

## Sommaire

- ▶ **Négociation salariale IDE :**  
(p. 2 - p. 3)
- ▶ **Education thérapeutique :**  
Recommandations du HCSP  
(p.4 – p.5 –p.6)
- ▶ **Reconnaissance mutuelle  
des qualifications  
France/Québec**  
(p.7)
- ▶ **Note DHOS : Inscription au  
tableau de l'Ordre Infirmier**  
(p.8)
- ▶ **Pétition Salaire**  
(p.9)
- ▶ **H1N1 : hôpital Heures  
supplémentaires à gogo**  
(p.11)
- ▶ **Santé Solidaire en danger**  
(p.12)
- ▶ **Négociation Collective : CLCC**  
(p.13)
- ▶ **Fermeture des Blocs  
Opératoires**  
(p.13)
- ▶ **Modernisation  
de la Médecine du Travail**  
(p. 14)
- ▶ **AFSSAPS : Médicaments  
et risques d'erreurs**  
(p.14)
- ▶ **Résidus de médicaments**  
(p.15)



Les infirmières sont là pour répondre aux besoins de santé de la population, mais le SNPI exige que les **procédures de réquisitions dans le cadre de la vaccination H1N1** soient revues pour ne pas **perturber les activités de soins** non dé-programmables, que ce soit en établissement ou en libéral, et ne pas sacrifier les études des étudiants en soins infirmiers.

Dans ce cadre de cet « état d'urgence » les professionnels sont **réquisitionnés du jour au lendemain** : ce ne sont pas des pions que l'on peut mettre dans des cases sans considération des obligations de travail et des nécessités familiales. Derrière la machine administrative qui s'emballe, il faudrait remettre du sens, et **organiser les choses dans le respect de chacun.**

Nous avons aussi de grandes inquiétudes sur les **conséquences pédagogiques** de ces décisions préfectorales de suspendre les activités pédagogiques des IFSI, de supprimer les MSP, de convertir cette « expérience » en centres de vaccinations en stage professionnalisant, etc. Si ce régime d'exception dure plusieurs mois, la **formation de ces étudiants sera incomplète**, et va porter atteinte à la qualité des soins dispensés à la population.

Nous sommes également choqués sur les **méthodes employées** dans bon nombre de centres de vaccination, avec un **fractionnement des activités** contraire aux recommandations de bonnes pratiques (erreurs de doses et de produits), et de gros problèmes **d'hygiène** (manque de gants, absence de savon, rien pour nettoyer le plan de travail, etc.).



# Revalorisations salariales et LMD : un jeu de dupes pour les infirmières !

**Le ministère se moque de nous ? Pour vous faire entendre, signez et faites signer autour de vous la pétition page 9 !**

La séance de négociations salariales du 14 décembre 2009 avec les 8 organisations syndicales représentatives, dans le cadre de la reconnaissance des compétences liée à la réforme LMD des professions paramédicales relève de la **provocation**. Le projet de protocole ne prévoit qu'un reclassement en octobre 2011, soit **pas un centime de revalorisation pendant les deux années à venir !**

Nous sommes loin des annonces de la ministre, qui évoque dans la presse la situation d'une **infirmière en fin de carrière en 2016 !!!!!** Comme la moitié des IDE hospitalières doivent partir à la retraite d'ici 2015, cela ne risque pas de concerner grand monde !

Face à cela, **lundi 14 décembre 2009**, les organisations syndicales (CGT, CFDT, FO, SUD, UNSA, CFTC, CFE CGC) ont quitté la séance de négociation statutaire, face au refus du ministère de retirer des négociations le sujet de la catégorie active (possibilité de départ à 55 ans pour pénibilité) en contre partie du passage en catégorie A pour les paramédicaux. L'ensemble des organisations syndicales

s'adresse solennellement au gouvernement pour exiger le **retrait du sujet de la retraite des négociations** en cours afin de les poursuivre.

Exemple de ce florilège de bêtises, en page 9, le document précise même que pour atteindre le sommet de la grille salariale il faudra **attendre 6 ans** de plus car «La durée de carrière passe à **31 ans** afin de tenir

compte de l'allongement de la durée de la vie professionnelle »... qui est de **12 ans** en moyenne chez les infirmières !

La revalorisation des IDE de classe normale (premier grade) comme celles des IDE de classe supérieure (deuxième grade) sera **dans deux ans** de 7 à 10 points (soit **32 à 46 euros brut par mois**).

Mais pour passer en catégorie A, les IDE doivent renoncer à toutes les **mesures spécifiques à la grande pénibilité du métier :**

► possibilité de partir à la **retraite à 55 ans** (mais pas à taux plein !)

► **bonification d'un an** tous les 10 ans en catégorie active

En effet, selon les études objectives de la caisse de retraite CNRACL, **1 IDE sur 4 part à la retraite en invalidité**, et leur espérance de vie est inférieure à celle d'une femme française.

Le projet de protocole paraît à ce point ridicule, qu'en page 10 nous avons même une extrapolation virtuelle **pour dans sept ans !** «A l'issue des opérations de reclas-

sement, **en 2016**, les infirmiers auront bénéficié d'une majoration de 1.487 par an en moyenne par agent » ... somme virtuelle étant donné qu'ils auront majoritairement quitté la profession avant d'atteindre un indice terminal bien théorique ! Un jeu de dupes !

*«Nous sommes loin des engagements du Président de la République et de Roselyne Bachelot, qui ont indiqué à de nombreuses reprises que leurs objectifs étaient de reconnaître les compétences des infirmières, et de rendre cette profession attractive. "Nous demandons un salaire en rapport avec nos compétences et nos responsabilités, pas la charité" explique Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du syndicat infirmier SNPI CFE-CGC. "Ces propositions sont insultantes pour les professionnels que nous sommes. Les dernières revalorisations salariales des infirmières ont fait suite au "mouvement infirmier de 1988". Vingt ans après nous attendions autre chose que cette aumône.»*

📄 Suite P.3



# Revalorisations salariales et LMD : un jeu de dupes pour les infirmières !



Les infirmières spécialisées (puéricultrices, anesthésistes, bloc opératoire) déjà en catégorie A depuis 2001, vont devoir attendre trois ans, en décembre 2012, pour une revalorisation... à condition de renoncer elles aussi aux mesures pour compenser la pénibilité !

