



Bulletin du SNPI CFE-CGC

N° 65

Chantage à l'emploi : faut-il renoncer à des jours RTT pour sauver des postes ?

Le volet hospitalier du plan d'économies de l'assurance-maladie sur trois ans comporte 860 millions d'euros de **réduction de coûts sur la masse salariale**.

Rien que pour les hôpitaux publics, le ministère de la Santé table sur une "maîtrise de la masse salariale" équivalant à la suppression de **22.000 emplois**.

Dans le secteur commercial, les précédents à BOSCH, CONTINENTAL, DUNLOP, GENERAL MOTORS... ont prouvé que **renoncer à ses repos ne fait reculer que d'un an ou deux les plans de réduction d'effectifs**.

Depuis 10 ans, **100.000 lits ont été fermés dans les établissements de santé**. La tarification à l'activité T2A conduit les directions à soigner les indices et non les patients.

Plan d'économies et «plan de retour à l'équilibre» se succèdent dans nos établissements, entraînent la dégradation de **nos conditions de travail et de la qualité des soins**. Nous devons sans cesse modifier notre planning, revenir sur nos repos, modifier nos horaires, car il y a de moins en moins de remplacement des absences.

Notre pouvoir d'achat baisse régulièrement car les charges sociales augmentent alors que notre salaire de base n'évolue pas, la valeur du point étant bloquée depuis 2010.

Alors pas question de perdre en plus des jours de repos, nous devons lutter contre la remise en cause des 35 heures et des protocoles de réduction du temps de travail signés.



Sommaire


Hôpital : droits RTT remis en cause
2

Le mépris des Députés pour la profession infirmière
3

Sanctions disciplinaires (secteur privé)
4

Loi santé, EHPAD et handicapés
5

Compte Prévention Pénibilité
6

Code de déontologie
7

Infirmières de pratique avancée (CIF)
8

Hôpitaux : le ministère veut supprimer 22.000 postes
9



Hôpital : droits RTT remis en cause

En modifiant la «durée hebdomadaire de travail effectif», la direction de l'hôpital baisse le nombre de RTT :

- › si on est en 7h par jour, zéro RTT
- › si on est en 7h40 par jour, 20 RTT

L'agent bénéficie de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail (RTT) afin de ramener leur durée moyenne de travail à 35 heures hebdomadaires. Le nombre de jours de RTT dépend de la durée de travail effectif accomplie au cours du cycle de travail :

Durée hebdomadaire de travail effectif/Nombre annuel de jours de RTT :

- › Entre 38 h 20 et 39 heures : 20 RTT
- › 38 heures : 18 RTT
- › 37 heures : 12 RTT
- › 36 heures : 6 RTT
- › 35 heures 30 : 3 RTT

Le temps au-delà des 7h n'est pas un "cadeau de l'administration", il correspond au temps de chevauchement nécessaire entre les équipes pour assurer un temps de transmission entre les trois équipes de soins (matin/après-midi, après-midi/nuite, nuit/matin). Comme l'équipe de nuit est souvent en 10 heures, en deux fois 7h, il n'y aurait aucun chevauchement.

Un agent ne peut pas effectuer, hors heures supplémentaires, plus de **39 heures hebdomadaires** en moyenne sur le cycle, ni plus de 44 heures par semaine en cas de cycle irrégulier.

Les périodes de congé de maladie ne génèrent pas de RTT.

Les jours de RTT peuvent être pris en dehors du cycle de travail, dans la limite de 20 jours ouvrés par an.

Diminuer le nombre de jours RTT, c'est **réduire la durée quotidienne du travail, donc le temps de transmission entre les équipes de soins**. L'effet sur la qualité des soins va être direct : par exemple à l'AP-HP, aujourd'hui les équipes de soins du matin et d'après midi sont en 7h36 et l'équipe de nuit en 10h, soit 72 minutes de temps de chevauchement à répartir entre les trois équipes. **Une vingtaine de minutes pour une salle de 30 patients ! Si nous réduisons encore ce temps de transmission, quelle sera la perte de chance pour des patients ?**

Réduire la durée quotidienne du travail tout en augmentant l'activité, **c'est encore augmenter la charge de travail, donc le risque d'erreurs de soins**. L'étude du LANCET (2014) analysant les rapports d'hospitalisation de plus de 420.000 patients de 300 hôpitaux européens, a montré qu'à **chaque patient supplémentaire par infirmier correspond une hausse de 7% du risque de mort pour le patient**.

