport permet de recharger les batteries ! Et quoi de mieux qu'un peu d'exercice physique pour se sentir mieux dans sa peau, être plus serein, et ainsi pouvoir assurer la sécurité des patients et la sienne lors des soins ?

Alors si vous avez envie de bouger, de vous détendre, de vous consacrer un moment rien qu'à vous, de vous changer les idées, prenez la peine de pousser la porte d'un gymnase, de solliciter une ou un ami pour aller faire des longueurs en piscine, promener dans un parc, une forêt, échanger des balles raquette en main, courir, taper dans un ballon... les possibilités sont infinies ! Et qui sait, ça pourrait vous plaire et vous risqueriez juste de vous « sporter » bien !

Alors chiche, demain, vous prenez soin de vous ? ■

Nathalie PAWLOWSKI  
Infirmière de secteur psychiatrique  
CNI de MARTIGUES



# PPCR : Grilles de salaire

## Voici les nouvelles grilles suite au PPCR

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

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

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

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

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

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

# PPCR : Grilles de salaire

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

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

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

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

# PPCR : Grilles de salaire

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

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

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

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

# PPCR : Grilles de salaire

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

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

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

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

# PPCR : Grilles de salaire

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

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

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

# PPCR : Grilles de salaire

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

infirmiers  
ibode iade  
aides-soignants (h/f)



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

Depuis plus de 45 ans, l'Appel Médical est n° 1 du travail temporaire et du recrutement médical, paramédical et pharmaceutique et recrute des professionnels de santé passionnés à la recherche d'expériences fortes et enrichissantes. Hôpitaux, cliniques, établissements pour personnes âgées, entreprises, laboratoires, établissements sociaux... l'une des 95 agences de l'Appel Médical répond à vos ambitions professionnelles et exigences de rythme de vie. Poste fixe en cdd ou cdi, intérim... nous vous apportons une réponse personnalisée et nous construirons ensemble votre plan de carrière. Vous bénéficiez en plus d'entretiens personnalisés, d'un plan de formation, du comité d'entreprise, d'accords exclusifs en terme de mutuelle, d'un crédit conso-immobilier, d'assurance, de la participation...

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

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

APPEL MÉDICAL DEPUIS UN POSTE FIXE

santé

# Action syndicale CNI à l'antenne de Montmorillon

Comme annoncé en 2015, notre petit Centre Hospitalier de Montmorillon a fusionné au 1<sup>er</sup> janvier 2016 avec le CHU de Poitiers.

L'année 2015 a été intense pour harmoniser les modes de fonctionnement des deux structures dans les Comités de Suivi et les instances qui en ont découlé. Fin juin 2015, la fusion a été votée et le deuxième semestre s'est avéré tout aussi important pour appréhender au mieux tous ces changements et amorcer cette nouvelle page de l'histoire de notre hôpital... du mieux possible !

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, nous sommes donc devenus « *Pôle Montmorillon* », un pôle parmi les pôles du CHU, atypique de par son éloignement géographique et la diversité des services le composant (SSR, Médecine, Chirurgie, Urgences, EHPAD/USLD...), contrairement aux autres pôles du CHU, regroupés par spécialités.

Le début de l'année a été difficile à aborder pour tous les agents de l'hôpital, quels que soient les corps de métier. Que de changements !

Les départs d'agents administratifs, annoncés par le Directeur Général en 2015, ont (hélas) bien eu lieu. Les agents partis sur le site de Poitiers ont dû intégrer un nouvel environnement de travail (non choisi !), ce qui n'est pas simple de prime abord. Les agents restés sur place ont connu, eux aussi, un bouleversement des organisations en place du fait des départs, avec souvent de nouvelles fonctions à découvrir et assumer.

Au niveau des personnels soignants, les capacités d'adaptation de chacun ont été soumises à rude épreuve également, avec de nombreuses nouveautés et la mise en place de référents logistiques (fonction inconnue au CH de Montmorillon), le déploiement du dossier de soins informatisé dans tous les services sur le premier semestre, les nouvelles modalités de commandes et d'aménagement des pharmacies avec le système vide/plein... et la mise en place de nouveaux plannings (effectifs recalculés), avec des mutations internes (pas toujours bien vécues).

Et l'action syndicale dans ce contexte ?

Au même titre qu'en 2015, en 2016, nous avons un rôle important à assumer car les inquiétudes et questionnements ne se sont pas évanouis avec la fusion, loin de là...

Dans les suites immédiates de celle-ci, nous avons eu des réunions de suivi, bien utiles pour se tenir au courant des difficultés inévitables face à de tels

changements (logistiques, économiques) mais, par la suite, nous avons eu l'impression de manquer d'interlocuteurs et d'informations. Notre rôle de délégué syndical a pris tout son sens, notamment lors des instances, en interpellant régulièrement la direction et en obtenant, par exemple, que soit rétablie notre petite gazette d'information mensuelle, bien utile pour retrouver un peu de notre identité (perdue suite à la fusion). La communication sur le site va encore être primordiale dans les mois à venir car nous amorçons en 2017 une période très importante avec la rénovation et la construction d'un certain nombre de services de notre hôpital, ce qui suscite bien sûr des interrogations !

Notre rôle, essentiel en cette période de transition, consiste à répondre au mieux aux questions de nos collègues (explications sur les nouvelles fiches de paie, les primes, les modalités de congés...), à faire remonter les éventuelles difficultés et interrogations. Nous découvrons de nouveaux interlocuteurs au niveau de la Direction et des Ressources Humaines, des instances dont le temps de réunion est multiplié par 3 ou 4 par rapport à ce que nous connaissions, avec une ouverture à ce qui se passe dans notre « *maison mère* », dont nous nous sentons encore assez distants...

Lors de l'annonce de la bascule de notre standard vers celui du CHU et la fermeture du guichet d'accueil au 15 juin (provoquant la non-reconduction d'un CDD et un changement de poste pour 2 agents titulaires), la CNI s'est insurgée de cette décision et a fait signer une pétition auprès de la population, des agents et des consultants, qui se perdaient déjà régulièrement dans les couloirs de notre établissement. Comment un hôpital peut-il ne pas avoir d'accueil physique ? Malgré la mobilisation de tous, la direction est restée insensible à nos arguments...

Première désillusion et sentiment d'impuissance... Mais nous nous sommes bien sûr chargés par la suite de signaler à la direction les dysfonctionnements (inévitables face à une décision imposée sans discussion en amont avec le personnel et dans de très brefs délais), ce qui a permis de pallier certaines difficultés malgré tout.

Deuxième désillusion liée au non-respect des engagements pris par la direction du CHU, quand cette dernière nous a annoncé que finalement,

## Action syndicale CNI à l'antenne de Montmorillon

l'augmentation de note de 0,50 point promise pour tous les agents de Montmorillon (dans l'optique, là encore, d'un alignement sur les modalités d'avancement du CHU) n'allait concerner que peu d'agents récemment arrivés sur l'établissement ! Là encore, nos multiples démarches, une lettre ouverte à notre directeur, rien n'y fera. De ce fait, le sentiment d'échec domine en termes de dialogue social mais aussi (et c'est plus grave encore) du respect de la parole donnée.

Les personnels soignants ont également vécu une année chargée en questionnements...

Avec la fusion, nous avons perdu 1 RTT et devons travailler le matin 5 minutes supplémentaires pour s'aligner sur le CHU, entre autres modifications. L'année 2016 devait être une année de transition, car nos plannings, non informatisés, allaient être revus pour le devenir et surtout, nos organisations de travail et les ratios soignants/soignés seraient analysés dans chaque service afin d'adapter notre modèle... sur celui du CHU.

Nous souhaitons très fortement que nos plannings soient revus et espérons des changements positifs de ce côté-là (nous sommes 2 agents de Montmorillon à siéger lors de CHSCT dédiés à l'étude des plannings au CHU) afin que les remplaçants, sans trame fixe de planning, en aient une et pour que le travail des week-ends s'allège en passant de 2 WE sur 3 travaillés à 1 sur 2 de façon réglementaire.

Mais, en même temps, nous nous inquiétons de ce que seraient nos conditions de travail futures puisque le CHU remplace moins les arrêts (par rapport à ce que nous connaissions) et nous étions dans l'incertitude du calcul des nouveaux ratios, notamment dans les Longs Séjours (où la charge de travail s'accroît) et en Chirurgie avec les fermetures de lits annoncées.

En ce début d'année 2017, nous pouvons faire le bilan de cet important travail qui avait été annoncé dès 2015 par notre directeur général affirmant que nous aurions toute l'année 2016 pour l'aborder sereinement.

Or, malgré de très nombreuses sollicitations de la direction par le syndicat CNI, et ce, dès le mois de juin, le travail possible pour l'encadrement et les informations pour le personnel ont été très tardifs, soit seulement à la mi-novembre pour l'annonce des effectifs et le début de présentation des plannings aux équipes !