A cette époque, nous commençons à 1.5 fois le SMIC, pour finir notre carrière à 3 fois le SMIC. Aujourd'hui, selon les propres chiffres du Ministère, une infirmière de classe normale débute à 1.479 €uros pour finir sa carrière à 2.252 €uros (salaire nets, primes et indemnités comprises).

## L'enfer pendant deux ans, le Paradis dans 7 ans

Ce projet de protocole d'accord prévoit deux glissements de la grille indiciaire, l'un en 2013 et l'autre en 2016 :

► "à l'issue de l'ensemble des opérations de reclassement (en 2016), les infirmiers auront bénéficié d'une revalorisation annuelle" de 1.487 €uros (bruts) en moyenne pour un infirmier de grade 1 et d'une revalorisation de 2.466 €uros pour un infirmier de grade 2.

## Droit d'option en B

Pour les infirmières refusant le chantage sur les retraites, il est prévu un droit d'option pour une grille intermédiaire en B, le «nouvel espace statutaire, NES» toujours en octobre 2011, avec une aumône de 4 points, soit 18 € brut par mois.

Dans ce NES en catégorie B, la proposition du ministère pour les infirmières de classe normale est inchangée depuis septembre (le point est à 4.60 €uros brut) :

- 2ème échelon, indice 324 passe au 332 (+ 8 pts)
- 3ème échelon, indice 343 passe au 346 (+ 3 pts)
- 4ème échelon, indice 367 passe au 370 (+ 3 pts)
- 5ème échelon, indice 390 passe au 394 (+ 4 pts)
- 6ème échelon, indice 416 passe au 420 (+ 4 pts)
- 7ème échelon, indice 446 passe au 450 (+ 4 pts)
- 8ème échelon, indice 481 passe au 483 (+ 2 pts)
- et création d'un 9ème échelon, à l'indice 515

La contre-proposition de la Fédération Santé CFE-CGC est de prendre comme date d'effet le 1er janvier 2010 :

- pour le paiement selon la future grille B intermédiaire,
- et pour le premier contingent d'infirmières en poste à reclasser en catégorie A

► La nouvelle grille comprendrait six grades pour la filière infirmière et la durée de carrière serait de 31 ans.

► Les infirmières spécialisées (qui sont déjà en catégorie A) pourraient entrer dans une grille rénovée de catégorie A en décembre 2012, qui évoluerait une seconde fois en 2016.

► En 2016, à l'issue de l'ensemble des opérations de reclassement, les infirmiers de bloc opératoire (Ibode) et les puéricultrices bénéficieraient d'une augmentation de 1.509 €uros par an en moyenne (en grade 1) et de 1.564 €uros en grade 2. Pour les infirmiers anesthésistes (Iade), cette revalorisation serait de 1.752 €uros par an en moyenne (pour un infirmier de grade 1) et de 1.929 €uros pour un infirmier de grade 2.

► Les cadres de santé auraient également accès à une grille rénovée de catégorie A en décembre 2012 et à l'issue des opérations de reclassement en 2016, ils bénéficieraient d'une revalorisation de 1.957 €uros par an en moyenne.

Dans le cadre de cette grille intermédiaire en B, la proposition du ministère pour les infirmières de classe supérieure est inchangée depuis septembre :

- 1er. échelon, indice 411 passe au 423 (+ 12 pts)
- 2ème échelon, indice 442 passe au 448 (+ 6 pts)
- 3ème échelon, indice 466 passe au 471 (+ 5 pts)
- 4ème échelon, indice 490 passe au 494 (+ 4 pts)
- 5ème échelon, indice 515 passe au 519 (+ 4 pts)
- 6ème échelon, indice 534 passe au 535 (+ 1 pts)
- et création d'un 7ème échelon, à l'indice de 551

► en partant de la proposition du ministère, d'augmenter à l'échelon supérieur pour augmenter le différentiel de salaire et ne pas allonger la durée de carrière

**Pour le SNPI CFE-CGC, le passage en catégorie A doit représenter un gain de 100 €uros par mois pour chacun, afin de répondre aux objectifs d'attractivité et de fidélisation ;**

**Le ministère se moque de nous ? Pour vous faire entendre, signez et faites signer autour de vous la pétition**



ACTUALITES

## Education thérapeutique : Recommandations du HCSP



**Rapport sur l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours (Novembre 2009) - Synthèse, orientations stratégiques et recommandations du HCSP, Haut Conseil de la Santé Publique.**

### Recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique

**Etablir un dispositif de financement pour l'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours et articulée avec celle pratiquée en milieu spécialisé.**

1 **Etablir**, pour les personnes atteintes de maladie chronique, un forfait d'éducation thérapeutique leur permettant de bénéficier, une fois par an, d'une évaluation de leurs besoins dans ce domaine et d'un programme personnalisé d'activités (activités individuelles et/ou collectives pouvant être mises en place par un réseau, une maison pluridisciplinaire de santé, des professionnels libéraux qui travaillent ensemble, une association ou un établissement hospitalier, dans le cadre des programmes prévus par la loi HPST) ;

2 **Soutenir**, via les Agences régionales de santé, la mise en place de nouvelles organisations professionnelles, permettant le développement de l'éducation thérapeutique au sein des territoires en lien avec les services spécialisés, en finançant notamment les temps de concertation, de coordination, de formation pluri-professionnelle à l'éducation thérapeutique et les systèmes de partage d'informations ;

3 **Valoriser** le rôle du médecin traitant en tant que premier acteur de l'éducation thérapeutique du patient et principal coordonnateur :

Il évalue, au moins une fois par an, les besoins du patient en matière d'éducation thérapeutique. Il assure le lien avec les prestations éducatives disponibles sur son territoire et dans les services hospitaliers. Il tient à jour le dossier d'éducation du patient.

Pour exercer ces activités, il suit au minimum une formation à l'éducation thérapeutique de quinze heures (initiation), puis un séminaire de formation continue de deux jours tous les cinq ans.

En contrepartie, il perçoit une part fixe du forfait d'éducation thérapeutique de chaque patient concerné.

