

de BUTBLANC en

Bulletin
du Syndicat
National
des Infirmier(e)s
Conseiller(e)s
de Santé



N° CPPAP 3.955 D 73 S - ISSN 1248 9867
Prix : 0,61 €

N° 45 mai - juin - juillet 2006

ÉDITORIAL



Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé

BULLETIN SPÉCIAL STATISTIQUES INFIRMIÈRES

Sommaire

• Édito	Une
• LOLF et STAT	P. 2
• Le cahier de l'infirmière	P. 3
• Ce que nous voulons	P. 4
• Ce que la DGESCO refuse...	PP. 5 à 10
• LOLF	PP. 11-12

Après un printemps marqué par l'action et une rentrée qui s'annonce mouvementée compte tenu des suppressions massives de postes de fonctionnaires notamment dans l'Éducation nationale, quelques semaines de repos sont les bienvenues. Bien que le mois de juillet soit déjà bien entamé, nous tenons à vous transmettre le bilan 2004/2005 des retours obtenus en matière de statistiques infirmières et rappeler à ceux et celles qui ne nous ont pas encore transmis leurs statistiques 2005/2006, de bien vouloir le faire dès la rentrée de septembre (double des volets 1 et 2 du cahier de l'infirmière).

Le SNICS souhaite que la contribution des infirmières de l'Éducation nationale à la réussite scolaire, c'est-à-dire l'intégralité de leur travail, soit prise en compte à tous les niveaux du système éducatif : établissements scolaires, IA, rectorat, ministère et diffusé au niveau politique : députés, sénateurs, élus départementaux et régionaux... Nous voulons que notre profession démontre une nouvelle fois, que ces chiffres sont indispensables pour justifier la place des infirmières au sein du système éducatif, donner lieu à des créations de postes et ne pas être décentralisée.

Comme vous le savez, la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) a décidé cette année encore de ne prendre en compte que les éléments d'une enquête sous forme de questionnaire unique commun aux médecins, infirmiers et assistants sociaux (bilan de la sixième année, élèves ayant une maladie chronique pour lesquels le médecin est intervenu, enfance en danger, formation aux premiers secours + la contraception d'urgence pour les infirmiers). Or, l'ensemble de ces éléments ne constitue en rien le reflet de l'activité de notre profession, ce qui est inadmissible et dangereux pour l'avenir. En effet ces mêmes indicateurs de santé publique sont repris dans le cadre de la LOLF de façon encore plus restrictive, puisque ces indicateurs LOLF ne comptabilisent que les visites médicales de la sixième année et le pourcentage de lycées sans fumeurs. Il est important de rappeler que ces indicateurs vont être associés aux objectifs budgétaires et que notre profession au sein du système éducatif sera évaluée par le biais de ces indicateurs qui, chacun peut en juger, ne sont pas des indicateurs de réussite scolaire mais de santé publique...

C'est pourquoi nous avons demandé à chaque collègue de nous faire parvenir le récapitulatif des volets I et II de ses statistiques infirmières qu'il s'agisse de la version papier ou informatique Sagesse. Nous avons commencé à les compiler et les analyser comme nous l'avons fait l'an dernier.

L'enjeu est important car cet amalgame et ce refus de prendre en compte l'intégralité du travail effectué par notre profession tant dans le domaine individuel que dans celui des interventions collectives reviennent à taire les besoins et demandes de soins exprimés par les jeunes dans les infirmeries. Mais c'est aussi nier l'activité et donc la place des infirmières au sein du système éducatif. Cette orientation obère la politique de prévention en matière de santé menée par le ministère de l'Éducation nationale qui se prive d'une possibilité d'analyse en passant sous silence les millions d'élèves qui chaque année consultent les infirmières. **Préserver nos statistiques est donc essentiel car elles sont le meilleur reflet de notre travail auprès des élèves et nos plus sûres avocates pour la défense de nos missions et de nos postes dans l'Éducation nationale !**

Bulletin du syndicat national des Infirmier(e)s
Conseiller(e)s de Santé
46, avenue d'Ivry, 75013 Paris
Tél. : 01 42 22 44 52 - Fax : 01 42 22 45 03
snics@wanadoo.fr
Site www.snics-fsu.org
Directeur publication : Brigitte Le Chevert
N° CPPAP 3.955 D 73.S
ISSN 1248 9867
Impression : Imprimerie S.I.P.E., Paris 75020
Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité
Clotilde Poitevin : 05 55 24 14 03
Courriel : contact@comdhabitude.fr
Site : www.comdhabitude.fr

Brigitte Le Chevert, le 19 juillet 2006

LOLF, POSTES D'INFIRMIÈRE ET STATISTIQUES

Depuis janvier 2006 l'organisation budgétaire de l'État se fait dans le cadre de la LOLF : Loi organisationnelle des lois de finances. Cette loi organise les actions de l'État en missions, les missions sont déclinées en programmes. Pour l'Éducation nationale il y a quatre programmes qui se retrouvent au niveau académique :

- programme 1^{er} degré ;
- programme 2^e degré ;
- programme vie de l'élève ;
- programme support : ce sont les moyens alloués aux services déconcentrés (rectorat et inspections académiques).

N.B. : il existe un programme enseignement privé au niveau national.

Les programmes sont ensuite déclinés en actions. Notre profession se retrouve ainsi dans le programme « vie de l'élève ». Dans le supérieur elle se retrouve dans le programme « vie de l'étudiant ». Les actions définies à l'intérieur du programme vie de l'élève sont les suivantes :

- vie scolaire et éducation à la responsabilité : CPE - MI-SE ;
- santé scolaire : infirmières et médecins [ce que nous avons gagné avec la circulaire de janvier 2001 sur la mission de promotion de la santé en faveur des élèves qui avait remplacé « le service de promotion de la santé » est mis en danger par la réapparition de la notion de santé scolaire]. **N.B.** : Cette action représente 6 % du montant total du programme vie de l'élève ;
- aide aux élèves handicapés ;
- actions sociales : bourses - fonds sociaux : assistantes sociales ;
- accueil et services aux élèves : il s'agit de nos collègues TOS qui à terme disparaîtront en raison du transfert des TOS aux collectivités territoriales.

À l'intérieur des programmes le recteur a toute autorité pour privilégier une action plutôt qu'une autre. Un plafond d'emplois est défini par catégorie : il ne s'agit pas d'un plancher mais d'un plafond à ne pas dépasser : ainsi par exemple un nombre d'emplois d'infirmières maximal est arrêté par académie. Chaque action sera évaluée et de cette évaluation dépendront les moyens alloués pour les années futures. Et c'est là où le bât blesse pour nous infirmier(e)s ! En effet les critères d'évaluation retenus par le ministère pour l'action « santé scolaire » sont à mille lieues des missions définies par la circulaire de janvier 2001. Il s'agit du taux de réalisation de la visite médicale de six ans, du pourcentage de lycées non fumeurs, du nombre d'AFPS délivrées et de la scolarisation des enfants handicapés ! Tout cela n'a pas grand-chose à voir avec le sens de notre recrutement à l'Éducation nationale à savoir notre contribution à la réussite scolaire de tous. Pire puisque ces critères d'évaluation pourraient nous amener à travailler en dehors des missions de la circulaire de janvier 2001.

Depuis plusieurs années, le SNICS se bat pour faire comprendre au ministère que les statistiques infirmières sont un formidable outil au niveau épidémiologique et au niveau de la prise en compte des activités des infirmières de l'EN si elles sont à l'image du cahier de l'infirmière donc de Sagesse : L'an passé l'administration a confondu notre activité avec celle de nos collègues assistantes sociales en ne prévoyant que des statistiques communes à nos deux professions. Nous avons exprimé notre indignation et appelé au boycott.

Pourquoi des statistiques à l'image du cahier de l'infirmière ?

Si l'hôpital ou la clinique sont le lieu naturel d'exercice de tout professionnel de la santé, il n'en est pas de même pour l'éducation nationale qui non seulement n'est pas un lieu de soin, mais de plus est une institution où l'accent est davantage mis sur l'enseignement que sur l'éducation. Dans ce cadre, il reste pour les personnels qui ne sont pas enseignants une seule alternative : s'adapter, construire sa place et la faire reconnaître. C'est pourquoi la reconnaissance du rôle et de la place de l'infirmière au sein du système éducatif est l'un des objectifs majeurs du SNICS depuis sa création.

En période de récession budgétaire, cet objectif est encore plus vital. En effet, le système éducatif qui regroupe à lui seul de l'ordre de la moitié des fonctionnaires de l'état, est soumis par l'Europe à diminuer de manière drastique le nombre de ses fonctionnaires d'état. L'exemple de la décentralisation des TOS des lycées et collèges est évocateur de cette orientation tout comme la suppression de 15 000 fonctionnaires d'état décidée pour 2007 !

Sachant que cette politique de décentralisation et de suppression d'emplois va se poursuivre, il revient aux organisations syndicales notamment lorsqu'elles sont majoritaires, d'y réfléchir, d'anticiper et de créer les conditions pour résister.

Résister à quoi et pourquoi ?

S'appuyer sur les points positifs de la LOLF notamment l'obligation de transparence pour pouvoir résister aux effets négatifs de cette même LOLF. Résister pour rester au ministère de l'Éducation nationale et ne pas être décentralisé.

Quels freins avons-nous rencontré depuis 12 ans ? Et quelles sont les raisons de ces freins ?

- 1994, suppression sans aucune concertation du registre infirmier, précurseur du cahier de l'infirmière.
- 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, tentatives récurrentes d'édulcorer nos statistiques et de ne pas les faire remonter à l'image du cahier de l'infirmière.
- 2001, 2002, 2003, ajout de statistiques ne concernant pas uniquement notre profession.