Les équipes ont dû voter entre 2 modèles de plannings, avant l'étude en instances et n'ont souvent pas compris pourquoi le planning finalement mis en place était différent car, parfois, il a fallu revoir des non-conformités

réglementaires ou des mauvaises imbrications entre trames de temps pleins et temps partiels...

Les agents ont eu très peu de temps pour assimiler les changements inhérents à cette nouvelle conception de planning qui, effectivement, répond à nos attentes antérieures mais change fondamentalement notre système de remplacement au quotidien.

Et, malgré les dires de la direction qui se voulait rassurante (voire infantilissante en soutenant que nos inquiétudes étaient illégitimes), nous avons eu le regret d'avoir raison en affirmant que la mise en place des plannings se ferait dans la précipitation. Les organisations n'ont pas été revues faute de temps donc, les effectifs ont été adaptés au mieux pour l'instant. Les plannings ont été étudiés en CHSCT Plannings... le 14 décembre pour un affichage réglementaire... le 15 décembre ! C'est vrai, les délais ont été tenus... Enfin presque !

Par ailleurs, la CNI s'interroge toujours sur la disparition des remplaçants de nuit qui permettaient d'avoir des équipes fixes jour/nuit au profit d'équipes de nuit remplacées par du personnel de jour. Même si les agents sont majoritairement volontaires pour travailler de nuit, la CNI regrette ces nouvelles modalités et l'impact en termes de qualité de vie au travail et de vie personnelle pour les agents qui se retrouvent à alterner jour et nuit, là où cela n'était pas nécessaire avant !

En ce mois de mars 2017, nous en sommes donc à la phase d'essai des plannings qui pourront malgré tout être revus par l'encadrement ou les équipes et à la projection, loin d'être évidente... de la programmation des congés d'été, sujet toujours épineux !

Nous, agents adhérents de la CNI, nous nous voulons optimistes, en informant du mieux possible les personnels, en les accompagnant au mieux dans ces évolutions et surtout sur le terrain !

En tant que premier syndicat local et, à ce titre et grâce à la confiance que nous accordent nos collègues, nous allons poursuivre nos actions pour défendre leurs intérêts. Nous savons que nous ne pouvons pas obtenir tout ce que nous souhaiterions mais notre rôle est d'essayer, d'argumenter avec la direction et que chacun, y compris les agents, puisse s'exprimer.

Le CHU, si lointain, est une grosse machine qui ne doit pas nier les spécificités et les demandes de l'ensemble des agents de notre « petite » structure. ■

*Cécile BOURRY*  
Infirmière

*CHU de Poitiers - Pôle de Montmorillon*  
*CNI de Poitiers*

# Hôpital Nord Franche Comté

La concrétisation d'une fusion, un challenge bien complexe ...

## Historique : du projet à sa réalisation

En ce qui concerne l'hôpital de Belfort, les premiers bâtiments datent de la fin du 19<sup>ème</sup> siècle. C'est à partir de 1950 que les bâtiments et les services se sont multipliés et diversifiés pour arriver à ce que connaissent les usagers d'aujourd'hui.

L'hôpital de Montbéliard quant à lui a été construit en 1898. Lui aussi s'est développé d'année en année, la dernière construction ayant eu lieu au début des années 1990 et concernant la maternité.

L'idée de la fusion de ces deux hôpitaux de même taille et distants de 22 km l'un de l'autre, a vu le jour en 1994 et en 1996, un rapport sur leur éventuel rapprochement a été publié à ce moment là.

Depuis 1999, c'est un seul directeur et une équipe de direction commune qui gèrent le « *Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard* » (CHBM) et le 1<sup>er</sup> janvier 2000 la fusion devient effective avec la mise en commun de toutes les instances, puis l'adoption d'un projet médical unique en juin 2004 et du projet d'établissement en décembre de la même année.

En janvier 2005 l'implantation du Nouvel hôpital est définitivement décidée à Trévenans, petite commune équidistante des sites de Belfort et de Montbéliard. Le « *site médian* », tel qu'il sera dénommé jusqu'en 2015, est destiné aux 350.000 habitants de l'Aire urbaine de Belfort-Montbéliard-Héricourt. Il est situé à côté du futur double échangeur autoroutier de Sévenans et de la gare TGV et sa réalisation comprend deux opérations :

- dans un premier temps, la construction et la mise en œuvre d'un pôle logistique accueillant les fonctions de restauration, blanchisserie, magasin, pharmacie, transports, les ateliers et bureaux. Toutes les fonctions logistiques bénéficieront des nouvelles technologies en matière d'organisation : logiciel de gestion d'entrepôt, tunnel de lavage pour la désinfection des conteneurs, conception ergonomique des postes de travail. Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) a été créé avec le Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée du Chénois, ainsi la cuisine et la blanchisserie fourniront les deux établissements.
- dans un deuxième temps, la construction d'un bâtiment Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), qui accueillera dans ses 772 lits et places l'ensemble des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

La surface totale du bâtiment MCO sera de 73000 m<sup>2</sup> sur 5 niveaux avec une longueur de 250 mètres et une largeur, selon le niveau, de 95 mètres. Il comprendra un parking sous-terrain et une hélistation en toiture.

Le bâtiment MCO sera relié au pôle logistique par une galerie. Un système de Transport Automatisé Lourd (TAL) garantira la livraison dans les services du linge, des repas, des fournitures hospitalières... et le retour des conteneurs dans les fonctions logistiques dédiées.

Après avoir répondu à un appel à projets et satisfait à des critères de sélection très rigoureux, la réalisation du nouvel hôpital entre dans le « *plan hôpital 2012* » en étant l'un des plus gros projets d'unification de deux hôpitaux jamais réalisés en France, bénéficiant ainsi d'une enveloppe financière conséquente de 78,4 millions d'euros qui s'ajoute aux 90 millions déjà engagés par l'état en 2005. Cette décision a permis de boucler le budget d'environ 350 millions d'euros, financé aussi par des aides de la Région Franche-Comté (10 millions d'euros), du Conseil général et de la Communauté d'Agglomération Belfortaine qui fournissent un terrain de 40 hectares et sa viabilisation (5 millions d'euros), ainsi que par la vente de terrains détenus par le Centre Hospitalier de Belfort-Montbéliard (CHBM). Le reste du financement provient d'emprunts.

Le 20 septembre 2010 le feu vert pour la construction de cet établissement a été donné par la Ministre de la Santé de l'époque, Mme Roselyne Bachelot.

En 2012, le Centre hospitalier de Belfort - Montbéliard est le premier centre hospitalier de France à obtenir la certification de niveau 6 délivrée par l'organisation à but non lucratif HIMSS Analytics Europe, qui récompense les centres ayant amélioré leurs offres de soins grâce aux technologies de l'information et aux systèmes de gestion.

Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté



## Hôpital Nord Franche Comté

La première pierre du chantier du Nouvel Hôpital Nord Franche-Comté a été posée le 31 mai 2013 par Monsieur Pierre MOSCOVICI, Ministre de l'Economie et des Finances, et Madame Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

En 2015, des travaux supplémentaires sont engagés afin de réaliser une crèche à destination des enfants du personnel et un bâtiment qui accueillera la direction générale et un internat de 83 chambres.

A terme, la capacité sera de 817 lits, tant en hospitalisation à temps complet qu'en journée (chirurgie ambulatoire, dialyse...). Avec les autres sites (Bavilliers, Mittan, Ehpad Maison Joly et Pont-de-Roide), la capacité de l'Hôpital Nord Franche Comté (HNFC) s'élève à 1189 lits et places. Soit une baisse de 66 lits dans les secteurs de chirurgie et de 74 postes par rapport à l'effectif initial de l'ancien « *hôpital de Belfort-Montbéliard* ».

Ainsi ce seront 410 médecins, internes et attachés et 3426 personnels non médicaux (soignants, administratifs, logistiques et techniques) qui travailleront à l'HNFC.

Le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la dénomination juridique du centre hospitalier de Belfort-Montbéliard devient « *Hôpital Nord Franche Comté* » : l'HNFC est né.

Le pôle logistique entre en activité en avril 2015.

Fin 2016, les laboratoires s'installent sur le bâtiment MCO et les premiers services de soins emménagent durant la dernière semaine de janvier 2017.

Le déménagement des services de soins s'étale sur 6 semaines, à raison d'environ un service par jour. Les pompiers des SDIS 25 et 90 assureront la majorité des transferts et les patients les plus fragiles seront pris en charge par les réanimateurs, les pédiatres et le SMUR de l'hôpital.

La logistique est complexe et nécessite une organisation millimétrée.

Mi mars, l'ensemble des services auront intégré le site de Trévenans.

### L'envers du décor

Ainsi donc vous connaissez à présent les grandes lignes de ce projet pharaonique, mais tout ne s'est pas fait facilement, je dirai même que rien ne s'est fait facilement.

D'abord, historiquement, une rivalité a toujours existé entre les hôpitaux de Belfort et de Montbéliard. Des philosophies différentes, des organisations de travail



différentes, des horaires de travail différents et une manière d'appréhender son métier propre à chacun. Ainsi dès le début de cette « *aventure* » les conflits ont été nombreux et il a fallu moult discussions, réunions, échanges, négociations et concessions avant d'arriver à un projet d'établissement et à un projet médical commun.

