

## Lu sur le site infirmiersCom

## Roselyne Bachelot fait de l'œil aux paramédicaux...

(...) Interrogée sur les inquiétudes soulevées parmi la profession infirmière par les velléités gouvernementales de réformer le décret d'actes infirmiers, la ministre a tenté d'apaiser les esprits. « Je veux vous rassurer », a-t-elle dit. « Il n'est pas question de déshabiller les compétences des infirmières. Tout ce que je fais au contraire, c'est pour valoriser ces compétences », a-t-elle affirmé, évoquant un contexte de raréfaction de la ressource médicale dans lequel il faudra bien trouver des relais. L'idée de modifier le décret d'actes infirmiers répondait à un besoin de « souplesse », a expliqué la ministre, regrettant qu'il ait fallu neuf mois pour obtenir les décrets autorisant la vaccination antigrippale par les infirmières. « Nous sommes en train de réfléchir à des assouplissements qui ne doivent être en aucun cas un appauvrissement des compétences des infirmières », a-t-elle insisté, précisant qu'une mission de quatre personnes dont la nouvelle conseillère générale des établissements de santé Michelle Bressand avait été constituée. Le groupe dispose d'un mois pour présenter ses réflexions sur le décret de compétences des infirmières. (...) Moins à l'aise sur le dossier de la réforme du LMD pour les professions paramédicales, la ministre s'en est remis au rapport qui doit lui être rendu le 22 septembre. « Je n'aime pas trop le terme "universitarisation", je préfère celui de "mise à niveau licence" », a-t-elle cependant déclaré, invoquant le fait que certains professionnels paramédicaux craignent une dissolution dans l'université du caractère professionnel de leur diplôme. « Avouez que verser d'un coup 450 000 personnes en catégorie A, ce n'est pas une petite réforme de la fonction publique », a-t-elle lâché à propos des infirmières pour justifier le temps que prend la mise en place de la licence infirmière annoncée pour la rentrée 2009.

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 Directrice de la publication : Brigitte Le Chevert N° CPPAP 3.955 D 73.S ISSN 1248 9867 Impression: Imprimerie S.I.P.E., 75020 Paris Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité Clotilde Poitevin: 05 65 11 00 79 clotilde.poitevin@comdhabitude.fr Site: www.comdhabitude.fr Publicité: MAIF

Retraites : pensez à faire vos demandes de validation avant le 31 décembre 2008!

Aux termes des articles L5. les deux derniers alinéas du Code des pensions civiles et militaires des retraites. R5 et R7. ont été modifiés par l'article 43 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites : ainsi les fonctionnaires titularisés avant le 1er janvier 2004 peuvent demander la validation de leurs services de non-titulaires (contractuel, vacataire, auxiliaire, temporaire, aide) au plus tard le 31 décembre 2008.

## La rentrée en chiffres

Situation 2007 Situation 2008

Élèves 1er et 2nd degrés :

12 068 200

11 987 200

Étudiants de classes post-bac :

273 700

274 600

Enseignants écoles, collèges et lycées publics et privés sous contrat :

878 947

870 023

Personnels non enseignants:

204 946

174 005

Budget de l'EN – mission enseignement scolaire en milliards d'euros :

59.900

59.053

Nombre d'établissements scolaires : 67 077

66 747

Le Monde du 3 septembre 2008

## Évolution des horaires des écoliers depuis le XIX<sup>e</sup> siècle

1894 : 1 338 heures de cours réparties sur 223 jours de classe, soit 30 heures sur cing jours.

1922 : 1 260 heures sur 210 jours. Les vacances d'été passent de six à huit semaines

1938-1939 : 1 128 heures dans l'année réparties sur 188 jours de classe. Création des vacances de Noël.

1969 : passage à 27 heures hebdomadaires, pour libérer le samedi après-midi. 1989 : 936 heures pour les élèves, dont l'horaire passe à 26 heures, la 27e heure devient une heure de concertation entre maîtres d'une même école.

2008: 24 heures hebdomadaires sur 36 semaines, soit 840 heures en tenant compte des jours fériés, auxquelles s'ajoutent deux heures par semaine pour les élèves en difficulté.

Le Monde du 9 septembre 2008

## **Revalorisation des** indemnités kilométriques

L'arrêté modificatif fixant les taux des indemnités kilométriques du 26/08/08 publié au Journal officiel du 30/08/08 revalorise de 10,7 % le montant des indemnités kilométriques accordées par les employeurs des trois fonctions publiques aux agents utilisant leur véhicule dans le cadre de leur activité professionnelle. Cette augmentation a un effet rétroactif au 1er août 2008.

## Vaste consultation de la défenseure des enfants

## Paroleauxieunes.fr

La défenseure des enfants, Dominique Versini, a lancé une vaste consultation des adolescents. Un site a été mis en place pour héberger un forum participatif étalé sur un an. Chaque mois un nouveau thème s'ouvrira, après une visite de la défenseure dans une ville de France. Pour l'instant, les jeunes inscrits dissertent sur l'éducation et la famille. Ensuite viendront d'autres sujets : la justice. Internet. la santé. les discriminations, les violences, etc. L'idée est de rassembler des témoignages, des doléances et des propositions, dans un livre d'or qui sera remis au président de la République en novembre 2009.

## 200 millions d'euros pour les infirmiers

La ministre de la Santé et des Affaires sociales belge, Laurette Onkelinx (PS), a annoncé vendredi 29 août sa volonté de lancer un « ambitieux plan de relance » de la profession d'infirmier.

Celui-ci consistera en un investissement de 200 millions d'euros sur 5 ans en faveur de la sensibilisation au métier. « Nous devons faire face à une très grande pénurie dans le secteur des infirmières. C'est pour cela que je tiens à mettre sur pied un ambitieux plan de relance de la profession », a expliqué Mme Onkelinx. Elle a dit souhaiter notamment une revalorisation des salaires et des titres et qualifications particulières. La Belgique compte actuellement 165 000 infirmières et infirmiers.

ÉDITORIAL

Ce numéro présente les textes adoptés par notre congrès et quelques-unes des interventions de nos invités. Dans le prochain numéro, seront publiés les comptes rendus des deux tables rondes ainsi que les interventions de la FCPE, de la PEEP, du SNEP, du SNES, du SNPDEN, du SNUIPP, etc. venus apporter aux congressistes leur salut et leur solidarité.

## **Sommaire**

• Éditorial	P. 3
<ul> <li>En audience chez X. Darcos</li> </ul>	P. 4
<ul> <li>Audition du SNICS sur la loi HPST</li> </ul>	P. 5
<ul> <li>Au cabinet de R. Bachelot</li> </ul>	P. 6
<ul> <li>Loi HPST : partie commentée par le SNICS</li> </ul>	P. 7
<ul> <li>Audition du SNICS sur la prévention de l'obésité</li> </ul>	P. 8
<ul> <li>Dernières nouvelles sur le LMD</li> </ul>	PP. 9 à 11
<ul> <li>Quid du décret des actes professionnels</li> </ul>	PP. 12 à 14
<ul> <li>Reprises d'ancienneté : champagne !</li> </ul>	P. 15
• Évaluation	P. 16
• GIPA	P. 17
Congrès du SNICS	PP. 18 à 35
<ul> <li>Pages spéciales stagiaires</li> </ul>	PP. 36 à 43
• Grille des salaires au 1er octobre 2008	P. 39
<ul> <li>Se syndiquer au SNICS</li> </ul>	P. 44
<ul> <li>Vos responsables du SNICS</li> </ul>	P. 45
• Retraites	P. 46
Droits et libertés	P. 47
• MAIF	P. 48

## Redescendre dans la rue pour gagner!

a rentrée scolaire se déroule dans un contexte économique difficile pour l'ensemble de nos concitoyens : baisse du pouvoir d'achat, incertitude sur l'avenir, crise financière mondiale majeure.

Une rentrée scolaire avec en toile de fond un profond remaniement de la fonction publique, des disparitions de services publics tels la poste, des transferts de missions de services publics vers des structures privées notamment dans le domaine de la santé. Dans ce cadre, la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire va bousculer la répartition de l'offre de soins entre le public et le privé et entraîner la quasi-disparition des missions des DDASS et des DRASS au profit d'Agences Régionales de Soins.

À l'Éducation nationale sont annoncés 13°500 suppressions de postes au budget 2009 et une réforme des lycées dont le seul objectif est de supprimer davantage de postes d'enseignants via une diminution d'heures de cours pour les lycéens.

Dans ce contexte tendu, seules la pression et l'action syndicale peuvent espérer freiner et conduire à des avancées.

### Des créations de postes

Les manifestations et actions menées par notre profession avaient contraint François Fillon, alors ministre de l'éducation nationale, à programmer 1 500 créations de postes infirmiers sur cinq ans. Les 300 créations obtenues pour 2008 ne doivent cependant pas masquer les difficultés de recrutement auxquelles nous sommes confrontés. Dans un grand nombre d'académies, d'une part les collègues reçues au concours sont moins nombreuses que le nombre de places offertes, d'autre part les rectorats et les inspections académiques ne trouvent pas assez d'infirmières contractuelles ou vacataires. Au final, près de 1 000 équivalents temps plein d'infirmières manquent dans les académies !

### Les mesures transitoires de reprises d'ancienneté

Vous avez par deux fois répondu à l'appel du SNICS en manifestant. Vous avez interpellé députés, sénateurs, présidents de groupes comme nous vous l'avions proposé. Et nous avons gagné! Le décret permettant à nos collègues recruté(e)s avant 2003 de bénéficier des mêmes conditions de reprises d'ancienneté que leurs collègues recruté(e)s après cette date, est enfin paru le 7 octobre. Vous avez constaté au fil des comptes rendus publiés dans les précédents de But en Blanc l'implication du SNICS dans ce dossier depuis plus de cinq années. C'est pourquoi nous pouvons, légitimement et sans rougir, savourer ensemble cette victoire.

#### LMD et catégorie A type

Nous sommes en passe de gagner sur la revendication fondatrice du SNICS, la reconnaissance de la spécificité de notre profession et sa reconnaissance sociale. Vous étiez très nombreuses et nombreux à être descendu(e)s dans la rue à l'appel du SNICS au côté de nos collègues des autres secteurs d'activité pour obtenir l'inscription de notre formation dans le système LMD et une reconnaissance salariale par un reclassement de toutes les infirmières en catégorie A type. Le président de la république s'était engagé en ce sens auprès du SNICS dans un courrier du 2 mai 2007, estimant que cette réforme devait se faire quel qu'en soit le coût.

Tandis que la profession revendique légitimement une licence, un master de plein exercice et un doctorat dans un domaine en sciences infirmières, les inspections générales ainsi que certaines organisations syndicales nous proposent une licence professionnelle accessible par la VAE. Alors que cette revendication légitime pour notre profession a été accordée aux professions médicales sans qu'elles aient à manifester, il nous faudra certainement redescendre dans la rue pour gagner cette reconnaissance tant attendue. Une fois de plus, nous devrons manifester pour obtenir ce qui nous est dû mais nous savons que nous pouvons gagner si nous menons l'action dans l'unité.

Christian Allemand - Paris, le 17 octobre 2008

# **Activités-Rencontres**

# Au cabinet du ministre de l'EN le 18 juillet et le 11 septembre 2008

e SNICS était reçu le 18 juillet 2008 par Rolland Jouve, conseiller social de Xavier Darcos, et Marie-Michelle Passemard, conseillère du ministre chargée de la santé des jeunes et des questions relatives au handicap. Cette audience à laquelle Brigitte Le Chevert et Christian Allemand représentaient le SNICS, faisait suite à une demande du SNICS. En effet, après deux audiences et une audition du SNICS avec le ministère de la santé au sujet de la nouvelle loi "Patient/Santé/Territoires" (Cf. compterendus en pages suivantes), nous étions inquiets par le refus du ministère de la santé de nous transmettre l'ensemble du projet de loi d'autant que la partie relative à la santé à l'école, à l'éducation à la santé et à la prévention de l'obésité que nous avions réussi à nous procurer, n'augurait rien de bon. De plus, les différentes déclarations à la presse sur la décentralisation prochaine des médecins et des infirmières de l'Education nationale nous poussaient à vouloir rencontrer notre ministère de tutelle. (Cf. ci-après le tableau analysant le projet de loi).

# Incidences de la loi Patient/Santé/territoires sur les infirmières à l'Education nationale

Nous avons donc interrogé nos interlocuteurs sur la place des infirmières à l'éducation nationale et surtout sur les incidences directes que ces textes auraient en matière de missions, de hiérarchie, de sens du recrutement des infirmières à l'EN (dont nous savions qu'il

ne serait plus celui de la réussite scolaire !), de modification des règles d'affectation et de nomination des personnels et aussi de temps de travail. Nous avons dit notre inquiétude de savoir que la DGESCO, Direction Générale de l'Enseignement Scolaire du MEN, avait été reçue à plusieurs reprises par le ministère de la santé, auditionnée entre autres par la mission parlementaire sur la prévention de l'obésité et qu'elle avait travaillé à l'élaboration de ces textes sans que nous soyons consultés.

M. Jouve a dit sa surprise d'apprendre que des personnels de la DGESCO avaient travaillé sur ces dossiers. Il a rappelé que le cabinet et le ministre n'avaient passé aucune commande en ce sens et que cela s'était donc fait à l'insu du cabinet. Il a affirmé que le Ministre était opposé à ce projet et qu'il savait qu'il mettrait tout en œuvre pour que les infirmières restent à l'éducation nationale pour mener des missions d'accueil et d'écoute de tous les élèves. Pas question Pour M. Jouve, que les infirmières passent leur temps à ne faire que du dépistage ou des missions dévolues jusqu'à lors aux médecins. De plus pour lui, le ministère de la santé n'a aucun ordre à donner à l'éducation nationale, le ministre de l'éducation nationale étant maître chez lui en matière de santé des enfants et des adolescents pendant le temps scolaire. En conséquence, M. Jouve s'est engagé à intervenir rapidement dans ce sens. Rendez-vous nous a été donné pour la rentrée compte tenu que cette loi devrait être présentée en conseil des ministres fin septembre début octobre. Christian Allemand

ans la suite de l'audience du 18 juillet, le SNICS (Christian Allemand, Catherine Sanz et Brigitte Le Chevert) était à nouveau reçu par Rolland Jouve, conseiller social du ministre accompagné de Marie-Michelle Passemard.

Alors qu'au début de l'été le projet de loi "PST" [devenu "HPST" suite à l'ajout de Hôpital] prévoyait la suppression de 2 visites médicales sur les 4 visites décidées début 2007 dans la loi "protection de l'enfance", toute référence à cette suppression a disparu dans le nouveau projet. Ces suppressions étaient pourtant positives puisque ni le ministère de l'EN, ni le ministère de la santé, n'ont les moyens de mettre en œuvre ces visites médicales. Comment peut-on décréter de manière responsable l'ajout de 3 visites médicales quand on sait que la visite médicale d'admission des 6 ans est réalisée à moins de 70% sur tout le territoire, et ceci malgré la mobilisation des infirmières pour cette VA dans plusieurs académies! Irresponsable mais de plus dangereux pour les infirmières de l'EN dont les missions sont progressivement assimilées à celles des médecins alors que le projet de décentraliser la médecine scolaire est toujours d'actualité. S'il est certain que les médecins conserveraient leurs missions auprès des jeunes en cas de décentralisation à la territoriale, il est tout aussi certain que les infirmières s'occuperaient des personnes âgées dont les collectivités territoriales ont l'entière responsabilité. Notre profession n'a pas construit une spécificité auprès des élèves et des étudiants à partir des besoins et des demandes de ces derniers pour la perdre au moment de la réforme de l'Etat! De surcroît, au moment où la revendication du SNICS de reconnaissance d'une spécialité pour les infirmières de l'EN (par prudence et pour obtenir la catégorie A dans le cadre du LMD) commence à être entendue. A cela s'ajoutent les conditions de travail : ni le forfait de 10% accordé à notre profession pour mettre en œuvre notre spécificité, ni la concentration de notre activité sur 36 semaines permettant d'avoir la totalité des congés scolaires, ne seraient conservés à la Fonction Publique Territoriale. Sans parler du droit à mutation, de la retraite, etc. qui diffèrent d'une fonction publique à l'autre.

## Réponses du cabinet

Pour M. Jouve la situation est compliquée. On revient donc à quatre visites médicales mais on ne dit pas qui fait quoi... L'éducation nationale a un souci budgétaire et rationnel avec ces 3 visites supplémentaires et tout le monde s'accorde à dire que le texte de la loi de 2007 est flou. Ce texte demande à être éclairci quant à son interprétation et un rapport va être produit. D'un côté, le ministère de l'EN

considère que l'EN n'a pas à prendre en charge les visites médicales gratuites des 9, 12 et 15 ans, de l'autre, le ministère de la santé souhaite que ces visites médicales soient réalisées dans le cadre scolaire! Il précise que le conseiller de Matignon en charge du projet de loi PST, souhaitait un texte dense mais court et qu'il a donc supprimé tout ce qui posait problème. Il souligne qu'au moins, dans ce nouveau projet de loi, la santé à l'Ecole n'est pas concernée par le chapitre sur les ARS (Agences Régionales de Santé). Pour M. Jouve il faut essayer d'agir et d'avancer sur les infirmières car elles doivent rester à l'Education nationale. Il souligne que si la décentralisation de 2003 avait prévu de maintenir les infirmières dans l'EN, c'est parce qu'elles avaient toutes été rattachées à des établissements et que leur fonction était liée au fonctionnement des EPLE. Il rappelle que si l'EN s'appuie sur les infirmières c'est parce qu'elles contribuent au bon fonctionnement des établissements scolaires. Pour lui, il faut enraciner cet état de fait et ancrer la distinction entre santé publique et santé à l'école. Il évoque la réflexion sur la réforme du lycée qui va s'engager.

A notre question sur la création des 300 postes d'infirmière au 1er/09/09, M. Jouve répond qu'il n'y a aucune remise en cause puisqu'il s'agit d'un plan pluriannuel sur 5 ans dont la fin se termine au 1/09/2010.

Brigitte Le Chevert



## LOI PST : audiences au cabinet de Roselyne Bachelot les 9 et 15 juillet 2008

# **Activités-Rencontres**

e 9 juillet, dans le cadre de la présentation du projet de loi « Patients Santé Territoire » le ministère de la Santé entendait le SNICS notamment sur le secteur de la santé à l'Ecole. Elvire Aronica conseillère technique au cabinet de Mme bachelot au sein du pôle politiques de santé et de prévention, a reçu Christian Allemand secrétaire général et Catherine Sanz. secrétaire générale adjointe pour évoquer les quatre sujets suivants : après avoir présenté notre organisation syndicale notamment sa forte représentativité issue des dernières élections professionnelles, nous avons fait remarquer le paysage syndical atypique de l'éducation nationale au sein de laquelle plus de 30% des infirmières se syndiquent alors qu'elles le sont à moins de 5 % à l'Hospitalière toutes centrales syndicales confondues. Nous lui avons expliqué notre projet professionnel centré sur les besoins en santé des élèves et par voie de conséquence sur la place de l'infirmière dans le système éducatif.

#### 1. Restauration scolaire

Pour Mme Aronica, la circulaire n'étant pas respectée, le ministère de la Santé envisage d'inscrire ce projet au niveau de la Loi.

Nous avons tenu à faire remarquer que les repas dans la restauration collective, qu'ils soient préparés par une cantine publique ou par un organisme privé, répondent à un cahier des charges qui la plupart du temps assure l'équilibre nutritionnel et des produits d'une qualité sanitaire satisfaisante mais malheureusement sans prise en compte de la notion de plaisir et de qualité gustative. La notion de repas renvoyant également à une dimension de construction affective, il ne saurait être question pour le SNICS par des propos trop normatifs de risquer de déstabiliser un jeune enfant en stigmatisant de manière excessive la nourriture que sa maman lui prépare. Enfin il nous a semblé important que cette notion de nutrition soit également accompagnée par de l'éducation à la santé à titre collectif certes, mais pas seulement. En effet il faut penser à celui qui est gros ou en surpoids, qui est « le gros de la classe » et de ce que cela peut générer dans le groupe d'élèves. Nous

pensons que l'éducation à la santé et le conseil en santé à titre individuel sont à privilégier plutôt que la « chasse aux gros » ouverte par des dépistages et des calculs d'IMC systématiques.

## 2. Promotion de la santé/éducation pour la santé en milieu scolaire

Nous avons souligné l'importance de la place particulière de l'infirmière dans les établissements scolaires : elle fait partie de l'équipe éducative et pédagogique, elle a sa place dans l'individuel comme dans le collectif et peut faire des allers retours entre ces deux types d'actions. Le respect du secret professionnel est une garantie pour les élèves qui fréquentent beaucoup, souvent à leur propre initiative, les infirmeries. Nous avons souligné qu'en 2005/2006, 16 millions d'élèves avaient consulté une infirmière dont 80% étaient retournés en cours après cette consultation, preuve que l'infirmière s'inscrit dans un objectif de réussite scolaire.

Pour le SNICS, l'éducation à la santé est certes primordiale mais elle doit être connectée aux problématiques individuelles ou collectives repérées sur le terrain par l'infirmière. La réussite scolaire et le travail sur l'estime de soi sont en relation directe avec la prévention des conduites addictives et des conduites à risques. Dans ce cadre le travail en partenariat et en réseau prend tout son sens dans le respect des missions et des champs de compétence de chacun.

Nous avons exposé à Mme Aronica les indicateurs et outils à notre disposition et expliqué que le cahier de l'infirmière n'est que peu ou pas exploité par le ministère de l'éducation nationale alors qu'il permet d'avoir une vision relativement juste des besoins et des demandes des élèves. Mme Aronica, très intéressée par nos statistiques, qui lui ont paru « un outil très précieux », nous nous sommes engagés à lui transmettre la publication du SNICS « spéciale statistiques ».

