

SOMMAIRE**Page 1 : Edito****Page 2 : A propos de l'Ordre ou des Ordres****Pages 3-4 : Le développement professionnel continu (DPC)****Pages 5-7 : Infirmière : reconnaître notre qualification et la pénibilité de notre travail****Profession infirmière : le Salon CGT
les 24, 25, 26 octobre 2012 - Porte de Versailles****EDITO**

Les réformes de la protection sociale et du système de santé se concrétisent quotidiennement dans la vie professionnelle des personnels de santé.

Elles se traduisent par des réactions différentes, qui amènent à un mécontentement et à une insatisfaction au travail grandissante.

Ainsi, les infirmier-es, pivots de l'équipe de soins, se plaignent avant tout du manque de temps, conduisant à effectuer des séries d'actes sans disponibilité suffisante pour un réel travail relationnel, et non traduit, sonnante et trébuchante, dans la T2A.

L'irruption de la « gestion » dans l'exercice professionnel conduit à une surcharge de travail. Chacun connaît la difficulté pour faire prendre en compte la part d'autonomie dévolue par le rôle propre infirmier, issu des luttes de la profession et intégré au Code de la santé publique (article R.4311-1 à R.4311-5) comme élément à part entière de la pratique professionnelle. Nul n'ignore l'efficacité de ce « temps humain » que l'on travaille en médecine-chirurgie-obstétrique ou en psychiatrie du secteur public ou privé lié au professionnalisme, au rôle propre, mais aussi lié aux effectifs, à l'organisation du travail, donc à l'emploi.

Le nouveau programme de formation

infirmier de 2009 permet une réflexion sur la prise en charge du patient. Néanmoins, cette anticipation du raisonnement professionnel est précoce vis-à-vis de l'acquisition des gestes professionnels.

La CGT a dénoncé le manque de moyens alloués pour permettre cette « révolution » de la formation initiale des infirmier-es. Il y a volonté de modifier tous les contenus professionnels des paramédicaux pour gérer les pénuries de personnels médicaux et paramédicaux, qui ont été organisées de longue date.

Sous l'argument justifié « d'améliorer la coopération entre professionnels », afin de perfectionner la prise en charge des patients, en fait l'objectif est de transformer profondément la conception du soin.

Ce ne serait plus une prise en charge globale de la personne, mais l'exécution d'une série d'actes protocolisés et formatés, en lien avec la tarification à l'activité et la loi HPST.

La CGT s'oppose farouchement à cette conception de la santé.

Sous la pression des organisations syndicales et professionnelles, des modifications se font jour. Exemple, l'outil portfolio, vecteur de traçabilité de l'évolution des acquisitions de l'étudiant. En l'état actuel, il représente une charge trop lourde pour le maître de stage et le

tuteur de stage au regard de leurs charges de travail, puisqu'ils ne sont pas détachés d'une partie de l'administration des soins aux patients.

La perte de reconnaissance de la pénibilité de la profession infirmière (IDE, IADE, IBODE puériculteurs, cadres et cadres supérieur de santé), mais d'autres professions paramédicales, vont connaître le même sort. Celle-ci est la résultante du protocole « intégration du dispositif LMD dans la FPH » du 2 février 2010, signé par un seul syndicat représentant 0,5% de la profession infirmier-e. Et sans la moindre expression de l'ordre infirmier !

Pour sortir de l'impasse, c'est toute la profession qui doit s'exprimer en mettant au centre la qualité du service rendu, l'évolution de la situation et des besoins des professionnels.

Il est maintenant urgent de travailler la qualité des revendications et de l'action, avec l'ensemble des professionnel-les de la santé du public, du privé et de l'action sociale.

Pour ces motifs, et bien d'autres, la CGT est présente sur le salon infirmier au stand B24.

*Annick Picard, Responsable collectif Infirmier
Et Membre de la Commission Exécutive de
l'UFMICT-CGT**

**UFMICT : Union Fédérale des Médecins,
Ingénieurs, Cadres et Techniciens**

A propos de l'Ordre ou des Ordres

Instaurée par le Gouvernement précédent, l'obligation d'adhérer à un ordre professionnel pour les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmier-es et les pédicures-podologues a suscité une forte opposition de la part des professionnels.

