



Bulletin du SNPI CFE-CGC

N° 59

87 % des infirmiers sont hostiles aux coopérations art 51

L'article 51 de la loi Bachelot du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) autorise les «**coopérations entre professionnels de santé**», c'est-à-dire un protocole entre professionnels, accepté par l'Agence Régionale de Santé, pour effectuer la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de **transferts d'actes** ou d'activités de soins qui ne figurent pas dans notre décret d'actes (dit décret de compétences).

Le SNPI CFE-CGC a souhaité lancer une **large consultation** auprès des professionnels, au travers de son site internet. Du 29 novembre au 15 décembre 2012, **13.234 infirmières**, cadres infirmiers ou infirmières spécialisées ont répondu : **87 % de ces professionnels infirmiers sont hostiles aux modalités de ces coopérations**. Des centaines d'infirmières répondaient chaque jour, signe d'un intérêt certain sur la question, avec le **refus d'un simple transfert d'actes pour gagner du temps médical**.

Cette mesure dérogatoire est massivement rejetée car :

- 1) **la formation n'est pas validante** (souvent sur le tas, par le médecin qui souhaite déléguer cette tâche), et différente d'un endroit à l'autre. Les compétences sont donc discutables, en particulier la capacité de réagir correctement en cas de problème ou de complication.
- 2) ces nouveaux actes sont pratiqués **sans reconnaissance statutaire et salariale**. C'est d'ailleurs une fonction « kleenex », dans la mesure où si le médecin s'en va, le protocole tombe, et l'infirmière retourne à la case départ.
- 3) les ARS ont tendance à étendre les protocoles à d'autres régions, alors qu'il n'y a **aucune évaluation des résultats obtenus** (aucun protocole n'a un an d'existence).

«**Ces protocoles de coopération permettent juste de régulariser des situations existantes, de légaliser de petits arrangements locaux**» selon Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du SNPI CFE-CGC. Mais ces protocoles ne comportent **aucune garantie pour les usagers** sur les qualifications et les compétences des professionnels impliqués, ainsi que sur la régularité et les modalités de leur exercice.

Sommaire

- ▶ **Coopérations article 51
Loi HPST (p.1 – p.2)**
- ▶ **Prescription infirmière
(p.3)**
- ▶ **Etats Généraux :
affirmer nos
compétences autonomes
(p.4 – p.5)**
- ▶ **Pacte de confiance
(p.7)**
- ▶ **Cadres de santé :
Référentiels
(p.8)**
- ▶ **Revalorisation salariale
des cadres (p.9)**
- ▶ **Infirmières territoriales
(p.12)**





87 % des infirmières hostiles aux coopérations de l'article 51 de la loi HPST



Les pratiques avancées doivent se faire en master 2

Pour Thierry Amouroux, la solution réside dans une reconnaissance officielle et nationale de pratiques, avec une rémunération et une formation conséquentes. *«Plutôt que cette coopération, propre à chaque hôpital et à chaque service, nous sommes en faveur de pratiques avancées dans un cadre clair. Des pratiques autorisées après l'obtention d'un master 2, comme dans d'autres pays d'Europe. L'infirmier aura alors toute sa légitimité et pourra exercer sur tout le territoire, comme le fait un IADE aujourd'hui».*

Aujourd'hui, il existe déjà à l'Université d'Aix Marseille, le **Master sciences cliniques infirmières** (cancérologie, gérontologie, parcours complexes de soins) et à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, le **Master Sciences cliniques en soins infirmiers** (santé mentale, maladies chroniques, douleur et soins palliatifs). Il faut étendre ces Masters, en combinant la valorisation de la VAE et la formation universitaire **professionnalisante**.

Bien entendu, à l'étranger seulement 5% des infirmières font de tels masters, mais cet **échelon intermédiaire** entre l'infirmière à Bac +3 et le médecin à Bac +9 est indispensable, en particulier pour la prise en soins des **patients chroniques** et des **personnes âgées**.

