

Edits Infirmiers, bulletin du SNPI

Thierry AMOUROUX
Président

é
d
i
t
o



APPEL INFIRMIER

A l'occasion des **négociations salariales d'octobre**, les politiques ont fait la démonstration de leur générosité mesurée pour notre profession. A croire qu'ils ne mesurent pas à quel point **la pénurie est liée à la faiblesse des rémunérations des contraintes (WE, nuit) et des responsabilités** (vie des patients).

Tels Hubert de Montmirail lançant un morceau de viande par terre à la Jacquouille, **les Conseillers de Matignon estiment avoir donné beaucoup** à «ces petites infirmières», car «14 euros par mois pour 240.000 agents, cela fait une somme» ! Triste époque où les gueux sont ingrats !

Pourtant, face à un **problème d'attractivité** équivalent, voici quelques années, on a bien su trouver le financement de la revalorisation des 300.000 instituteurs en «professeurs des écoles». Mais peut être sont-ils **mieux considérés** que nous ?

A-t-on financé le coût pour la collectivité de former en plus de trois ans des infirmières qui n'exercent qu'une dizaine d'année ? Sans parler de tous ces lits fermés faute de postes pourvus ?

Si nous voulons être reconnus à hauteur de nos compétences et de nos responsabilités, **il convient de nous mobiliser pour nous faire entendre**. Aussi, en cette période préélectorale propice aux largesses, nous vous invitons à **signer et faire signer autour de vous le modèle de lettre au Ministre**, afin qu'il entende notre «**APPEL INFIRMIER**».

Infirmières ou cadres de santé, du secteur public ou privé, cessons de faire l'autruche, et **prenons notre destin en main, en exigeant une revalorisation salariale**. Nous sommes 450.000 en France : **si chacun participe à cet appel, ensemble, nous y arriverons**. Alors, rameutez les collègues, et à vos stylos !



Sommaire

- **Négociations FPH : l'aumône pour les IDE !**
- **Etude prospective sur les métiers hospitaliers**
- **Ordre Infirmier : dernière ligne droite**
- **VAE IBODE**
- **Référentiel d'Activité infirmier**
- **Evolution des pratiques de soins**

Octobre 2006

N° 40



ACTUALITES

Ordre infirmier



L'ordre infirmier voté par le Sénat et l'Assemblée !

La Fédération Santé Social CFE-CGC se félicite que le Sénat ait adopté, jeudi 5 octobre 2006, en séance publique, la proposition de loi portant création d'un ordre national des infirmiers, par 202 voix pour et 127 contre. Ce projet avait déjà été voté par l'Assemblée Nationale le 13 juin.

Le Ministre Xavier Bertrand est intervenu en séance pour indiquer :

” Cette proposition de loi est **très attendue** par les **460.000** infirmiers et infirmières de notre pays.

Elle a été adoptée à l'Assemblée nationale à la suite d'un travail de qualité. L'ordre des infirmiers doit répondre aux aspirations d'une **profession qui occupe une place centrale dans notre système de santé**, à l'hôpital comme en soins à domicile. Leur rôle est décisif dans la **politique de prévention comme dans les soins palliatifs**.

Ce texte répond à leurs attentes, qui traduit une volonté d'équilibre. Le champ de compétences de l'ordre est clairement défini, **déontologie, évaluation des pratiques, contribution au débat sur l'évolution démographique de la profession**. Il ne se confond pas avec celui des syndicats.

La représentation de toutes les catégories est assurée. L'ordre sera financé par une cotisation de tous les professionnels et structuré **en trois échelons**, départemental, régional, national.

J'insisterai en outre sur des dispositions d'ordre réglementaire, dont la **création d'un Haut conseil interprofessionnel**. Le décret sera publié avant la fin de l'année.

Le Conseil national des professions paramédicales, créé par la loi de 2002, n'a jamais fonctionné ; le Gouvernement soutiendra la proposition de la commission de le supprimer.

Le PLFSS comportera la **reconnaissance de prescription des dispositifs médicaux par les infirmiers**. C'est un premier pas. La politique sociale en leur direction se développe, un protocole d'accord sera soumis prochainement à la profession.

