

Edits Infirmiers

Thierry AMOUROUX
Président

é
d
i
t
o



Ordre Infirmier

La création d'une structure professionnelle infirmière est de nouveau d'actualité, avec le dépôt d'une proposition de loi, et une prise en compte par le Ministre.

Premièrement, le 11 Mai, le Député Prél a déposé une «*proposition de loi relative à la création d'un ordre de la profession d'infirmière*», reprenant une bonne partie des missions définies par le collectif d'organisations infirmières qui travaille depuis Juillet 2004 sur ce dossier.

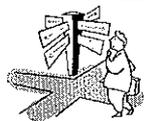
Par contre, cette proposition se focalise sur une structure à deux niveaux (régional, national), alors que ce groupe s'est prononcé largement pour un troisième niveau départemental, afin de coller au plus près des réalités quotidiennes. L'ordre ne doit pas être un «machin» de plus, mais être un **moyen pour les infirmières de se rencontrer, pour échanger et faire entendre leurs voix**. Vu la taille des régions et les effectifs de notre profession, le niveau départemental est indispensable pour donner vie à cette structure.

Beaucoup trop de choses se décident sans que notre profession puisse se faire entendre : Validation des Acquis et de l'Expérience, transfert de compétences, nouvelle gouvernance, régionalisation de la formation, quotas d'entrée en IFSI, Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences,...

Deuxièmement, pour donner suite à ses engagements lors du Salon Infirmier, le Ministre prépare un projet de structure infirmière. Ordre, Conseil Infirmier, Structure Professionnelle Nationale, peu importe le nom retenu, du moment **que toutes les infirmières de France y soient affiliées, afin de gérer l'exercice professionnel, dans le cadre d'un fonctionnement démocratique, permettant l'expression des spécificités.**

Comme toutes les organisations syndicales représentatives, au titre de la Fédération Santé FFIASS CFE-CGC, le SNPI a été entendu sur ce sujet par Laurent HABERT, Conseiller du Ministre, le 23 Mai. Nous lui avons confirmé que nous estimons **la création d'une telle structure indispensable pour que l'infirmière soit enfin reconnue**. Acteur central des soins, l'infirmière doit pouvoir exprimer sa vision de la politique de santé, et veiller au **respect des valeurs humaines dans un milieu confronté aux restrictions budgétaires.**

Du fait même que l'infirmière place le malade au centre du système de santé, la reconnaissance de la profession infirmière est liée à la **reconnaissance de la citoyenneté** de la personne soignée.



Sommaire

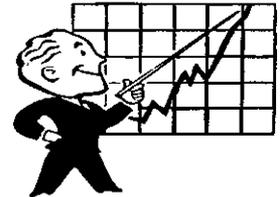
- Dossier Urgences (p 2 et P 3)
- IFSI - Bourses des Etudiants (P 3)
- Laïcité et Hôpital Public (P 3)
- Enquête Cadres Soignants (P 5-6-7)
- Conscience et libertés professionnelles (P7)
- VAE - AS (P 7)

Mai 2005

N° 35

ACTUALITES

Urgences

**Concertation sur la situation des Urgences**

Le 10/05/05, comme il s'y était engagé lors du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, Mr CASTELX, Directeur de la DHOS, a reçu les organisations syndicales de la Fonction Publique Hospitalière; la CFE/CGC était représentée par Thierry AMOUROUX et Marie-Hélène FEUILLIN, Membres du Conseil Syndical du SNPI. Cette concertation a permis de repositionner «l'aggravation de la situation des services d'urgences» au-delà de l'effet médiatique de la grève des médecins urgentistes (AMUHF), c'est-à-dire de l'ensemble des personnels non médicaux.