Réunir deux hôpitaux en un seul, un sacré challenge...

A fortiori lorsque ces deux établissements s'ancrent sur deux départements différents car l'accompagnement et l'implication nécessaires des collectivités territoriales n'est pas toujours au rendez-vous. En effet, même si comme nous l'avons vu précédemment, le projet a été voté en 2004, y compris en Conseil d'Administration et donc en présence d'élus, ces derniers semblent toujours découvrir le dossier.

Pour les agents, les difficultés sont rapidement apparues, il fallait se projeter sur l'unification de services miroirs, en effet certaines spécialités existaient sur les deux sites, chaque service avait sa propre organisation, voire ses propres horaires... il fallait donc parvenir à des organisations communes, tenter de trouver celles qui feraient un consensus et seraient les plus optimales dans ce nouvel établissement, mutualiser les services. Certains ont d'ailleurs disparu d'un site pour n'exister que sur l'autre durant la phase de construction du Nouvel Hôpital.

Aussi, au fil des années, de nombreuses réunions de réflexions ont eu lieu, desquelles trop souvent les agents se sont sentis exclus, pas facile en effet de travailler et réfléchir « *en équipe* » alors même que les équipes qui seraient constituées sur Trévenans n'ont été connues que quelques mois voir quelques semaines avant le déménagement...

Des groupes de travail ont été organisés mais comment se projeter dans une future organisation alors même que vous ne saviez pas si vous feriez partie de l'équipe ? Parce que bien sûr... unir des services sur un même site signifie que tous les personnels des sites distincts ne peuvent pas être affectés sur le service unifié. Concrètement, si vous avez deux services de médecine de 30 patients et

## Hôpital Nord Franche Comté

que vous devez devenir un seul service de 30, il n'est nul besoin d'avoir fait polytechnique pour comprendre qu'il y aura trop d'agents pour intégrer le service unique...

Les agents ont donc rapidement montré leur anxiété, voire leur angoisse. La peur de l'inconnu et le besoin de savoir « où on va » sont bien humains, ne pas savoir ce que vous ferez « demain » est source de stress, de questionnement, parfois de peur qui ont amené certains agents à quitter, sous une forme ou une autre, l'établissement. En tant qu'organisation syndicale, nous avons essayé tout au long du processus d'apporter nos réflexions sur les moyens et méthodes à mettre en place afin d'accompagner au mieux ces bouleversements; nous avons parfois été entendus par les directions, parfois beaucoup moins, ce sont des années de travail intensifs durant lesquelles nous avons tenté de faire en sorte que le personnel souffre le moins possible de ces profonds changements.

En 2015, la direction a lancé une grande enquête auprès des agents afin de recenser les souhaits concernant leurs futures affectations et si l'intention semble louable, le vécu en a été beaucoup plus difficile. En effet, que vous ayez ou non envie de changer de service, vous étiez dans l'obligation d'émettre 3 choix dans des spécialités différentes et bien que des critères aient été établis pour réaliser ces affectations, le destin professionnel de milliers de personnes était entre les mains de personnes ne les connaissant pas.

C'est début 2016 que les affectations ont été portées à la connaissance de chacun et si dans la majorité des cas elles ont été vécues relativement bien, pour certains ce fût beaucoup plus douloureux, car « bénéficiaires » d'une affectation qui parfois ne correspondait pas du tout à leur vision du travail. Et oui, lorsque l'on fait le choix de travailler sur une spécialité, ou que l'on travaille depuis toujours dans un secteur, apprendre du jour ou lendemain



Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté

qu'il va vous falloir ré-envisager votre parcours professionnel de manière totalement différente est loin d'être aisé. N'en déplaise aux grands penseurs, un diplôme identique ne signifie pas que vous êtes en capacité d'exercer un métier dans n'importe quel service. Chaque service nécessite des compétences spécifiques qui ne s'acquièrent pas uniquement par le biais des études. Par exemple, les aides soignant(e)s dans certains secteurs se sont vu(e)s attribuer les tâches d'entretien des locaux jusque là réalisées par les ASH.

Dans nos bureaux nous n'avons jamais tant répondu à des questions concernant les demandes de disponibilité, voire de démission, que pendant les semaines qui ont suivi ces annonces.

Pour autant il faut reconnaître qu'au cours des mois suivant, la majorité des agents a cheminé et même si les inquiétudes demeuraient, le déménagement se concrétisait et beaucoup l'attendait, ne serait-ce que pour enfin réussir à se projeter et s'approprier ce nouvel et imposant édifice que nous avons vu se construire petit à petit.

En janvier 2017, des portes ouvertes ont permis à plusieurs milliers d'agents, accompagnés de leurs familles, de visiter (selon un circuit défini) ce nouvel établissement. Les retours étaient en grande majorité positifs, quelques inquiétudes au vue de la taille de l'édifice et des déplacements qui seront à y faire (je vous le confirme laissez chez vous les talons hauts et chaussez de bonnes baskets !) mais un enthousiasme non négligeable a vu le jour et certains, très opposés au changement, ont même changé d'avis.

En janvier 2017, les services de soins ont commencé à emménager sur Trévenans, les débuts sont difficiles, car arriver dans cette immense structure où les travaux sont encore en cours d'achèvement, laisser derrière soit des années de souvenirs professionnels et de collaboration avec parfois les mêmes collègues depuis 10, 20 ou 30 ans, sont autant d'éléments qui majorent le stress lié au changement.

Certains vous diront : « oui mais quand même c'est neuf et beau avec du matériel hyper moderne, ça ne peut qu'être mieux ». Certes, sauf que dans le monde



Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté

hospitalier d'aujourd'hui nos énergies s'épuisent rapidement, exposés à des charges de travail qui ne cessent d'augmenter, contraint de plus en plus à des tâches administratives (nous sommes devenus des experts du cliquage) et rappelé en permanence sur des jours de repos. La dépersonnalisation du soin nous éloigne trop souvent de ce que pour quoi nous avons choisis nos métiers. Dans ce monde-là, être privé de nos repères, de nos racines professionnelles est difficile à vivre, à appréhender et chacun d'entre nous doit faire le deuil de ce qu'il a connu pour parvenir, espérons-le, à s'épanouir dans ce nouveau milieu.

Certes l'écrin est joli, mais à l'heure où je rédige cet article, alors que la phase d'emménagement de tous les services s'achève, les problèmes sont nombreux.

Les parkings ne sont toujours pas achevés et trouver une place pour stationner, que l'on vienne travailler ou consulter, relève du parcours du combattant. Alors oui des places supplémentaires devraient bientôt améliorer la situation, mais nous restons dubitatifs sur la capacité totale finale et ne pouvons que regretter que la direction n'ait pas plus entendu nos alertes quant aux temps de chevauchement des équipes matin/après-midi et à leurs incidences sur le nombre de places disponibles nécessaires...

Cette problématique de stationnement est majorée par une infrastructure routière dont les travaux sont très en retard. En effet, ces derniers débutent quasi simultanément avec l'ouverture de l'hôpital de Trévenans avec une fin programmée en ...2020 ! La modification non négligeable du flux routier implique nombre de galères pour les personnels, les usagers et les ambulances.

Un réseau de transport en commun performant aurait pu nous aider mais pour l'heure, selon le département de départ, la fréquence des bus varie de toutes les 15 à 35 minutes au mieux voir 1 heure. Soyons patients : le réseau de bus unique pour le Nord Franche Comté devrait, selon nos élus, être une réalité dans quelques mois ...

Le réseau téléphonique n'est pas encore optimal et les conséquences auraient pu être dramatiques lorsque l'on sait qu'au bloc opératoire, impossible pour les infirmiers anesthésistes d'appeler un médecin anesthésiste réanimateur en cas d'urgence car le téléphone « ne passe pas » !

A cela s'ajoutent les nouveaux outils technologiques « high tech » et le manque de formation sur ceux-ci avec pour incidence le sentiment de travailler en insécurité et de ne pas être opérationnel pour une prise en charge optimale des patients.

Ce qui pose souci également énormément à chacun d'entre nous, c'est l'articulation du travail au sein de ce grand paquebot, la mise en œuvre de nouveaux horaires pour certains, les organisations de travail qui bien qu'ayant été travaillées en amont nécessitent des ajustements parfois conséquents, les effectifs qui paraissent insuffisants dans certains secteurs malgré les dires de notre direction.