Il faudra aussi réagir rapidement au choc démographique qui s'annonce, réfléchir à la **valorisation des carrières et des statuts**, aux conditions de travail, à l'accès au logement afin de créer un meilleur environnement professionnel.

Les secondes parties de carrière devront faire l'objet d'un travail prospectif, comme les besoins région par région, les quotas sont-ils suffisants ? **Une expertise sera réalisée**, en portant une attention particulière aux infirmiers spécialisés.

Le nouvel ordre est porteur des valeurs essentielles de la profession ”



ACTUALITES

Ordre infirmier



Les amendements importants votés par le Sénat sont :

- Soumission à l'ordre des infirmiers civils qui travaillent dans les hôpitaux militaires.
- Harmonisation de la procédure disciplinaire de l'ordre avec celle qui existe pour les autres professions médicales et paramédicales : les infirmiers salariés du **secteur privé** seront donc soumis, comme les libéraux, à la compétence disciplinaire de l'ordre.
- Mise en œuvre du principe de **séance de discussions** entre les ordres professionnels pour l'examen de questions communes.
- Information de l'ordre des sanctions disciplinaires prises à l'encontre des infirmiers du **secteur public** pour une faute lourde commise dans l'exercice de leurs fonctions, lorsque l'intéressé n'a pas été déféré devant les structures disciplinaires ordinaires.
- **Suppression du C.S.P.P.M**, Conseil Supérieur des Professions Paramédicales.

Le Syndicat National des Professionnels Infirmiers est particulièrement satisfait de l'adoption de ce texte, même si nous aurions souhaité une meilleure représentation de la diversité d'exercice de notre profession, afin que chacun puisse s'y reconnaître avec ses spécificités.

Nous sommes presque à la fin du processus législatif. Le Sénat ayant introduit des amendements, le texte va repasser en deuxième lecture à l'Assemblée Nationale où il ne devrait pas être modifié : la Loi portant création de l'Ordre des Infirmiers sera alors définitivement votée.

L'Ordre ne verra le jour qu'après la publication des décrets d'application qui détailleront les articles de loi.

La Fédération Santé Social CFE-CGC sera attentive à la rédaction des futurs décrets d'application de ce texte, et souhaite que la mise en place effective de l'ordre infirmier se fasse avant la fin de la mandature ■

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





ACTUALITES

Fonction Publique Hospitalière



Négociations FPH : l'aumône pour les IDE !

Il aura fallu neuf mois de négociations «Fonction publique Hospitalière» pour accoucher d'une souris ! Les conventions du secteur privé étant réalisées en fonction des salaires des fonctionnaires, toutes les infirmières sont concernées par ces négociations salariales.

En effet, le «**PROTOCOLE D'ACCORD SUR LE DEVELOPPEMENT DU DIALOGUE SOCIAL, LA FORMATION, L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, L'ACTION SOCIALE ET LES STATUTS DES PERSONNELS DE LA FPH**» proposé à la signature des syndicats le 19 octobre comporte 4 volets (document de 22 pages).



Les trois premiers volets sont constitués de **vœux pieux**, qui renvoient au bon vouloir de l'ANFH ou du CGOS, voire à la constitution de plusieurs groupes de travail, **sans mesure concrète ou budget attribué**.

La **bonification de 10% sur les jours déposés sur un compte épargne temps CET**, en vigueur depuis trois ans, n'est même pas reconduite en 2006 !

Allons tout de suite à l'essentiel, donc les **mesures salariales, surtout profitables aux agents de catégorie C et aux administratifs**.

Cette revalorisation de la catégorie C entraîne de fait un **écrasement des grilles** : ainsi, demain, du fait des primes, **une aide soignante en fin de carrière** (échelle E6, 7ème échelon, indice brut 479) aura 1.952 euros de salaire net, soit **plus qu'une infirmière ayant 16 ans d'ancienneté** (1.920 euros au 7ème échelon, indice brut 519) **ou comme un cadre de santé** (1.990 euros au 3ème échelon).