La délégation de la CFE/CGC a rappelé au Directeur de la DHOS que :

➤ **Les Urgences et la Permanence des soins** sont depuis plusieurs années une des priorités de l'organisation de notre système de Soins. C'est à la suite de 2 années de travail entrepris de 2001 à 2002 avec l'ensemble des représentants des acteurs de Santé concernés et la DHOS, qu'est sortie la **Circulaire n°195 DHOS /01/2003 du 16/04/2003** relative à la prise en charge des Urgences.

Cette circulaire ayant pour objet :

- de formuler des recommandations opérationnelles pour l'organisation de la prise en charge des urgences,
- de demander aux ARH et aux DDASS, en lien avec le Conseil de l'Ordre des Médecins, les Unions Régionales des Médecins Libéraux et les Caisses d'Assurance-Maladie, de prendre conjointement des mesures permettant la bonne articulation entre permanence des soins et services d'urgences, et de les mettre en œuvre, dans leur région, à brève échéance.

➤ **Suite à l'électrochoc de la CANICULE de l'été 2003**, le Plan Urgence est sorti le 15 Septembre 2003.

Ce plan a repris l'ensemble des recommandations de la circulaire du 16/04/03 et des moyens ciblés furent alloués en 2004 et 2005.

➤ **Le constat, fait à ce jour, c'est que** «la situation des urgences ne s'améliore pas malgré les avancées et les moyens mis en route depuis 2003».

❖ 80% des «urgences» ne sont pas suivies d'hospitalisation; on peut donc constater que la prise en charge en AMONT par la permanence des soins n'est pas suffisante.

❖ 20% des «urgences» nécessitent une hospitalisation, or le manque de lits en AVAL engorge encore plus les services d'urgences.

Pourquoi ?

- non application des dispositifs prévus dans la circulaire et utilisation partielle des moyens dédiés par les plans urgences annuels en cours.
- permanence des soins toujours toujours peu ou mal assurée par la médecine générale ??
- peu de création de maisons médicales ??
- comportements nouveaux des usagers de la Santé ??
- pénurie des effectifs, médicaux

et infirmiers, avec l'application des 35 h ??

- Démographie médicale et paramédicale ??

- Manque de Lits d'aval ???

La parution au JO du 8/04/05 du décret n°200-208 du 7/04/05, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, devrait permettre de faire face à cette carence de prise en charge **en AMONT des services d'urgences**.

En attendant cette mise en application au niveau des régions, qui ne pourra être effective avant l'été, l'enveloppe budgétaire supplémentaire de 15 millions d'Euros ne sera «qu'une rustine» qui permettra aux services d'Urgences de faire face immédiatement mais temporairement à la situation des plus critiques et ce avant l'été.

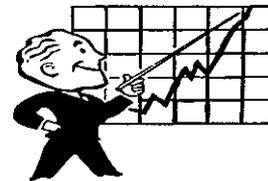
- **Le Directeur de la DHOS** est bien conscient de la situation et du malaise ressenti par les personnels des urgences qui assument la répercussion du manque d'organisation correcte de la prise en charge en AMONT et en AVAL des usagers.

➤ **Suite P 3**



ACTUALITES

Urgences



Il nous a soumis 3 propositions pour remédier au problème «d'organisation» de la réponse à la demande de soins, qui sont :

- Etablir un dialogue social au niveau régional par :

- L'élaboration du SROS de 3^{ème} génération avec les organisations syndicales.

- La sensibilisation des ARH, des Préfectures (médecine générale), des collectivités locales (maisons de retraites, etc ...)

- Les personnes âgées, par :

- L'impact sur les urgences Hospitalières,

- Réponses en moyens et en organisationnel,

En prenant garde à ce que l'Hôpital public ne devienne pas, par le biais des urgences, le secteur des SDF et des Personnes Agées au détriment de la médecine et chirurgie programmées.

- Dans le cadre du relevé de conclusions :

- Suivi du plan urgence au niveau national et régional

- Enveloppe urgence 2005 + 15 M d'€uros.