- 2004, 2005, remontée partielle des statistiques.
- 2006, aucune remontée au niveau national de nos statistiques sauf la contraception d'urgence inscrite dans la loi et le strict minimum pour renseigner les indicateurs définis sans concertation pour notre profession dans le cadre de la LOLF.

Deux conceptions de la place et du rôle de l'infirmière coexistent : d'une part une conception de notre profession en tant qu'acteur dans la réussite scolaire au sein d'une équipe éducative et pédagogique, d'autre part une conception de notre profession comme expert de santé publique au sein d'une équipe médico-sociale. Si pendant des années, le choix entre ces deux conceptions ne portait pas trop à conséquence, aujourd'hui, compte tenu de la politique de décentralisation qui obéit à des orientations budgétaires et européennes de diminution du nombre de fonctionnaires d'état, des choix s'imposent.

Pourquoi le cahier de l'infirmière ? Pourquoi le volet n° 2 ?

Certainement pas pour évaluer les infirmières individuellement mais pour reconnaître leur action et révéler ce que la profession tout entière apporte au système éducatif (cf. tableaux ci-après).

Qu'avons-nous gagné grâce au cahier de l'infirmière et aux statistiques à l'image de ce cahier ?

- Prouver que les infirmières de l'éducation nationale avaient une activité intense puisque plus de 13 millions de jeunes les consultent chaque année dans les infirmeries !
- Tordre le cou aux méchants ragots sur l'activité des infirmières des établissements scolaires.
- Reconnaissance de l'infirmière de l'éducation nationale comme le deuxième professionnel le plus consulté après le médecin traitant.
- Incidences positives sur le regard de tous concernant les implications de la santé sur la réussite scolaire et de là, sur la reconnaissance du rôle éducatif et pédagogique de l'infirmière et de sa participation à la réussite scolaire.
- Aide aux décisions politiques prises par le gouvernement Raffarin d'exclure notre profession de la décentralisation au printemps 2003.
- Reconnaissance du rôle d'écoute des infirmières auprès des jeunes qui a permis aux organisations de jeunes de réclamer des infirmières dans tous les établissements scolaires.
- En matière d'améliorations des conditions de travail, les activités concernant le travail de recherche et de mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé et de prévention répertoriés dans le volet 2 du cahier de l'infirmière ont permis d'obtenir en 2001 le maintien de la totalité des congés scolaires grâce au forfait de 10 %.

*Le cahier de l'infirmière est la traduction
à l'Éducation nationale, du dossier de soins infirmiers :
il en possède tous les attributs y compris en terme
de responsabilité pénale puisque relevant du rôle propre.*

Selon Claude Boissier-Rambaud, auteur de « *La responsabilité juridique de l'infirmière* », le terme rôle propre représente juridiquement la reconnaissance d'une compétence infirmière indépendante de la prescription médicale. Il s'agit de « prescriptions infirmières » limitées aux soins infirmiers tels qu'ils sont définis par les articles 3, 4 et 5 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002. Ces articles disposent que l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives qu'elle juge nécessaire, poser un diagnostic infirmier et mettre en œuvre les actions de soins appropriés. C'est-à-dire que, si l'infirmière ne prend pas l'initiative de ces soins et qu'il en résulte un dommage pour le patient, elle est susceptible de voir sa responsabilité engagée. La notion de capacité professionnelle autonome est indissociable de la notion de responsabilité ; la responsabilité, corollaire du libre arbitre, implique que chacun réponde de ses actes. Cette compétence posée en termes d'« initiative » n'est donc pas sans effet juridique notamment en matière d'organisation des soins. Le rôle propre est étendu, il dépasse la notion de soins et de nursing.

L'article 14 du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif à la profession d'infirmière précise :

« Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- encadrement des stagiaires en formation ;
- formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- éducation à la sexualité ;
- participation à des actions de santé publique ;
- recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes. »

L'article 3 du même décret dispose que relèvent du rôle propre infirmier « la conception, l'utilisation et la gestion du dossier de soins infirmiers ».

L'article 16 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles de l'infirmière dispose, quant à lui « l'infirmier établit pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son rôle propre et permettant le suivi du patient ».

Nous voyons bien que le cahier de l'infirmière n'est que la traduction, à l'Éducation nationale, du dossier de soins infirmiers et qu'en conséquence il en possède tous les attributs y compris en terme de responsabilité pénale puisque relevant du rôle propre. En ce sens les règles de communication du dossier de soins infirmiers sont encadrées par l'article R. 710-2-1 du Code de santé publique et L. 1111-7 du même code et organisées partiellement par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002. En effet la règle du secret professionnel s'applique totalement et de plein droit au dossier de soins infirmiers, la mort du patient ou son accord ne délivrant pas pour autant le soignant du secret professionnel.

De fait, toutes les activités que l'infirmier(e) est amené(e) à accomplir dans le cadre de ses décrets, doivent faire l'objet d'une retranscription dans le dossier de soins infirmiers. Nous avons constaté que l'éducation à la santé du patient ou de son entourage relève d'un soin pour l'infirmier, de même que l'éducation à santé ou à la sexualité pour un individu ou un groupe. Il y a donc obligation légale de retranscrire ces activités dans le dossier de soins infirmiers et donc, à l'Éducation nationale, sur le cahier de l'infirmière. En ce sens le volet 2 du cahier de l'infirmière revêt une importance particulière car il est celui qui fait apparaître la capacité de l'infirmière, conférée par ses décrets, lui permettant d'analyser les besoins individuels des patients afin d'en dégager des problématiques de groupe d'une part, de les conceptualiser et ensuite de proposer, d'organiser, d'évaluer des actions d'éducation à la santé collectives.

C'est dans cette compétence que se joue le rôle pédagogique de l'infirmière d'une part, mais également son rôle de référent santé de la communauté éducative ainsi que son rôle de conseiller technique du chef d'établissement et de l'équipe éducative.

Christian Allemand

Adresse aux retraité(e)s

Cher(e)s collègues,

Vous êtes déjà en retraite ou le serez dans un proche avenir... si cette situation nous éloigne du travail au quotidien, elle ne diminue pas l'intérêt que nous portons à la société qui nous entoure. Nous ne pouvons pas ignorer les préoccupations d'un grand nombre de citoyens face aux remous de la vie sociale.

Les retraités ne sont pas à l'abri de ces remous, la réforme des retraites (loi Fillon du 21 août 2003), après la réforme Balladur du 22 juillet 1993 pour le secteur privé, a modifié les conditions d'obtention de la retraite, mais aussi, pour les retraités avant 2003, l'évolution de leur pension notamment l'indexation.

La transition entre travail et retraite n'est pas toujours facile, après le « ouf ! » de la suppression des contraintes vient le temps de s'organiser un nouveau mode de vie ; certain(e)s font le choix de couper toute relation avec leur environnement antérieur, d'autres souhaitent garder un lien, suivre les évolutions de la profession et les actions menées par leur syndicat. En restant syndiqué, vous continuez à recevoir des informations et vous pouvez aussi exprimer vos problèmes spécifiques et vos revendications.

Le débat sur les retraites n'est pas clos et la mobilisation des retraités, avec les actifs, est indispensable. Le SNICS dans la FSU souhaite entendre la voix des retraités, leurs questions et aussi leurs suggestions.

Dès la rentrée – comme « avant » ! – adressez votre cotisation syndicale à la trésorière académique ou à la secrétaire départementale du SNICS. Vous continuerez à recevoir les *De But en Blanc*, et aussi *Le Courrier du Retraité de la FGR-FP* à laquelle vous adhérez automatiquement par l'intermédiaire du SNICS.

Bien cordialement, et bonne retraite !

Marie-Françoise MAHEO,
le 8 juillet 2006

Ce que nous voulons

Les statistiques concernant notre profession devraient être effectuées à partir du « cahier de l'infirmière », document comportant deux volets, l'un détaillant les passages des élèves et des adultes de la communauté scolaire à l'infirmier sur une année scolaire, le deuxième relatant les activités de l'infirmier notamment sa participation aux actions de prévention et d'éducation à la santé.

À la fin de chaque année scolaire, chaque infirmier(e) effectue le bilan de son activité qu'elle (il) remet au chef d'établissement de sa résidence administrative, bilan à présenter normalement au conseil d'administration ou au conseil d'école. Ces documents sont ensuite envoyés au rectorat via l'inspection académique pour y être additionnés puis au ministère de l'Éducation nationale qui établit la synthèse nationale.

À chacun de ces niveaux, ces documents doivent faire l'objet d'une analyse de nature différente mais qui doit avoir des incidences cohérentes sur la politique de santé conduite par l'Éducation nationale dans un objectif de réussite scolaire. Ces différentes synthèses et analyses permettent :

Au niveau local

- Se situer par rapport aux autres établissements de même type tant au niveau du bassin de formation, du département que de l'académie.
- Identifier les besoins des élèves en matière de soins infirmiers (soins et traitements, écoute, conseil en santé, maltraitance, contraception d'urgence, violences sexuelles).
- Programmer de manière équilibrée les actions collectives de santé dans l'emploi du temps annuel des élèves et dans le service des personnels.

Au niveau académique

- Orienter la politique académique de santé en fonction des besoins particuliers identifiés selon le type d'établissement ou selon les catégories d'élèves (internes, demi-pensionnaires, externes, ZEP, rural).
- Valider, évaluer et réorienter les actions collectives d'éducation à la santé selon qu'elles sont effectuées par l'infirmière seule, en partenariat avec les enseignants, avec des partenaires extérieurs à l'institution.
- Vérifier l'inscription de ces actions dans les projets d'établissements ou dans les CESC et éventuellement si ce n'est pas le cas, redonner une nouvelle impulsion.
- Dégager des axes de formation des infirmier(e)s tant dans la formation d'adaptation à l'emploi que dans la formation continue.
- Faire ressortir des problématiques de formation en matière de santé à l'école pour les autres personnels de l'équipe éducative et pédagogique.

