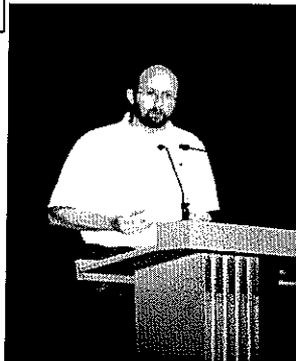


# Edits Infirmiers

**Thierry AMOUROUX**  
Président

é  
d  
i  
t  
o



## Changement dans la continuité !

Cette célèbre formule illustre parfaitement le « passage de témoin » réalisé lors de l'Assemblée Générale du SNPI du 28 Janvier 2005.

L'équipe qui anime la direction du SNPI depuis 3 ans demeure, mais elle s'étoffe et bénéficie de l'arrivée de « sang neuf ».

Marie-Hélène FEUILLIN m'a passé le flambeau, mais elle s'occupera du Secrétariat Général, tandis qu'Anne LARINIER devient grand argentier.

Le bilan de ces 3 années nous laisse le sentiment du devoir accompli. Cependant, « faire » c'est bien, mais « faire savoir », c'est mieux.

Aussi, avons-nous pour objectif de développer la communication en faisant une plus grande diffusion de ce bulletin, mais aussi en créant un site Internet SNPI pour mettre en ligne nos communiqués, prises de positions, lettres au Ministère, etc ...

Nous souhaitons également développer les relations avec les sections locales en nous déplaçant pour venir vous rencontrer dans votre ville, et en organisant des réunions de travail entre le Conseil Syndical et les Délégués Syndicaux du SNPI.

La force du SNPI est d'être le seul syndicat national infirmier affilié à une des huit organisations syndicales représentatives reconnues par le ministère. Nous pouvons ainsi exprimer notre spécificité professionnelle, sans tomber dans les travers du corporatisme.

*Cadres, Infirmier(e)s, Spécialisé(e)s, nous avons tous le DE d'une profession dont nous pouvons être fiers.  
A nous de nous battre pour qu'elle soit reconnue à sa juste valeur.*

**Ensemble, nous y parviendrons !**

Mars 2005

N° 34



### Sommaire

- > Négociation Collective (P 2)
- > Ordre Infirmier (P 3)
- > Réforme de l'Assurance Maladie (P 4 et 5)
- > VAE (P 6 et 7)



## ACTUALITES

## Négociation Collective



## BRANCHE SANITAIRE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE

## privée à but non lucratif (UNIFED)

L'accord de branche relatif à la mise à la retraite qui a reçu agrément le 26 avril 2004 a été étendu par arrêté paru au JO du 22/12/04. Il est donc applicable à l'ensemble des entreprises, établissements et services concernés par le champ d'application de la branche.

Rappelons que la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites prévoit, dans son article 16, que la mise à la retraite à l'initiative de l'employeur n'est possible que si le salarié est âgé d'au moins 65 ans. Une dérogation à cet article est possible par accord de branche étendu.

La FFASS CFE-CGC souhaitait, certes, qu'un accord dans la branche permette le départ des salariés avant 65 ans, à condition que les dispositions

pour bénéficier d'une pension à taux plein soient remplies, mais aussi et surtout que le salarié ait la possibilité de refuser (sans conséquence) cette mise à la retraite.

En effet pour des raisons qui peuvent être personnelles, financières ou autres, un salarié peut très bien souhaiter continuer une vie professionnelle quand bien même il remplirait les conditions de mise à la retraite.

La négociation fut assez âpre mais nous avons obtenu satisfaction ■

Cet accord est disponible auprès de la FFASS CFE-CGC

## BRANCHE DES ETABLISSEMENTS PRIVES SANITAIRES ET SOCIAUX

## à statut commercial

L'avenant n° 5 du 10 Novembre 2004 a été signé par le SYNERPA (Syndicat employeur des maisons de re-traites), la CFTC, FO et la FFASS CFE-CGC pour le côté salariés.

Cet avenant prévoit que la valeur du point (actuellement à 6,06€) sera portée à 6,15 € au 1<sup>er</sup> Janvier 2005 et à 6,20 € au 1<sup>er</sup> juillet 2005.

