

Edits Infirmiers, bulletin du SNPI

Thierry AMOUROUX
Président

é
d
i
t
o



Notre profession est à un **tournant** de son histoire :

Le **programme des études** va être revu pour tenir compte de la **VAE infirmière** (validation des acquis de l'expérience) et de la réforme **LMD** (Licence - Master - Doctorat) ;

Les **transferts de compétences** proposés par le Rapport en sont déjà à la deuxième vague **d'expérimentations** (alors qu'aucun bilan n'a été fait de la première) plus pour répondre aux problèmes de démographie médicale que **d'évolution de notre profession** (quid de la filière clinique, de l'expertise en soins infirmiers ?).

A côté de ces évolutions qui s'imposent à nous, notre profession va être à **l'origine de sa reconnaissance**, car après une grande campagne de sensibilisation, les parlementaires devraient enfin nous doter d'un **Ordre Infirmier** pour faire entendre la voix des infirmières françaises : la proposition de loi doit être votée le **13 juin à l'Assemblée Nationale**, avant de passer au Sénat.

Le texte actuel n'est pas parfait, mais il a le mérite d'exister, et nous espérons pouvoir **l'améliorer par des amendements**. En particulier, alors que la structure ne serait dotée que de trois collèges liés au **mode d'exercice** (public, privé, libéral), elle devrait disposer de **six collèges**, car il nous semble indispensable de rajouter un **collège cadre** (qui existe déjà dans la Commission des Soins des hôpitaux), un collège **santé mentale**, et un **collège des spécialisés** (titulaires d'un second diplôme : IADE, IBODE, puéricultrices) afin de permettre **l'expression des spécificités** et la reconnaissance des **diplômes**.

Nous pourrions toujours, par la suite, **faire évoluer cette structure** de l'intérieur, l'important aujourd'hui étant de doter notre profession d'une instance capable d'exprimer une **vision infirmière de la politique de santé**.



Sommaire

- Place des cadres dans l'exécutif des pôles hospitaliers
- Suivi des réformes hospitalières
- Journée Internationale des infirmières
- Ordre Infirmier
- Rapport COUTY
- Négociation FPH
- VAE infirmière

Juin 2006

N° 39



ACTUALITES

**Organisation de l'exécutif
des pôles hospitaliers**


Les textes renvoyant au règlement intérieur de l'établissement, les cadres infirmiers doivent suivre avec attention la mise en place des délégations de gestion et la répartition des tâches au sein de l'exécutif des pôles.

L'AP-HP a rédigé des fiches de poste type des fonctions de cadre paramédical de pôle et de cadre administratif de pôle, ainsi que le profil de poste du praticien responsable de pôle (document en téléchargement sur notre site www.snpi-cfecgc.com).

Ces fiches visent à construire un socle commun (à adapter aux spécificités locales) sur les intitulés et le descriptif du cœur de métier de ces fonctions au sein des 40 hôpitaux de l'AP-HP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris).

Restent de nombreux points à régler :

► L'organisation des responsabilités au sein de l'exécutif du pôle

Le SNPI souhaite que la répartition des responsabilités entre les différents membres de l'exécutif soit formalisée, car on peut craindre de voir des médecins prendre des décisions concernant le personnel non médical sans connaître le statut et les réglementations sur le temps de travail.

Certains mandarins se voient déjà gérer "leur" pôle comme s'ils possédaient leur clinique.

Il est souhaitable que les responsables de pôle puissent élargir leur vision au-delà du seul champ médical, mais pour éviter des dérives, il vaut mieux clarifier à chacun son domaine propre, quitte à entériner un cloisonnement entre les trois membres de l'exécutif, afin que dans l'organisation de l'exécutif, chacun utilise au mieux ses compétences.

► La question des cadres administratifs de pôle

Le SNPI souligne le peu d'appétence des AAH (attachés d'administration hospitalière) à se positionner sur des fonctions de cadre administratif de pôle du fait d'une incertitude sur les missions et l'organisation du travail de l'encadrement au sein des pôles ainsi que sur leur propre avenir (comment rebondir si cela ne se passe pas bien avec le responsable médical du pôle).

Le SNPI considère qu'il y a eu un défaut d'anticipation quantitatif et qualitatif sur cette nouvelle fonction. Il regrette que, faute de candidats internes, des hôpitaux fassent appel à des personnes qui sont issues soit du

concours externe, soit d'autres univers professionnels (France Télécom à l'AP-HP) qui n'ont pas la connaissance de l'établissement.

Le SNPI considère qu'il faut des mesures transitoires, pour que des cadres supérieurs de santé fassent fonction de cadres administratifs de pôle, en attendant que des AAH soient formés à cette nouvelle fonction. Pendant cette période intermédiaire, des CSS bénéficiant d'une formation spécifique leur assurant les compétences requises en terme de contrôle de gestion pourraient répondre aux besoins des pôles.