Lors d'une renégociation d'un protocole d'accord sur les 35h, la direction locale doit respecter le texte ci-dessous :

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.



Le mépris des députés pour la profession infirmière

L'infirmière a un rôle autonome depuis 1978. Elle effectue trois années d'études depuis 1981. Pourtant, la législation nous assimile à une simple «**auxiliaire médicale**» et non à une professionnelle de santé à part entière.

Nous demandons aux députés qu'au moins «**l'infirmière de pratique avancée**», au bout de cinq années d'études, dispose d'un statut spécifique, dans une logique de missions et non plus d'actes sur prescription ou protocoles.

Mais lors de l'examen de la loi de santé, les débats sur **l'article 30 créant la pratique avancée en France** ont été on ne peut plus clairs sur le **mépris** affiché pour notre profession. Le puissant lobby médical ne veut pas d'une infirmière de pratique avancée (IPA) capable d'agir en autonomie. **Avec un Master, elle a le même niveau d'études qu'une sage-femme** qui dispose d'une prescription limitée à son domaine de compétence.

Mais après le passage par l'Assemblée Nationale, l'IPA serait une simple «auxiliaire médicale» soumise à un strict contrôle du médecin. Les sages-femmes sont-elles dangereuses ? Agissent-elles hors de tout contrôle médical ? Alors pourquoi une IPA n'entrerait-elle pas dans ce cadre ?

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.

On enregistre **330.000 infirmières de pratique avancée dans 25 pays du monde.** Les Etats-Unis sont pionniers depuis les années 1960 avec 158.000 infirmières praticiennes (NP) et 53.000 cliniciennes spécialisées CNS (diagnostic et traitement, prise en charge des maladies chroniques...).

Il faut dire qu'après une longue tradition de soumission à l'autorité médicale, la réglementation française est basée sur un «**décret d'actes**», même si entre nous, nous parlons de «**décret de compétences**» car nous les réalisons dans une **démarche réflexive qui montre un véritable raisonnement clinique.**

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**, alors que la vie de l'institution hospitalière aurait tendance à l'écraser.

"Ni bonnes, ni nonnes, ni connes" était le slogan du grand mouvement infirmier de 1988, lorsque 100.000 infirmières ont défilé lors de manifestations, pendant un mois. Nous avons alors obtenu une revalorisation salariale de 30% sur trois ans.

Pour ne plus voir des technocrates décider pour les infirmières de ce qui est bien pour elles, la profession doit avoir un interlocuteur solide face au ministère. Depuis 2009, nous disposons d'un Ordre des Infirmiers pour rassembler la profession. **Imaginez la force de 500.000 infirmier(es) rassemblées dans une même structure !**

L'objectif des partisans de cet Ordre est de disposer d'une organisation intervenant sur l'ensemble de l'exercice professionnel, sur le modèle des ordres des infirmières existant dans **18 autres pays d'Europe** : Autriche, Danemark, Espagne, Finlande, Grèce, Irlande, Italie, Norvège, Portugal, Royaume-Uni, Suède, mais également Croatie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Roumanie, Slovénie, et même Malte !

Cet Ordre des Infirmiers n'est pas une fin en soi. C'est l'instrument par lequel la profession doit enfin s'affirmer et faire entendre une **vision infirmière de la santé** (prévention, éducation à la santé, accompagnement, relation d'aide).

Dans la nuit du 9 avril, 19 députés, égarés dans une salle de 577 places, ont voté pour la suppression de l'Ordre des Infirmiers. Certes, **le texte doit encore passer au Sénat**, puis devant une Commission Mixte Paritaire (7 députés et 7 sénateurs), avant d'être soumis au Conseil Constitutionnel.

Mais ce **vote à la sauvette** est la preuve d'un **mépris profond pour notre profession**. A 19, ils s'estiment le droit de détruire une organisation de 168.000 membres comme on écraserait un moustique !



Sanctions disciplinaires (secteur privé)



Une sanction disciplinaire est une mesure que prend un employeur suite à un agissement du salarié qu'il considère comme fautif. Avant de sanctionner, l'employeur doit respecter une procédure destinée à informer le salarié et lui permettre d'assurer sa défense.