Congrès national du SNPI

A l'occasion de son Congrès National, les 3 et 4 décembre 2012, les adhérents du SNPI, le syndicat infirmier de la CFE-CGC, ont voté à la quasi unanimité contre les modalités actuelles de ces coopérations, qui sont juste une mauvaise réponse aux problèmes de désertification et de démographie médicale. Car le développement souhaitable des partages de compétences entre professionnels de santé, ne doit pas être le prétexte à faire n'importe quoi, juste pour libérer du temps médical.

En matière d'actes cliniques, il convient de souligner que la rémunération d'une consultation n'est liée ni à son niveau de difficulté ni à sa durée. Cela signifie que les consultations médicales les plus simples et les plus rapides (qui sont aussi celles qui sont considérées comme pouvant être éventuellement réalisées par un autre professionnel de santé) sont au final les plus «rentables» pour les médecins. Ces derniers n'ont donc pas d'incitation financière à confier la réalisation de ces consultations à un autre professionnel.



Santé Canada Autorise les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) à prescrire des narcotiques

Les IPS sont les infirmières de niveau Master 2 que l'on réclame en France, le pays où les infirmières de "grade Licence" ne peuvent même pas prescrire du sérum physiologique !

Depuis le 21 novembre 2012, les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), en **néonatalogie, néphrologie, cardiologie et soins de première ligne** peuvent prescrire des médicaments contrôlés, dont les narcotiques et les benzodiazépines.

Une nouvelle réglementation fédérale, le Règlement sur les nouvelles catégories de praticiens (RNCP), découlant de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, permet dorénavant aux IPS du Québec d'exercer cette activité (C.P. 2012-1448 du 1er novembre 2012). Mentionnons que certaines substances sont exclues, telles que l'héroïne, le cannabis, l'opium, la cocaïne et les stéroïdes anabolisants (sauf la testostérone).

Au **Québec**, un plan gouvernemental organise l'arrivée de **500 IPS**, partenaires du médecin de famille. Ce nouveau **modèle de collaboration médecin-infirmière** est particulièrement adapté aux soins de première ligne destinés aux personnes aux prises avec une ou plusieurs **maladies chroniques**. Les infirmières praticiennes jouent un rôle essentiel en procédant aux **suivis réguliers**, en appliquant

certains traitements médicaux, ainsi qu'en prescrivant des **tests diagnostiques** et des **médicaments**.

En **Ontario** les **1.250 IPS en soins de première ligne** proposent une nouvelle approche et une meilleure adaptation de soins de santé aux défis que pose la très grande prévalence des maladies chroniques qui ne cessera d'augmenter avec le vieillissement de la population. Elles font une différence significative dans les délais d'attente et dans l'accès aux soins de santé.

Le **Canada** compte 2.500 «**clinical nurses specialists**» et autres «**nurses practitioners**» qui réalisent des prescriptions et font des interprétations d'examen, lors de consultations infirmières.

Les **Etats-Unis** sont des pionniers depuis les années 1960, avec 158.000 **NP infirmières praticiennes** et 53.000 **CNS cliniciennes spécialisées** (diagnostic et traitement, prise en charge des maladies chroniques...).

Nouveau Conseil National du SNPI

L'Assemblée Générale du 3 décembre 2012 a élu l'équipe constituée jusqu'en 2016 :

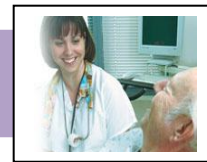
- ▶ **Présidente** : Marie-Hélène FEUILLIN (13 – public – cadre supérieur IADE)
- ▶ **Trésorière** : Anne LARINIER (75 – PSPH – cadre)
- ▶ **Trésorier Adjoint** : Jean-Michel COSTARAMOUNE (33 – CLCC – IDE)
- ▶ **Secrétaire Général** : Thierry AMOUROUX (75 – AP HP – IDE)
- ▶ **Secrétaire Générale Adjointe** : Carmen BLASCO (75 – APHP – IDE)