Il serait en effet caricatural d'un côté de retirer des cadres supérieurs de santé des pôles pour les affecter à des postes transversaux, et de l'autre de recruter des gestionnaires de France Telecom qui ne connaissent rien à l'hôpital. L'esprit de la réforme, c'est de mettre des gestionnaires au contact du terrain, pour comprendre les besoins des soignants, pas de placer des "préfets de pôle" pour imposer des plans d'économies.



► Suite p. 3



ACTUALITES

Organisation de l'exécutif
des pôles hospitaliers► La place des cadres
soignants

Le SNPI demande des précisions sur l'organisation de l'encadrement lorsque tout l'hôpital sera structuré en pôle.

Certes **92 % des cadres supérieurs de santé partent à la retraite** entre 2005 et 2012,

et les directions comptent bien supprimer bon nombre de postes à cette occasion.

Mais quelle sera la **nature des missions** transversales assurées par les cadres supérieurs autres que le cadre paramédical de pôle ?

Seront-ils **au sein d'un pôle des adjoints** chargés du développement

des compétences, de la gestion de la qualité et des risques, de la gestion des lits, etc ... ?

Ou bien seront-ils **chargés de missions auprès de la Direction des Soins** (hygiène, certification, protocoles,...) ?

Débat à suivre sur notre site !

Comprendre et suivre des réformes hospitalières

Le 25 avril 2006, la réunion du Comité de Suivi des Réformes Hospitalières (CSRH) a été l'occasion de faire le point sur la réforme du financement des établissements de santé et la mise en place de la T2A. La Fédération Santé CFE-CGC était représentée par Thierry AMOUROUX et Daniel BONTÉ.

La mise en oeuvre du **financement à l'activité** a d'ores et déjà fait l'objet de rapports, l'un conjoint des Inspections générales des finances et des affaires sociales, l'autre du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

L'intérêt de ces travaux, c'est qu'ils ont été menés par des **experts extérieurs au Ministère**, qui portent une première appréciation sur la réforme engagée. Dans le même registre, sont attendus le rapport de la Cour des Comptes et celui de la Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale (M.E.C.S.S.).

Il a été mis en place en 2004 un Comité d'Evaluation de la mise en oeuvre de la réforme de la tarification à l'activité, présidé par Alain COULOMB, Directeur de la Haute Autorité de Santé. Ce Comité devrait plus particulièrement porter son expertise sur **l'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins** ou encore sur les effets de la T2A sur **l'accès aux soins et la sélection des patients**.

Outre cette instance extérieure au ministère, il existe un Comité de Suivi et de Concertation qui regroupe les partenaires institutionnels, les fédérations

hospitalières et les organisations syndicales, dont la prochaine réunion est programmée le 6 juillet.

Au regard du grand débat auquel donnent lieu les tarifs 2006 et qui témoigne pour une part **d'incompréhensions**, il apparaît que le **CSRH pourrait contribuer à l'analyse des différentes options envisageables et à la préparation des décisions politiques et techniques**.

Les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) vont être appelées à décliner au niveau local le dispositif national, en constituant des comités de composition et de rôle similaires.

Les travaux menés ou envisagés par la Mission T2A :

1) Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation MIGAC

Ces missions, dont le financement est assuré par **dotation**, ont été définies et listées par voie réglementaire en 2005, avec un ajustement en 2006.

► Suite P. 4



ACTUALITES



Suivre les réformes hospitalières

Afin de rendre les **financements des MIGAC plus équitables** entre les établissements, un travail a été engagé sur :

- **les SAMU et SMUR**, dont le financement pourrait être sorti des missions d'intérêt général pour se faire de manière forfaitaire, adossé à des indicateurs, comme actuellement le financement des urgences,
- **les actes hors nomenclature** : une meilleure connaissance de la nature de ces actes est nécessaire et leur meilleure affectation permettrait un cadrage plus adapté,
- les spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une **autorisation temporaire d'utilisation (ATU)**,
- les activités **d'éducation thérapeutique** qui entrent dans le traitement et la prévention de pathologies comme l'obésité...
- **les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI)**, pour lesquelles doivent être recherchés des modalités et des critères d'allocation de ressources plus équitables qui induisent le développement du potentiel "recherche".



2) Le financement de l'activité de soins à travers les groupes homogènes de séjour (GHS)

En 2006, le taux de tarification à l'activité est passé à **35%**. Parallèlement, des tarifs ont diminué : cette situation est incompréhensible des professionnels.

