

Cynisme d'Etat : jusqu'où iront ils ?

Ces dernières années, l'Etat a fermé des « petites » maternités, de « petits » services de chirurgie, de « petits » hôpitaux locaux, de « petits » services d'urgences. En tout **100.000 lits supprimés en dix ans**. Mais ce n'est jamais au nom de « plans d'économies » ou du mot-clé de l'administration branchée, l'**efficience**. Non, ils nous disent que c'est au nom de la qualité des soins, pour la sécurité des patients, car ces services ne font pas assez d'actes, donc ils risquent de « perdre la main », et d'être moins bon que le grand CHU où tout le monde est « au top ».

Curieusement, les **erreurs de soins** dont la presse se fait l'écho concernent souvent de « grands » services d'urgences et de « grandes » maternités, où, du fait de toutes ces structures locales fermées, les files d'attentes s'allongent toujours plus, avec des patients invités à rentrer chez eux rapidement, afin de libérer des lits pour ceux qui sont stationnés sur des **brancards dans le couloir**.

Lors du HCPP du 3 avril (Haut Conseil des Professions Paramédicales) toutes les centrales syndicales ont dénoncé le protocole de « **coopérations entre professionnels de santé** » (article 51 de la loi HPST) de cancérologie low cost autorisé par l'Agence Régionale de Santé d'île de France, selon lequel **une infirmière peut remplacer un cancérologue** moyennant une formation théorique de 45 heures ! La représentante du ministère a répondu que ce n'était pas juste **pour gagner du temps médical**, mais pour « **améliorer la prise en charge des patients** » !

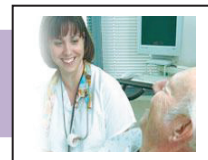
Mieux, pour l'oncologue responsable du protocole, « **C'est impossible de former les médecins traitants. Les molécules sont très compliquées et il y en a toujours de nouvelles**, les infirmières de l'hôpital de jour sont donc les mieux placées pour assurer un suivi ». Toutes les **études internationales** montrent que **pour assurer le suivi des patients chroniques, avec une prescription infirmière de médicaments**, il est nécessaire que l'infirmière dispose d'une formation supplémentaire en **master** (travaux portant sur environ **330.000 infirmières de pratiques avancées dans 25 pays** (avec 50 ans de recul aux USA). Mais en France, 45 heures seraient suffisantes ? **C'est mettre en danger les patients et les infirmières qui acceptent de telles dérives !**

Pour une prescription médicale limitée (sur le modèle de la sage-femme), il faut un **métier infirmier de pratiques avancées, validé par un Master**, dans un **cadre statutaire clair, payé comme tel**, sur le modèle de l'IADE.

Sommaire

- ▶ **Cancérologie low cost** (p.2 – p.3)
- ▶ **Master en Santé Mentale** (p.4)
- ▶ **Nouveau statut des cadres de santé** (p.5)
- ▶ **Grilles salariales Infirmières FPH** (p.6)
- ▶ **Négociations FEHAP** (p.7)
- ▶ **L'encadrement des étudiants** (p.8)
- ▶ **Représentativité syndicale** (p.9)
- ▶ **Infirmières spécialisées** (p.12)





Cancérologie low-cost : 45h de formation pour prescrire cinq types de médicaments !

Marisol Touraine et Claude Evin expérimentent les soins low-cost en Ile de France : après seulement 45 heures de formation théorique, des infirmières peuvent remplacer des oncologues !

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 ARS, 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).



En décembre 2012, un sondage auprès de 13.234 infirmières a montré que 87 % de ces professionnels infirmiers sont hostiles aux modalités de ces coopérations art 51.

A ce jour **19 protocoles** sont validés en France, dont 10 pour la seule ARS d'Ile de France. Nous étions jusque là surtout dans des transferts d'actes techniques. Mais le 28.12.12, Claude EVIN, le Directeur Général de l'ARS IDF a autorisé un protocole d'une toute autre nature **« Consultation infirmière de suivi des patients traités par anticancéreux oraux à domicile, délégation médicale d'activité de prescription »**. Dans ce protocole, les actes réalisés par l'IDE et leur nature dérogatoire sont précisés pages 3 et 4 :

› Prescription d'examen biologiques et radiologiques selon des critères stricts en fonction de protocoles validés spécifiques à chaque molécule et leur interprétation suivie de décision.