Au niveau ministériel

- Comparer les besoins des élèves selon les académies.
- Comparer les besoins des élèves selon la typologie des établissements [ex. : les élèves de collèges sont plus demandeurs de quoi ? Les élèves de lycée professionnel ? Les élèves de lycée ? Quelles sont les problématiques des ZEP ?
- Les problématiques du rural ? Y a-t-il une problématique spécifique aux élèves internes ?].
- Identifier la typologie des accidents (en éducation physique et sportive, en atelier ou vie scolaire) selon les mêmes éléments de comparaison.
- Quantifier et évaluer les types d'orientation et de suivi mis en place par les infirmier(e)s après le passage des jeunes à l'infirmierie

(retour en cours, liaison avec les familles, la vie scolaire, orientation vers un médecin traitant ou de l'Éducation nationale, assistante sociale, SAMU...).

- Valider, évaluer et réorienter les actions collectives d'éducation à la santé selon qu'elles sont effectuées par les infirmières seules, en partenariat avec les enseignants ou avec des partenaires extérieurs à l'institution.
- Évaluer le nombre d'heures consacrées en équipe avec les enseignants à l'éducation à la santé tant dans la préparation des interventions que dans leur évaluation et la durée des interventions.
- Évaluer les volumes de temps dégagés dans ce travail en équipe et prévoir des moyens pour la mise en œuvre des actions d'éducation à la santé.
- Vérifier l'inscription de ces actions dans les projets d'établissements ou dans les CESC et éventuellement si ce n'est pas le cas, redonner de nouvelles impulsions.
- Faire ressortir des problématiques de formation en matière de santé à l'école pour les personnels de l'équipe éducative et pédagogique.
- Dégager des axes de formation prioritaires afin de mieux répondre aux besoins des élèves et des établissements.
- Contribuer à une meilleure utilisation des moyens en fonction des besoins des élèves et des problématiques des EPLE et des écoles.
- Dégager des priorités de prévention selon le type d'établissement ou la qualité des élèves (internes, demi-pensionnaires, externes).
- Ventiler les moyens selon les besoins des élèves dans les académies en ne prenant plus uniquement en compte l'indicateur nombre d'infirmières / nombre d'élèves.
- Valider et définir les orientations ministérielles en matière de santé à l'école.



Ce que la DGESCO refuse de savoir...

En juin 2005, compte tenu du refus de la DESCO (nouvellement appelée FGESCO) d'analyser les statistiques profession par profession, pour privilégier des statistiques communes, le SNICS avait décidé d'appeler au boycott des statistiques infirmières et de demander aux collègues de transmettre leurs statistiques aux responsables académiques du SNICS. 1992 infirmières avaient répondu à cet appel et nous avaient fait parvenir le double de leurs statistiques annuelles soit 28 pour cent des infirmières en poste à l'éducation nationale. Ce sont donc au total 3 504 118 élèves qui sont venus, la plupart du temps de leur propre initiative, consulter ces 1992 collègues durant l'année scolaire 2004-2005.

Ci-dessous quelques éléments analysés à partir des statistiques qui nous sont parvenues l'an dernier, éléments qui pourraient être plus riches et nettement plus complets sur la santé des jeunes qui passent par le système éducatif et sur les activités de notre profession si les retours étaient plus massifs. C'est pourquoi nous espérons affiner considérablement cette analyse à partir des statistiques que nous vous avons demandées de nous transmettre cette année, après les avoir anonymées si vous le souhaitez en ne conservant que le département d'origine. Si vous ne les avez pas encore transmises, il n'est pas trop tard

Constats et analyse

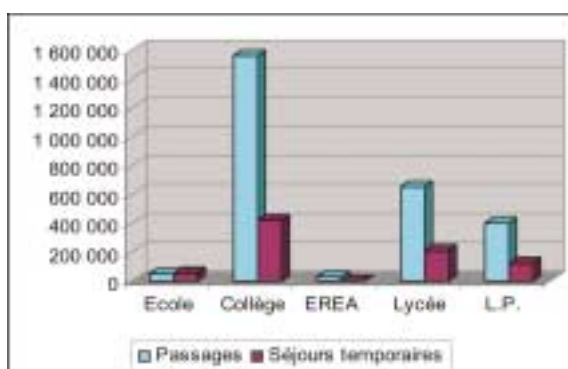
1. Répartition des passages



Il apparaît donc que ce sont les élèves de collèges qui consultent majoritairement les infirmières, suivis par les élèves de lycées, puis de LP, ensuite des écoles et enfin d'EREA. Ces résultats doivent bien sûr être relativisés en fonction du nombre d'élèves effectivement scolarisés dans ces différentes structures. Cela donne en fait :

- en école : 0,07 passage par élève.
- en lycée : 1,85 passage par élève.
- en collège : 2,10 passages par élève.
- en LP : 3,46 passages par élève.
- en EREA : 16,24 passage par élève.

2. Passages ou séjours temporaires ?

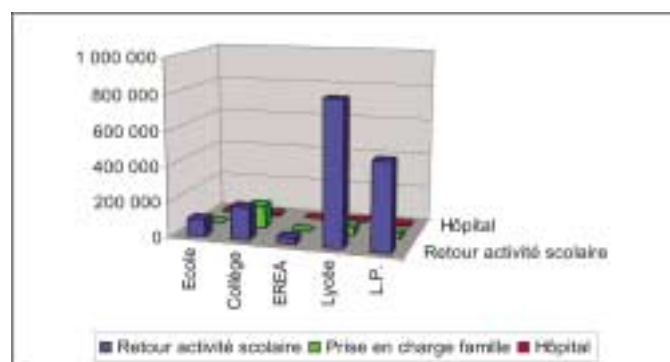


À l'exception du premier degré, sans doute en raison de la nature des missions, les élèves restent peu à l'infirmierie.

pour le faire dès la rentrée d'autant qu'il ne s'agit pas d'une charge de travail supplémentaire : ceux et celles qui sont informés nous transmettent une copie de la dernière page imprimée du cahier de l'infirmière 1^{re} et 2^e parties et pour les autres de photocopier le dernier double du cahier de l'infirmière destiné au supérieur hiérarchique direct.

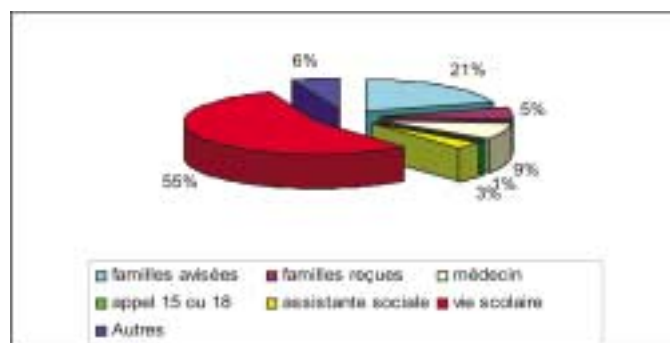
Cette action est primordiale car aujourd'hui, pour le ministère, le travail d'une infirmière qui n'a pas administré la pilule du lendemain, pas délivré de certificat d'AFPS, ni fait de signalement, est inexistant ! Quant au travail d'une infirmière qui a participé à la VA (visite d'admission), il disparaît au profit de la profession de médecin puisqu'il s'agit d'une visite médicale qui relève de la seule responsabilité de cette profession. En privilégiant les indicateurs de santé publique indiqués dans la LOLF (visite médicale des 6 ans, formation aux premiers secours et lycées sans tabac), le ministère de l'éducation nationale se prive d'un éclairage sur les motifs de passage des élèves dans les infirmeries qui relèvent plutôt du registre du mal être, des difficultés relatives à l'adolescence, des besoins d'écoute, des conduites à risques, du rapport au corps... Alors que les infirmier(e)s sont recruté(e)s à l'éducation nationale pour participer à la réussite scolaire, l'impasse est faite sur l'éducation à la santé à titre individuel et collectif et sur son interaction avec la réussite scolaire.

3. Quelle orientation après le Passage à l'infirmierie ?



Le retour en cours semble être la règle quel que soit le lieu de scolarisation pour 71,80 % des passages, suivi par le renvoi vers la famille pour 11,96 % et exceptionnellement une orientation vers l'hôpital pour 0,68 %. Logique puisque les infirmières sont recrutées pour favoriser la réussite scolaire des élèves.

4. Avec qui travaillent les infirmières ?

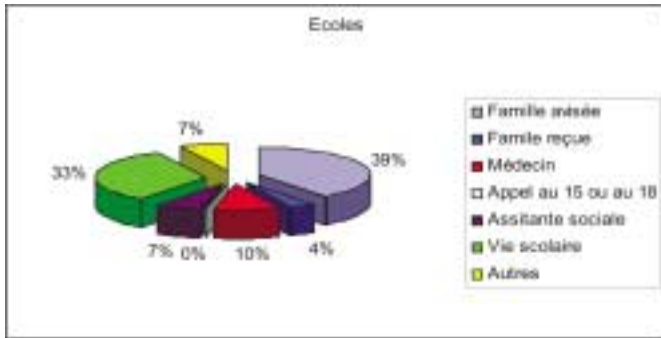


Les liaisons engagées après un passage à l'infirmierie sont par ordre décroissant :

- la vie scolaire à 55 % ;
- les parents à 21 % [il est à noter que les parents sont reçus plus d'une fois sur deux] ;
- les médecins à 9 % ;
- d'autres intervenants (psycho, kiné, etc.) à 6 % ;
- l'assistante sociale à 3 % ;
- les services d'urgence à 1 %.