Sur les 15 membres du Conseil Syndical du SNPI :

- ▶ 9 IDE, 1 IBODE et 5 cadres
- ▶ 10 femmes et 5 hommes
- ▶ 9 du secteur public et 6 du secteur privé (ESPIC, CLCC, lucratif)

Autres membres du Conseil Syndical

- ▶ Danielle BARON (75 – AP HP – IDE)
- ▶ Eric COUTY (22 – FPH – IBODE)
- ▶ Michèle CUVILLIER (35 – FPH – IDE)
- ▶ Cathie ERISSY (75 – AP HP – IDE)
- ▶ Virginie FLAMISSET SCHLIER (68 – EPHAD – CS)
- ▶ Catherine DROUIN LAMORLETTE (52 – privé – IDE)
- ▶ Jérôme MALFAISAN (59 – privé – IDE)
- ▶ Anne RICHETON (05 – privé – CS)
- ▶ Sylvie TAILLEPIED (80 – FPH – cadre formateur)
- ▶ Hervé VIENNET (63 – privé – CS)



Des états généraux infirmiers pour affirmer nos compétences autonomes

Les Etats Généraux Infirmiers ont été organisés en décembre 2012 par trois syndicats infirmiers : le SNPI pour les infirmières salariées du privé et du public, le SNIIL pour les infirmières libérales, le SNIES pour les infirmières de l'éducation nationale.

Ces «Etats Généraux Infirmiers 2012» ont pour thème «Affirmer nos compétences autonomes», car en France cela ne va pas de soi, nous devons supporter le poids de notre histoire, coincés entre l'administration et le corps médical.

La profession infirmière doit déjà s'affirmer dans les établissements hospitaliers, parce qu'elle réalise une démarche de synthèse, indispensable pour individualiser les soins, indispensable pour appréhender l'homme comme une personne. Déterminer les actions à entreprendre, les comportements à adopter, impose une **vue globale**, qui contredit l'analyse qui découpe et isole une fonction, face à cette «tarification à l'activité» et ses impitoyables GHM «groupes homogènes de malades».



L'infirmière salariée doit faire face à la **pression institutionnelle**, qui constitue une réelle force réductrice, amenuisant les rôles de l'infirmière aux seules dimensions productive, organisationnelle, technique et économique, pour en faire un simple rouage d'une **organisation hiérarchisée et bureaucratisée**.

La profession infirmière est autant marquée par la **subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition**, que par la science et la technique. D'où sa difficile reconnaissance dans un univers biomédicalisé, où les principes de gestion veulent tout paramétrer pour mieux maîtriser l'activité.

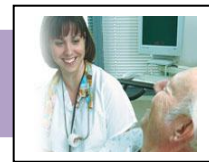
«L'architecture, c'est ce qui reste de l'édifice, la pierre ôtée» : la définition de Plotin nous montre combien la volonté de décomposer à tout prix les soins infirmiers, est aussi absurde que de penser comprendre une œuvre d'art en la décomposant en ses divers éléments. La tentation technicienne est toujours de **réduire le réel au mesurable**, et donc d'éliminer tout ce qui n'est pas observable, tout le **qualitatif**, en ignorant ainsi les aspects les plus profonds de la **pratique infirmière**.



Il nous faut également «Affirmer nos compétences autonomes» à la société. Certes, les infirmières et les pompiers sont les professions les plus populaires. Mais nous sommes souvent **mal aimées**. Comparons deux professions proches, **infirmière et Kiné** : même niveau d'études, même grille salariale. Lorsque l'on vous demande votre profession, dans une soirée ou ailleurs, et que vous répondez «infirmière», vous avez tout de suite droit à «Oh ma pauvre, cela doit être dur, je vous plains». Mais pas le kiné.

Lorsqu'un médecin de ville prescrit un pansement, il peut détailler l'antiseptique et la taille des compresses qu'il souhaite. Mais il va prescrire «x séances de kiné», sans détailler ni la technique de massage, ni la crème à utiliser.