4 **Reconnaître** deux autres modalités d'implication des professionnels de santé de proximité dans l'éducation thérapeutique des personnes atteintes de maladie chronique avec, pour chaque modalité, l'attribution d'une part du forfait d'éducation thérapeutique :

#### Programme structuré en plusieurs consultations

Le médecin traitant, ou tout autre professionnel de santé de proximité en coordination avec lui, aménage des consultations dédiées à l'éducation thérapeutique (sensibilisation, information, aide à l'acquisition de compétences, soutien psychosocial, évaluation...).

En plus de l'initiation à l'éducation thérapeutique, il suit une formation de quinze heures aux consultations d'éducation thérapeutique.

#### Animation de séances collectives

Le médecin traitant, ou tout autre professionnel de santé de proximité en coordination avec lui, anime des séances collectives d'éducation thérapeutique.

En plus de l'initiation à l'éducation thérapeutique, il suit une formation de quinze heures aux séances collectives d'éducation thérapeutique.

Intégrer à la formation initiale des professionnels de santé l'enseignement des compétences nécessaires à la pratique de l'éducation thérapeutique.

#### Pour les médecins

5 Intégrer au deuxième cycle des études médicales un enseignement obligatoire permettant de pratiquer l'éducation thérapeutique (formation à l'écoute, à la relation d'aide, à l'approche centrée sur le patient...) sur la base d'un cahier des charges national ■

📄 Suite P.5



ACTUALITES

Education thérapeutique :  
Recommandations du HCSP



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE  
ET DES SPORTS

Suite de la p.4

► **6 Inclure** de manière conséquente les contenus de ces enseignements aux questions de l'examen national classant en médecine.

**Pour les médecins et autres professionnels de santé**

► **7 Rendre obligatoire**, au cours des études de tous les professionnels de santé, la réalisation d'un stage dans un service, un réseau, une association ou auprès d'un professionnel qui pratique l'éducation thérapeutique du patient ;

► **8 Evaluer**, notamment par des mises en situation, les compétences acquises par les étudiants, dans les domaines de l'écoute, de la relation avec le patient, de la prise en charge de la maladie chronique, de l'éducation thérapeutique.

**Soutenir la mise en place de formations continues**

► **9 Inscrire** l'éducation thérapeutique dans les thèmes prioritaires de formation continue des différents professionnels de santé ;

► **10 Soutenir**, dans le domaine de l'éducation thérapeutique, l'organisation de formations réunissant différents professionnels de santé exerçant sur

un même territoire (favorisant ainsi la mise en place d'une éducation thérapeutique « multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle » comme préconisé par la Haute Autorité de Santé).

**Définir, au niveau de chaque région, un schéma d'organisation et un plan de développement de l'éducation thérapeutique**

► **11 Intégrer** l'éducation thérapeutique au Programme régional de santé ;

► **12 A partir** d'une analyse de l'existant, définir des priorités et des objectifs de développement de l'éducation thérapeutique sur chaque territoire de santé, afin de couvrir progressivement tous les besoins et de permettre une offre de service cohérente ;

► **13 Etablir** un annuaire des ressources en éducation thérapeutique (lieux, personnes, activités) intégrant ce qui existe en libéral, dans les réseaux, dans les associations de patients, dans les hôpitaux, etc.

**Intégrer ces recommandations à la prochaine loi de santé publique**

► **14 Traduire** ces recommandations en objectifs opérationnels et les inclure dans la prochaine loi de santé publique.

**Synthèse du Haut Conseil**

L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de **maladie chronique** et leur entourage à **comprendre** la maladie et le traitement, à **coopérer** avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur **qualité de vie**. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients **améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications**.

Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladie chronique en France (environ 15 millions actuellement), les besoins en la matière sont très importants. L'éducation thérapeutique ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. En 2008, la Société Française de Santé Publique constatait que « *la plupart des malades chroniques ne [bénéficiaient] d'aucun programme d'éducation thérapeutique* ».

Faut-il en déduire pour autant qu'ils ne bénéficient d'aucune éducation thérapeutique, autrement dit qu'aucun soignant ne se préoccupe de les aider à prendre soin d'eux-mêmes ? Plus vraisemblablement, **une activité d'éducation thérapeutique se pratique de façon plus ou moins formalisée sur le territoire** : à côté des programmes – qui évoquent un processus limité dans le temps, dont le contenu et le déroulement sont précisés à l'avance – il existe une **éducation thérapeutique intégrée à la pratique des professionnels** de premier recours, en particulier à celle du médecin traitant. Il s'agit de la décrire, d'identifier les mesures qui permettront son développement et son articulation avec les programmes mis en œuvre par diverses structures ■

Suite P.6



## ACTUALITES

# Education thérapeutique : Recommandations du HCSP



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DE LA JEUNESSE  
ET DES SPORTS

## Suite de la p.5

Le HCSP considère qu'une éducation thérapeutique sera véritablement intégrée aux soins lorsqu'elle présentera les caractéristiques suivantes :

- ▶ être **permanente**, présente tout au long de la chaîne de soins, intégrée à une stratégie globale de prise en charge, régulièrement **évaluée et réajustée** ;
- ▶ faire l'objet d'une **coordination et d'un partage d'informations** entre soignants ;
- ▶ être **accessible à tous les patients**, sans obligation d'adhérer à un programme particulier pour en bénéficier ;
- ▶ être ancrée dans la **relation soignant/soigné**, faire partie intégrante des activités de tout soignant en étant adaptée au contexte de chaque soin, être fondée sur **l'écoute du patient**, sur l'adoption par le soignant d'une posture éducative ;
- ▶ être **centrée sur le patient** et non sur des contenus d'apprentissage ;
- ▶ s'appuyer sur une **évaluation partagée** de la situation, entre patient et soignants, et sur des décisions concertées ;
- ▶ se construire à partir d'une **approche globale** de la personne qui prend en compte les besoins, les attentes et les possibilités du patient et de son environnement, dans leurs dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales ;
- ▶ être **officiellement reconnue et valorisée** : mentionnée dans les recommandations professionnelles relatives aux différentes pathologies, financée dans le cadre des pratiques professionnelles et des activités de recherche, enseignée aux professionnels de santé en formation initiale et continue.