## 3. Renforcement du dépistage en milieu scolaire

Pour Mme Aronica, le bilan de grande section de maternelle est primordial, il permet un dépistage essentiel mais le manque de médecins le rend difficile à réaliser à 100%!

Pour le SNICS, dépister pour dépister ne présente pas d'intérêt s'il n'y a pas de suivi. Or, pour faire ce suivi il ne faut pas que la confusion des rôles conduise à faire remplir les missions des médecins par les infirmières, l'argument utilisé étant le manque de médecins.

Madame Aronica a dit son étonnement car elle a reçu une autre organisation syndicale infirmière de l'Education nationale lui ayant dit vouloir faire du dépistage systématique.

## 4. Conditions d'accès à la contraception

Mme Aronica nous informe que le Ministère de la santé souhaite aller au-delà de la prescription du Norlevo. Le souhait serait que les infirmières scolaires puissent renouveler les prescriptions de contraception orale.

Nous avons dit notre accord sur ce sujet d'autant que les résultats de la délivrance par les infirmières de l'EN de la contraception d'urgence se sont avérés positifs avec une légère diminution des interruptions volontaires de grossesses chez les jeunes femmes de moins de 25 ans. Nous avons cependant mis une double condition 1. que les infirmières reçoivent un complément

de formation ;

2. que cette formation soit délivrée par des uni-

versitaires et non par des personnes que nous pourrions nous même former comme cela a été le cas pour le Norlevo.

Nous avons mis l'accent sur le respect de l'intimité de la jeune fille, question qui montre l'importance de l'infirmerie, lieu de discrétion et de secret, et donc de la présence infirmière dans les établissements scolaires en particulier en zones rurales où existe une réelle difficulté à se rendre dans une structure du type centre de planification ou pharmacie proche de son domicile sans être reconnu.

Nous ne pouvions terminer cette audience sans évoquer avec notre interlocutrice notre demande de faire reconnaître l'exercice infirmier à l'éducation nationale comme une spécialité à part entière de niveau M2 avec un classement en catégorie A. Madame Aronica s'est montrée très étonnée que nous ne soyons pas en catégorie A. Catherine Sanz

e 15 juillet, l'audience avec Madame Thanh Le Luong, conseillère de R. Bachelot, chef du pôle « politiques de santé et de prévention » faisait suite à l'audit du 9 juillet sur la loi PST. Pour le SNICS, Christian Allemand et Catherine Sanz.

Le Dr. Le Luong présente le projet du ministère de la Santé : nous voulons miser sur l'avenir, sur les jeunes, nous voulons leur apprendre à préserver leur santé en leur offrant un environnement favorable grâce à une mesure phare : un enseignement de la santé à l'école qui permettrait de leur donner des informations sur la nutrition, l'alcool, le tabac... Cela permettrait une réduction des inégalités, l'enracinement de pratiques « saines », la lutte contre l'homo phobie, le respect de l'autre... Cet enseignement aurait un programme à respecter comme les autres matières, avec un message homogène, des méthodes pédagogiques particulières. Tout ceci serait piloté par les ARS (Agences Régionales de Santé) avec des intervenants labellisés ARS n'appartenant pas forcément à l'Education

Nationale. Actuellement la santé publique n'a pas de levier dans le scolaire. Nous nous posons la question de la médecine scolaire avec des médecins qui souffrent, un manque de visibilité et une dyarchie qui semble préjudiciable à une efficacité optimale. Les médecins scolaires ne sont pas assez nombreux ils n'ont pas le temps de faire de la prévention et de la promotion de la santé.

Nous rappelons au nom du SNICS l'historique de la présence infirmière à l'Education Nationale et de l'existence en parallèle d'un service de Santé Scolaire dans le contexte particulier de l'après guerre et la nécessité de l'époque de vacciner et dépister en masse notamment la tuberculose. Puis le rattachement entre 1985 et 1991 de la Santé scolaire à l'Education nationale qui a conduit les médecins à conserver leurs missions de santé publique en particulier la visite d'admission au CP tandis que les infirmières intégrant l'Education nationale, ont du adopter les missions et fonctions de leurs

collègues déjà présentes dans ce ministère et toutes rattachées à des collèges et des lycées : accueillir tout élève ou étudiant se présentant à l'infirmerie, l'aider, prendre soin de lui et l'accompagner pour lui permettre de progresser dans sa quête d'un mieux-être afin qu'il puisse suivre et réussir sa scolarité dans des conditions optimales. Les missions des infirmières de l'EN semblant assez méconnues de notre interlocutrice, nous rappelons la possibilité pour les infirmières de passer de l'individuel au collectif et de décider de la mise en place d'actions de prévention parfaitement adaptées aux préoccupations des jeunes qui les choisissent souvent comme interlocutrices privilégiées. L'exemple de l'éducation à la sexualité est patent puisque la loi disait l'obligation de cet enseignement, enseignement qui s'est heurté à un problème d'articulation entre temps d'enseignement, temps de présence des élèves et des infirmières dans un cadre qui se situe dans le champ de l'éducation et pas de l'enseignement. Nous faisons remarquer que dans le premier degré par

# **Activités-Rencontres**

LOI PST: audiences (suite)

>> exemple, une injonction donnée en matière de santé est bien perçue par les écoliers mais qu'au collège en revanche, tout explose avec des passages à l'acte, des tentatives de suicide, des conduites addictives ou à risque. Nous soulignons qu'il ne faut pas négliger l'influence que peut avoir le groupe classe sur les comportements individuel d'une part et que d'autre part l'adolescent doit pouvoir prendre des risques pour se construire. Nous expliquons que, lorsqu'on organise une action d'information collective, cela soulève des interrogations auxquelles les infirmières apportent des réponses individualisées aux élèves et aux étudiants, leur assurant ainsi un suivi de proximité.

Pour le Dr Le luong, l'examen biométrique (poids, taille, vue) par les infirmières permettrait de débroussailler le terrain aux médecins car seul l'examen clinique doit rester médical. Il est peutêtre nécessaire de redéfinir les tâches des infirmières, elles ne doivent pas faire du social, passer trop de temps à faire de l'écoute...

Nous précisons au nom du SNICS que notre priorité est que chaque profession mène à bien ses missions et pas seulement les médecins. Les infirmières sont certes désireuses de

travailler en partenariat et en réseau mais dans le respect des missions et des champs de compétence de chacun. Nous disons notre désaccord concernant le manque de médecins à l'EN pour assurer la visite d'admission au CP et qui justifie aux yeux de ceux qui méprisent les missions spécifiques des infirmières de les détourner de leurs missions et rappelons le calcul suivant : Il y a en France environ 750 000 élèves en grande section de maternelle enseignement privé compris et 1600 ETP de médecins à l'EN. Un bilan médical dure en moyenne 30 minutes. Les élèves sont présents à l'école 24 heures par semaine pendant 36 semaines. Un médecin peut donc faire 48 bilans par semaine soit 1728 bilans sur une année scolaire. En divisant 750 000 élèves par 1728 bilans par médecin on obtient 434 médecins pour réaliser l'ensemble de ces bilans à raison de 24 heures / semaine alors que le temps de travail hebdomadaire de ces personnels est de 37 h 30.

Soulignant qu'en 2005/2006 16 millions d'élèves sont passés dans les infirmeries, le plus souvent à leur propre initiative, nous demandons comment ne pas s'inquiéter de voir utiliser le temps des infirmières au détriment de leur rôle propre et donc au détriment des réponses aux jeunes ? Rôle propre dont l'écoute est inhérente au même titre que le conseil et le soin, et qui permet à l'infirmière d'évaluer le degré de souffrance et de contribuer à son soulagement afin de permettre aux ieunes, une fois soignés, de retourner en cours dans les meilleures conditions. Nous insistons sur le manque d'infirmières : malgré les 300 créations de postes par an en 2006, 2007 et 2008, il n'y a toujours pas une infirmière par établissement puisqu'il n'y a que 7000 ETP d'infirmières pour 8000 collèges et lycées. Ces créations devraient durer encore deux années soient 600 postes de plus ce qui ferait environ une infirmière par établissement.

Dr Le Luong: « Nous ne souhaitons pas supprimer la présence infirmière dans les établissements, ni démonter ce qui marche. Ce travail se fera sur la base du volontariat, le ministère de le santé n'ayant aucun pouvoir sur la façon d'utiliser les ETP d'infirmières ou de médecins dans l'Education nationale. »

Bien que Mme Le Luong ait dit ne pas être favorable à la décentralisation car cela créerait des inégalités, il est clair que derrière ce débat cette question récurrente est posée. Il est clair également que les syndicats de médecins qui avaient été auditionnés avant nous, avaient posé leurs jalons. **Christian Allemand** 

## HCPP, LMD, Loi PST, décret des actes... chez R. Bachelot le 17 septembre

ann Bubien, conseiller social de Roselyne Bachelot, recevait le 17 septembre le SNICS (Cindy Rataczak et Christian Allemand) pour aborder le suivi de nos dossiers avec le ministère de la santé.

### 1. HCPP

D'emblée, nous interpellons notre interlocuteur sur l'absence du SNICS dans le Haut Conseil des Professions Paramédicales HCPP, organisme remplaçant le Conseil Supérieur des Professions Paramédicales au sein duquel le SNICS détenait un siège. Nous rappelons d'une part les amendements que nous avions faits sur ce texte, d'autre part l'engagement du cabinet pour que le SNICS y participe. Réponse : M. Bubien nous informe de demandes similaires de la part de la FNESI, de la CNI, de l'ordre infirmier,... et nous prévient qu'il a donné consigne à la DHOS pour que le SNICS y siège.

#### 2. LMD

Nous disons nos inquiétudes face aux propos tenus par M. Fagniez, conseiller de Valérie Pécresse : celui-ci a affirmé que le ministère de la santé aurait retenu la Licence Pro et le Master Pro pour les infirmières (Cf. compte-rendu audience) alors que l'enseignement supérieur était favorable à une licence de plein exercice pour une partie des infirmières.

Réponse: Pour M. Bubien, d'une part Mme Bachelot n'a par arrêté son choix, d'autre part le rapport comporte de bonnes analyses notamment quant à la reconnaissance de la profession au niveau européen. Mme Bachelot a chargé 4 personnes dont Michelle Bressan, ancienne Directrice de soins de l'APHP, d'une mission à ce sujet. Des discussions auront lieu avec les partenaires sociaux sur ces choix dont le reconventionnement des collègues en exercice, c'est-à-dire la catégorie A pour toutes les infirmières. Une programmation budgétaire sur plusieurs années sera nécessaire dont le coût moyen pour la FPH s'élèvera à 600 millions d'euros par an. Il souligne que toutes les professions de santé sont concernées par ce dossier. M. Bubien réaffirme

qu'il est personnellement plutôt favorable à une licence de plein exercice qu'à une licence professionnelle car cela permet d'ancrer la profession dans une dynamique de recherche et d'amélioration de la qualité des soins, mais également de faire des transferts de compétences plus facilement et d'améliorer la coopération entre les professions de santé. Toutes les infirmières pourront passer en catégorie A. Pour M. Bubien, certaines collègues ne feront pas ce choix notamment celles proches de la retraite, ce changement de catégorie ayant des incidences sur l'âge de départ à la retraite et la perte du service actif. Il souligne que la position statutaire (catégorie A) sera disjointe de la possession du titre de licencié.

### 3. La loi HPST

Nous interrogeons notre interlocuteur sur les raisons de la disparition dans la dernière version du projet de loi de la possibilité de renouvellement de la contraception orale par les infirmières et de la suppression du chapitre relatif au nombre de visites médicales pour les enfants. Nous lui faisons part de nos préoccupations sur la notion d'éducateur de santé. Pour nous, l'éducation à la santé, présente dans le décret des actes professionnels infirmiers, est un soin entouré de toutes les vertus cardinales attachées à cette notion (secret professionnel, respect de l'intimité, notion de suivi et de garantie tant pour l'individu que pour le collectif, ...). Sans nier le travail de certaines associations à l'origine de la rédaction de cette partie de la loi, nous disons notre préférence de voir apparaître une distinction entre éducation à la santé et animation à la santé et par conséquent une définition d'une part pour les éducateurs de santé qui ne peuvent appartenir qu'à certaines professions réglementées et d'autre part une définition pour les animateurs de santé qui peuvent relever d'une formation différente avec des garanties différentes. Nous insistons sur l'intérêt pour tous à ne pas générer de la confusion.

M. Bubien nous informe que nous avons jusqu'au 30 septembre pour proposer des amendements. Il nous dit être d'accord sur l'éducation à la santé et nous informe que d'autres organisations ont déjà fait part d'objections similaires. Il rappelle que la loi HPST n'est qu'une partie d'un ensemble de lois qui vont intervenir dans un calendrier serré notamment le Projet de Loi sur le Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) en octobre 2008 et la Loi de Santé publique (LSP) début 2009. Ainsi, ce qui ne sera pas abordé dans la loi HPST pourra l'âtre dans le PLFSS ou la LSP notamment la formation des infirmières, le renouvellement de la contraception orale mais également les transferts de taches et de compétences et les nouvelles modalités de coopération entre professionnels de santé.

### 4. Décret des actes

M. Bubien reconnaît que le gouvernement a mal communiqué sur ce dossier et n'a pas suffisamment pris en compte les inquiétudes de la profession. Il souligne cependant qu'on ne peut pas mettre en place le LMD, augmenter les compétences infirmières et leur permettre de nouveaux actes sans passer par une nouvelle définition légale et réglementaire. Il est confiant quant à la capacité de Michelle Bressan de mener à bien cette réflexion.

Christian Allemand



lors de la manif LMD

# **Activités-Rencontres**

## Projet de loi en cours pendant l'été

Art. 3 – Lutte contre l'obésité : restauration scolaire et universitaire Les bonnes pratiques alimentaires s'acquièrent aussi à l'école, où de nombreux jeunes prennent leurs repas. La circulaire interministérielle du 25 juin 2001 qui fixe jusqu'à présent la qualité nutritionnelle des repas servis en restauration est insuffisamment connue et appliquée par les professionnels de la restauration scolaire. L'objectif de cet article est d'accroître, à coût constant, la qualité nutritionnelle des repas servis en restaurations scolaire et universitaire, en rendant plus contraignantes les dispositions de la circulaire précitée.

## Art. 4 – Promotion de la santé - Education pour la santé en milieu scolaire

L'objectif de cet article est de renforcer la promotion de la santé et l'éducation pour la santé en milieu scolaire et d'organiser cet enseignement de l'école au lycée. La promotion de la santé et l'éducation pour la santé sont deux thématiques dont l'appropriation se fait nécessairement de manière progressive chez l'individu, dès la petite enfance par l'éducation parentale et au cours du cursus scolaire, de la maternelle à l'université. Le développement de ces enseignements au cours de la scolarité doit permettre à l'enfant de s'inscrire dans une dynamique positive et de se responsabiliser face aux risques que représentent des comportements inadaptés. Il est proposé d'insérer dans le code de l'éducation un article rendant obligatoire l'enseignement de ces deux thématiques à l'école, au collège et au lycée. La section 9 du chapitre II du titre ler du livre III du code de l'éducation est ainsi modifiée : le 2e alinéa de l'article L 312- 16 est remplacé par : « Un enseignement visant à promouvoir la santé et destiné à aider l'élève à adopter les comportements qui préservent sa santé est dispensé dans les écoles, les collèges et les lycées. Il concerne notamment, dans les établissements primaires et secondaires, l'hygiène de vie, la prévention des conduites addictives, avec ou sans substance, et l'apprentissage des gestes de premiers secours. Cet enseignement associe les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs inscrits sur une liste établie par l'agence régionale de santé, après avis du rectorat. Un bilan annuel des actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé menées en milieu scolaire est transmis par le rectorat à l'agence régionale de santé. Les modalités de mise en œuvre de cet enseignement seront définies par décret. »

### Art. 14 - Renforcement du dépistage en milieu scolaire

Cette disposition vise à améliorer l'efficacité et l'efficience du suivi médical des enfants scolarisés :

- En recentrant les visites obligatoires sur les âges clés de leur développement, 6 et 12 ans, sur l'ensemble du territoire;
- En mettant en œuvre des consultations à 9 et 15 ans pour les élèves en situation de précarité et à titre expérimental, plus particulièrement dans les zones franches urbaines définies par le décret n° 2007-895 du 15 mai 2007 modifiant le décret n° 96-1155 du 27 décembre 1996.

La population ciblée concerne 700 000 enfants de 6 ans, 680 000 élèves de 9 ans, 780 000 élèves de 12 ans ainsi que 590 000 élèves de 15 ans soit près de 2,8 millions d'enfants.

Article L 541-1du code de l'éducation (2° partie, Livre V, Titre IV : La santé scolaire. Chapitre I° : La protection de la santé). Le premier alinéa de l'article L 541-1 est modifié comme suit :

« Au cours de leur 6° et 12° année, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite par le personnel de santé scolaire au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé. Le suivi sanitaire des élèves fait l'objet d'un bilan annule régional remis au directeur de l'agence régionale de santé. Dans les zones prioritaires en termes d'éducation, cette visite est également assurée, à titre expérimental, pour les enfants de 9 et 15 ans. » Le dernier alinéa de l'article L 541-1 est remplacé par les dispositions

## **Commentaires du SNICS**

Extension des règles de contrôle qui prévalent habituellement dans la restauration à la restauration scolaire et universitaire. Cependant aucune piste de recours n'est tracée, aucune composition minimale n'est définie et surtout pas un mot sur la qualité gustative. Les repas seront, ce qu'ils sont déjà dans la plupart des cas, de qualité nutritionnelle scientifiquement correcte sans que pour autant une obligation de qualité gustative et de droit de regard des usagers quant à la composition des repas soit retenue. Par ailleurs, quid du rôle de la commission des menus, des compétences des infirmières, du conseil d'administration?

Promotion de la santé et éducation à la santé deviennent des enseignements, comme si la seule connaissance permettait de réduire l'exposition aux risques! Les médecins ou les infirmières qui connaissent les méfaits du tabac, de l'alcool et du cannabis ne fument-ils jamais ou ne boivent-ils pas d'alcool ? N'arrive-t-il pas que des agents de police ou des juges conduisent sous l'emprise de l'alcool ou en ayant ingéré des anxiolytiques ? Toute appropriation en matière d'éducation à la santé passe par autre chose que la seule transmission d'un savoir. Cette appropriation parce qu'elle est individuelle avant de passer dans le champ de la relation à l'autre ou aux autres, s'appuie sur des constructions de l'intime qui ne peuvent d'une part pas être évoquées en grand groupe, d'autre part ne peuvent être évaluées comme le sont classiquement les enseignements. Le risque est grand de devenir normatif et réducteur sans laisser à l'individu la possibilité de faire des choix de comportements responsables qui sont différents d'un individu à l'autre, qui correspondent à sa culture et à ses valeurs tout en respectant ou en ayant connaissance des limites du champ légal. Il n'y a plus de place à l'accueil, l'écoute, l'éducation à la santé ou le conseil en santé individuel. Parce qu'on supprime cette approche individuelle, on interdit la connaissance des problématiques spécifiques à certains groupes à tel ou tel moment de la scolarité. On déconnecte également ainsi la santé de son impact sur la réussite scolaire : "Tel élève a reçu l'information et il la connait puisqu'il a eu 15/20 en cours! Donc s'il fait ça, il le fait sciemment".

Ce nouvel article vise aussi et surtout à désinvestir l'EN en matière de santé et place le recteur aux ordres des agences régionales de santé qui pourront imposer à l'EN leurs choix politiques en matière de prévention mais également en matière d'utilisation des personnels. La Santé publique prédominera sur la politique éducative et la réussite scolaire. L'ARS déterminera qui est compétent en la matière. Quant au Recteur, il ne sera plus le seul responsable des intervenants dans l'école notamment en matière d'enseignement. Le SNICS est opposé à toute orientation consistant à mettre l'EN aux ordres du ministère de la santé.

Le ministère de l'EN ne souhaite pas être en charge des 4 visites médicales qui représentent au total 2,750 000 millions visites (Cf. population ciblée) car il ne veut pas créer de postes de médecins (le nombre de médecins de l'EN atteint à peine 1600 équivalents temps plein). En effet, à raison de 30' par enfant

ces visites médicales font une charge de travail de 1,375 000 million heures soit l'équivalent de 1592 postes de médecins [1 592 est le résultat obtenu lorsqu'on divise 1 375 000 par 864 qui est le nombre total d'heures de scolarisation des écoliers sur l'année : 24h/semaine X 36 semaines]. Pour réaliser ces visites il faudrait donc mobiliser 1592 médecins à raison de 24 h par semaine, sachant que ceux-ci ont d'autres missions à assurer. Si 70% de l'activité professionnelle des médecins est concentrée sur ces 4 visites soit 24h sur les 36h40 hebdomadaires dues par chaque médecin, il ne resterait cependant que 12h40 par semaine à chacun pour les autres tâches.

Cette nouvelle rédaction prévoit donc de supprimer deux examens médicaux à 9 et 15 ans et de transformer l'examen à 12 ans en effaçant son côté "médical" tout en gardant son caractère obligatoire. Cela signifie-t-il qu'il serait effectué par les infirmières et que les médecins ne verraient que les élèves signalés par ces dernières ? Outre que les infirmières ne sont pas des médecins et n'ont pas les mêmes compétences, c'est méconnaître les besoins des élèves en soins infirmiers. Malgré les créations de postes, il n'y a que 7000 postes d'infirmières pour 8500 collèges et lycées, + les étudiants + les élèves du premier degré public. Imposer une nouvelle tâche de cette ampleur ne doit pas conduire à apporter une moins bonne réponse aux élèves ! S'il est impossible pour les médecins d'être au four et au moulin, ça l'est tout autant pour les infirmières ! Quid des 16 millions d'élèves qui viennent chaque année en consultation dans les infirmeries des collèges et les lycées si les infirmières ont de nouvelles tâches à accomplir ?