› Réponse à des questions médicales et décision d'orientation du patient.

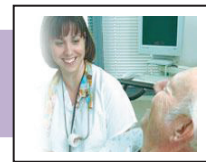
› **Prescription de certains médicaments à but symptomatique** pour traiter les effets indésirables des traitements anticancéreux (la prescription de médicaments ne concerne pas les anticancéreux eux mêmes) : antiémétiques, anxiolytiques, antibiotiques de la classe des cyclines, anti-diarrhéiques, topiques cutanés

› **Décision de renouvellement de la chimiothérapie orale** selon la recommandation du protocole spécifique, après appréciation clinique et interprétation de comptes rendus d'examen paracliniques ;

Dans de nombreux pays européens, des infirmières praticiennes peuvent disposer de telles compétences **après deux années d'études supplémentaires validées par un Master**. Toutes les études scientifiques ont prouvé l'intérêt de ce **métier intermédiaire** entre l'infirmière à Bac +3 et le médecin à bac +9 ou +12.

L'exemple a été donné par les **USA** dans les années 1960, et il y a aujourd'hui dans ce pays **158.348 « infirmières praticiennes »** et **59.242 « infirmières cliniciennes spécialisées »**, toutes titulaires d'un Master.

En Europe, de l'Irlande à la Finlande, ces infirmières diplômées d'un **Master** peuvent prescrire des médicaments et assurer le suivi des patients chroniques.



Dans ce protocole de l'ARS île de France, la seule ambition est de gagner du temps médical, avec une formation plus que symbolique :

› une «formation théorique de 45 heures», validée par une simple «attestation de suivi de la formation» !

› une formation pratique de 20 heures, consistant à «avoir participé à des consultations médicales avec deux à trois oncologues médicaux (soit entre 20-25 malades vus)», avant de réaliser «10 consultations supervisées par un médecin avec prescriptions de traitements des effets indésirables des anticancéreux et d'exams (biologiques, radiologiques)».

Véritable manipulation des textes officiels sur les actes et compétences des infirmières, ce "protocole de coopération" entre individu, est une brèche grande ouverte dans un dispositif jusque là destiné à garantir la sécurité des patients : formation initiale basée sur un programme officiel fixé par arrêté, évaluation des compétences acquises par le moyen d'un examen, et attribution d'un diplôme d'Etat habilitant à un exercice réglementé et protégé, au nom de la santé publique et de la sécurité des patients.

«Avec 50 ans de recul, les pays anglo-saxons estiment nécessaires deux années universitaires supplémentaires pour valider ces compétences, mais pour l'ARS d'île de France, avec 45 heures de présence, une infirmière est jugée légalement apte à prescrire cinq types de médicaments !» a dénoncé Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du SNPI CFE-CGC, lors du Haut Conseil des Professions Paramédicales HCPP du 22 février 2013.

Pour faire face à la démographie médicale, les autorités préparent elles un système de santé à deux vitesses ?

Si l'on reste dans cette logique, alors cela revient à estimer qu'en quelques semaines une infirmière serait apte à prescrire tous les médicaments, ou même remplacer un médecin !

Si 45 heures de présence pour prescrire ces médicaments, ce n'est pas **dangereux pour les patients**, comment justifier qu'il faille encore neuf années laborieuses pour former un médecin ?

Avec les "coopérations", ce sont des **compétences personnelles qui seront attribuées à des infirmières particulières** pour faire des actes à la place des médecins. Il y aura des infirmières «autorisées à faire» ... et des « infirmières non autorisées » dans la même unité d'hospitalisation ! **Qui s'y retrouvera ?** Le patient sera informé du protocole, mais ensuite il ne saura plus qui peut faire quoi dans une même unité de soins.

Par ailleurs, **on ne peut accepter de valider des acquis par une formation au rabais**, un examen entre soi, ou une **attestation de présence sur une chaise**. Le tout à titre **bénévole** (ni revalorisation, ni prime), alors que l'hôpital facture une consultation de médecin spécialiste au patient !