En effet, les professionnels concernés, qui disposent déjà d'instances disciplinaires et représentatives, ne voient pas l'utilité d'adhérer à ces ordres, alors même qu'ils jugent leur fonctionnement inefficace et inadapté aux préoccupations professionnelles, ainsi qu'aux besoins de leurs patients. De fait, quelle utilité revêt l'existence de l'ordre pour les professionnels paramédicaux (infirmiers, masseurs kinés ou pédicures podologues) ? Pour garantir la compétence, la moralité et la qualité de l'exercice professionnel ? Les ordres professionnels paramédicaux sont des délégataires de missions et de tâches que les services de l'État notamment les régions engagées dans un processus de restructuration, au travers de la création, (par la loi du 21 juillet 2009), des agences régionales de santé, ne peuvent plus et ne veulent plus assumer : inscription des professionnels au tableau, validation des diplômes étrangers, recensement, suivi démographique... Mais, pour assumer ces missions confiées par l'État, via une loi un ordre ne peut compter que sur les cotisations des professionnels concernés. Actuellement, il

représente un impôt qui repose uniquement sur les professionnels concernés, qui payent une cotisation attachée à l'inscription au tableau de l'ordre. Or, les missions confiées par l'État aux ordres professionnels sont des missions de service public. On peut honorablement se questionner sur cet état de fait. Ces réflexions ont été portées et sont en attente de rendus de justice. La CGT suit ce dossier avec les avocats des professionnels attaqués pour non inscription à l'ordre et accusés d'exercice illégal.

♦ **Est-ce que le fait d'appartenir à un ordre renforce le sentiment d'appartenance à une profession ?**

♦ **Est-ce que cela permet une défense des professionnels et de leur exercice ?**

♦ **Sont-ils plus indépendants ?**

Que nenni ! Tenter de nous le faire croire ne passe pas ! Les paramédicaux auront une réelle indépendance de leur profession quand ils pourront dérouler les niveaux universitaires, allant jusqu'à la recherche et au doctorat, en lien avec les pratiques professionnelles. Majoritairement les kinés et les pédicures, les infirmiers ne font pas part d'un besoin d'ordres professionnels. Ceux qui sont inscrits le sont sous la contrainte (nouveaux diplômés), ou sous des menaces ou alors par simple tranquillité d'esprit....

Bref, peu de convaincus, ce qui ne rassemblent pas les confrères, ni ne défendent leurs intérêts ! Entendu l'ordre infirmier, quand les infirmier-es

ont perdu la reconnaissance de la pénibilité de leur métier, avec ce chantage inique « quelques € de plus, mais un départ à 60 ans » ; bref une « catégorie A au rabais » ? NON.

Alors défense de la profession ? De son honneur ? En sanctionnant un agent pour faute professionnelle (devant la chambre disciplinaire pour les « ordinés ») ou en le convoquant devant les juges, les ordres professionnels assurent-ils la promotion de leur profession ? Chacun peut en juger !...

Les règles professionnelles et les syndicats existent, ainsi que des statuts et des conventions collectives, Par conséquent, les ordres sont inutiles. Même gratuits, on n'en veut pas !

La ministre, lors de son discours sur le pacte social du 7 septembre 2012, marque une distance par rapport à l'adhésion obligatoire aux ordres professionnels. La CGT attend sa concrétisation législative et continuera d'exiger l'abrogation des lois portant création des ordres professionnels.

Conserver ces structures inquiétantes pour faire quoi envers les professionnels et leur exercice ?

Structures inquiétantes, car ce sont des structures privées avec des missions confiées par l'État. Peut on dire que l'ordre est un outil de l'État ? Alors, exigeons leur ABROGATION !

*Frédérique Lecocq
Membre de la Commission
Exécutive de l'UFMICT-CGT*



Le développement professionnel continu (DPC)

Le DPC a été institué par l'article 59 de la Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST).