Le Ministère sait reconnaître les responsabilités ! Cela vaut le coup de faire des études !

On retrouve la situation qui avait amené le **mouvement infirmier de 1988** et la mobilisation cadre de 1991.

Et ce n'est pas l'**aumône accordée aux infirmières** qui changera les choses :

« - **relèvement en trois ans du quota statutaire actuel de ces personnels pour le passage de la classe normale à la classe supérieure pour le porter de 30 à 40% (2007 : 34%; 2008 : 37%; 2009 : 40%), en tenant compte prioritairement de la situation des agents ayant atteint le dernier échelon de la classe normale depuis au moins quatre ans,** »

Analyse SNPI : les infirmières spécialisées sont à 100 % depuis 2001 !

« - **revalorisation de la prime spécifique de 76,22 € mensuels fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992, pour la porter à 90 €/mois ; cette mesure prend effet le 1er mars 2007** »

Analyse SNPI : moins de 14 euros de prime Veil (moins les charges sociales !), cela va changer notre niveau de vie !

« - **bonification de six mois d'ancienneté en début de carrière pour les personnels infirmiers, médico-techniques et personnels de rééducation classés en CII au 2e échelon de la classe normale. Cette mesure sera répartie sur deux exercices (2007 et 2008).** »

Analyse SNPI : soit un gain de 45 euros pendant 6 mois ! Et étalé sur deux ans vu la fortune que cela représente !



► Suite p. 5



Négociations FPH

→ Suite de la P 4

Pour les cadres de santé, on retrouve la même générosité :

- «revalorisation en 2007 de la prime d'encadrement des cadres soignants de 15 € par mois »

Analyse SNPI : moins les charges sociales bien sur ! Avec effet en 2007 soit, mais en janvier ou en décembre ?

- «Il sera attribué une prime de 100 € bruts mensuels pour les assistants des responsables des pôles d'activité clinique ou médico-technique (administratifs et soignants). »

Analyse SNPI : enfin un geste pour reconnaître cette nouvelle fonction !

Au fait, sachez que les **attachés d'administration hospitalière AAH** seront désormais sur une **grille de directeur de soins** (indice terminal 966) : dans le triumvirat du pôle (médecin, AAH, Cadre Sup), devinez qui sera le moins payé ?

De qui se moque t-on ?

Si vous souhaitez recevoir le texte du protocole (22 pages) demandez le par mail à : syndicat@ffasscfecgc.com.fr, vous le recevrez en retour.

Vous trouverez également une analyse plus complète sur notre site : <http://www.syndicat-infirmier.com>

Le Conseil Syndical du SNPI s'est donc prononcé à l'unanimité contre la signature de ce protocole, véritable insulte à notre profession.

Afin d'aboutir à une réelle revalorisation de notre profession, nous demandons au ministère :

► un début de carrière à l'indice brut 372 (au lieu du 346)

► que la classe supérieure soit accessible à 100 % des IDE (au lieu de 30) ayant atteint le 5ème échelon de la classe normale, et comptant au moins 10 ans de fonction dans le corps des infirmiers (mesure effective depuis 2001 pour les IADE, IBODE et puéricultrices)

► un échelon supplémentaire de 4 ans pour finir à l'indice brut 668 (au lieu de 638).

Aujourd'hui, une IDE atteint son salaire plafond en 24 ans... alors que la retraite est encore loin !

► le doublement de la prime Veil (prime spécifique actuellement de 76 euros par mois) et sa transformation en NBI (prise en compte pour la retraite)

VAE INFIRMIERE :

Participez à la rédaction du référentiel :

Au rythme d'une réunion par mois, les discussions avec le Ministère progressent : la rédaction de ce référentiel d'activité évolue régulièrement : la version 6 de ce document de travail est en ligne sur notre site.

L'intérêt étant d'associer le maximum de professionnels à ce dossier, nous vous invitons à nous communiquer vos propositions pour participer à l'élaboration de ce document.

Le référentiel d'activités décrit de façon ordonnée les activités professionnelles caractéristiques de l'exercice du métier.