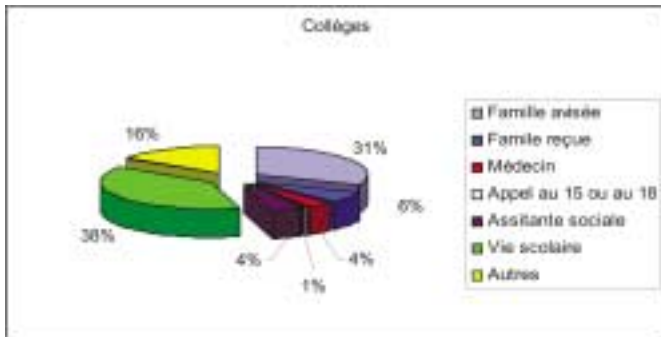
Les partenaires privilégiés de l'infirmier(e) de l'Éducation nationale sont avant tout les membres de l'équipe pédagogique (enseignants, CPE et chefs d'établissement). Ce partenariat privilégié répond au sens du recrutement des infirmier(e)s qui est la réussite scolaire de tous les élèves ; c'est donc tout naturellement l'équipe pédagogique qui est au centre de cette mission tout comme l'équipe médico-sociale est au centre des missions d'autres ministères dont celui de la santé. Cependant la nature de ces liaisons peut être différente selon les lieux de scolarisation (écoles, collèges, LP, lycées, EREA).

Les liaisons dans le primaire :



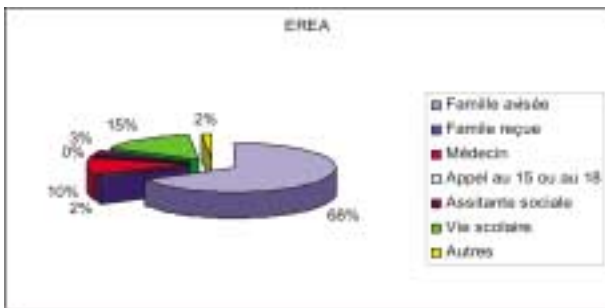
À l'école primaire les relations avec les parents sont prédominantes. Dans 39 % des cas l'infirmier(e) prend contact avec les familles et les reçoit dans 4 % des cas. Ce sont ensuite les relations avec les enseignants dans 33 % des situations, puis avec le médecin pour 10 % des liaisons et dans 7 % des cas une liaison avec l'assistante sociale est engagée.

Les liaisons au collège :



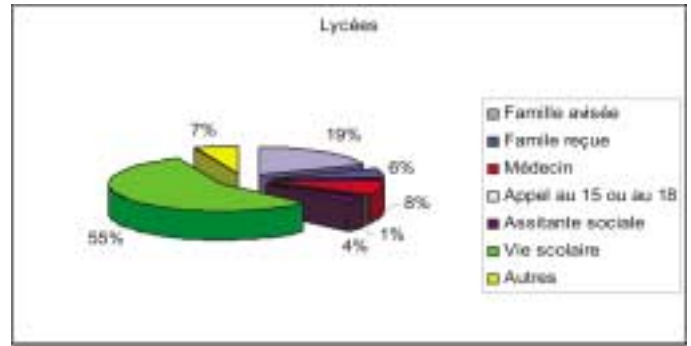
Au collège ce sont d'abord les relations avec la vie scolaire qui sont dominantes soit 38 pour cent des liaisons engagées, les liaisons avec les familles venant en deuxième position. Les liaisons engagées avec les médecins après un passage à l'infirmierie, diminuent de plus de la moitié et ne représentent que 4 pour cent tout comme avec les assistantes sociales.

Les liaisons dans les EREA :

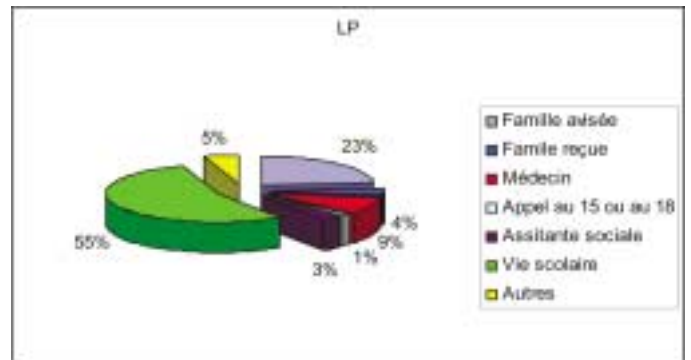


Dans les EREA les liaisons avec les familles sont dominantes puisque celles-ci sont avisées dans 68 pour cent des cas, puis viennent les liaisons avec la vie scolaire pour 15 pour cent des passages et les médecins dans 10 pour cent des cas. La nature du recrutement dans les EREA modifie donc sensiblement les relations engagées après un passage à l'infirmierie.

Liaisons dans les lycées :



Liaisons dans les lycées professionnels :

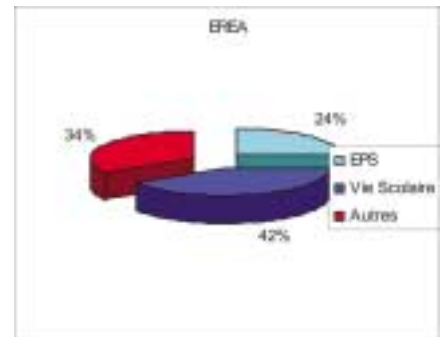
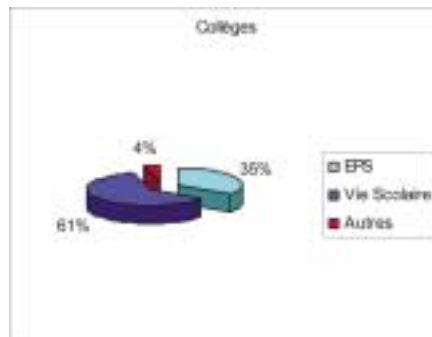
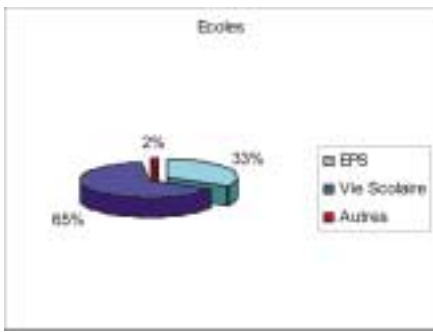


Le travail avec l'équipe pédagogique est prédominant tant au lycée qu'au LP. Les missions des infirmier(e)s à l'Éducation nationale (accueil, écoute, éducation à la santé) sont pleinement justifiées par ces liaisons engagées suite à un passage à l'infirmierie. L'analyse de ces liaisons légitimerait sans contestation possible de mettre à disposition des infirmières de l'Éducation nationale des moyens spécifiques à la réalisation de ces missions : il s'agit notamment des accès téléphoniques sécurisés pour garantir le secret professionnel et permettre d'effectuer rapidement ces contacts mais également de temps et de formations pour travailler avec les personnels enseignants, ce qui permettrait de donner pleinement du sens à l'équipe pluriprofessionnelle.

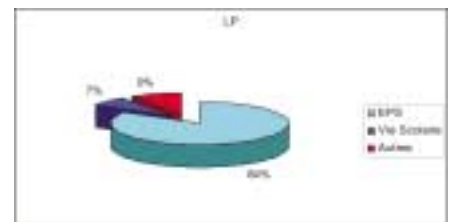
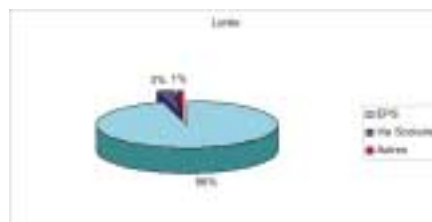
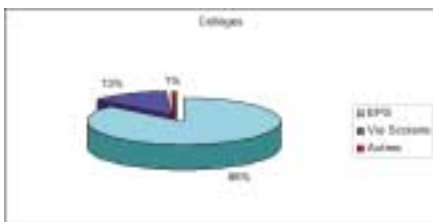
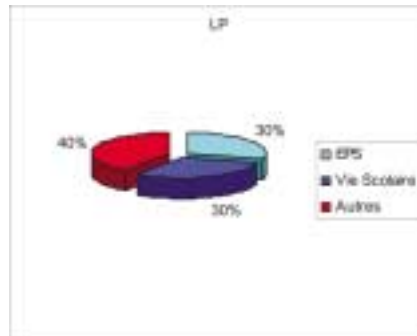
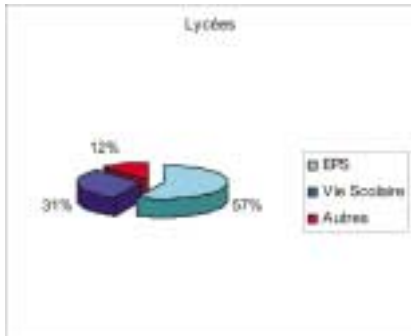
5. Une école accidentogène ?

- Les accidents du travail ne représentent que 1,30 % des passages mais en fait 28 % des motifs de passages de la population effectivement concernée puisque ces accidents n'ont lieu que dans les LP et les EREA.
- Les accidents non scolaires représentent 1,08 % des passages.
- Les accidents scolaires (EPS et Vie scolaire) représentent 5,20 % des passages. Les accidents d'EPS représentent 38,60 % de la totalité des accidents contre 50 % pour les accidents de vie scolaire. Cependant ces chiffres sont à relativiser en fonction du nombre d'heures passées dans l'établissement en dehors des heures d'enseignement d'EPS et du nombre d'heures d'enseignement de l'EPS.