L'évolution des tarifs est à mettre en rapport avec, d'une part, des **évolutions techniques** - révision à la hausse des missions d'intérêt général, modification de la classification des actes (passage de la version 9 à la version 10) -, et d'autre part, la participation généralisée aux efforts d'économie qui se traduit par une **diminution de 1% de l'ensemble des tarifs**.

Toute modification de la classification des actes, qui vise à son amélioration descriptive, mais surtout à l'amélioration de l'allocation de ressources, se traduit par la

modification du contenu d'un certain nombre de GHS : on retire en effet des actes d'un GHS donné pour les mettre dans un autre GHS ou créer un nouveau GHS ; ces opérations ont donc par ricochet des répercussions plus ou moins importantes sur d'autres GHS. A titre indicatif, la **V10 comporte plus de 800 GHS**, quand la V9 en comptait 680.

En dehors de cette **révision de la classification**, les éléments tarifaires de la réanimation néonatale ont été revus, à la demande des professionnels, afin qu'ils concordent avec la réalité des coûts.

Enfin, il est engagé des travaux complémentaires sur la **gériatrie** car **l'insuffisance de financement** sur les GHS correspondant à la prise en charge des personnes âgées, cette situation étant susceptible **d'induire des phénomènes de sélection des patients**.

3) Les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Leurs listes sont régulièrement actualisées :

radiation de produits et prestations qui se trouvent intégrés dans les GHS ou bien au contraire **ajout d'innovations thérapeutiques**.

S'agissant des dispositifs médicaux dont les listes sont différentes pour les établissements publics et assimilés et pour les établissements privés, l'objectif consiste à parvenir à leur **convergence**.

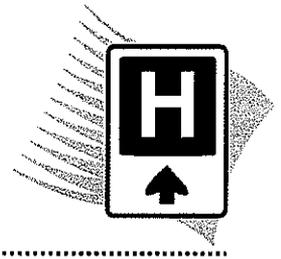
Enfin, tous **les contrats de bon usage** dont l'objet est d'assurer à la fois la traçabilité des médicaments et dispositifs médicaux concernés et leur prescription au regard des **référentiels de bonne pratique** produits par la HAS, ont été signés entre les ARH et les établissements.

► Suite p. 5



ACTUALITES

Suivi des réformes hospitalières



Suite à cet état des lieux, les membres du **Comité de suivi** ont souligné le découragement ou l'**exaspération des hospitaliers** du fait de la pression sur les budgets hospitaliers.

Les membres du CSRH demandent un **travail de réflexion** sur :

- la détermination des tarifs et leur **adéquation avec les coûts réels** dans un souci de meilleure compréhension des décisions ;

- le **lien volume / tarif** ;
- l'impact du **plan d'économie de l'assurance maladie** sur les établissements de santé ;
- l'impact de la tarification à l'activité sur les **missions du service public hospitalier** dont les acteurs craignent qu'elles ne soient abandonnées pour partie ;
- la prise en compte des **besoins réels** des missions d'intérêt général, et notamment celle de

l'articulation entre l'hôpital et le territoire de santé ;

- la question des dispositifs médicaux implantables et la sortie à titre transitoire de certains d'entre eux des GHS ;
- l'extension de la T2A aux **soins de suite et de réadaptation** (SSR) et la valorisation de l'activité en **psychiatrie** ;
- l'évolution du remboursement **de la dette** ■

DOSSIER

VAE du diplôme professionnel aide-soignant : premiers résultats !



En 2005, le ministère a comptabilisé **18.000** demandes de Validation des Acquis de l'Expérience pour le DPAS, dont 13.000 ont été déclarées recevables par les DRASS.

Les personnes dont la candidature a été déclarée recevable ont dû :

- transmettre un livret de présentation des acquis de l'expérience,

- suivre un module de formation obligatoire de 70 h.

La **première session de validation** s'est déroulée le 29 mars en Ile de France. Le jury a reçu les candidats pour un entretien après avoir examiné leurs dossiers, afin d'apprécier les compétences acquises.

Sur 239 candidats :

- 55, soit **23 % ont validé le Diplôme en totalité**,
- 50, soit **20 % n'ont rien validé**,
- 134, soit **56 %, ont validé au moins un des huit modules**.

Pour ces 134 validations partielles, voici le taux d'attribution de chaque unité de compétences :

- **54 %** à l'unité 1 (accompagner une personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne)
- **28 %** à l'unité 2 (apprécier l'état clinique d'une personne)
- **14 %** à l'unité 3 (réaliser des soins adaptés à l'état clinique de la personne)

- **65 %** à l'unité 4 (utiliser l'ergonomie et les règles de sécurité pour l'installation et la mobilisation,
- **57 %** à l'unité 5 (établir une communication adaptée à la personne et à son entourage),
- **52 %** à l'unité 6 (utiliser les techniques d'entretien des locaux et du matériel),
- **52 %** à l'unité 7 (rechercher, traiter et transmettre les informations pour assurer la continuité des soins),
- **56 %** à l'unité 8 (organiser son travail au sein d'une équipe pluri-professionnelle).