Par activité on entend un regroupement cohérent et finalisé de tâches ou d'opérations élémentaires visant un but déterminé.

Ce référentiel d'activités débouchera ensuite sur un référentiel de compétences, puis sur une refonte du programme de formation ■



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

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

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

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS CFE-CGC

(Infirmières – Cadres Infirmiers – Infirmières Spécialisées)

<http://www.syndicat-infirmier.com>

APPEL INFIRMIER

Monsieur le Ministre de la Santé,

La profession infirmière est la grande absente du protocole d'accord avec les confédérations syndicales. Pour résorber la pénurie, il est indispensable de procéder à une **revalorisation salariale des infirmières**.

La revalorisation de la catégorie C amène à un **écrasement des grilles** : ainsi, demain, du fait des primes, **une aide soignante en fin de carrière** (échelle E6, 7^{ème} échelon, indice brut 479) aura 1.952 euros de salaire net, soit **plus qu'une infirmière ayant 16 ans d'ancienneté** (1.920 euros au 7ème échelon, indice brut 519) **ou comme un jeune cadre de santé** (1.990 euros au 3ème échelon). On retrouve la situation qui avait amené le **mouvement infirmier de 1988** et la **mobilisation cadre de 1991**.

Ce n'est pas la hausse de 14 euros sur la prime Veil, ni le geste sur le passage en classe supérieure ou la bonification de six mois en début de carrière (6 fois 45 euros !) qui vont changer les choses. **Notre profession n'est pas reconnue à la hauteur de ses compétences et de ses responsabilités**.

Afin de rendre notre profession attractive, et de fidéliser le personnel en poste (la durée de vie professionnelle d'une IDE est de 12 ans, alors qu'elle est formée en plus de trois ans), nous souhaitons :

- un début de carrière à l'indice brut 372 (au lieu du 346)
- que la classe supérieure soit accessible à 100 % des IDE (au lieu de 30 % aujourd'hui et 34 % en 2007) ayant atteint le 5ème échelon de la classe normale, et comptant au moins 10 ans de fonction dans le corps des infirmiers (mesure effective depuis 2001 pour les IADE, IBODE et puéricultrices)
- un échelon supplémentaire de 4 ans pour finir à l'indice brut 668 (au lieu de 638)
- le doublement de la prime Veil (prime spécifique actuellement de 76 euros par mois) et sa transformation en NBI (prise en compte pour la retraite)

Dans cette attente, recevez, Monsieur le Ministre, l'expression de nos sentiments distingués.

NOM.....

FONCTION.....

SERVICE.....

ETABLISSEMENT.....

Signature :

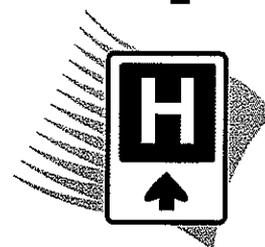
VILLE.....

MAIL.....

A envoyer : par mail à HOPITAL-CAB-SECR@sante.gouv.fr avec copie à syndicat@ffasscfecgc.com.fr (afin que le SNPI CFE-CGC puisse en recenser l'impact), ou par fax au Ministère 01.40.56.62.89 avec copie au SNPI 01.40.82.91.31 ou par courrier 14 av Duquesne, 75700 PARIS



DONNEES STATISTIQUES



Combien d'IDE exercent à l'hôpital ?

Selon l'enquête SPE (statistique des personnels des établissements) au **31 décembre 2002** (donc avant le **reclassement des cadres** infirmiers de SSM à CS) voici les effectifs par corps et grades, selon le statut (EPS France entière, SPE 2001, redressée avec SAE 2002) :

▶ **608 Infirmiers généraux** (directeur de soins infirmiers), dont 359 IG 1ère Classe et 249 IG 2ème classe ;

▶ **937 IADE cadre de santé** (23 Infirmiers anesthésistes moniteurs, 730 IADE surveillants des services médicaux et 182 IADE surveillants chefs) ;

▶ **7.436 IADE**, dont 1.996 de classe normale et 5.440 de classe supérieure ;