Il dispose d'un délai de 2 mois à compter du jour où il a eu connaissance de la faute pour la sanctionner (sauf en cas de poursuites pénales).

Agissements condamnables

Les agissements pouvant entraîner une sanction disciplinaire sont notamment :

- le non-respect des règles de discipline fixées par le règlement intérieur ou par une note de service,
- le refus de se conformer à un ordre de l'employeur,
- le non-respect de l'obligation de discrétion et de loyauté,
- les critiques, injures, menaces, violences,
- les erreurs ou négligences commises dans le travail,
- tout acte de harcèlement (sexuel ou moral).

Une sanction disciplinaire doit être justifiée et proportionnée à la faute commise. L'employeur ne peut pas sanctionner 2 fois la même faute.

Dans les entreprises de 20 salariés et plus, les sanctions doivent être fixées par le règlement intérieur.

Différents types de sanctions

Le comportement fautif du salarié peut entraîner l'une des sanctions suivantes :

- avertissement verbal ou écrit,
- blâme,
- mise à pied,
- mutation,
- rétrogradation,
- licenciement pour faute réelle et sérieuse,
- licenciement pour faute grave (sans préavis ni indemnité) ou lourde (ni préavis, ni indemnité, ni congés payés).

Même en cas de comportement fautif du salarié, l'employeur n'est pas autorisé à prononcer les sanctions suivantes :

- sanctions **pécuniaires ou amendes**,
- sanctions **discriminatoires** (*en considération de l'origine, du sexe, des mœurs, de l'orientation sexuelle, de l'âge, de la situation de famille, des caractéristiques génétiques, de l'appartenance ou de la non-appartenance à une ethnie, une nation ou une race, des opinions politiques, des activités syndicales, des convictions religieuses, de l'apparence physique, du nom de famille, de l'état de santé ou du handicap du salarié*),
- sanctions prises à l'encontre d'un(e) salarié(e) victime ou témoin de **harcèlement** sexuel ou moral,
- sanctions qui font suite à l'exercice par le salarié de son **droit de retrait** pour danger grave et imminent,
- sanctions liées à l'exercice normal du **droit de grève**.

Procédure

Toute poursuite disciplinaire doit être engagée dans un délai de 2 mois maximum à compter du jour où l'employeur a eu connaissance d'un fait fautif, sauf s'il a donné lieu dans le même délai à l'exercice de poursuites pénales.

L'employeur doit convoquer le salarié à un entretien préalable (sauf dans le cas d'un avertissement). Il doit préciser l'objet, la date, l'heure et le lieu de l'entretien et lui rappeler qu'il peut se faire assister par une personne de son choix appartenant à l'entreprise.

Suite p. 5 ▶



Sanctions disciplinaires :



Lors de l'entretien, l'employeur indique les motifs de la sanction envisagée et recueille les explications du salarié.

La convocation à l'entretien et la notification de la sanction doivent être faites par lettre recommandée ou remise en main propre.

La sanction intervient :

- ▶ au plus tôt 2 jours ouvrables après l'entretien,
- ▶ et au plus tard 1 mois après.

Si la sanction encourue est le licenciement, c'est la procédure propre au licenciement pour motif personnel qui doit être respectée.

Contester une sanction

Le salarié a tout intérêt à présenter ses explications à l'employeur, par écrit ou par l'intermédiaire des représentants du personnel.

S'il s'estime injustement sanctionné, il peut saisir le conseil de prud'hommes. Celui-ci jugera de la régularité de la procédure et de la justification de la sanction.

Il peut annuler la sanction, sauf s'il s'agit d'un licenciement. Dans ce cas, le licenciement sera déclaré sans cause réelle et sérieuse.

Si un doute subsiste, il profite au salarié.

Loi santé, EHPAD et handicapés :

les infirmières mobilisées contre la déqualification des soins

Les personnes les plus fragiles, personnes âgées et handicapées encouraient un risque majeur pour leur sécurité.

Suite à la mobilisation des organisations infirmières, le 9 avril, les Députés ont supprimé un amendement de déqualification des soins voté le 19 mars : une victoire pour les patients, grâce aux infirmières !

Le 19 mars 2015, en Commission des Affaires Sociales, les députés ont adopté un article 30 bis (amendement AS872) destiné à permettre la **délégation d'actes de soins infirmiers** à des professionnels des établissements et services médico-sociaux.