Calendrier prévisionnel de la DHOS :

- Point sur les propositions du Ministre pour les ambulanciers SMUR) prévu le 19 Mai 2005

- ARH : faire remonter les informations,

- Mise en œuvre des dispositifs prévus du relevé de conclusions d'Avril 2005,

- Avant l'été, 1^{ère} réunion de concertation sur les «modalités de l'impact du vieillissement sur la population».

- A la rentrée, faire le point sur le suivi du Plan Urgence et compte-rendu des ARH.

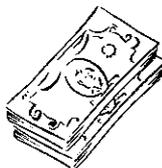
A prévoir :

- ❖ Soins de longue durée,
- ❖ Etude des fermetures de lits en parallèle avec les possibilités de moyens adaptés (USLD) en secteur sanitaire et social ■

Marie-Hélène FEUILLIN
Secrétaire Générale

INFOS

Ifsi

**Bourses des étudiants en IFSI**

(J.O. n° 104 du 5 Mai 2005 – Décret N° 2005-418 du 3 mai 2005 fixant les règles minimales de taux et de barème des bourses d'études accordées aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé).

Le décret d'application fixant les barèmes et les taux minimum des aides sociales des étudiants en formation paramédicale va permettre aux infirmiers d'obtenir les mêmes bourses que les étudiants de l'Education Nationale, en application de la loi n°2004-809 du 13/08/04, relative aux libertés et responsabilités locales (JO n°190 du 17/08/04).

Modalités du transfert au Conseil Général :

- Pour les étudiants entrés en IFSI en Septembre 2004, (de Sept au 31/12/04, le paiement dépend des DDASS).
- Depuis le 1/01/2005, les bourses et aides sociales dépendront de la compétence des Conseils régionaux ; cependant par conventions certaines DDAS continueront à instruire les dossiers de demande de bourses jusqu'au 31/12/05.

Le SNPI ne peut qu'être satisfait de cette mesure qui met fin à une inégalité de traitement des étudiants maintes fois dénoncée ...

INFOS

Laïcité et
Hôpital Public

Suite au rapport STASI de Décembre 2003, est parue la circulaire n°DHOS/G/2005/57 du 7/02/05 relative à la laïcité dans les établissements de santé, publiée au BO n°05/02 du 15/03/05.

Cette circulaire récapitule la ligne de conduite fixée dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires et la jurisprudence dans deux domaines :

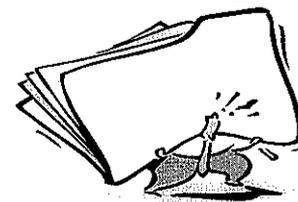
- **La liberté religieuse** : Libre pratique dans la limite «des exigences d'une bonne dispensation des soins telle qu'elle est définie par l'équipe médicale», afin de ne pas porter atteinte :
 - A la qualité des soins,
 - A la tranquillité des autres personnes,
 - Au fonctionnement régulier du service.
- **Le libre choix du praticien** de l'établissement, voire même du service :
 - Sauf dans les cas d'urgences vitales,
 - A condition que ce soit bien le choix exprimé par le patient,
 - En sachant qu'il est soigné par une équipe soignante et non par un praticien unique.

Cette circulaire rappelle aussi que :

Le principe de neutralité concerne tous les fonctionnaires et agents publics ■



DOSSIER

Enquête PRESST NEXT
et Cadres Soignants

Le docteur Madeleine Estryn-Behar a réalisé une étude sur la Santé et la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, en s'appuyant sur l'enquête du projet PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail), branche française de l'importante étude scientifique européenne NEXT, dont l'objectif est d'analyser pourquoi et comment les professionnels paramédicaux quittent prématurément leur profession.

Cette étude consacre un chapitre à l'encadrement : afin de cerner les difficultés et les satisfactions professionnelles des cadres. L'enquête a permis d'interroger 480 cadres. Il s'agit de 369 cadres de proximité (CS) et 111 cadres supérieurs (CSS). Les cadres indiquent avant tout souffrir d'un déficit de reconnaissance.