Pourtant, si dans le passé l'infirmière était une servante dévouée, aujourd'hui elle se situe sur le plan de la **complémentarité** : dans combien d'unités de soins les internes, qui passent le temps d'un semestre, sont-ils conseillés par des infirmières présentes depuis des années dans le service, et auxquelles le chef de service accorde toute sa confiance ? Chacun met au service de l'autre ses **connaissances, sa technique, son art**.



Affirmer nos compétences

Milieu universitaire

Au vu du **référentiel de formation** français, il est indispensable d'«Affirmer nos compétences autonomes» au milieu universitaire, qui nous a **refusé la création d'une filière en sciences infirmières**, lors de la dernière réforme du diplôme. Celle-ci existe pourtant déjà depuis des décennies dans les autres pays de l'Union Européenne. Alors **qu'en France, les sciences infirmières se voient diluées dans d'autres disciplines** comme la médecine, la psychologie, la sociologie, etc...

Mais il nous faut aussi affirmer l'importance de nos compétences autonomes à certaines de nos consœurs, qui ne voient le «**rôle propre infirmier**» qu'à travers les soins de confort et d'hygiène. A l'hôpital, "prendre soin" n'est guère valorisé, et cette fonction est souvent déléguée à l'aide-soignante.

Il est normal qu'une infirmière débutante ait besoin de **se rassurer** aux travers des soins techniques. Mais l'IDE française a tendance à **trop se consacrer aux actes** relevant du rôle délégué, voire à **les consacrer**.

Il faut dire que la réglementation française est basée sur un «**décret d'actes**», même si entre nous, nous parlons de «**décret de compétences**», pour éviter cette **image d'auxiliaire médicale**.

Modèles étrangers

En **Belgique**, la législation parle d'un "**art infirmier**", et «**de collaborer à l'établissement du diagnostic par le médecin**». Cette référence à l'art est pertinente, car il se dégage des soins infirmiers un esprit d'autonomie, qui imprime la marque de l'être libre, sur la vie de l'institution hospitalière qui aurait tendance à l'écraser.

Dans les autres pays, l'infirmière est l'acteur principal des **soins de santé primaire**. Elle fait moins d'actes médicaux, mais plus de **prévention, d'accompagnement, d'écoute, de relation d'aide, d'éducation thérapeutique**.

L'habileté technique est un préalable indispensable, car on ne peut entrer en relation qu'avec quelqu'un dont on a la confiance, mais la prestation infirmière passe aussi par une **présence et une écoute authentique**. L'infirmière est là pour rappeler au malade, en pyjama, allongé et affaibli, que le fait pour elle d'être debout et dans un uniforme blanc, ne lui retire pas sa citoyenneté, qu'il est avant tout un être humain, reconnu comme une personne, et non «**l'appendicite du 12**».

L'accompagnement véritable consiste à faire un bout de chemin avec le malade, c'est-à-dire **aller à sa rencontre sur le chemin qui est le sien**. Soigner, c'est refuser une relation infantiliste et paternaliste. **Soigner, c'est aider celui qui souffre à sortir de son isolement, à bâtir un projet de vie compatible avec son état**.

Nous devons «Affirmer nos compétences autonomes» pour rappeler aux décideurs institutionnels que l'approche humaine de la relation avec le patient et son entourage est aussi importante que la technicité croissante de la santé.

Depuis la révolution **pasteurienne**, avec le passage de la médecine **hippocratique** à la médecine scientifique, la profession infirmière a recouru de plus en plus à **la technique**, suivant en

cela les progrès de la médecine et la modernisation des structures de soins. Dans le même temps, elle a su conserver ce qui fait **sa spécificité**, c'est-à-dire une **relation humaine** très profonde, et de tous les instants, avec les patients, liée à la **permanence des soins**.