L'exposé des motifs précise que **"l'amendement vise à permettre à des professionnels salariés non-soignants de réaliser des actes tels que l'administration de valium en cas de crise d'épilepsie convulsive chez une personne handicapée ou encore des aspirations trachéales"**.

Le SNPI CFE-CGC a dénoncé aussitôt le fait qu'un travailleur social comme l'auxiliaire de vie puisse manipuler des médicaments. Le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est de niveau CAP, la formation a lieu en alternance et aucun diplôme n'est requis.

Cela revenait, au final, à permettre à des auxiliaires de vie sociale dont 79% ne sont titulaires d'aucun diplôme (Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation du développement des services à la personne présenté par Mmes Pinville et Poletti, Assemblée nationale, décembre 2014) de **procéder à des actes invasifs et/ou d'administration de substances vénéneuses...**

Et que tout ceci pourra s'effectuer **en dehors de tout contrôle de professionnels de santé** puisqu'une présence d'infirmière n'est pas obligatoire ni automatique dans certains des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 (ceux précisés dans l'article 30 bis).



Compte pénibilité :

Une instruction interministérielle du 13 mars 2015 donne des précisions concernant le fonctionnement du «compte personnel de prévention de la pénibilité», institué pour les salariés du secteur privé, par la loi du 20 janvier 2014 réformant les retraites.

Cette instruction précise notamment :

► **les seuils d'exposition aux quatre facteurs de pénibilité en vigueur en 2015 :**

- activités exercées en milieu hyperbare,
- travail de nuit,
- travail en équipes successives alternantes
- travail répétitif,

► la communication aux salariés et aux services de santé au travail des **fiches de prévention des expositions** (la fiche est tenue à disposition du travailleur à tout moment s'il en fait la demande et elle doit lui être transmise à son départ de l'établissement),

► la déclaration par l'employeur des expositions à la pénibilité (dans la déclaration annuelle des données sociales),

► les modalités d'acquisition des points par les salariés : les **salariés exposés pendant une année complète à un seul de ces facteurs obtiennent 4 points** et ceux exposés à plusieurs facteurs **8 points**.



À noter : six autres facteurs de risques professionnels seront pris en compte à partir du 1er janvier 2016 : manutentions manuelles, postures pénibles, vibrations mécaniques, températures extrêmes, agents chimiques, et bruit.



Ce compte est plafonné à 100 points sur l'ensemble de la carrière. Il peut être utilisé pour :

- une action de formation professionnelle en vue d'accéder à un emploi non exposé ou moins exposé,
- un passage à temps partiel sans baisse de rémunération
- ou encore un départ anticipé à la retraite.

La formation professionnelle

Chaque point donne droit à 25 heures de formation professionnelle. Ces heures de formation ont pour objectif de vous permettre d'**accéder à un poste moins exposé ou non exposé au(x) facteur(s) de risques**. Les 20 premiers points de votre Compte prévention pénibilité sont réservés à l'utilisation pour la formation professionnelle.

Le passage à temps partiel sans diminution de salaire

Chaque groupe de 10 points permet de financer l'équivalent d'un mi-temps sans réduction de salaire pendant un trimestre. Vous pouvez donc **aménager un temps partiel** (correspondant à une quotité de travail comprise entre 20% et 80% de la durée du travail applicable dans votre établissement) en fonction de votre nombre de points, de la durée sur laquelle vous souhaitez l'appliquer et de votre quotité de temps de travail au moment de la demande.

L'anticipation du départ à la retraite

Chaque groupe de 10 points permet de financer un trimestre de majoration de durée d'assurance. Ainsi, **vous pouvez obtenir jusqu'à 8 trimestres de majoration**. Cette utilisation de points peut être demandée à partir de **55 ans** et peut vous permettre d'**anticiper jusqu'à 2 ans le départ à la retraite**. Les trimestres acquis à ce titre sont pris en compte pour le bénéfice de la retraite anticipée pour carrières longues.



Le Code de déontologie adopté par le Conseil National de l'Ordre des Infirmiers est destiné à remplacer notre vieux décret sur les règles professionnelles, qui date de 1993.