	Nombre d'heures d'EPS	Nombre approximatif des heures de présence des élèves dans l'établissement
Écoles	3 heures	23 heures
Collèges	4 heures en Sixième	36 heures
	4 heures autres sections	36 heures
EREA	3 heures	36 heures
Lycées	2 heures	36 heures
LP	3 heures	36 heures



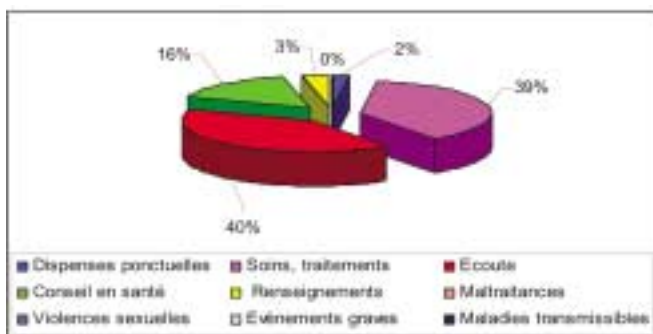
Après cette relativisation, nous obtenons les trois tableaux suivants aux collèges, lycées et lycées professionnels :



Quel constat effectuer ?

Depuis des années le ministère met le maximum de ses moyens sur la prévention de la violence. Si cela est certes nécessaire, il ne faudrait pas oublier pour autant la prévention des accidents de sports où très peu de moyens sont accordés. Ces accidents qui peuvent potentiellement hypothéquer l'autonomie d'un certain nombre d'individus, y compris dans leur future vie d'adulte, doivent passer par un travail avec les enseignants de sports responsables des enseignements qu'ils prodiguent mais également par une réflexion sur la programmation du type d'activité projetée et ceci à partir de l'analyse du cahier de l'infirmière. Ex. : est-il judicieux de programmer, en LP, une séquence de rugby en plein hiver un lundi matin à la première heure alors que l'analyse du cahier de l'infirmière de l'établissement démontre que c'est sur ce créneau qu'il y a le plus de « casse » ? De par l'importance de ces accidents, quelle formation doit-on mettre en place pour les personnels, etc. ?

6. Quels sont les besoins exprimés par les élèves ?



Le faible nombre de passages (0,05 %) liés à des problèmes en lien avec les maltraitances, avec les violences sexuelles, les événements graves, les maladies transmissibles, ne doit pas conduire à négliger ces motifs de passages qui ont, par contre, une très forte incidence, soit dans la communauté éducative soit auprès des cohortes d'élèves proches des jeunes concernés lorsqu'ils en ont eu connaissance bien entendu ce qui est souvent le cas.

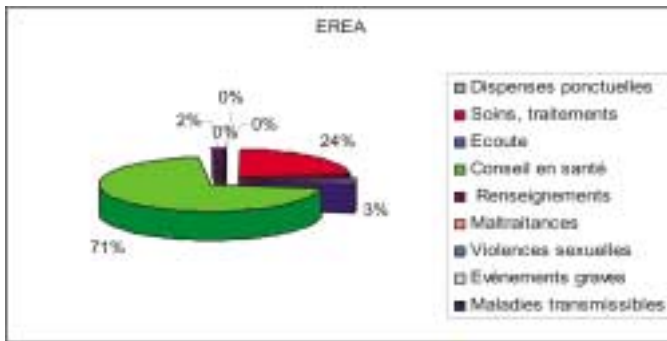
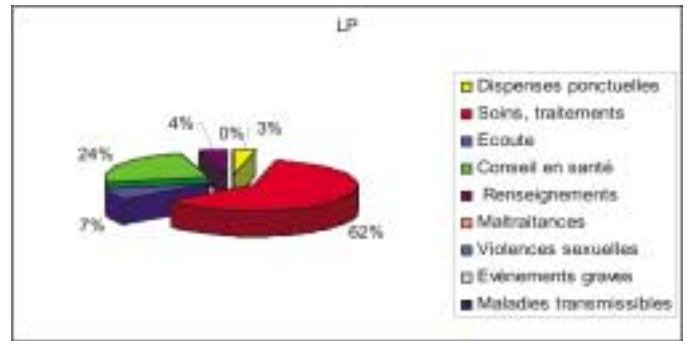
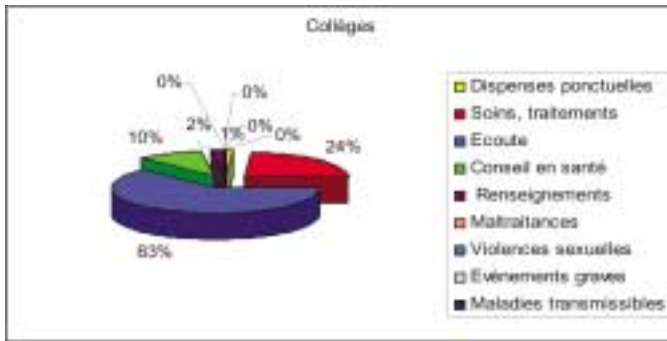
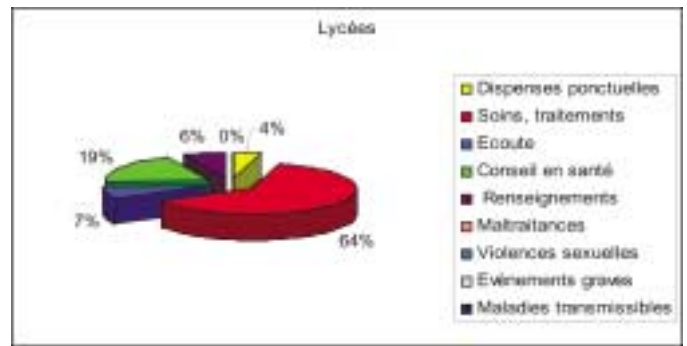
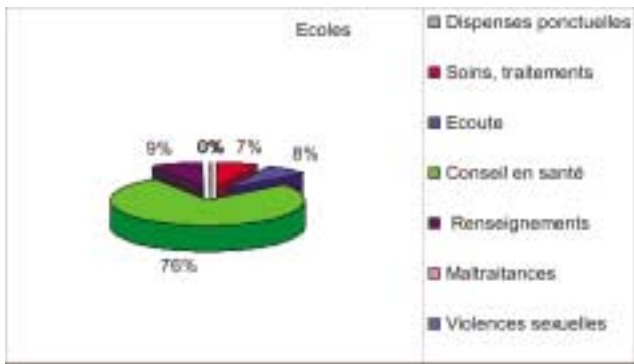
Trois motifs prédominant, par ordre décroissant :

- des besoins autour des demandes d'écoutes et de relation

d'aide pour environ 40 % des motifs. Ceci correspond pleinement à un alinéa de l'article 5 (rôle propre de l'infirmière) du décret n° 2002-194 du 11 février 2002. « Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ; aide et soutien psychologique ; observation et surveillance des troubles du comportement... » ;

- des besoins relatifs aux demandes de « soins et traitements » pour environ 39 % des motifs de passages. Il faut cependant prendre en compte la typologie de ces passages. En effet, très fréquemment la demande portée par l'élève tourne autour d'une demande de traitement (comprimé, etc.) mais est révélatrice d'un autre problème et c'est le diagnostic infirmier qui permettra de définir en fait le besoin réel de l'élève ;

- des besoins autour des « conseils en santé » dans 16 % des cas. Au total, dans plus de 79 % des cas, les besoins exprimés par l'élève obligent l'infirmier(e) à mettre en œuvre des soins infirmiers relevant exclusivement de son rôle propre, plus particulièrement du côté de l'écoute, de la relation d'aide et du soin éducatif du patient et de son entourage. Ce pourcentage élevé le serait plus encore si nous étions en capacité d'incrémenter ce qui en relèverait dans le motif « soins et traitements ». Mais la répartition de ces besoins n'est pas homogène puisqu'elle dépend d'une part des types d'établissements (écoles, collèges, lycées et LP), d'autre part des académies.



7. Le suivi des avis infirmiers

Globalement, le taux de retour des avis infirmiers est de 25 % avec des taux extrêmement variables selon les lieux de scolarisation : 16,1 % dans les écoles ; 21,4 % en EREA ; 27,1 % en LP ; 28 % en collège et 46 % en lycée.



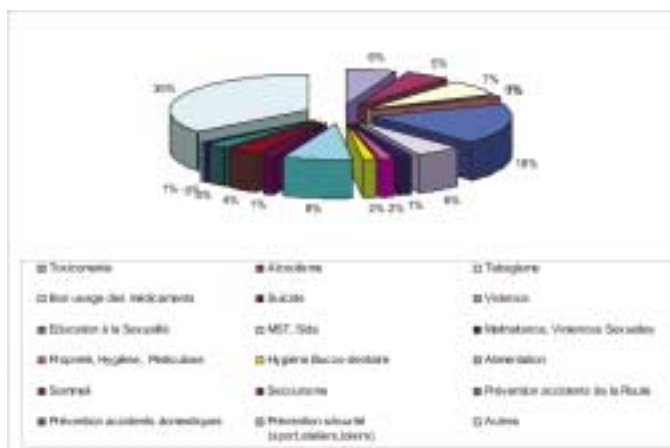
Dans leurs écoles et établissements, ce sont 4 075 714 élèves qui ont bénéficié de séquences d'éducation à la santé en 25 067 actions, dont 13 915 actions en équipe pluriprofessionnelle d'établissements. 22 335 de ces actions étaient intégrées aux projets d'établissement. Ce sont au total 4 530 575 séances d'éducation à la santé qui ont été réalisées pour un total de 123 454 heures d'intervention. Ces séances ont nécessité, pour l'infirmière,

45 526 heures de préparation et 8 347 heures d'évaluation. Ces chiffres démontrent, s'il en était besoin, que l'infirmière travaille principalement en équipe pluriprofessionnelle d'établissement pour 55,52 %, que le temps qu'elle consacre à l'éducation à la santé est loin d'être négligeable, que son action n'est pas déconnectée de la réalité de l'établissement au regard du nombre d'actions intégrées dans le projet d'établissement soit 89 %.