Le DPC est défini comme suit : « *Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé* ».

Initialement destiné aux médecins, il devient applicable à toutes les professions de santé.

Il s'applique :

- Aux médecins,
- Aux chirurgiens-dentistes,
- Aux pharmaciens,
- Aux sages-femmes,
- Aux préparateurs en Pharmacie,
- Aux auxiliaires Médicaux*,
- Aux aides-soignants.

Désormais, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation continue sont intégrées dans un dispositif unique : le **Développement Professionnel Continu (DPC)**, qui devrait entrer en vigueur le 01 janvier 2013.

L'EPP avait été instaurée par la loi du 13 août 2004 et rendue obligatoire pour tous les médecins, mais pas pour les autres professionnels de santé.

Avec le DPC, c'est chose faite !

Dans le cadre de la réduction des dépenses de santé et de ses conséquences sur l'offre et la qualité des soins, le Ministère, via la Haute Autorité de Santé (HAS), a souhaité se donner bonne conscience en instaurant l'analyse professionnelle par rapport à des recommandations de bonnes pratiques, en mettant en œuvre des actions d'amélioration.

Dès juin 2005, la HAS a souhaité que l'EPP soit étendue à l'ensemble des professionnels de soins et elle a incité les pouvoirs publics et les professions concernées à s'engager sans tarder dans cette direction.

Chaque professionnel, qu'il soit médical ou paramédical, libéral ou salarié, est aujourd'hui soumis à la nouvelle obligation de DPC.
« *Obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente* ».

Les salariés sont considérés comme remplissant les conditions du DPC, dès lors qu'ils participent à un programme de développement professionnel continu collectif annuel ou pluriannuel.

Pour que cette obligation soit remplie, le programme doit répondre à une orientation nationale ou à une orientation arrêtée au niveau régional.

Le ministre chargé de la santé définit, chaque année, par arrêté, une liste de ces orientations nationales. Ces dernières peuvent être complétées par des orientations régionales fixées par l'agence régionale de santé (ARS), en cohérence avec le projet régional de santé.

On assiste à une étatisation de la formation. Le Ministère et les ARS prennent la main sur la formation professionnelle.

Les programmes de DPC sont dispensés par les organismes de développement professionnel continu qui doivent être enregistrés par un organisme gestionnaire : l'OGDPC.

Les établissements ou les instances internes des établissements de santé pourront animer de tels programmes en s'appuyant sur la personnalité morale de l'établissement, mais ils devront au préalable :

- ◆ se faire déclarer comme structure réalisant des prestations de formation professionnelle.

- ◆ se faire enregistrer en qualité d'organisme de DPC.

Comment le DPC est-il financé ?

Le financement des programmes de formation sera assuré par l'OGDPC pour les libéraux et les professionnels des centres de santé, et par les employeurs des établissements publics et les employeurs du secteur privé.

Comme les médecins, les professionnels paramédicaux ont l'obligation de participer à des programmes de DPC. Les actions de DPC, au même titre que les actions de formation professionnelle continue, sont financées sur les fonds de la formation professionnelle.

Dès lors, les employeurs des structures lucratives ou non lucratives doivent affecter une partie des fonds réservés à la formation professionnelle au financement du DPC des professionnels.

Il en est de même dans le secteur public où l'ANFH se chargera d'assurer la gestion des programmes de DPC, sans budget supplémentaire !

Lorsque le DPC se fait sous forme d'actions de formation, les employeurs privés les financent sur les crédits prévus par l'article L. 6331-1 du Code du travail (plan de formation, voire périodes de professionnalisation). Cet article fixe l'obligation, pour les employeurs privés, de financer la formation professionnelle de l'ensemble de leurs salariés, c'est-à-dire non seulement les personnels médicaux et paramédicaux, mais également tous les professionnels qui participent à la vie de l'établissement au sein des services administratifs, logistiques, ou encore éducatifs.

Le DPC est une réforme majeure qui remplace tout le dispositif de formation actuel.

