

Edits Infirmiers, bulletin du SNPI CFE-CGC

Thierry AMOUROUX
Président



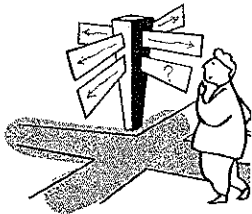
**Infirmière hospitalière ou
technicienne spécialisée
dans une usine à soins ?**

Cette question résume le problème infirmier, avec 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.

Du fait de sa formation et de ses compétences acquises, la profession infirmière est autant marquée par la subtilité, la spontanéité, la créativité et l'intuition, que par la science et la technique. D'où sa difficile reconnaissance dans un **univers hospitalier bio médicalisé**, technoscientifique, dans lequel les principes de gestion veulent tout paramétrer pour mieux maîtriser l'activité.

La volonté de décomposer à tout prix les soins infirmiers est aussi absurde que de penser comprendre une œuvre d'art en la décomposant en ses divers éléments. **La tentation technicienne est toujours de réduire le réel au mesurable**, et donc d'éliminer tout ce qui n'est pas observable, tout le qualitatif, **en ignorant ainsi les aspects les plus profonds** de la pratique infirmière.

L'éthique est l'honneur des professionnels, et la position du Comité National d'Éthique est rassurante, mais reste à savoir si notre technostucture acceptera de se remettre en question.



Sommaire

- ▶ Commission LARCHER
- ▶ Négociation Collective :
(valeur des points)
- ▶ Ethique et T2A
- ▶ Bracelets d'identité
- ▶ Pétition bracelets
d'identité
- ▶ Calculer sa rémunération
(CC 51)
- ▶ Infirmières finlandaises

Décembre 2007

N° 45



ACTUALITES

Missions de l'hôpital



Thierry AMOUROUX, le Président du syndicat infirmier de la CFE-CGC, a été auditionné le 22 novembre 2007 par la commission Larcher sur les missions de l'hôpital.

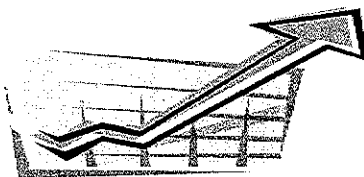
Le Sénateur Larcher a été missionné par le Gouvernement pour rendre un rapport autour de cinq thèmes de travail :

- organiser les soins de proximité pour une meilleure pertinence des recours à l'hôpital ;
- améliorer le pilotage de l'hôpital ;
- structurer le service hospitalier de territoire ;
- renforcer l'attractivité pour les professionnels ;
- dynamiser la recherche et l'enseignement.

Thierry AMOUROUX a indiqué que l'attractivité passait forcément par la reconnaissance salariale et universitaire des professionnels de santé :

→ la carrière d'une infirmière est "tassée" sur 20 ans (classe normale) ou 24 ans (classe supérieure) : elle stagne ensuite jusqu'à la retraite au même indice. La grille est aléatoire : les échelons sont de 2, 3 ou 4 ans, avec une hausse de 16 à 34 points d'indice.

Le SNPI CFE-CGC souhaite une carrière linéaire avec une montée d'échelon tous les trois ans jusqu'à la retraite, afin de permettre une réelle évolution de carrière.



→ l'évolution salariale d'une infirmière est faible : le traitement net mensuel d'un infirmier de classe normale dans la fonction publique hospitalière va de 1.509 € en début de carrière, à 2.172 € en fin de carrière en classe normale (ou 2.394 € en classe supérieure) primes et indemnités permanentes comprises.

Selon les propres études du Ministère (rapport DREES) cinq ans après leur diplôme, tous les autres titulaires d'un diplôme bac + 2 ou 3 touchent plus que les infirmières, alors qu'ils n'en ont pas les contraintes (1 WE sur 2, travail de nuit) et pénibilités (physique et mentale).

Quelle autre profession à bac + 3 ne connaît qu'une évolution salariale de 700 € entre débutant et senior ?

→ beaucoup de soignants ont validé des diplômes universitaires (DU, masters, etc.) sans reconnaissance salariale ou fonctionnelle : le SNPI CFE-CGC demande une valorisation salariale des formations qualifiantes.

→ les contraintes sont ridiculement rétribuées : un € par heure de nuit entre 21h et 6h, et 0,31 € de prime de contagion par jour !

Pour une juste rémunération des contraintes, nous souhaitons le doublement de la prime de nuit, ainsi que celle de dimanche et fériés (actuellement de 45 €).

Mais l'attractivité passe aussi par la reconnaissance universitaire de notre niveau bac + 3 :

→ le SNPI CFE-CGC réaffirme sa volonté d'universitarisation des études autour d'un cursus unique et double diplômant, sanctionné à la fois par un grade universitaire de licence, et le maintien d'un diplôme d'Etat d'infirmier pour l'exercice de l'activité ▶

Suite p 3



ACTUALITES

Missions de l'hôpital



→ Le SNPI CFE-CGC refuse le lien avec tout allongement de la durée d'activité, sur le modèle des infirmières spécialisées, qui sont passées en catégorie A en 2001, sans report de la date de départ en retraite. **Toutes les études montrent la pénibilité de notre profession, et l'usure professionnelle qui en découle.**

→ le SNPI CFE-CGC ne se contentera pas du travail sur le niveau licence : il faudra également mettre sur pied le **niveau master pour les cadres et les infirmières spécialisées**, ainsi qu'un doctorat pour la recherche en soins infirmiers.