	Nombre d'élèves	Nombre d'actions	Actions en équipe	Nombre de séances	Temps d'intervention	Temps de préparation	Temps d'évaluation
Toxicomanie	239 530	1 904	1 470,5	13 532	8 627,5	3 102,5	1 589,5
Alcoolisme	217 149,5	595	518,5	2 252,5	2 159	816	450,5
Tabagisme	295 188	1 963,5	1 589,5	13 438,5	8 891	4 675	2 116,5
Bon usage des médicaments	2 847,5	68	0	119	119	93,5	25,5
Suicide	5 474	144,5	144,5	365,5	433,5	93,5	42,5
Violence	29 410	493	365,5	2 754	2 847,5	1 683	663
Éducation à la sexualité	761 540,5	4 709	2 448	47634	24 004	7 599	2 686
MST, Sida	228 480	1 997,5	1 283,5	5 567,5	7 140	3 910	1 241
Maltraitance, violences sexuelles	61 803,5	1 130,5	935	7 760,5	5 236	1 241	833
Propreté, hygiène, pédiculose	68 085	1 266,5	238	3 119,5	4 921,5	1 768	1 836
Hygiène bucco-dentaire	75 276	1 938	433,5	3 816,5	5 006,5	2 108	442
Alimentation	327 156,5	2 533	909,5	18 334,5	11 109,5	4 938,5	1 836
Sommeil	54 357,5	1 011,5	204	3 357,5	2 516	1 113,5	442
Secourisme	168 045	2 295	1 122	14 118,5	23 392	3 867,5	1 037
Prévention accidents de la route	105 349	586,5	544	3 893	3 910	1 020	527
Prévention accidents domestiques	9 214	263,5	110,5	544	850	382,5	110,5
Prévention sécurité (sport, ateliers, loisirs)	25 449	331,5	170	2 159	2 099,5	569,5	306
Autres	1 449 879	1 836	1 428	54 638	10 200	3 578,5	1 326

Quelles sont les thématiques abordées durant ces séances ?

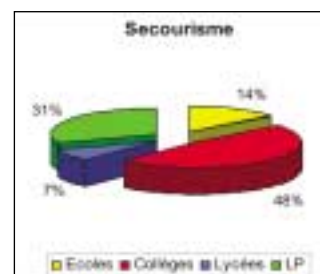
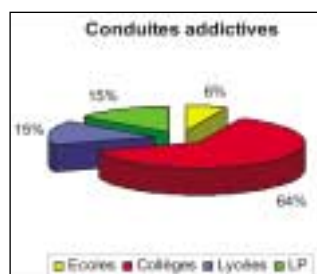
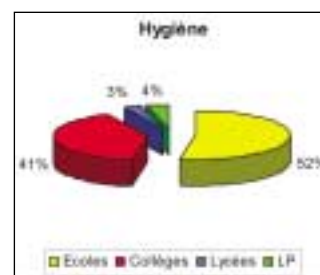
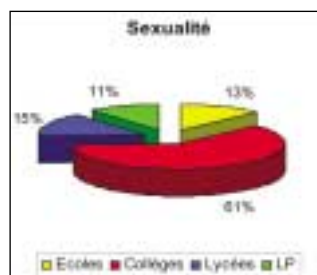
Répartition des élèves selon les actions



Ce sont prioritairement les thèmes autour de la sexualité (éducation à la sexualité, prévention des MST ainsi que la prévention des violences sexuelles) qui sont prioritairement abordés. Vient ensuite la prévention des conduites addictives (tabagisme, alcoolisme, toxicomanies, bon usage des médicaments), La prévention autour de l'hygiène (alimentation, sommeil) occupe une place non négligeable. À noter l'importance des actions autour du secourisme et de la prévention des risques domestiques.

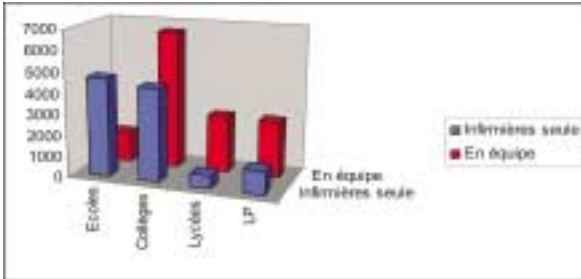
Il y a cependant à s'interroger sur le faible nombre d'actions de prévention du suicide qui est pourtant la deuxième cause de morbidité chez les adolescents. Ceci doit nous interroger ainsi

que l'administration. Les réponses seraient-elles autour du faible nombre de formations qui nous sont proposées sur ce thème ou bien alors que cette prévention est plutôt menée à titre individuel par les infirmières comme nous avons pu le constater avec le nombre très important de demandes d'écoutes et de relations d'aide dans le volet n° 1 ? Bien entendu ces actions sont ensuite à analyser selon les lieux de scolarisation écoles, collèges, lycées et lycées professionnels. Nous prendrons quatre exemples : les problématiques autour de la sexualité, celles autour de l'hygiène, celles autour de la prévention des conduites addictives et enfin le secourisme.

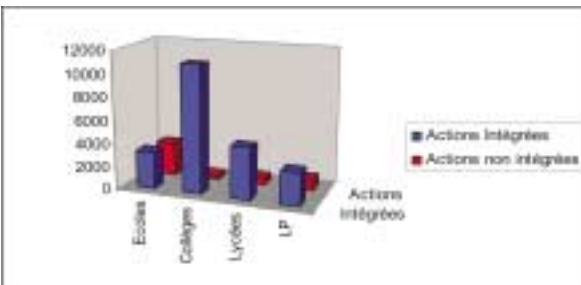


Les actions d'éducation à la santé semblent moins nombreuses en LP et en lycées. Cependant il faut rapporter ces chiffres aux nombres de LP et de lycées qui sont nettement moins nombreux que le nombre de collèges. En tout état de cause, ce constat devrait amener l'administration à renforcer ou à prioriser certaines actions de formation continue afin que, selon le lieu où nous exerçons, nous soyons mieux à même de répondre aux besoins des élèves. L'administration devrait également aménager la formation d'adaptation à l'emploi.

Si les chiffres globaux font apparaître que le travail en équipe apparaît plus important que les actions isolées, il faut vérifier cela selon le lieu de scolarisation.

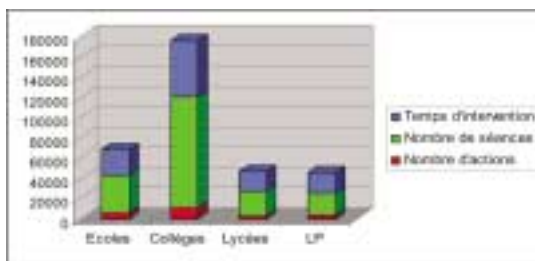


Ce tableau fait apparaître que les actions d'éducation à la santé dans le premier degré sont le plus souvent réalisées par l'infirmière seule contrairement aux autres établissements, ce qui nous interroge sur cette spécificité du premier degré. Empêche-t-on l'infirmière de travailler en équipe dans les écoles ? Les enseignants du premier degré sont-ils réfractaires à travailler avec l'infirmière ? Manifestement les actions d'éducation à la santé sont très majoritairement inscrites dans les projets d'établissements mais nous devons vérifier ces données selon les lieux de scolarisation.



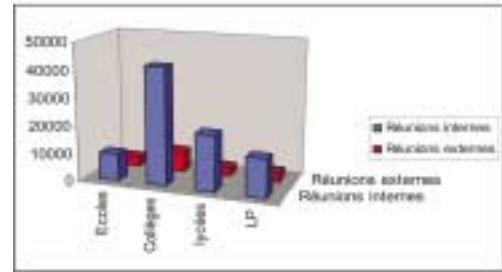
La spécificité du premier degré est également présente dans ce cas puisque les actions d'éducation à la santé y sont le moins insérées dans les projets. Cette question mériterait d'être approfondie par des études complémentaires, vérifiées selon la typologie des académies ou selon la typologie des écoles (ZEP, rural, etc.).

Il nous reste également à valider la répartition des actions d'éducation à la santé, le nombre des séances ainsi que le temps d'intervention selon les lieux de scolarisation.

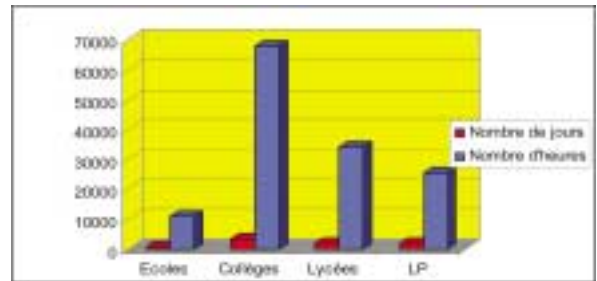


Ce tableau renforce la particularité du premier degré où manifestement les actions, les séances ainsi que le temps d'intervention sont, et de loin, les moins nombreux. Une partie de l'explication ne résiderait-elle pas dans le fait que dans les écoles le temps des infirmières serait accaparé par des participations à des bilans de santé d'une part ou par des dépistages infirmiers systématiques ? En tout état de cause, lorsque la DGESCO affirme que la prévention doit commencer le plus tôt possible, elle devrait se pencher sur cet état de fait car il lui appartient d'impulser ces dynamiques dans les académies.