Ces dispositions portent d'énormes

*Les auxiliaires médicaux sont définis par le livre III du code de la santé publique et regroupent les infirmiers (titre I), les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoprothésistes et pédicures-podologues (titre II), les ergothérapeutes et psychomotriciens (titre III), les orthophonistes et orthoptistes (titre IV), les manipulateurs d'électroradiologie médicale (titre V), les audioprothésistes, opticien-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (titre VI) et les diététiciens (titre VII).

enjeux, tant sur le plan financier de la formation continue, que sur les contenus de formation des professions de santé. Cela va impacter fortement les politiques sanitaires et sociales dans les prochaines années.

De plus, elles vont être très rapidement liées avec les mesures instituant des coopérations entre professionnels de santé, la réingénierie des programmes de formation initiale des professions paramédicales, en lien avec la réforme de la première année de médecine (rentrée septembre 2010) et celle à venir d'une éventuelle année commune des professions paramédicales.

A terme, la question se pose de savoir si les formations initiales des professions paramédicales, sous la forme actuelle, perdureront. Il y a un risque aussi d'éclatement des diplômes nationaux car, dans le projet de décret sur « la transmission d'informations certifiées relative aux titres de formation délivrés aux professionnels de santé et aux personnes susceptibles de concourir au système de soins », il est envisagé la certification de « bouts de métier ». Cela pourrait conduire à la déréglementation des professions de santé, dans le but de moins payer les qualifications reconnues collectivement au profit des compétences individuelles.

Le développement professionnel continu (DPC), l'évaluation des pratiques professionnelles, la multiplication des protocoles, (etc), représentent les outils qui vont mettre à mal les professionnels.

L'individualisation, par le biais de l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles, conduira le professionnel à « être coupable » de ne pas respecter les pratiques normées. Quid de la réponse à une prise en charge globale et individualisée du patient ? Tout le monde dans le même moule, patients et soignants, malheur à ceux qui sortent du rang...

Qui assure le contrôle du DPC ?

Le DPC constitue une obligation annuelle pour les professionnels de santé quels que soient leurs statuts (public, privé, associatif). Ces derniers doivent donc être en mesure de justifier avoir suivi un programme de DPC. Les décrets prévoient donc que l'organisme de développement

professionnel continu délivre une attestation justifiant du suivi annuel d'un programme.

Pour les professionnels de santé paramédicaux :

◆ L'organisme transmet simultanément par voie électronique l'attestation à l'employeur des professionnels de santé paramédicaux, ainsi que pour les aides soignants, auxiliaires de puériculture.

◆ L'employeur s'assure du respect de l'obligation annuelle de DPC de ses salariés.

Si cette obligation n'est pas satisfaite, l'employeur invite le professionnel à exposer les motifs du non respect de cette obligation. L'employeur apprécie, au vu des éléments fournis, s'il y a lieu de prendre une **sanction**.

Si cette obligation n'est pas satisfaite, cela peut constituer un motif d'insuffisance professionnelle sanctionnable selon les cas, par le conseil de l'Ordre quand il existe (libéraux) ou l'employeur (salariés).

Pour les paramédicaux, la responsabilité est bien partagée entre le salarié et l'employeur dans la mesure où l'employeur doit s'assurer que ses salariés ont bien respecté leur obligation de DPC.

Même si pour les autres professionnels, la responsabilité de l'employeur n'est pas explicitement engagée, l'employeur doit veiller à ce que chacun des professionnels concernés par le DPC assiste à des actions de DPC pour se prémunir contre une éventuelle interdiction d'exercice prononcée par l'Ordre.

Le DPC sera piloté par plusieurs instances dont :

- ◆ L'organisme de Gestion (OGDPC).
- ◆ 5 commissions scientifiques représentant respectivement les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes et les paramédicaux.

Quels sont les points qui alertent la CGT ?

◆ L'obligation faite aux salariés (médecins et auxiliaires médicaux de se former) sur des axes prédéfinis, sans concertation avec les organisations syndicales représentatives des salariés, qui ont été exclues des instances décisionnelles.