Depuis lors, de très conséquentes évolutions ont concerné tant notre profession que le système de santé en général : loi sur les soins palliatifs de 1999, loi Kouchner sur les droits des malades de 2002, réforme de l'assurance maladie et loi de santé publique de 2004, loi Léonetti de 2005 sur la fin de vie, loi HPST en 2009, loi de santé mentale en 2011, réforme de la santé au travail de 2011 et 2012.

Le **champ de compétences** des infirmiers s'est considérablement élargi depuis : prescription, renouvellement contraceptifs, vaccination anti-grippale. Un code de déontologie n'est pas qu'un catalogue de devoirs qui pèse sur les seuls infirmiers. C'est comme cela que certains le caricaturent mais c'est une erreur.

La critique selon laquelle cela ne sert à rien de rédiger de beaux principes déontologiques alors que, par exemple, dans les établissements de santé, dans le contexte de **rigueur budgétaire** que nous connaissons, les infirmiers ne sont plus en capacité de travailler correctement en toute **sécurité** et avec le souci de la **qualité des soins**, ne tient pas non plus et constitue un grand malentendu sur ce qu'est un **code de déontologie** d'une profession de santé.

Par rapport aux règles professionnelles, le code de déontologie diffère d'abord parce qu'il a été écrit par des infirmiers.

L'intérêt est que les infirmiers se dotent de leurs propres **règles éthiques** en fonction de ce qu'ils savent de leur métier, de leur rôle, de ce qu'il doit être pour exercer des **soins de qualité** en toute indépendance au seul bénéfice des patients.

Il fallait rénover nos règles éthiques et déontologiques

Si ensuite ces règles sont publiées par un **décret** qui les grave dans le **Code de la santé publique**, c'est-à-dire la référence normative pour tous les acteurs de la santé : pouvoirs publics, ARS, hôpitaux, médecins, etc., **chaque infirmier dans son exercice quotidien pourra invoquer ces règles pour se défendre**, pour contester une clause d'un contrat de travail, **pour refuser une situation dangereuse pour lui et le patient**, et s'opposer à la non-qualité.

Ce code est donc un bouclier, une arme pour les infirmiers dans leur combat quotidien pour un exercice infirmier de qualité.

Par exemple, écrire que l'infirmier encadrant un stagiaire doit prendre le temps d'expliquer les **droits du malade** à l'étudiant parce que cela relève de sa déontologie, c'est lui donner un texte réglementaire, une base pour exiger de son employeur que le service soit organisé de telle manière que ce texte puisse être respecté et que le temps nécessaire soit fourni.

C'est donc **renforcer l'infirmier dans son exercice quotidien** et le rapport de force en lui donnant une **référence indiscutable**, collective, réglementaire et opposable.

C'est une arme qui permet à tout infirmier de dire aux patients, aux employeurs, aux médecins: «je suis infirmier avant tout !».





Infirmières de pratique avancée : l'avis du Collège Infirmier Français (CIF)

Collège Infirmier Français

Le Collège Infirmier demande que les professionnels en pratique avancée (titulaires d'un Master) relèvent d'un livre spécifique du Code de la Santé Publique entre les auxiliaires médicales (livre III) et les professions médicales.



une **chronicisation des maladies** nécessitant un accompagnement soutenu, des **parcours de soins complexes**, une désertification médicale, il est nécessaire de **repenser l'offre de soins**. Il importe de proposer une organisation pérenne et sécurisée de notre système de santé en maintenant un égal accès à des **soins de qualité et de sécurité** pour tous sur l'ensemble du territoire.

La «pratique avancée» décrite par le **Conseil International des Infirmiers (CII)** est un haut niveau **d'expertise métier, clinique, d'autonomie et de soins** centré sur la personne ou un groupe de personnes. Elle s'adresse à des infirmier(e)s ayant validé un Master et pratiquant des soins directs aux patients ou à leur famille.

Dans une configuration d'innovation pour préparer les métiers de demain, **l'article 30 du projet de loi de santé** propose la création d'un **«titre préliminaire d'exercice en pratique avancée»**. Ce projet permettra à des professionnels de santé d'accomplir ou de réaliser, de façon autonome dans le respect des conditions et des règles qui seront fixées par décret en conseil d'État, des missions :

- d'éducation
- de prévention en santé
- de dépistage
- d'évaluation clinique
- des activités techniques
- de recherche.