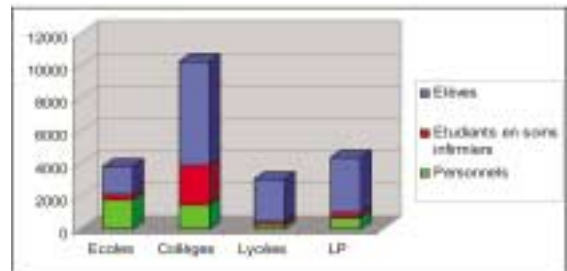
L'infirmière est toujours en réunion, entend-on souvent dire. Est-ce vrai ? Ce sont au total 103 173 heures que ces 1 992 infirmières ont passées en réunion : 86 122 heures dans des réunions internes à l'institution (conseils de classes, réunions de ZEP, travail en équipe, etc.) et 17 051 heures dans des réunions externes à l'institution soit un peu moins de 52 heures par an et par infirmière (1 h 30 par semaine).



On entend aussi dire « quand elle n'est pas en réunion elle est en formation ! » mais il s'avère que c'est pour former les autres car 7 337 jours ont été consacrés à former pour un total de 138 309 heures ! Et toujours la particularité constante du premier degré où le nombre d'heures, comme le nombre de jours, est le plus bas.

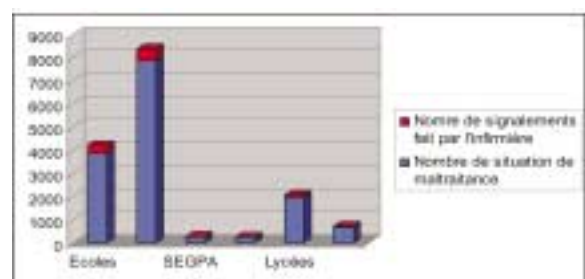


Qui les infirmières forment-elles ? Ce sont au total 4 089 personnels et 7 380 élèves et étudiants qui ont été formés et par ailleurs 3 291 étudiants en soins infirmiers qui ont été encadrés. Mais cette répartition est une fois de plus variable selon les types d'établissement avec la même constante dans les écoles.



L'enfance en danger

Ces 1992 infirmières ont constaté dans leurs pratiques professionnelles 14 902 situations de maltraitements qui ont donné lieu à 3 409 signalements, au procureur ou au conseil général, dont seulement 1 016 établis par l'infirmière seule. Cette situation doit nous interpeller d'une part parce qu'elle est contraire à la loi : « celui qui constate doit signaler », d'autre part parce qu'elle est révélatrice de la difficulté de notre profession à signaler dans ces situations. Manifestement, dans l'intérêt des jeunes et des infirmières, les formations en ce domaine sont plus qu'insuffisantes.



La LOLF

La LOLF, Loi organique relative aux lois de finance, a été votée par l'Assemblée nationale le 1^{er} août 2001 sous le gouvernement de Laurent Fabius, à la quasi-unanimité. Chaque ministère a choisi ses régions d'expérimentation, pour l'Éducation nationale deux académies étaient concernées : Bordeaux et Rennes. Cette loi s'applique dorénavant partout depuis le 1^{er} janvier 2006.

La LOLF est l'une des pièces majeures de la réforme de l'État qui a trois dimensions :

- aménagement du territoire ;
- décentralisation (transfert de compétences des responsabilités de l'État vers les collectivités territoriales) ;
- réforme administrative et budgétaire de l'État, notamment des administrations centrales des ministères et leurs relais locaux, les services déconcentrés).

Cette réforme s'inscrit dans une logique libérale : faire en sorte que l'État central se désengage de ses responsabilités par externalisation vers le privé de certaines de ses activités (privatisation) et par transfert de charges vers les collectivités locales (décentralisation). On passe de l'état opérateur à l'état stratège. L'objectif recherché de la régionalisation qui est en cours, hormis la décentralisation, est de renforcer le poids des régions dans la gestion même de l'État (déconcentration). Ainsi des pouvoirs considérables sont concentrés dans les préfetures de régions. Enfin les libéraux cherchent à trouver des mécanismes de mise en concurrence des services. Enfin la contractualisation (on se fixe des objectifs et des moyens entre « partenaires » publics) et l'évaluation (on évalue si les objectifs ont été atteints) permettent de faire varier les moyens en fonction des performances constatées. Les discours officiels ne cessent de répéter qu'il s'agit de passer d'une logique de moyens fondée sur les besoins (baptisée logique de « guichet »), à une logique de résultats.

Hormis l'aspect budgétaire qu'est la LOLF, la réforme de l'État comporte également un volet Gestion des ressources humaines (GRH) mais ces deux aspects ne doivent pas être confondus même s'ils ne sont pas sans liens indirects.

Cette LOLF est dite loi « organique » car elle est le cadre supérieur dans lequel doivent s'inscrire les lois de finance ordinaires votées chaque année civile, elle ne nécessite pas de décrets d'application. L'argumentaire avancé pour justifier cette LOLF renvoie au fait que le Parlement estimait qu'il n'avait pas assez de choix dans les décisions budgétaires, les parlementaires n'étant consultés, en réalité, que sur les mesures nouvelles qui ne représentent que 20 % du budget total. D'où l'idée d'une nouvelle architecture budgétaire.

Quels sont les changements intervenus ?

- Le parlement ne votera plus des emplois

mais des masses budgétaires. Il faudra donc attacher à chaque grande politique publique (définie par une « mission ») une somme d'argent et des objectifs qui seront évalués.

– Jusqu'à présent, le découpage était effectué en 848 chapitres budgétaires avec une impossibilité de faire glisser l'argent d'un chapitre vers un autre, ce qui ne laissait aucune marge de manœuvre pour les gestionnaires des rectorats par exemple. Aujourd'hui on assiste au remplacement de ces 848 chapitres par 132 programmes dont la masse budgétaire de chacun est nettement plus importante que celle des chapitres. Une fois le budget voté, on ne peut pas faire passer « l'argent » d'un programme à l'autre, mais à l'intérieur du « grand sac » programme, tout est « fongible ». Ces programmes font partie de l'une des 34 missions ministérielles ou interministérielles dont la mission interministérielle « enseignement scolaire » qui regroupe éducation nationale et enseignement agricole. Dans cette mission, se trouve entre autres, le programme « vie de l'élève ». Chaque programme est décliné en « actions » : par exemple l'action « santé scolaire ». Changements d'un point de vue budgétaire :

- Seuls les budgets affectés aux missions sont votés au Parlement.

- L'étanchéité entre programmes étant absolue, la fongibilité n'est donc possible qu'à l'intérieur de chaque programme dont la masse budgétaire est divisée en deux enveloppes :

- masse salariale pour payer les personnels y compris les cotisations retraites ;
- masse fonctionnement et interventions (crédits d'action en faveur des élèves handicapés, rémunération des assistants d'éducation...).

Entre ces deux enveloppes, existe une fongibilité asymétrique c'est-à-dire qu'il est possible de prendre ce qui est prévu dans la masse salariale pour abonder le fonctionnement mais pas l'inverse (sauf dérogation accordée exceptionnellement). L'asymétrie se traduit par un plafond en euro pour la masse salariale qu'il est interdit de dépasser.

Au niveau du Parlement, il n'est voté que des crédits (« somme d'argent »), la notion de poste budgétaire disparaît. Pour autant, le ministère se doit lui, pour sa gestion, avoir une comptabilité, aussi, en emplois (plus exactement en équivalents temps plein, ETP). Il existe donc deux plafonds pour les personnels, un plafond « argent » et un plafond « emplois ».

BOP et BOPA

Il a été décidé que la LOLF, qui cadre le budget et ses règles de gestion, s'arrêterait au niveau des rectorats. Le budget des établissements n'est donc pas concerné par la LOLF. C'est donc au niveau de chaque rec-

torat, champ d'application de la LOLF, qu'arrivent les enveloppes par « programme » et « action ». C'est par conséquent à ce niveau que vont avoir lieu toutes les opérations de fongibilité, conférant ainsi des pouvoirs accrus au recteur.

Au niveau académique, un seul responsable par programme pour gérer le budget opérationnel du programme ou BOP : le recteur devient donc le chef des BOPA (académique). Le recteur peut cependant décider de déléguer aux inspecteurs d'académie la responsabilité d'une partie du BOP.

Par ailleurs, le Préfet de région prend la main sur tout (chef des services déconcentrés de l'État en région) mais pas sur l'Éducation nationale qui relève toujours du recteur. Ce dernier ne dépend donc pas du Préfet de région même s'il a « un fil à la patte », puisque le recteur est membre du Comité administratif régional (CAR), « état-major » de l'État en région présidé par le Préfet.

PAP et PAPA, RAP et RAPA

Ces pouvoirs accrus confiés au recteur se doublent d'une responsabilité de contrôle des performances du système : une logique de résultats. Un Projet annuel de performances au niveau ministériel (PAP) et au niveau académique (PAPA) nécessite qu'à chaque action, soient déterminés des indicateurs qui permettront d'évaluer les PAP et les PAPA. À la fin de chaque année, un bilan ou Rapport annuel de performances (RAP pour le ministère, RAPA pour l'académie) sera effectué. Le premier RAP aura lieu à la fin de l'année civile 2006. En fonction des résultats obtenus, on fera varier les moyens. « Vous avez atteint vos objectifs, on continue à vous financer. Vous ne les avez pas atteints, on réduit les moyens. » Les indicateurs étant primordiaux pour l'évolution des moyens alloués, il est normalement prévu qu'ils fassent l'objet de débat et de concertation. En effet, s'il est certain que les personnels seront payés, il n'en est pas de même pour les projets portant sur le fonctionnement. D'où la question essentielle concernant la manière de gérer les enveloppes « masse salariale » et « fonctionnement ». La tentation sera forte d'accroître la précarité, un salarié précaire coûte moins qu'un titulaire. Par ailleurs, les effets du glissement vieillesse technicité (GVT = évolution de la structure par âge et par qualification des personnels) seront différents selon les académies. Parmi les éléments qui influent sur la masse salariale il ne faut pas oublier les heures supplémentaires.