Après la décision de validation par le jury, le candidat a **cinq ans pour acquérir les unités de compétences non validées**, soit en suivant une formation, soit en complétant son expérience professionnelle. Le diplôme ne peut être délivré que lorsque l'on a obtenu les **8 unités de compétences** décrites dans le **référentiel de compétences** du diplôme professionnel aide-soignant.

Notre syndicat est favorable à la VAE, mais aurait préféré :

- que le module obligatoire de 70 h fasse l'objet d'une validation, et non d'une simple attestation de présence,
- que les unités de compétences non validées s'acquissent uniquement par la formation (au lieu de rechercher une autre expérience de "faisant fonction") ■



BULLETIN D'ADHESION (Remplir en lettres capitales)

**Adhérer
au SNPI CFE-CGC :
Pourquoi ?**

- **La cotisation syndicale 1^{ère} adhésion est à 116 €**
- **66 % de votre cotisation annuelle 2006 sera déductible de votre impôt 2006**
- **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 2006

**IDE-CADRES – SPECIALISES(ES)
= 132 €**

BIENFAITEURS = 133 € et plus

RETRAITES (ES) = 116 €

**ETUDIANTS – CHOMEURS
= 84 €**

<input type="checkbox"/> Mlle, <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> M.	NOM	Prénom
Adresse		
Code Postal	Commune	
Date de naissance	Tél. personnel	
Profession	Portable	
Fonction	Fax	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- Retraite	15- Sans convention collective
1- F.E.H.A.P. (c.c. du 31/10/1951)	16- Mutualité (c.c. du 31/11/2000)
2- F.H.P. (c.c. du 16/4/2002)	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 1/1/1989)	20- Médecine du Travail
6- Thésaurisme (c.c. du 18/10/1999)	21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c. du 4/6/1983)
7- Convention Collective du 26/8/1985	22- Organismes de Sécurité Sociale
8- Cabinets Médicaux (c.c. du 14/1/1985)	23- Services sociaux d'entreprise
9- Croix Rouge Française (c.c. de 1988)	24- SONACOTRA
10- Cabinets dentaires (c.c. du 17/1/1992)	25- Foyers de Jeunes Travailleurs
11- Prothésistes Dentaires (c.c. du 16/12/1978)	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

Je choisis le système de recouvrement de ma **cotisation syndicale 2006** par prélèvements automatiques :

Ci-Joint Relevé d'Identité : BANCAIRE CAISSE D'EPARGNE POSTAL

LES PRELEVEMENTS SONT FIXES AUX : 1^{er} MARS – 1^{er} JUIN – 1^{er} SEPTEMBRE – 1^{er} DECEMBRE

SOIT SUIVANT MA SITUATION : 116 € (29 € x 4) 132 € (33 € x 4)
 133 € (33,25 € x 4) 84 € (21 € x 4)
 € (... € x 4)

ATTENTION : La cotisation est calculée sur la base de 4 trimestres (1 timbre = 1 trimestre) et doit être considérée indépendamment du mode de paiement.

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

436 499

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

S.N.P.I. CFE-CGC

39, rue Victor Massé
75009 PARIS

COMPTE A DEBITER

CODE BANQUE _____ CODE CHERCHÉ _____ N° COMPTE _____ CLÉ RIB _____

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DE COMPTE A DEBITER

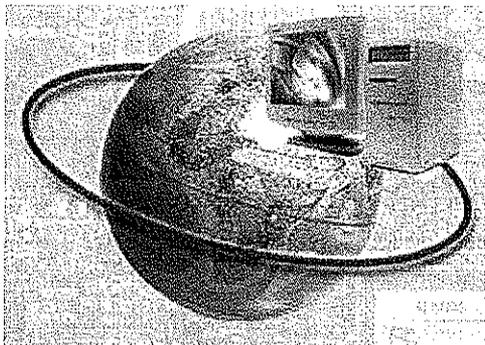
DATE : _____ SIGNATURE : _____

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.).



Le + syndical

Bulletin Trimestriel du Syndicat National des Professionnels Infirmiers



INFO PRATIQUE

**Professionnels Infirmiers,
vous souhaitez être informés,
échanger, dialoguer avec le SNPI,
Consultez le Site du SNPI**

<http://www.snpi-cfecgc.com>



Dossiers sur l'ordre infirmier, la VAE,
la nouvelle gouvernance, l'exercice professionnel.