L'attractivité repose enfin sur la reconnaissance des compétences professionnelles des infirmières en éducation de la santé, prévention et santé publique : le SNPI CFE-CGC souhaite la valorisation du travail des infirmières cliniciennes et des infirmières de pratique avancée. Les consultations infirmières doivent être reconnues et facturées comme telles.

Il convient également d'organiser les secondes parties de carrière, pour tenir compte à la fois de l'usure professionnelle et du problème de la transmission des savoirs issus de l'expérience :

→ pendant longtemps, le brassage dans les services entre les **nouveaux savoirs théoriques** apportés par les nouvelles diplômées et les **savoirs pratiques issus de l'expérience** acquise par les infirmières expérimentées permettait une bonne qualité des soins,

→ aujourd'hui, on constate déjà un **déséquilibre démographique, avec beaucoup d'infirmières qui ont moins de cinq ans de diplôme**, et des IDE à dix ans de la retraite,

→ d'ici 2015, **55 % des IDE partent à la retraite avec un pic vers 2012**, alors que la durée de vie professionnelle d'une IDE reste faible (12 ans), et que la **charge de travail limite les échanges professionnels** (diminution de la durée moyenne de séjour, hausse de la gravité des cas, les malades "plus légers" étant pris en charge en HAD ou en hôpital de jour) : le **"compagnonnage" naturel ne sera donc plus assuré**, ce qui va jouer sur les IDE, mais également les internes (lors de leur stage de six mois ils sont certes formés par les médecins du service, mais également "conseillés" par les IDE expérimentées présentes dans le service depuis des années)

Le SNPI CFE-CGC propose donc que les infirmières expérimentées, lors de leur fin de carrière, soient à mi-temps en poste dans leur service, et à mi-temps assurent :

→ le **tutorat des nouvelles diplômées**, des infirmières de l'équipe de suppléance, des infirmières intérimaires,

→ l'**encadrement des étudiants en soins infirmiers** en stage dans le pôle,

→ **des cours en IFSI sur leur domaine d'expertise**,

→ **des consultations infirmières** pour assurer l'accompagnement et l'éducation thérapeutique des patients.



Le SNPI CFE-CGC souhaite que la formation continue assure des formations d'enrichissement des pratiques cliniques infirmières. En effet, de plus en plus les formations sécuritaires ou institutionnelles (incendie, accréditation, système informatique, nouvelle gouvernance, tarification, etc.) concentrent les efforts de formation, aux dépens des besoins des professionnels.

Le SNPI CFE-CGC estime qu'une formation d'expertise en santé mentale va devenir indispensable, entre des besoins qui augmentent (psychiatrie, vieillissement de la population) et le fait que les ISP, infirmiers de secteur psychiatrique soient en voie d'extinction. Alors que chacun peut constater la valeur ajoutée apportée par un ISP dans un service d'urgence par exemple ▶

Suite p 4



ACTUALITES

Missions de l'hôpital

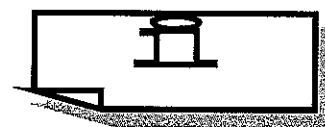


Pour améliorer le pilotage de l'hôpital, le SNPI CFE-CGC estime incontournable de revoir la place des cadres de santé. La nouvelle gouvernance a oublié ce troisième pilier de l'hôpital, alors que tout doit passer par la colonne vertébrale que constitue l'encadrement. Les cadres de santé oscillent entre colère et démotivation face à un système qui les ignorent en tant que décideurs, mais leur demande tout, en tant qu'exécutants !

Le discours sur les cadres de santé, considérés par la technostructure comme des "petits A" ou des "A moins" (que rien ?), est inadmissible. Il convient donc de les mettre sur la grille "A type", au regard du nombre d'agents qu'ils encadrent.

Enfin, les soins de proximité sont à reconstruire, la France ayant tout misé sur le curatif. On voit là l'absence d'Ordre Infirmier capable de faire entendre la vision infirmière

de la santé. Contrairement aux autres pays, dans lesquels la profession infirmière a pu faire valoir son point de vue, les soins de santé primaire sont en jachère en France. Il convient de réorganiser la médecine de quartier (dispensaires, maisons médicales), la médecine scolaire, et la santé au travail ■



NEGOCIATION COLLECTIVE

Rappel des Valeurs de points



CONVENTION COLLECTIVE	VALEUR POINT	DATE D'APPLICATION	OBSERVATIONS
15 mars 66	3,640	1 ^{er} février 2007	
31 octobre 51	4,312	1 ^{er} février 2007	
CHRS (accord SOP)	3,640	1 ^{er} février 2007	
Croix-Rouge Française	4,330	1 ^{er} avril 2007	
CCN du 26 août 1965	5,108	1 ^{er} février 2007	
CCN du 18 avril 2002 (FHP)	6,800	1 ^{er} juillet 2007	Recommandation patronale
Branche de l'aide à domicile	5,182	1 ^{er} février 2007	
Foyers de Jeunes Travailleurs	1,005	1 ^{er} juillet 2007	Avenant n° 14 révision des classifications et de la rémunération
CLCC	Augmentation de 0,8 % au 1 ^{er} février 2007 pour tous		
Cabinets Médicaux	6,590	1 ^{er} janvier 2007	Nouvelle grille de classification
Animation	5,400	1 ^{er} septembre 2007	
Centres Sociaux et Socio-culturels	50,150	1 ^{er} janvier 2007	
Missions Locales et PAIO	4,300	1 ^{er} janvier 2007	
Mutualité (UGEM)	7,430	1 ^{er} janvier 2007	
Fonction Publique Hospitalière	4,5117	1 ^{er} février 2007	



ACTUALITES

ETHIQUE et T2A

Le Comité National d'Ethique réservé sur la T2A

Le comité appelle les acteurs hospitaliers à «se réapproprier la dimension éthique des choix de santé» et stipule que "la Tarification à l'activité (T2A) s'adapte probablement mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades ou encore à la reconnaissance des actions de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi."