La FFASS qui réclamait une aug-

mentation plus conséquente n'a signé cet avenant que pour éviter une recommandation patronale à hauteur de 1 %, ce qui aurait davantage pénalisé les salariés ■

## QUELQUES CHIFFRES REPERES Valeurs de points et augmentations salariales

CCNT DU 15 MARS 1966	3,51 € au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	SMIC au 1 <sup>er</sup> Juillet 2004 :
ACCORDS CHRS	3,51 € au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	
CCNT DU 31 OCTOBRE 1951	4,172 € au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	1 154,18 € pour 35 heures
AIDE À DOMICILE	5,05 € au 1 <sup>er</sup> juillet 2004	Plafond Sécurité Sociale 2005 :
CROIX ROUGE FRANCAISE	4,19 € au 1 <sup>er</sup> décembre 2002 (réforme des classifications au 1 <sup>er</sup> juillet 2004)	
FHP (CCNT DU 18/04/02)	6,57 € au 1 <sup>er</sup> juillet 2004	2 516 €
CLCC	+ 0,5% au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	
FONCTION PUBLIQUE	+ 0,5% au 1 <sup>er</sup> janvier 2004	

Noëlle RAYNIER  
Conseiller Technique FFASS



## FORMATION

## VAE



• «*Dans quel endroit étiez-vous ?*» ne correspond pas à ce qui était précédemment proposé « Etablissement-type de structure », le jury doit en effet connaître le lieu d'expérience, et pouvoir correctement analyser les compétences acquises,

• les «*savoir-faire*» correspondant aux différentes unités de compétences devraient introduire les différentes parties du livret.

➤ **L'Annexe 3**

• **Le module obligatoire :**

❖ **70 heures** nous paraît très insuffisant :

Le groupe restreint souhaitait (en juillet) que celui-ci soit d'une durée de 140 heures.

Certains aspects, entre autres, des notions d'Anatomie Physiologie, de déontologie (avec la place importante du secret professionnel), d'informatique ont **complètement disparu**.

Il aurait été pertinent d'inclure dans ce module de formation obligatoire **des notions d'ergonomie pour la manutention des patients** afin d'anticiper sur les maladies professionnelles à venir.

❖ *Ce module n'est sanctionné* que par une **attestation d'assiduité**, et peut être dispensé par **n'importe quel organisme de formation**.

❖ *La place de ce module* dans le dispositif de validation ne rencontre pas non plus notre approbation, il risque aussi :

• de donner bien des espoirs à des salariés qui n'obtiendront pas la validation totale,

• qui n'obtiendront pas le financement des modules complémentaires, voire le financement de la totalité de la formation.

❖ Pour nous ce module doit **se situer après le jury de validation** afin de permettre la composition de groupes homogènes en formation et d'utiliser les fonds de la formation continue à bon escient.

➤ **L'Annexe 4 :**

La référence aux articles du Code de la Santé Publique nous apparaîtrait plus adapté :

• Le référentiel d'activités du diplôme professionnel d'aide-soignant en page 63, cite le décret n° 2002-194 du 11 Février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier qui a été abrogé par le décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004—paru au JO du 8 Août 2004.

**Faire paraître ce texte sans convoquer la Commission Infirmière du CSPPM, montre le peu de cas qu'accorde le Ministère à notre profession. Les hôpitaux manquent d'aides-soignants, et la tentation est forte de dévoyer la VAE pour faire du nombre à moindre frais. A l'heure où l'on demande à nos établissements de faire des économies, gagner des mensualités sur la promotion professionnelle est une bonne affaire ■**

**Anne LARINIER**

Membre du Conseil Syndical

## ACTUALITES

## Quel avenir pour l'encadrement infirmier ?

**L'**avenir a un goût amer pour l'encadrement infirmier !!! Il cumule le manque de reconnaissance de l'infirmière, et le malaise du cadre.

Au sommet de la pyramide, les infirmières générales sont devenues des directrices des soins, ce qui a permis aux autres professions de santé d'accéder à ce poste, cependant, sans pour autant déboucher sur une place à part entière au sein de l'équipe de direction, puisque 20% des Directeurs de Soins ne sont pas au Conseil Exécutif dans la centaine d'établissements expérimentant la nouvelle gouvernance.

Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière définit trois niveaux d'encadrement (straté-

gique, intermédiaire, de proximité), «*correspondant chacun à un positionnement distinct au sein de l'organisation en termes de gestion d'équipe et de projet, de poids sur les décisions, qu'elles soient d'ordre stratégique ou opérationnel, de périmètre d'intervention*». Ainsi, les «*cadres supérieurs de santé*» deviennent des cadres **intermédiaires** dans la terminologie officielle !

