



Bulletin du SNPI CFE-CGC

N° 58

Qualité ou objectifs financiers ?

Le SNPI demande au Gouvernement de revaloriser le temps humain dans le financement hospitalier. L'infirmière est là pour accompagner le patient dans son parcours de soins, en fonction de son histoire de vie.

L'hôpital doit faire face à des injonctions contradictoires : on lui demande à la fois de faire de la qualité et de réduire les coûts. **L'Agence Régionale de Santé lui fixe des objectifs financiers, et non de santé publique.** Et cela sans jamais regarder les apports de l'établissement hospitalier au développement économique (premier employeur de la commune, aménagement du territoire,...).

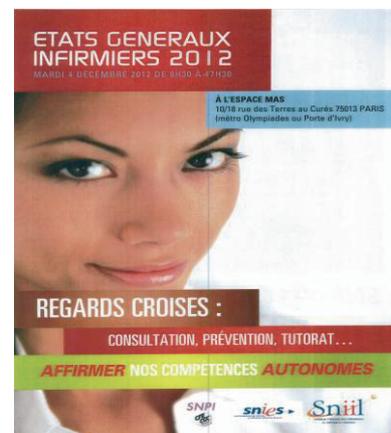
La tarification à l'activité, la T2A, conduit les directions à soigner les indices, et non les malades. Ce mode de financement n'est pas du tout adapté aux urgences, aux maladies chroniques, aux soins aux personnes âgées. Comme pour la psychiatrie, ces secteurs devraient relever d'un autre financement, car **le parcours est global, et ne peut être découpé en tranches** pour constituer une addition d'actes séparés à facturer.

Avec la tarification à l'activité, il faut faire du chiffre, il faut enchaîner les soins. **"Un des problèmes de la profession infirmière, c'est la distance entre ce que nous sommes, et ce que l'on nous demande de faire au quotidien. Il faut cesser de nous demander d'enchaîner les actes de soins, au profit du sens qui motive ces soins : l'infirmière a besoin de penser son action, et non d'être une simple exécutante d'actes techniques. Une infirmière hospitalière n'est pas une technicienne spécialisée dans une usine à soins !"** précise Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du SNPI.

Le manque de personnel, de moyens, de repos et d'un cadre de travail correct peut devenir source d'erreur de la part de n'importe quel soignant. Les plans d'économies débouchent sur une perte de valeurs, et une désespérance dans les hôpitaux.

Sommaire

- ▶ L'épuisement des infirmiers augmentent les maladies nosocomiales (p.2)
- ▶ FPH : journée de carence des hospitaliers (p.3)
- ▶ Contrat intérim annulé la veille (p.3)
- ▶ IADE : master paru au journal officiel (p.4)
 - ▶ Pétition pudeur et dignité des patients (p.5)
 - ▶ Salaires (p.6-p.7)
 - ▶ FEHAP (p.8)
 - ▶ Médicaments pédiatriques (p.9)
 - ▶ Etats Généraux Infirmiers 2012 (p.12)





L'épuisement des infirmiers augmente les maladies nosocomiales

Une étude américaine a examiné le ratio entre l'épuisement professionnel des infirmiers et le taux d'infections nosocomiales dans 161 hôpitaux de Pennsylvanie.

Les chercheurs constatent dans cette étude que pour chaque patient supplémentaire attribué à un infirmier, une infection urinaire supplémentaire et une infection du site opératoire supplémentaire se produisent au sein de l'hôpital.

Une réduction de 10% des taux d'épuisement professionnel des infirmiers permettrait ainsi d'éviter environ 4160 infections et sauver 41 millions de dollars chaque année dans le seul état de Pennsylvanie.

Les auteurs de l'étude encouragent donc les établissements de santé à améliorer la dotation en personnel infirmier des hôpitaux et à améliorer ses conditions de travail afin de réduire son épuisement professionnel.

Une telle politique serait moins coûteuse que la prise en charge des infections directement liées à l'épuisement des personnels infirmiers.

Pas de prime de tutorat !

Le précédent Gouvernement avait prévu de créer une «prime de tutorat». Annoncée depuis 2010, le projet de «**décret portant attribution d'une prime aux infirmiers exerçant les fonctions de tuteur**» a été adopté lors de la **réunion du 30 juin 2011 du CSFPH**, Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière : 850 € bruts annuels pour ceux qui encadrent au moins 10 étudiants en soins infirmiers par an, pendant au moins 20 semaines au cours d'une même année.