Le travail mené par le HCSP lui a permis d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de favoriser ou de freiner l'implication des médecins traitants et autres professionnels de santé de premier recours dans la mise en œuvre d'une éducation thérapeutique de proximité. L'analyse de ces facteurs l'amène à proposer quatre orientations stratégiques qui se déclinent en cinq mesures et quatorze recommandations.

## Orientations stratégiques

Pour favoriser le développement rapide et structuré d'une éducation thérapeutique intégrée aux soins de premier recours, le HCSP propose les orientations stratégiques suivantes :

### Changer d'échelle

Qu'elles aient été impulsées par des professionnels (regroupés ou non en réseau), par des associations, par des régimes d'assurance maladie ou par les services de l'Etat, qu'elles aient été financées par des fonds publics ou privés, les expériences visant à développer l'éducation thérapeutique de proximité ne manquent pas. Il s'agit maintenant d'en tirer enseignement pour installer un dispositif généralisé et pérenne.

### Inverser la perspective

De nombreux établissements et services hospitaliers ont mis en place des programmes structurés d'éducation thérapeutique et déplorent que le relais ne soit pas pris par les professionnels de santé de proximité quand le patient quitte l'établissement ou quand il habite trop loin. Plutôt que vouloir exporter ou prolonger ce qui se fait en milieu hospitalier, il faut s'intéresser d'abord à l'éducation thérapeutique de premier recours : reconnaître et valoriser le rôle du médecin traitant dans ce domaine, prendre en compte ce que font ou ce que pourraient faire les professionnels de santé de proximité en matière d'éducation thérapeutique et utiliser les programmes hospitaliers en deuxième intention, comme un recours spécialisé.

### Raisonner par territoire

Une personne peut souffrir de plusieurs maladies chroniques. Les médecins généralistes et les infirmiers libéraux sont potentiellement concernés par toutes les pathologies. Ces deux constats invitent à imaginer un cadre commun d'organisation de l'éducation thérapeutique sur un territoire, plutôt qu'une juxtaposition de dispositifs différents conçus pathologie par pathologie.

### Élargir la formation des professionnels de santé

Il est indispensable d'adapter la formation initiale des professionnels de santé aux réalités de la maladie chronique ■



ACTUALITES



**Reconnaissance mutuelle  
des qualifications  
France/Québec**



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

**L'Ordre National des Infirmiers a signé avec l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec, le 27 novembre 2009, la lettre d'engagement pour rédiger l'accord de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.**

Cette négociation, très attendue par les infirmières françaises travaillant à Québec, permettra une meilleure reconnaissance de leurs qualifications professionnelles et facilitera leur intégration au sein de la filière clinique infirmière.

Madame Dominique LE BŒUF, Présidente du Conseil National de l'Ordre des Infirmiers et Madame Gyslaine DESROSIERS, Présidente de l'Ordre des Infirmières et des Infirmiers du Québec ont signé le vendredi 27 novembre la lettre d'engagement en vue de préparer un accord de reconnaissance mutuelle.

« Plusieurs rencontres ont eu lieu avec la présidente de l'Ordre des infirmiers du Québec afin de travailler sur l'accord qui facilitera les démarches administratives des infirmières qui s'installent au Québec. Les travaux progressent bien » précise Madame LE BŒUF.

La lettre d'engagement signée, au ministère de la Santé et des Sports, en présence de Madame BACHELOT-NARQUIN et de Monsieur CHAREST, premier Ministre du Québec, permettra d'engager dans les prochains mois la rédaction de l'accord de reconnaissance mutuelle. Celui-ci devra être conclu en juin 2010 ■

ACTUALITES

**Vaccination H1N1 : bénéfice-risque**



Depuis le début de l'épidémie, sur quatre millions de cas de grippe H1N1 constatés en France, seulement quelques centaines de personnes ont été hospitalisées en métropole. Parmi elles, une centaine sont décédées en métropole (dont 6 sans antécédents médicaux) alors que la grippe saisonnière fait 6.000 morts par an dans l'indifférence générale. Assez d'infantilisation : la Ministre cherche à faire peur, nous préférons nous en tenir aux données scientifiques, dans une logique citoyenne.

**Les enfants de moins de 10 ans peuvent avoir un vaccin sans adjuvant Panenza : pour eux le "bénéfice risque" est en faveur de la vaccination**, car les contacts physiques font que le virus se propage facilement chez ces jeunes.

**Pour les personnes qui ont un facteur de risques** (insuffisance respiratoire, maladie chronique, obésité, etc.) même le vaccin avec adjuvant est nécessaire, car le risque de déclencher de graves pneumopathies est augmenté.

Pour tous les autres, cela relève du libre choix, entre les rares complications de la grippe H1N1, et les rares effets secondaires graves d'un vaccin avec adjuvant ■

Pour être correctement informé :

- ◆ Source officielle sur les effets indésirables du vaccin avec adjuvant <http://www.afssaps.fr>
- ◆ Source mortalité et morbidité : <http://www.invs.sante.fr> (bulletin hebdomadaire)
- ◆ Source médicale objective : PRESCRIRE : <http://www.prescrire.org>

**et bien sûr, le site du SNPI !**



Le + syndical

Bulletin Trimestriel du Syndicat National des Professionnels Infirmiers

N° 53  
Décembre  
2009



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé, de la Jeunesse,  
des Sports et de la Vie associative

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS  
Bureau de l'inspection, de la prospective  
et de la recherche clinique

**ACTUALITES**

**Inscription au tableau  
de l'Ordre des Infirmiers**



MINISTRE DE LA SANTE ET DES SPORTS

**Direction de l'Hospitalisation et  
de l'organisation des soins**  
Sous direction des ressources humaines  
du système de santé  
Bureau de l'exercice, de la déontologie  
et des formations continues (RH2)  
Dossier suivi par Aude Cassou-Mounat  
Téléphone : 01 40 56 78 42  
Télécopie : 01 40 56 50 89  
Courriel : aude.cassou-mounat@sante.gouv.fr

Paris, le 14 OCT 2009

Madame la Directrice de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins  
A  
Mesdames et Messieurs les Chefs  
d'établissements (pour exécution)  
Sous couvert de  
Mesdames et Messieurs les Préfets de  
Région  
Directions Régionales des Affaires  
Sanitaires et Sociales

**OBJET :** suite à donner à la correspondance ordinaire relative à l'inscription au tableau de l'ordre des infirmiers

Mon attention a été régulièrement appelée par certains établissements de santé sur la suite à donner au courrier<sup>1</sup> de l'ordre des infirmiers qui leur a été transmis dans le cadre de sa campagne d'enregistrement des infirmiers au tableau.