Le texte du projet d'Ordonnance portant simplification du régime des établissements de santé (réforme de la Gouvernance des Hôpitaux et des ARH, Tarification à l'Activité) (1), va être soumis au Conseil d'Etat, puis passera au Conseil des Ministres, pour une publication au Journal Officiel en Mars. ➤ **Suite P8**



## ACTUALITES

## Quel avenir pour l'encadrement infirmier ?

► Ce projet d'Ordonnance a été présenté le 13 Janvier au Comité de Suivi de la réforme de la Gouvernance Hospitalière, dont la FFASS CFE-CGC fait partie.

Nous avons été le seul syndicat à interpellé le ministère sur l'article L. 6146-6 consacré aux pôles d'activité (regroupement de services hospitaliers), qui stipule que le praticien responsable d'un pôle «est assisté selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif».

Pour le ministère, au nom de la liberté de choix de son principal collaborateur, le praticien responsable d'un pôle désignera le cadre de santé de son choix. Ce qui signifie qu'en cas de changement du chef d'un pôle (mandat de 3 à 5 ans), son adjoint cadre de santé subira le même sort.

Cependant, il n'est pas fait mention de «cadre supérieur de santé». Ce grade fonctionnel n'existe pas dans les établissements de santé possédant des secteurs d'activités de médecine et de chirurgie, particulièrement dans les CHR et CHU.

Dans ce contexte, si le praticien choisissait un cadre de proximité ou cadre de santé, celui-ci pourrait donc être désigné et aurait ainsi un rôle «hiérarchique» envers les cadres supérieurs de son pôle ! Cela paraît irrationnel et antinomique en regard des textes !

On peut alors se poser la question : QUID des CSS en poste actuellement dans les établissements, surtout,

dans un pôle ? que deviendront les cadres supérieurs de santé qui n'auront pas la fonction d'adjoint au praticien responsable ? Ils auront toujours le même grade, mais quelles fonctions assureront-ils ? Resteront-ils sur un encadrement de secteur, ou auront-ils une délégation (personnel, équipement, organisation des soins) ?

Il est vrai que d'ici 2012, les ¾ des cadres supérieurs partent à la retraite ; l'administration va-t-elle en profiter pour supprimer du tableau des emplois les postes des cadres supérieurs de santé qui n'auront pas la fonction d'adjoint au praticien responsable ?

Dans ce cas, quelles seront les perspectives de carrière des cadres de santé ? Dans le contexte des plans d'économie demandés aux hôpitaux, sachant que les paies constituent le premier poste de dépenses, les cadres ne vont-ils pas être sacrifiés ?

Le premier centre hospitalier de France, l'AP-HP, y a répondu dans son projet social et professionnel 2005-2010 : il y a aujourd'hui 500 postes de cadres vacants, mais seulement 50 places proposées à l'IFCS, tandis que 200 cadres quittent l'AP-HP chaque année. Alors, pour résorber ce déficit, l'AP-HP va supprimer 400 postes de cadres du Tableau des Emplois !

**Supprimer des postes de cadres supérieurs et de cadres de proximité, alors qu'à l'occasion de la mise en place de la T2A et des pôles, l'encadrement va être particulièrement sollicité : voilà qui promet pour la nouvelle Gouvernance Hospitalière !**

Conformément à la loi 2004-1343 du 9 Décembre 2004 (JO du 10.12.04, page 20.857) de simplification du droit, qui consacre son article 73 au monde hospitalier (alinéas 1 et 8). Le texte de l'ordonnance peut vous être adressé sur demande.

**Thierry AMOUROUX**

## La Nouvelle équipe du Conseil Syndical du SNPI élue lors de l'Assemblée Générale du Vendredi 28 Janvier 2005 !

### BUREAU

Président : Thierry AMOUROUX  
 Secrétaire Générale : Marie-Hélène FEUILLIN  
 Secrétaire Général Adjoint : Jean-Michel COSTARAMOUNE  
 Trésorière : Anne LARINIER  
 Trésorier Adjoint : Pierre BARBEDETTE  
 Commissaires aux Comptes :  
 Claire LEBRUN - Madeleine NORMAND

### MEMBRES DU CONSEIL SYNDICAL

Anne-Marie BALGAIRES  
 Carmen BLASCO  
 Marie-FRANCE CARIOU  
 Michèle CUVILLIER  
 Jeanine DORBES  
 Francine JANSSEN  
 Marie-Christine JULIE



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

Tél : 01.48.78.69.26 / Fax : 01.40.82.91.31. Mél : syndicats@fasscfecgc.com.fr

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



## ACTUALITES

## Ordre Infirmier

**Mobilisation des organisations Infirmières**

La lettre commune à plusieurs organisations adressée  
au Ministre de la Santé est demeurée sans réponse :

Monsieur Philippe DOUSTE-BLAZY  
Ministre de la Santé et de la Protection Sociale  
8, Avenue de Ségur  
75350 PARIS 07SP

Paris, le 15 Janvier 2005.