Beaucoup d'interrogations, de doutes et d'inquiétudes subsistent pour le moment. Seul le temps nous permettra d'évaluer l'efficacité du fonctionnement de cet immense paquebot. Pour voguer sereinement et éviter les écueils, il est impératif que le capitaine soit à l'écoute de ceux qui sont, chaque jour, contre vents et marées, sur le pont. Espérons donc qu'un vrai dialogue social, entre nous et la direction, permettra d'agir au quotidien pour permettre aux personnels d'approprier ce nouvel environnement de travail pour qu'ensemble nous puissions écrire les pages d'un nouvel avenir commun. ■

*Céline DUROSAY*  
Infirmière  
CNI de Belfort Montbéliard  
Hôpital Nord Franche Comté



Hôpital de Montbéliard - Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté



Hôpital Nord Franche Comté TREVENANS - Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté



Hôpital de Belfort - Service communication de l'Hôpital Nord Franche-Comté

**NOUVEAU**



Vous êtes infirmières ?  
Téléchargez gratuitement  
toute la base de données  
**VIDAL** sur votre smartphone !



## Une installation simple et rapide en 4 étapes

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



**2** Créez votre compte **VIDAL** dans l'application en remplissant le formulaire d'identification.

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

**4** Retournez dans l'application et saisissez vos identifiants de compte **VIDAL** (email et mot de passe), afin d'accéder à l'application.

Vous souhaitez disposer de la procédure détaillée ?  
Vous rencontrez un problème particulier ?



**Rendez-vous sur**

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

# Parkings au CHU de POITIERS

## Le parcours du combattant ?

Les soignants  
ne trouvent pas de place pour se garer.  
Les agents de sécurité  
se font agresser et agressent.  
L'exaspération est générale,  
que fait la direction ?

Dans un contexte déjà difficile en termes de conditions de travail, les plaintes enregistrées par la CNI s'accumulent et le constat est simple... à partir de 13h30, les parkings des personnels sont déjà saturés.

### Des agressions à répétition qui deviennent banales

Les agressions verbales et les intimidations (et même menaces) sont quotidiennes. Le soignant fait tout pour trouver une petite place et l'agent de sécurité fait tout pour le rediriger vers des parkings engorgés.

### Une marge de sécurité parfois inutile !

La réalité est cruelle car, même en gardant une marge d'une demi-heure, la mission s'avère trop souvent impossible. Certains agents, malgré le covoiturage, tournent près d'une heure sur le site pour, au final, arriver en retard dans le service, en civil, afin de prendre leurs transmissions ! D'autres arrivent encore plus tôt, déjeunent dans leur service vers 13h pour être sûrs d'avoir, en amont, une place sur le parking.

### Autre problème pour les agents du soir

Enfin, le problème des personnels du soir reste entier lorsqu'ils doivent traverser tout le site pour rejoindre leur véhicule. Les caméras et les éclairages ne vont pas résoudre tous les problèmes de sécurité... Quand



va-t-on consulter les premiers intéressés et prendre en compte leurs demandes ? Faut-il attendre un drame ?

### Quelles consignes ont les agents chargés de la sécurité ?

Les altercations entre soignants et agents de sécurité « véhiculent » un climat délétère dans l'établissement. Le premier s'agaçant avant sa prise de fonction et le second n'y trouvant pas forcément son compte non plus. Quelles sont les consignes données à ces agents ? La ponctualité et la sérénité des soignants sont-elles prioritaires au CHU de Poitiers ? Que dire de l'attitude de la direction qui laisse perdurer ces situations, les comportements agressifs de part et d'autre et qui en plus verbalise ses propres agents lorsqu'ils sont mal garés ?

Quelques places de parking sont bien en cours de réalisation mais seront-elles à la hauteur des besoins ? Le site de la Milétrie est suffisamment vaste pour permettre d'autres aménagements. Entre le manque de places pour les professionnels et le stationnement payant pour les usagers, la problématique des parkings ressemble bien, à présent, à une histoire économique qui doit devenir au plus vite rentable pour la direction du CHU de Poitiers. ■

*Céline LAVILLE*

*Infirmière (CHU de Poitiers) - CNI de Poitiers*

*Stéphane DERES*

*Infirmier (CHU de Poitiers) - CNI de Poitiers*

### Témoignages

#### Témoignage 1

« Un jour, nous sommes arrivées (et oui, en plus, nous covoiturons) sur le premier parking à 13h30 (avec une marge de sécurité) pour constater qu'il était plein, même les allées (places non matérialisées) étaient prises d'assaut. Nous avons poursuivi sur le second parking qui était lui aussi complet. Après avoir fait deux fois le tour de l'hôpital, nous nous sommes présentées devant l'agent de sécurité au niveau d'un troisième parking en lui expliquant notre situation et que nous tournions depuis 30 minutes. L'agent, à la limite de la correction, s'est placé devant notre véhicule pour nous empêcher d'avancer, nous a obligé à sortir du parking en nous menaçant d'appeler ses collègues à la rescousse... Après avoir tourné 50 minutes sur le site, nous avons pris nos fonctions à 14h20 (en civil !), bien stressées, afin de ne pas pénaliser nos collègues du matin ».

#### Témoignage 2

« Ayant épuisé tous les possibilités sur les différents parkings du personnel, j'ai donc décidé d'accéder au parking des consultants ! La « dame » chargée de la sécurité m'arrête et me demande pourquoi je venais au CHU. Je lui réponds (après un moment de doute) que je venais pour travailler et que les

parkings du personnel étaient saturés. Elle me répond « Ce n'est pas mon problème, reculez ! ». Je lui explique ma situation, qu'effectivement être soignant est un problème mais que je souhaitais quand même venir travailler ! Je lui rappelle aussi, au passage, que je ne vois pas l'intérêt d'un parking consultants si les soignants ne sont pas en poste ! Elle relève alors mon numéro de plaque d'immatriculation et je lui demande évidemment quel est l'intérêt de le faire (il me semble que je n'avais pas enfreint la loi, que je voulais juste poser ma voiture (et aller enfin bosser !). Mon honnêteté aurait-elle été mal vue... Aurais-je mieux fait de mentir et de dire que j'étais consultante et donc « privilégiée » pour trouver une place sur ce fichu parking ? Je poursuis donc mon périple et, ne trouvant toujours pas de place, je repasse devant elle en lui disant que j'allais être en retard au travail. Elle me répond : « C'est comme ça... Et vous pouvez faire toutes les feuilles d'événements indésirables que vous voulez, le directeur s'en fout de votre gueule ! ». Comment ne pas être énervée face à ce genre de discours ! Pour finir l'histoire, j'ai dû aller me garer à l'extérieur du site du CHU... En sachant qu'il fait nuit lorsque nous quittons le service... Les stress se suivent... Est-ce normal de marcher si loin pour retrouver sa voiture le soir, dans le noir dans une telle insécurité ? »



# Clinique chirurgicale, une restructuration en mode accéléré

L'objectif était fixé, 43 lits d'hospitalisation de chirurgie disparaissent au CHU de Poitiers pour développer, en parallèle, la chirurgie ambulatoire. Comme tous les hôpitaux en France, le CHU doit diminuer, au pas de charge, les temps d'hospitalisation liés à la chirurgie. Le but est de diminuer le coût de prise en charge pour participer aux économies imposées par le gouvernement.

Au CTE du 8 février 2017, La Direction nous a donc présenté SON projet médico-soignant, « *résultat d'un travail très méthodique durant de très longs mois* ». La CNI a demandé des précisions sur le projet médico-soignant pour savoir qui avait participé à son élaboration... En fait, les soignants (IDE, AS ou ASH) n'ont pas été intégrés à la réflexion.

Selon le type d'intervention ou le profil des patients, le CHU de Poitiers va donc proposer 3 types de prises en charge, tout d'abord ambulatoire, ensuite, l'hospitalisation de courte durée ou clinique chirurgicale (3 nuitées maximum) et, enfin, les unités de recours (séjours plus longs pour les chirurgies plus complexes).

## Première impression...

Les nouvelles organisations ne mentionnent à aucun moment le métier d'Agent de Service Hospitalier. Les effectifs sont calculés et annoncent uniquement des postes d'aides-soignants et d'infirmiers. Alors que les patients resteront hospitalisés de moins en moins longtemps, que le turnover va s'intensifier (est-ce encore possible ?), comment va s'organiser le ménage, aussi bien des chambres que des lieux communs ? Le projet qui se veut mature n'en parle pas.

## Quelles répercussions ?

La direction annonce un service de 30 lits de chirurgie polyvalente de courte durée réunissant 9 spécialités différentes. Les soignants devront s'adapter une fois de plus à cette évolution et devenir très polyvalents. Les patients accueillis seront certes autonomes mais le turnover sera tel, que la prise en charge en sera impersonnelle. Il s'agit de rationaliser, d'optimiser et de standardiser. Les actes seront protocolisés, stéréotypés et tout devra rentrer dans une case. Pourra-t-on encore parler d'accompagnement ?

## Des patients autonomes...

La direction explique que les patients hospitalisés dans cette clinique chirurgicale seront autonomes physiquement et seront en capacité de comprendre rapidement les informations qui leurs sont délivrées. En préopératoire, la consultation sera plus complète pour préparer au mieux le patient à son hospitalisation. Celui-ci va repartir avec une tête bien pleine et, notamment, avec ses ordonnances de prise en charge post opératoire pour l'infirmière libérale. Mais qui va reprendre toutes ces informations avec lui pour en vérifier la compréhension ? Cela va induire une charge de travail supplémentaire pour les infirmières de consultation et, à ce jour, aucun renfort n'est prévu !