Si l'on souhaite élargir les compétences infirmières :

› soit c'est juste rajouter un **acte technique**, et il faut alors le rajouter au décret d'acte, introduire ce **nouvel apprentissage officiellement** dans la formation initiale et le valider par le diplôme d'État

› soit c'est acquérir de **nouvelles compétences**, comprenant une **prescription médicale limitée**, sur le modèle de la sage-femme, et il nous faut **deux années universitaires supplémentaires** pour valider ces compétences, dans le cadre d'un **métier intermédiaire**, validé par un **Master**, dans un **cadre statutaire** payé sur le modèle de l'IADE.

Car avec un tel protocole **dérogatoire**, pour un **juge, qui sera responsable en cas d'erreur** dommageable pour le patient, voire de faute ?

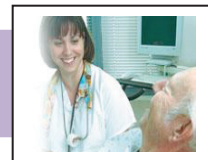
› L'**ARS** qui habilite ces professionnels pour un protocole de coopération ?

› La **HAS** qui aura validé le protocole ?

› L'**établissement de santé** qui en sera le bénéficiaire ?

› Le **médecin** qui aura délégué sa tâche ?

› L'**infirmière** qui pratiquera un exercice sous couvert d'une "coopération" dérogatoire ?



Santé mentale : audition à l'Assemblée Nationale



Master en Santé Mentale

Le SNPI a été auditionné le 22 février 2013 par la «mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie» de l'Assemblée Nationale.

«La priorité sera de travailler sur la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques [en partie censurée par le Conseil constitutionnel], qui doit être réformée avant le 1er octobre prochain, a déclaré Denys Robiliard (PS), rapporteur de la mission. On réfléchira à la psychiatrie plus largement dans un second temps».

Sur la question de l'hospitalisation sous contrainte, au cœur de cette loi, **le SNPI CFE-CGC a dénoncé les difficultés entraînées par l'obligation d'accompagner les patients au tribunal** afin que le juge des libertés et de la détention statue sur leur cas. «C'est le plus gros problème de cette loi, a lancé Thierry Amouroux, secrétaire général du SNPI. «Souvent, il faut attendre plusieurs heures, les patients sont très inquiets de cette audience, ils se demandent «ce qu'ils ont fait» : cela nécessite une réassurance permanente pour certains. **Nous demandons que les audiences se déroulent dans les centres hospitaliers**, ce qui éviterait par ailleurs de dégarnir les services de soins».

Le SNPI demande aussi la fin de l'expérimentation des **médiateurs en santé mentale**, qui consiste à ce que d'anciens malades soient salariés et intégrés aux équipes de soins.

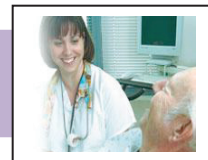
Le SNPI a affirmé que le **recours à la contention** en psychiatrie tendait à augmenter en raison d'un **manque de personnel** criant, et d'une **charge de travail croissante**. Le fait **conduire les malades au tribunal** réduit encore la **présence** des soignants dans les services. La "**perte de sens**" qui en résulte engendre "**un turn-over important**" dans les équipes soignantes.

Depuis la suppression du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP), en 1992, la formation initiale en santé mentale des infirmiers ne s'effectue plus que dans le cadre des études de soins généraux. **Le SNPI ne souhaite pas un retour à l'ancien système à deux filières**, mais il y a un problème de "**perte de compétences**" depuis 1992, qui ne fait qu'augmenter avec les **départs en retraite des anciens ISP**, car les IDE formés aujourd'hui manquent d'une formation permettant de répondre à la diversification des soins offerts en psychiatrie.

Le SNPI CFE-CGC a donc demandé la création d'un cadre statutaire d'infirmier spécialisé en psychiatrie et santé mentale, dans le cadre d'une formation universitaire en Master 2. Il faudrait au moins un tel professionnel par unité de soins pour aider les équipes soignantes, et assurer la prise en soins des patients complexes. Leur présence serait également souhaitable dans les **services d'urgences des hôpitaux généraux**, qui manquent de telles compétences.