Ces deux caractéristiques doivent être maintenues: il ne peut être question de privilégier l'une aux dépens de l'autre, sous peine, soit de retourner au XIXe siècle, soit de concourir à une déshumanisation des soins.



Lecteur de glycémie iBG★STAR®

Dispositif médical  0123

Partenaire de Stéphane,
diabétique sous insuline



- ★ Connectivité iPhone et iPod touch*
- ★ Enregistrement automatique des données dans un carnet de glycémie électronique
- ★ Partage des données via e-mail avec le médecin

Rendez-vous sur
www.bgstar.fr



**GRAND PRIX
DE L'INNOVATION
numérique 2012**
netexplo
(change)

* iBGStar® compatible avec iPhone 4S, iPhone 4, iPhone 3GS, iPhone 3G, iPod touch (2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} génération), vendus séparément. iPhone, iPod touch sont des marques déposées de la société Apple Inc., enregistrées aux États-Unis et dans d'autres pays.



Pacte de confiance pour l'hôpital

Edouard COUTY

Nos concitoyens expriment de manière constante leur attachement à l'hôpital public et reconnaissent la qualité des soins qui y sont dispensés. Pour autant, les réformes engagées successivement, notamment sur les champs de l'organisation interne des hôpitaux ou de la structuration de l'offre de soins au sein des territoires de santé, ont pu déstabiliser une partie des décideurs hospitaliers, de l'encadrement, des professionnels médicaux et soignants.

En réponse à ces inquiétudes, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, a pris un engagement vis-à-vis des professionnels hospitaliers, autour du pacte de confiance pour l'hôpital annoncé le 7 septembre 2012. La phase de concertation en vue de formuler des propositions a été confiée par la ministre à **Edouard Couty**, directeur d'hôpital, conseiller maître honoraire à la cour des comptes et, précédemment, directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (ministère chargé de la santé) de 1998 à 2005.

Dans un contexte de réformes nombreuses (notamment d'organisation et de financement), l'hôpital public est sans cesse confronté au défi de **soigner le mieux possible** l'ensemble de nos concitoyens à tout moment et au meilleur coût. Aujourd'hui, il semble traverser une crise de valeurs.

Certains professionnels redoutent une **perte du sens** de service public et la remise en cause de la qualité de la prise en charge médicale.

Le comité de pilotage présidé par Edouard Couty a pour mission de formuler des propositions pour rénover le dialogue avec la communauté hospitalière et de mener des travaux autour de 3 axes clés, présidés par des membres reconnus du monde de la santé :

- ▶ **Bernadette Devictor, Présidente de la Conférence Nationale de Santé (CNS), dirige le groupe de travail sur «le service public hospitalier dans le système de santé» ;**
- ▶ **Danielle Toupillier, Directrice Générale du Centre National de Gestion (CNG), dirige le groupe de travail sur «le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines» ;**
- ▶ **Monique Cavalier, Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne, dirige le groupe de travail sur «l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital».**



Le calendrier de la concertation

Des représentants de la Fédération Santé Social CFE-CGC sont dans chacun de ces trois groupes.

Les groupes du comité de pilotage ont mené leurs réflexions, leurs travaux de consultation et leurs échanges avec l'ensemble des représentants des professionnels jusqu'en décembre 2012.

Dans le courant du 1er trimestre 2013, un **rapport de synthèse** sera remis à la ministre des affaires sociales et de la santé afin que celle-ci puisse prendre connaissance des enseignements des travaux et engager les mesures concrètes.

Vous aussi, vous pouvez contribuer aux travaux !

En complément des échanges issus des rencontres engagées par les membres du comité de pilotage du pacte de confiance, les professionnels hospitaliers peuvent faire parvenir par courriel leurs contributions individuelles ou collectives sur les 3 axes clés, à l'adresse suivante :

pactedefiance@sante.gouv.fr



Cadres de santé : référentiels d'activités et de compétences



Ces documents de travail doivent encore évoluer lors d'une prochaine réunion de travail, avant d'être soumis à validation début 2013. Il est donc temps que tous les cadres qui souhaitent être acteurs de la réforme étudient et améliorent ces référentiels.