Les cadres sont nombreux à devoir prendre beaucoup d'initiatives. Leur autonomie professionnelle est ressentie différemment selon le type d'établissement et leur grade.

Ainsi, les cadres de proximité déclarent devoir prendre beaucoup d'initiatives lorsqu'ils travaillent en CHU, en clinique ou en long séjour en comparaison avec ceux du privé non lucratif ou de l'AP-HP.

Les cadres ont la possibilité «d'avoir leur mot à dire» dans le type de tâches qu'on leur demande de réaliser même si certains indiquent qu'en CHS et à l'AP-HP, cette possibilité est plus réduite.

Les cadres de proximité sont ceux qui expriment avoir le moins de soutien de la part de leurs collègues. Ils se disent être très souvent dans une position inconfortable entre une direction, dont ils ne partagent pas toujours les objectifs, et des soignants à qui ils doivent les faire accepter.

Les relations avec les médecins sont plus faciles pour les cadres supérieurs que pour les cadres de proximité : 60 % des CSS déclarent des relations amicales ou détendues avec les médecins contre 48 % des CS.

Les cadres se plaignent d'un manque de temps de chevauchement pour les transmissions orales, qu'elles concernent les patients, les équipements, les organisations du travail ou les relations au sein de l'équipe, ou entre équipes successives.

Nous pouvons penser que ce manque d'échange a un impact sur les relations professionnelles entre cadres et équipes soignantes.

En effet, les soignants attendent de leur cadre qu'il ou elle soit capable de comprendre les contraintes spécifiques de leur travail et de reconnaître leur engagement personnel.

C'est à l'AP-HP que les cadres sont les plus nombreux à n'être pas du tout ou peu satisfaits du rapport entre leur salaire et leurs besoins financiers.

Ils sont, par ailleurs, 45 % à connaître des difficultés de logement.



La crainte de commettre des erreurs, le manque de temps pour parler aux patients et la crainte de ne pas tenir psychologiquement jouent également un rôle important dans le désir de quitter la profession.

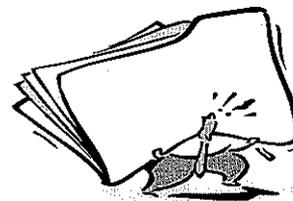
La très grande majorité des cadres et cadres supérieurs est fière d'être soignant. Il existe donc toujours un attachement très fort à la profession soignante chez les cadres de proximité, et même dans une moindre mesure, chez les cadres supérieurs. **C'est la proximité du métier de soignant qui influence probablement sur la notion de fierté du métier de cadre.** Il apparaît que les contraintes administratives et celles émanant de la DRH altèrent, quelque peu, cette notion de fierté et plus particulièrement chez les cadres supérieurs.

Le souci de la qualité des soins est très prégnant dans les préoccupations des cadres supérieurs, ils rejoignent en cela les IDE qui le vivent. Le rôle des cadres supérieurs dans la création des référentiels qualité pour l'accréditation leur donne les moyens de constater l'écart entre protocole et réalité.

► Suite P 5



DOSSIER

Enquête PRESST NEXT
et Cadres Soignants

Les cadres de proximité se positionnent moins sur ce terrain, car ils sont plus dans le «faire» ou le «faire faire».

En institut de formation des cadres de santé, un métier de manager est appris, avec parfois un discours de «table rase sur l'ancien métier», surtout dans les années 85-95. Cet enseignement est méconnu par certains médecins qui restent sur les schémas des rôles et missions de «l'infirmière-surveillante».

Par ailleurs, les missions de terrain (gestion administrative), dont les cadres de proximité ont la responsabilité, laissent peu de place à la mise en pratique des autres missions de management, plus proches des soins, qui requièrent temps et recul. Enfin, **la succession rapide des réformes** (réforme hospitalière, PMSI, accréditation, mise en place des 35 heures puis des 32 h 30 de nuit, plan hôpital 2007) donne peu de temps pour évaluer les effets de ces changements et nécessite une grande énergie pour remotiver les équipes.