Il existe déjà un master de sciences cliniques en soins infirmiers à l'Université de Versailles/Saint-Quentin-en-Yvelines, qui propose une spécialisation en psychiatrie et santé mentale, mais il faut encore **créer le métier statutaire**, pour que les professionnels formés puissent bénéficier d'une reconnaissance statutaire, **avec une grille salariale**, sur le modèle des IBODE, puéricultrices et IADE.

Le SNPI devrait être à nouveau auditionné par la mission parlementaire d'ici la fin de ses travaux, a affirmé son rapporteur, le député Denys Robiliard (PS, Loiret).



FPH : nouveau statut des cadres de santé



Droit d'option et nouvelles grilles indiciaires font l'objet d'une circulaire

La circulaire ministérielle qui explicite la réforme du statut des cadres de santé (notamment l'exercice du droit d'option) suite aux décrets du 26 décembre 2012, est parue le 5 février 2013.

Le **droit d'option** permettant soit le maintien dans le statut du 31 décembre 2001, soit l'intégration dans le statut du 26 décembre 2012 a été ouvert pour six mois à compter du 28 décembre 2012, soit jusqu'au **27 juin inclus**, pour les cadres ayant une certaine durée de service.

Conformément à l'article 22 du décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière, ce droit d'option est ouvert aux membres du corps des cadres de santé régi par le décret du 31 décembre 2001 pouvant faire valoir, à la date d'ouverture de ce droit d'option, une **durée de services effectifs dans un emploi classé dans la catégorie active**, telle que prévue à l'article 6 du décret n° 2011-2103 du 30 décembre 2011 portant relèvement des bornages d'âge de la retraite des fonctionnaires, des militaires et des ouvriers de l'État.

Soit :

- ▶ 15 ans d'activité avant le 1er juillet 2011
- ▶ 15 ans et 4 mois d'activité du 1er juillet 2011 au 31 décembre 2011
- ▶ 15 ans et 9 mois d'activité en 2012

Par contre, "Les membres du corps des cadres de santé non concernés par le droit d'option sont **directement classés** dans le statut des cadres de santé paramédicaux à compter du **29 décembre 2012**".

Enfin, les cadres de santé qui bénéficient du droit d'option mais **qui n'auront pas effectué de choix exprès dans le délai réglementaire**, seront maintenus dans le corps régi par le décret du 31 décembre 2001.

Le régime de la **nouvelle bonification indiciaire**, des **indemnités et des primes** actuellement applicable aux agents du corps des cadres de santé régi par le décret du 31 décembre 2001 s'applique dans les mêmes conditions aux agents du corps des cadres de santé paramédicaux régi par le décret du 26 décembre 2012. Les textes réglementaires concernés sont en cours de modification.

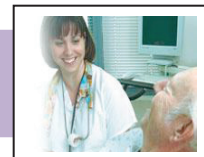
La DGOS et la DGCS demandent aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et aux chefs d'établissement **d'informer, avant le vendredi 22 mars, chaque agent de sa situation**, "tant ceux bénéficiaires du droit d'option que ceux non concernés par celui-ci".

Le but est que "tous les agents concernés par le droit d'option effectuent un **choix éclairé** dans le délai imparti et que ceux qui ne le sont pas puissent vérifier le compte de leurs années de service actif et être informés de l'équilibre global du dispositif".



La circulaire du 5 février DGOS/RH4/DGCS/2013/41 relative à la mise en œuvre du nouveau statut des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière (F.P.H.) est disponible sur notre site

www.snpi-cfecgc.com



Grilles infirmières soins généraux

Infirmier reclassé en catégorie A

Cat A Infirmier soins généraux grade 1

| Échelon | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
|-------------------|--------------------|---------------|---------------------|
| 11 ^{ème} | - | 566 | 2490 |
| 10 ^{ème} | 48 mois | 548 | 2414 |
| 9 ^{ème} | 48 mois | 524 | 2312 |
| 8 ^{ème} | 48 mois | 505 | 2231 |
| 7 ^{ème} | 36 mois | 487 | 2154 |
| 6 ^{ème} | 36 mois | 456 | 2022 |
| 5 ^{ème} | 36 mois | 423 | 1882 |
| 4 ^{ème} | 36 mois | 399 | 1780 |
| 3 ^{ème} | 36 mois | 379 | 1695 |
| 2 ^{ème} | 24 mois | 355 | 1592 |
| 1 ^{er} | 12 mois | 342 | 1537 |