Enfin, le **texte n'a jamais été publié sous le ministère de Xavier Bertrand**, et celui de **Marissol Touraine a indiqué ne pas vouloir le publier**.



Attendue pour compenser le surcroît de charge de travail induit par le nouveau programme de formation, avec en particulier le «portfolio» chronophage et rebutant, cette prime passe à la trappe pour cause d'économies budgétaires.

Une nouvelle fois, les politiques se sont moqués des infirmières !



Journée de carence des hospitaliers



Depuis le 1er janvier 2012, en cas de **congé de maladie ordinaire pour maladie non professionnelle**, le 1er jour de congé n'est pas rémunéré dans la Fonction Publique Hospitalière.

La journée de carence est-elle appliquée pour un jour «enfant malade» ?

La retenue de rémunération liée au jour de carence ne concerne que le **congé de maladie ordinaire**. Un jour enfant malade est une autorisation spéciale d'absence. Le jour de carence ne s'applique pas dans ce cas.

Quel est le lien entre la journée de carence et la prime de service ?



Le jour de carence équivaut à la non indemnisation du premier jour en cas de congé de maladie ordinaire. Cette évolution législative est indépendante des règles de gestion de la prime de service lesquelles demeurent toujours en vigueur. Chaque jour d'absence pour maladie ordinaire vient en **déduction de la base de la prime semestrielle à hauteur de 1/70e par jour d'absence.**

Contrat intérim annulé



contrat de travail

Parfois vos missions d'intérim sont annulées la veille pour le lendemain, sans proposition d'indemnités. Le SNPI condamne ce genre de pratiques qui deviennent monnaie courante dans les hôpitaux.

Nous vous conseillons dans l'ordre :

1. **de consulter votre contrat**, si vous en avez un avec l'agence qui accepte de vous donner des missions : faire rajouter la **clause d'annulation** si elle n'y figure pas.
2. **si vous avez un moyen de preuve de cette mission annulée**
 - a) allez voir votre agence d'intérim pour leur dire que vous avez consulté les prud'hommes, et que cette mission ou ces missions non remplacées sont dues.
 - b) si ils n'ont pas entendu raison, et que vous avez bien cette preuve, allez aux prud'hommes avec l'aide d'un syndicat
3. **si vous n'avez pas de preuve de cette mission annulée**
 - a) essayez quand même la persuasion de votre agence
 - b) veillez à avoir des preuves pour les prochaines missions.
4. **dans tous les cas, n'hésitez pas à faire appel au syndicat.**



IADÉ

avec niveau master au journal officiel

Arrêté du 23 juillet 2012 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste (NOR : AFSH1229694A)

L'arrêté paru au Journal officiel fixe le **nouveau programme d'études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste** et permettant l'attribution du grade de master, applicable aux étudiants infirmiers anesthésistes admis en première année de formation à la rentrée de 2012.

La formation se déploie, comme aujourd'hui, sur **deux années**. Elle est répartie sur **quatre semestres de 20 semaines** chacun. Le diplôme d'Etat s'acquiert par l'obtention de **120 crédits ECTS** (European Credit Transfert System) répartis à parts égales entre enseignements et stages.

► Les **enseignements théoriques** vont comporter 910 heures, soit 210 de plus qu'actuellement, à la demande de l'université,

► Les **stages seront eux réduits** de 70 à 58 semaines (soit 2.030 heures). Comme pour les étudiants infirmiers, **l'approche par compétence remplace les MSP** (mises en situations professionnelles),

► Le **travail personnel guidé** sera prévu sur 10 semaines (350 heures) contre quatre jusqu'ici.

La formation comprend sept unités d'enseignement : sciences humaines, sociales et droit ; sciences physiques, biologiques et médicales ; fondamentaux de l'anesthésie, réanimation et urgence ; exercice du métier d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat (Iade) dans des domaines spécifiques ; études et recherche en santé ; intégration des savoirs ; mémoire professionnel.

Adieu portfolio ?

Le texte ne fait pas mention d'un **portfolio**, outil mis en place dans la formation initiale des infirmiers pour suivre la progression des étudiants lors des stages.

Ce document a maintes fois été critiqué par le SNPI CFE-CGC en raison du temps à consacrer par les professionnels de terrain à ce portfolio technocratique, totalement déconnecté des réalités professionnelles (environ trois fois 2h en

début, milieu et fin de stage), alors que trop peu de tuteurs ont été réellement formés à cette nouvelle approche par compétences.