La satisfaction de l'utilisation des compétences est plus forte lorsque les cadres peuvent prendre des initiatives liées aux soins, et les mener à bien, comme c'est le cas en clinique et en CHS. Les procédures pour les commandes, travaux et autres tâches administratives sont, de l'avis général, plus lourdes et chronophages à l'AP-HP que dans les autres CHU, d'autant qu'elles sont régulièrement modifiées sans que les cadres en connaissent les raisons.

L'envie de quitter définitivement sa profession au moins plusieurs fois par mois est nettement plus déclarée par les cadres de proximité que les cadres supérieurs. La plus grande insatisfaction professionnelle des cadres de proximité et leur plus jeune âge, permettant plus facilement une reconversion, expliquent probablement cet écart.

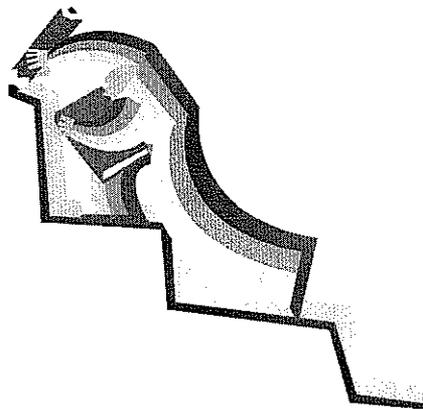
Les cadres de proximité et les cadres supérieurs sont encore un tiers à craindre de faire des erreurs. La responsabilité de dossiers stratégiques, engageant les moyens futurs de leur service, aussi bien que la responsabilité de gestion des ressources humaines et d'autres tâches de gestion quotidienne, dans un contexte d'interruptions fré-

quentes liées à l'hyper sollicitation par les différents acteurs du service, contribuent à ce stress.

Par ailleurs, dans certaines structures, les cadres de proximité réalisent des soins, tout en assumant leurs responsabilités managériales.

Les cadres bénéficient de formations régulières. Du fait de leur rôle, ils sont au cœur de l'information sur les programmes de formation offerts et, pour eux, l'absence générée est moins problématique car ils organisent eux-mêmes le report de leurs tâches.

Les cadres de proximité se disent plus isolés (en terme de soutien et aide des collègues), ils ont moins de missions transversales que les cadres supérieurs et sont plus impliqués dans les difficultés quotidiennes du service.



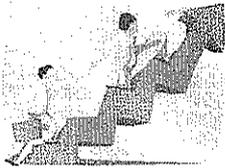
Les cadres sont responsables de la qualité des soins dans le service dont ils ont la charge. Ceux des cliniques semblent les plus inquiets du risque d'erreurs. La pénurie de personnel qualifié soulevée par la fédération de l'hospitalisation privée, peut expliquer la crainte des cadres de ces structures de glissements de tâches liés à cette pénurie. On retrouve un phénomène similaire dans les CHU, car à la pénurie, s'ajoute la lourdeur des pathologies et les protocoles innovants mis en œuvre.

Les cadres de l'AP-HP et des CHS ont moins que les autres la possibilité de s'exprimer sur le type de tâches qu'on leur demande de réaliser, la manière et le moment de les effectuer, que ceux des autres types d'établissements. La période de restructuration que ces établissements sont en train de vivre peut expliquer cette différence.

► Suite P6



DOSSIER

Enquête PRESST NEXT
et Cadres Soignants

Les cadres, y compris les cadres de proximité, sont poussés à être des gestionnaires avant d'être des soignants.

On constate alors une perte de sens de l'activité du cadre au sein du service. Il se voit transformé en une courroie de transmission, obligé d'assumer au quotidien des décisions qui le mettent parfois mal à l'aise par rapport à son vécu antérieur de soignant.