Cat A Infirmier soins généraux grade 2

| Échelon | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
|-------------------|--------------------|---------------|---------------------|
| 11 ^{ème} | - | 581 | 2554 |
| 10 ^{ème} | 48 mois | 570 | 2508 |
| 9 ^{ème} | 48 mois | 547 | 2410 |
| 8 ^{ème} | 48 mois | 524 | 2312 |
| 7 ^{ème} | 36 mois | 501 | 2214 |
| 6 ^{ème} | 36 mois | 478 | 2116 |
| 5 ^{ème} | 24 mois | 456 | 2022 |
| 4 ^{ème} | 24 mois | 436 | 1937 |
| 3 ^{ème} | 24 mois | 416 | 1852 |
| 2 ^{ème} | 24 mois | 400 | 1784 |
| 1 ^{er} | 12 mois | 387 | 1729 |

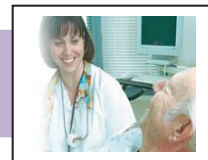
Infirmier resté en catégorie B

Infirmier classe normale (grade en extinction)

| Échelon | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
|------------------|--------------------|---------------|---------------------|
| 9 ^{ème} | - | 515 | 2282 |
| 8 ^{ème} | 48 mois | 483 | 2145 |
| 7 ^{ème} | 48 mois | 450 | 2004 |
| 6 ^{ème} | 48 mois | 420 | 1876 |
| 5 ^{ème} | 48 mois | 394 | 1765 |
| 4 ^{ème} | 36 mois | 370 | 1663 |
| 3 ^{ème} | 36 mois | 346 | 1560 |
| 2 ^{ème} | 24 mois | 332 | 1500 |
| 1 ^{er} | 12 mois | 327 | 1479 |

Cat B Infirmier classe supérieure (grade en extinction)

| Échelon | Durée de l'échelon | indice majoré | Salaire net mensuel |
|------------------|--------------------|---------------|---------------------|
| 7 ^{ème} | - | 562 | 2483 |
| 6 ^{ème} | 48 mois | 540 | 2389 |
| 5 ^{ème} | 48 mois | 519 | 2299 |
| 4 ^{ème} | 36 mois | 494 | 2192 |
| 3 ^{ème} | 36 mois | 471 | 2094 |
| 2 ^{ème} | 36 mois | 448 | 1996 |
| 1 ^{er} | 24 mois | 423 | 1889 |



FEHAP : laborieuse reprise du dialogue social en CCN 51

Après plus de 2 mois d'interruption, les négociations semblaient pouvoir reprendre. La FEHAP invitait en effet les Organisations Syndicales à participer à une commission paritaire le 18 janvier 2013, pour négocier sur la transposition du processus LMD et sur l'introduction de nouveaux métiers dans la convention collective.

Dès réception de la convocation, la CFE-CGC Santé Social écrivait à la FEHAP pour demander que les modalités de rétablissement d'un cadre conventionnel soient impérativement discutées avant de négocier sur les points proposés.

S'agissant du rétablissement d'un tissu conventionnel permettant de reprendre un dialogue social ayant effectivement du sens, la CFE-CGC et la CFDT ont demandé qu'une méthodologie de travail soit formalisée et qu'un calendrier de réunions soit fixé sur l'ensemble de l'année 2013.

Pour la CFE-CGC Santé Social, les négociations en 2013 devront avoir pour objectif :

› de rétablir un cadre conventionnel prenant notamment en compte tous les éléments dénoncés le 1er septembre 2011. Certains de ces éléments dénoncés (les «15 points» en particulier) feront donc l'objet d'une nouvelle négociation.