Le Comité Consultatif National d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) a rendu public le 7 novembre 2007 son avis sur "les enjeux éthiques de la contrainte économique budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier".



En voici les conclusions :

→ Le caractère limité des moyens financiers dévolus au système hospitalier implique des choix de société éthiques qui doivent conduire à des prises de position publiques. La dimension éthique de ces modes de décisions doit être clairement identifiée dans les méthodes d'évaluation dont elle devrait être partie intégrante. Une pratique d'évaluation qui ne retiendrait que des critères paramétrables quantitativement et ne prendrait pas en compte les critères qualitatifs et cette dimension éthique ferait courir à

l'hôpital un risque grave de déshumanisation, mais aussi finalement et pragmatiquement de surcoût induit. S'agissant des choix politiques, il n'est ni légitime ni équitable d'en confier la responsabilité aux seuls acteurs hospitaliers, alors qu'ils concernent la société toute entière.

→ Le concept de rentabilité ne peut s'appliquer à l'hôpital de la même manière qu'à une activité commerciale ordinaire.

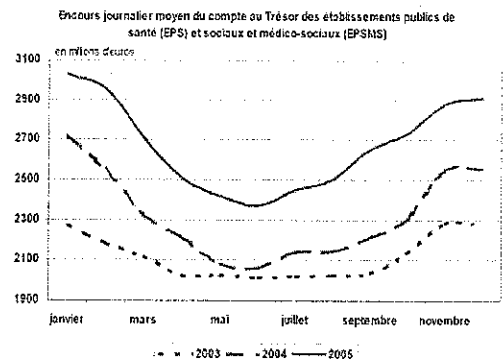


En matière de santé toute pratique d'évaluation, quelle que soit sa valeur technique propre, doit prendre en compte les missions fondamentales de l'hôpital.

Elle doit comporter, dans un souci de bonne gestion des deniers publics dans le cadre de la solidarité nationale, une évaluation des pratiques professionnelles d'après les référentiels de bonnes pratiques.

De nombreuses études ont démontré l'impact positif au plan économique, en termes de coûts directs et indirects (sur la meilleure adhésion au traitement et sur l'évitement de l'absentéisme professionnel, notamment), des actions de Prévention et d'Education pour la Santé.

Demander à l'hôpital de résoudre seul les questions de précarité aboutit de fait à refuser de les prendre en compte. L'abandon de l'accueil des personnes vulnérables en situation précaire est pourvoyeur de divers coûts indirects pour la société ▶



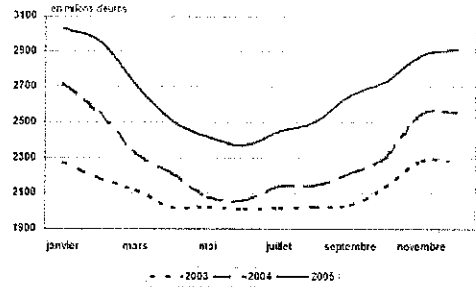


ACTUALITES

ETHIQUE et T2A



Encours journalier moyen du compte au Trésor des établissements publics de santé (EPS) et sociaux et médico-sociaux (EPSMS)

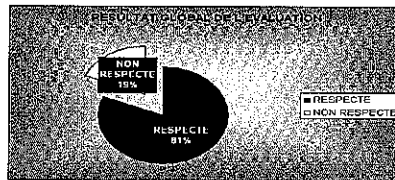


L'abandon de l'accueil des personnes vulnérables en situation précaire est pourvoyeur de divers coûts indirects pour la société.

→ Les tâches auxquelles l'hôpital doit faire face en termes de soin sont par nature multiples, et ne se limitent pas aux seuls diagnostic et traitement des maladies. **Ce qui n'est pas facilement évaluable par des critères quantitatifs doit l'être selon d'autres modèles, à définir, et à mettre en oeuvre de manière pérenne.**

→ Aucune méthode d'évaluation actuelle n'est à elle seule totalement adaptée à toutes les missions du système de santé hospitalier.

La T2A est conséquente d'une évaluation d'actes techniques effectués au cours de diagnostics ou de soins médicaux ou chirurgicaux.



En dehors de ces circonstances, elle s'adapte probablement mal à la prise en charge des maladies chroniques, des soins de suite, des soins palliatifs, des personnes âgées ou des enfants malades ou encore à la reconnaissance des actions

de prévention, car elle ne prend pas en compte le temps passé auprès du malade pour l'écoute et l'examen clinique approfondi.

D'autres critères prenant en considération les aspects **qualitatifs en santé**, comme par exemple le **temps passé à l'écoute et à l'information** doivent donc être définis pour **évaluer les services non techniques rendus au patient**. Ce n'est pas tellement la T2A qui est en cause que la notion d'acte.

Le financement des actions de **Prévention et d'Éducation pour la Santé** devrait être envisagé séparément et adapté sur la durée en fonction des résultats attendus ▶

Cet avis donne également des Recommandations :

Le Comité National d'Éthique recommande :

→ de réintégrer la dimension éthique et humaine dans les dépenses de santé, afin de permettre à l'hôpital de **remplir de manière équilibrée l'ensemble de ses missions**, et pas uniquement les plus techniques ou les plus spectaculaires. Sur le plan médical, il convient d'avancer ici l'idée d'une **médecine sobre, par opposition à une médecine de la redondance**. Cette redondance qui veut se donner des allures de précaution n'est bien souvent que le masque d'une paresse intellectuelle et d'une peur à assumer des choix courageux.