# Activités-Rencontres surpoids et de l'obésité le 7 juillet

Dans le cadre d'un audit organisé par la commission parlementaire des affaires culturelles et familiales, pour la mission d'information sur la prévention de l'obésité, M. Cuny administrateur à l'assemblée nationale responsable de la mission et M. Pecout, collaborateur parlementaire de Mme Boyer députée, auditionnaient ensemble trois syndicats de médecins de l'EN (SNMSU/UNSA, SNAMSPEN et SMEDEN/FO), l'association des médecins conseillers techniques ASCOMED, l'Association Français de Promotion de la Santé Scolaire et Universitaire AFPSSU, trois syndicats infirmiers de l'EN (SNIES/UNSA, SNAIMS/CAT et SNICS/FSU, représenté par Christian Allemand et Catherine Sanz).

Les médecins sont unanimes pour déclarer qu'ils sont en sous effectif, qu'ils ne parviennent pas à assurer les bilans des 5-6 ans dans leur totalité et qu'il leur sera très difficile de participer à des actions de prévention. Pour eux le surpoids et l'obésité sont des problèmes de santé publique et de nutrition et ils participent en ce sens à des enquêtes épidémiologiques. Il leur parait incontournable de pratiquer le dépistage systématique qui permet un bon repérage même s'ils conçoivent qu'il faut éviter la stigmatisation et bien qu'ils déplorent ne pas pouvoir faire le suivi indispensable. Ils soulignent qu'ils bénéficient d'ailleurs pour ce repérage d'un outil très précieux, le dossier médical de l'enfant où figure toute son histoire.

Les médecins notent que les chiffres de la prévalence de l'obésité chez les enfants sont en constante augmentation ce qui semble indiquer que les actions de prévention et d'information collectives ne donnent pas de bons résultats. Ils s'interrogent sur la pertinence des méthodologies de messages collectifs pour des problématiques individuelles. Il leur parait inopportun de plaquer des programmes de prévention inspiré du marketing.

Pour eux il faut cibler les enfants avec des facteurs de risque, établir des objectifs très précis de santé publique et tenir compte des inégalités sociales qui sont un fléau de santé publique. Ils comptent sur les médecins conseillers techniques pour définir des stratégies pluricatégorielles en particulier avec les autres personnels de santé notamment pour faire un dépistage très précoce avant 6 ans et le rebond d'adiposité : en conséquence, le bilan de grande section de maternelle doit être une priorité pour tous. Ils rappellent qu'une de leurs particularités à l'Education nationale est d'être en contact avec tous les enfants et qu'une augmentation de leur effectif leur permettrait de jouer leur rôle charnière, en intervenant à la fois sur les habitudes alimentaires des enfants à la maison et à la cantine et sur les collations de 10 heures. Ils soulignent la nécessité d'agir avant que la maladie ne se déclare car les soins sont très difficiles, d'autant que les parents qui culpabilisent du fait de leur manque de disponibilité font « plaisir » à leurs enfants en leur donnant des sucreries, rappelant que nous sommes à l'ère de l'enfant-roi, de l'enfant-tyran.

## Projet de loi PST commenté (suite)

### Projet de loi

« La visite obligatoire de la douzième année est assurée pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et, pour toute la classe d'âge concernée, dans un délai de 6 ans à compter de la publication de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. L'expérimentation mise en œuvre pour les enfants de 9 et 15 ans sera évaluée au bout de six ans à compter de la publication de la loi n°.... du..... ».

#### Commentaires du SNICS

Si l'EN ne veut pas imposer aux médecins d'assumer 4 visites médicales soit 1720 visites par médecin (2,75 millions : 1600 médecins), pourquoi imposer aux infirmières 590 000 examens à 12 ans en plus de leurs consultations dont le nombre s'élève à 2285 par infirmière (16 millions : 7000 infirmières). D'autant que notre profession n'a pas moins de réunions que les médecins (CESC, CHS, équipes éducatives, équipes de suivi, conseils de classe ou d'école, éducation à la santé, PAI, Conseils d'administration).

Si le SNICS est favorable à la suppression des 2 visites médicales à 9 et 15 ans au profit d'un suivi régulier des élèves repérés à 6 ans et/ou signalés par les membres de l'équipe éducative, il n'approuve pas la disparition du côté médical de la visite à 12 ans. Par ailleurs, ce projet parle de personnels de « santé scolaire » ce qui revient à reconstruire un service de santé scolaire obsolète, parallèle à l'école et qui ne rendra des comptes qu'à l'agence régionale de santé. Le risque d'une structuration en service est de recréer une hiérarchie avec le médecin comme chef de service et les infirmières comme exécutantes pour faire des visites. C'est pourquoi le SNICS est totalement opposé à cette structure!

Le SNIES UNSA et le SNAIMS partagent globalement les points de vue des médecins : les infirmières doivent participer au dépistage systématique en faisant des examens biométriques et des calculs d'IMC. Béatrice Tajan du SNIES précise que l'infirmière est le premier acteur de santé publique, qu'elle est un référent scolaire et qu'elle doit travailler en collaboration avec le médecin scolaire qui a toute sa place. Elle souligne que les postes mixtes sont très intéressants, les infirmières y tiennent beaucoup. Les infirmières peuvent suivre les enfants de la GS jusqu'en troisième, font des bilans infirmiers mais si le besoin s'en fait sentir elles peuvent aussi faire des bilans médicaux. Elle ajoute que les infirmières veulent tenir toute leur place dans la nouvelle Loi PST.

Le SNAIMS pour sa part indique le travail réalisé avec les diverses associations, s'interroge sur la manière d'impliquer les familles et insiste sur la complémentarité médecin infirmière pour les calculs d'IMC. Les médecins ou les infirmières peuvent faire du dépistage, de la prévention et du suivi individuel.

L'intervention du SNICS diffère des interventions précédentes. Le SNICS rappelle que le surpoids et l'obésité ne sont pas que des problèmes d'alimentation. Se nourrir ce n'est pas que manger. Se nourrir c'est aussi la transmission d'une identité familiale. L'enfant en surpoids ou obèse peut donc se trouver pris dans un conflit de valeurs, nous devons veiller à ne pas mettre cet enfant dans une position où il pourrait se sentir déloyal vis à vis de sa famille. « Le milieu socio-économique dans lequel grandit l'enfant est déterminant avec un effet protecteur du niveau d'études des deux parents. Lorsqu'un seul des parents est de niveau d'études supérieur, le risque d'obésité ou de surpoids pour l'enfant n'est pas significativement augmenté. Un excès de risque est mis en évidence pour toutes les autres situations, avec un risque d'obésité particulièrement augmenté lorsqu'au moins un des parents est du niveau d'études le plus faible. » (Enquête décennale de santé de l'Insee 2002-2003.)

Pour le SNICS, le dépistage est certes bien maîtrisé mais dépister pour dépister ne présente pas d'intérêt. Le problème c'est la stigmatisation du « gros », le regard que portent sur lui ses camarades. Il faut bien sûr travailler en équipe pluri professionnelle, en réseau et en partenariat mais il faut déterminer les leviers sur lesquels il est possible d'agir. Il paraît essentiel de ne pas superposer les champs de compétence. 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.

Dans le cas où l'origine des souffrances exige une prise en charge qui ne relève pas de sa compétence, l'infirmière oriente vers le professionnel le plus adapté. L'infirmière à l'Education nationale a pour fonctions essentielles d'accueillir tout élève ou étudiant qui se présente à l'infirmerie, de l'aider, de prendre soin de lui, de l'accompagner pour lui permettre de progresser dans sa quête d'un mieux-être afin qu'il puisse suivre et réussir sa scolarité dans des conditions optimales. Pour l'infirmière, le corps, l'expression du corps sont les points d'ancrage de la relation entre le jeune et elle. Etre proche du corps, à son écoute, permet à l'infirmière de nommer les choses, d'évaluer le degré de souffrance et de contribuer à son soulagement. L'infirmière est donc un interlocuteur privilégié qui peut partir du malaise ressenti par l'élève en surpoids pour construire une action individuelle ou collective qui visera à changer le regard porté sur cet enfant par lui-même ou ses camarades.

L'élève en surpoids ou obèse doit pouvoir lui aussi trouver sa place dans l'école. Il nous appartient de développer un esprit de tolérance et d'acceptation de cette différence. Cette situation crée aussi des obligations de formation des nouvelles infirmières issues du concours d'entrée dans l'Education nationale dont la formation initiale est surtout axée sur le symptomatique. L'infirmière dans ce cadre doit respecter des missions particulières définies par le BO spécial n° 1 du 25/01/01 sur « la santé des élèves ». La transposition, à l'Education nationale, de la partie de notre décret des actes en matière « d'éducation à la santé de la personne et de son entourage » est significative des compétences pédagogiques inhérentes à la profession. L'infirmier, soumis au secret professionnel, est le référent et l'acteur de santé, tant dans le domaine individuel que dans le domaine collectif, dans l'établissement scolaire. Faisant partie des personnes ressources de l'établissement, jouant fréquemment le rôle de médiateur voire d'interprète en matière de santé entre plusieurs personnes et travaillant en réseau dans l'intérêt du jeune et de sa scolarité mais se retrouvant le plus souvent seul(e) dans son infirmerie avec toutes les responsabilités qui en découlent, l'infirmier(e) de l'EN, intervient à plus de 90 % de son temps dans le cadre de son rôle propre. Des missions pour lesquelles le Diplôme d'Etat d'Infirmier n'est pas suffisant bien que cependant obligatoire.

Les délégués du SNICS expliquent que ce sont les raisons pour lesquelles le SNICS revendique depuis sa création une formation d'adaptation à l'emploi d'un an, en université, fondée sur une articulation théorie / pratique avec une formation générale de 380 heures dont une partie commune avec les enseignants et les personnels d'éducation, une formation spécifique de 600 heures et des stages de pratiques accompagnées en lycée, LP, collège, primaire d'une durée totale de 475 heures. Année débouchant bien sûr sur une validation de la formation en tant que spécialité Education nationale. \*\*Catherine Sanz\*\*

LMD

## **Action**

## Notre profession est à un tournant concernant sa reconnaissance!

Suite au refus début 2007 du ministère de la santé d'intégrer le diplôme infirmier dans le dispositif LMD, un collectif infirmier associant syndicats et associations s'est construit. Depuis maintenant un an et demi ce collectif se réunit environ une fois par mois dans les locaux du SNICS. Après l'envoi d'une plate-forme unitaire de propositions début mai 2008 aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur, ainsi qu'aux députés, aux sénateurs, à l'Association des Régions de France et à la Conférence des Présidents d'Université, des dizaines de réponses notamment de députés intéressés par ce dossier, sont arrivées. Cette campagne d'opinion a également donné lieu à quelques audiences dont vous trouverez cidessous un bref compte rendu.

Lors de chaque rencontre, les poins suivants ont été abordés :

- 1. La composition du collectif, les raisons de sa création, les motivations, les inquiétudes face à la précipitation dans la gestion de certains dossiers et à la lenteur pour d'autres du fait du gouvernement, les promesses du président de la République...
- 2. Le problème de la démographie de la profession infirmière, actuel et à venir, engendré par :
- le manque d'attractivité auprès des jeunes ;
  les pertes d'étudiants infirmiers en cours et en fin de formation :
- la courte durée d'activités professionnelles des infirmiers (12 ans en moyenne);
- l'absence de passerelles vers d'autres formations ou professions.
- 3. Le gâchis humain et financier que supportent les régions et l'État alors que les besoins sanitaires de la population vont augmenter considérablement et que la qualité des soins aux personnes doit perdurer.
- 4. Explication de notre revendication concernant le L, le M et le D, l'universitarisation des formations infirmières par la création d'une discipline des sciences infirmières dans le champ académique avec une mise en perspective d'emblée dès le L de la notion et des fondements de la recherche en soins infirmiers :
- l'obligation pour la France de respecter le processus de Bologne qu'elle a ratifié ;
- le retard pris par la France dans ce dossier au regard de la communauté européenne ;
- le maintien du diplôme d'État attribué par le ministère de la Santé, conjointement avec la délivrance de la licence;
- l'obligation de créer un M et un D afin d'assurer la qualité des soins et leur actualisation, la France puisant actuellement les travaux de recherche en sciences infirmières à l'étranger;
- l'évolution de la profession et sa culture professionnelle propre qui doivent être enfin reconnues socialement;
- la place et le rôle que la profession est prête à assumer dans le cadre de la politique de santé à venir.

Le 23 juin 2008 avec Mme Payet, sénatrice UDF. Après avoir écouté nos demandes et afin de les étayer, Mme Payet a souhaité obtenir des informations complémentaires concernant notamment les conséquences d'une licence

universitaire sur le passage des infirmiers en catégorie A, l'apport de la discipline en soins infirmiers à la profession et l'impact de l'absence de diplôme universitaire sur la fidélisation de la profession. Elle a également souhaité savoir s'il y avait une relation entre la mise en place de l'ordre et le LMD.

Le 8 juillet 2008 avec Alain Bocquet, député du groupe communiste. Suite à une écoute attentive, M. Bocquet s'est engagé à interpeller la ministre de la Santé et le Premier ministre.

Le 10 septembre 2008 au ministère de l'Enseignement supérieur avec Pierre-Louis Fagniez, médecin enseignant hospitalo-universitaire, conseiller technique de Valérie Pécresse. Thierry Le Cras vice-président de l'UNEF, Christophe Debout Président du GIPSI et Christian Allemand secrétaire général du SNICS/FSU représentaient le collectif.

Après avoir présenté notre plateforme commune, nous avons demandé à connaître l'état d'avancement de ce dossier, le calendrier ainsi que les modalités de mise en œuvre proposé par l'Enseignement supérieur au ministère de la Santé.

Pour M. Fagniez, le rapport des Inspections Générales auquel il a apporté sa contribution, sera connu le 22 septembre 2008. Pour lui. quel que soit le cas de figure, le ministère de la Santé est « le patron de ce dossier » et c'est Mme Bachelot qui arrêtera la version définitive. Concernant le type de Licence, notre interlocuteur a précisé que le ministère de l'Enseignement supérieur était plutôt favorable à une Licence d'exercice normal mais il aurait fallu pour cela prendre en compte les données sociologiques de la profession et distinguer les infirmières qui accèdent à cette profession après un bac et celles qui étaient aides soignantes et pour lesquelles devenir infirmière est une finalité. Il a souligné qu'il allait falloir universitariser également toutes les études des paramédicaux, ce qui aurait des incidences budgétaires fortes sur la Santé et conduisait de fait le ministère de la Santé à être le décideur. Il a tenu à exposer les problèmes posés aux ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur par les créations de masters pour les orthophonistes, audioprothésistes sans parler des kinésithérapeutes. Il nous a informé(e)s que le véhicule législatif utilisé pour le LMD des infirmières. ne serait probablement pas celui de la loi Patient santé et Territoire car déjà utilisé pour redéfinir le LMD médical.

Pour M. Fagniez, la solution retenue pour les infirmières par le ministère de la Santé est la Licence professionnelle, puis des Masters Pro qui pourront s'acquérir dans la continuité de la Licence pro après une période minimale d'exercice, deux ans par exemple, et dans un système comparable pratiqué actuellement pour les internes en médecine. Les infirmières resteraient en poste, mais pas à temps complet, et suivraient l'enseignement de ce master. Ces dispositions permettraient de garder des infirmières en exercice dans les services. Pour notre interlocuteur ce dispositif n'empêchera pas les infirmières d'accéder à des Masters

ou des Masters Pro et à des Doctorats qui resteront cependant exceptionnels. Toute la profession sera touchée par la Licence Pro (le DE donnera systématiquement une Licence Pro pour tous) et sera classée en catégorie A y compris les infirmières actuellement en exercice, ce qui explique la forte incidence budgétaire de ce dossier et les principaux freins du ministère de la Santé.

Pour le Pr. Fagniez, « en France, nous avons de bonnes infirmières, leur formation est bien assurée dans les IFSI. Le problème de l'articulation entre la carte universitaire et la carte des formations des professions de santé qui relève des régions devrait être résolu en rapprochant chaque IFSI d'une université qui pourrait également les habiliter. La formation sera assurée par des professeurs d'université ou des maîtres de conférences médecins qui seront mis à disposition par les universités. Toutes les propositions sont ouvertes et rien ne doit empêcher que des infirmières puissent devenir enseignants universitaires. Il faudra, pour lui, que les enseignants infirmiers et les cadres montent sans les mettre sous la tutelle des médecins enseignants. Les enseignements dégagés de l'expérience de la spécialité "médecine générale" peuvent être éclairants ».

Pour lui. « la formation des infirmières doit être adossée aux universités de médecine plutôt qu'aux filières psycho sociales. Le LMD médical intègre les sciences sociales et ce qui est bon pour les médecins n'est pas mauvais pour les infirmières. Ce qui ne signifie pas que la quantité d'enseignement dans ce domaine soit la même pour ces deux professions. Sans doute il doit être plus important pour les infirmières mais jusqu'à présent ce type d'enseignement était absent de la formation des médecins ». Nous avons interrogé notre interlocuteur sur la différence qu'il faisait entre la profession de médecin et celle d'infirmière puisque les médecins sont inscrits dans un dispositif LMD d'exercice normal contrairement à qui serait retenu pour notre profession.

Pour lui le Master des médecins est destiné à l'option recherche, ce qui est différent pour les infirmières, il n'y a pas de filière en recherche pour les infirmières. Pour notre interlocuteur la Santé n'est pas un domaine ou une discipline, la recherche est Biomédicale et plusieurs professions peuvent faire de la recherche. les infirmières y compris. Pour le Dr Fagniez, définir une recherche en soins infirmiers est un non sens et conduirait à dévaloriser cette recherche. il nous cite l'exemple de la médecine générale comparativement aux disciplines plus nobles. Pour lui la recherche sur notre profession doit se faire dans le cadre de la recherche biomédicale. « Qualité de la recherche n'est pas toujours égal à qualité des soins, les meilleurs chercheurs en chirurgie ne sont pas forcément les meilleurs chirurgiens. Il n'y a également pas obligation que la recherche soit réalisée par les professionnels eux-mêmes. Vous n'avez pas besoin de produire votre vin pour en boire! L'important est que le vin que vous buvez soit de bonne qualité! »

Christian Allemand

Action LMI

## Lettre unitaire à Roselyne Bachelot, ministre de la santé

Courrier envoyé le 24 septembre 2008 à la ministre de la Santé, suite à l'audience du 10 septembre avec le cabinet de Valérie Pécresse



Groupe unité pour le LMD

Paris, le 24 septembre 2008

Madame Roselyne Bachelot,

Madame la Ministre,

Suite à une audience accordée à notre groupe par le cabinet de la ministre de l'enseignement supérieur le 9 courant sur l'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD, nous avons été alarmés par les réponses apportées. D'une part celles-ci ne prennent pas en compte les propositions de notre plate-forme en matière de réforme de la filière de formation infirmière sur le modèle Licence Master Doctorat, d'autre part elles ne correspondent pas aux engagements pris dans ce domaine par le président de la République et vous-même. C'est pourquoi nous avons l'honneur de solliciter de votre part une audience sur ce projet de réforme.

En effet, les orientations qui se dessinent semblent augurer une approche a minima de l'universitarisation de la filière infirmière ne faisant pas du développement de la recherche infirmière une priorité.

Notre analyse du contexte actuel de la santé et de l'évolution des besoins en soins nous amène à penser qu'une telle réforme ne peut être tournée sur le passé mais bien au contraire doit anticiper sur l'avenir afin de préparer au mieux les infirmières et infirmiers, quel que soit leur domaine d'activité, à faire face aux défis de santé publique aux côtés des autres professions de santé. La tradition doit faire place aux savoirs dans le domaine de la santé afin de repenser les interventions de soins et les modèles d'organisation de l'offre de soins infirmiers dans un objectif de recherche d'efficacité et dans un souci d'efficience. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé nous poussent d'ailleurs dans ce sens en prônant une pratique fondée sur des données probantes elles-mêmes issues de la recherche clinique.

Alors que la France préside actuellement l'Union Européenne, comment tolérer plus longtemps que le groupe professionnel infirmier français, représentant fi million de professionnels, soit tenu en marge du mouvement de développement académique mis en œuvre quasiment partout ailleurs en Europe. La pratique infirmière repose sur l'obligation éthique et déontologique de proposer l'intervention la plus pertinente au patient. Au XXI<sup>e</sup> siècle, cet impératif ne peut se dissocier d'une mise en conjonction de la clinique, de la formation et de la recherche.

Enfin, ouvrir les possibles en matière de perspectives de carrière est une stratégie prometteuse en matière d'attractivité mais aussi de fidélisation de la filière infirmière permettant notamment d'accroître la durée de vie professionnelle des infirmières très courte aujourd'hui.

À ce jour compte tenu du retard pris, il est pour nous très important d'aboutir à un projet ambitieux dans ce dossier d'universitarisation des formations infirmières au sein du dispositif L, M et D.

Dans l'attente de votre réponse (...)

## Intervention de Chantal Chantoiseau au nom de la FSU au CTPM de l'enseignement supérieur le 8/07/08

Nous profitons de la présentation du projet pour la création d'une filière en médecine générale, pour rappeler la demande de la profession infirmière, à savoir l'intégration des études dans le système LMD conformément au processus de Bologne, avec la création d'une filière en soins infirmiers.

En effet, la revalorisation de la profession par le développement d'activités de recherche (qui se fait déjà mais qui n'est pas reconnu en France) constitue un enjeu majeur en terme de qualité des soins. De même que pour la pénurie annoncée de médecins généralistes, la filière universitaire améliorera l'attractivité de la profession infirmière. En effet, la durée de vie professionnelle moyenne est de 12 ans actuellement tous services confondus. L'Éducation nationale, jusqu'à lors relativement préservée, est à présent confrontée à des difficultés de recrutement.