La première étape des travaux sur la refonte de la formation des cadres de santé se termine : les référentiels d'activités et de compétences sont en phase de finalisation.

Aussi, nous nous proposons de les adresser à ceux qui le souhaitent, afin de faire des **propositions d'améliorations** de ces documents, qui devront encore être validés par le ministère et les instances comme le **HCPP, Haut Conseil des Professions**

Paramédicales, où siègent les organisations professionnelles, dont le **SNPI CFE-CGC**.

L'étape suivante sera la construction du **référentiel de formation**. Mais le ministère devra déjà rendre ses arbitrages sur **l'organisation de la formation** (IFCS ? Haute Ecole ? Université ?) **et sa durée** (un an pour ne pas coûter cher ? deux ans pour avoir un Master dans le cadre de la réforme LMD ?).



Référentiel de compétences du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin

- 1. Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin
- 2. Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin
- 3. Encadrer (ou manager) des équipes pluri professionnelles dans un secteur d'activités de soin
- 4. Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle
- 5. Conduire une démarche qualité et de gestion des risques
- 6. Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche
- 7. Contrôler et évaluer les activités
- 8. Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

Référentiel d'activités du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin

- 1. Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
- 2. Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- 3. Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles

- 4. Gestion et développement des compétences
- 5. Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- 6. Mise en place et animation de projets
- 7. Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation

Le document détaillé fait 16 pages : pour l'obtenir, merci de nous le demander par mél.

Le document détaillé fait 27 pages : pour l'obtenir, merci de nous le demander par mél.



► Suite de la page 8

Référentiel de compétences du cadre de santé formateur

- 1. Concevoir et organiser un dispositif de formation dans le domaine de la santé et des soins
- 2. Organiser et coordonner les parcours de formation en alternance dans le domaine de la santé et des soins
- 3. Concevoir et animer des actions de formation initiale et continue dans le domaine de la santé et des soins
- 4. Accompagner les personnes dans leur parcours de formation dans le domaine de la santé et des soins
- 5. Evaluer les connaissances et les compétences des personnes en formation dans le domaine de la santé et des soins
- 6. Evaluer la qualité des prestations et s'inscrire dans une démarche qualité
- 7. Animer et conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche
- 8. Communiquer et transmettre les informations.



Le document détaillé fait 27 pages : pour l'obtenir, merci de nous le demander par mél.



Cadres de santé de la F.P.H : Statut enfin revalorisé

Trois décrets et un arrêté définissant le nouveau statut des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé de la fonction publique hospitalière (FPH), attendus depuis six mois, sont parus au Journal Officiel du 28.12.12, en application du protocole d'accord de février 2010.

Comme pour les infirmiers, les nouveaux textes instaurent un droit d'option permettant à l'agent de se maintenir ou non en catégorie active, ce qui implique différentes modalités de départ à la retraite. Ce droit d'option est ouvert pour six mois jusqu'au 28 juin 2013.

Les cadres restent en catégorie A, à laquelle ils appartiennent déjà.

Un corps est créé pour les cadres nouvellement recrutés, pour ceux qui n'étaient pas éligibles à la catégorie active et pour ceux qui choisiront d'y renoncer d'ici juin.

Baptisé "corps des cadres de santé paramédicaux", il comprend deux grades :

- les **cadres de santé** (avec 11 échelons et non plus huit),
- les **cadres supérieurs** (sept échelons contre six jusqu'ici).

Ce corps bénéficiera d'une grille indiciaire revalorisée :

- Pour les **cadres de santé**, les indices bruts s'échelonneront, à compter de 2013, entre 490 et 770, puis entre 516 et 801 à partir du 1er juillet 2015 (contre 430 à 740 auparavant).

- Pour les **cadres supérieurs**, ils seront compris entre 642 et 820 à compter de 2013, puis entre 659 et 901 au 1er juillet 2015 (contre 625 à 780 auparavant).