→ d'adapter les échelles d'évaluation des activités en vue de traiter de manière appropriée les différentes missions de l'hôpital, et, dans ce but, de **développer des modèles spécifiques pour chaque grand objectif : soins relevant d'actes techniques,**

soins relevant d'actions non instrumentales telles que **Prévention, Éducation pour la Santé, accueil de tous les malades avec préservation de la solidarité et du lien social, enfin recherche et innovation, diagnostic et thérapeutique.**

→ de se réinterroger sur la **mission primaire essentielle de l'hôpital**. Celle-ci a en effet dérivé de sa mission originelle d'accueil de la précarité et de la maladie, puis de sa mission de recherche et d'enseignement, vers la situation actuelle qui fait de plus en plus de **l'hôpital un service public, industriel et commercial** qui a pour conséquence de déboucher sur un **primat absolu donné à la rentabilité économique**, au lieu de continuer à lui conférer une dimension sociale ▶

Suite p 7



Le syndical

Bulletin Trimestriel du Syndicat National des Professionnels Infirmiers

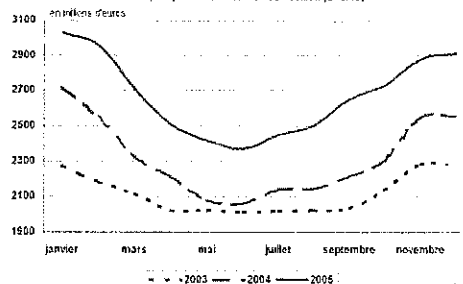


ACTUALITES

ETHIQUE et T2A



Encours journalier moyen du compte au Trésor des établissements publics de santé (EPS) et accueils et médico-sociaux (EPSMS)



→ d'ouvrir l'hôpital à une dimension réunissant le "sanitaire" et le "social" (dépendance, adolescence, précarité etc.), en **promouvant autour de la personne une meilleure coopération de l'hôpital hors les murs** avec des structures extérieures, comme les maisons de soins de longue durée, l'hospitalisation à domicile ou les unités de santé carcérale, au sein du **groupement de coopération sanitaire** (G.C.S.), sensible aux situation spécifiques de certaines personnes (accouchement, grande précarité).

→ de s'assurer du maintien du lien social pour éviter que la personne ne sombre dans l'exclusion une fois le diagnostic fait et le traitement entrepris. **Quelle logique est à l'oeuvre, si le succès médical est suivi d'une mort sociale ?**

→ d'accorder la **plus grande attention à la pathologie mentale** qui devrait être un axe prioritaire compte tenu de son caractère paradigmatique de pathologie entre le médical et le social, le biologique et l'environnement, l'individu et la société.

→ d'éviter d'affecter des systèmes de cotation à des usages pour lesquels ils ne sont pas les plus pertinents ; s'agissant de la T2A, ces usages regroupent les **actes dispensés notamment en psychiatrie, en gériatrie, et en pédiatrie, où encore l'écoute et l'examen clinique approfondis sont nécessaires au respect des bonnes pratiques.** Devraient aussi être jugées selon des critères différents les autres missions de service public de l'hôpital, que

la T2A n'est pas en mesure d'évaluer et donc de coter correctement. Des éléments supplémentaires (ou complémentaires), **d'essence qualitative** devront être intégrés dans le système d'évaluation pour ne pas succomber à ce qui pourrait être vécu comme une sorte de tyrannie du «tout quantitatif».

La cotation T2A devrait donc être limitée aux actes techniques spécialisés pour le diagnostic et les soins.

→ de **ne pas négliger le "care" (prendre soin, prêter attention)** anglo-saxon au profit exclusif du "cure" (soigner). **L'exemple des soins palliatifs en est emblématique.** La loi encourage leur présence sans leur donner les moyens réels de fonctionnement. L'hôpital répare mais les malades peuvent aussi avoir besoin d'autres prestations, comme le suivi, qui est un des points forts de la Caisse Nationale de Solidarité.

→ de **rendre aux arbitrages leur dimension politique**, sans les déléguer aux seuls responsables hospitaliers, en approfondissant la concertation entre les responsables décisionnels et l'ensemble des acteurs de santé, par un **partenariat permanent effectif entre tous** et en impliquant dans cette démarche des instances telle que la **Haute Autorité de Santé** ou les **Groupements Régionaux de Santé Publique** (l'hôpital devant être un observatoire de l'état de santé de la région).

→ De prendre en compte enfin le tissu social au sein duquel évolue l'hôpital. Un environnement défavorisé devrait justifier un regroupement de moyens spécifiques, adapté à la situation réelle du lieu.