"Dans de nombreux établissements on a qualifié de "formation" de simples informations de quelques heures sur le nouveau programme et son tutorat" selon Thierry Amouroux, le Secrétaire Général du SNPI.

Quid des IADE actuels ?

La masterisation des professionnels déjà diplômés n'est pas prévue par le texte malgré la demande des professionnels. Elle a été de nouveau demandée par le SNPI CFE-CGC le 6 juin lors du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP) qui a dû se prononcer sur ce texte avant sa parution au JO.

Rien n'est fait non plus pour donner le grade Licence aux IDE formées avant 2012.



Pétition contre les chemises de nuit qui dévoilent les fesses des patients !



Qui n'a pas connu l'éternel chemise de nuit d'hôpital dévoilant allégrement les fesses ? Une pétition mise en ligne par un médecin dénonce ce manque flagrant du respect de l'intimité et appelle au changement.

Dans la plupart des établissements hospitaliers, les patients sont affublés de la même chemise. Taille unique, ouverte dans le dos, quelques boutons pression à l'arrière, et le plus souvent, découvrant leurs fesses au moindre mouvement.

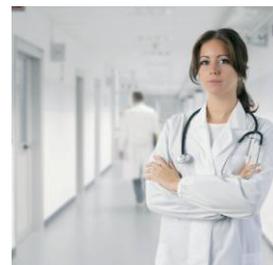
Le respect de la **dignité des patients** est un principe inscrit dans la charte de la personne hospitalisée, dans le code de santé publique, dans le code de déontologie.

Tout patient a le droit de participer aux décisions le concernant. Il doit recevoir une information claire et loyale. **Il a aussi droit au respect de sa dignité et de sa pudeur. Ces chemises d'hôpital ne respectent ni l'un, ni l'autre.** En se levant et en marchant un peu, un patient ainsi affublé se retrouve à moitié nu devant son voisin de chambre, ou devant les soignants, soignés, familles et amis, se trouvant en même temps que lui dans le couloir.

Pour signer la pétition allez sur notre site web

Nous refusons de considérer comme normal le fait de devoir renoncer à sa pudeur, simplement parce qu'on est hospitalisé.

Des alternatives existent. Des chemises de patient se nouant sur le côté, façon cache-cœur, ou ayant simplement une fermeture plus adaptée.



Nous incitons les patients hospitalisés à signaler systématiquement ce problème sur les questionnaires de sortie qui leur sont souvent remis à la fin de leur séjour.

Nous demandons aux directeurs d'établissements hospitaliers de prendre en compte le **respect de la pudeur et de la dignité** des patients lors des prochaines commandes de chemises d'hôpital.

Nous souhaitons simplement que le code de santé publique et la charte de la personne hospitalisée soient respectés : le respect de l'intimité de la personne doit être préservé à tout moment de son séjour hospitalier. La personne hospitalisée est traitée avec égards.

La mise en application de ces principes passe par un changement de modèle ou quelques boutons en plus en bas des chemises des patients. En tant qu'infirmières, nous devons agir pour que l'on respecte la dignité des personnes hospitalisées.



Quelle revalorisation salariale pour les infirmières ?

Suite à la création du nouveau diplôme infirmier avec un grade de licence, le ministère avait annoncé «une importante revalorisation salariale en trois temps : décembre 2010, juillet 2012 et juillet 2015».

Selon le ministère de l'époque : «les gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes) avant et après la réforme en 2015 seront, pour les infirmiers relevant de la catégorie A, de :

- › début de carrière : 2118 € en plus annuellement ;
- › fin de carrière : 3801 € en plus annuellement".

Chantage salaire ou retraite

Lors du droit d'option proposé aux infirmières hospitalières déjà en poste au moment de la réforme statutaire :

- la moitié des infirmières (les plus jeunes) a accepté de passer en **catégorie A, avec un départ à la retraite à 60 ans**, et la perte de la bonification d'un an tous les 10 ans travaillés (mesure créée en 2003 du fait de la reconnaissance de la pénibilité de la profession infirmière),

- l'autre moitié (les plus anciennes) a préféré rester en **catégorie B, avec un départ à la retraite à 57 ans, et le maintien de la bonification d'un an tous les dix ans de service actif**.