L'ancien corps des cadres de santé, mis en extinction, continuera d'accueillir ceux restés en catégorie active à l'issue du droit d'option.

Ils pourront bénéficier d'un départ anticipé à la retraite et d'une majoration de durée d'assurance. En revanche, ils n'auront pas de revalorisation indiciaire.

La parution de ces textes a été repoussée à plusieurs reprises, empêchant sa prise d'effet en juillet 2012, comme prévu par le protocole.

Ce retard de parution, sans aucune rétroactivité, fait perdre six mois de revalorisation aux cadres.



Le SNPI CFE-CGC vous invite à signer et faire signer la pétition sur son site internet, afin d'obtenir la rétroactivité financière de ces six mois.



Syndicat National des Professionnels Infirmiers

Infirmières - Cadres Infirmiers - Infirmières Spécialisées

***Vous appréciez notre bulletin
et notre site internet ?***

***Vous partagez nos positions et
regrettez de ne pas être plus écoutés ?***

**Rejoignez le SNPI :
ensemble, nous y arriverons !**

Au bout de six mois
d'adhésion

⇒ vous bénéficierez
de l'Assurance
Protection Juridique
et Droit du Travail

⇒ vous recevrez
régulièrement
des informations
sur notre profession
et l'évolution de la
réglementation
dans votre
établissement

**La cotisation est de
36 €uros par
trimestre, dont
66 % sont
déductibles des
impôts,
soit une dépense
réelle de 12,24 €**



DEMANDE D'ADHESION

(remplir en lettres capitales)

N° SYNDICAT	
N° ADHERENT	

<input type="checkbox"/> Mlle, <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> M.	NOM	Prénom	
Adresse			
Code Postal		Commune	
Date de naissance		Tél Personnel	Portable
Mél			
Profession		Fonction	
ETABLISSEMENT			Siret
Adresse			
Tél.	Date d'entrée	Nbre de Salariés	Nom du Délégué Syndical (le cas échéant)
EMPLOYEUR			
Adresse			
OPCA			
Caisse Retraite Cadres Caisse Retraite complémentaire			

CONVENTIONS COLLECTIVES ou STATUTS D'APPARTENANCE (entourer le nombre correspondant)

0- Retraite	15- Sans convention collective
1- F.H.A.P. (c.c. du 31/10/1951)	16- Mutualité (c.c. du 31/1/2000)
2- F.H.P. (c.c. du 18/4/2002)	17- Chômage
3- Etablissements pour inadaptés et handicapés (c.c. du 15/3/1966)	18- Animation (c.c. du 28/6/1988)
4- Laboratoires d'Analyses Médicales extra hospitaliers (c.c. du 3/2/1978)	19- Centres d'Hebergement (Accords SOP-CHRS)
5- Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/1/1999)	20- Médecine du Travail
6- Thermalisme (c.c. du 16/10/1959)	21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c. du 4/6/1983)
7- Convention Collective du 26/8/1965	22- Organismes de Sécurité Sociale
8- Cabinets Médicaux (c.c. du 14/1/1981)	23- Services sociaux d'entreprise
9- Croix Rouge Française (c.c. de 1966)	24- SONACOTRA
10- Cabinets dentaires (c.c. du 17/1/1992)	25- Foyers de Jeunes Travailleurs
11- Prothésistes Dentaires (c.c. du 18/12/1978)	26- Fonction Publique d'ETAT
12- Etablissements Français du Sang	27- Fonction Publique TERRITORIALE
13- Missions locales et P.A.I.O. (c.c. du 21/2/2001)	28- Fonction Publique HOSPITALIERE
14- Divers (à préciser):	29- Aide à Domicile

A _____ Le _____ SIGNATURE :

Montant versé : _____

AUTORISATION DE PRELEVEMENT : J'autorise l'établissement teneur de mon compte, à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° EMETTEUR NATIONAL
435 499
N° EMETTEUR INTERNE

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR	
NOM - Prénom	_____
Adresse	_____
Ville	_____
Code Postal	_____

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
REF DK	435499.06048.62286041
SNPI CFE CGC	
39, rue Victor MASSE	
75009 PARIS	

COMPTE A DEBITER			
CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° COMPTE	CLE RIB
_____	_____	_____	_____

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR de compte à débiter	

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un Relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).