En conclusion, la garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas en contradiction avec une rigueur économique. **L'adaptation permanente de l'offre de soins** aux besoins démographiques, aux modifications épidémiologiques, aux progrès technologiques justifient plus que dans n'importe quelle activité humaine des **choix clairs, courageux, explicites aux yeux des citoyens**, et en même temps susceptibles d'être sans cesse remis en question en **gardant comme objectif central le service rendu aux plus vulnérables.**

La question éthique posée par l'examen de la dimension économique du soin explore la tension entre l'autonomie et la solidarité, entre la liberté individuelle et le bien public. Cette tension ne peut recevoir de réponse que dans la recherche d'équité, c'est-à-dire dans la justice



**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 !**

**La cotisation est de
29 euros par trimestre, dont
66 % est déductible des impôts,
soit une dépense réelle de
9.86 euros par trimestre !**

**Au bout de six mois d'adhésion, vous bénéficiez de
l'Assurance Protection Juridique – Droit du Travail.**

**Vous recevrez régulièrement des informations sur
notre profession et l'évolution de la réglementation
dans votre établissement.**



<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 :		Mél :		Service :	
Établissement :			Date d'entrée :		
Adresse :					
Tél :		Nombre de salarié :		Nom du Délégué Syndical :	
Employeur :					
Adresse :					
OPCA :					
Caisse Retraite Cadres/Caisse Retraite complémentaire :					

CONVENTIONS COLLECTIVES ou STATUTS D'APPARTENANCE
(entourer le nombre correspondants)

- | | |
|--|--|
| 0 - Retraite | 14- Divers (à préciser) : |
| 1 - F.E.H.A.P (c.c du 31/10/1951) | 15- Sans convention collective |
| 2 - F.H.P (c.c du 18/04/2002) | 16- Mutualité (c.c du 31/01/2000) |
| 3 - Établissement pour inadaptés et handicapés (c.c du 15/03/1966) | 17- Chômage |
| 4 - Laboratoires d'Analyses Médicales extra-hospitaliers (c.c du 31/10/1951) | 18- Animation (c.c du 28/06/1988) |
| 5 - Centres de Lutte Contre le Cancer (c.c du 01/01/1999) | 19- Centres d'Hébergement (Accords SÖP-CHRS) |
| 6 - Thermalisme (c.c du 18/10/1999) | 20- Médecine du Travail |
| 7 - Convention Collective du 28/08/1995 | 21- Centres sociaux et socio-culturels (c.c du 04/06/1983) |
| 8 - Cabinets Médicaux (c.c du 14/01/1981) | 22- Organismes de Sécurité Sociale |
| 9 - Croix Rouge Française (c.c de 1988) | 23- Services sociaux d'entrepris |
| 10- Cabinets Dentaires (c.c du 17/01/1992) | 24- SONACOTRA |
| 11- Prothésistes Dentaires (c.c du 18/12/1978) | 25- Foyers de Jeunes Travailleurs |
| 12- Établissement Français du Sang | 26- Fonction Publique d'ÉTAT |
| 13 - Missions locales et P.A.I.O (c.c du 21/02/2001) | 27- Fonction Publique TERRITORIALE |
| | 28- Fonction Publique HOSPITALIÈRES |
| | 29- Aide à Domicile |

A..... Le..... SIGNATURE:

Je choisis le système de recouvrement de ma cotisation syndicale 2007 par prélèvements automatiques :

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

LES PRÉLÈVEMENTS SONT FIXES AUX : 1^{ER} MARS - 1^{ER} JUIN - 1^{ER} SEPTEMBRE - 1^{ER} DECEMBRE

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

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

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT : J'autorise l'établissement teneur de mon compte, à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte, je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° EMETTEUR NATIONAL
435 499
N° EMETTEUR INTERNE

NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR			
NOM - Prénom :			
Adresse :			
Ville : Code postal :			

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER	
REF DK.435499.06048.62286041	
S.N.P.I CFE-CGC	
39, rue Victor Massé	
75009 Paris	

COMPTE À DÉBITER			
Code Banque	Code Guichet	N° Compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DE COM COMPTE À DÉBITER	

DATE : SIGNATURE :

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

Adhérer au SNPI CFE-CGC : Pourquoi ?

- ↻ La cotisation syndicale 1^{ère} adhésion est à **116 €**
- ↻ 66 % de votre cotisation annuelle 2008 sera **déductible de votre impôt 2008**
- ↻ En payant par prélèvement vous répartissez la dépense sur l'année
- ↻ Vous bénéficiez de **l'Assurance Protection Juridique – Droit du Travail (Délaï 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 2008

IDE-CADRES – SPECIALISES(ES) = 132 €

BIENFAITEURS = 133 € et plus

RETRAITES (ES) = 116 €

ETUDIANTS – CHOMEURS = 84 €

Non à la généralisation du bracelet d'identification, Oui au respect de la dignité de la personne hospitalisée

Monsieur le Directeur Général de l'AP-HP,

La direction de l'hôpital Saint Louis de l'AP-HP souhaite généraliser l'identification des malades par des bracelets d'identité. Le motif invoqué est la sécurité, la durée moyenne de séjour diminuant, tandis que le temps de présence d'un même soignant auprès d'un malade risque de diminuer avec la mutualisation des ressources humaines au niveau des pôles (déplacement d'agents d'autres services pour répondre à la pénurie d'infirmières).

Alors que l'on parle **d'humanisation des hôpitaux, du droit des malades, de la dignité des personnes hospitalisées**, nous sommes particulièrement choqués par une telle démarche.

Certes, cela peut être acceptable, au cas par cas, pour des personnes incapables de décliner leur identité (nourrissons, déments), **sachant qu'il ne peut y avoir de catégorie particulière** (une personne sénile ou un malade mental qui connaît son nom n'a pas à subir ce genre d'humiliation), **mais uniquement des décisions d'équipe sur une personne donnée.**

Lorsqu'une personne hospitalisée est capable de décliner son identité, lui demander de "s'étiqueter" revient à le nier en tant que personne, à lui faire quitter sa qualité de "sujet, objet de soins", pour en faire un "objet des soins". Agir ainsi pose de réels problèmes éthiques, et va à l'encontre de la démarche soignante. A notre sens, la parole est le seul moyen correct pour s'assurer de l'identité d'un malade : marquer d'un bracelet vise-t-il à s'affranchir du dialogue ?