Par ailleurs, toute infirmière recrutée dans la fonction publique hospitalière depuis décembre 2010 est automatiquement en **catégorie A, avec un départ à la retraite à 62 ans**, sans bonification d'un an tous les 10 ans. **Elles devront donc travailler sept ans de plus** que leurs collègues de catégorie B active.

Les salaires actuels en A et B

L'infirmière en catégorie active **B NES de classe normale** commence au premier échelon à l'indice 327, avec un salaire net de 1495 €uros.

Sa collègue infirmière en **catégorie sédentaire A au premier grade** commence au premier échelon à l'indice 335, avec un salaire net de 1513 €uros.

Soit un gain royal de 18 €uros.

Nous avons donc dans un même service des infirmières avec deux grilles salariales, et trois âges de départ en retraite, alors qu'elles font le même travail, avec les mêmes contraintes, et la même pénibilité.

Au bout de 9 années, l'infirmière en catégorie active **B NES de classe normale** est au 5^{ème} échelon à l'indice 394, avec un salaire net de 1765 €uros.

Toujours au bout de 9 années, sa collègue infirmière en catégorie sédentaire **A au premier grade** est au 5^{ème} échelon à l'indice 422, avec un salaire net de 1885 €uros.

Soit un gain mensuel de 120 €uros.

Classe supérieure en grade 2

La classe supérieure en catégorie B, et le second grade en catégorie A, sont accessibles aux agents ayant atteint le 5^{ème} échelon, et comptant au moins 10 ans de services effectifs dans le corps infirmier (dans la limite d'un quota fixé).

L'infirmière en catégorie active **B NES de classe supérieure** se retrouve donc ensuite à l'indice 423, avec un salaire net de 1889 €uros.

Sa collègue infirmière en catégorie sédentaire **A au deuxième grade** se retrouve elle à l'indice 436, avec un salaire net de 1945 €uros.

Soit un gain mensuel réduit à 56 €uros. ▶



Au bout de 8 années de plus, l'infirmière en catégorie active **B NES de classe supérieure** est au 4ème échelon à l'indice 494, avec un salaire net de 2192 €uros.

Toujours au bout de 8 années de plus, sa collègue infirmière en catégorie sédentaire **A au second grade** est au 7ème échelon à l'indice 501, avec un salaire net de 2222 €uros.

Soit un gain mensuel incroyable de 30 €uros.

Encore 7 années de plus, et l'infirmière en catégorie active **B NES de classe supérieure** est au 6ème échelon à l'indice 540, avec un salaire net de 2389 €uros.

Toujours après ces 7 années de plus, sa collègue infirmière en catégorie sédentaire **A au second grade** est au 9ème échelon à l'indice 547, avec un salaire net de 2419 €uros.

Soit un gain mensuel inespéré de 30 €uros.

Enfin, après 29 ans de service, et ce jusqu'à sa retraite, l'infirmière en catégorie active **B NES de classe supérieure** termine sa carrière au 7ème échelon à l'indice 562, avec un salaire net de 2483 €uros.

Au bout de 29 ans de service, sa collègue infirmière en catégorie sédentaire **A au second grade** est au 10ème échelon à l'indice 570, avec un salaire net de 2517 €uros.

Soit un gain mensuel de 34 €uros.

Mais la collègue infirmière en catégorie sédentaire **A au second grade** va pouvoir accéder à un 11ème échelon à l'indice 581, et attendre sa retraite avec un salaire net de 2564 €uros.

Soit un gain mensuel de 81 €uros.

En résumé, après ce nouveau palier de juillet 2012, pour un tel recul de l'âge de départ en retraite, **le gain salarial n'est appréciable qu'en début et fin de carrière.**

En effet, le ministère a allongé la durée de carrière d'une infirmière de cinq années :

- La grille salariale d'une IDE de classe normale en catégorie B comporte **9 échelons en 25 ans**

- Alors que la grille salariale d'une IDE de grade 2 en catégorie A comporte **11 échelons en 30 ans !**

- La grille salariale d'une IDE de classe supérieure en catégorie B comporte **7 échelons en 19 ans**

- Alors que la grille salariale d'une IDE de grade 2 en catégorie A comporte **11 échelons en 27 ans !**

En catégorie A et B les primes sont identiques (et ridiculement faibles) :

- › la prime de WE (46,42 €uros pour 8h le dimanche),
- › la prime de nuit (1,07 €uro par heure !),
- › la prime de contagion (31 centimes par jour !).