Cette correspondance appelle de ma part les observations suivantes :

Institué par la loi 2006-1668 du 21 décembre 2006, l'ordre des infirmiers est désormais mis en place. Il a pour mission de garantir les règles de moralité et de compétences indispensables à l'exercice de la profession.

L'inscription au tableau de l'ordre, à l'instar d'autres professions, conditionne aujourd'hui l'exercice légal de la profession infirmière.

Cette inscription est en effet une obligation prévue à l'article L. 4311-15 du Code de la Santé Publique, à laquelle tout infirmier en exercice doit se conformer et qui pourrait, si elle n'était pas respectée, exposer le praticien à des sanctions pénales pour exercice illégal. Au demeurant, ces praticiens risquent de se voir opposer de la part des compagnies d'assurance un refus de couverture des dommages causés aux tiers dans le cadre de leur activité.

Comme vous avez pu le constater, la campagne d'enregistrement des infirmiers au tableau de l'ordre est désormais lancée par l'ordre infirmier.

<sup>1</sup> Une lettre d'information sur les missions de l'ordre et l'inscription au tableau + le dossier d'enregistrement au tableau présenté sous forme d'un questionnaire qui permettra aux infirmiers de parachever leur inscription obligatoire auprès de l'ordre.



**SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS**  
*(Infirmières – Cadres Infirmiers – Infirmières Spécialisées)*

Le syndical

**SNPI**

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

**Pas de revalorisation salariale pendant deux ans ?  
Attendre octobre 2011, pour 18 €uros brut en catégorie B ?  
Travailler 5 ans de plus, pour 32 €uros brut en catégorie A ?**

à Mme Roselyne BACHELOT

Madame le Ministre,

Pour notre revalorisation salariale, les propositions actuelles du ministère sont inacceptables : comment voulez-vous **rendre notre profession attractive, et 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), avec le **protocole** proposé lors de la réunion de négociations salariales FPH du 14 décembre 2009 ?

**La profession infirmière n'est pas reconnue à la hauteur de ses compétences et de ses responsabilités.** Nous souhaitons :

- une revalorisation conséquente du salaire net de toutes les infirmières en poste, dès janvier 2010, sans menace sur nos retraites

- le doublement de la prime de dimanche et fériés, pour une rémunération des contraintes, comparable aux autres professions.

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

NOM – PRENOM .....

FONCTION.....

SERVICE.....

**Signature :**

ETABLISSEMENT.....

VILLE.....

MAIL.....

**A envoyer :**

- par mail à [cab-sjs-conseillers@sante.gouv.fr](mailto:cab-sjs-conseillers@sante.gouv.fr)  
avec copie à [snpicfecgc@yahoo.fr](mailto:snpicfecgc@yahoo.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 CFE-CGC **01.40.82.91.31**

- ou par **courrier** : au Ministère de la Santé-14 av Duquesne-75700 PARIS,  
avec copie au **SNPI CFE-CGC**, 39 rue Victor Massé, 75009 PARIS



**BULLETIN D'ADHESION (Remplir en lettres capitales)**

<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		Mét
Service		
<b>ETABLISSEMENT</b>		Date d'entrée
Adresse		
Tél.	Nombre de Salariés	Nom du Délégué Syndical (le cas échéant)
<b>EMPLOYEUR</b>		
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 31/1/2000)
2- F.H.P. (c.c. du 18/4/2002)	17- Chômage
3- Etablissements pour inadaptés et handicapés (c.c. du 15/3/1968)	18- Animation (c.c. du 28/6/1988)
4- Laboratoires d'Analyses Médicales extra hospitaliers (c.c. du 3/2/1976)	19- Centres d'Hébergement (Accords SOP-CHRS)
5- Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/1/1999)	20- Médecine du Travail
6- Thermalisme (c.c. du 18/10/1999)	21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c. du 4/6/1983)
7- Convention Collective du 28/8/1985	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 1985)	24- SNA/COTRA
10- Cabinets dentaires (c.c. du 17/1/1992)	25- Foyers de Jeunes Travailleurs
11- Prothésistes Dentaires (c.c. du 18/12/1978)	26- Fonction Publique d'ETAT
12- Etablissements Français du Sang	27- Fonction Publique TERRITORIALE
13- Missions locales et P.A.I.O. (c.c. du 21/2/2001)	28- Fonction Publique HOSPITALIERE
14- Divers (à préciser):	29- Aide à Domicile

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ SIGNATURE

Je choisis le système de recouvrement de ma cotisation syndicale 2010 par prélèvements automatiques :

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

LES PRELEVEMENTS SONT FIXES AUX : 1<sup>er</sup> MARS - 1<sup>er</sup> JUIN - 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE - 1<sup>er</sup> DECEMBRE

SOIT SUIVANT MA SITUATION :  116 € (29 € x 4)  132 € (33 € x 4)  
 140 € (35 € x 4)  88 € (22 € 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 la 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 réglera le différend directement avec le créancier.