› d'introduire de nouveaux points dans les débats : politique salariale (dont bas salaires), nouveaux métiers, LMD, prévoyance, complémentaire santé... Dans le même temps, une réflexion sur la classification et le système de rémunération sera nécessaire.

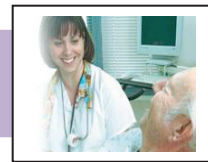
En fin d'année, au vu des diverses avancées, concessions et contreparties, la CFE-CGC évaluera le résultat de la négociation 2013 et décidera si elle doit signer (ou non) un éventuel avenant proposé par la FEHAP.

Bien entendu, la CFE-CGC ne signera pas un avenant qui serait globalement en dessous de l'avenant de substitution du 12 novembre 2012 qu'elle a accepté de signer.

Mais aujourd'hui, après l'opposition majoritaire à l'avenant de substitution du 12 novembre 2012 et après l'entrée en vigueur, le 2 décembre 2012, de la recommandation patronale du 4 septembre 2012 (agrée par arrêté du 21/12/2012 paru au JO du 04/01/2013), la situation n'est plus la même !

Avec la recommandation patronale, moins coûteuse que les textes qu'elle remplace, et l'agrément obtenu auprès de la ministre **Marisol Touraine**, la FEHAP a fait d'une pierre deux coups : les «marges de manœuvres financières» sont dégagées et le «vide conventionnel» est comblé ! Ce n'est pas le contexte rêvé pour ouvrir une négociation...





Encadrement de l'étudiant en soins infirmiers



Les actes réalisés par l'étudiant doivent être en cohérence avec son niveau d'étude.

L'étudiant doit toujours être sous le contrôle direct d'une infirmière diplômée (**présence effective**) en particulier lorsqu'il participe à :

- › un acte invasif,
- › un déplacement de malade (transfert d'unité) : **le contrôle de l'identité et de la fiche de liaison sont sous la responsabilité de l'IDE.**

L'infirmière diplômée référente travaille en concertation avec le tuteur notamment pour évaluer l'étudiant.

- › Pour assurer la qualité de l'encadrement de l'étudiant, l'infirmière référente assure la responsabilité simultanée d'un nombre d'étudiants maximal **compatible avec la charge en soins** qui lui incombe.
- › L'encadrement des ESI par des IDE **intérimaires** « ponctuelles » peut générer des risques et doit être évité. Dans ces situations, l'ESI est toujours sous la responsabilité de l'infirmière de l'unité qui est présente.
- › L'encadrement des étudiants entre eux peut constituer une situation à risques : **le compagnonnage par un infirmier diplômé** doit être privilégié.

L'apprentissage s'organise autour de 4 acteurs principaux :

- › Le maître de stage : (fonction organisationnelle et institutionnelle du stage)
- › Le tuteur de stage : (fonction pédagogique du stage)
- › Le professionnel de proximité : (fonction d'encadrement au quotidien)
- › Le formateur référent de l'IFSI; (lien entre le maître de stage, le tuteur et l'IFSI ;

Le parcours de l'étudiant

Le parcours clinique de l'étudiant est organisé selon une progression dans les apprentissages :

- › 1ère année : l'ESI suit un stage dans **une seule structure** avec une seule équipe Encadrement personnalisé réduisant les situations à risques.
- › 2ème année : **l'ESI suit le parcours du patient** Horaires variables selon le planning infirmier de la structure. Apprentissage via des situations et parcours de soins plus complexes. Développement de la capacité d'adaptation à d'autres situations de travail.

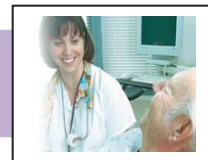
- › 3ème année : stage organisé avec un **parcours au sein du pôle** (dans 3 services maximum) pour garantir la continuité de l'apprentissage.

Une évaluation de fin de période et/ou à chaque changement d'équipe ou de service est préconisée.

L'accueil de l'étudiant

C'est un moment clef en termes d'évaluation initiale des compétences et des besoins d'apprentissage de l'étudiant.