Les indicateurs

Au niveau national, des objectifs vont être fixés par programme et par action avec des traductions académiques qui devront être en cohérence avec les indicateurs

LOLF suite (synthèse élaborée lors du stage organisé par le SNICS académique de Nantes à Angers le 17 mars 2006)

nationaux même s'il n'est pas interdit d'avoir des indicateurs académiques spécifiques.

Exemple : telle somme d'argent ayant été attribuée à l'action « santé scolaire », on va examiner si les objectifs fixés ont été atteints. Une fois l'évaluation faite, les crédits de l'« action » devraient varier. En réalité, personne ne sait encore comment cela se traduira, ce n'est probablement pas la totalité des crédits qui sera revue mais seulement les moyens supplémentaires « spécifiques » à l'action. Nous pouvons citer l'exemple de l'académie de Rennes qui avait donné aux établissements de second degré l'objectif de baisser les taux de redoublement. Les établissements qui ont atteint l'objectif ont obtenu 9 heures d'enseignement de plus mais qu'ils peuvent perdre si l'année suivante le taux de redoublement s'accroît à nouveau.

Programme vie de l'élève

1. Faire respecter l'école et ses obligations :
 - ex-taux d'absentéisme des élèves ;
 - nombre d'actes de signalement effectués.
2. Promouvoir la santé des élèves :
 - nombre de bilans de la 6^e année ;
 - % de jeunes utilisant tabac, alcool, drogues illicites.
3. Responsabilité et vie collective :
 - apprendre à porter secours.

Programme vie étudiante

1. Aides directes.
2. Aides indirectes.
3. Santé des étudiants et activités associatives, culturelles et sportives. Développer la prévention dans le domaine de la santé :
 - taux d'étudiants de premier cycle ayant passé un contrôle médical.
4. Pilotage et animation du programme.

Quels dangers ?

Le danger principal est la politique « du chiffre » au détriment des analyses qualitatives pourtant essentielles. En effet, pour atteindre ses objectifs le rectorat va procéder par une contractualisation avec les établissements (contrats d'objectifs) et par l'envoi de lettres de missions aux chefs d'établissement.

Quelles incidences sur les infirmiers à l'éducation nationale ? Quelles propositions ?

- Demander pourquoi les indicateurs ne sont pas fondés sur nos missions mais surtout sur des objectifs de santé publique ? Pourquoi notre profession est regroupée avec celle des médecins compte tenu que nos missions sont différentes (cf. deux textes de missions redéfinis en janvier 2001 ayant abrogé le texte créant le service de promotion de la santé !). Enfin demander pourquoi nous sommes concernés par les bilans effectués lors de la 6^e année de l'enfant ?
- Dénoncer le fait qu'il soit fait référence à une action « santé scolaire » qui ne correspond pas aux derniers textes créant une mission de promotion de la santé.
- Dans le document officiel du ministère de l'Éducation nationale, le programme « vie de l'élève » qui jouxte le programme « enseignement privé », est défini comme étant réservé à l'enseignement public 1^{er} et 2nd degré. Cela signifie clairement que les personnels qui s'y trouvent interviennent uniquement dans l'enseignement public.
- Les indicateurs étant extrêmement réducteurs par rapport à nos missions, il nous faut rechercher des indicateurs du programme vie de l'élève qui correspondent à nos missions et fonctions, sachant que dans le cadre de la LOLF ces indicateurs devront se traduire par des objectifs à atteindre.
- Rappeler que notre profession est concer-

née par les objectifs des autres programmes et pas seulement par le programme « vie de l'élève ». Et dans ce programme, pas uniquement par l'action « santé scolaire ».

- Dans le programme « vie étudiante » il est uniquement question du taux d'étudiants de premier cycle ayant passé un contrôle médical ce qui est en complète contradiction avec la loi de santé publique qui a supprimé le caractère obligatoire de la visite médicale des jeunes au-dessus de 16 ans !
- Alors que les indicateurs ne doivent pas être des indicateurs d'évaluation des personnels puisque les objectifs de la LOLF sont distincts de ceux de la GRH, au final lorsque l'établissement sera évalué en matière de santé ce sera bel et bien l'infirmière qui y exerce qui sera évaluée puisque seul professionnel de la santé à y exercer... Il va donc falloir demander qu'il soit rappelé que les indicateurs ne sont pas attachés aux agents individuellement.
- À partir des indicateurs, notamment celui concernant le pourcentage de jeunes utilisant des produits après 4 ans, demander ce qui se passera si on n'atteint pas l'objectif compte tenu que tous les jeunes ne sont pas à l'école ? S'inquiéter sur la fiabilité des statistiques sur lesquelles vont pourtant s'appuyer pour arrêter le Rapport Annuel de Performances ! Demander également en quoi cet indicateur est-il spécifique à l'Éducation nationale ?
- Il devient impératif de connaître très exactement les actuels Équivalents Temps Plein d'infirmières, la masse d'argent actuellement consacrée aux infirmières que ce soit pour les postes mais également en moyens de remplacement, de déplacements, etc. En effet, du fait de la fongibilité des crédits il nous faut également connaître tous ces paramètres pour tous les métiers concernés par le programme « vie de l'élève ».

Maryse Lecourt



de BUTBLANC en

Bulletin
du Syndicat
National
des Infirmier(e)s
Conseiller(e)s
de Santé



N° CPPAP 3.955 D 73 S - ISSN 1248 9867
Prix : 0,61 €

Supplément au N° 45



Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé

ÉDITORIAL

BULLETIN SPÉCIAL STATISTIQUES INFIRMIÈRES

Sommaire

- Édito Une
- LOLF et STAT P. 2
- Le cahier de l'infirmière P. 3
- Ce que nous voulons P. 4
- Ce que la DGESCO refuse... PP. 5 à 10
- LOLF PP. 11-12

Après un printemps marqué par l'action et une rentrée qui s'annonce mouvementée compte tenu des suppressions massives de postes de fonctionnaires notamment dans l'Éducation nationale, quelques semaines de repos sont les bienvenues. Bien que le mois de juillet soit déjà bien entamé, nous tenons à vous transmettre le bilan 2004/2005 des retours obtenus en matière de statistiques infirmières et rappeler à ceux et celles qui ne nous ont pas encore transmis leurs statistiques 2005/2006, de bien vouloir le faire dès la rentrée de septembre (double des volets 1 et 2 du cahier de l'infirmière).

Le SNiCS souhaite que la contribution des infirmières de l'Éducation nationale à la réussite scolaire, c'est-à-dire l'intégralité de leur travail, soit prise en compte à tous les niveaux du système éducatif : établissements scolaires, IA, rectorat, ministère et diffusé au niveau politique : députés, sénateurs, élus départementaux et régionaux... Nous voulons que notre profession démontre une nouvelle fois, que ces chiffres sont indispensables pour justifier la place des infirmières au sein du système éducatif, donner lieu à des créations de postes et ne pas être décentralisée.

Comme vous le savez, la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) a décidé cette année encore de ne prendre en compte que les éléments d'une enquête sous forme de questionnaire unique commun aux médecins, infirmiers et assistants sociaux (bilan de la sixième année, élèves ayant une maladie chronique pour lesquels le médecin est intervenu, enfance en danger, formation aux premiers secours + la contraception d'urgence pour les infirmiers). Or, l'ensemble de ces éléments ne constitue en rien le reflet de l'activité de notre profession, ce qui est inadmissible et dangereux pour l'avenir. En effet ces mêmes indicateurs de santé publique sont repris dans le cadre de la LOLF de façon encore plus restrictive, puisque ces indicateurs LOLF ne comptabilisent que les visites médicales de la sixième année et le pourcentage de lycées sans fumeurs. Il est important de rappeler que ces indicateurs vont être associés aux objectifs budgétaires et que notre profession au sein du système éducatif sera évaluée par le biais de ces indicateurs qui, chacun peut en juger, ne sont pas des indicateurs de réussite scolaire mais de santé publique...

C'est pourquoi nous avons demandé à chaque collègue de nous faire parvenir le récapitulatif des volets I et II de ses statistiques infirmières qu'il s'agisse de la version papier ou informatique Sagesse. Nous avons commencé à les compiler et les analyser comme nous l'avons fait l'an dernier.

L'enjeu est important car cet amalgame et ce refus de prendre en compte l'intégralité du travail effectué par notre profession tant dans le domaine individuel que dans celui des interventions collectives reviennent à taire les besoins et demandes de soins exprimés par les jeunes dans les infirmeries. Mais c'est aussi nier l'activité et donc la place des infirmières au sein du système éducatif. Cette orientation obère la politique de prévention en matière de santé menée par le ministère de l'Éducation nationale qui se prive d'une possibilité d'analyse en passant sous silence les millions d'élèves qui chaque année consultent les infirmières. **Préserver nos statistiques est donc essentiel car elles sont le meilleur reflet de notre travail auprès des élèves et nos plus sûres avocates pour la défense de nos missions et de nos postes dans l'Éducation nationale !**

Brigitte Le Chevert, le 19 juillet 2006

Bulletin du syndicat national des Infirmier(e)s
Conseiller(e)s de Santé
46, avenue d'Ivry, 75013 Paris
Tél. : 01 42 22 44 52 - Fax : 01 42 22 45 03
snics@wanadoo.fr
Site www.snics-fsu.org
Directeur publication : Brigitte Le Chevert
N° CPPAP 3.955 D 73.S
ISSN 1248 9867
Impression : Imprimerie S.I.P.E. Paris 75020
Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité
Clotilde Poitevin : 05 55 24 14 03
Courriel : contact@comdhabitude.fr
Site : www.comdhabitude.fr