Grille des salaires, droits RTT, guide retraite.

tenez-vous au courant de l'actualité professionnelle
en vous inscrivant gratuitement à la newsletter

DOSSIER

**Journée Internationale
des Infirmières le 12 mai 2006**



Sauver des vies grâce à une gestion intelligente des effectifs de santé.

Les infirmières du monde entier demandent aux responsables politiques de mettre des effectifs adéquats à la disposition des institutions de santé.

Selon le **Conseil International des Infirmières**, le manque de personnel dans les institutions de soins de santé prend des proportions alarmantes dans toutes les régions du monde.

Les chiffres montrent que cette situation entraîne une **augmentation importante de la durée des séjours hospitaliers, de la mortalité et de la morbidité des patients** ainsi que des événements indésirables.

Selon les résultats d'une étude, l'augmentation de la charge de travail d'une infirmière de quatre à six patients admis en chirurgie entraîne, pour chaque

patient, **une augmentation de 14% du risque de décès à trente jours**. Or, la charge de travail de nombreuses infirmières est en réalité déjà bien supérieure.

À l'occasion de la Journée internationale de l'infirmière, les infirmières du monde entier demandent que soit introduite une véritable planification des ressources humaines de la santé. Elles demandent également l'adoption de **ratios infirmières/patients** favorables dans tous les contextes de soins de santé.

► Suite P. 8



DOSSIER

Journée Internationale des Infirmières le 12 mai 2006



«Les faits sont là : un nombre suffisant d'infirmières est indispensable à la santé des populations. Le renforcement des effectifs infirmiers (en termes de nombre et de répartition de l'ensemble des compétences) est associé à une chute du taux de mortalité des patients hospitalisés ainsi qu'à une durée d'hospitalisation raccourcie - une double économie en vies humaines et en moyens financiers», explique la Présidente du Conseil International des Infirmières (CII).

«Une bonne dotation en effectifs permet de réduire l'incidence des erreurs médicales, des infections de la voie urinaire postopératoires, des saignements gastro-intestinaux, des chutes, des pneumonies et des états de choc. La pénurie mondiale de personnel infirmier qui sévit actuellement menace directement la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire».

Un ratio infirmière/patients élevé n'a pas seulement une incidence négative sur les résultats pour les patients: il affecte aussi les infirmières, qui sont davantage sujettes à l'épuisement, à la fatigue psychique, au stress et à l'insatisfaction professionnelle.

Les infirmières qui effectuent régulièrement des heures supplémentaires ou qui travaillent sans le soutien nécessaire sont sujettes à un **plus fort taux d'absentéisme et leur santé se détériore** - deux facteurs qui nuisent à la capacité des systèmes de santé de répondre aux besoins de santé des communautés.

Les contextes de soins, si différents soient-ils, partagent au moins une caractéristique : le besoin en personnel qualifié. Ce besoin dépasse le minimum requis pour la fourniture de soins de qualité inférieure.

Les infirmières, leurs associations professionnelles et les intervenants du secteur de la santé sont confrontés à la nécessité de déterminer **quels sont les niveaux sûrs de dotation en effectifs, compte tenu des exigences des patients** et des données disponibles concernant la pratique clinique et la main d'œuvre.

Pour aider les infirmières, les directeurs d'hôpitaux, les gouvernements et le grand public à comprendre ce sujet important et complexe, le CII a préparé une documentation disponible sur son site Internet www.icn.ch ■

Ordre Infirmier

L'Ordre Infirmier approuvé par la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée.

La proposition de loi des députés UMP Richard MALLIE et Maryvonne BRIOT créant un Ordre Infirmier sera examinée le **13 juin** lors d'une séance réservée au groupe UMP.

La proposition de loi approuvée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale prévoit **trois niveaux** : national, régional (ou interrégional) et départemental. **"L'échelon départemental est essentiel pour assurer la**

proximité de cette instance, par exemple en cas de médiation entre un patient et un infirmier.

De plus, avec 450.000 infirmiers, un département devra gérer en moyenne un tableau de 4.500 infirmiers, c'est déjà beaucoup", a souligné Richard MALLIE lors d'une conférence de presse.

L'Ordre élaborerait un **code de déontologie**, tiendrait le tableau des infirmiers, réaliserait le **suivi de la démographie**, diffuserait les règles

de bonne pratique en soins infirmiers et serait **consulté sur les textes** législatifs et réglementaires concernant la profession.