Or les dernières déclarations du ministère de la Santé laissent craindre une orientation vers une licence professionnelle donc vers le système ECVET qui ne permet pas d'accéder à des travaux de recherche, alors que nous n'avons toujours pas les conclusions des rapports des IGF, IGAS et IGAENR promis pour décembre 2007. En outre, l'enseignement théorique serait diminué, les stages pratiques doublés. Or le soin infirmier n'est pas un ensemble d'actes techniques. Le raisonnement clinique infirmier alimenté de la sémiologie infirmière et médicale est l'élément central de la pratique infirmière.

Alors que la Haute Autorité de Santé utilise les connaissances scientifiques issues des travaux de recherche en sciences infirmières menés à l'étranger, il est paradoxal de ne pas reconnaître l'utilité d'une filière infirmière incluant un niveau doctoral en France.

La complexité des projets de soins implique une approche interdisciplinaire des situations de soins. Chaque discipline a le devoir d'apporter une contribution optimale dans son champ spécifique.

Or la réglementation assigne à la profession infirmière les responsabilités caractéristiques d'une communauté scientifique sans mettre à sa disposition les infrastructures universitaires requises.

La France ne peut rester à l'écart du mouvement général d'universitarisation dans les pays de l'OCDE pour la profession infirmière.

Chantal Chantoiseau

## **Action**

# LMD: le gouvernement communique!

Réforme des études paramédicales : une concertation va démarrer le 17 novembre.

Paris, 7 octobre 2008 (AFP) - Une concertation associant les étudiants et professionnels de filières paramédicales et le gouvernement, destinée à déboucher sur une réforme des études paramédicales, va débuter le 17 novembre, ont annoncé mardi 7 octobre les ministères concernés dans un communiqué. « Le cycle des travaux débutera dès le 17 novembre par une séance introductive qui permettra de définir la méthode et le calendrier préparatoire à la réforme » de ces études, indique un communiqué commun des ministères de la Santé, de l'Enseignement supérieur, du Budget et du secrétariat d'État chargé de la fonction publique. Le pilotage de cette concertation sera assuré par le ministère de la Santé, précise-til. Ces quatre ministères ont reçu mardi un rapport de l'Igas (inspection des affaires sociales) et de l'IGAENR (éducation nationale et recherche) portant sur l'« impact du dispositif LMD (licence, master, doctorat) sur les formations et le statut des professions paramédicales ». Ce rapport permet de « lancer le travail préparatoire à la réforme », ajoute le communiqué. Depuis plusieurs années, les étudiants des formations paramédicales (kinés, infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes) et médicales (sages-femmes) ainsi que les organisations professionnelles, demandent l'intégration de leurs formations à l'université, dans le cadre du système LMD.



Dans la foulée de la publication le 7 octobre du rapport des inspections générales commandé par Roselyne Bachelot sur l'intégration des études infirmières dans le système LMD, le SNICS communiquait le même jour son point de vue!

Communiqué du SNICS

Paris, le 7 octobre 2008

Rapport sur l'intégration des études infirmières dans le système LMD

Les conclusions ne correspondent ni aux revendications initiales ni aux constats!

Les mobilisations successives des infirmières et des étudiants infirmiers au printemps 2007 avaient obligé le gouvernement à prendre en compte les revendications légitimes suivantes:

- intégration des différentes formations infirmières dans le système LMD avec l'octroi d'une licence de plein exercice pour le diplôme d'état d'infirmier;
- une poursuite du cursus en Master et Doctorat ainsi que la reconnaissance salariale pour l'ensemble de la profession au niveau de l'actuelle catégorie A;
- une amélioration des conditions de travail et des conditions d'études.

Une réponse politique avait été apportée au plus haut niveau de l'État par un courrier du président de la république au SNICS s'engageant à intégrer la formation infirmière dans le système LMD. Dans un discours à Bordeaux le 16 octobre 2007, Nicolas Sarkozy réaffirmait « cette réforme se fera quoi qu'il en coûte ». Cet engagement s'est traduit par la mise en œuvre d'un processus de réforme par les cabinets de Roselyne Bachelot et Valérie Pécresse respectivement ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur. Cet engagement impliquait également la prise en compte des infirmières déjà diplômées dans ce dispositif de reclassement.

Un rapport des Inspections générales sur ce sujet devait être publié dès l'automne 2007. Avec un an de retard, ce rapport est enfin connu. Le constat fait par ses rédacteurs semble au premier abord conforme aux attentes de la profession infirmière puisqu'il précise que les formations de divers professionnels de santé devraient s'inscrire dans le système universitaire LMD conformément au processus de Bologne avec notamment une référence aux crédits ECTS.

Pour autant, les conclusions de ce rapport ne correspondent ni à nos revendications initiales ni aux constats qui semblaient se dégager.

1. Le type de licence retenu pour les infirmières par la mission s'avère être celui de la licence professionnelle, ce choix s'étayant sur l'attachement de la profession à la dimension professionnelle de la formation et sur la vocation socio-économique de la profession infirmière. Ainsi, ce choix obère toute possibilité pour ces professionnels de continuer leurs études en master, déconnecte la profession de la recherche en soins infirmiers et limite les possibilités de mobilité entre les différentes professions.

Pour le SNICS, ces arguments sont irrecevables, la réflexion n'ayant pas été menée à son terme par le ministère. En effet, s'il existe à ce jour des formations technologiques pour certaines professions de santé, ce n'est pas le cas pour la formation des infirmières qui se réalise dans des IFSI et nous refusons l'amalgame fait sciemment par les rapporteurs entre toutes les professions de santé évoquées : on ne peut donc évoquer un accès naturel vers la licence professionnelle pour les infirmières. De plus cette orientation risque de s'opposer à la volonté de mise en place de passerelles et de formations communes entre les enseignements professionnels et universitaires, les crédits de validations semblant incompatibles entre les deux systèmes.

Quant à la prise en compte de la dimension professionnelle de notre formation, elle le serait tout autant par une licence universitaire dont la finalité peut être professionnalisante. C'est d'ailleurs le cas de la formation universitaire des médecins avec une alternance stages/cours.

Par ailleurs, pour le SNICS, la promotion professionnelle et la promotion interne doivent répondre à d'autres schémas que ceux existant actuellement, et la VAE n'est sûrement pas une solution d'autant que sa mise en œuvre pour la profession infirmière qui est réglementée, a été rejetée par la commission européenne. De même, il nous apparaît urgent :

- d'analyser les abandons d'étude et les échecs au Diplôme d'État d'infirmière : plus de 50 % d'abandon en 2007 pour la seule Ile-de-France !
- de chercher à y apporter des réponses non pas en envisageant un appauvrissement du contenu de formation mais en s'attachant au niveau de recrutement. La qualité des soins impose d'avoir des exigences de haut niveau. Ce n'est pas en abaissant le niveau prérequis à la formation initiale que nous y parviendrons.
- 2. Un second point nous mécontente fortement puisque dans ce rapport, le reclassement en catégorie A des infirmières déjà diplômées semble remis en cause pour les diplômes antérieurs à 1995. Le prétexte invoqué est le nombre de mois de formation insuffisant qui ne correspondrait pas aux trois années de formation requises pour le niveau L. Pour le SNICS, il s'agit d'une véritable imposture : chacun sait que le calcul ne porte pas sur le nombre de mois de formation mais sur le volume horaire total et le contenu dont on sait qu'ils sont largement suffisants pour cette reconnaissance! De plus, ce rapport fait l'impasse sur l'essentiel : quelle que soit l'année de l'obtention de son diplôme, une infirmière a la même aptitude à exercer, la même reconnaissance professionnelle, les mêmes responsabilités et les mêmes obligations en matière de formation continue pour réactualiser ses connaissances et faire évoluer sa pratique professionnelle. Est-ce l'impact financier de l'extension de ces mesures à l'ensemble des professionnels de santé qui conduirait le ministère à un tel traitement des infirmières ? Au moment de la mise en place des IUFM où le niveau de recrutement pour enseigner a été élevé au niveau licence, a-t-on refusé de reclasser les enseignants qui n'avaient que le baccalauréat ou le CAP? Et aujourd'hui, comment va se passer le reclassement de ces mêmes enseignants puisque d'ici un an, les futurs candidats à l'enseignement devront avoir acquis un master?
- 3. Enfin, un dernier point attire notre attention, celui de la double diplômance DE/Licence. La proposition de faire coexister uniquement dans un premier temps le Diplôme d'État et la double diplômance pose la question de la disparition à plus ou moins court terme de la délivrance du DE. Cette nuance introduit un danger pour la profession et pour son caractère réglementé, crainte d'autant plus légitimée dans le contexte actuel de remise en cause du décret des actes professionnels.

Au final, le SNICS réaffirme sa détermination pour obtenir :

- l'intégration de la formation des infirmières dans le cursus LMD à un niveau de qualification élevé pour répondre aux exigences en matière de qualité des soins;
- la possibilité de reclassement en catégorie A et la reconnaissance du niveau Licence pour l'ensemble de la profession déjà diplômée, y compris antérieurement à 1995;
- la double diplômance licence/Diplôme d'État.

## **Profession**

## Remise en cause du décret des actes infirmiers Concertations le 27 juin et le 11 juillet 2008 !

u début de l'été, deux réunions sont organisées en urgence par le ministère de la santé pour présenter un projet d'article législatif s'inscrivant dans le projet de loi PST modifiant le cadre juridique du décret des actes infirmiers. Le courrier d'invitation précisait : « La mesure vise à faciliter les coopérations professionnelles et le partage de compétences et d'actes entre professions médicales et paramédicales. (...) L'encadrement des actes des professions paramédicales est maintenu mais ses modalités juridiques sont redéfinies afin de faciliter les adaptations pertinentes ». Ci-après les différents comptes rendus et communiqués unitaires.

### Le 27 juin 2008

Pour le ministère : Christine d'Autume, Guy Boudet et Carole Merle de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation) et deux représentants de la sécurité sociale. Pour les syndicats : Sud Santé, ONSIL, SNPI-CFE CGC, CNI, FNI, SNIIL, Convergence, UNSA Santé Sociaux, CFDT Santé Sociaux, SNICS-FSU, CGT, SNCH.

#### Au nom du ministère de la santé.

Mme d'Autume, responsable de la DHOS, présente l'économie du dispositif législatif envisagé et son calendrier. Elle rappelle les objectifs énoncés : le défi démographique, les évolutions biotechnologiques et la nécessité de développer la coopération entre les professions médicales et paramédicales. Elle tente ensuite d'enrober le projet en liant, sans le démontrer, cette modification du décret à la nécessité d'une meilleure reconnaissance du rôle propre et des missions des infirmières mais surtout à la nécessité de faire bouger les lignes de partage entre les différentes professions de santé. À propos du décret des actes infirmiers qui est un texte validé par le conseil d'État, elle pointe le caractère contraignant et rigide de ce dispositif juridique en place. Ces missions seraient donc fixées au niveau de la loi ou en décret en conseil d'État et les actes définis par simples arrêtés. Un décret en conseil d'État serait pris pour les conditions d'exercice. Alors que le but de cette réunion est de changer le décret des actes infirmiers en simple arrêté, la DHOS prétend ne pas voir de réelle différence entre un décret et un arrêté bien que Mme d'Autume précise « l'arrêté est plus souple et il s'agit quand même d'une norme ». Pour mettre en place des garanties pour sécuriser la profession, elle envisage de consulter l'Ordre, les organisations professionnelles, le conseil supérieur... mais tout cela reste à voir...

## Calendrier proposé:

Stabilisation du projet de loi fin juillet, passage en Conseil d'État fin août et communication en Conseil des ministres le 24 septembre.

### Réponse des organisations syndicales

Le SNICS lit une argumentation préalable motivant son rejet du dispositif notamment concernant le lien avec le LMD (cf. intervention ci-contre). Puis les autres organisations présentes expriment toutes le souhait de ne pas toucher au décret d'actes même si un accord se dégage pour faire évoluer les missions. La CNI s'interroge sur la licence universitaire. La FNI dénonce notamment ce qui existe déjà et qui va dans le sens de la déréglementation annoncée, à savoir la multiplication de coordinateurs de gériatrie, de diabétologie... Il y a plus de coordinateurs que d'infirmiers ! Les patients ne sont plus pris en charge dans leur globalité.

La DHOS tente à plusieurs reprises de justifier le projet en précisant qu'il serait accompagné de garanties et propose une réunion vers le 15 juillet pour examen du projet de texte. Un front de refus unanime s'exprime à niveau contre ce projet législatif. La DHOS informe que malgré tout, elle fera parvenir son projet. En réponse au SNICS, elle reconnaît que les dispositions juridiques de la profession ont un lien avec le LMD et annonce que le rapport des inspections générales sur le LMD paraîtra dans huit jours.

À l'issue de la réunion, les syndicats décident de rédiger un communiqué commun et de se rencontrer lundi 30 juin.

### Le 11 juillet 2008

Pour le ministère : Christine d'Autume et Guy Boudet de la DHOS et Véronique Guyot du cabinet de Roselyne Bachelot. Pour les organisations syndicales : CGT, FO, SNPI-CGC, Sud santé, SNICS/FSU, CNI, Convergence Infirmière, FNI, SNIIL, CFTC.

Pour le ministère de la santé, Mme d'Autume puis Mme Guyot se relaient pour tenter une fois encore de convaincre du bien fondé du nouveau dispositif qui permettrait de reconnaître les missions des infirmières au niveau de la loi et de définir la délégation de tâches : Pour nos interlocuteurs, il y a de notre part un malentendu qu'elles proposent de lever au cours d'une une troisième réunion fin juillet. Mme Guyot promet que nous serons concertés sur les constructions de master et de doctorat pour structurer des spécialisations infirmières.

Toutes les organisations syndicales à l'exception du SNIIL, expriment avec fermeté leur refus de voir la modification du cadre législatif intégré à la loi Patient Santé Territoire à la va-vite pendant l'été. Toutes demandent du temps pour travailler sur des évolutions et pour consulter des experts juridiques. Le SNICS rappelle que si ce dossier avance beaucoup trop vite, le dossier sur l'intégration au système LMD avance trop lentement et demande où en est le rapport des inspections générales sur le LMD promis pour début juillet. La CNI demande de préciser le type de licence retenue.

Mme Guyot nous informe que la décision entre licence professionnelle ou licence universitaire n'est pas encore arbitrée par Mme
Bachelot et précise qu'à son avis, la licence professionnelle est
aussi une licence universitaire... Nous rappelons que nous sommes
opposés à une licence professionnelle. Après des interventions
répétées faisant état d'une réelle exaspération des représentants de
la profession, la DHOS tente une dernière fois de proposer une
séance de travail sur la modification du décret. Mme Guyot souligne
qu'il y a l'expression d'un désaccord parmi nous. Au final, toutes les
organisations se lèvent, contraignant Mme d'Autume à nous proposer
une nouvelle rencontre en septembre.

Béatrice Gaultier





# Déclaration du SNICS le 27 juin

L'objet de cette réunion est la présentation d'un projet d'article législatif s'inscrivant dans le cadre du projet de loi Santé-Patient-Territoire, mesure visant à redéfinir le cadre juridique délimitant la ligne de partage de compétences entre les professions médicales et paramédicales. Nous vous remercions de nous avoir invités mais nous étonnons de la précipitation avec laquelle cette réunion se tient. En effet, cette précipitation pour modifier le décret des actes professionnels infirmiers ne peut engendrer qu'inquiétude voire méfiance dans une profession très attachée à un texte qui réglemente le cœur de son métier et protège les professionnels de l'exercice illégal de la profession infirmière et de la VAE. Un texte pour lequel les infirmières et les infirmiers se sont battus afin que la reconnaissance de leur profession se fasse au plus haut niveau de la norme réglementaire supérieure c'est-à-dire par un décret validé en Conseil d'État et non un décret simple ou des arrêtés. Cette hâte est d'autant plus suspecte que la profession est en attente de décisions politiques sur les études infirmières et qu'il apparaît que ce projet pourrait remettre en cause l'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD et l'obtention d'une licence universitaire.

Vous prévoyez ainsi dans la note que vous nous avez transmis hier, d'inscrire la limite des actes infirmiers dans des arrêtés et les règles professionnelles dans des décrets. Vous auriez pu pousser la provocation jusqu'à prévoir de faire tout ceci par voie de circulaire... Cela aurait été plus facile à mettre en œuvre!

Chacun ici connaît la hiérarchie des normes (loi, décret, arrêté) et chacun est allé voir du côté des autres professions de santé dont les professions médicales bien entendu. De ce côté, s'il existe dans les professions médicales des limites inscrites dans des arrêtés, elles le sont préalablement, de manière générique, dans la loi en terme d'articles « article L » et sont précisées par des décrets, notamment pour ce qui est des limites entre professions médicales. Ce n'est qu'après, et seulement après, pour chacun des champs précisés par décret, que suivent des arrêtés Art. D lorsqu'ils sont visés en Conseil d'état ou Art. R lorsqu'il s'agit d'arrêtés simples.

Pour le SNICS/FSU, nous voulons vous le dire tout net, nous ne pouvons accepter que la définition de la profession infirmière le soit par défaut de l'exercice illégal de la profession de médecin car cela remet en cause la définition de la profession dans son relatif caractère autonome, dans les articles L 4311-1 et suivants. Nous ne pouvons pas davantage accepter que les limites et actes infirmiers soient partiellement vidés de leur sens en les inscrivant uniquement dans des arrêtés.

Par contre, nous souhaitons:

- qu'une définition par articles L de l'exercice illégal de la profession infirmière soit définie par excès et par seule référence aux missions infirmières ;
- que de manière générique, les actes infirmiers soient inscrits sous forme de missions dans des articles L4311 et suivants ;
- que de manière générique encore, les missions attribuées aux différentes spécialités le soient également;
- que la déontologie soit, aussi de manière générique, déclinée dans des articles « L »;
- que les règles de coopération entre les différentes professions de santé soient définies de manière générique dans le respect de l'autonomie de jugement de chacune;
- qu'ensuite par référence à chacun de ces articles L, les actes associés soient décrits sous forme de décrets pris en conseil d'état, idem pour les spécialités, pour la déontologie, pour la discipline et pour les recours;
- et qu'ensuite seulement, soient définis par arrêtés :
- les actes et types particuliers d'exercice ainsi que leur prise en compte, notamment du côté de la tarification et de la cotation;
- les modalités d'exercice ;
- les contraintes des règles déontologiques dans tous les secteurs d'exercice et dans toutes les spécialités;
- les procédures disciplinaires par secteur d'exercice.

Pour nous, la redéfinition du cadre juridique du rôle des infirmières dans la prise en charge des patients n'aura de sens qu'à l'issue du processus d'intégration des études infirmières au système LMD. Ce n'est qu'à partir de là, qu'il sera possible de traduire en terme législatif et réglementaire les conséquences de cette évolution attendue par la profession et de revoir, à cette occasion, les conditions législatives qui garantissent la qualité des soins pour la population sur tout le territoire.

S'il y a urgence aujourd'hui, c'est à communiquer les conclusions du rapport des inspections générales sur l'universitarisation des études et de démarrer sans plus tarder les tables rondes promises par le ministère de la santé depuis un an sur le même sujet. Pour le SNICS, en l'absence de mise en œuvre des engagements pris au plus haut niveau de l'État, il serait irresponsable d'envisager une quelconque modification des textes fondamentaux qui réglementent notre profession même si la loi Santé-Patient-Territoire est programmée pour être présentée au conseil des ministres le 24 septembre prochain.

## **Version actuelle**

Article L4311-1: Est considérée comme exerçant la profession d'infirmier(e) toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmier(e) participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement. L'infirmier(e) peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

## Nouvelle version proposée

L'article L.4311-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

L'infirmier identifie les besoins de santé et évalue la situation clinique des personnes. Il pose un diagnostic infirmier et formule des objectifs de soins. Il dispense des soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs afin de protéger, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques pour favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social. Il met en œuvre des traitements visant à la prise en charge et la surveillance de la santé des personnes. L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter des traitements définis par arrêté du ministre chargé de la santé, dans le cadre de protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers. En l'absence de médecin, il évalue l'urgence d'une situation et peut mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence. L'infirmier exerce sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. L'infirmier assure, dans son champ d'intervention défini au présent article, des missions de prévention, de dépistage, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique, et peut contribuer à la recherche dans le domaine des soins infirmiers et participer à des actions de recherche pluridisciplinaire. Il effectue des actions de formation et d'encadrement des étudiants, stagiaires et professionnels. Il analyse sa pratique et réalise une veille professionnelle. Il accomplit ses missions en relation avec les autres professionnels, notamment dans le secteur de la santé, le secteur social et médicosocial et le secteur éducatif. Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'exercice de la profession. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après l'avis de l'Académie nationale de médecine, fixe la liste des actes relatifs à l'exercice de la profession, et notamment ceux réalisés sur prescription médicale.

Communiqué de presse collectif LMD

Paris, le 2 juillet 2008

Les organisations signataires s'inquiètent de la précipitation dont fait preuve, à la veille de la période estivale, le ministère de la Santé concernant la modification du décret des actes professionnels infirmiers.

En effet, alors que les infirmier(e)s, les infirmier(e)s spécialisé(e)s et les étudiants en soins infirmiers sont en réflexion sur leur formation et sur leur avenir, le groupe de travail organisé dans la précipitation par la Direction de l'Hospitalisation provoque des inquiétudes dans une profession très attachée à l'esprit du texte actuel qui réglemente le cœur de son métier. À cela s'ajoute le fait que le ministère n'a toujours pas transmis les conclusions des différents rapports dont celui des inspections générales promis pour décembre 2007, relatif à l'intégration des études infirmières dans le système LMD, ni mis en place les tables rondes s'y rapportant.