Adhérer au SNPI CFE-CGC :

Pourquoi ?

- 66 % de votre cotisation annuelle 2012 sera déductible de votre impôt 2012
- en payant par prélèvement vous répartissez la dépense sur l'année
- Vous bénéficiez de l'Assurance Protection Juridique – Droit du Travail (Délai d'ancienneté d'adhésion = 6 mois)
- Vous êtes destinataire des publications syndicales, fédérales, confédérales
- Vous recevez les informations sur les négociations conventionnelles ou statutaires

TARIF COTISATIONS 2013

1^{ère} ANNEE D'ADHESION

▶ 120 €

IDE - CADRES – SPECIALISES(ES)

▶ 144 €

ETUDIANT - RETRAITE DEMANDEUR D'EMPLOI

▶ 104 €



Les infirmiers territoriaux en catégorie A



Les décrets relatifs à la réforme des infirmiers territoriaux sont **enfin parus** au journal officiel du 20/12/2012. Cette réforme est applicable au 1er janvier 2013. Il était temps : dans la fonction publique hospitalière, les infirmières sont recrutées en catégorie A depuis décembre 2010 ! Par contre, rien n'est encore paru pour la transposition du **statut des infirmières spécialisées**, alors que la FPT compte de nombreuses puéricultrices !

Le décret n° 2012-1420 crée un nouveau cadre d'emplois de catégorie A des infirmiers territoriaux en soins généraux dont le déroulement de carrière est calqué sur celui des infirmiers en soins généraux de la fonction publique hospitalière.

Il prévoit l'intégration immédiate des infirmiers territoriaux de catégorie B appartenant à la catégorie «sédentaire» au regard du droit à pension. Le décret n° 2012-1421 prévoit l'échelonnement indiciaire applicable en A.

Droit d'option

En revanche, les infirmiers territoriaux dont l'emploi est classé en catégorie «active» au regard du droit à pension disposent, quant à eux, d'un droit d'option leur permettant :

- soit d'intégrer le nouveau cadre d'emplois de catégorie A des infirmiers territoriaux en soins généraux.

Toutefois, ce passage en catégorie A ferait perdre aux agents le bénéfice du classement en catégorie «active» quelle que soit la durée des services antérieurs.

- soit de conserver le bénéfice de la catégorie «active» en restant dans leur cadre d'emplois actuel de catégorie B. Dans ce cas, de nouvelles dispositions prévues par le décret n° 2012-1416 modifient le cadre d'emplois des infirmiers territoriaux en précisant les modalités de reclassement dans ce cadre d'emplois.

Le décret n° 2012-1422 prévoit que la carrière des infirmiers territoriaux de catégorie B est revalorisée avec l'ajout d'un échelon supplémentaire au sommet de chaque grade (9ème échelon au sommet du grade d'infirmier de classe normale et 7ème échelon au sommet du grade d'infirmier de classe supérieure).

Ce cadre d'emplois est mis en extinction. En effet, plus aucune nomination ne peut intervenir par concours. Le recrutement dans le cadre d'emplois des infirmiers territoriaux ne peut intervenir que par la voie du détachement, de l'intégration directe ou par la voie de la mutation.



Bulletin du SNPI CFE-CGC - 39, Rue Victor Massé – 75009 PARIS
Tél : 01.48.78.69.26 Fax : 01.40.82.91.31 Mél : snpicfecgc@yahoo.fr

Directeur de la Publication : Thierry AMOUROUX Rédactrice en Chef : Anne LARINIER Réalisation : Maryse FAURE ABBAD