Traitement d'une infirmière de soins généraux en catégorie A au 1er Grade :

- › 1.513 €uros (indice 335, échelon 1 qui dure 1 an)
- › 1.573 €uros (indice 349, échelon 2 qui dure 2 ans)
- › 1.675 €uros (indice 373, échelon 3 qui dure 3 ans)
- › 1.778 €uros (indice 397, échelon 4 qui dure 3 ans)
- › 1.885 €uros (indice 422, échelon 5 qui dure 3 ans)
- › 2.017 €uros (indice 453, échelon 6 qui dure 3 ans)
- › 2.158 €uros (indice 486, échelon 7 qui dure 3 ans)
- › 2.222 €uros (indice 501, échelon 8 qui dure 4 ans)
- › 2.304 €uros (indice 520, échelon 9 qui dure 4 ans)
- › 2.415 €uros (indice 546, échelon 10 qui dure 4 ans)
- › 2.500 €uros (indice 566, échelon 11 qui dure jusqu'à la retraite)

Traitement d'une infirmière de soins généraux en catégorie A au Grade 2 :

- › 1.735 €uros (indice 387, échelon 1 qui dure 1 an)
- › 1.791 €uros (indice 400, échelon 2 qui dure 2 ans)
- › 1.859 €uros (indice 416, échelon 3 qui dure 2 ans)
- › 1.945 €uros (indice 436, échelon 4 qui dure 2 ans)
- › 2.030 €uros (indice 456, échelon 5 qui dure 2 ans)
- › 2.124 €uros (indice 478, échelon 6 qui dure 3 ans)
- › 2.222 €uros (indice 501, échelon 7 qui dure 3 ans)
- › 2.321 €uros (indice 524, échelon 8 qui dure 4 ans)
- › 2.419 €uros (indice 547, échelon 9 qui dure 4 ans)
- › 2.517 €uros (indice 570, échelon 10 qui dure 4 ans)
- › 2.564 €uros (indice 581, échelon 11 qui dure jusqu'à la retraite)

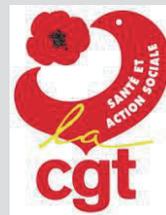
La grille salariale actuelle d'un cadre de santé en catégorie A comporte 8 échelons en 19 ans.

L'indice du 1^{er} échelon est à 380 soit 1788 €uros, et le 8^{ème} échelon correspond à 2776 €uros net.

Une revalorisation des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé est prévue pour 2012, mais le décret n'est pas paru en octobre 2012.



CCNT 51 : FEHAP



LETTRE OUVERTE

Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé,

Les Fédérations syndicales CFDT-CFE/CGC-CFTC-CGT et FO vous interpellent concernant la situation des droits et garanties collectives des personnels des établissements et services relevant de la CCNT du 31 octobre 1951.

Aujourd'hui, la fédération patronale s'obstine à vouloir passer en force malgré l'opposition des 5 organisations syndicales et au mépris de toute loyauté de la démarche de négociation ainsi que du paritarisme.

Vous ne pouvez ignorer qu'un processus de dénonciation de cette convention collective du secteur social, médico-social et sanitaire comptant plus de 230 000 salariés, a été initié unilatéralement par le syndicat employeur FEHAP (Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide aux Personnes).

La dénonciation ayant été notifiée aux Organisations Syndicales le 1er septembre 2011, la période de survie devait courir jusqu'au 1er décembre 2012 inclus.

Or, la FEHAP, prétextant devoir respecter différents délais (de mise à la signature, de l'exercice du droit d'opposition, de la procédure d'agrément...) d'une part, et ayant estimé qu'elle n'avait plus rien à proposer d'autre part, a décidé que la négociation devait s'arrêter le 28 août 2012.

La FEHAP prétend avoir obtenu de votre part un délai de la procédure d'agrément réduit à 2 mois. Si tel était le cas, nous ne comprenons pas cette position. La FEHAP évoque un vide juridique. Ni les salariés, ni les organisations syndicales n'en sont responsables.

Nos 5 fédérations s'opposent à cette dénonciation annoncée au 2 décembre et exigent dans l'unité le retrait de la dénonciation. Aujourd'hui, il apparaît particulièrement grave que les salariés de ce secteur privé non lucratif exerçant des missions de Services Publics et de Protection Sociale et concourant à la cohésion sociale soient traités de cette façon.