Pour son organisation interne, il est prévu des élections :

- au **suffrage direct** pour l'échelon **départemental**,
- et indirect pour les autres échelons

Les conseillers départementaux éliront les conseillers régionaux, qui éliront les conseillers nationaux. ▶ **Suite P. 9**





ACTUALITES

Ordre Infirmier



Dans la **proposition UMP**, à chaque **échelon**, le conseil sera composé de trois catégories d'infirmiers : ceux relevant du **secteur public**, ceux **salariés du secteur privé** et ceux exerçant à titre **libéral**.

"La cotisation est obligatoire pour préserver l'autonomie de l'Ordre. Nous avons pensé qu'elle pourrait être fixée à 10 Euros, maximum 15 Euros. Avec 450.000 infirmiers, cela fait déjà un budget confortable de 4,5 millions d'Euros", a estimé Maryvonne BRIOT.

La Commission des Affaires Sociales a adopté une trentaine d'amendements.

Le Président de la Commission, Jean-Michel DUBERNARD (UMP), a apporté son soutien au texte en indiquant que la création d'un Ordre des infirmiers était "nécessaire" et qu'il permettrait d'assurer **"la reconnaissance globale de la profession"**.

Les deux députés avaient proposé que les libéraux représentent au moins un tiers de chaque conseil, mais cela a été supprimé par la commission, car les députés ont jugé qu'une "sur-représentation des infirmiers libéraux" au sein des conseils ne se justifiait pas, **opinion partagée par le SNPI. ■**

DOSSIER

Rapport COUTY

à côté pour les IDE,
bien vu pour le CSPPM



Le Rapport d'Edouard COUTY a été rendu public fin mars, avec deux propositions : un "conseil machin" pour les infirmières, et une nouvelle structure interprofessionnelle pour remplacer le CSPPM.

Au terme de la mission de concertation et de médiation sur le projet de création d'un **ordre infirmier** qui lui avait été confiée le 25 janvier dernier :

M. COUTY propose la création d'un "Conseil national infirmier" et de "conseils régionaux" en charge de l'élaboration des règles déontologiques et de leur respect, de même que de l'inscription au tableau.

Il préconise la création concomitante d'un **Haut Conseil des Professions Paramédicales**, en charge des sujets transversaux communs à l'ensemble des professions paramédicales : formation initiale, évaluation des pratiques professionnelles, partage des compétences ...

Donc pour les infirmières une structure à caractère ordinal, mais qu'il ne faut surtout pas appeler "ordre", car c'est un gros mot lorsque c'est suivi de la mention "des infirmiers". Par

contre, pour les kinésithérapeutes et les pédicures, les décrets viennent de sortir, leurs élections ont eu lieu en mai, mais **pour eux le mot "ordre" ne pose aucun problème.**

Un "conseil" qui pourra diffuser les règles de bonne pratique, mais surtout pas s'occuper de la formation ou de l'évaluation des pratiques professionnelles ! Cherchez l'erreur...

Le SNPI estime que cette partie du rapport est inacceptable : la profession a besoin d'un ordre, pas d'un «conseil machin».

Par contre, nous approuverions la **transformation du CSPPM** (Conseil Supérieur des Professions Paramédicales), comme quoi un "Conseil"...) au profit d'une structure qui assurerait le lien entre les différentes professions, et le **travail interdisciplinaire**. Ce **Haut Conseil des Professions**

Paramédicales serait composé de représentants désignés pour 4 ans par des organisations véritablement **représentatives**, les organisations syndicales (légitimité des urnes) et les ordres professionnels (affiliation obligatoire).

Indépendant et autonome, doté de la personnalité morale, il serait **maître de son ordre du jour**, et autorisé à **s'auto-saisir** : tout ce qui est impossible aujourd'hui avec le CSPPM!

Seul bémol, il nous semble illogique que la répartition des sièges soit proportionnelle à l'effectif de chaque profession. Dans une structure chargée de favoriser l'interdisciplinarité, cela n'aurait pas de sens.

Il ne s'agit pas de faire du rapport de force, mais de partager son expérience et ses compétences avec d'autres professionnels ■



ACTUALITES

Seconde carrière des personnels hospitaliers



Thème abordé lors des négociations "Fonction Publique Hospitalière" en cours (voir Edits précédent et le dossier régulièrement mis à jour sur notre site Internet <http://www.snpi-cfecgc.com>).

La connaissance des phénomènes d'**usure professionnelle** des salariés du secteur sanitaire, et notamment d'une corrélation éventuelle entre âge et inaptitude au travail, reste aujourd'hui limitée et parcellaire.

Une étude récente de la CNRACL met en évidence l'**importance des entrées en invalidité chez les soignants** et notamment les aides soignants (le flux d'invalidité est multiplié par 2,5 pour les ASH par rapport aux IDE, et de 1,7 pour les aides soignants).