## 6 unités de recours pour les chirurgies plus complexes

Les patients les plus lourds seront donc concentrés dans des unités de recours qui regrouperont elles-mêmes plusieurs spécialités. Une légère majoration des effectifs soignants sera consentie mais, ne nous y trompons pas... la surcharge de travail sera telle que les conditions de prise en charge vont être très lourdes. Enfin, la tendance se confirme, les postes d'aides-soignants de nuit disparaissent. Les binômes infirmiers assureront le service mais, en contrepartie, des aménagements d'horaires pour les aides-soignants se développent déjà (prise de poste dès 6h notamment !). La CNI reste très interrogative sur la pertinence de ces nouveaux horaires et abordera de nouveau le sujet au prochain CHSCT. Des plannings transitoires seront instaurés pour la mise en place de ces nouvelles organisations. Un passage en CHSCT sera effectué rapidement dans un second temps.

# Clinique chirurgicale, une restructuration en mode accéléré

## Polyvalence, concentration des soins et mutualisation tout azimut

La CNI s'est prononcée CONTRE ces réorganisations qui se sont décidées, comme d'habitude, sans les soignants du terrain et sans les représentants du personnel. Pour les infirmières, la polyvalence qui se dessine, alliée à une concentration des soins, n'est pas de nature à rassurer. L'organisation des équipes d'ASH n'est pas encore décidée. L'impact sur la charge de travail des aides-soignants n'est pas connu. Pourtant, les effectifs ont déjà été décidés... Bref, un projet précipité qui rappelle déjà, bien avant sa mise en place, l'échec cuisant d'une « expérimentation »

encore dans nos mémoires, celle de la mutualisation d'un service de médecine et un autre de chirurgie... ■

Mélanie CAILLAUD  
Aide-Soignante (CHU de Poitiers)

Stéphane DERES  
Infirmier (CHU de Poitiers)  
CNI de Poitiers

La CNI reste très interrogative sur la pertinence de ces nouveaux horaires et abordera de nouveau le sujet au prochain CHSCT planning.



3<sup>e</sup> JOURNÉES D'AUTOMNE 2017

## PRENDRE SOIN AUTREMENT

Bordeaux / 16 & 17 octobre 2017



Organisées par l'Institut de formation Joël Savatofski  
ÉCOLE EUROPÉENNE DU TOUCHER-MASSAGE®

RENSEIGNEMENTS : 03 80 74 27 57

INSCRIPTION EN LIGNE : [WWW.IFJS.FR](http://WWW.IFJS.FR)



## Conférences / Ateliers pratiques

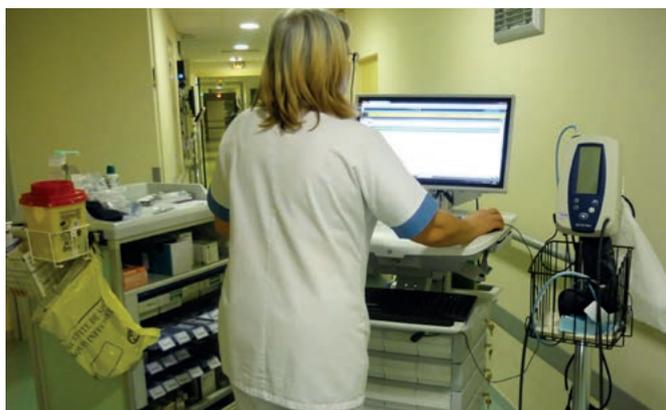
Prendre soin autrement, c'est prendre soin de la personne dans sa globalité. C'est permettre au patient d'être acteur de sa santé, reconnaître ses besoins, lui permettre de valoriser ses ressources.

Que vous soyez professionnels de santé, ou simplement concernés par des approches innovantes, ces journées vous concernent !

Elles vont vous permettre de découvrir des techniques efficaces, concrètes, créatives qui permettent de donner sens au prendre soin.

MASSAGE / CLOWN / HYPNOSE / MUSICOTHÉRAPIE / MÉDITATION / ZOOTHÉRAPIE...

# A Lusignan, Pays charmant ou plainte mélusine ?



## Un peu d'histoire...

A Lusignan, petite bourgade de 2 600 habitants à 25 km au sud de Poitiers, l'Hôpital-Dieu (dit de Saint Louis) daterait de la fin du XVII<sup>ème</sup> siècle. L'ancien hôpital fut reconstruit en 1881 sur l'ancien hospice. En 1911, il devient un hôpital civil et militaire puis, en 1967, une maternité voit le jour avec l'ouverture de 10 lits. A compter de 1975, des constructions successives vont modifier l'architecture historique et l'affectation des services va encore évoluer pour répondre aux besoins de la population mais surtout aux exigences sanitaires ou économiques (la maternité a ainsi disparu).

## Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, l'hôpital de Lusignan proposait :

- 21 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) dont 5 lits réservés aux personnes atteintes d'un coma, état végétatif chronique (EVC) ou état pauci-relationnel (EPR), seul service de ce type sur le département de la Vienne),
- 30 lits d'unité de soins de longue durée (USLD),
- 164 lits pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dont 12 lits en unité fermée (dite unité « Alzheimer »).

## La fusion, conséquence inéluctable...

1<sup>er</sup> janvier 2013, le CH de Lusignan fusionne avec le CHU de Poitiers et intègre donc sa filière gériatrique. Cette fusion aura, bien évidemment, entraîné beaucoup de questionnements et d'inquiétudes auprès de tous les personnels. Le projet gériatrique va imposer l'ouverture de 14 lits supplémentaires de SSR qui sont installés à la place de lits d'USLD

déjà existants. Mais, dans un même temps, les 30 lits d'USLD doivent être conservés. Il faut donc créer des chambres supplémentaires et « pousser les murs » à la place de bureaux, d'une salle de bains ou encore de la salle d'animation.

## Organisation chamboulée et marathon journalier...

Au final, les 30 lits d'USLD sont désormais répartis sur 3 niveaux, ce qui ne facilite pas le travail des soignants et notamment de l'infirmière qui a, seule, la responsabilité de l'unité « éclatée ». La salle de soins principale est très éloignée et excentrée. Une petite salle de soins de « dépannage » très insuffisante a bien été créée au rez-de-chaussée en complément mais ne répond pas aux attentes. De plus, les chariots de soins (outils indispensables !) sont lourds, peu maniables, il faut les soulever pour entrer dans l'ascenseur... La situation aurait pu et dû être anticipée mais les soignants n'ont pas été consultés en amont (bien que la direction affirme le contraire). Une concertation en équipe a eu lieu pour l'organisation et la répartition du travail et deux choix ont bien été proposés. Le premier attribuait les 6 lits d'USLD à l'infirmière de long séjour (qui a déjà 63 résidents à charge !). Le second, qui a été retenu par une majorité d'infirmières, laisse donc à charge les 30 patients sur 3 niveaux... Le choix s'est donc fait par défaut sans conviction et sans rollers !

## Cherche salle de soins désespérément...

L'établissement de Lusignan compte 229 lits et propose uniquement 2 salles de soins (2,5 pour être exact) mais les couloirs sont très longs. Il faut ainsi effectuer de nombreux pas pour assurer le travail dans son propre secteur, pour récupérer du matériel, des médicaments ou encore répondre à une urgence. Tout changement ou nouvelle prescription n'est donc pas anodin et tout ne peut être anticipé.

L'infirmière de la maison de retraite a 101 résidents à charge sur 2 étages répartis en 6 ailes avec une salle de soins située en dehors du secteur ! Pour donner quelques exemples, il faut effectuer 54 pas pour aller de la salle de soins à la 1<sup>ère</sup> chambre, 190 pas pour aller à la dernière chambre, 140 pas pour aller à la 1<sup>ère</sup> chambre d'USLD et 95 pas pour aller à la 1<sup>ère</sup> chambre du SSR2 !

## A Lusignan, Pays charmant ou complainte mélusine ?

### Au CH de Lusignan, il faut impérativement avoir une tête et des jambes !

Le problème a été soulevé à plusieurs reprises. Les réponses apportées laisse penser que la situation n'est pas prête à s'arranger, « *qu'avant, il n'y avait qu'une salle de soins* », « *que sur un autre site, une infirmière s'occupe de 150 résidents sur 3 étages* » (en omettant de préciser que les résidents sont largement moins médicalisés) et, au final, de quoi se plaint-on ? Face à nos protestations régulières, la hiérarchie nous renvoie « *mais que proposez-vous ?* » ou « *si vous n'êtes pas contentes, vous pouvez aller voir ailleurs...* », discours pas très motivant, décevant et plutôt frustrant.

### Arrête ton char ! Plus qu'une histoire... un « feuilleton » !

Les chariots de soins (pour le secteur sanitaire) contiennent les dossiers de soins, traitements journaliers, perfusions, injections, solution hydro-alcoolique, boîte pour piquants/coupants.... Avec le nouveau secteur de soins qui a ouvert le 2 novembre 2014, il nous fallait bien évidemment un nouveau chariot pour compléter l'arsenal...