▶ **686 IBODE cadres de santé**, dont 10 moniteurs, 544 surveillants des services médicaux et 132 surveillants chefs,

▶ **5.595 IBODE**, dont 4.453 Infirmiers de bloc opératoire de classe normale et 1.142 de classe supérieure ;

▶ **982 Puéricultrices cadre de santé**, dont 48 monitrices, 773 surveillante des services médicaux et 159 surveillantes chefs des serv méd ;

▶ **6.997 Puéricultrices**, dont 5.730 de classe normale 5 730 et 1.267 de classe supérieure 1 267 ;

▶ **21.222 Infirmiers cadre de santé**, dont 3.678 surveillants chefs, 16.584 surveillants des services médicaux, 36 moniteurs d'écoles des cadres et 924 Moniteurs ;

▶ **192.724 Infirmiers**, dont 142.622 de classe normale et 19.486 de classe supérieure, 25.705 Infirmiers de secteur psy de cl normale et 4.911 Infirmiers de secteur psy de classe sup 4 911.

A titre de comparaison, il y a **181.103 Aides soignants** (y compris les aides médico-psy et les auxiliaires de puériculture) et **78.020 ASH**.

Combien d'infirmières espagnoles exercent en France ?

Le dispositif de recrutement de professionnels de santé espagnols, mis e oeuvre en France entre 2002 et 2004 au bénéfice de l'ensemble des établissements de soins (publics et privés), a été **évalué en décembre 2004 par la DHOS**.

Le bilan dressé apparaît d'une ampleur limitée : au total, **848 agents ont été recrutés dont 643 infirmiers**, 200 kinésithérapeutes et 5 manipulateurs radio.

Le **taux d'échec des recrutements** (retour en Espagne dans les deux ans après la prise de fonctions) avait été évalué fin **2003 à 8%**, ce qui est comparable, selon la DHOS, au taux de départ des jeunes IDE professionnels français recrutés à la sortie des écoles par les établissements.

D'autres retours ont eu lieu après 2003.



**DONNEZ-VOUS
LES MOYENS
DE FAIRE AVANCER
LA PROFESSION
EN REJOIGNANT
LE SNPI,
UN SYNDICAT
NON POLITISE**



<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 31/12/2000)
2- F.H.P. (c.c. du 18/4/2002)	17- Chômage
3- Etablissements pour inadaptés et handicapés (c.c. du 15/3/1966)	18- Animation (c.c. du 28/6/1983)
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 1/11/1999)	20- Médecine du Travail
6- Thiémalôme (c.c. du 13/10/1999)	21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c. du 4/6/1983)
7- Convention Collective du 26/6/1966	22- Organismes de Sécurité Sociale
8- Cabinets Médicaux (c.c. du 14/1/1981)	23- Services sociaux d'entreprise
9- Croix Rouge Française (c.c. de 1966)	24- SONACOTRA
10- Cabinets dentaires (c.c. du 17/1/1982)	25- Foyers de Jeunes Travailleurs
11- Prothésistes Dentaires (c.c. du 18/12/1973)	26- Fonction Publique d'ETAT
12- Etablissements Français du Sang	27- Fonction Publique TERRITORIALE
13- Missions locales et P.A.T.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 en situation de permis, 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 réintégrerai différément avec le créancier.

N° EMETTEUR NATIONAL
435 499
N° EMETTEUR INTERNE

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM - Prénom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Code Postal _____

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

REF DK.435499.06048.62286041
 S.N.P.I. CFE-CGC
 39, rue Victor Massé
 75009 PARIS

COMPTE A DEBITER

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

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

DATE : _____ SIGNATURE : _____

Prêtez 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 ?**

➤ 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 €



Le + syndical

DOSSIER

Etude prospective
sur les métiers hospitaliers

L'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEM) a fait le point sur cette étude lors de ses réunions 19 mai et 3 octobre.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, outil de gestion tant individuelle que collective, constitue le point de départ des **démarches métier/compétences** et le socle d'une gestion prévisionnelle plus ambitieuse.