N° EMETTEUR NATIONAL

435 499

N° EMETTEUR INTERNE

NOM, PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM - Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

REF DK.435499.06048.62286041

S.N.P.I. CFE-CGC

39, rue Victor Massé  
75009 PARIS

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

COMPTE A DEBITER

CODE BANQUE \_\_\_\_\_ CODE BANCNET \_\_\_\_\_ N° COMPTE \_\_\_\_\_ CLE RIB \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Prise de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, avec les espèces, 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<sup>ère</sup> adhésion est à  
116 €

⇒ 66 % de votre cotisation  
annuelle 2010 sera  
déductible de votre impôt  
2010

⇒ 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  
2010**

IDE-CADRES - SPECIALISES(ES)  
= 132 €

BIENFAITEURS = 133 € et plus

RETRAITES (ES) = 116 €

ETUDIANTS - CHOMEURS  
= 84 €



ACTUALITES

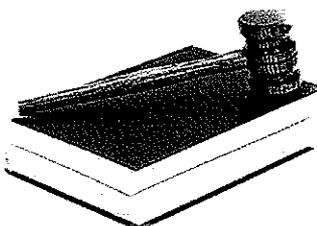
**Grippe H1N1 :  
Heures sup à gogo à l'hôpital !**



***Pour faire face à la pandémie grippale, les établissements de santé sont autorisés à titre exceptionnel pour la période du 30 novembre 2009 au 15 janvier 2010, à recourir aux heures supplémentaires sans aucun plafond !***

***Quelle aubaine pour les directions en cette période de pénurie et de plans sociaux : avec ce texte les infirmières sont les premières victimes de la grippe ministérielle !***

***Curieux que dans le même temps on ferme des lits et l'on supprime des postes par mesures d'économies !***



Décision du 27 novembre 2009 portant application de l'article 15, alinéa 3, du 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 (NOR : SASH0928501S) parue au JORF n° 0280 du 3 décembre 2009

La Ministre de la Santé et des Sports,

› Vu le Code de la Santé Publique ;

› Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décide :

**Article 1**

En application de l'article 15, alinéa 3, du décret du 4 janvier 2002 susvisé, pour faire face à la pandémie grippale, les établissements de santé sont autorisés à titre exceptionnel pour la période du 30 novembre 2009 au 15 janvier 2010, et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des patients, à recourir de façon transitoire aux heures supplémentaires au-delà du plafond fixé par ce même article.

› Vu le 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, et notamment son article 15 ;

› Vu le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires,

**Article 2**

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargée de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Journal officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 27 novembre 2009.

Pour la ministre et par délégation :

La Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins,  
Annie PODEUR



ACTUALITES

**Santé Solidaire en danger !**

**SANTÉ SOLIDAIRE  
EN DANGER ?**

[santesolidaireendanger.org](http://santesolidaireendanger.org)

**Les associations alertent l'opinion en engageant le débat par une consultation populaire en ligne du 16 novembre 2009 au 31 janvier 2010**

**T**ous les ans, un peu de la couverture solidaire disparaît de façon relativement «indolore» pour le plus grand nombre.

Pourtant, selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, pas moins de 3 milliards d'€uros ont déjà été reportés vers les ménages. Cela s'est fait sans désapprobation sociale marquée.

Est-ce à dire qu'il faut continuer de cette façon à amputer chaque année un peu de l'assurance maladie solidaire au risque de se réveiller dans 10 ans avec une assurance maladie qui ne remboursera plus que 50 % de la dépense de santé au lieu de 75 % ? Nos concitoyens, des moins fortunés à ceux disposant de revenus moyens, seront alors livrés aux assurances privées... qu'ils seront bien en peine de s'offrir.

Le Président de la République a promis, à deux reprises depuis 2007, d'ouvrir un **débat national sur la part de dépenses de santé couverte par une assurance solidaire** et la part qui doit être couverte par une assurance privée. Cette promesse n'a pas été tenue.

Or, il faut engager ce débat sans délai maintenant. Car si nous ne faisons rien le système de santé solidaire va progressivement se déliter. C'est la technique de la grenouille dans la casserole d'eau : si on la plonge dans l'eau bouillante, elle s'en aperçoit et saute. Si on la met dans l'eau froide et que l'on augmente la température régulièrement

(comme en réduisant la couverture maladie solidaire tous les ans) on espère qu'elle ne s'aperçoive de rien !

**Avant d'être complètement «cuits», engageons le débat !!!**

Les associations regroupées dans le CISS ont décidé de l'ouvrir sur : [www.santesolidaireendanger.org](http://www.santesolidaireendanger.org)

Sur ce site, nos concitoyens peuvent retrouver les réponses au sondage mené par LH2 pour le compte du CISS autour de **3 questions** qui montrent que près de 8 Français sur 10 ont le sentiment d'une baisse des remboursements des dépenses de santé par la Sécurité sociale.

**Consensus sur le constat**

Pour y répondre, les Français privilégient encore (52%) le **financement collectif des dépenses de santé** ... mais une proportion non négligeable (36%) penche au contraire pour une prise en charge individuelle croissante.

Le consensus s'effrite et on assiste à une sorte de «rupture générationnelle» : les jeunes actifs (25-34 ans) penchent davantage que les actifs seniors (50-64 ans) pour une prise en charge individuelle avec respectivement 42% contre 28% d'opinions favorables à cette option dans chacune de ces classes d'âge.

Enfin en terme d'organisation, face à ce constat, près de la moitié des Français sont prêts à accepter des contraintes pour une meilleure

efficacité du système de santé ... si elles s'appliquent à eux-mêmes comme aux professionnels.

Les usagers ne sont globalement pas réfractaires à des évolutions de l'organisation de notre système de santé : pour cela, il est primordial que les évolutions soient justes et partagées entre les différents acteurs.

Sur ce site, les Français ont aussi la possibilité de répondre à un **questionnaire en ligne** : dix minutes, pas une de plus, pour donner son opinion ! C'est important pour faire ressortir les grandes tendances de l'opinion face aux enjeux indéniables du financement et de l'organisation de notre système de santé solidaire.

Sur ce site, les Français peuvent aussi s'informer en parcourant les contributions de plus de 30 présidents d'associations impliquées au quotidien pour défendre les droits des usagers du système de santé. Découvrir une sélection de documents de référence sur l'état de la santé en France. Et même tester leurs connaissances sur leur système de santé.

Ce site est aussi un outil participatif où chacun peut relater la façon dont il ressent l'évolution du système de santé.

La consultation populaire a ainsi un double objectif participatif et pédagogique pour dessiner collectivement les contours de notre système de santé solidaire du 21ème siècle ■



NEGOCIATION COLLECTIVE

**CLCC : Commission Paritaire  
de négociation du 29 Octobre 2009**



*Encore une négociation houleuse...*

**A**vant d'aborder l'ordre du jour, les 6 Organisations Syndicales demandent que soient mis à l'ordre du jour de la prochaine commission paritaire (9 décembre 2009) les deux points suivants :

- ▶ Revalorisation salariale 2010
- ▶ Révision des classifications (LMD Infirmier et autres etc...).