Nos 5 fédérations syndicales font appel à votre arbitrage et à votre engagement et vous demandent solennellement de :

- Ne pas agréer la recommandation imposée par la FEHAP
- Assurer la survie de la Convention Collective pendant toute la durée de la négociation
- Mettre en place une commission mixte paritaire pour la réouverture de réelles négociations respectant le paritarisme.

Dans l'attente d'un rendez-vous avec vos services, les 5 fédérations CFDT-CFE/CGC-CFTC-CGT et FO vous adressent leurs respectueuses salutations.



Médicaments pédiatriques : rentabilité ou sécurité ?

Le SNPI dénonce le fait que les services de pédiatrie soient encore obligés d'utiliser des produits pour adultes, que l'infirmière doit diluer après un calcul de dose selon la règle de trois, tout cela parce que les laboratoires considèrent que ce n'est pas "rentable" de réaliser un conditionnement spécial pour les injectables, et que les pouvoirs publics ne cherchent pas à l'imposer.

La population pédiatrique européenne représente plus de 100 millions d'individus (20 % de la population totale a moins de 18 ans). Or, en pédiatrie, une grande partie des médicaments est prescrit en dehors du cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), c'est-à-dire dans une indication, une posologie, avec une forme galénique ou à un âge différent de ceux précisés dans l'AMM, en extrapolant à partir des données disponibles chez l'adulte, et sans que des essais cliniques spécifiques chez l'enfant aient été conduits.

L'Académie nationale de Pharmacie, dans sa séance du 16 mai 2012, recommande de :

➤ Revoir au niveau européen les exigences minimales permettant d'améliorer l'information des spécialités actuellement utilisées hors cadre légal chez l'enfant.

➤ Encourager les efforts de mise au point de formes galéniques adaptées ou de conditionnements nouveaux.

➤ Développer les tests de palatabilité pour une meilleure évaluation de l'acceptabilité des formes pédiatriques.

➤ Reconnaître et de développer les moyens légaux existants permettant un usage sécurisé des médicaments en-dehors du cadre strict de l'AMM : ATU (autorisations temporaires d'utilisation), RTU (recommandations temporaires d'utilisation), en utilisant les recommandations des autorités et des sociétés savantes...

➤ Mettre en application dans les établissements de soins un système d'information et d'éducation sur le bon usage, une traçabilité des prescriptions ainsi qu'une validation pharmaceutique afin d'améliorer la sécurité sanitaire des produits de santé.

L'utilisation en pédiatrie d'un médicament insuffisamment étudié n'est pas éthique, et peut exposer à un risque potentiel d'inefficacité ou de toxicité et d'erreur d'administration.

De plus, il n'est pas non plus éthique d'empêcher l'accès des enfants à toutes innovations thérapeutiques et de ne pas favoriser la mise sur le marché de dosages et de formes pharmaceutiques adaptées à l'utilisation en pédiatrie.

La sécurité des excipients doit faire l'objet de travaux de recherches publiés dans des articles scientifiques faisant office de référence pour les autorités de santé. Les nouveau-nés et les nourrissons sont particulièrement concernés par cet aspect, d'autant plus que les formes qui leurs sont administrées sont souvent liquides et nécessitent la mise en œuvre d'excipients dont la sécurité peut être mise en cause.

Les formes orales solides posent le problème de l'acceptabilité par le jeune enfant.

Le SNPI dénonce le fait que les infirmières ne sont jamais consultées sur la forme de présentation des médicaments, alors qu'elles en sont les principales utilisatrices.



Syndicat National des Professionnels Infirmiers

Infirmières - Cadres Infirmiers - Infirmières Spécialisées

***Vous appréciez notre bulletin
et notre site internet ?***

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

**Rejoignez le SNPI :
ensemble, nous y arriverons !**

Au bout de six mois
d'adhésion

⇒ vous bénéficierez
de l'Assurance
Protection Juridique
et Droit du Travail

⇒ vous recevrez
régulièrement
des informations
sur notre profession
et l'évolution de la
réglementation
dans votre
établissement

**La cotisation est de
35 €uros par
trimestre, dont
66 % sont
déductibles des
impôts,
soit une dépense
réelle de 11,55 €uros**



DEMANDE D'ADHESION

(remplir en lettres capitales)