En attendant que ce nouveau matériel arrive, le CHU de Poitiers nous a prêté un chariot peu maniable et bien trop petit pour un secteur de 21 lits. Quelqu'un a eu la riche idée de l'échanger en interne avec un autre utilisé dans un autre secteur (ne comptant que 14 lits) mais il reste tout de même inadapté et toujours trop petit. Il ne propose pas de support pour écrire car sa tablette (trop basse) est bloquée depuis belle lurette ! Il faut toucher par ailleurs la poubelle pour y jeter quelque chose, ce qui soulève également un problème d'hygiène.

En attendant, le chariot adéquat se fait attendre depuis 2 ans et, pas de chance, l'entreprise auprès de laquelle il avait été commandé a fait faillite.

Depuis, avec l'informatisation du dossier de soins et le déploiement du logiciel « *Hôpital Manager* », il faut désormais inventer l'infirmière à 3 bras, il faut trainer 3 chariots, celui pour les traitements, celui dédié à l'ordinateur et celui pour la prise des constantes...

Enfin, suite à la réorganisation avec la mise en place du travail en binôme, l'unité a été divisée en deux secteurs. Il fallait donc trouver un second chariot pour ce nouveau secteur, matériel qui, curieusement, est arrivé sans tarder... Etait-ce difficile d'en commander un de plus pour remplacer le premier ? Il faut croire que oui ! Nos espoirs se reportent donc à présent sur 2017...

### Et les conditions de travail ?

L'histoire du chariot est un détail mais aussi un révélateur. Nos conditions de travail se dégradent inéluctablement et l'ironie dans cette histoire réside en cette volonté de vouloir sensibiliser l'ensemble du personnel aux troubles musculo-squelettiques (TMS) et aux risques psycho-sociaux (RPS)... Et si on commençait par donner aux soignants le matériel et les locaux adaptés ? Il va bien falloir, un jour, penser à ménager les soignants afin qu'ils puissent exercer leur métier dans la durée, durée qui reste (au regard de l'actualité), plus que jamais indéterminée... et qui pourrait devenir interminable.

Quand, dans un même temps, le CHU de Poitiers trouve l'enveloppe budgétaire pour construire un pavillon administratif pharaonique, des soignants, dans l'ombre, attendent une salle de soins supplémentaire et un chariot pour la prise en charge des patients. Serait-il plus important de mettre en lumière les arbres, sur le site de la Milétrie, avec des LED multicolores ? Visiblement, nous n'avons pas les mêmes attentes, les mêmes exigences... ni les mêmes valeurs.

Au regard du prix de journée pour un résident en EHPAD, de leur accompagnement et des prestations offertes, le compte n'y est pas. Pour la qualité des soins et la qualité de vie au travail, il faudra donc encore attendre en espérant que notre bel hôpital excédentaire ne fasse pas faillite à son tour...

La maîtrise des dépenses de santé est certainement une nécessité mais encore faut-il prioriser les investissements avec pertinence. Notre directeur préfère mettre en lumière les arbres (car la vitrine doit donner envie) ainsi que son merveilleux pavillon administratif. Une structure gériatrique comme celle de Lusignan n'est pas très vendeuse en termes d'image. Le vieillissement est pourtant l'avenir... de tous ! ■

*Valériane POUPIN*  
Infirmière (CHU de Poitiers)  
*Stéphane DERES*  
Infirmier (CHU de Poitiers)  
CNI de Poitiers



# 1104 km contre le cancer du sein

## Présentation de l'association Cyclosein

Cette association a été créée en septembre 2015 à Saint Mitre les Remparts (13).

### Buts de l'association :

- Sensibiliser les pouvoirs publics et la population sur le risque de cancer du sein généré par le travail de nuit,
- Améliorer la surveillance médicale du personnel de nuit,
- Optimiser la participation de la médecine du travail à la prévention.
- Obtenir la reconnaissance du cancer du sein comme maladie professionnelle.

de santé et de recherche médicale) confirment que le risque du cancer du sein est augmenté de 30% chez les femmes travaillant de nuit. De plus :

- Le CIRC (Centre International de Recherche sur le Cancer) a classé le travail de nuit comme cancérigène probable,
- La HAS (Haute Autorité de Santé) a émis des recommandations de bonne conduite,
- Plus récemment en juin 2016, l'ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire) confirme ces résultats.

### Le NOM

Le nom Cyclosein est composé de deux mots : cyclo pour vélo ou cycle circadien (horloge biologique) et sein pour cancer du sein.

L'association est constituée d'un président, d'un trésorier, d'un secrétaire et d'un administrateur chargé de la communication.

Bien que le cancer du sein soit une pathologie multifactorielle, plusieurs études internationales, dont une française (l'étude CECILE - cancer Côte d'Or et Ile-et-Vilaine - en 2010, dirigée par Pascal GUENEL, directeur de l'INSERM - institut national

### Organisation de la démarche

Nous avons organisé un périple à vélo en septembre 2016 pour rallier le ministère de la santé à Paris depuis St Mitre les Remparts afin d'y déposer un dossier sur le sujet du cancer du sein et une pétition de plus de 4000 signatures.

Avant le départ, Pierre-Marie MARTIN, professeur émérite des hôpitaux et facultés d'Aix-Marseille, a fait une conférence sur la prévention des risques de cancer, intervention filmée et présentée à plusieurs étapes du périple lors de conférences-débats.



# 1104 km contre le cancer du sein

## Présentation de l'association Cyclosein

### Le périple

Le départ a été donné à Saint-Mitre-les-Remparts le 10 septembre 2016 à 9 heures ; une cinquantaine de vélos nous accompagne, Madame la Maire en fait partie. A partir de Villeneuve-Lès-Avignon, le trajet s'effectue le long de la Via Rhôna.

A notre arrivée à Sarras le 13 septembre, nous organisons notre première rencontre étape qui attire un certain nombre de curieux ainsi que le Maire et des élus.

A Givors, le 14 septembre, nous sommes attendus par des membres de l'association Europa Donna, avec qui nous aurons un bel échange.

L'étape de Laizy, le 17 septembre, en Bourgogne, est l'occasion pour nous de donner notre deuxième conférence. Les villageois sont au rendez-vous avec plus de 100 personnes ainsi que le Maire et des élus. Nous sommes à la moitié du périple, nous nous reposons 2 jours et c'est aussi l'occasion de faire une révision des vélos.

L'arrivée à Tonnerre nous permet de donner notre troisième conférence, nous sommes le 21 septembre et le ministère nous confirme enfin notre rendez-vous du 26 !

Depuis quelques jours, nous empruntons le canal de Bourgogne qui aboutit sur le canal de l'Yonne.

Nous arrivons à Montereau où nous donnons notre quatrième et dernière conférence, puis nous repartons en longeant le Seine.

Le 25 septembre nous arrivons à Paris, après 1104 km de VTT en 15 jours. Nous sommes accueillis par l'association des hôtesse de l'air contre le cancer du sein.

A l'issue de ce beau parcours, empli de merveilleuses rencontres, nous nous rendons au Ministère des Affaires sociales et de la Santé le 26 septembre à 15h. Lors d'un entretien cordial de 40 minutes, nous avons pu exprimer, en présence de 2 médecins spécialistes des maladies chroniques non transmissibles, notre souhait que la Haute Autorité de Santé :

- prenne en considération le travail de nuit comme facteur de risque du cancer du sein,
- mette en place une surveillance et des mesures de prévention appropriées pour les travailleurs de nuit,
- engage les moyens d'une étude spécifique à grande échelle sur les infirmiers de nuit.



Nos interlocuteurs ont été à l'écoute, intéressés, concernés et ont pris de sérieuses notes de tous nos souhaits.

### Enjeux actuels

L'objectif principal est de sensibiliser les pouvoirs publics et la population sur le risque de cancer du sein généré par le travail de nuit.

### Objectifs opérationnels

**A - Rencontre au Ministère de la Santé avec le docteur BUTTET, spécialisé dans les maladies chroniques non transmissibles.**

Lors de cette rencontre, nous avons pu aborder des sujets tels que :

- L'information des médecins sur les risques encourus par le personnel de nuit
- Des études à grande échelle à renouveler
- Un suivi médical renforcé
- La formation obligatoire sur le travail de nuit et l'hygiène de vie pour le personnel
- La réparation et la demande de reconnaissance de maladie professionnelle.



L'objectif principal est de sensibiliser les pouvoirs publics et la population sur le risque de cancer du sein généré par le travail de nuit.

## B - Autre objectifs

- Conférences, rencontres, débats...
- Courses à pied et vélo
- Rencontres avec d'autres associations
- Informations et interventions dans les lycées et instituts de formation d'infirmières
- Participation à des forums sur la santé et le travail
- Publication d'articles dans des revues spécialisées.

## C - Reste à faire

- Agrément à demander à l'ARS (Agence Régionale de Santé) dès que nous aurons 3 ans d'existence.