Un important dispositif de sensibilisation et surtout de formation à l'utilisation de l'approche métier/compétences, à destination des publics cibles (DRH et équipe RH, encadrement, représentants du personnel...) s'est progressivement déployé à partir de la fin d'année 2004 (170 sessions de formation réalisées à ce jour).

Afin de consolider ce premier investissement, et au-delà de la question de l'**actualisation du répertoire** des métiers (à une fréquence quadriennale), une **étude prospective** est à mener sur l'évolution des grandes familles de métiers présentes dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Cette étude se déroulera en 4 phases :

PHASE 1 : Repérer les principaux changements ou évolutions probables (horizon : 5 à 10 ans) qui vont avoir un impact sur le secteur hospitalier et ses métiers. Ces **facteurs d'évolution** pourront être technologiques, organisationnels, sociaux, juridiques, économiques, démographiques... Sur ces bases, un **scénario d'évolution** sera retenu, décliné et approfondi au niveau de chacune des fonctions ou familles de métiers.

PHASE 2 : Identifier, par fonction ou grandes familles de métiers, deux catégories de métiers ou groupes de métiers qui feront l'objet d'une étude spécifique : les **métiers en rupture forte** (soit en raison de compétences nouvelles à maîtriser, soit en raison de modifications importantes de volumes, tant des ressources que des besoins) et les **métiers émergents** pour lesquels des besoins sont susceptibles d'apparaître dans les prochaines années.

PHASE 3 : Réaliser une **étude spécifique** sur dix métiers ou groupes de métiers retenus par l'Observatoire

dans la liste des 20 métiers ou groupes de métiers sensibles et considérés comme prioritaires. Formaliser des **propositions d'action sur ces métiers** qui serviront de base aux débats de l'Observatoire.

PHASE 4 : Organiser un transfert des compétences méthodologiques vers l'équipe projet, afin qu'elle puisse traiter l'ensemble des autres métiers sensibles et sur la base des résultats de l'**étude prospective**, procéder à l'actualisation globale du répertoire des métiers.

S'agissant d'une action d'envergure nationale et ciblée sur la **prospective**, elle est susceptible de concerner et d'intéresser tout le secteur hospitalier, que les métiers relèvent du domaine sanitaire, social ou médico-social, et ce quelles que soient les catégories **d'établissements représentés** (CHU, centre hospitalier, centre hospitalier spécialisé, hôpitaux locaux, établissements sociaux et médico sociaux...)

La **méthodologie privilégie la plus large participation** des acteurs concernés (équipe de direction, organisations syndicales, corps médical, personnels, association professionnelle, représentant de l'Etat, fédérations d'employeurs...) mais aussi celle des experts dans les domaines étudiés.

L'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière est le commanditaire de cette étude et validera les quatre phases.



*En juin 2006, huit
groupes thématiques
ont travaillé :*

1) Nouvelles demandes des usagers

La demande de santé change du fait de l'évolution de la **structure de la population**, des comportements, du niveau de formation et d'information.

Suite P. 10





DOSSIER

Etude prospective
sur les métiers hospitaliers

Ainsi, les modalités de **prise en charge** des patients à l'hôpital évoluent, du fait de leur demande accrue **d'être acteurs** de la gestion du système de santé et de leur propre santé et de l'affirmation de leur **droit à l'information et à la transparence**.

2) Organisation de l'offre de soins et évolution des prises en charge

L'évolution de l'organisation générale de l'offre de soins vise à assurer la **prise en charge globale** et continue des patients, notamment au bénéfice de populations spécifiques. De nouveaux instruments d'organisation se mettent en place, qui favorisent les opérations de recomposition de l'offre de soins telles que les **coopérations**, les complémentarités et les fusions d'établissement ainsi que le développement de **réseaux et de filières de soins**, internes et externes.

3) Evolution des pratiques de soins

La **transformation des demandes de santé** (vieillesse de la population, augmentation des **pluripathologies** et des pathologies chroniques, populations fragiles...) et des modes d'organisation du travail à l'hôpital conduisent à faire évoluer les **pratiques de soins** collectives et individuelles.