Soucieuses face à ce projet qui pourrait remettre en cause l'universitarisation des formations infirmières, objectif poursuivi par les signataires, ou mettre en place une licence professionnelle en lieu et place d'une licence universitaire dans la discipline infirmière, les organisations signataires demandent au gouvernement de ne pas prendre de décision dans la précipitation, de respecter les engagements pris au plus haut niveau de l'état en matière d'intégration des études infirmières dans le LMD et d'entendre l'inquiétude de la profession.

ACIA, ASSIA, AFDS, AFIDTN, ANFIIDE, CEE-PAME, CFTC Santé Sociaux, CGT Santé Sociaux, CNI, Convergence Infirmière, GIPSI, ONSIL, SNICS/FSU, SNIES/UNSA, SNIIL, UNAIBODE, UNASIIF, UNEF.

Communiqué de presse intersyndical

Le 11 juillet 2008

Décret d'actes infirmiers

Les organisations syndicales CFDT, CFTC, CNI, CONVERGENCE, FNI, FO, ONSIIL, SNICS-FSU, SNPI-CGC, SUD, UNSA, UFMICT-CGT refusent la remise en cause du décret d'actes infirmiers par le ministère de la Santé.

Le ministère de la santé a une nouvelle fois convoqué les organisations syndicales de salariés et des libéraux le 11 juillet 2008.

Il s'inscrit dans une logique de non-négociation et de non-concertation de la profession en remettant sur table un projet qui vise à modifier par simple arrêté la liste des actes professionnels infirmiers. Nous dénonçons la méthode.

Nous exigeons avant toute ouverture de négociation le retrait de cet article du projet de loi. Nous exigeons l'ouverture de réelles négociations sur :

- la reconnaissance de la place centrale de l'infirmière au cœur du système de santé publique ;
- la reconnaissance de toute la profession infirmière au niveau licence universitaire, bac +3;
- l'intégration de toute la profession au système
   LMD (engagement pris au plus haut niveau de l'État);
- la revalorisation des grilles de rémunérations publiques et privée dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale 2009;
- le contenu de la formation ;
- les conditions de travail.

Nous réitérons notre appel à la plus grande vigilance des professionnels et à se rapprocher de leurs organisations syndicales pour s'informer, malgré la période estivale, de l'évolution de ce dossier.

Les organisations syndicales signataires du communiqué organiseront une conférence de presse le 21 juillet à Paris.



Communiqué de presse du SNICS

Paris, le 11 juillet 2008

Non à la suppression du décret des actes professionnels

Le ministère de la Santé avait réuni le 27 juin 2008 l'ensemble des organisations syndicales infirmières représentatives pour les informer du projet de modification du décret des actes professionnels infirmiers, inséré dans le projet de loi Santé-Patient-Territoire devant être finalisé fin juillet. À l'issue de cette réunion, les représentants du ministère s'étaient engagés à communiquer aux organisations syndicales présentes le projet de loi dans les 15 jours.

Suite à cette réunion, plusieurs communiqués de presse ont été publiés pour exprimer une totale opposition à ce projet de modification prévoyant de remplacer par un simple arrêté l'actuel décret relatif aux actes professionnels infirmiers validé en Conseil d'État :

- un communiqué du 30 juin du SNICS/FSU;
   un communiqué du 1<sup>er</sup> juillet signé par
- un communiqué du 1  $^{\rm e}$  juillet signé par 12 organisations syndicales ;
- un communiqué du 2 juillet signé par 18 organisations syndicales et associatives.

Les raisons essentielles de cette opposition sont notamment l'attachement des infirmières à un texte qui réglemente le cœur de leur métier, les protège de l'exercice illégal de la profession infirmière et assure ainsi aux patients une sécurité en matière de soins infirmiers.

La précipitation dont fait preuve le ministère est d'autant plus suspecte qu'elle arrive au moment où la profession est en attente de décisions politiques sur l'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD.

Le ministère ayant convoqué les mêmes représentants de la profession ce vendredi 11 juillet sans communiquer d'ordre du jour, il est clair pour le SNICS-FSU que cette nouvelle rencontre ne doit pas aboutir à la révision du décret des actes professionnels en la faisant passer pour l'aboutissement d'une concertation.

Pour le SNICS, il est inacceptable d'envisager la disparition de la référence légale de la profession infirmière ainsi que la déréglementation des actes et des soins infirmiers. Inacceptable aussi que la définition de la profession infirmière le soit par défaut de l'exercice illégal de la profession de médecin car cela remet en cause la définition de la profession dans son relatif caractère autonome. Pour nous, la profession infirmière doit être confortée dans la loi, qu'il s'agisse des actes infirmiers inscrits sous forme de missions, de l'exercice illégal de la profession infirmière, des missions attribuées aux différentes spécialités, de la déontologie, des règles de coopération entre les différentes professions de santé dans le respect de l'autonomie de jugement de chacune.

# Reprises d'ancienneté : champagne ! Carrière-Salaires

## Pas une fois, le SNICS n'a baissé les bras!

Enfin, ce décret tant attendu a été publié! Après tant d'énergie déployée depuis six ans, voici donc le texte qui permettra aux collègues titularisées avant le 1er août 2003 de faire reprendre dans leur carrière toute leur activité infirmière! Que celles et ceux qui sont concernés ne perdent pas un seul instant pour adresser à leur rectorat le dossier que le SNICS leur a recommandé de préparer depuis des mois.

Décret n° 2008-1028 du 7/10/08 modifiant le décret n° 94-1020 du 23/94/94 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux corps des infirmier(e)s des services médicaux des administrations de l'État (JO n° 0236 du 9/10/08).

#### Le Premier ministre.

Sur le rapport du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique,

Vu la loi nº 83-634 du 13/07/83 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11/01/84 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État; Vu le décret n° 94-1020 du 23/11/94 modifié fixant les dispositions statutaires communes applicables aux corps des infirmier(e)s des services médicaux des administrations de l'État ; vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique de l'État (commission des statuts) en date du 20/02/08;

Le Conseil d'État (section des finances) entendu,

### **DÉCRÈTE**

## Article 1er

Après l'article 22 du décret du 23 novembre 1994 susvisé, il est inséré un article 22-1 ainsi rédigé :

« Art. 22-1. – Les infirmier(e)s recrutés et titularisés avant le 1er août 2003 qui sont placés, à la date de

publication du décret n° 2008-1028 du 7/10/08. dans l'une des positions prévues à l'article 32 de la loi du 11/01/84 susvisée, bénéficient, sur leur demande, d'une reprise d'ancienneté équivalant au reliquat des services d'infirmier de même nature rémunérés et accomplis antérieurement à leur nomination, non pris en compte pour leur classement dans le corps. « Cette reprise d'ancienneté ne peut être attribuée qu'une fois au cours de la carrière des intéressés. « La demande de reprise d'ancienneté doit être présentée dans un délai de trois mois à compter de l'entrée en vigueur du décret n° 20081028 du 7/10/2008.

- « Les demandeurs doivent justifier d'une part, par tout moyen approprié, de la durée des services à prendre en compte et d'autre part qu'ils possédaient les titres, diplômes ou autorisations exigés pour l'exercice desdits services.
- « Les infirmier(e)s qui bénéficient d'une reprise d'ancienneté font l'objet du reclassement d'échelon auquel cette reprise leur ouvre droit, sur la base des durées moyennes d'avancement d'échelon définies à
- « La reprise d'ancienneté s'effectue, pour chacun des fonctionnaires concernés, dans les conditions
- 1. À compter de la date à compter de laquelle il est fait droit à la demande, reprise d'un tiers des services à prendre en compte;
- 2. À compter du 1er janvier 2009, reprise d'un tiers des mêmes services;
- 3. À compter du 1er janvier 2010, reprise du solde. »

Le ministre de l'Éducation nationale, le ministre de la défense, la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et le secrétaire d'État chargé de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française. Brigitte Le Chevert



Le SNICS/FSU se réjouit de la parution du décret n° 2008-1028 qui va permettre de mettre fin à une injustice qui frappait les I infirmier(e)s de l'Éducation nationale I recruté(e)s avant août 2003. Ces collègues I ne pouvaient prétendre à la prise en compte I de la totalité des services infirmiers effectués antérieurement à leur recrutement contrairement aux infirmier(s)s recruté(e)s après cette date.

Dès le début, le SNICS a mené l'action en interpellant le Conseil d'État, les différents ministres, la représentation nationale... À son appel, les infirmier(e)s de l'Éducation nationale sont descendu(e)s massivement dans la rue par deux fois.

Ces actions ont permis que le bon droit soit appliqué à nos collègues et nous ne pouvons que nous en féliciter même si de nombreux chantiers sont encore ouverts dans le champ de la Santé à l'École, de la reconnaissance de notre profession dans le système LMD du classement en catégorie A type, du respect de nos compétences et de nos missions au sein de l'Éducation nationale et de la valorisation des postes en internat par l'attribution d'une indemnité spécifique.

Le SNICS restera vigilant sur l'ensemble de ces dossiers en n'excluant pas, a priori, d'appeler nos collègues à manifester leur mécontentement.

Paris, le 9 octobre 2008 i

## Cantine: prix du repas Infos et conseils du SNICS

Ténacité d'une collègue, appui du SNES : un cocktail qui paye et une addition qui s'allège! Suite à la lecture d'un article au sujet du prix des repas (cf. revue du SNICS De But en Blanc n° 46, sept. 2006), Mme P. C., infirmière stagiaire dans un lycée, demande à l'intendant de son établissement qu'il lui applique le même tarif pour les repas que celui pratiqué pour les surveillants. Il refuse de satisfaire argumentant qu'il prend en compte non pas sa qualité de « commensal de droit » mais l'indice de son traitement. Sur les conseils de la secrétaire départementale (SD) du SNICS, P. C. expose son problème aux représentants du SNES qui siègent au conseil d'administration de son établissement auxquels la SD du SNICS avait envoyé les références des textes accompagnées d'un argumentaire. Lorsque cette question est abordée au CA, le chef d'établissement tranche en faveur de la collègue qui paye maintenant son repas 2,20 € contre 3,95 € auparavant!

Moralité : ça vaut le coup d'être informé, conseillé, accompagné et soutenu... C'est la force d'un syndicat et d'une fédération syndicale, encore faut-il participer à son activité, a minima en adhérant et en cotisant. Isabelle Duponteil



## Carrière-Salaires

Évaluation

Dans le cadre de la loi de modernisation de l'état (loi 2007-148 du 2 février 2007) le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de l'Énseignement supérieur et de la Recherche se sont portés volontaires pour expérimenter pendant une période de deux années scolaires (2007-2008 et 2008-2009) la suppression de la note. C'est maintenant uniquement à partir de la valeur professionnelle qui aura été définie lors de l'entretien professionnel que le mérite des agents sera établi, mérite qui conditionnera les réductions d'ancienneté dans les échelons mais aussi la modulation du régime indemnitaire (IAT-IFTS).

La circulaire 2008-072 cadre pour le MEN les conditions de la mise en œuvre de l'entretien.

### Qui est concerné?

Tous les fonctionnaires titulaires et les détachés. Pour les agents titularisés, mutés ou réintégrés en cours de période (1/09/07 au 31/08/08), le supérieur hiérarchique fixe les objectifs dans le mois qui suit leur prise de fonction et procède à l'entretien professionnel à la fin de l'année scolaire ou universitaire en cours.

#### **Modalités**

Pour les infirmières l'entretien professionnel est conduit par le supérieur hiérarchique direct c'est-à-dire le chef d'établissement d'affectation et par lui seul, aucune délégation n'est possible. L'entretien professionnel est individuel. Quinze jours au moins avant cet entretien vous devez être informé par écrit de la date et l'heure, ce délai est important pour vous préparer à l'entretien et préparer éventuellement la présentation d'un rapport d'activités succinct qui pourra, à votre demande, être annexé au compte rendu.

#### Contenu

Les textes précisent que l'appréciation prend en compte la spécificité du métier de l'agent et les exigences du poste qu'il occupe. Les critères considérés comme non pertinents ne sont pas retenus. Les critères à partir desquels la valeur professionnelle de l'agent est appréciée au terme de l'entretien professionnel figurent en annexe de l'arrêté du 10 avril 2008. À ce titre le SNICS a demandé et obtenu que la spécificité de la profession infirmière soit reconnue au regard de la responsabilité particulière de cette profession réglementée qui impose à l'infirmière d'une part d'être personnellement responsable des soins qu'elle met en œuvre, d'autre part des obligations particulières notamment en matière de secret professionnel. Les infirmières ne peuvent donc être évaluées que sur leur manière de servir et leur capacité d'adaptation à l'environnement scolaire en excluant tout critère faisant référence à la professionnalité de leurs actes.

De ce fait, le compte rendu d'entretien professionnel type ne peut pas être renseigné dans sa totalité, et certains critères doivent rester sans objet. **Pour le SNICS**, les seuls critères qui doivent prévaloir portent sur la manière de servir et l'adaptation à l'environnement scolaire. Ainsi, si les critères d'appréciation des compétences professionnelles et de la technicité sont à exclure, les critères suivants parce qu'ils sont pertinents, peuvent être retenus pour l'entretien professionnel d'évaluation des infirmier(e)s:

### Compétences professionnelles et technicité

 connaissance de l'environnement professionnel et capacité à s'y situer.

#### Contribution à l'activité du service

- capacité à respecter l'organisation collective du travail :
- capacité à s'investir dans les projets ;
- contribution au respect des règles d'hygiène et sécurité.

### Les qualités personnelles et relationnelles

- capacités d'adaptation ;
- capacité à travailler en équipe ;
- aptitudes relationnelles dans l'environnement professionnel.

#### Aptitude à la conduite de projets

- capacité à animer une équipe ou un réseau ;
- capacité à identifier, mobiliser et valoriser les compétences individuelles et collectives;
- capacité d'organisation et de pilotage ;
- capacité à former.

Il est par ailleurs essentiel pour chacun de <u>se référer à la fiche de poste nationale</u> parue au BO n° 44 du 30 novembre 2006.

L'entretien professionnel est complété par l'entretien de formation (article 5 du décret 2007-1470 du 15 octobre 2007). Il doit faire le bilan des formations suivies par l'agent et définir les perspectives de formation en fonction des missions assurées. En ce qui concerne les infirmières, il ne faut pas oublier que les règles qui régissent notre profession nous obligent à actualiser et perfectionner nos compétences professionnelles.

## Compte rendu de l'entretien

Le compte rendu de l'entretien rédigé et signé par le supérieur hiérarchique doit vous être communiqué. Il comporte une appréciation générale qui exprime la valeur professionnelle de l'agent. Cette appréciation doit être en cohérence avec l'évaluation faite au moyen des critères objectifs listés ci-dessus Vous disposez alors d'une semaine pour y apporter vos observations et le signer. Il est versé au dossier administratif et une copie vous est remise. Vous avez la possibilité de contester ce compte rendu par un recours gracieux auprès de votre chef d'établissement dans un délai de dix jours francs après la communication de ce compte rendu. Le supérieur hiérarchique doit notifier sa réponse également dans un délai de dix jours francs après la demande de révision. En cas d'absence de réponse ou de réponse défavorable vous devez saisir la CAP (CAPA ou CAPN) en adressant un courrier au recteur (ou au ministre) sous couvert du chef d'établissement encore dans un délai de dix jours francs. Pour toutes ces démarches de contestation n'oubliez pas d'en informer les commissaires paritaires SNICS/FSU, de faire enregistrer vos courriers au secrétariat de l'établissement et de conserver des doubles. La circulaire précise que la campagne d'entretien

professionnel doit être organisée dans un délai compatible avec les procédures de recours prévues. En conséquence, si votre entretien a déjà eu lieu et que vous souhaitez le contester sur le fond ou la forme, il est et sera encore temps de le faire.

#### Avancement et régime indemnitaire

C'est le supérieur hiérarchique qui, à l'issue de l'entretien professionnel, propose au recteur d'attribuer des réductions ou majorations d'ancienneté et de moduler les indemnités. Les réductions ou majorations d'ancienneté pour l'avancement d'échelon sont réparties après avis de la CAPA.

#### Conclusion

Ce système d'évaluation de la valeur professionnelle liée au mérite et uniquement au mérite prend tout son sens dans une politique d'individualisation des carrières, de salaire au mérite (modulation des indemnités) et d'avancement au mérite. Ce dispositif d'évaluation, la mise en place des postes à profil, la mobilité contrainte, la reconnaissance de fonctions ou sujétions particulières initiées par la Révision Générale des Politiques Publiques et la loi de modernisation de l'état, ont pour unique objectif de casser les statuts de la fonction publique d'État. Tout ceci a pour incidence la perte de droits fondamentaux en matière de déroulement de carrières (droit à l'avancement), d'égalité de traitement, de droit à mutation, etc. D'où l'intérêt de notre revendication d'un statut particulier pour le corps des infirmières conseillères de santé de l'EN, mandat majeur réimpulsé par le dernier congrès national du SNICS.

NB: afin de comprendre les enjeux essentiels de cette nouvelle réforme, nous avons élaboré un dossier explicatif comportant une analyse fine des décret, arrêté et circulaire qui peut vous être envoyé sur votre demande.

Viviane Defrance, Isabelle Duponteil, Brigitte Le Parc



# Garantie Individuelle du pouvoir d'achat ?! Carrière-Salaires

## Orientations salariales dans la fonction publique pour 2009-2011

Le relevé de conclusions salariales du 21 février 2008 prévoyait des mesures prétendant assurer le maintien du pouvoir d'achat du traitement des agents : celles-ci portent d'une part sur la valeur du point indiciaire, d'autre part sur la mise en place d'un dispositif de Garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA) qui seront mises en œuvre à partir de 2008. Une amélioration de la participation de l'employeur aux frais de déplacement est également prévue.

### Frais de déplacement :

- revalorisation des indemnités kilométriques au 1<sup>er</sup> août 2008;
- assouplissement des conditions relatives aux titres d'abonnement hors Ile-de-France ;
- aide directe aux agents utilisant leur véhicule pour les trajets domicile-travail.

### Évolution de la valeur du point indiciaire :

- + 0,5 % chaque année au  $1^{\rm cr}$  juillet pour la période 2009-2011 ;
- + 0,3 % au 1<sup>er</sup> octobre 2008.

## Indemnité de Garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA)

Le décret n° 2008-539 du 6 juin 2008 et la circulaire du 13 juin 2008 définissent les modalités de mise en œuvre de cette mesure.

- Application générale en 2008 et 2011 :
- en 2008 : pour la période de référence du 31/12/2003 au 31/12/2007 ;
- en 2011 : pour la période de référence du 31/12/2006 au 31/12/2010.
- En 2009 et 2010 la mesure sera appliquée aux agents bloqués au sommet de leur corps ou de leur grade depuis quatre années et aux bénéficiaires en 2008 partant à la retraite en 2009 ou 2010;
- en 2009 : période de référence allant du 31/12/2004 au 31/12/2008 ;

 en 2010 : période de référence allant du 31/12/2005 au 31/12/2009.

#### Définition de la GIPA

- La GIPA résulte d'une comparaison entre l'évolution du Traitement indiciaire brut (TIB) détenu par l'agent sur une période de référence de 4 ans et celle de l'indice des prix à la consommation sur la même période. Si l'évolution du traitement\* au terme de cette période est inférieure à l'évolution de l'inflation, une indemnité équivalente à la perte du pouvoir d'achat est versée à chaque agent concerné.
- TIB = indice majoré multiplié par la valeur moyenne du point sur les deux années de référence, excluant les autres éléments de rémunération tels l'indemnité de résidence, le supplément familial et toutes autres primes ou indemnités perçues.

#### Calcul du montant de la GIPA

- Pour la mise en œuvre de la GIPA en 2008, l'inflation prise en compte pour le calcul est + 6,8 %.
- TIB 2003 : indice majoré détenu au 31/12/2003 × valeur moyenne annuelle du point pour 2003 (soit 52,4933 euros).
- TIB 2007 : indice majoré détenu au 31/12/2007 × valeur moyenne annuelle du point pour 2007 (soit 54,3753 euros).
- Pour l'application en 2009, 2010 et 2011, un arrêté fixera le taux de l'inflation ainsi que les valeurs annuelles du point indiciaire à prendre en compte.

### **Bénéficiaires**

- L'indemnité GIPA est applicable à l'ensemble des fonctionnaires des trois fonctions publiques, aux magistrats et aux militaires qui doivent avoir été rémunérés sur un emploi public pendant au moins trois ans sur la période de référence.
- Pour les agents non-titulaires, elle est applicable aux agents recrutés par contrat à durée déterminée ou indéterminée et rémunérés « de manière expresse par référence à un indice », ils doivent avoir été employés de manière continue sur la

période de référence de quatre ans, par le même employeur public.

• Pour les agents à temps partiel, sur tout ou partie de la durée de la période de référence, le montant de l'indemnité est attribué à hauteur de la quotité travaillée au 31 décembre de l'année qui clôt la période de référence en cause.

En réalité, seuls les agents dont l'indice de traitement n'a pas évolué – qui n'ont pas changé d'échelon – depuis quatre ans bénéficient de cette mesure, c'està-dire, pour les infirmiers(e)s, celles et ceux qui étaient déjà, au 31/12/2003, au 8° échelon de classe normale ou au 6° échelon de classe supérieure.

## Montant de la GIPA pour les infirmières au 8° échelon Classe normale :

- − TIB 2003 : (480 (IM au 31/12/03) × 52,4933) × (1+6,8% : 1,068).
- TIB 2007 : (481 (IM au 31/12/07) × 54,3753) = 756 €.