## Pour nous contacter

- Adresse: 432 allée des frères Montgolfier 13920 Saint Mitre les Remparts
- Téléphone: 06 62 58 05 72
- E-mail: cyclosein@laposte.net
- Facebook: [www.facebook.com/Cyclosein](http://www.facebook.com/Cyclosein)
- Twitter: [www.twitter.com/Cyclosein](http://www.twitter.com/Cyclosein). ■

*Sylvie PIOLI*

*Présidente de l'association Cyclosein  
IDE retraitée Centre Hospitalier Martigues*



# Le manger main ou finger food

Le principe est une nourriture (food) adaptée dont les mets sont présentés d'une telle façon qu'ils peuvent être saisis et mangés facilement avec les doigts (finger).

Cette présentation culinaire se décline sous forme de bouchée, ce peut être des beignets, flans, quiches, toasts, aliments coupés en dés ou en rondelles, raviolis, gnocchis ou pâtes faciles à saisir.

C'est une façon d'assurer l'équilibre alimentaire pour des usagers en perte d'appétit ou ayant des troubles du comportement de type praxiques et cognitifs qui les empêchent d'utiliser correctement leurs couverts et donc de s'alimenter et s'hydrater suffisamment.

Ce principe assure également une certaine convivialité avec un réel plaisir de partager un repas différent.

Ce mode d'alimentation contribue au maintien de leur autonomie, leur permettant même de picorer en déambulant, une façon de respecter leur mode de vie.

De plus, le « *finger food* » peut mettre en émoi d'autres sens tel que la vue (forme, couleur), le goût, l'odorat.

Depuis une dizaine d'année, des établissements de soins, particulièrement les EPHAD, acteurs de la prise en charge de la dépendance ont vu leurs premiers résultats fructueux, leurs études démontrent le résultat d'un bel exemple de pluridisciplinarité puisqu'elles ont mobilisé différents domaines de compétence de par les sciences de l'aliment, les sciences humaines ou encore les arts culinaires.

L'Institut Paul Bocuse, l'Agro Paris Tech, le groupe Orpéa, reconnus à l'international, proposent divers projets autour de la thématique du « *Santé-bien-*

*être* » et développent la compréhension raisonnée des aliments et des procédés.

Cette nouvelle façon de recevoir, moins conventionnelle, devient une norme pour tous au quotidien.

Le manger main en apéro dinatoire est déjà entré dans les mœurs ou traditions sous différentes formes ou appellations : brunch, tapas en Espagne, mezzés au Liban, kebab en Turquie, empanadas, cookies, pancake, sushis, tempura, hotdog, panini et burger américain.

## Prendre plaisir à manger, c'est prendre plaisir à la vie

Au CHU de Poitiers, la première phase du manger main a été explorée sur une population de personnes âgées ayant des troubles du comportement et cognitif de type maladie d'Alzheimer avancée. Un questionnaire d'observation a été analysé par plusieurs soignants et a permis d'identifier les comportements et l'attrait au cours de ce goûter. Les résultats de cette attractivité ne se sont pas révélés convaincants malgré l'implication significative des cuisiniers et du personnel soignant dans l'accompagnement de cette démarche.

Assurément et pour ne pas rester sur sa faim, une réflexion s'impose pour en connaître les raisons. Suite au prochain épisode... ■

*Christine COUBARD*  
Infirmière (CHU de Poitiers)



# Promotion Professionnelle : L'aventure à l'IFSI

C'est un problème récurrent dans notre établissement Poitevin... Des Aides-Soignants ou Agent de Service Hospitalier réussissent le concours d'entrée à l'IFSI mais les financements ne suivent pas. Pour preuve, 9 agents seulement ont été pris en charge cette année, ce qui semble bien peu au regard des besoins à venir dans le domaine de la santé et du vieillissement prévu de la population.

Mais pour ceux qui ont la chance d'être financés commence alors une aventure pleine d'embûches, de surprises et de bonheur aussi ! C'est le cas de Benoît, 29 ans qui a commencé sa carrière ASH au bloc pendant 2 ans. Puis, dans le cadre de la promotion professionnelle, il intègre l'IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignants) en 2009 et poursuit ses nouvelles fonctions, toujours dans les blocs et ce, pendant 5 ans. Une fois titularisé, Benoît passe le concours d'entrée à l'IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) (toujours en interne) et est reçu sur la liste principale, espérant évidemment une prise en charge au titre de la promotion professionnelle. C'est dans ce cadre qu'il est venu nous rencontrer à la CNI pour s'informer sur ses droits, des différentes sources de financement et connaître ses chances d'intégrer l'IFSI.

Depuis, Benoît a été financé et admis à l'IFSI... le voilà donc étudiant en soins infirmiers !

Il est revenu nous voir et nous a parlé de son parcours, son ressenti, de son aventure humaine... Benoît raconte ainsi qu'au bloc, en tant qu'AS, il se sentait plutôt bien, « au bloc, on est valorisé, on accueille le patient, on l'installe avec l'IBODE sur la table selon les recommandations du chirurgien. L'IBODE étant très occupé, le rôle de l'AS était important et valorisant ».

Benoît explique que son salaire était meilleur que dans les services classiques car il faisait des astreintes et des gardes « Les mois d'été on peut faire un nombre important d'heures supplémentaires rémunérées, le salaire est donc supérieur à la moyenne mais, par contre, le rythme est effréné et parfois, on ne voit pas le jour. L'été, c'est encore plus criant, les remplaçants ne connaissent pas le bloc, ce qui rend le travail encore plus difficile. Pour être opérationnel, il faut environ 6 mois car il faut devenir rapidement organisé et donc efficace. Le rendement est de plus en plus important, les salles sont occupées pour des interventions parfois très longues ! En fin de journée, on n'a parfois que 2h pour nettoyer 5 salles ! »

Son travail est valorisant mais les cadences très difficiles à supporter. Suite à un problème physique,

Benoît se rend compte qu'il lui sera difficile de supporter la pénibilité de son poste AS et il a cette impression d'avoir « fait le tour de la question ». Il se rapproche de plus en plus des IDE dans son service, s'intéresse à leur travail, a envie d'évoluer pour apprendre de nouvelles choses. Il pense aussi, à plus long terme, que pour découvrir d'autres horizons, il vaut mieux être infirmier. La possibilité de s'installer en libéral pourrait le tenter.

« J'ai fait l'IFAS pour découvrir le terrain en premier, c'est à dire l'humain, la suite logique, c'était l'IFSI ». Benoît a passé son concours pour l'entrée à l'IFSI en avril 2015, pour une rentrée en 2016. « Je trouve qu'il faudrait financer davantage d'agents par le biais de la promotion professionnelle. Ce sont de supers infirmiers parce que leur expérience auprès du patient fait la différence mais cet atout n'est pas reconnu par la direction ».

« L'IFSI est une découverte de soi, tu apprends de nouvelles choses, à te connaître. Il faut revoir ses connaissances et rester humble. Tu te remets en question jusqu'à te dire parfois... mais qu'est-ce que je fais là ? Quand je suis en cours, en stage, je me demande quel soignant je serai. Dès le début, il faut trouver le bon rythme, on étudie de 18h à 2h du matin, c'est épuisant ! Mais après cette prise de rythme, ça roule ! Le 1<sup>er</sup> trimestre est très dur. Il faut plancher sur l'anatomie, apprendre des données théoriques. On est bien loin de la pratique, assis pendant des heures durant. Heureusement pour étudier à la maison, on a des « cours tapés » sur « drop box » au lieu de cours en vidéo qui durent 7 ou 8 h. On est dans des cours type « fac » avec beaucoup de travail personnel. Hélas, la formation débouche sur un grade licence et non sur une véritable licence ! »

Pour les recherches, le centre de documentation du CHU est très précieux et l'ambiance y est très calme. Il existe également un système de tutorat pour les étudiants qui galèrent. Benoît fait aussi partie de l'ASEPSI (Association des Etudiants Poitevins en Soins Infirmiers).

Puis vient le temps des stages. Même si, selon Benoît, les agents en promotion professionnelle sont toujours

## Promotion Professionnelle : L'aventure à l'IFSI

plus à l'aise sur le terrain, il est compliqué pour eux de trouver la bonne attitude. « On vient de quitter notre poste d'AS, on doit en faire le deuil et apprendre à se positionner dans un service en tant qu'étudiant. Au 1<sup>er</sup> stage, on n'a que 2 patients à charge. Il faut savoir dire stop pour ne pas enchaîner les toilettes par exemple. Notre apprentissage est également compliqué à cause des problèmes d'effectif. Les IDE manquent de temps pour encadrer et parfois les 10 semaines de stage se déroulent avec l'impression de ne rien apprendre... ».

Ces moments difficiles sont des phases habituelles chez les « promos pros ». Les collègues qui ont intégré l'IFSI dans les mêmes conditions nous racontent tous ces moments de doute dans leur parcours. Benoît souhaite ajouter une difficulté spécifique aux étudiants qui ne sont pas les bienvenus sur les parkings du CHU de Poitiers. Et là encore, trouver sa place est un véritable challenge !