◆ Renversement de la responsabilité de la formation : les employeurs et les ordres professionnels vérifient, voire sanctionnent le salarié qui ne remplit pas son action obligatoire annuelle de DPC, alors que le départ en formation professionnelle dépend de l'approbation au final de l'autorité hiérarchique. En effet, le salarié n'est pas maître d'une décision qui s'impose à lui. Pour la CGT, c'est à l'employeur, à l'Etat de réunir toutes les conditions pour que les salariés puissent accéder à la Formation Tout au Long de sa Vie.

◆ Reprise en main, à nouveau, d'une partie des fonds de la formation professionnelle par l'Etat.

◆ Le DPC est un dispositif qui risque d'être « le bras armé » du Ministère sur les mises en place des réformes, avec la prise en compte d'une ou des orientations prioritaires arrêtées par le ministre.

◆ L'objectif, à travers le DPC, est « la maîtrise médicalisée » et la réduction des dépenses de santé.

◆ Quel poids « le budget DPC » va-t-il représenter sur le budget formation des établissements ?

◆ Quels moyens financiers resteront disponibles aux établissements pour couvrir leurs propres besoins (orientations, demandes individuelles des agents...)?

Pour la CGT, la formation professionnelle continue est un enjeu majeur pour les établissements sanitaires et sociaux, mais aussi pour les professionnels afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Les évolutions technologiques, pour une meilleure prise en charge du patient, nécessitent une maîtrise encore plus performante et des réponses adaptées.

La formation professionnelle doit permettre à chaque salarié de progresser, d'évoluer au cours de sa vie professionnelle.

*Philippe Kéravec
Membre de la Commission Exécutive
de l'UFMICT*



Infirmière : reconnaître notre qualification et la pénibilité de notre travail, ce n'est que justice sociale

La CGT dénonce l'odieux marchandage envers les professions paramédicales de la Fonction publique hospitalière : un petit peu plus de salaire contre la suppression ou l'abandon de la reconnaissance de la pénibilité.

Le 2 février 2010, Mme Bachelot, Ministre de la santé, a supprimé le bénéfice de la catégorie active (*c'est-à-dire la possibilité d'un départ anticipé à la retraite*), aux infirmier-es du secteur public. Cela s'est fait dans le cadre d'un protocole d'accord "relatif à l'intégration dans la catégorie A de la Fonction publique hospitalière des infirmiers et des professions paramédicales aux diplômés reconnus dans le Licence Master Doctorat (LMD) par les universités et à l'intégration des corps de catégorie B de la Fonction publique hospitalière dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B".

Toutes les organisations syndicales représentatives ont dénoncé ce marchandage de la reconnaissance de la pénibilité contre une reconnaissance de la qualification. Très clairement, le Ministère a indiqué que ces propositions étaient justifiées par la «recherche de financement» : les personnels sont invités à financer eux-mêmes la reconnaissance de leur qualification en perdant le

droit de partir plus tôt à la retraite !

◆ Seul le SNCH, syndicat non-représentatif de la profession (moins de 1% aux élections), devenu le SMPS (*Syndicat des Managers Publics de Santé*) a osé signer les volets 1 et 3 du protocole, qui ont supprimé le classement en catégorie active :

- des nouvelles ou nouveaux infirmier-es (IDE) recruté-es à partir du 1^{er} décembre 2010, des IDE spécialisé-es recruté-es à partir du 1^{er} juillet 2012 . Elles/ils pourront partir à la retraite à 62 ans, et 67 ans à taux plein (sans décote),
- des IDE déjà fonctionnaires en catégorie B, qui ont opté individuellement et définitivement pour la catégorie A, avant le 31 mars 2011, dans le dispositif intitulé "droit d'option", avec un départ possible à 60 ans et 65 ans à taux plein,
- des infirmier-es spécialisé-es déjà fonctionnaires en catégorie A, qui ont opté individuellement et définitivement pour la catégorie sédentaire, avant le 1^{er} juillet 2012, avec un départ possible à 60 ans et 65 ans à taux plein

Le tour des cadres et cadres supérieurs va arriver... puis les autres paramédicaux... les IDE de la Fonction publique territoriale.