Un bracelet d'identification n'est pas un objet neutre, car il renvoie à l'imaginaire du marquage, variable selon l'histoire personnelle. Même en dehors de l'aspect stigmatisant, le bracelet induit un rapport de docilité et de contrôle qui perturbe la relation soignant/soigné.

Conformément aux recommandations élaborées en 2000 par les **groupes de réflexion Miramion de l'espace Ethique de l'AP-HP "Soin citoyen" et "Soignants et éthique au quotidien"**, Monsieur le Directeur Général de l'AP-HP, nous vous demandons de bien vouloir **mettre un terme au projet de généraliser le port d'un bracelet d'identification**, y compris aux personnes hospitalisées capables de décliner leur identité.

NOM – PRENOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL –VILLE :

PROFESSION :

MAIL :

Signature :

A envoyer au syndicat infirmier :

SNPI CFE-CGC, 12 rue des Fonds Verts, 75012 PARIS

Fax 01.40.82.91.31

snpicfecgc@yahoo.fr



ACTUALITES

Exercice Professionnel



Dérive au CHU Saint Louis : quand le sécuritaire bouscule l'éthique !

Au nom de la "sécurisation", la direction veut généraliser le bracelet d'indentification aux malades capables de décliner leur identité. Déjà en 2000, la Direction Générale de l'AP-HP avait du retirer un tel projet, suite aux réactions des infirmières qui refusaient de mettre une étiquette avec numéro et code barre au poignet des personnes hospitalisées, et à la condamnation des groupes de réflexion de l'Espace Ethique AP-HP "Soin citoyen" et "Soignants et éthique au quotidien". Pour agir, nous vous invitons à signer la pétition.

L'hôpital Saint Louis de l'AP-HP souhaite généraliser l'identification des malades par des bracelets d'identité. Le motif invoqué est la sécurité, la durée moyenne de séjour diminuant, tandis que le temps de présence d'un même soignant auprès d'un malade risque de diminuer avec la mutualisation des ressources humaines au niveau des pôles (déplacement d'agents d'autres services pour répondre à la pénurie d'infirmières).

Alors que l'on parle d'humanisation des hôpitaux, du droit des malades, de la dignité des personnes hospitalisées, nous sommes particulièrement choqués par un tel projet. Certes, cela peut être acceptable, au cas par cas, pour des personnes incapables de décliner leur identité (nourrissons, déments), sachant qu'il ne peut y avoir de catégorie particulière (une personne sénile ou un malade mental qui connaît son nom n'a pas à subir ce genre d'humiliation), mais uniquement des décisions d'équipe sur une personne donnée.

Le cas des malades devant avoir une anesthésie générale ou étant dans le coma, devrait se résoudre par une organisation correcte du service, mais cela peut contribuer à rassurer un futur opéré le temps de l'opération, à condition que le bracelet ne lui soit pas imposé.

Par contre, lorsqu'une personne hospitalisée est capable de décliner son identité, lui demander de

"s'étiqueter" revient à la nier en tant que personne, à lui faire quitter sa qualité de "sujet, objet de soins", pour en faire un "objet des soins". Agir ainsi pose de réels problèmes éthiques, et va à l'encontre de la démarche soignante.

Un bracelet d'identification n'est pas un objet neutre, car il renvoie à l'imaginaire du marquage, variable selon l'histoire personnelle :

→ le bracelet du prisonnier ou du délinquant sexuel, renforcé par le fait que l'hôpital comporte lui aussi des caractéristiques d'enfermement et de soumission à un personnel en uniforme (ne dit-on pas toujours la surveillante en parlant du cadre infirmier ?). Une personne a ainsi demandé à l'infirmière si on l'obligeait à porter ce bracelet parce qu'elle était séropositive.

→ la chosification, renforcée par le fait que l'étiquette informatisée collée sur le bracelet comporte un numéro d'identification et un code barre. Lors d'une réunion d'information dans la cafétéria de Saint Louis, le cadre supérieur chargé du projet a même indiqué qu'à terme on passerait le lecteur de code barre sur la poche de sang ou de chimiothérapie, puis sur le bras du malade afin de lire l'étiquette du bracelet pour vérifier la compatibilité ! Peut-on imaginer que traiter une personne hospitalisée comme un objet de consommation ne modifie pas la relation soignant/soigné ?

Suite p 1 2



ACTUALITES

Exercice Professionnel



→ **l'animalisation**, un malade ayant ainsi indiqué à l'infirmière qu'il n'était pas un chien, et qu'il était hors de question qu'on lui mette un collier avec son nom. Ce n'est qu'une anecdote, mais pour l'infirmière qui rencontrait ce patient pour la première fois, cela a **altéré durablement le rapport de confiance**, car une gêne s'était installée entre eux.

→ **le marquage des camps de concentration**, particulièrement sensible, dans la mesure où l'hôpital Saint Louis se trouve entre Belleville et le Sentier.

Une jeune infirmière ne se posait pas de problème par rapport au bracelet : elle appliquait la consigne de la direction. Jusqu'au jour où le vieil homme hospitalisé à qui elle demandait de mettre ce bracelet, avec son étiquette à code barre, l'a regardé, a remonté sa manche, et lui a dit :
Face à cet ancien déporté, elle a vécu un grand moment de solitude. Elle n'a jamais pu reprendre en charge ce patient, **car quelque chose était brisé dans la relation soignant/soigné**. Et pour elle, ce bracelet n'est plus une simple procédure de sécurisation.