Monsieur le Ministre,

Suite à vos déclarations lors du Salon Infirmier et à votre intervention sur France-Inter du 13 Janvier dernier sur la constitution d'un ordre infirmier, des associations, des syndicats et des professionnels infirmiers inscrits dans notre groupe ont pris note de votre proposition.

Nous portons à votre connaissance que plus de trois syndicats et associations sont parvenus à un accord et oeuvrent en vue de la création d'un ordre infirmier en France. Les missions de cette structure ont été définies et un projet de texte de loi est en cours de développement.

Dans l'optique de la création d'un ordre infirmier européen, les infirmières de France veulent être intégrées à cette initiative.

Nous vous sollicitons afin d'obtenir un rendez-vous prochainement.

Dans l'attente de cette entrevue, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de notre respectueuse considération.

**Signataires :** SNPI CFE-CGC - AFDS - AFET - AFIDTN - ANFIIDE -  
AEEIBO - ANPDE - APPI - CEFIEC - CEEIADE - CNI -  
CONVERGENCE INFIRMIERE - FNESI - GCOI-PACA -  
GERACFAS - GIPSI - GIT - UNAIBODE - UNASIIF -  
SFISI - SNIA -



## ACTUALITES

## Réforme de l'Assurance-Maladie

## Le nouveau parcours de soins en 2005

**P**articipation forfaitaire de 1 Euro sur les actes médicaux, aide à la complémentaire santé, mise en place du médecin traitant, nouveaux honoraires des médecins : la réforme de l'assurance maladie va modifier, au quotidien, la relation des Français avec leur système de santé.

## ■ Le médecin traitant

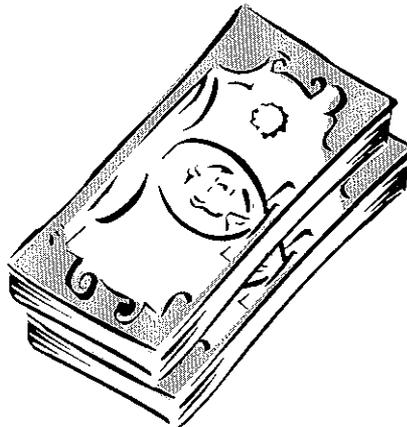
L'article 7 de la loi du 13 Août 2004 prévoit en effet la désignation d'un médecin traitant (généraliste, spécialiste, médecin hospitalier, médecin salarié d'un centre de santé) par tout assuré social ou ayant droit âgé de plus de seize ans.

Cette désignation doit se faire d'un commun accord avec le médecin choisi et doit être communiquée avant le 1er Juillet 2005 à la Caisse Primaire dont dépend l'assuré. Les formulaires de désignation sont actuellement envoyés par vagues à l'ensemble des assurés sociaux et des ayant-droits de plus de seize ans. Il faut noter qu'il sera possible de changer de médecin traitant si on le souhaite.

Le libre choix du praticien n'est donc pas remis en cause. Cependant, les assurés qui refuseront de choisir un professionnel ou ceux qui ne respecteront pas ce parcours balisé (consultation d'un autre médecin sans passer préalablement par le médecin traitant) se verront appliquer des pénalités sous la forme d'une majoration de la part du prix de la consultation restant à la charge du patient (augmentation du ticket modérateur).

Le montant de cette majoration n'a pas encore été fixé. Il faut noter également que les orga-

nismes complémentaires (mutuelles, assurances, ...) sont vivement incités à ne pas prendre en charge ce surcoût pour l'assuré, puisque c'est à cette condition qu'ils pourront continuer à bénéficier d'un certain nombre d'exonérations sociales et fiscales.



Le médecin traitant sera aussi chargé de créer puis de mettre à jour régulièrement le dossier médical personnel du patient, informatisé et sécurisé, qui devrait être opérationnel sur tout le territoire en Juillet 2007 et consultable par le biais d'une nouvelle Carte Vitale, disponible au second semestre 2006, personnalisée et pourvue d'une photo d'identité.