- Pour celles et ceux qui étaient déjà fonctionnaires et

qui ont préféré rester en catégorie active, c'est moins de salaire avec la possibilité d'une retraite anticipée à partir de 57 ans et à taux plein à 62 ans. Elles/ils conservent aussi la majoration de durée d'assurance (MDA) pour atténuer la décote, (celles et ceux qui sont en catégorie sédentaire ne peuvent plus en bénéficier !).

Pour mettre en œuvre ce protocole d'accord, la majorité parlementaire de droite de l'époque a adopté **la loi n°2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la Fonction publique. Et cette injuste réglementation qui a été reprise dans la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010.**

Lors des débats des deux projets de loi, de nombreux parlementaires de gauche ont dénoncé cet odieux chantage. Ils ont demandé la reconnaissance de la qualification des infirmier-es en catégorie A ainsi que la reconnaissance de la pénibilité.

Ce marchandage a créé des inégalités de traitement inadmissibles entre les infirmier-es

► **Les IDE hospitalières qui occupent le même poste** n'ont pas le même salaire avec la même ancienneté, et pas le même âge de départ à la retraite...

◆ Celles ou ceux qui sont restés en catégorie B se retrouvent dans "un corps en voie d'extinction". Beaucoup se retrouvent bloqué-es au dernier échelon de la classe normale, ne pouvant plus passer en classe supérieure à cause des inadmissibles quotas. En effet, seulement 30 % sur la totalité des IDE de la catégorie B peuvent accéder à la classe supérieure. De là, comme il n'y a plus de nouvelles qui arrivent en classe normale, puisqu'elles/ils intègrent obligatoirement la catégorie A sédentaire, le passage est retardé, voire compromis par le nombre total qui n'augmente plus...

◆ Pour les hospitalier-es de la catégorie C, principalement des ASH ou aides-soignant-es qui suivent actuellement leurs études d'infirmières, les mesures pour reprendre l'ancienneté ne sont pas prévues pour passer de la catégorie C à A, comme cela est possible de C en B !

» **Les IDE de la Fonction publique d'État** ont trois nouveaux corps en catégorie A. L'un est "à vocation interministérielle", un autre accueille les IDE de la défense, et le troisième ceux de l'éducation nationale.

Chacun des trois nouveaux corps est découpé en deux grades - infirmiers et infirmiers hors classe - présentant le même nombre d'échelons et les mêmes bornages indiciaires que les deux premiers grades des IDE de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Mais, les grilles présentent quelques différences avec celles de la FPH, avec un avancement moindre : là pas de marchandage pour le

financement possible, puisqu'elles sont en catégorie sédentaire. Dans le grade d'infirmier, en particulier, une distinction entre classe normale et classe supérieure est maintenue pour "une période maximale de 10 ans". Passé ce délai, les deux classes devraient fusionner.

Un cas particulier est prévu pour les 37 IDE pénitentiaires et de la protection judiciaire de la jeunesse, actuellement classé-es en catégorie active. Un droit d'option doit leur être proposé sur le même principe que les IDE de la FPH.

» **Dans la Fonction publique territoriale**, un nouveau cadre d'emploi en catégorie A est proposé. Il est composé d'un premier grade d'infirmier de soins généraux scindé en 2 classes - normale et supérieure - et d'un deuxième grade hors classe, accessible par promotion au choix. Le cadre d'emploi de référence comprend deux grades : attaché et attaché principal.

Comme pour les IDE hospitalier-es, un droit d'option s'appliquera pour les IDE territorial(e)s classé-es actuellement dans la catégorie active : celles et ceux qui resteront en catégorie B garderont le droit d'un départ anticipé, les autres seront en catégorie A dans la catégorie sédentaire.