### Montant de la GIPA pour les infirmières au 6° échelon Classe supérieure :

- TIB 2003 :  $(533 \times 52,4933) \times (1 + 6,8\% : 1,068)$ .
- TIB 2007 : (534 × 54,3753) = 845 €.

Montant de la GIPA pour les infirmiers contractuels (employés de manière continue du 31/12/2003 au 31/12/2007 et dont le contrat fait référence à l'indice du 1<sup>er</sup> échelon):

- TIB 2003 :  $(307 \times 52,4933) \times (1 + 6,8 \% : 1,068)$ .
- TIB 2007 :  $(308 \times 54,3753) = 464 €$ .

L'indemnité dite de garantie individuelle du pouvoir d'achat fait partie des éléments de rémunération soumis à cotisations au régime de retraite additionnelle de la fonction publique (*cf.* Décret n° 2008-964 du 16 septembre 2008).

Chaque collègue a la possibilité de faire le calcul de son droit ou non à l'indemnité GIPA en se connectant sur le site du SNICS, sur lequel se trouvent des explications supplémentaires et un tableau de calcul.

Brigitte Le Parc, Viviane Defrance

## **Projet de Loi de Finances 2009 (extraits)**

## Mission enseignement scolaire Programme 230 - Vie de l'élève

Objectif 1 : faire respecter l'école et ses obligations.

Indicateur 1.1 : Taux d'absentéisme des élèves.

Indicateur 1.2 : Proportion d'actes de violence grave signalés.

Objectif 2 : promouvoir la santé des élèves.

Indicateur 2.1 : Proportion d'élèves ayant bénéficié du bilan de santé dans leur sixième année.

## Mission enseignement supérieur Programme 231 - Vie étudiante

Objectif 3 : développer la prévention dans le domaine de la santé. Indicateur 3.1 : pourcentage des étudiants du cursus licence ayant bénéficié d'une visite médicale au cours de l'année.

## Mission Santé du ministère de la Santé Programme 204 - Prévention et sécurité sanitaire

Objectif 1 : mettre en œuvre la politique de santé en l'adaptant aux spécificités des territoires.

Indicateur 1.1 : taux d'actions de santé évaluées.

Indicateur 1.2 : taux de participation des associations aux instances auxquelles elles doivent participer.

Objectif 2 : réduire les inégalités de santé.

Indicateur 2.1 : taux de reconnaissance des campagnes de prévention de l'INPES.

Objectif 3 : réduire la contamination par les infections sexuellement transmissibles.

Indicateur 3.1 : nombre de contaminations récentes parmi les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH.

Objectif 4 : réduire la mortalité évitable attribuée au cancer.

Indicateur 4.1 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein dans la population cible.

Indicateur 4.2 : consommation annuelle d'alcool par habitant de plus de 15 ans. Indicateur 4.3 : pourcentage de la prévalence du tabagisme quotidien dans la population (par sexe ; pour les jeunes).

Objectif 5 : développer les bonnes pratiques alimentaires et la pratique d'une activité physique.

Indicateur 5.1 : nombre de villes actives adhérentes à la charte PNNS.

### Commentaires du SNICS

Hormis les baisses drastiques constatées dans l'ensemble des budgets qui vont mettre à sac la fonction publique, on peut constater d'une part que le nombre de visites médicales est un dénominateur commun entre la vie de l'élève et la vie de l'étudiant ce qui reflète de manière explicite le fort lobbying médical ambiant et d'autre part qu'il y a urgence à faire comprendre à l'administration de l'Éducation nationale qu'elle doit cesser de faire assurer par notre profession ce qui revient à la mission santé du ministère de la Santé tel l'alcoolisme, le tabagisme et les PNNS afin que nous nous recentrions sur notre mission essentielle qui est la participation à la réussite scolaire des élèves et des étudiants. Au risque sinon, de passer à la santé avec armes et bagages !

# 6° congrès du SNICS à Lille

## Thème 1 : LMD = Avenir de la profession infirmière

Pourquoi une licence pour la profession ? Quelle formation dans le système LMD ? Quelle reconnaissance du DE ?

Pour le SNICS, les demandes de reclassement de notre profession en catégorie A et de prise en compte de nos 39 mois d'études, alors que notre DE n'était reconnu qu'au niveau DEUG (cf. 1), ont toujours été parmi nos principales préoccupations. De fait, lors de son précédent congrès, le SNICS avait pour mandat de travailler à l'intégration de nos études dans la logique du système universitaire LMD (cf. 2) et d'obtenir la reconnaissance de notre DE au niveau M (cf. 3).

En Europe, le niveau de reconnaissance du diplôme infirmier n'est pas encore homogène. Pourtant, selon le processus de Bologne signé en 2002 de « construction de l'espace européen de l'enseignement supérieur », il est convenu d'harmoniser les formations universitaires, le L, le M et le D étant des diplômes nationaux, reconnus dans toutes les universités européennes, pour favoriser la mobilité géographique de toutes les professions qui bénéficient d'un enseignement supérieur. C'est donc le nouveau schéma de l'enseignement supérieur Licence-Master-Doctorat.

Pour répondre aux attentes de la profession en matière de reconnaissance et de qualité de formation, et poursuivre le travail sur ce mandat, le SNICS s'est inscrit dans une démarche de réflexion et d'action pour faire entendre ses propositions. Dans cette logique, le SNICS aux côtés d'autres organisations syndicales ou associatives, est parvenu à la rédaction d'une plate-forme de propositions sur « la contribution de la discipline à l'approche interdisciplinaire de la santé » (cf. 4).

Aujourd'hui, l'universitarisation de la formation infirmière reconnue au niveau L semble acquise pour la rentrée 2009 qui verrait les premières promotions d'étudiants débuter leurs études pour obtenir en trois ans conjointement le DE et leur licence. C'est en effet l'engagement pris par N. Sarkozy pendant sa campagne électorale et les engagements du ministère de la Santé (cf. 5) de reconnaître le diplôme infirmier au niveau L, précisant qu'un Master et un Doctorat infirmiers seront rendus possibles.

Il nous faut maintenant mesurer tous les enjeux de cette nouvelle formation. Nous devons donc nous interroger sur l'entrée en formation et les prérequis nécessaires. Notre réflexion doit aussi porter sur le contenu de cette formation, sur la reconnaissance des spécialités, sur la recherche en soins infirmiers, sur les notions de pratiques avancées, sur les passerelles offertes et possibles entre les différentes formations... mais encore sur sa structuration, son cadre, les liens à établir et à respecter entre IFSI et université. Il nous faut également réfléchir au statut des formateurs mais aussi à celui des étudiants. Enfin, il nous faut apporter des réponses concernant les infirmières déjà diplômées et la revalorisation attendue par toutes.

En définissant ces orientations, nous devons mesurer les décisions qui vont déterminer le devenir des infirmières. Notre vigilance doit être d'autant plus importante que le contexte de pénurie d'infirmières pourrait conduire les ministères vers des choix qui ne répondraient ni aux attentes de la profession ni à celles des personnes soignées en matière de qualité des soins et particulièrement des soins infirmiers. La formation infirmière doit s'inscrire à un niveau de qualification exigeant et être en lien avec la recherche. La formation des personnels est un investissement : elle ne peut souffrir d'être menée au « rabais » ou être « bradée ». Au contraire, des réponses seront apportées par la valorisation de la formation et de la profession, par l'offre de poursuites d'études notamment dans la recherche en soins infirmiers ou en terme de spécialisations, par la reconnaissance du soin infirmier dans ses dimensions techniques, éducatives et relationnelles. Ces réponses auront des incidences positives sur la qualité des soins par l'élévation des qualifications, sur le renoncement des infirmières à l'exercice de leur profession enfin mieux reconnue et ouverte vers des perspectives de carrière autres que celles de l'encadrement, mais aussi sur l'attractivité de cette filière pour les étudiants.

#### 1. Entrée dans la formation

Ces questions sont essentielles pour parvenir à définir un niveau de recrutement qui permettra un vrai parcours de Licence puis de Master et de Doctorat. Pour le SNICS, le Baccalauréat est le niveau de recrutement requis pour intégrer la formation infirmière.

A. Des prérequis pour intégrer la formation DE infirmière sont indispensables si l'on souhaite maintenir, voire élever un niveau d'enseignement exigeant pour que les soins infirmiers dispensés soient de qualité. L'acquisition de savoirs transversaux est déterminante pour réussir dans les parcours universitaires. La dimension du soin relationnel exige notamment des connaissances en sciences humaines dont l'anthropologie et les sciences de l'éducation pour la dimension éducative de la profession. Si nous considérons par exemple l'approche holistique enseignée tout au long des études infirmières, nous savons qu'elle renvoie à une compréhension globale de l'être humain en subordonnant l'analyse des situations de soins à une synthèse. Or l'apprentissage de l'analyse et de la synthèse se construit progressivement dès l'enseignement secondaire en sachant qu'il est essentiellement enseigné dans les programmes des baccalauréats généraux. Ces acquisitions de savoirs transversaux sont déterminantes pour réussir dans les parcours universitaires et il convient donc de ne pas sous-estimer le niveau des prérequis nécessaires à la réussite de cette Licence (cf. 6).

Nous devons définir ce niveau de recrutement mais nous poser également la question de l'éventualité d'une classe préparatoire aux études infirmières. Si oui, quels savoirs supplémentaires devraient y être acquis ? Pourrait-elle conférer la validation d'ECTS et si oui combien ? Ne faciliterait-elle pas le classement de notre profession au niveau M ?

## Dépêche de l'AEF le 3 juin 2008

Réforme de la formation infirmière: le SNICS-FSU ne veut pas d'une licence professionnelle « bidon » en soins infirmiers !

« Le groupe de travail sur la réingénierie de la formation en soins infirmiers, au ministère de la Santé, est en train de faire complètement fausse route », estime ce mardi 3 juin 2008 Brigitte Le Chevert, secrétaire générale du SNICS-FSU. Le syndicat national des infirmier(e)s conseiller(e) de santé se réunit en congrès national à Lille du 2 au 5 juin 2008. « On se dépêche de mettre en place une formation au rabais, alors que depuis 30 ans les infirmières réclament la revalorisation de leur métier », reprend la syndicaliste. Qui lance ensuite, très applaudie : « la profession va rater le train du LMD avec la bénédiction du ministère de la Santé. Il va falloir retourner dans la rue! ».

Invité par le SNICS-FSU, le ministère de la Santé a confié à l'inspecteur principal chargé des professions médicales et paramédicales au sein de la DRASS de Lille le soin de faire le point sur les réformes en cours. « Les discussions sont encore ouvertes, mais on irait vers une licence professionnelle », annonce, sur un ton prudent, Jean-Luc Caby. « Par ailleurs, les IFSI ayant fait leurs preuves, il faudra se poser la question de leur organisation », ajoute-t-il. « Ce que dit M. Caby est exactement ce qu'on craignait », répond Brigitte Le Chevert. « La licence professionnelle est une première étape, mais il n'y en aura jamais d'autre! Ce sera une licence bidon, une voie de garage ». Et d'ajouter : « Dans les IFSI, on fait tout pour que les infirmières ne soient jamais émancipées. Or, elles ont besoin de s'émanciper ».

### CONTRE LES ECVET

Le SNICS-FSU s'élève contre l'inscription de la formation infirmière dans le cadre des ECVET, système européen de crédits pour l'enseignement et la formation professionnels (l'AEF n° 94979). « Le ministère s'inscrit dans le programme européen Leonardo Da Vinci, qui vise à mettre en adéquation stricte le référentiel de compétences avec l'activité professionnelle », affirme Béatrice Gaultier, membre du bureau national du syndicat. « Or, cela s'oppose totalement à la logique de compétences voulue par l'universitarisation ». Autre crainte du syndicat : « Dans le groupe de travail qui se tient au ministère de la Santé, on parle beaucoup de la durée des stages. On parle même de la doubler. Dans ce cas, à quel moment dispenseraton les enseignements théoriques ? »

« Le métier d'infirmier ne peut rester à l'écart du mouvement général d'universitarisation », estime Gérard Aschieri, secrétaire général de la FSU, faisant le parallèle avec la masterisation programmée de la formation des enseignants. « Il paraît évident, à cause des corporatismes et des intérêts individuels, qu'on risque d'aller vers une licence qui ne serait pas une vraie licence. Le SNICS-FSU devrait porter le débat public en suscitant la confrontation de toutes les organisations sur ce sujet, en fixant comme priorité l'intérêt général », conseille-t-il. « Nous avons déjà mis en place un collectif avec plus de vingt organisations », lui répond Brigitte Le Chevert (l'AEF n° 97148). « Mais la difficulté, c'est que certains tiennent un double langage. Ils ne disent pas la même chose quand ils vont au ministère de la Santé ».

B. Comme pour d'autres types de formations [CPGE (Classes préparatoires aux grandes écoles)], écoles d'ingénieurs, études de médecine...), la question du concours d'admission aux études tel qu'il existe actuellement doit également être étudiée mais ne doit pas être considérée nécessairement comme représentant un barrage à l'universitarisation. En effet, il n'existe pas de sélection pour entrer à l'université où l'admission se fait sur titre. Le problème se pose donc de maintenir un concours pour intégrer l'IFSI et/ou de raisonner en terme de filtrage selon le schéma de validation et de capitalisation d'ECTS définis par l'enseignement supérieur (cf. 2).

Dans le système LMD, chaque année d'étude est composée de deux semestres. Chaque semestre validé permet l'obtention de 30 crédits appelés ECTS (European Credits Transfer System), transférables d'un établissement à l'autre, en France et en Europe. Un parcours de formation de licence peut être validé par capitalisation [acquisition de toutes les Unités d'Enseignement (UE)] ou par compensation, c'est-à-dire en calculant la moyenne de l'ensemble des notes obtenues dans une même UE et entre les UE d'un même semestre. À l'intérieur d'un cycle de formation, la poursuite d'études est de droit pour tout étudiant à qui ne manque que la validation d'un seul semestre.

La licence se prépare en trois années d'étude après le bac (six semestres) et correspond à 180 crédits. La première année est dite L1; la deuxième année L2; la troisième année L3.

Pour pouvoir prétendre obtenir le DE, la validation des 180 ECTS serait donc incontournable dans le schéma proposé actuellement par le ministère. Pour le SNICS, ce niveau de diplôme ne correspond pas au volume d'enseignement nécessaire pour le DE, notre revendication portant sur la reconnaissance au niveau M1.

- C. Se pose également le problème des quotas et du numerus clausus et donc de la limitation du nombre d'étudiants. Actuellement, le nombre d'étudiants en IFSI est « contingenté » par des « quotas » établis par le ministère de la Santé en fonction du nombre d'infirmiers qu'il estime nécessaire de former. Dans la mesure où la nouvelle organisation des études offrira des parcours différents (passerelles, poursuite d'études...), le nombre d'étudiants entrant en L1 et le nombre d'infirmiers diplômés sortant en L3 sera plus fluctuant.
- 2. La formation : Quel contenu ? Quelle reconnaissance des spécialités, de la recherche en soins infirmiers, des pratiques avancées ? Quelles passerelles offertes et possibles entre les différentes formations ?
- A. La refonte du système actuel et les travaux menés par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) sur la « réingénierie de la formation », basée sur l'étude de cas concrets généralistes et de situations techniques rencontrées, vont donner lieu à la reconstruction de notre référentiel de formation et pourrait peut

être même aboutir à établir un nouveau décret de compétences.

Aujourd'hui le contenu de la formation est à l'étude. Deux orientations adossées à deux projets distincts au niveau européen s'opposent et sont déterminants sur la nature des études qui seront proposées aux étudiants infirmiers :

## 1. Cursus universitaire avec introduction de la recherche.

L'orientation adossée au projet européen Tuning (cf. 7) qui regroupe 15 pays européens (Danemark, Finlande, Flandres, Belgique, Allemagne, Hongrie, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, République d'Irlande, République Slovaque, Espagne, Ukraine, Royaume-Uni) (cf. référentiel de compétences Tuning) nécessite d'introduire des contenus universitaires conformément à la décision d'intégration au système LMD. Il s'agit d'enrichir la formation existante par l'acquisition de compétences transversales qui donnent aux acteurs de véritables capacités d'adaptation (capacités d'analyse et de synthèse, de traitement de l'information, de raisonnement, de formalisation, de modélisation).

#### 2. Formation professionnelle

L'orientation choisie jusqu'ici par la DHOS, adossée au projet Leonardo Da Vinci qui réunit cinq pays européens (Belgique, Lituanie, Pologne, Portugal et France), construit les référentiels avec une optique d'enseignement et de formation strictement professionnels et tourne ainsi le dos à l'universitarisation des études.

Le SNICS agit pour sa part à tous les niveaux pour le respect des engagements pris au plus haut niveau de l'Etat pour une réelle mise en œuvre de l'universitarisation des études infirmières, en accord avec la construction d'une filière en sciences infirmières (voir plate forme commune) mais aussi en cohérence avec le référentiel de compétences européen élaboré dans le cadre du projet Tuning (voir référentiel de compétences Tuning).

C'est pourquoi, les contenus de formation devront intégrer un enseignement de sciences humaines, continuer à développer un travail d'analyse, de critique et de synthèse. Les savoirs théoriques issus du droit, de la psychologie, de la sociologie, de l'anthropologie, sciences de l'éducation, devront être mis en relation avec les savoirs professionnels afin que l'infirmière puisse adapter sa pratique de soin à l'évolution constante des besoins de santé.

Ils permettent également d'apporter au soin sa dimension relationnelle et éducative.

C'est pour cette raison notamment que le SNICS a toujours défendu la présence d'un mémoire de fin d'études. Il doit être aujourd'hui de même exigence dans sa finalité que les mémoires demandés dans les autres licences (40 à 60 pages). Il doit permettre d'évaluer la capacité d'analyse, la capacité de synthèse et la dimension critique. En effet, il prépare à la fois à l'exercice de la profession car il engage chaque étudiant à réfléchir sur un sujet qu'il aura choisi dans le champ de la santé, préparant ainsi à une approche qualitative du soin. Il s'inscrit également dans la nécessaire progression pédagogique de la poursuite d'études vers un Master puis un Doctorat. En effet, il prépare à la fois à l'exercice de la profession car il engage chaque étudiant à réfléchir sur un sujet qu'il aura choisi dans le champ de la santé, préparant ainsi à une approche qualitative du soin. Il s'inscrit également dans la nécessaire progression pédagogique de la poursuite d'études vers un Master puis un Doctorat. Enfin, ce type de travail universitaire prépare la profession infirmière à exprimer son expertise dans le domaine du soin par rapport aux autres professions de santé, l'exercice infirmier n'étant jamais réduit à un seul rôle d'exécutant de tâches, d'application de procédures et de protocoles.

B. Le niveau L (trois années, 180 ECTS) ne doit pas rester la seule finalité promise à la profession qui doit se projeter dans la totalité du cursus LMD universitaire. Les infirmières qui le souhaitent doivent donc pourvoir poursuivre leur formation par un Master puis un Doctorat. Le M (deux années, 120 ECTS) qui représente le deuxième diplôme du LMD pourrait être le premier niveau de reconnaissance des spécialités, des pratiques avancées mais aussi de la recherche. Le D enfin (conféré après la réalisation de travaux de recherches durant au moins trois ans et la soutenance d'une thèse) représente le dernier grade.

Notre formation est professionnalisante ce qui est le cas des licences actuellement qui répondent à un double objectif : soit la poursuite d'études, soit l'insertion professionnelle.

C. Un des objectif du LMD est d'offrir un parcours personnalisé favorisant la souplesse et la mise en



# 6e congrès du SNICS à Lille (LMD suite)

place de passerelles. Ces passerelles devront exister également autour de la formation infirmière (vers la formation infirmière mais aussi à partir de cette formation), ce qui implique nécessairement que la Licence infirmière doive bien être sur la même architecture que les autres et offrir les mêmes exigences de niveau de qualification.

# 3. Le fonctionnement : quelle structuration ? Quel cadre ? Quels liens entre IFSI et université ?

A. La LMDéisation des professions paramédicales définies dans les Livres I, II, III, du Code de la Santé publique requiert de notre point de vue la création d'une filière qu'il convient de définir.

Pour le SNICS, c'est bien une filière spécifique « infirmière » ou « en soins infirmiers » qu'il convient de créer, car elle est conforme au fonctionnement universitaire, affiche plus de lisibilité et offre la possibilité d'un parcours complet en L, M et D. L'ouverture d'une filière « paramédicale » ou « professions de la santé » apporterait davantage de confusion.

B. Le cadre d'enseignement pourrait rester dans un premier temps en ce qui concerne le niveau licence au sein des IFSI (cf. exemple des IUFM mais aussi des facultés de médecine, de pharma...) notamment compte tenu du nombre important d'étudiants à former, des infrastructures existantes, de l'implantation de certains IFSI au sein de CHU mais aussi compte tenu que les universités n'ont pas dans l'immédiat suffisamment de locaux pour accueillir des milliers d'étudiants en soins infirmiers. Des conventions resteraient a établir entre l'université et les IFSI, qui deviendraient alors des Instituts Universitaires de Formations en Soins Infirmiers.

Par contre, pour les niveaux Master et Doctorat, il est essentiel d'obtenir d'emblée l'engagement d'un enseignement au sein même de l'université.

C. L'adaptation de la réforme LMD aux professions de santé pose le problème de la « bi-appartenance » entre le ministère de l'EN seul habilité à délivrer les diplômes universitaires et le ministère de la santé seul habilité à délivrer les diplômes de droit d'exercice (cette question de la bi-appartenance vient d'être résolue pour les médecins, dentistes, pharmaciens et sage femmes, dont la formation se déroulait à l'université). Cela conduit à la « bi-diplômance » par le L et le Diplôme d'Etat délivrés à l'issue des six semestres d'études (validés par 180 ECTS) et la réussite aux épreuves du DE. Le problème se pose donc de maintenir un examen pour obtenir la délivrance du DE et/ou de considérer que la validation des 180 ECTS est suffisante (cf. 2).