Cette demande entraîne divers échanges entre la FNCLCC et les organisations syndicales. Ces interventions se déroulent dans la plus totale confusion si bien que plus personne ne se comprend.

Face à cette cacophonie, trois organisations (SUD, CGT et FO) quittent la séance de négociation.

Quelques instants plus tard, après avoir réitéré leur demande de voir traiter à la prochaine commission de négociation les deux points précités et après avoir obtenu «un semblant d'engagement» de la FNCLCC, la CFE-CGC, la CFDT et la CFTC quittent elles aussi la table.



Délégation CFE-CGC :

Jean-Michel COSTARAMOUNE,  
Paul CHAUVOT, Nicole GIRARD

ACTUALITES

**BLOCS OPERATOIRES :  
Fermeture des Blocs Opératoires  
à moins de 1 500 interventions par an**



**L**e Gouvernement pourrait publier d'ici à la fin de l'année un arrêté prévoyant la fermeture de blocs opératoires qui pratiquent moins de mille cinq cents interventions par an, selon une information révélée par Le Quotidien du Médecin et confirmée par le ministère de la santé. Cent quatre-vingt-deux blocs opératoires seraient concernés, les menaces de fermeture étant beaucoup plus fortes dans le secteur public (plus du quart des blocs touchés) que du côté des cliniques privées (9 %).

*dernier, un malade est resté plus de cinq heures sans soins, faute de lit disponible, et il a fini par décéder."*

La Ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT, avait alors dénoncé un manque d'organisation car il y avait selon elle huit lits en réanimation disponibles en Ile-de-France à ce moment-là. *"Moi, ce que je retiens, s'emporte Thierry AMOUROUX, c'est qu'il n'y avait que huit lits disponibles pour une région qui compte 12 millions d'habitants."* Et ce n'est pas qu'un problème de santé publique : *"La réduction des lits va automatiquement entraîner un renvoi des opérations vers le privé, or celui-ci accapare déjà toute la chirurgie 'rentable', au détriment des interventions lourdes et coûteuses, laissées à l'hôpital public ■."*

Thierry AMOUROUX, le Secrétaire Général du Syndicat National des Professionnels Infirmiers (affilié CFE-CGC) qualifie quant à lui cette décision de "regrettable". *"Le rapport Larcher sur les missions de l'hôpital [remis en 2008 au Président de la République, ndlr], révélait déjà que cent mille lits ont été fermés en dix ans."* Des fermetures dont les patients subissent les conséquences de plein fouet : *"Rappelez-vous ce qui s'est passé l'hiver*

Extrait d'un article paru dans "Le Monde" du 26.10.09



## ACTUALITES

## Modernisation de la Médecine du Travail : un travail enterré ?



**L**e Gouvernement va reprendre la main, après le rejet du "protocole d'accord relatif à la modernisation de la médecine du travail".

La CFE-CGC, la CGT, la CFDT, la CFIC et FO ont refusé de signer, ce qui enterre définitivement le texte finalisé le **11 septembre 2009**.

Il revient maintenant au Gouvernement de reprendre le dossier. Le ministère du Travail envisage dans ce cadre de s'appuyer sur les pistes évoquées dans le document d'orientation du **25 juillet 2008** sur les services de santé au travail transmis aux partenaires sociaux par Xavier BERTRAND, alors Ministre du Travail.

La CFE-CGC ne peut signer un texte qui consacre une **mainmise totale** des employeurs !

Le remplacement des médecins du travail, qui sont des salariés protégés par d'autres salariés sans protection vis-à-vis des pressions des employeurs ne peut entraîner notre adhésion.

Les employeurs proposent que les salariés puissent rencontrer les médecins du travail **tous les trois ans**, voire plus si une dérogation régionale est accordée.

La CFE-CGC avait fait la proposition d'une gestion **paritaire** qui présente l'avantage de la transparence financière et du contrôle des acteurs au service de la santé exclusif des salariés bénéficiaires. Cela a été refusé et repoussé sous forme d'une vague hypothèse de travail à revoir dans quelques années !

Au moment où la vague des suicides et du **stress** montre la nécessité

d'agir et de disposer d'acteurs compétents et indépendants avec les médecins du travail, entourés de professionnels qui partagent leur seul souci de protection des salariés.

La CFE-CGC ne les accompagnera pas dans cette proposition de détournement d'un système qui doit être au seul service de la santé des salariés.

La CFE-CGC interpelle les pouvoirs publics afin de trouver une solution qui permette à la santé au travail de fonctionner efficacement et loin des arrangements financiers encore trop fréquents !

La CFE-CGC interpelle les pouvoirs publics dans leur responsabilité de formation des médecins en nombre suffisant ; la CFE-CGC a d'ailleurs fait des propositions qui permettraient de régler rapidement ses difficultés ■



## AFSSAPS : médicaments et risques d'erreur

**Anneaux, points, bouchons et autres marques de couleurs présents sur les ampoules et autres petits conditionnements de solution injectable : ATTENTION AUX ERREURS.**

**L**e guichet Erreurs Médicamenteuses a été destinataire de nombreux signalements soulevant une utilisation par les professionnels de santé comme repères, lors de la sélection d'un produit, des anneaux, points, capsules flip-off et bouchons de couleurs présents sur le col des ampoules et autres petits conditionnements de solutions injectables.