Les projets de décrets ignorent complètement les près de 6000 IDE spécialisées en puériculture. De ce fait, elles se retrouveraient sous classifiées et sous rémunérées à la fois par rapport à leurs homologues hospitalières, mais aussi par rapport au nouveau cadre d'emploi d'infirmiers en soins généraux.

» **Dans le secteur privé de la Santé et de l'Action sociale : pas de reconnaissance de la qualification et de la pénibilité du travail**

Les salarié-es qui ont des qualifications Bac +3, voire Bac +5, ne sont toujours pas reconnu-es dans la catégorie cadre : infirmier-es, kinés, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, orthophonistes...

Les fédérations d'employeurs - FEHAP (établissements non lucratifs) - Centres de Lutte Contre le Cancer, Croix-Rouge et FHP (Fédération de l'Hospitalisation privée lucrative), refusent toute négociation si le Ministère n'accorde pas le financement nécessaire pour augmenter les salaires avec le passage en catégorie cadre et pour cotiser dans la caisse complémentaire obligatoire des cadres l'AGIRC, en plus de leurs cotisations ARRCO.

La CGT exige l'égalité de traitement entre toutes et tous, la reconnaissance de la pénibilité du travail des infirmières et para-médicaux.

La Fédération Santé Action sociale CGT a été déboutée par le Conseil d'Etat, dans sa requête pour transmettre une question prioritaire de constitutionnalité, relative au principe d'égalité de traitement des infirmier-es dans la Fonction publique hospitalière. Alors que la requête de la CGT auprès des Ministres de l'ancien gouvernement (qui ne lui ont jamais répondu) date du 29 avril 2011, le Conseil d'État a notifié sa décision, après l'audience publique de mardi 26 juin 2012, avec une célérité inhabituelle !

Le principe d'égalité est inscrit dans la Constitution

française, mais le Conseil d'État a considéré que la création d'un nouveau corps suffit pour justifier un traitement différent des infirmier-es ! Il a qualifié le "choix d'option" de projet de vie ! Et surtout, il a érudé complètement la question de la pénibilité de leur travail.

Pourtant, contrairement à ce que dit cette haute juridiction de l'État, la demande de la CGT est extrêmement sérieuse, et l'inégalité de traitement est vécue comme une profonde injustice par la profession. Il est indéniable que l'immense majorité de la profession plaide et argumente en faveur de la reconnaissance de la pénibilité et de sa qualification.

La CGT demande au nouveau gouvernement (dont certains membres s'étaient opposés en 2010 aux articles de la loi supprimant la reconnaissance de la pénibilité des infirmier-es), **de reclasser ces professionnelles en catégorie active.** Il doit aussi stopper la publication des décrets en préparation pour appliquer ce « droit d'option » aux cadres, et autres professions paramédicales.

Une reconnaissance de la pénibilité du travail des infirmier-es largement justifiée.

Ce n'est que justice sociale de maintenir la reconnaissance de la pénibilité, avec la possibilité d'un départ anticipé à la retraite pour les IDE hospitalier-es, et de l'élargir aux salarié-es de la santé privée, ainsi qu'à tous les salariés qui travaillent dans les mêmes conditions et dont l'espérance de vie moyenne est amputée de plusieurs années.

Les conditions de travail des IDE justifient le maintien du

dispositif : travail de nuit, travail posté, port des patients, produits toxiques, pénurie organisée de personnels, charge émotionnelle (souffrance, mort...), responsabilités... Et malheureusement, ces conditions d'exercice ne s'améliorent pas : manque d'effectif, travail en 12H...

La pénibilité ne doit pas déboucher sur l'incapacité de travail ou l'invalidité, comme le montrent malheureusement les chiffres de la *Caisse Nationale de Retraite de la Fonction publique hospitalière et territoriale (CNRACL)*: 1/5^e des IDE partent en invalidité avant l'âge de 55 ans. A ce jour, la CNRACL ne dispose seulement que de 21 % des données des accidents de travail et maladies professionnelles de la FPH : beaucoup de fiches sont erronées, voire incomplètes...