«Mademoiselle, je n'ai pas besoin de votre bracelet, j'ai déjà un numéro d'identification de tatoué»

A travers ce cas concret d'éthique clinique, chacun peut constater que **la technique modifie la relation de soins**. Même en dehors de l'aspect stigmatisant, le bracelet induit un rapport de docilité, de contrôle, de soumission, qui va à l'encontre des valeurs du soin. **En mettant un bracelet, un patient ne peut plus être dans un rapport égalitaire avec le soignant.**

Qui plus est, **c'est l'infirmière que l'on instrumente pour imposer ce bracelet**, alors qu'au contraire l'infirmière est là pour défendre la valeur et la **dignité humaine du malade au sein de l'univers hospitalier**, en rappelant qu'il est en lui-même une fin, c'est-à-dire une personne que l'on doit respecter, et non une simple chose (organe, pathologie), dont on peut disposer. **De part sa vision globale et ses capacités relationnelles, l'infirmière permet au malade de conserver son humanité.**

Il est donc particulièrement cynique de la part de la technocratie d'utiliser les infirmières pour ses basses oeuvres, plutôt que le service des admissions !

Or, si l'on généralise le bracelet aux malades capables de décliner leur identité, c'est bien pour s'y assurer de l'identité de la personne hospitalisée : seule l'étiquette fait foi. Chaque soignant la rencontrant pour la première fois afin d'accomplir un acte, devrait donc **vérifier son identité sur le bracelet**, pour justifier l'utilité de celui-ci. **Un peu comme le policier qui vous demande vos papiers**, car il ne peut se contenter de vos paroles.

Contrôler son identité pour ne pas lui donner le traitement du voisin. Ce qui sous-entend que, jusque là, la sécurité était moins assurée. **Et que l'on ne peut garantir une même qualité de soins à la personne hospitalisée qui refuserait de porter ce bracelet.** Voilà un autre problème éthique, qui montre que le choix de refuser demeure théorique,

vu la pression psychologique exercée sur une personne fragilisée par la maladie.

L'infirmière doit avoir un rôle de révélateur, c'est-à-dire d'essayer de mettre en évidence aux yeux des divers acteurs de l'hôpital, aux yeux des personnes soignées, aux yeux de la population, toutes les contradictions, les insuffisances, **les incohérences du système, qui nous empêchent de remplir au mieux la fonction qui nous est assignée.**

Si l'on ne redonne pas du sens dans l'univers de routine et technicité que constitue un CHU, un patient peut devenir un assemblage d'organes variés, objet d'analyses et de traitements menés par des équipes distinctes, extrêmement spécialisées et communiquant entre elles par beeper et courriers médicaux.

Suite p 1 3



ACTUALITES

Exercice Professionnel



Soigner, c'est libérer, c'est faire renaître, et retrouver l'espérance. C'est aider celui qui souffre à sortir de son isolement, à bâtir un projet de vie compatible avec son état. **C'est refuser une relation infantilisante et paternaliste, en aidant l'autre à redevenir adulte.** C'est offrir des choix et tenter de les faire accepter.

Le soignant ne bénéficie malheureusement pas encore de la formation universitaire qu'il réclame pourtant depuis des années. Il est loin de posséder les connaissances et les capacités d'analyse des philosophes. Mais de par sa fonction première (**rappeler l'humanité de la personne, sa présence et son ouverture au monde**) et son vécu quotidien en confrontation avec la maladie et la mort (ce qui l'amène chaque jour à affronter des questions

existentielles), il incarne une **philosophie en action**. Le philosophe est un penseur, le soignant est un acteur de la philosophie.

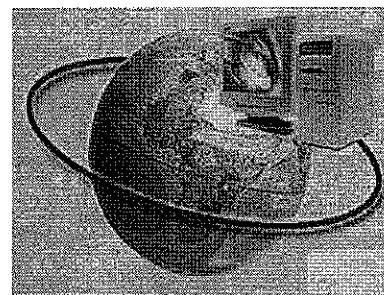
Le texte rédigé par les groupes de réflexion de l'Espace Ethique AP-HP "Soin citoyen" et "Soignants et éthique au quotidien", lorsqu'ils se sont opposés à un projet d'identification des malades par des bracelets d'identité en 2000 est sur notre site.

Pour agir, nous vous invitons à signer la pétition

Infos-Site

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

Comment calculer sa rémunération à la Convention Collective FEHAP (CC 51)



Le salaire de base :

- ↘ La valeur du point FEHAP est actuellement de 4.312 Euros
- ↘ Le coefficient pour les infirmières est 477
- ↘ En multipliant l'un par l'autre vous obtenez le salaire de base brut.

Il convient de rajouter l'ancienneté : la prime d'ancienneté est d'1 % par an (dans la limite de 30 %)

En plus vous aurez une **prime décentralisée** qui sera versée mensuellement ou annuellement ou semestriellement selon les établissements, les critères d'obtention étant en général liées à l'**absentéisme**. Le total vous donnera votre **salaire brut**.

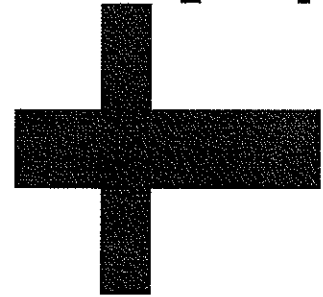


Vous y retirerez 22 à 23 % de charges sociales pour obtenir votre salaire net ■



ACTUALITES

Revalorisation infirmière



Les infirmières finlandaises ont gagné une hausse salariale de 28% !