N° SYNDICAT	
N° ADHERENT	

<input type="checkbox"/> Mlle, <input type="checkbox"/> Mme, <input type="checkbox"/> M.	NOM	Prénom	
Adresse			
Code Postal		Commune	
Date de naissance		Tél Personnel	Portable
Mél			
Profession		Fonction	
ETABLISSEMENT			Siret
Adresse			
Tél.	Date d'entrée	Nbre 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.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 15/3/1966)	18- Animation (c.c. du 28/6/1988)
4- Laboratoires d'Analyses Médicales extra hospitaliers (c.c. du 3/2/1978)	19- Centres d'Hebergement (Accords SOP-CHRS)
5- Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c. du 1/1/1999)	20- Médecine du Travail
6- Thermalisme (c.c. du 18/10/1959)	21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c. du 4/6/1983)
7- Convention Collective du 28/8/1965	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 1986)	24- SONACOTRA
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 :

Montant versé : _____

AUTORISATION DE PRELEVEMENT : J'autorise l'établissement teneur de mon compte, à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai 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
SNPI CFE CGC	
39, rue Victor MASSE	
75009 PARIS	

COMpte A DEBITER			
CODE BANQUE	CODE GUICHET	N° COMPTE	CLE RIB
_____	_____	_____	_____

DATE : _____ SIGNATURE : _____

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR de compte à débiter	

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier, sans les séparer, en y joignant obligatoirement un Relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.).

Adhérer au SNPI CFE-CGC :

Pourquoi ?

- 66 % de votre cotisation annuelle 2012 sera déductible de votre impôt 2012
- 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 2012

1^{ère} ANNEE D'ADHESION

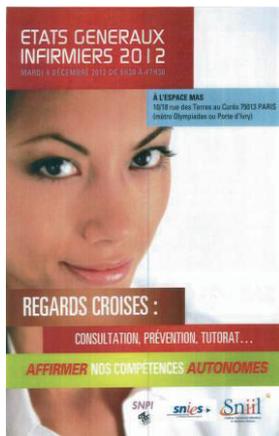
▶ 120 €

IDE - CADRES – SPECIALISES(ES)

▶ 140 €

ETUDIANT - RETRAITE DEMANDEUR D'EMPLOI

▶ 100 €



Etats Généraux Infirmiers

Consultation Prévention Tutorat... :

Affirmer nos compétences autonomes

Trois syndicats infirmiers organisent ensemble ce colloque le mardi 4 décembre 2012 à Paris : le SNPI pour les infirmières salariées, le SNIIL pour les infirmières libérales, et le SNIES pour les infirmières de l'éducation nationale. Des regards croisés pour montrer que les compétences infirmières vont bien au-delà du travail sur prescriptions médicales.

Avec l'arrivée des nouveaux rôles infirmiers, notre profession est à un tournant. L'objectif de ces «**Etats Généraux Infirmiers**» est de nous préparer à cet avenir à la mesure de l'importance de notre profession (coopération entre professionnels de santé, pratiques avancées, consultations infirmières, éducation thérapeutique, infirmières cliniciennes ou spécialistes cliniques, etc.).

Nous souhaitons faire entendre l'expertise infirmière, et affirmer une vision infirmière de la santé (prévention, éducation à la santé, accompagnement, relation d'aide).

La prise en charge des maladies chroniques représente l'avenir de la profession infirmière : chaînon manquant entre l'IDE (Bac +3) et le médecin (Bac +9), l'**infirmière spécialiste clinique** (Master Bac +5) participe au suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure déterminée avec l'équipe médicale. Elle assure le lien entre le patient, la famille, le médecin et les autres professionnels. Elle apporte stabilité et cohérence, car elle se préoccupe davantage du contexte de vie du patient que le médecin.

Conférence plénière sur l'identité professionnelle infirmière de Gyslaine Desrosiers, Présidente du SIDIIEF, Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.

Table ronde n°1 «Consultations et prescriptions infirmières : les vraies réponses aux besoins de la population»

Table ronde n°2 «L'infirmière acteur de prévention au sein d'une équipe pluri-professionnelle»

Table ronde n°3 «Place de l'infirmière dans l'encadrement des étudiants : valoriser la mission de tutorat et de maître de stage des infirmières»



Détails sur notre site internet

www.syndicatinfirmier.com

Bulletin du SNPI CFE-CGC - 39, Rue Victor Massé – 75009 PARIS

Tél : 01.48.78.69.26 Fax : 01.40.82.91.31 Mél : snpicfecgc@yahoo.fr

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