Les résultats d'une étude menée par des chercheurs de l'Inserm, publiée début 2012, montre que le risque de cancer du sein est augmenté chez les femmes ayant travaillé de nuit, comme les infirmières.

Le secteur de la santé, fortement féminisé (70 % de femmes et jusqu'à 90 % dans les maisons de retraite), ressent cette remise en cause comme discriminatoire à l'égard des femmes. Les statistiques montrent que si les femmes ont une espérance de vie plus importante que les hommes, l'espérance de vie en bonne santé est presque semblable, en particulier dans nos secteurs, avec de nombreux troubles musculo-squelettiques très invalidants.

Au moment où le gouvernement parle d'égalité professionnelle, il doit reconnaître la pénibilité des métiers à prédominance féminine.

Pour toutes ces raisons, la CGT appelle les infirmier-es, du public comme du privé, à se mobiliser :

♦ **pour obtenir une amélioration des conditions de travail.** Un plan emploi/formation est nécessaire pour la création d'emplois qualifiés d'infirmier-es, des mesures concrètes en faveur de l'accès à la formation, l'augmentation des places dans les formations initiales et continues...

♦ **pour le maintien, la reconquête ou la conquête de la reconnaissance de la pénibilité par un départ anticipé à la retraite.** Le départ anticipé à la retraite doit se faire à un taux plein, avec un système de bonifications, comme en bénéficient certaines professions.

♦ **pour la reconnaissance salariale du diplôme d'infirmier en Bac +3 et +5 pour les spécialisés-es.** Les IDE de la FPH doivent avoir une grille identique sans quotas pour le passage en catégorie supérieure... Les infirmier-es dans le privé doivent être classés en catégorie cadre, avec des cotisations retraite dans la caisse complémentaire obligatoire des cadres (AGIRC).


Pas question de monnayer la santé des salarié-es !



Pouvoir partir et vivre à la retraite en bonne santé et décentement est un enjeu de justice sociale.

Sylvie Brunol
Membre de la CEF
Et membre du
collectif infirmier de l'UFMICT-
CGT

La CGT avec les professionnel-es : des réponses



A l'occasion du salon infirmier à Paris, la Fédération CGT Santé Action Sociale tient un stand, où les professionnel-les ou futurs professionnel-les peuvent recueillir des informations, trouver des documents spécifiques ou plus généraux, débattre du quotidien, que l'on soit du public et du privé, prendre des contacts mais aussi adhérer à la CGT.

Le stand CGT est tenu par des professionnel-les du secteur public et du secteur privé, une personne ressource sur l'activité juridique de notre champ professionnel. Toutes et tous présents pour partager et répondre à vos interrogations.

Le choix exprimé par une majorité des professionnels infirmiers, lors du chantage effectué à travers le droit d'option, a marqué combien leur attachement était important envers des valeurs défendues par notre syndicat CGT.

Le slogan «Les ordres, même gratuits, j'en veux pas ! », avec les arguments que la CGT a tenu et maintient contre les ordres professionnels positionnent notre organisme comme force de propositions.

Le bilan du nouveau référentiel infirmier, la mise en œuvre du système LMD, la mise en œuvre du DPC, les réingénieries IBODE, puéricultrices et cadres, la réforme de la psychiatrie et les incidences sur le travail infirmier, les conditions de travail et d'exercice, la loi sur le financement de la Sécurité Sociale...

On le voit, les sujets ne manquent pas.

Ainsi, les outils élaborés par les infirmières CGT, plus largement par les professionnel-les de la santé, serviront les objectifs dans des débats contradictoires, et non les objectifs visés par la mise en œuvre des réformes venant « d'en haut ».

L'expression CGT doit être diffusée. Nous intervenons aussi dans les débats pour identifier d'autres choix que ceux de la politique de santé actuelle.

Pourquoi ne pas donner plus de poids au syndicalisme en participant aux actions nécessaires pour gagner des conditions de travail correctes, des salaires reconnaissant la qualification.... ?

La CGT, présente sur le stand B24, vous attend.

Annick Picard