De même il est indispensable de réfléchir à la construction du parcours-type de formation puisque le DE est à caractère national alors que les parcours LMD peuvent être personnalisés.

### 4. Quel statut pour les formateurs ?

Les formateurs devront-ils bénéficier d'un statut provisoire ? Quelle intégration pour les cadres formateurs ? Quelle reconnaissance ? Quel accompagnement pour évoluer sur les méthodes pédagogiques ? Ce qui s'est passé pour les enseignants dans les IUFM peut-il servir de parallèle ?

Une phase de transition sera nécessaire pour les formateurs. La filière en sciences infirmières une fois mise en place offrira des débouchés d'enseignement pour les futurs formateurs. Concernant les formateurs en place, il est possible d'envisager un statut équivalent à ceux des maîtres formateurs des IUFM. Certaines UE (Unités d'Enseignement) comme celles des « savoirs scientifiques » pourraient être enseignées par des enseignants universitaires. Par contre, les « arts infirmiers » pourraient être dispensés par les actuels formateurs en IFSI.

En tout état de cause, le statut des formateurs en place ne doit pas être un frein à l'évolution de la profession infirmière et à une amélioration de la qualité des soins infirmiers dispensés à la population. Cette réflexion sur le statut des formateurs est importante à mener car les craintes de ces derniers ne doivent pas être un obstacle à la mise en place de notre formation en université. C'est pourquoi le SNICS participe activement aux groupes de réflexion régulièrement réunis sur ce thème.

### 5. Quel statut pour les étudiants ?

Comme pour tous les autres étudiants, il convient d'améliorer la réussite des études post-bac. A l'occasion de son dernier congrès (cf. 9), la FSU a fait un certain nombre de propositions concernant les études supérieures comme l'amélioration du processus d'orientation, le développement de passerelles, la mise en place d'un statut social pour tous les jeunes en formation associé à une allocation d'autonomie, la reconnaissance de nouveaux droits garantissant l'accès au logement, à la santé, au transport, aux loisirs et à la culture (textes congrès FSU Marseille p. 19 V.2.3.) qu'il convient de faire valoir tout autant pour les étudiants en soins infirmiers.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a constitué une nouvelle étape en matière de décentralisation et la responsabilité transférée aux régions en matière de gestion et d'attribution de bourses pour les formations sociales, paramédicales et de santé génère un traitement différents des étudiants sur les droits ouverts mais aussi sur les modalités et les montants des règlements de ces bourses. Certaines régions ont par exemple décidé de faire plus que ce qui est prévu par la loi en créant un échelon 0 pour venir en aide aux étudiants et familles qui dépassent légèrement les plafonds de ressources. Ainsi, pour les étudiants qui ne répondent pas aux conditions de revenus fixés à l'échelle nationale et ne peuvent obtenir une bourse d'échelon 1 (exonération de droits d'inscription + 1 315 € par an), cet « échelon 0 » se traduit par une exonération de droits d'inscriptions (environ 150 €). Une attention particulière est donc de mise pour obtenir auprès de chaque région l'ouverture de même droits.

Une réflexion poussée doit également être menée sur la rémunération des stages qui aujourd'hui est misérable alors qu'il est particulièrement difficile pour un étudiant en IFSI, compte tenu particulièrement des horaires à géométrie variable au cours de la formation et notamment lors des périodes de stages de prétendre à un « job » étudiant.

# 6. Quelle reconnaissance pour les infirmières déjà diplômées ? Quelles incidences sur la grille de salaire ?

Pour le SNICS, il apparaît indispensable d'obtenir les mêmes niveaux de reconnaissance pour les infirmières déjà diplômées et donc d'appliquer à tous les professionnels en exercice les dispositions réglementaires appliquées aux nouveaux diplômés c'est-à-dire la catégorie A. Si le gouvernement a pris cet engagement, les modalités et les dates d'effet restent cependant à définir.

Un parallèle peut être fait avec la situation des instituteurs qui jusqu'en 1990, étaient en catégorie B. Ils ont en effet tous eu la possibilité d'être intégrés dans le corps des professeurs des écoles (PE), corps de catégorie A, car un plan d'intégration avait été négocié proposant trois types de modalités: concours externe, concours interne, liste d'aptitude qui permettaient une intégration plus ou moins rapide dans le nouveau corps des PE, avec ou sans reconstitution de carrière (cf. 10).

Les fonctionnaires appartiennent en effet à des corps qui comprennent un ou plusieurs grades et sont classés, selon leur niveau de recrutement, en catégories. Les corps regroupent les fonctionnaires soumis au même statut particulier et ayant vocation à atteindre les mêmes grades. Ils sont répartis en trois catégories désignés dans l'ordre hiérarchique décroissant par les lettres A, B, C. Les statuts particuliers fixent le classement de chaque corps dans l'une de ces catégories. Le CII, classement des infirmiers est borné entre les indices bruts 322-638; la catégorie A type quant à elle, est bornée entre les indices 379-966; le « petit A » correspond lui aux indices 461-660.

Mais attention, dans le contexte de la RGPP et des modifications des décrets d'échelonnement indiciaire, il nous faudra être particulièrement vigilants. La grille des classifications et des rémunérations des corps de fonctionnaires a été créée par le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948, décret qui rassemblait jusqu'en avril 2008, dans son annexe, l'ensemble des bornes indiciaires des grades de tous les corps civils et militaires de l'État relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'exception des corps de fonctionnaires de l'État régis par des statuts spéciaux (policiers, corps de l'administration pénitentiaire...). Dans le respect des bornages indiciaires ainsi fixés, des arrêtés fixaient l'échelonnement indiciaire de chaque corps ou emploi. Or, depuis le 25 avril 2008, l'échelonnement indiciaire des grades de chaque corps civil et militaire de l'État et de chaque emploi relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé par décret pris sur proposition du ministre intéressé et des ministres respectivement chargés de la fonction publique et du budget. Ces décrets, lorsqu'ils concernent des corps et emplois de personnels civils, sont soumis à l'avis

# 6° congrès du SNICS à Lille (LMD fin)

du Comité technique paritaire compétent. Lorsqu'ils fixent l'échelonnement indiciaire applicable à plusieurs corps ou emplois, ils sont soumis à l'avis préalable du Conseil supérieur de la fonction publique de l'État. D'où de grandes craintes tout à fait légitimes de la part d'une majorité d'organisations de fonctionnaires dont la FSU et le SNICS quant aux classements indiciaires qui seront permis par cette RGPP! D'où également notre revendication essentielle et majeure d'un statut particulier pour notre profession à l'Education nationale.

Un autre point important doit retenir notre attention car dans le cadre de la formation continue et du Droit individuel à formation (DIF), il nous faut obtenir que des dispositifs soient mis en place en direction des infirmières en exercice, pour répondre aux nouveaux besoins créés par la filière universitaire d'autant plus que l'actualisation des connaissances pour les infirmières est une obligation professionnelle.

#### Conclusion

Plus que jamais, nous devons nous attacher à la définition du soin infirmier et à la représentation de la profession infirmière et du soin infirmier : définition du soin dans ses trois dimensions (relationnel, technique, éducatif), Il nous faut garder en mémoire les travaux sur la VAE (cf. 11) stoppés par l'intervention de la Commission Européenne à partir de la notion de profession réglementée qui pourtant ne semblait pas poser un frein au ministère de la santé...

Par une formation de qualité, les infirmières fortes de leur savoir infirmier fondé sur des connaissances théoriques et pratiques, pourront être des acteurs reconnus du système de soins, faire reconnaître au sein d'une équipe de professionnels de la santé la dimension indispensable du soin infirmier et bousculer le poids de la hiérarchie notamment médicale.

Dans un travail de recherche de rassemblement, de construction d'une unité, d'élaboration de synthèses qui rassemblent le plus grand nombre dans les différents groupes de travail autour du LMD, le SNICS a marqué sa volonté de voir ce dossier aboutir favorablement. Actuellement, la plate-forme de propositions sur « la contribution de la discipline à l'approche interdisciplinaire de la santé » (cf. 4) fait l'objet d'une vaste campagne de communication notamment en direction des sénateurs et des députés mais aussi de la presse spécialisée, des salons infirmiers... et surtout vers l'ensemble de la profession par une diffusion la plus massive possible de l'ensemble des partenaires de ce groupe.

Le SNICS doit donc plus que jamais se poser la question de la réussite de son ouverture vers la profession pour chercher à communiquer avec toutes les infirmières dans tous les types d'exercice. Les différents travaux menés avec des organisations infirmières (syndicats, associations...) nous ont permis de prouver que le SNICS par sa réflexion, son engagement et son travail sur les dossiers, sa capacité à mobiliser et à porter les revendications infirmières... est un acteur incontournable dans les négociations qui vont orienter l'avenir de notre profession.

Adopté par 96 voix pour, 0 contre, 2 abst., 0 NPPV

- 1. Cf. De But en Blanc n° 50.
- 2. Cf. fiches Onisep et Wikipédia.
- 3. Cf. De But en Blanc n° 41.
- 4. Cf. plate-forme propositions LMD.
- 5. Cf. dépêche AFP du 20/02/08.
- 6. Cf. De But en Blanc n° 50 « DRESS ».
- 7. Cf. Référentiel compétences projet Tuning.
- 8. Cf. De But en Blanc n° 48.
- 9. Cf. textes congrès FSU Marseille.
- 10. Cf. fiche intégration Professeurs Ecoles.
- 11. Cf. De But en Blanc n° 46 et n° 50.



## Dépêche de l'Agence Education Formation

Réforme de la formation infirmière : 21 organisations étudiantes et professionnelles veulent la création d'une discipline des sciences infirmières dans un cursus LMD

21 organisations étudiantes et professionnelles demandent la création d'une discipline des sciences infirmières dans le champ académique, pour réaliser l'universitarisation des formations actuelles. Dans leur plate-forme de propositions, ces associations et syndicats recommandent de délivrer, à l'entrée dans la profession, un diplôme de licence en sciences de soins infirmiers conjointement au diplôme d'État par le ministère de la Santé. Les signataires, regroupés depuis avril 2007 sous le nom « Unité pour le LMD », formulent aussi des propositions pour le master et le doctorat.

Leur texte a été communiqué à l'AEF par le SNICS-FSU, lors de son congrès nationa. Il vient d'être envoyé par ce syndicat aux députés, aux sénateurs, aux présidents de conseils régionaux, à la CPU et aux ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur.

#### DES PISTES POUR LE MASTER ET LE DOCTORAT

La plate-forme demande la création d'un master en sciences infirmières donnant accès aux domaines d'activités cliniques infirmiers post-diplôme avec attribution conjointe d'un diplôme d'État, ce qui suppose de revoir les dispositifs actuels de formations aux spécialités d'infirmiers anesthésistes, d'infirmières puéricultrices et d'infirmiers de blocs opératoires. Autre proposition, la délivrance d'un master pour les domaines de la gestion et de la formation, conjointement au diplôme cadre de santé option infirmier.

Par ailleurs, les signataires préconisent la création d'un master en sciences infirmières pour la recherche, suivi d'un doctorat permettant de construire les connaissances scientifiques nécessaires à la santé de la population, à l'exercice de la profession infirmière et en partenariat avec les autres disciplines évoluant dans le champ de la santé.

Le texte commun défend aussi le maintien du principe d'équité nationale dans l'attribution des diplômes universitaires et des diplômes d'État donnant autorisation d'exercice et réclame la mise en œuvre de mesures transitoires permettant à l'appareil de formation et à ses acteurs d'accompagner la mise en œuvre de cette réforme. Il juge enfin nécessaire que soit accordée « une équivalence licence pour les infirmiers et infirmières en activité déjà diplômés ».

### SANS LA FNESI, LA FNI ET LE CEFIEC

La Fnesi qui avait été à l'initiative du groupe de réflexion en avril 2007, s'était retirée en juin de la même année. « *Nous avons estimé que les participants n'avaient pas forcément envie de trouver une position commune »*, justifie Livia Lainé présidente de la Fnesi. La FNI ne fait également plus partie du groupe.

Pour sa part, le Cefiec (Comité d'entente des formations infirmières et cadres) n'a pas adhéré à cette plate-forme, alors qu'il a été associé à sa rédaction. « Aucune position ne peut être prise avant notre assemblée générale, qui se tiendra à l'automne », indique à l'AEF Christian Camou, son président. « Les adhérents doivent se décider en toute connaissance de cause, même si nos positions ne sont pas très éloignées. L'un des points de discussion réside dans la création d'un master: nous pensons qu'un master dédié aux enseignements paramédicaux pourrait être plus pertinent qu'un master uniquement dédié aux soins infirmiers », ajoute-t-il.

« Nous avons l'impression d'avoir été abusés par le Cefiec », indique, « très déçue », à l'AEF Brigitte Le Chevert, secrétaire générale du SNICS-FSU. « Depuis un an, nous discutons avec le Cefiec, et nous avons découvert il y a peu de temps que leur position n'était pas aussi claire qu'annoncée, puisque le Cefiec semble être prêt à acter une licence professionnelle. Certes, il faut des mesures transitoires pour les IFSI, mais nous considérons qu'on ne peut pas empêcher au nom d'intérêts corporatistes l'évolution de toute une profession et de la qualité des soins. »

# 6° congrès du SNICS à Lille

## Thème 2 : RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques)

La révision générale des politiques publiques s'inscrit dans le grand chantier de la réforme de l'Etat et de sa modernisation, elle en est le cadre structurant. Lancée officiellement le 10 juillet 2007 par Nicolas Sarkozy, cette révision consiste en une analyse approfondie des missions et actions de l'Etat par audit puis une mise en œuvre de réformes. Elle aura des conséquences graves et multiples dans tous les champs des politiques publiques. Il s'agit d'une volonté « de casse » programmée de tous les services publics sous couvert de trois objectifs maieurs :

- Mieux adapter les administrations aux usagers.
   Valoriser le potentiel humain de l'administration.
- Réduire les dépenses publiques pour revenir à l'équilibre budgétaire et gagner des marges de manœuvre.

Ce qui s'annonce est, en fait, un plan de rigueur sans précédent! Deux choix décisifs imposés : réduction des effectifs (suppression de 160 000 postes d'ici 2012) et redéfinition du statut des fonctionnaires.

Le rôle de l'Etat dont les missions seront restreintes, est mis gravement et durablement à mal. Ces réformes menées tambour battant auront des conséquences profondes et durables sur l'avenir même de la fonction publique.

De plus pour diminuer la dette publique comme l'impose l'Europe avec un déficit inférieur à 3 % du PIB, le gouvernement n'a pas choisi d'augmenter les recettes fiscales. Au contraire il a fait des cadeaux fiscaux aux plus riches et maintenant il prévoit d'équilibrer les finances d'ici à 2010 et au plus tard 2012 par la diminution des dépenses, des effectifs et des services de la fonction publique.

## I. La procédure

De juillet 2007 à mars 2008 des équipes d'auditeurs (inspections générales et secteur privé) ont passé au crible l'ensemble des politiques publiques. Les objectifs de ces audits étaient :

- analyse des missions et des objectifs ;
- évaluation des coûts ;
- élaboration de projets de réformes pour une administration plus efficace et économe.

L'outil utilisé est une grille d'analyse comportant sept questions :

- · Que faisons-nous ?
- Quels sont les besoins et les attentes collectives?
- Faut-il continuer à faire de la sorte ?
- · Qui doit le faire ?
- Qui doit payer ?
- · Comment faire mieux et moins cher ?
- · Quel doit être le scénario de transformation ?

## 1. Qui est concerné ?

La RGPP est structurée autour de trois champs d'investigation :

 l'ensemble de l'appareil productif de l'Etat c'est-à-dire les structures et les services qu'ils soient centraux, déconcentrés ou qu'ils relèvent d'opérateurs ainsi que les dépenses d'intervention des ministères. C'est dans ce champ qu'est annoncé le non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, soit la suppression de 160000 emplois d'ici à 2012. Ces suppressions ne peuvent se faire que par des remaniements des champs d'action de l'Etat, dans son organisation, son fonctionnement et la gestion des personnels et en particulier la fusion des corps ;

- six grandes politiques d'intervention (famille, santé et assurance maladie, développement des entreprises, ville et logement, emploi et formation professionnelle, politiques de solidarité) ne relevant pas uniquement de l'Etat, mais dont la responsabilité est partagée avec d'autres intervenants comme les partenaires sociaux par exemple;
- quatre chantiers interministériels portant sur :
- · l'organisation territoriale de l'Etat ;
- les relations Etat et collectivités territoriales ;
- la gestion des ressources humaines ;
- la simplification des procédures internes.

A l'issue de l'analyse, des propositions de réformes sont élaborées pour chaque secteur et soumises à un comité de suivi. Chaque décision ou orientation est ensuite étudiée et validée en conseil de modernisation des politiques publiques.

#### 2. Les acteurs

- Le conseil de modernisation des politiques publiques : CMPP. C'est l'instance de validation des décisions prises en comité de suivi. Il fixe les orientations et définit les étapes de la RGPP.
- Le comité de suivi : il examine les travaux d'audits présentés par les équipes d'appui.
- Les équipes d'appui : elles sont au nombre de trois :
- la direction générale de la modernisation de l'Etat (DGME) qui accompagne les ministères dans l'élaboration de leur stratégie de modernisation et dans la mise en œuvre de leurs projets;
- la direction du Budget qui analyse l'impact économique des réformes et la budgétisation pluriannuelle :
- la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) qui gère plus particulièrement les questions liées aux ressources humaines.
- Les ministères : ils sont responsables du pilotage, de la mise en œuvre et de la réussite des réformes

et mesures décidées en conseil de modernisation relevant de leurs attributions. Dans chaque ministère un comité de pilotage RGPP est installé.

La RGPP s'appuie sur des démarches de modernisation précédentes et particulièrement le pilier de la réforme budgétaire avec la mise en œuvre de la LOLF (Loi organique des lois de finances votée quasiment à l'unanimité en juillet 2001 et applicable depuis janvier 2006 à l'ensemble des administrations de l'Etat). La LOLF a généralisé la démarche de performance de l'action publique et de responsabilisation des gestionnaires. La logique des moyens est abandonnée au profit d'une logique de résultats. Jusque là, on s'intéressait davantage au volume des moyens consacrés à une politique qu'aux résultats concrets obtenus grâce à ses moyens. Désormais, les discussions budgétaires portent non seulement sur les moyens, mais aussi sur l'efficacité des dépenses par rapport à des objectifs définis. Il y a introduction d'une démarche de performance. Le budget devient pluriannuel pour les années de 2009 à 2011.

Elle s'appuie également sur de nombreux exemples étrangers : Royaume-Uni, Etats-Unis, Canada.

### II. Evolution et constats

Le 12 décembre 2007, à l'issue du premier Conseil de modernisation des politiques publiques, le président de la république et le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, Eric Woerth, qui en est le rapporteur, ont présenté une première vague d'une centaine de mesures. Celles-ci n'ont donné lieu à aucun débat démocratique, aucune discussion dans les assemblées parlementaires, aucune consultation des organisations syndicales pas plus que des citoyens et usagers. Les restructurations des ministères, la réorganisation des directions et services régionaux et départementaux, la création d'agences régionales de santé... imposent de fait aux fonctionnaires de nouvelles règles de mobilité. Ils seront amenés à travailler en dehors du cadre qui a prévalu au moment de leur recrutement dans un corps donné, et plus particulièrement en matière de missions. Actuellement le principal frein, pour



la mise en œuvre du volet gestion ressources humaines de la RGPP, est le statut général des fonctionnaires d'une part mais également et surtout le décret de 1948 qui classe les fonctionnaires en trois catégories (A, B et C) et fixe leur traitement en fonction d'indices afférents à un grade et à un échelon. Ce texte crée un classement hiérarchique des grades et des emplois garantissant à chaque agent placé dans la même situation de percevoir le même traitement.

Les orientations de la réforme de la fonction publique annoncées en septembre 2007 viennent d'être précisées au mois d'avril par la parution de trois documents :

- les décisions du deuxième conseil de modernisation des politiques publiques qui s'est tenu en avril;
- le livre blanc sur la fonction publique ;
- le projet de loi sur la mobilité.

Le troisième conseil de modernisation des politiques publiques prévu en mai est reporté à une date ultérieure en raison du mouvement social notamment dans l'Education nationale. Les réformes élaborées et portées par les ministères s'inscriront dans le budget pluriannuel 2009-2011, un projet de loi de programmation des finances publiques sera présenté au Parlement à l'automne.

Les décisions prises concernent plusieurs secteurs. Les orientations de la modernisation du système éducatif sont listées ainsi que les premières décisions adoptées et les pistes d'amélioration. Il en est de même pour la politique de l'enseignement supérieur et de la recherche, la modernisation des administrations de la santé et de la solidarité, du ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique...

Le livre blanc propose une refonte des règles régissant la fonction publique. Sont réaffirmés le désengagement de l'Etat, la mise en concurrence des personnels et la nécessité d'une réforme statutaire : c'est le démantèlement orchestré des règles régissant la fonction publique. Dans cet objectif, il est nécessaire de favoriser la mobilité des personnels donc de « simplifier l'organisation statutaire générale pour construire une fonction publique de métiers » au détriment d'une fonction publique de carrières... Cela pourrait aboutir pour les infirmières à n'avoir plus qu'un seul cadre d'emploi : celui d'infirmière! Peu importerait le lieu d'exercice, voire les différents lieux d'exercices en cas de cumul d'emploi à temps non complet. Cette nouvelle disposition entraînerait la disparition de notre appartenance au corps des infirmières et infirmiers des services médicaux des administrations de l'état. C'est la porte ouverte à la possibilité pour l'administration de nous demander d'exercer dans une autre fonction publique où elle estimerait les besoins plus cruciaux!