Ce professionnel devient donc le point d'entrée dans le système de santé, puisqu'il centralise les données médicales de ses patients et les oriente vers les spécialistes correspondants") en cas de besoin.

## ■ Les exceptions à la règle

Mais, quelques situations dérogatoires ont été prévues. Ainsi, la majoration n'est pas applicable en cas d'urgence (sans que cette notion soit clairement définie), ou lorsque la consultation a lieu en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré ou l'ayant droit de plus de seize ans (vacances par exemple) ou si votre médecin traitant n'est pas disponible.

## ■ Consulter directement

Il est également prévu de permettre aux patients de consulter directement, sans pénalité, les dentistes, ainsi que les ophtalmologistes et les gynécologues pour certains actes. Les pédiatres sont naturellement exclus du dispositif puisqu'ils s'adressent à des patients âgés de moins de seize ans, qui ne sont donc pas tenus à la désignation d'un médecin traitant.

En outre, pour le cas particulier des patients atteints de maladies chroniques (inscrits en Affection de Longue Durée ou ALD), il est prévu que la consultation régulière d'un spécialiste chargé de cette pathologie, dans le cadre d'un protocole de soins, soit dispensée du passage préalable par le médecin traitant.

► Suite P 5



## ACTUALITES

## Réforme de l'Assurance-Maladie

## ■ La "double peine"

Il faut préciser que, selon l'article 8 de la loi du 13 Août 2004, ceux qui ne jouent pas le jeu du parcours de soins balisé sont soumis à la "double peine".

En effet, en plus de la majoration de la part du prix de consultation non prise en charge par l'Assurance-Maladie, les médecins peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur est pas préalablement adressé par un médecin traitant.

Dans le cas où le médecin spécialiste consulté directement exerce en secteur 1, les dépassements pratiqués ne doivent pas dépasser 17,5 % de son tarif de consultation (ce qui porte la consultation à près de 32 Euros). En outre, ces dépassements ne doivent pas représenter plus de 30% de leur activité, 70% devant être réalisés en tarifs opposables (c'est-à-dire dans le respect des tarifs conventionnels).

Dans le cas où le médecin spécialiste exerce en secteur 2, les dépassements sont laissés à sa seule appréciation, sachant qu'il est théoriquement tenu de respecter le principe des dépassements "avec tact et mesure".

Enfin, on peut craindre que certains spécialistes aient tout intérêt à privilégier les patients qui contournent le "parcours vertueux" puisqu'ils peuvent alors augmenter la note. Les assurés plus disciplinés, qui prennent la peine de passer par leur médecin traitant, risquent alors d'être pénalisés par des délais importants pour obtenir un rendez-vous ...

## ■ Franchise d'un Euro

Depuis le 1er Janvier 2005, les patients doivent s'acquitter de la somme forfaitaire d'un Euro pour chaque consultation et pour chaque acte médical, examen de radiologie ou analyse de biologie. Mais vous ne le payez pas chez les dentistes, les sages-femmes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les orthophonistes et les orthoptistes.

Cette somme est déduite des remboursements versés par l'Assurance-Maladie. Elle ne s'ajoute pas au montant de la consultation ou de l'acte versé aux professionnels.

Le champ des exonérations est défini de manière très restreinte : seuls sont dispensés de ce forfait les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle, les patients de moins de 18 ans et les femmes enceintes (du sixième mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement).



Les malades atteints de pathologies graves et/ou chroniques (inscrits en Affection de Longue Durée), les titulaires du minimum vieillesse, les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle et les consultations aux urgences non suivies d'une hospitalisation doivent s'acquitter de ce forfait.

Cette contribution est plafonnée, par un décret paru au *Journal Officiel* du 30 Décembre, à 50 actes par an, soit 50 Euros en 2005. Elle est aussi limitée, pour chaque patient, à 1 Euro par professionnel de santé et par jour. Cela signifie, par exemple, que si votre cardiologue, en plus de la consultation, réalise un acte d'examen, comme un électro-cardiogramme, le forfait de 1 Euro ne s'appliquera qu'une fois et non deux. En revanche, si votre médecin traitant vous envoie le jour même chez un spécialiste, le forfait vous sera compté deux fois.

## ■ Tarifs des actes médicaux

Le forfait hospitalier (somme à verser pour chaque journée d'hospitalisation, non couverte par l'Assurance-Maladie) est passé de 13 à 14 Euros le 1er Janvier 2005. Il s'élèvera à 15 Euros en 2006, puis 16 Euros en 2007.