- › Disposer d'un temps dédié de l'IDE référent pour évaluer le niveau de l'ESI à l'arrivée en stage.
- › Evaluer de « visu » l'ESI concernant les soins à risques, complexes ou spécifiques avec le portefeuille à l'appui (maîtrise ou non de ces soins par l'ESI). Un acte déjà réalisé antérieurement n'est pas forcément acquis et maîtrisé.
- › Repérer une trop grande confiance ou un manque total de confiance chez l'étudiant pouvant engendrer des risques.
- › Tracer cette évaluation pour pouvoir s'y référer ultérieurement.



Représentation syndicale : il faudra compter avec la CFE-CGC !



Aujourd'hui est franchie une étape importante dans la reconnaissance de la représentativité des organisations syndicales de salariés : la mesure de leur audience tant au niveau national interprofessionnel que par convention collective. D'après les chiffres que la **DGT (Direction générale du travail)** vient de communiquer le 29 mars 2013 au niveau national interprofessionnel et au niveau des branches depuis 2007 :

La CFE-CGC est fière des résultats de son audience catégorielle (techniciens, agents de maîtrise, ingénieurs, cadres ou assimilés) de **18,14 %**, soit plus double du seuil minimal requis !

Cette mesure est une première et ne peut se comparer à aucune autre. Elle résulte de la consolidation des voix obtenues par la CFE-CGC lors des élections professionnelles d'entreprise dans les collèges où se trouvent des salariés visés par ses statuts, auxquelles s'ajoutent les voix recueillies dans le deuxième collège aux élections TPE et dans le collège «production» des élections aux chambres d'agriculture.

À la table des négociations nationales interprofessionnelles, couvrant tous les salariés, la **CFE-CGC pèse 10,78 % et devient la quatrième organisation** par ordre d'importance, n'en déplaise à certains !

Avec **+ 1% par rapport à 2006**, la CFE-CGC est incontestablement une organisation syndicale dans laquelle les salariés de l'encadrement se reconnaissent et qui compte dans le paysage syndical français (CGT 30%, CFDT 29%, FO 18%, CFTC 10 %).

Recommandations aux étudiants en soins infirmiers



Ces recommandations et fondamentaux visent à réduire les situations à risques lors de l'apprentissage en stage :

- › En 1^{ère} année ne jamais faire un soin seul.
- › **Ne pas se laisser interrompre** dans la préparation et la dispensation d'un soin (nécessité de concentration).
- › **Ne pas hésiter à demander de l'aide** lorsque l'on ne sait pas faire un soin ou que l'on n'est pas sûr.

› **Savoir dire non si nécessaire**

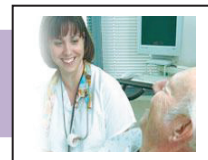
› Ne pas recommencer un soin ou un acte au-delà de 2 fois (**savoir passer la main**).

› Se représenter mentalement les **ordres de grandeur** pour les **calculs de doses** et dilutions. → Se questionner et demander une vérification de l'infirmier diplômé d'Etat quand le résultat paraît incohérent (par ex : devoir injecter 300 ml de produit dans une perfusion de 500 ml).

› **Savoir à qui se référer** si problème.

› Disposer d'un **numéro d'urgence** à composer si besoin.

› Savoir répondre aux appels téléphoniques ou être capable de reformuler pour transmettre la demande au professionnel concerné sans délais ni omission.



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 ?***

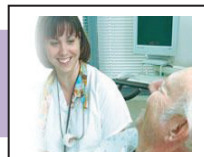
**Rejoignez le SNPI :
ensemble, nous y arriverons !**

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

(à remplir en lettres capitales)

N° SYNDICAT

N° ADHERENT

Ne pas remplir

| | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> M. | NOM | | Prénom | |
| Adresse | | | | |
| Code Postal | | Commune | | |
| Date de naissance | | Tél. personnel | | |
| Profession | | Portable | | |
| Fonction | | Mél | | Service |
| ETABLISSEMENT | | | | Date d'entrée |
| Adresse | | | | |
| Tél. | | Nombre 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- | Fonction publique | 3- | Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/1/1999) | |
| 1- | F.E.H.A.P. (c.c. du 31/10/1951) | 4- | Croix Rouge Française (c.c. de 1986) | |
| 2- | F.H.P. (c.c. du 18/4/2002) | 5- | Autres à préciser : | |