Il est nécessaire d'engager des actions en matière de conditions de travail en prenant en compte la dimension des âges, afin de **permettre aux salariés de vieillir dans leur travail** ne sont pas aujourd'hui organisées.

Cela suppose un travail complémentaire aux démarches d'ensemble sur les conditions de travail, avec un regard tout particulier en terme d'**ergonomie**, et, plus fondamentalement, de réfléchir à l'organisation de manière globale dans les services.

L'aménagement des postes de travail est une procédure importante pour **réduire le nombre de départs en retraite par invalidité**, nombre de départs très importants pour la fonction publique hospitalière. **Les aménagements de postes de travail** interviennent sur proposition du médecin du travail, de la commission de réforme, du comité médical et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou de l'agent lui-même en situation de handicap.

Mais avec les plans d'économies imposés aux hôpitaux, il y a de moins en moins de postes aménagés disponibles.



De plus, le manque de personnel, l'augmentation de la charge de travail et la dégradation des conditions de travail entraînent un **rejet des agents en poste adapté** par leurs collègues.

Par ailleurs, avec la **réforme des retraites**, des soignants toujours autorisés légalement à partir à 55 ans peuvent être financièrement amenés à **repousser leur départ en retraite**. Et des infirmières d'une soixantaine d'années

risquent d'avoir du mal à garder le rythme, **sans pour autant relever d'une inaptitude**.

Pour la CFE-CGC, il faudrait développer la mobilité inter fonction publique, par exemple pour permettre aux infirmières qui le souhaitent de poursuivre leur carrière en P.M.I ou à l'Education Nationale par mutation.

De même, il serait nécessaire de faire évoluer les missions des professionnelles qui veulent rester dans les soins : par exemple en détachant une infirmière deux jours par semaine sur des fonctions de tutorat de stagiaires du service ou de nouveaux soignants du pôle, ce qui valoriserait le travail et déboucherait sur une relation d'entraide.



DOSSIER

VAE infirmière : c'est parti !

Les travaux pour mettre en place la Validation des Acquis de l'Expérience pour les IDE et les IBODE démarrent.

Le 28 avril 2006, le Ministère a animé une **réunion d'information** sur la constitution de groupes de travail pour la VAE des infirmières et des IBODE.

Dans notre secteur, **la VAE est effective pour les aides soignantes et les auxiliaires de puériculture**, des diplômes de niveau V (type BEPC, CAP). Les textes relatifs aux **préparateurs de pharmacie**, premier diplôme de niveau III (type BTS, DUT) devraient sortir prochainement.

Avec les IDE et les IBODE, se pose le problème de la **VAE de professions réglementées**, avec un "cœur de métier" exclusif, et les dérives possibles de **validation d'un exercice illégal**. Les textes d'août 2005 sur les **aides opératoires** prouvent que la légitimation de l'inacceptable ne relève pas du fantasme.

Lors de cette réunion, le **Ministère s'est engagé sur deux principes :**

- **pas de validation de l'exercice illégal** (par exemple l'attestation d'un directeur de clinique certifiant qu'une AS pose des perfusions...),

- pour les **IBODE**, ne sera valable que l'expérience **postérieure à l'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmière**. Donc il faut déjà être IDE pour

prétendre à cette VAE d'IBODE, et **l'expérience antérieure au diplôme n'est pas prise en compte** (par exemple celle d'une épouse de chirurgien devenue "aide opératoire", puis passant son DE d'infirmière via la VAE, et le DE d'infirmière de bloc via la VAE de sa période "aide opératoire").

Certes, les promesses n'engagent que ceux qui les reçoivent, mais ces **principes de qualité et de sécurité** constituent des "points durs" pour les organisations syndicales, et nous espérons que le Ministère tiendra ses engagements.

La mise en place de la démarche VAE pour le diplôme d'IDE va passer par l'élaboration d'un **référentiel d'activité**, puis d'un **référentiel de compétences :**

- d'une part des **"unités de compétences" accessibles par VAE ou formation**, pour des activités pouvant être exercées légalement par des personnes n'ayant pas de DE (par exemple les soins de nursing)

- d'autre part des "unités de compétences" accessibles uniquement par la formation : cette **partie du diplôme non ouverte à la VAE** correspond aux activités relevant d'un exercice illégal (rôle délégué).

La VAE d'une part, la **réforme LMD** (Licence, Master, Doctorat) d'autre part vont induire une **refonte des programmes**,

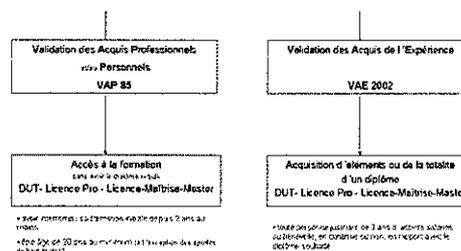
pour restructurer toute la formation en **"unités de compétences"** validables par la formation ou la VAE, mais aussi en **"Unités d'Enseignement"** (unités de valeur capitalisables et transférables, du système européen de crédits **E.C.T.S** (European Credit Transfer System) institué par la réforme LMD).