**Ces éléments sont des marques utilisées par les industriels à des fins de sécurisation de la chaîne de production et ne constituent pas une caractéristique de l'étiquetage d'une spécialité.**

**Ils peuvent par conséquent être modifiés à tout moment et sans informations, au préalable, des professionnels de santé.**

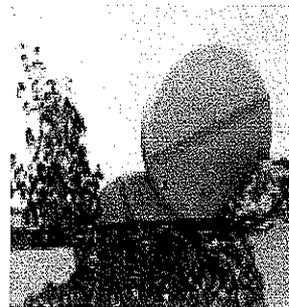
En aucun cas, ces éléments ne doivent être utilisés comme critères d'identification des ampoules par les professionnels de santé. Seules, les mentions figurant sur l'étiquetage d'une spécialité en permettent une parfaite identification ■

**Communiqué du Département de la Surveillance du Risque, du Bon Usage et de l'Information sur les Médicaments de l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé).**



ACTUALITES

Résidus de médicaments dans l'eau  
un comité et un plan PNRM



*Les infirmières exclues du Comité de Pilotage : médecins, pharmaciens et vétérinaires suffisent, pourquoi s'adresser à du "petit personnel d'exécution" ? Comment saboter une bonne idée en niant l'existence des professionnels en première ligne !*

Afin d'élaborer le Plan National sur les Résidus de Médicaments dans l'Eau (PNRM), un comité national de pilotage est mis en place afin de permettre une concertation entre les institutionnels (ministères de la Santé, du Développement durable, de la Recherche et de l'Agriculture, agences de sécurité sanitaire, etc.), chercheurs, **professionnels de santé (Ordres nationaux des médecins, des pharmaciens, des vétérinaires, etc.)** et les associations de professionnels (Fédération professionnelle des entreprises de l'eau, Fédération nationale des collectivités concédantes et régies), d'usagers (UFC-Que choisir, de malades (Collectif inter-associatif sur la santé) et de défense de l'environnement (WWF, Robin des bois, France nature environnement), ainsi qu'avec les industriels (Leem, Syndicat de l'industrie du médicament vétérinaire).



Alors que ce comité comporte des syndicats de pêcheurs, nous aurions trouvé logique d'assurer une représentation des 500.000 infirmières de France ! Une nouvelle marque du mépris du ministère pour notre profession.

La France est le 4ème consommateur mondial de médicaments. Plus de 3.000 médicaments humains et 300 médicaments vétérinaires sont actuellement disponibles sur le marché français. Ce sont des **substances biologiquement actives** qui se caractérisent par une grande diversité de structure chimique. Les résidus de médicaments, lorsqu'ils ne sont pas totalement dégradés dans l'organisme, sont **excrétés** dans les selles et les urines sous leur forme initiale ou sous la forme d'un ou plusieurs métabolites.

sont autant de substances qui sont rejetées dans les milieux aquatiques. Les **concentrations** dans le milieu récepteur varient selon la biodégradabilité des molécules et les performances des stations d'épuration.

Depuis plusieurs années, la communauté scientifique, les pouvoirs publics et le public

s'interrogent sur la présence dans les milieux aquatiques (eaux de surface, eaux souterraines) et dans l'eau potable, à l'état de traces, de résidus de médicaments, ainsi que sur leurs effets sur l'environnement et la santé humaine.

Ainsi, la faune aquatique connaît aujourd'hui des diminutions de population importantes liées tant aux modifications physico-chimiques que biologiques des eaux, mais également des modifications dans les sex ratio des populations qui pourraient être liées aux résidus médicamenteux.

La maîtrise des risques liés aux résidus de médicaments dans les eaux fait partie des conclusions des tables rondes du **Grenelle Environnement**. Cet engagement du Grenelle (n° 103) a été intégré dans le Plan National Santé Environnement 2 dont le comité, chargé de suivre et d'orienter la mise en oeuvre de ses actions, a été installé le 22 octobre dernier.



L'une des 12 actions «phares» du PNSE 2 vise à :

«Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets de médicaments sur l'environnement» ■



## VIE SYNDICALE

## Le + syndical



## Pourquoi s'engager ?

Seul, vous ne pouvez rien.  
Ensemble, nous pouvons nous faire entendre.

REJOINDRE UNE CONFÉDÉRATION  
REPRÉSENTATIVE

La CFE-CGC est une des cinq organisations syndicales représentatives de droit. Elle est obligatoirement consultée, siège dans toutes les instances nationales, peut signer tous les protocoles, etc. **C'est LE syndicat des classes moyennes.**

La CFE-CGC oeuvre pour un syndicalisme indépendant, humaniste et réformiste.

Sa taille lui permet d'avoir un fonctionnement réellement démocratique. Et lorsqu'une section syndicale ou un syndicat national n'approuve pas le choix de la confédération, il peut le faire savoir publiquement, sans risquer l'exclusion.

GARDER SON IDENTITÉ  
PROFESSIONNELLE

La Fédération Santé Sociale de la CFE-CGC, la FFASS, est constituée de syndicats professionnels ou sectoriels, ce qui permet à un cadre de santé de rester dans le contexte de sa profession d'origine, même s'il a changé de fonction.

Ainsi, le Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI) ne rassemble que des professionnels (infirmières, cadres infirmiers, cadres supérieurs infirmiers, infirmières spécialisées, directeurs des soins).

Pour des sujets propres à une profession, comme la révision du décret de compétences infirmier, la VAE infirmière, les transferts de compétences, nous n'estimons pas normal de laisser des agents exerçant d'autres métiers parler au nom des infirmières.

Nous considérons que revendiquer son identité infirmière, assumer son professionnalisme, et faire connaître sa conception du monde de la santé, n'a rien à voir avec du corporatisme, doctrine qui cherche à avantager une corporation au dépens d'autres métiers.

UNE INFIRMIÈRE A SA PLACE  
A LA CFE-CGC

Une infirmière ne peut pas à la fois demander à être reconnue selon son niveau de compétences et de formation, et se considérer comme une subalterne. Les infirmières spécialisées (IADE, IBODE, puéricultrice) sont déjà en catégorie A, au même titre que les cadres de santé.

Une infirmière encadre des aides-soignantes, des agents hospitaliers, etc. C'est elle qui centralise toutes les informations des autres professionnels de santé qui interviennent auprès des patients. L'infirmière doit prendre pleinement conscience de sa valeur, pour faire considérer son travail, son savoir-faire et son savoir-être.

Depuis 1981, la CGC est devenue la CFE-CGC, car nous considérons que l'encadrement va bien au-delà de ceux qui ont la fonction "cadre".

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](mailto:syndicats@ffasscfecgc.com) / [www.snpi-cfecgc.com](http://www.snpi-cfecgc.com)

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