Les infirmier(e)s sont principalement concerné(e)s par cette mesure. Le CIF, représentatif des composantes de la profession, souhaite poser des bases constructives à cette avancée et participer activement à la réflexion collective.

Dans le contexte sanitaire, social et économique actuel, marqué par un vieillissement de la population,

C'est exactement dans l'espace des «besoins non couverts» que **l'infirmier(e) de pratique avancée (IPA)** va s'inscrire. Cet exercice en collaboration avec les médecins et les membres de l'équipe pluridisciplinaire, est fondé sur :

- Une **logique de parcours de soin** et de santé
 - Une approche **centrée sur le patient** et/ou une communauté
 - Une **coordination des interventions** pluriprofessionnelles autour des plans personnalisés de soins ou projets de **programme d'éducation thérapeutique**, de promotion et/ou prévention de la santé ou projet du parcours de la personne soignée.
- Aussi, il semble important de ne pas réduire la pratique avancée aux seules délégations de tâches médicales. En effet, il ne faut pas confondre avec la délégation/substitution dans laquelle le médecin délègue des actes à l'IDE sous sa responsabilité, dans le cadre du protocole de coopération «article 51 de la loi HPS». Il s'agit d'une **nouvelle pratique** basée sur une formation universitaire en **Master, après une expérience clinique**, dans un champ particulier d'exercice.

Suite p. 9 ►



Hôpitaux : le ministère veut supprimer 22.000 postes !

Le volet hospitalier du plan d'économies de l'assurance-maladie sur trois ans comporte 860 millions d'euros de réduction de coûts sur la masse salariale.

Le développement de la chirurgie ambulatoire doit générer 400 millions d'euros et la réduction des durées d'hospitalisation 600 millions d'euros. Le ministère affiche un objectif ambitieux de 57% d'opérations effectuées en ambulatoire en 2017.

Dans son **Kit de déploiement régional du plan Ondam à destination des ARS**, distribué aux directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS), avec mention explicite : "diffusion restreinte", le ministère de la Santé table sur une **"maîtrise de la masse salariale"** de l'ordre de 860 millions, soit l'équivalent de 22.000 postes et **2% des effectifs de la fonction publique hospitalière**.

Afin d'y arriver, le ministère propose tout un ensemble d'indicateurs et de pistes, comme : « la **mise à plat des protocoles de RTT**, l'optimisation des dépenses de personnel médical, la réduction des coûts liés à l'intérim médical ».

Selon la FHF (Fédération des Hôpitaux de France), ces économies devront être réalisées par une **diminution des mensualités de remplacement** ou l'embauche de personnels jeunes, donc avec une rémunération moins élevée, lors de départs à la retraite.



Collège Infirmier Français

Pour le collège national professionnel, la spécificité des IPA porte :

- sur l'**autonomie dans les prises de décisions complexes** en rapport avec son rôle autonome,
- sur un **positionnement expert** au regard des actions à mener dans le champ de la santé publique,
- sur la possibilité d'utiliser des **données probantes** de recherche enrichissant la pratique infirmière et de s'inscrire en coordination de projets (regroupement pluri-professionnels, réseaux ville/hôpital, équipe de soins aigus...).

L'infirmier(e) de pratique avancée (IPA) collabore :

- au système de management de la qualité,
- dans la formation des futurs masters,
- dans la réalisation de parcours de santé au sein des équipes,
- à la surveillance de files de patients chroniques ou en situation de vulnérabilité.

L'IPA impulse le changement au cœur des milieux de soins en contribuant à la diffusion et à l'utilisation des recommandations de sociétés savantes, l'analyse et l'évaluation des pratiques cliniques.

Le Collège Infirmier Français (CIF) porte aujourd'hui la création d'un **métier intermédiaire**, avec un niveau d'exercice différent et complémentaire, celui de la diversification ou du renforcement affirmant ainsi de **nouveaux rôles professionnels**.

Pour le CIF, l'exercice en pratique avancée tel qu'inscrit dans l'article 30 du projet de loi de santé offre une opportunité de **repenser le rôle et la coordination de chacun** au sein du système de santé, en vue d'améliorer l'accès et la permanence aux soins tout en préservant la qualité.

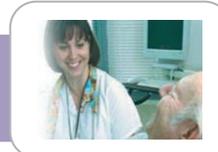
Pour autant, comme le précise l'exposé des motifs du projet de loi, il s'agit de promouvoir de **«nouveaux métiers** dans le champ de la santé, situés entre le «bac+8» du médecin et le «bac+3» des paramédicaux».