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 en 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 _____ |

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

DATE :

SIGNATURE :

| | |
|--|--|
| NOM ET ADRESSE DU CREANCIER | |
| REF DK. 435499.06048.6228604 | |
| SNPI CFE CGC | |
| 39, rue Victor MASSE | |
| 75009 PARIS | |
| NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR de compte à débiter | |
| _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

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 2013 sera déductible de votre impôt 2013
- ⇒ 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

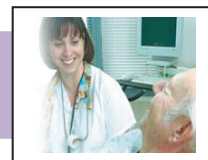
▶ 120 €

IDE - CADRES – SPECIALISES(ES)

▶ 144 €

ETUDIANT - RETRAITE DEMANDEUR D'EMPLOI

▶ 104 €



Bilan du droit d'option des infirmiers spécialisés de la FPH

Même rejet du chantage "salaire contre retraite" que chez les IDE en 2011 : seulement une infirmière spécialisée sur deux a accepté de renoncer à la catégorie active.

Sans surprise, les plus de 45 ans ont refusé les nouvelles grilles, pour ne pas repousser leur âge de départ en retraite.



Les infirmiers spécialisés, soit les **infirmiers de bloc opératoire**, les **puéricultrices** et les **infirmiers anesthésistes** ont eu la possibilité entre le 1er janvier et le 30 juin 2012 de **choisir entre le maintien** dans leur corps d'origine et le reclassement dans le nouveau corps régi par le décret n°2010-1139 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière. **Ceux n'ayant pas exprimé de choix** dans le délai imparti, sont automatiquement maintenus dans leur corps d'origine.

Le ministère de la santé dispose des résultats des choix exprimés ou par défaut de réponse de 87% des effectifs concernés par ce droit d'option, soit **20.167 résultats connus** (dont 25% de choix par défaut de réponse), sur environ **23.000 effectifs concernés**.

Parmi les agents ayant exprimé leur choix, explicitement ou par défaut, et dont la réponse a été traitée par leur établissement FPH (fonction publique hospitalière) :

- > **10.994 ont opté pour le reclassement dans le nouveau corps, soit 54%** (catégorie sédentaire, sans bonification)
- > **9.173 ont opté pour le maintien dans leur corps d'origine, soit 46%**. (maintien de la catégorie active avec la bonification d'un an tous les dix ans)

Répartition par filières :

- **Infirmiers de bloc opératoire** FPH (hors AP-HP) **49%** de reclassement dans le nouveau corps (APHP : 43%)
- **Puéricultrices** FPH (hors AP-HP) **62%** de reclassement dans le nouveau corps (APHP : 56%)
- **Infirmiers anesthésistes** FPH (hors AP-HP) **51%** de reclassement dans le nouveau corps (APHP : 57%)

Répartition par tranche d'âge:

- 20-24 ans : **77%** de reclassement dans le nouveau corps
- 25-29 ans : **79%** de reclassement dans le nouveau corps
- 30-34 ans : **76%** de reclassement dans le nouveau corps
- 35-39 ans : **69%** de reclassement dans le nouveau corps
- 40-44 ans : **60%** de reclassement dans le nouveau corps
- 45-49 ans : **46%** de reclassement dans le nouveau corps
- 50-54 ans : **27%** de reclassement dans le nouveau corps
- 55-59 ans : **20%** de reclassement dans le nouveau corps
- 60-64 ans : **26%** de reclassement dans le nouveau corps

Nous retrouvons ainsi dans un même service, des infirmières spécialisées qui font le même travail, mais avec deux grilles salariales différentes, et trois âges de départ en retraite (57 ans pour celles en active, 60 ans pour celles qui ont utilisé leur droit d'option, 62 ans pour les autres)

Bulletin du SNPI CFE-CGC

39, Rue Victor Massé – 75009 PARIS

Tél : 01.48.78.69.26 Fax : 01.40.82.91.31

Mél : snpicfcgc@yahoo.fr

Directeur de la Publication : Thierry AMOUROUX

Rédactrice en Chef : Anne LARINIER

Réalisation : Maryse FAURE ABBAD