On constate aussi une perte de légitimité vis-à-vis de son équipe car ses compétences étant devenues plus gestionnaires que cliniques, il n'entretient plus les compétences qui sont reconnues comme fondamentales par les soignants. Dans un cercle vicieux, il se replie parfois sur ses outils gestionnaires et ses tâches administratives.

Le cadre de santé doit coordonner les interventions d'un très grand nombre d'acteurs aux logiques et aux langages différents (ingénieurs, architectes, services techniques, plateaux médico-techniques, gestionnaires

financiers), chacun de ces acteurs ayant une hiérarchie propre.

Le cloisonnement entre fonctions à l'hôpital a également pour conséquence de renforcer les stratégies de chaque « caste » ou catégorie pour conserver ou accroître sa sphère d'influence. Les soignants entament une carrière de cadres ont parfois été instrumentalisés dans des jeux de pouvoirs qui les ont bloqués dans leurs espoirs de donner les moyens de valorisation des équipes qu'ils allaient encadrer.

Certains cadres et infirmiers expérimentés, parfois après avoir suivi des études supérieures, ont eu la volonté de constituer un savoir infirmier théorisé, afin de donner aux soignants une place distincte et complémentaire au savoir médical. Ce mouvement est motivé par un besoin de transmettre et une volonté d'être reconnu.

Le Plan Hôpital 2007 crée une nouvelle alliance directeurs-médecins et semble écarter les cadres des centres de décision ■

TA.

JURIDIQUE

Clause de conscience et libertés
professionnelles de l'encadrant

Le cadre a toujours été coincé entre le marteau et l'enclume. Mais avec les contraintes budgétaires qui pèsent sur les hôpitaux, **il est de plus en plus confronté à des problèmes déontologiques**, entre les moyens attribués par l'administration, les attentes des personnels, et les besoins de la population.

Pour lui permettre d'assumer en conscience ses fonctions, nous souhaitons que soient reconnus au cadre :

- **un droit d'expression** : hors cas d'abus, il ne peut être reproché au cadre d'exprimer son point de vue, y compris critique, sur ses con-

ditions de travail et le fonctionnement de son service, pôle ou établissement.

- **un droit d'initiative et un droit à l'erreur** : l'autonomie conduit à la prise d'initiatives nécessaires au fonctionnement du service. Le risque alors d'erreur d'appréciation est inhérent à cette situation et ne doit pas être systématiquement et a priori assimilé à une faute.

- **un droit d'alerte, jusqu'à la clause de conscience** : en présence de consignes données à un cadre qui semblent porter gravement atteinte à ses convictions,

ou d'inadéquation importante entre les moyens attribués et les missions affichées, il faut reconnaître au cadre un droit spécifique afin qu'il n'engage pas sa responsabilité pour insubordination, et qu'il ne se rende pas non plus complice d'un acte susceptible d'engager sa responsabilité civile ou pénale.

Dans cette hypothèse, on peut imaginer **de construire une sorte de « droit d'alerte » du cadre** auprès de ses supérieurs hiérarchiques, qui seraient tenus de répondre à ses interrogations, et éventuellement de suspendre l'acte en question.

► Suite P 7



JURIDIQUE

Clause de conscience et libertés professionnelles de l'encadrant



D'autre part, la liberté professionnelle apporte, pour les agents qui participent à la prise de décision, **une protection de la liberté de conscience.**

En effet, pour les postes qui exigent une adhésion à un projet «politique» de l'institution, il est nécessaire pour le cadre de faire valoir son droit de ne pas avoir à s'impliquer dans des changements d'orientation de l'établissement lorsque ces évolutions vont à l'encontre de son éthique personnelle.