Pour tous les Aides-soignants qui souhaitent se lancer dans l'aventure du métier d'IDE, Benoît tient à les encourager et d'ajouter « Il faut regarder l'objectif et surtout, pendant la formation, il faut tenir bon et ne pas hésiter à solliciter les formateurs ! ».

Benoît retient à quel point cette formation est enrichissante. Et, comme il le souligne également,

*« L'échange au sein des groupes de travail nous fait grandir, on s'enrichit au contact des autres, c'est tout l'intérêt de se retrouver avec des personnes plus jeunes ou venant d'autres milieux, ça donne un coup de peps ! Les formateurs sont là pour épauler chaque étudiant, rien n'est fait pour que l'on échoue, tout est fait pour qu'on réussisse ! Cette formation est aussi l'occasion de réfléchir sur la complémentarité du binôme Infirmier-Aide-Soignant. Par exemple, pourquoi les glycémies ne sont-elles pas réalisées par les AS ? Finalement, un infirmier pourrait faire l'éducation du patient diabétique mais ne pourrait pas confier cet acte à sa collègue aide-soignante... je n'oublie pas d'où je viens et j'essaierai de créer du lien entre ces 2 professions, parole de futur infirmier ! ».*

Il est à noter que la législation et les compétences sur le point précis de la glycémie sont en train d'évoluer.

En attendant, merci Benoît pour ce témoignage. Toute l'équipe de la CNI te souhaite une très bonne réussite et le meilleur pour la suite de ta formation ! ■

*Anaïck Krzyzaniak  
Aide-soignante - CHU de Poitiers  
CNI de Poitiers*



# HOROSCOPE DÉCALÉ...

## BÉLIER



Vous avez été très désagréable avec vos collègues aujourd'hui et surtout, vous venez d'apprendre que ça fait 5 ans que ça dure. Prenez des congés pour réfléchir... heu... beaucoup de congés !

## TAUREAU



Vous avez l'impression que vous êtes suivi et qu'une petite voix aigüe vous parle. Youpi ! Excellente nouvelle ! Vous ne serez plus jamais seul !

## GÉMEAUX



Vous ne serez pas trop de deux pour finir votre travail d'hier. Sachez recruter, déléguer et surtout n'oubliez pas de valoriser le pigeon qui accepte de bosser à votre place.

## CANCER



Vous avez souscrit un forfait mauvaise foi avec un accès illimité. Lâchez-vous, c'est le moment de montrer jusqu'où vous pouvez aller !

## LION



Votre supérieur hiérarchique va essayer de vous pourrir la vie. Considérez votre charme comme une arme naturelle. Inutile de rugir, souriez, restez calme. Il trouvera très vite un autre bouc émissaire.

## VIERGE



Les idées noires hantent vos nuits blanches. Faites diversion et essayez les nuances de gris !

## BALANCE



Vous supportez mal le poids des années. Défiez la gravité du moment pour retrouver l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

## SCORPION



Vous venez d'être piqué au vif, n'envenimez pas les choses. Prenez votre temps, la vengeance est un poison à libération prolongée.

## SAGITTAIRE



Vous ne supportez plus votre directrice incompetente, lunatique, autoritaire et égocentrique. En fait, vous voulez sa place... c'est ça ?

## CAPRICORNE



Tout ce que vous aviez prévu doit être reprogrammé. Défoulez-vous sur le premier venu et essayez de le convaincre que c'est bien LUI, le responsable de VOTRE situation.

## VERSEAU



La direction vient de vous greffer un projet de mutualisation que vous n'avez pas su refuser. Dommage, elle vous a pris pour un œuf ! Et si vous demandiez la formation « Caliméro » niveau « perfectionnement » ?

## POISSONS



Tout vous submerge et vous vous noyez dans une goutte d'eau. Profitez de votre chagrin pour éplucher des oignons.

*Stéphane DERES*  
Infirmier - CHU de Poitiers  
CNI de Poitiers



**CNI**  
Syndicat des Professionnels de Santé  
270, Bd Sainte Marguerite  
13009 MARSEILLE  
Tel : 04 91 74 50 70  
Courriel : [cni-hopitauxsud@ap-hm.fr](mailto:cni-hopitauxsud@ap-hm.fr)

### Bulletin d'adhésion 2017

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Adresse : .....

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

Etablissement ou secteur d'activité : .....

N° Tél : ..... Email : .....

Service : ..... N° Poste : ..... Grade : ..... Catégorie / Collège : .....

Date : .....

Signature :

#### Cotisation syndicale déductible des impôts à 66%.

Catégorie A Collège A Activité libérale	Catégorie B Collège B	Catégorie C Collège C	Cotisation Retraité	Etudiants (hors Salariés et PPH)
<b>Cotisation 90 €</b>	<b>Cotisation 80 €</b>	<b>Cotisation 70 €</b>	Correspondant à <b>50%</b> du montant de la cotisation de la <b>dernière</b> <b>catégorie occupée.</b>	<b>Cotisation 15€</b>
après déduction fiscale <b>30.60 €.</b>	après déduction fiscale <b>27,20 €.</b>	après déduction fiscale <b>23,80 €.</b>	<b>Déduction fiscale à hauteur de 66%.</b>	après déduction fiscale <b>5,10 €.</b>

Lors de la rédaction de votre déclaration d'impôt :

- ▶ Si vous optez pour les **frais réels**, la **totalité** du montant de la cotisation est déductible des impôts.
- ▶ Si vous ne déclarez pas les frais réels alors la réduction d'impôt est de 66% de la cotisation, cocher la case "cotisation syndicale" de votre déclaration et indiquez le montant réel versé à la CNI.

Joignez à ce bulletin, un chèque de ... € à l'ordre de la Syndicat CNI dont vous dépendez, **CNI de** ..... envoyez le tout à la trésorerie locale,

Ou au siège social :

**Syndicat CNI**  
**270, Boulevard Sainte Marguerite**  
**13 009 Marseille**

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

- Je souhaite souscrire à l'assurance. **J'envoie uniquement mon chèque d'adhésion à la CNI, le formulaire pour l'assurance me sera alors envoyé dans les prochains jours.**
- Je ne souhaite pas souscrire à l'assurance.

#### Contacts

Tél : 04 91 74 50 70 / Fax : 04 91 74 61 47  
Email : [tresoreriecni@gmail.com](mailto:tresoreriecni@gmail.com)  
[www.svndicat-CNI.org](http://www.svndicat-CNI.org)

# Syndicat



# CNI

**Syndicat des Professionnels de Santé**

270, boulevard Sainte-Marguerite - 13009 MARSEILLE

Tél. 04 91 74 50 70 - Fax 04 91 74 61 47

Courriel : coord-nat-inf@hotmail.fr

<http://syndicat-cni.org>



## CESEGH

Centre d'Etudes Supérieures en  
Economie et Gestion Hospitalière

*La référence en formation pour la gestion hospitalière*

**DES FORMATIONS UNIVERSITAIRES  
POUR UNE GESTION HOSPITALIÈRE  
MODERNE ET PERFORMANTE**

NIVEAU 2

**Certification professionnelle  
Gestionnaire de SSIAD**

**D.U. Management infirmier**

**D.U. Qualité et gestion des risques  
en établissements sanitaires  
et médico-sociaux**

NOUVEAU

**D.U. Gestionnaire de parcours  
en santé**

**D.U. Management du  
développement durable en santé**

Arche Jacques Cœur - 222, place Ernest Granier - CS 79025  
34965 Montpellier cedex 2 - Tél : 04 99 13 60 50  
Email : [contact@cesegeh.fr](mailto:contact@cesegeh.fr) - [www.cesegeh.fr](http://www.cesegeh.fr)

FHP

FÉDÉRATION DE  
HOSPITALIERS DE  
NIVEAU 2

SYNERPA

UNASSI

c2ds



KPMG - 03/2016



## GROUPE DROUIN

MAÎTRE IMPRIMEUR

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

92, avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIÈRE

Tél. 04 73 26 44 50



## OUVRAGES

LOGICIELS & WEBS

### VOS APPLICATIONS MÉTIERS SUR MESURE



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

OUVRAGES

9 rue Philippe Marcombes 63000 Clermont-Ferrand  
09 50 97 89 53 - [contact@ouvrages-web.fr](mailto:contact@ouvrages-web.fr)

[www.ouvrages-web.fr](http://www.ouvrages-web.fr)

ACTEURS ENGAGÉS  
POUR NOTRE SANTÉ

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

CODE PROMOTIONNEL : CNI2016

*Offre réservée aux adhérents  
du syndicat CNI*



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

OFFRES JEUNE - FAMILLE - SÉNIOR



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

**uniph**  
ACTEURS ENGAGÉS  
POUR NOTRE SANTÉ

N°Cristal 09 69 390 190

APPEL NON SURTAXE

www.uniph.fr

REJOIGNEZ-NOUS SUR :