4) Techniques médicales, innovation, recherche

L'évolution des technologies médicales, à un rythme croissant, a un impact certain sur l'organisation de l'**offre de soins** et les modalités de prise en charge des patients.

5) Facteurs médico économiques

L'objectif de rationalisation de l'emploi des ressources de l'assurance maladie d'une part, la mise en œuvre de la **réforme du régime budgétaire** et comptable des établissements de santé d'autre part, conduisent l'ensemble des personnels hospitaliers à repenser leurs organisations.

6) Organisation interne et management

Les réformes en cours visent à mettre en place de nouveaux modes d'organisation interne et de gestion, et à favoriser une efficacité accrue des procédures internes de concertation, de négociation et de décision.

7) Système d'information et gestion des flux

Le numérique (informatique, télécommunication...) se déploie dans les services de soins mais également dans les services administratifs et de gestion. Le système d'information et l'organisation **des flux logistiques** sont impactés par l'évolution de l'organisation des soins comme par la demande des patients. Le développement de nouveaux outils doit permettre, précisément, d'optimiser la circulation et le traitement des flux matériels et d'information.

8) Gestion des risques et de la qualité

Le développement des démarches de **gestion des risques** (sanitaires et autres), des démarches qualité et d'évaluation, à de multiples niveaux, est à l'œuvre dans les hôpitaux depuis plusieurs années.

Le mouvement n'est pas achevé, d'autant que l'ensemble des autres évolutions en cours ou à venir, contribuent ou exigent des **protocoles sécurisés**, des compétences et des procédures évaluables, une gestion affinée ... ■



N'hésitez pas à utiliser la rubrique "contactez-nous" du site pour exprimer vos remarques et propositions à Thierry AMOUROUX, qui représente la Fédération Santé Social CFE-CGC dans cet Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEM).



ACTUALITES

Observatoire de l'emploi
des personnels hospitaliers

L'évolution de l'offre de soins au niveau de la prise en charge du patient et des pratiques de soins (extrait du rapport de la DHOS).

Le 3 octobre, le rapport de 59 pages «**Facteurs d'évolution de l'Etude prospective sur les métiers: Enjeux et Impacts sur les ressources humaines**» a été présenté aux membres de l'Observatoire des emplois et des métiers de la FPH. En voici un chapitre.

Les grandes lignes de l'évolution des pathologies prises en charge peuvent être esquissées : plus de **polyopathologies** et de maladies chroniques liées au vieillissement, une augmentation des maladies cardio-vasculaires, des cancers, des maladies mentales et comportementales, des maladies infectieuses et parasitaires.

Beaucoup des pathologies qui vont être en augmentation concernent des activités peu attractives. Se pose surtout un **problème d'affectation des personnels**.

En revanche, les métiers de soignants mais aussi de tous les professionnels en relation avec les patients sont confrontés à plusieurs évolutions qui modifieront les pratiques professionnelles.

Les départs massifs à la retraite ne seront pas aisément remplacés, selon les régions, les établissements, les métiers et les spécialités, précisément les moins attractives. Aussi, pour s'adapter, **les frontières dans la répartition des activités de soins se redessinent** et devraient faire l'objet d'une probable redéfinition réglementaire.

Le développement encore accru des techniques conduit à une **hypertechnicisation qui peut être**

difficilement compatible avec les besoins de polyvalence et ne favorise pas la mobilité.

La réglementation de plus en plus exigeante en matière de sécurité du patient et de sécurité du fonctionnement, tend à une gestion globale, avec le développement de la certification, et **l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**.

L'évolution de la **demande des patients** et la nouvelle organisation plus ouverte des soins en coopération ou en réseau nécessitent de plus en plus une **approche globale et coordonnée de la prise en charge soignante du patient**.

Le **développement des pratiques de prévention et d'éducation thérapeutique** vont également s'accroître.