Pour assurer leur responsabilité de médecin traitant suivant des patients inscrits en Affection de Longue Durée, les professionnels concernés perçoivent de la part de l'Assurance-Maladie une rémunération spécifique de 40 Euros par an et par patient, en plus du tarif de chaque consultation.

En ce qui concerne le "médecin correspondant", qui rend un avis ponctuel de consultant à la demande d'un médecin traitant, le tarif de consultation est fixé à 40 Euros.

Lorsque ces spécialistes assurent un suivi plus régulier, ils perçoivent une majoration de coordination à condition qu'ils assurent un bon retour de l'information vers le médecin traitant. La consultation est alors fixée à 27 Euros ■

**Thierry AMOUROUX**

## FORMATION

## VAE



## La validation des acquis de l'expérience

L'arrêté du 25 Janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant - DPAS - est paru au JO du 3 Février 2005. Ce texte n'a fait l'objet que d'une consultation symbolique: un courrier pour avis adressé à nos représentants de la Commission Infirmière du CSPPM (Conseil Supérieur des Professions Paramédicales).

Notre souci premier est que le diplôme obtenu par la VAE ne soit pas un diplôme au rabais. La VAE, pour nous professionnels de santé, doit être un outil d'accès au diplôme garantissant la qualité des soins pour les patients, et un même niveau de compétences pour les professionnels qu'ils aient suivi ou non la formation initiale.

Nous avons contribué aux travaux des deux groupes mis en place par le Ministère, deux responsables du SNPI représentant la Fédération de la Santé, de la Médecine et de l'Action Sociale CFE-CGC: Mme Anne-Marie BALGAIRIES au groupe restreint, et Mme Anne LARINIER au groupe élargi. Nous ne pouvons que regretter que cette consultation ait été ainsi bâclée sur la fin.

Ce simulacre de consultation a eu lieu par écrit, évitant tout véritable échange et ne permettant pas d'être sûr que nos courriers seraient lus à temps, le courrier du ministère n'indiquant pas de date limite pour la réponse...

En réponse au dernier courrier du Ministère, nous avons transmis une partie de nos remarques concernant le projet d'arrêté tout en demandant que la Commission Infirmière du CSPPM soit régulièrement convoquée.

### 1 - Consultation du CSPPM :

Lors des différents travaux sur la VAE, il a toujours été précisé par la DGS et la DHOS que la Commission Infirmière du CSPPM serait réunie avant publication d'un arrêté.

Ce qui aurait été alors conforme au texte précité et au texte de l'arrêté qui stipule que : «la Commission des Infirmiers du CSPPM a été consultée».

L'absence de consultation de la Commission Infirmière du CSPPM nous apparaît scandaleuse.

Nous avons été surpris des **références utilisées** dans ce courrier pour le CSPPM :

- En effet à notre connaissance le décret 73-901 a pour nous été abrogé dans le décret n°2004-802 du 29 Juillet 2004, paru au JO du 8 Août 2004.
- Il nous aurait semblé pertinent d'utiliser les textes en vigueur, soit les articles D4381-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

*L'article D4381-5 rappelle que :*

*L'avis est émis par le conseil dans l'une des formations suivantes :*

- 1° Assemblée plénière ;
- 2° Commissions ou groupe de commissions ;
- 3° Sections réunies groupant des représentants de plusieurs commissions ;
- 4° Comité restreint composé de plusieurs membres d'une commission.

### 2 - Concernant l'architecture générale du document :

➤ nous regrettons l'absence du livret d'accompagnement pour le livret de recevabilité, ainsi que l'absence du guide élaboré pour le jury de validation des acquis.

➤ nous n'adhérons pas à une entrée automatique sans passer les épreuves de sélection pour l'accès à la formation initiale (article 8).

➤ Alors qu'il est prévu dans le corps de l'arrêté qu'intervienne la Direction de la Santé et du Développement Social, nous vous signalons que l'accusé de réception en page 13 n'en fait pas mention.

### 3 - En Novembre 2004 :

Le SNPI, par courrier à la DGS et à la DHOS, s'inquiétait de l'évolution des travaux et un certain nombre de points attendaient réponses.

Les réponses apportées par l'arrêté et ses annexes n'emportent pas notre adhésion, en effet pour :

#### ➤ L'Annexe 2

*Le livret de présentation des acquis de l'expérience* a été revu en bien des points quant à sa présentation.

➤ Suite P 7