Les professionnels en pratique avancée ne doivent plus relever du livre III du Code de la Santé Publique (qui concerne les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers) mais d'un **livre spécifique à ces professions de santé en pratique avancée**.

Le SNPI est un des membres fondateurs du Collège Infirmier Français, et Thierry Amouroux en est le Vice-président.

Le Collège est composé de 17 personnes morales représentatives de la profession infirmière (salariée, libérale, académique, formation initiale et continue, santé au travail, santé scolaire, spécialités IADE, IBODE, puéricultrices, etc...).

Il a pour but d'apporter la meilleure réponse aux besoins de santé de la population, dans une vision positive et innovante de la profession infirmière.



Les revendications du SNPI CFE-CGC

Le SNPI - Syndicat National des Professionnels Infirmiers - se bat régulièrement pour :

- une véritable reconnaissance universitaire LMD (une réelle licence pour les IDE, master pour les infirmières spécialisées) avec un enseignement professionnel du cœur de métier, comme dans les autres pays de l'Union Européenne
- une revalorisation du salaire net du personnel infirmier (notre perte de pouvoir d'achat est de 21,6 % depuis 2001) avec une véritable catégorie A pour tous, sans chantage à la retraite
- une juste rémunération des contraintes, comparable aux métiers du commerce et des services (qui sont payés double les dimanches et fériés), et qui ne doivent pas se contenter d'un euro par heure de nuit !
- une reconnaissance de la pénibilité de notre profession (seconde carrière, départ avancé à la retraite)
- le recentrage de notre activité sur les soins : avoir plus de temps à consacrer aux patients, en réduisant les tâches administratives et la gestion du téléphone,
- la reconnaissance des pratiques avancées des infirmières cliniciennes, de l'expertise acquise par des DU (Diplômes Universitaires) ou en formation continue.

Ce n'est que lorsque la profession infirmière sera reconnue à hauteur de ses compétences et de ses responsabilités qu'elle redeviendra attractive. Ainsi, l'administration arrivera à fidéliser le personnel en poste (la durée de vie professionnelle d'une IDE est de 12 ans).

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

Rejoignez le SNPI : ensemble, nous y arriverons !

Dans les services, nous n'y arrivons plus : sous-effectif, non remplacement des absences, augmentation de la charge de travail, glissement de tâches, mobilité, etc...

Notre vie privée est perturbée par le non respect des plannings, la flexibilité des horaires, les appels téléphoniques au domicile pour remplacer, la grande équipe imposée, etc.

Les formations sont refusées d'entrée ou bien supprimées au dernier moment faute d'effectif.

En 2001, le SMIC était de 1012 euros, alors que le salaire de début de carrière d'une infirmière était de 1316 euros. Depuis, on assiste à un tassement des grilles indiciaires. En salaire net, une aide-soignante en fin carrière (échelle 6, indice 416) gagne autant qu'un jeune cadre de santé (échelon 2, indice 416) ! La valeur du point indiciaire est bloquée depuis 2010.

Les classes moyennes bénéficient rarement d'aides sociales et doivent tout payer plein pot : trop riches pour être aidées, trop pauvres pour être aisées !



Nous refusons la remise en cause de la promotion professionnelle. L'accès à la formation doit rester un droit pour tous : l'ascenseur social doit être préservé.

Alors que l'on manque d'infirmières partout, il n'est pas normal que des aides soignants qui ont réussi le concours d'entrée en IFSI ne soient pas pris en charge. Quel AS peut renoncer à son salaire pendant trois ans pour se former ? Ce n'est pas une dépense, mais un investissement pour l'établissement.

Le SNPI CFE-CGC représente les infirmières salariées de tous les secteurs : cliniques, secteur privé non lucratif, secteur public, santé au travail,...

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



Grilles infirmières à l'hôpital FPH

Infirmier reclassé en catégorie A

Cat A infirmier soins généraux grade 1

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

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

Infirmier resté en catégorie B

Infirmier en B classe normale (grade en extinction)

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

Infirmier en B classe supérieure (grade en extinction)

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

Le grade 2 est accessible aux IDE du 5^{ème} échelon du grade 1, avec 10 ans de services effectifs dans le corps infirmier