Impacts sur l'organisation et les ressources humaines

- Développement de la coopération entre aide-soignant / infirmier / médecin / manipulateur / préparateur
- Emergence de soignants spécialisés en **prévention et éducation** et de **soignants référents et coordinateurs**
- Mise en œuvre de **parcours professionnels** facilitant la mobilité
- **Adaptation de la formation** initiale et continue (apprentissage des savoir-faire, développement de la VAE, capacité à acquérir l'expertise technique tout en préservant la polyvalence).



POINT D'ACTUALITE

**VAE IBODE : bilan
de la réunion du 6 octobre**

Depuis la "réunion technique" du 5 juillet, le référentiel d'activités en est à sa version 4, et elle a encore été modifiée lors de la "réunion politique" du 6 octobre, à laquelle participait le Président du SNPI, Thierry AMOUROUX.

Le Syndicat National des Professionnels Infirmiers est favorable à la VAE en général, et à celle des IBODE en particulier, au nom d'un principe de réalité : 75 % des infirmières exerçant au bloc ne sont pas IBODE mais IDE.

En préliminaire, au nom de la Fédération Santé CFE-CGC, Thierry AMOUROUX a tenu à préciser les grands 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 validable que l'expérience postérieure à l'obtention du DE 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 on ne tiendrait pas compte de l'expérience 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"),
- la réforme LMD doit se faire de manière concomitante, car les deux démarches aboutissent à une réforme des études,
 - pour tout candidat à la VAE, un apport théorique est indispensable, pour permettre à

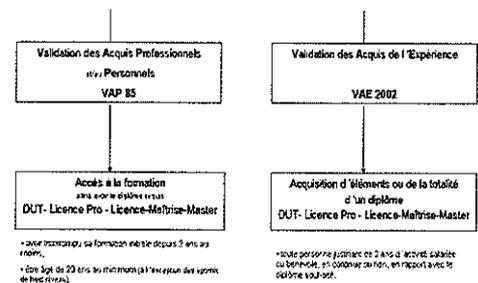
celui-ci de faire le point sur son savoir-faire et ses compétences, et repartir sur des bases solides (indépendamment de la validation des unités de compétence, à l'exemple du module de 70 h de la VAE AS).

La version 4 du document de travail du Ministère prévoit un référentiel d'activité structuré en 8 modules :

- 1 - Mise en œuvre et contrôle de **mesures d'hygiène** en bloc opératoire et dans les secteurs associés
- 2 - Mise en œuvre de mesures de **qualité et de sécurité** au bloc opératoire et dans les secteurs associés
- 3 - **Réalisation de soins** et d'activités en salle d'intervention
- 4 - Gestion de dispositifs médicaux et de **produits** au bloc opératoire et dans les secteurs associés
- 5 - Traitement de l'**information** et traçabilité
- 6 - **Organisation, planification** et répartition d'activités
- 7 - **Formation** et information des équipes et des stagiaires en bloc opératoire et dans les secteurs associés
- 8 - Réalisation de travaux de **veille professionnelle** et de recherche.

(détails sur notre site)

VALIDATION DES ACQUIS



Pour la Fédération Santé CFE-CGC, la présentation actuelle convient plus à la description du travail d'un "technicien supérieur", qu'à celui d'une infirmière spécialisée.

Le coeur de métier d'une infirmière, c'est de soigner une personne, pas de mettre en oeuvre des mesures et de gérer des produits. Les activités actuellement listées font référence à des protocoles ou des actes standardisés, et non à une personne unique, il convient donc de rajouter la dimension de la prise en charge individualisée.

En conséquence, nous demandons :

- que le point trois "Réalisation de soins et d'activités en salle d'intervention" figure en premier car c'est l'activité première d'une IBODE qu'une autre activité soit ajoutée aux 8 autres "Ecoute, aide et accompagnement de la personne opérée", avec comme "Principales opérations constitutives de l'activité" :
 - Accueil de l'opéré
 - Ecoute et soutien de l'opéré
 - Délivrance d'information et de conseils éducatifs en péri opératoire.
- Résultats attendus
 - Relaxation du patient
 - Adaptation de l'information à l'état de l'opéré
 - Acceptation et compréhension des soins par la personne
 - Pertinence de l'information donnée à la personne et à son entourage ■