Les organisations syndicales s'étonnent que les deux dossiers soient traités par des groupes différents, et protestent fermement sur **l'absence de transparence pour la réforme LMD** des études d'infirmières, les syndicats représentatifs étant jusque là **écartés des discussions par la DGS** (Direction Générale de la Santé).

Se pose également le problème de compatibilité avec la **directive sectorielle 77 de l'Union Européenne** sur l'équivalence des diplômes infirmiers en Europe, basé sur un nombre d'heures de formation...

La première réunion de travail pour la **VAE infirmière s'est tenue le 30 mai**, et celle pour la **VAE d'IBODE est prévue le 5 juillet**. Le travail devrait durer **plusieurs mois**, vu la complexité du dossier IDE. Vous pourrez suivre ce dossier sur notre site www.snpi-cfecgc.com.

VALIDATION DES ACQUIS



* Seul diplôme d'enseignement supérieur de 2 ans au moins.
* De 5% et 30% de la durée de l'équivalence des points d'enseignement.

* Pour les soins de 3 ans à moins selon autorité de santé, en matière de soins, les responsabilités doivent être claires.

► Suite P. 12



DOSSIER

VAE infirmière : c'est parti !

VALIDATION DES ACQUIS



Le SNPI est favorable à la VAE infirmière, car par exemple nous ne pensons pas qu'il soit utile qu'une aide soignante refasse en IFSI une partie de ce qu'elle a déjà appris pendant sa formation d'AS et qu'elle a pratiqué pendant des années.

La formation d'IDE, c'est :

- des savoirs fondamentaux (dont une partie peut avoir été validé dans d'autres formations universitaires type sciences humaines)
- des savoirs médicaux (dont une partie peut avoir été validée

dans d'autres formations soignantes type kiné)

- des soins de base (dont une partie peut avoir été validée par des AS, type nursing)
- et un cœur de métier qui ne peut pas être validable par la VAE, car relevant de l'exercice réglementé, du fait de **compétences et de savoir-faire** découlant de la formation.

Il faut être méfiant envers le Ministère, et nous n'oublions pas le scandale des **aides opératoires** en août 2005, mais il faut tenir compte de l'évolution de la société.

La formation est une voie importante, l'expérience aussi. Il ne faut pas avoir peur de la VAE. Alors qu'elles n'avaient pas été en fac de médecine, **combien d'infirmières ont "formé" des internes** parce qu'elles avaient des années d'expérience dans leur service ?

Avec un DE d'infirmière, on rentre directement en **licence de science de l'éducation**, car on accorde l'équivalence DEUG. Il est normal que cela fonctionne dans les deux sens : la VAE et le LMD vont modifier **notre programme de formation** pour l'adapter aux réalités d'aujourd'hui ■

POINT D'ACTUALITE

VAE Infirmière : bilan de la réunion de travail du 30 mai



Le «groupe de travail restreint» du Ministère s'est réuni pour la première fois le 30 mai.

Après une partie méthodologique, ses membres (dont une responsable du SNPI CFE-CGC) sont rentrés dans la **phase d'élaboration du référentiel d'activités** du Diplôme d'Etat d'infirmier, découpé en **neuf modules** :

- 1) - Recueil et enregistrement de données cliniques et épidémiologiques
- 2) -Réalisation de soins et d'activités liés à la vie quotidienne
- 3) -Réalisation de soins et d'activités à l'initiative de l'infirmier

- 4) -Réalisation de soins et d'activités sur prescription médicale
- 5) -Organisation des soins, planification et répartition d'activités
- 6) -Contrôle et suivi de la qualité
- 7) -Formation et information des équipes et des stagiaires
- 8) -Gestion de matériels et de produits
- 9) -Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche.

☛ Si vous souhaitez recevoir le document de travail du ministère (14 pages), contactez-nous par mail ou par courrier. Vous pouvez également suivre le dossier sur notre site www.snpi-cfecgc.com.

EDITS INFIRMIERS (Bulletin Trimestriel) - 39, Rue Victor Massé - 75009 PARIS

Tél : 01.48.78.69.26 / Fax : 01.40.82.91.31 / Mèl : syndicats@ffasscfecgc.com / www.snpi-cfecgc.com

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



Le + syndical

Bulletin Trimestriel du Syndicat National des Professionnels Infirmiers

N° 39
juin
2006