Quelques heures avant leur démission collective, leur syndicat Tehy a passé un accord avec la "Commission des employeurs communaux". Comme quoi la mobilisation paie ! D'ailleurs, la dernière revalorisation des infirmières françaises date du mouvement de 1988, avec la grande manifestation des 100.000 IDE (sur 240.000 à l'époque). Les infirmières finlandaises réclamaient une augmentation de salaire de 24% (entre 400 et 600 euros par mois) sur deux ans et demi.

L'accord signé le 19 novembre prévoit :

- + une revalorisation salariale progressive de 22 à 28 % sur quatre ans, soit 350 à 650 Euros par mois
- + dont une hausse de 10 % dès la première année
- + et une prime de Noël de 270 Euros chaque année.



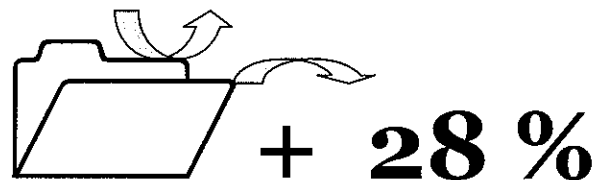
Dans quatre ans, elles seront donc les infirmières les mieux payées en Europe !

Les négociations salariales n'aboutissant pas depuis septembre, le 19 octobre, 16.000 membres du syndicat Tehy (dont 12.800 infirmières) avaient présenté leur démission collective, avec un préavis d'un mois. Les infirmières devaient donc quitter leurs fonctions le 19 novembre à minuit.

Le 16 novembre, le gouvernement finlandais a fait adopter une loi exceptionnelle, permettant aux hôpitaux de réquisitionner les démissionnaires, pour garantir la sécurité des patients. Du jamais vu en Finlande, provoquant la colère de l'ensemble des organisations syndicales du pays.

La "Commission des employeurs communaux", les infirmières finlandaises étant des employées municipales a donc dû calmer le jeu avec cet accord. Comme elles devraient être obligées d'augmenter les impôts locaux, pour financer la hausse de salaire des infirmières, les communes ont demandé une aide du gouvernement.

+ 22 % ...à



Selon une infirmière française exerçant en Finlande "les démissions massives (surtout dans la région de la capitale) qui auraient eu effet ce soir si nous n'avions pas obtenu gain de cause ont fait pencher la balance en notre faveur. Certains services avaient déjà envoyé des patients en Suède (les femmes en menace d'accouchement prématuré par exemple). Les secteurs les plus touchés auraient été l'hôpital pour enfants ainsi que les services d'urgences et de réanimation. Nous avons aussi l'appui de la population finlandaise en grande majorité."

Suite p 15



ACTUALITES

Revalorisation infirmière

SUITE DE
L'AP.14.

Les infirmières occupent une place prépondérante dans le système de soins en Finlande, du fait d'une pénurie historique de médecins. Des transferts de patients avaient déjà été organisés vers les pays voisins de la Finlande en prévision de leur démission.

Des revalorisations salariales ont été récemment promises à l'ensemble des employés municipaux (+ 9 % sur deux ans et demi). **Mais les infirmières souhaitent obtenir une hausse de 24 % sur 3 ans, soit entre 400 et 600 Euros par mois**, pour combler le retard accusé par la profession, du fait du gel des salaires depuis les années 80. Employées par les communes, elles gagnent actuellement **1.900 Euros mensuels environ**, une somme très inférieure à la moyenne des salaires des employés municipaux qui est de 2.500 Euros.

La Présidente du Syndicat, Jaana Laitinen-Pesola, ne voyait aucune alternative. *"Si le niveau des salaires n'augmente pas de façon significative, il ne nous reste plus qu'à changer de branche ou à aller travailler en Suède car les salaires y sont supérieurs de 500 Euros par mois"*.



Face à l'inefficacité de leur précédent mouvement de grève (quatre semaines en 1995) en raison de la nécessité de répondre à l'obligation de service minimum, le syndicat Tehy a choisi d'user de l'arme de la démission collective pour paralyser le système de santé.

A la veille de l'ultimatum du 19 novembre, les hôpitaux ont pris la menace au sérieux et prévoient de fermer des services entiers.

En effet, malgré des semaines de négociations, comme les communes (qui emploient les infirmières) et le gouvernement (qui assure le financement de ces communes) n'avaient pas l'intention de répondre aux revendications des infirmières et des sages-femmes, **des transferts de patients ont été organisés vers la Suède et l'Allemagne.**

Ce type d'action collective n'est pas sans risque. Rien ne garantissait que les infirmières auraient retrouvé leur emploi, une fois le conflit résolu. **Mais l'embauche des démissionnaires est une condition à la signature des accords collectifs, et la pénurie de main-d'œuvre dans les hôpitaux facilite le retour à l'emploi.**

Les infirmières bénéficient d'un fort soutien de la population. Toute tendance politique confondue, les Finlandais ont exprimé dans plusieurs sondages leur adhésion à ce mouvement, bien que l'augmentation des rémunérations des infirmières entraîne inévitablement dans plusieurs localités une progression des impôts. **Seul un quart des personnes interrogées étaient hostiles à l'action des infirmières et rejettent leur menace de démission** ■

Détails sur le site :
www.snpi-cfecgc.com



Le + syndical

Bulletin Trimestriel du Syndicat National des Professionnels Infirmiers

N° 45
Décembre
2007



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'approuvent pas le choix de la confédération, ils peuvent 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 À SA PLACE
À 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 1957, 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 / Mél : syndicats@ffasscfecgc.com / www.snpi-cfecgc.com

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