La plupart des cadres de santé sont

issus de la culture infirmière qui ne permet pas d'associer une notion d'argent à la pratique. L'administration ne leur demande pas seulement une gestion plus rigoureuse des coûts de la santé. Il s'agit d'évoluer vers une mentalité plus économiste et moins humaniste, de repenser une culture professionnelle, **une nouvelle construction identitaire.**

Au-delà des compétences du cadre de santé en matière de gestion, les réticences viendront de la difficulté à évoluer vers le courant idéologique demandé.

Les objectifs du cadre de santé sont l'obtention et la gestion de dotations budgétaires suffisantes pour obtenir des matériels de qualité afin **d'assurer une production de soins de qualité compatible avec les exigences du corps médical, les besoins du personnel soignant et la demande des patients.**

S'il ne peut obtenir satisfaction, il conviendrait de prévoir une procédure sur le modèle du **droit reconnu aux journalistes lorsqu'ils lèvent leur clause de conscience** ■

TA.

ACTUALITES

Attestations d'activité de la VAE des AS



Cadre et Infirmier, vous engagez votre responsabilité !!!



Cadre ou infirmière, vous pouvez être appelés à remplir des attestations d'activité salariée pour les candidats à l'obtention du diplôme d'aide-soignant par la Validation des Acquis de l'Expérience. **Mais peut-on remplir ce document, sans engager sa responsabilité ?**

Ainsi qu'il est expliqué dans le livret de recevabilité du candidat, ces activités doivent être en rapport avec le diplôme concerné. **Peut-on écrire impunément qu'en notre présence ou sous notre autorité, un ASH a effectué des actes d'aide-soignant pour lesquels il n'est pas qualifié ?**

Dans la Fonction Publique Hospitalière, les textes précisant le domaine d'activité des agents hospitaliers sont les circulaires DH/8A/90 n°416 du 27 Novembre 1990 et DH/8A/91 n° 37 du 7 Juin 1991 relatives à la requalification des fonctionnaires de catégorie D.

Il y est indiqué que «la requalification des ASH devra déboucher sur un élargissement de leur domaine principal d'activité (entretien-hygiène), à d'autres types d'interventions. L'accent sera mis notamment sur :

- participation à l'accueil des patients et des familles ainsi qu'au confort et à l'agrément de la personne soignée (joumaux, télévision, téléphone...) à l'exclusion de tout soin ;
- association à certaines tâches relatives à la transmission de dossiers et matériels entre les services ;
- participation aux tâches de désinfection ;
- participation aux tâches de restauration : mise en température des plats, liaison avec la cuisine, aide à la distribution des repas ;

- participation au stockage et à la distribution du linge dans le service.

Ainsi définie, la requalification n'empiète pas sur la spécificité des tâches effectuées par les aides-soignants».

Ces circulaires impliqueraient donc que les ASH ne peuvent pratiquer de soins d'hygiène et de confort auprès de malades. Mais, par ailleurs, la profession d'aide-soignant n'est pas réglementée et **il n'existe pas la notion d'exercice illégal du métier d'aide-soignant**, car l'aide soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier.

Dans la plupart des établissements, sont confiées aux ASH des tâches d'entretien, d'hygiène, d'hôtellerie, ou de transport. Il peut néanmoins y avoir des exceptions à cette règle lorsque **les activités qui leurs sont confiées sont des activités d'aide aux actes de la vie courante** (aide à la toilette, à l'habillage, au repas...) auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées.

Ces tâches sont alors exécutées en collaboration avec les aides-soignants ou les infirmiers par des ASH, souvent expérimentés, recrutés avant que n'existe la fonction d'Auxiliaire de Vie, dans les secteurs de soins de suite et de rééducation ou de soins de longue durée.

Dans un souci d'équité face aux «travailleurs sociaux exerçant ailleurs qu'à l'hôpital», afin que les ASH qui ont assuré des postes «auprès du malade» ne subissent pas de perte de chance, il est important que les attestations que vous remplirez comportent les activités exercées par les ASH dans votre service.

TA.