#### III. Projet de loi sur la mobilité

Ce projet se décline en trois chapitres :

#### 1. Développement des mobilités

La mobilité est présentée dans cette réforme comme un droit effectif alors que ce droit existait déjà. Il est écrit que les détachements seront facilités entre les ministères et les trois fonctions publiques mais il s'agira en fait d'une « mobilité contrainte » pour laquelle la question de la possibilité de retour vers son emploi d'origine reste posée compte tenu de la suppression de certains services ou missions. La réorientation professionnelle est possible suite à la suppression de son emploi mais sous certaines conditions. Le cumul d'emploi à temps non complet est généralisé. L'accompagnement financier de la mobilité prévoit des évolutions indemnitaires :

- maintien à titre personnel d'un plafond indemnitaire acquis plus favorable en fonction de la mobilité;
- indemnité de départ volontaire ;
- indemnité temporaire de mobilité pour les postes difficiles à pourvoir ;
- prime de restructuration impliquée par une mutation ou délocalisation de services et allocation d'aide à la mobilité du conjoint.

Art. 1 : Ouverture des corps au détachement, à l'intégration et à l'accès direct.

Dès le premier article on constate qu'il s'agit de s'en prendre aux statuts et de les aligner sur les dispositions les moins favorables et les plus restrictives en matière de détachement. Les conditions de détachement sont assouplies seulement si elles permettent à l'administration de faire diminuer le nombre de fonctionnaires. La reconnaissance des acquis de l'expérience pose le problème des critères et de ce que veut dire exactement le terme « expérience professionnelle » ? Qui aura la légitimité pour valider ces acquis? Le chef de service, le DRH? Le clientélisme aura, là, toute possibilité de sévir! Le fait que notre profession soit une profession réglementée peut être une protection pour nous. L'intégration devient de droit. Jusqu'à présent tous les textes la soumettaient à conditions, en particulier à l'examen par les CAP compétentes. Les CAP seront-elles encore consultées sur les détachements ? Pour le SNICS, plus les prérogatives des CAPA seront diminuées plus il y aura atteinte à l'égalité de traitement entre les personnels et à la transparence.

## Art. 2 : Accès direct

Qui dit augmentation des détachements dit à terme disparition des concours! Nous voyons ici apparaître une 3° voie de recrutement qui coûtera moins chère que l'organisation des concours, qui se passera hors CAP notamment pour la nomination et qui peut venir percuter les mutations des titulaires voire généraliser les postes à profil. Les affectations et les mutations seront organisées au moyen « d'un marché public de l'emploi ». Compte tenu du coût de l'organisation des concours il est à craindre que cette solution soit privilégiée par l'administration d'autant qu'elle est beaucoup plus discrétionnaire et souple. Elle entraînera la perte de la garantie d'égalité d'accès aux postes, il n'y aura plus du tout de transparence dans leur gestion. L'absence de concours favorisera l'augmentation de la contractualisation des emplois et les chefs d'établissement deviendront des recruteurs. Cela entraînera la disparition des services administratifs qui organisent les concours.

Cet article crée une autre voie de recrutement

## Quelques messages de syndicats aux congressistes du SNICS à Lille

Georges Poli, secrétaire général UNATOS (\*)

Chère Brigitte, Chers Camarades,

Ne pouvant pas répondre à votre invitation, je t'adresse, ainsi qu'à tous les délégués du SNICS au 6° congrès national, le salut fraternel de l'UNATOS-FSU.

Nous suivons avec attention l'évolution de vos dossiers revendicatifs, qui sont pour les personnels ouvriers des établissements scolaires, d'une grande importance. Nous avons en commun la mission éducative et une vision d'un syndicalisme d'action, de luttes et de propositions.

La communauté éducative n'est pas un vain mot et ensemble nous continuerons d'agir pour sa défense. C'est en travaillant sur les conditions de l'unité syndicale que l'on peut faire vivre un syndicalisme qui rassemble les personnels qui exercent sur le même lieu de travail

Soyez assurés de toute notre sympathie, nous vous souhaitons de grands succès dans vos revendications et de confirmer votre première place des infirmiers et infirmières de l'Education nationale lors des prochaines élections.

Bons travaux, grand succès, amitiés.

(\*) Syndicat FSU des agents, techniques, ouvriers et de service de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur.

Jean Fabbri, secrétaire général SNESUP(\*)

Cher(e)s Camarades,

C'est avec plaisir que je salue, au nom du SNESUP, l'un des syndicats singuliers et essentiels de la FSU qui joue à la fois un rôle dans le monde éducatif et dans toutes ses dimensions jusqu'aux universités, et dans le vaste secteur de la santé.

Sur le plan fédéral de la défense des services publics, de la revalorisation des carrières des personnels, nos objectifs et nos interventions convergent et nous nous en félicitons. Sur le plan de la formation, nous avons pu vérifier à plusieurs reprises que les objectifs de nos deux organisations convergent sur bien des points. Le SNESUP réclame la refonte globale des formations post-baccalauréat permettant de favoriser à la fois la diversification des cursus et la multiplication des passerelles, valorisant tous les parcours cohérents et permettant d'élever les qualifications et la reconnaissance de celles-ci. C'est dans ce cadre que nous avons discuté du rapprochement des formations d'infirmiers, des dispositifs de formation santé qui vont s'inscrire prochainement dans le cadre LMD. Nous avons beaucoup à construire ensemble. Au-delà de ce message collectif, je tiens à saluer Brigitte, votre formidable secrétaire générale, pour tout ce qu'elle apporte aux liens bilatéraux entre syndicats de la FSU et, au sein de la FSU, à notre dynamisme fédéral collectif. Bien à vous tous. Bonne réussite pour votre

(\*) Syndicat majoritaire chez les enseignants chercheurs des universités

sans que soit précisé si les CAP seront obligatoirement consultées. La disparition de la notion de stagiaires introduit une inégalité de traitement entre les collègues recrutées par voie de concours et celles par voie de détachement qui n'auront plus de périodes de stage. C'est une mise à mal du statut, en effet ces collègues seront intégrées à équivalence de grade et d'échelon, hypothéquant par la même les possibilités de promotions issues du ratio PRO/PRO. Les collègues venant du privé, du libéral ou de l'entreprise recrutées par concours risquent de ne jamais passer Infirmières de Classe Supérieure ! Le SNICS s'est toujours battu pour faire reconnaître la spécificité de l'infirmière à l'EN; avec cette modification de recrutement nous pouvons craindre qu'elle ne disparaisse. Si le recrutement par concours disparaît nous risquons de ne plus être en capacité de suivre l'évolution des emplois : nous ne saurons plus combien de postes sont déclarés vacants ou mis au concours.

### Art. 3: Ouverture des corps militaires

Les corps militaires sont rendus accessibles aux fonctionnaires civils par détachement suivi d'intégration, l'intégration directe n'est pas possible.

## Art. 4 : Droit au départ

Cet article facilite la mobilité mais à quel prix ! Il répond à un faux problème : dans les faits, compte tenu d'une jurisprudence relativement abondante du conseil d'état, l'administration ne pouvait que très difficilement s'opposer au départ d'un fonctionnaire. C'est peut être un élément favorable pour les infirmières hospitalières qui pourraient avoir plus facilement l'autorisation de partir mais à quel prix ?

### Art. 5: Double carrière

Cet article pourrait constituer une avancée pour les infirmières. Exemple : une collègue en détachement à la FPH devient cadre de santé et revient dans la FPE. Elle conserve son grade de cadre. De là à imaginer que le grade fonctionnel de cadre serait introduit à l'EN, il n'y a qu'un pas... Ces dispositions incitent et favorisent la mobilité à condition que le fonctionnaire, si son détachement n'est pas suivi d'intégration, bénéficie du grade ou de l'échelon qui lui est le plus favorable mais ce bénéfice ne sera pas systématique. Art. 6: Accompagnement financier des mobilités Cet article vise à favoriser le passage d'un grand nombre d'agents de la FPE vers la FPH et la FPT. La conservation du régime indemnitaire est illusoire puisque ce régime est moins élevé à la FPE. La transparence de la politique indemnitaire obtenue par sa présentation en CTP n'existera certainement plus puisque ces indemnités seront fixées par des conventions entre administration d'origine et d'accueil.

# Art. 7: Réorientation professionnelle dans le cas où l'emploi serait supprimé ou modifié de façon substantielle

La notion de modification substantielle était retenue dans la définition des mesures de carte scolaire, dans le cas de fermeture d'établissements. On peut craindre que cela entraîne la disparition des mesures de cartes scolaires.

Le fonctionnaire qui ne peut être durablement affecté dans un emploi que son grade lui donne vocation à occuper suite à un détachement, à une disponibilité, à une position hors cadre, à un congé parental ou à un congé de longue durée, peut être placé en situation de réorientation professionnelle. Dans le cas où l'agent ne parviendrait pas à se réorienter au bout des deux années, il pourrait être mis d'office en disponibilité. Autrement dit « il est licencié », ne perçoit aucune indemnité et n'a même pas droit aux indemnités de chômage puisqu'il est fonctionnaire mis en disponibilité. Quant à ses droits à la retraite, ils seront hypothéqués d'autant.

Cette disposition vide de son sens la notion de réintégration de droit après détachement ou disponibilité. Si on ne propose aucun poste à une collègue qui demande sa réintégration et qu'on lui impose une réorientation professionnelle, soit elle retourne à la FPH, soit elle est en disponibilité d'office. Pour les infirmières qui seraient concernées par ces mesures de réorientation professionnelle, trouver un emploi correspondant à leur grade les amèneraient vers la FPH ou la FPT. On voit bien qu'il faut se débarrasser des fonctionnaires d'état! Pendant cette période, si l'administration le décide, l'infirmière peut être amenée à aller travailler dans la maison de retraite locale. C'est la négation de nos missions spécifiques éducation nationale face à la pénurie d'infirmières!

A nouveau, ce n'est pas l'agent qui choisit sa réorientation professionnelle : c'est l'administration qui définit avec le fonctionnaire un projet et peut le faire travailler où elle veut. Il manque déjà 50 000 infirmières, et dans les quatre ans qui viennent 100 000 infirmières vont quitter la FPH! Art. 8 : Généralisation du cumul d'emploi à temps non complet

C'est l'alignement par le bas avec la FPH et la FPT où il était déjà possible de recruter des agents sur des emplois permanents à temps incomplet. La situation peut s'avérer pénible pour des collègues exerçant dans des petits collèges en milieu rural. En effet si on critérise le temps d'infirmière en fonction du nombre d'élèves, dans ces petits établissements il peut s'avérer avantageux d'imposer à ces collègues un temps de travail dans les maisons de retraite, les centres de vacances... Les conséquences peuvent être non négligeables et complexes :

- Quel sera le chef de service qui définira les « besoins de service » qui justifieront les emplois à temps non complet : le chef d'établissement, le DRH du rectorat, le préfet ?
- Quelles seront les conséquences en matière de calcul de retraite, de prise en compte du service actif, la FPH et la FPT relevant de la CNRACL?
- Remise en cause des accords de l'ARTT.
- Rémunération, indemnité ou avancement.

Si le fonctionnaire n'est pas d'accord ? S'en vat-il ? C'est une mise en concurrence avec le privé : si les conditions de travail ne conviennent pas au fonctionnaire, le poste sera proposé à des agences d'intérim. Ces dispositions introduisent la précarité en ouvrant la création d'emplois temporaires ou saisonniers à la fonction publique. Ce que l'administration nomme « complémentarité » du contrat de droit privé avec le statut met directement en cause ce dernier.

2. Recrutement dans la fonction publique Les concours de recrutement sont remis en cause et centrés sur les compétences et les aptitudes professionnelles. Le recrutement de contractuels augmente et, pour des besoins occasionnels, l'appel à des agences intérimaires devient possible. La loi de modernisation de l'Etat a créé en février 2007 un nouveau dispositif de la mise à disposition intégrant les salariés du privé. Le rôle des commissions paritaires est remis en cause. La généralisation de commissions précontentieuses est prévue afin de réduire les recours au Tribunal Administratif.

#### Art. 9: Recours à l'intérim

Cet article permet à l'administration de ne plus recruter de contractuels et de faire appel à des agences d'intérim dans tous les cas de figure. Cela peut conduire à des suppressions de postes d'administratifs conséquentes dans les rectorats et les inspections académiques. En effet pour gérer, payer, former, s'occuper des droits à chômage, etc. il faut un nombre non négligeable de fonctionnaires dans les services. Cela pourrait devenir un moyen détourné de recruter sur des CDI de trois ans. Ce recours à l'intérim va isoler la personne et individualiser d'autant plus les contrats et rendre encore plus difficile l'action syndicale. La CAP n'aura plus droit de regard sur les conditions de recrutements et de rémunération de ces collègues. Ceci peut vider de son sens également les commissions paritaires consultatives puisque ces collègues seraient embauchés par des agences privées et non par les rectorats. Quelle serait la juridiction compétente pour ces collègues en cas de litige?

## Art. 10: Transfert public-public

C'est la délocalisation appliquée à la fonction publique! Il s'agit de regrouper des services pour une mutualisation des moyens, ce qui va accentuer la désertification des zones rurales et éloigner davantage les services publics des usagers.

Art. 11: Accès concours internes

C'est l'ouverture des concours internes aux ressortissants de l'espace économique européen.

Art. 12: Suppression des limites d'âge

Il s'agit de supprimer les limites d'âge inférieures qui existaient pour se présenter à certains concours d'entrée à de grandes écoles (ENA).



#### 3. Diverses mesures de simplification

Remise en cause des garanties statutaires par l'individualisation des carrières et des rémunérations. Le décret de 1948, relatif à la grille indiciaire, est déjà en cours de modification. Les échelles indiciaires seront fixées par décrets propres à chaque corps ou statut d'emploi : c'est l'abandon de la logique de carrière. De plus la suppression de la notation, au profit du seul entretien professionnel, avec détermination préalable d'objectifs à atteindre (expérimentation inscrite dans la loi de modernisation de février 2007 en prétextant « un meilleur accompagnement dans le déroulement de leur parcours professionnel pour les fonctionnaires ») et la rémunération au mérite, primes et indemnités établies en fonction des résultats et de la performance de chacun, participent déjà à l'individualisation.

## Art. 13 : <u>Dématérialisation</u> du dossier du fonctionnaire

Ces dispositions de gestion informatique peuvent aboutir à une atteinte aux droits et libertés de chacun (croisement des fichiers, sécurisation de l'accès...).

Art. 14 : Clarification de la position hors cadre.

Art. 15 : Statuts et passage en conseil d'Etat
Cet article prévoit que les statuts particuliers
reprenant des dispositions statutaires communes
à plusieurs corps de fonctionnaires, ne seront plus
soumis à avis du conseil d'Etat mais seront prises
par décret en conseil des ministres.

## IV. Les décrets

Le projet de loi relatif à la mobilité, examiné en CSFPE le 18 mars, est rejeté par l'ensemble des organisations syndicales, seuls les représentants de l'administration l'ont approuvé. Il n'en est tenu aucun compte par le ministre (André Santini, président de séance). Ce projet de loi a été adopté en première lecture par le sénat et sera présenté aux députés mi-juin. Préalablement, cinq décrets et deux arrêtés du 17 avril 2008, destinés à favoriser la mobilité des fonctionnaires de l'Etat sont publiés au Journal officiel du 19 avril 2008 ainsi qu'un décret relatif à l'échelonnement indiciaire des corps et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat.

1. Décret n° 2008-366 du 17 avril 2008 instituant une prime de restructuration de service et une allocation d'aide à la mobilité du conjoint.

Ce décret abroge sept décrets antérieurs. Il prévoit qu'en cas de restructuration d'une administration de l'Etat, de l'un de ses établissements publics ou d'un établissement public local d'enseignement, une prime de restructuration de service peut être versée aux magistrats, aux fonctionnaires et agents non titulaires de l'Etat de droit public recrutés pour une durée indéterminée. Les opérations de restructuration de service ouvrant droit à la prime seront fixées par arrêté ministériel, pris après avis des comités techniques paritaires compétents. Cette prime peut, le cas échéant, être complétée par une allocation d'aide à la mobilité du conjoint.

La prime de restructuration de service peut être attribuée aux agents mutés ou déplacés dans le

cadre de la restructuration du service dans lequel ils exercent leurs fonctions. Elle est versée en une seule fois, au moment de la prise de fonction de l'agent. Dans la limite d'un montant maximal fixé à 15 000 euros par un arrêté conjoint du 17 avril 2008, le montant de la prime peut être modulé en fonction des contraintes supportées par les agents en raison de la restructuration. Les bénéficiaires, mutés ou déplacés dans le cadre d'une opération de restructuration de service, qui quittent les fonctions sur lesquelles ils ont été nommés dans les 12 mois suivant cette nomination, sont tenus de rembourser les montants perçus. La prime ne peut être attribuée :

- aux agents affectés pour la première fois au sein de l'administration et nommés depuis moins d'un an dans le service qui fait l'objet d'une opération de restructuration;
- aux agents mariés, concubins ou partenaires d'un pacte civil de solidarité dont le conjoint ou le partenaire perçoit la prime de restructuration au titre de la même opération.

Un agent public bénéficiaire de la prime de restructuration peut se voir attribuer une allocation d'aide à la mobilité du conjoint dès lors que son conjoint ou partenaire d'un PACS est contraint de cesser son activité professionnelle en raison de la mutation ou du déplacement du bénéficiaire, au plus tôt trois mois avant et au plus tard un an après cette mutation ou ce déplacement. Le montant, forfaitaire, de l'allocation d'aide à la mobilité du conjoint est fixé à 6 100 euros. Lorsque la prime de restructuration doit être remboursée, l'allocation d'aide à la mobilité du conjoint est remboursée également.

Le bénéfice de l'allocation court à compter de :

— la constatation de la cessation de l'activité du conjoint ou du partenaire d'un PACS ;

- la mise en disponibilité du conjoint ou du partenaire ;
- la mise en congé sans traitement ou dans une position assimilée du conjoint ou du partenaire, s'il est agent de l'Etat ou d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics ou de la fonction publique hospitalière ou d'une entreprise publique à statut.

La prime de restructuration de service et l'allocation d'aide à la mobilité du conjoint sont accordées sans préjudice de l'application des dispositions du décret du 28 mai 1990 « fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les changements de résidence des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'Etat, des établissements publics nationaux à caractère administratif et de certains organismes subventionnés ». Elles sont exclusives de toute autre indemnité de même nature.

Les déplacements d'office ainsi que les mutations prononcées par l'administration sur demande des fonctionnaires n'ouvrent pas droit à la prime de restructuration de service.

2. Décret n° 2008-367 du 17 avril 2008 instituant un complément indemnitaire en faveur de certains fonctionnaires de l'Etat à l'occasion d'opérations de restructuration. Lorsqu'en raison d'une opération de restructuration donnant lieu à un arrêté ministériel prévu par le décret n° 2008-366, un fonctionnaire réintègre son corps d'origine après avoir occupé pendant au moins quatre ans : — soit un emploi supérieur à la décision du Gouvernement :

- soit un emploi ou consécutivement plusieurs emplois à responsabilités particulières en administration centrale, en service déconcentré ou dans un établissement public, relevant de statuts d'emplois;
- soit consécutivement plusieurs emplois de l'une ou l'autre de ces catégories d'emplois.
   Il peut bénéficier d'un complément indemnitaire à la charge de l'administration faisant l'objet de la restructuration.

Le montant mensuel du complément indemnitaire est calculé à partir de la différence constatée entre la rémunération moyenne mensuelle perçue au cours de l'année civile précédent la réintégration dans le corps d'origine et la rémunération moyenne mensuelle à laquelle l'agent peut prétendre à son retour dans son corps d'origine. La rémunération à prendre en compte est constituée du traitement, de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement auquel s'ajoutent le cas échéant les primes et indemnité instituées par un texte législatif ou réglementaire, à l'exclusion des indemnités représentatives de frais, des indemnités liées à l'organisation du temps de travail, des indemnités liées à la mobilité géographique en France et à l'étranger, et des indemnités d'enseignement et de jury.

Le complément est versé mensuellement pendant une période maximale de deux ans à compter de la réintégration dans le corps d'origine. Son montant ne peut excéder 80 % de la différence constatée pendant les six premiers mois, 70 % pendant les six mois suivants et 50 % pendant les douze mois restants. Il peut être modulé notamment pour tenir compte de la valeur professionnelle de l'agent. Au cours de la période de versement du complément, toute augmentation postérieure de la rémunération vient en déduction du complément indemnitaire. Le complément indemnitaire n'est pas exclusif de la prime de restructuration.



3. Décret n° 2008-368 du 17 avril 2008 instituant une indemnité de départ volontaire.

Une indemnité de départ volontaire peut être attribuée aux fonctionnaires qui quittent définitivement la fonction publique de l'Etat à la suite d'une démission régulièrement acceptée et aux agents non titulaires de droit public recrutés pour une durée indéterminée qui démissionnent. Un arrêté du ministre intéressé, pris après avis des comités techniques paritaires compétents, précisera :

- les services, corps, grades, emplois ou assimilés concernés par une restructuration et pour lesquels l'indemnité peut être attribuée;
- la période durant laquelle l'indemnité de départ volontaire peut être allouée aux personnels concernés.

Cependant, l'indemnité de départ volontaire peut être attribuée aux agents qui quittent définitivement la fonction publique de l'Etat pour créer ou reprendre une entreprise au sens de l'article L.351-24 du code du travail. L'agent dispose alors d'un délai de six mois pour communiquer aux services de l'Etat le K-bis attestant de l'existence juridique de l'entreprise qu'il crée ou reprend. Il devra transmettre, à l'issue du premier exercice, les pièces justificatives permettant de vérifier la réalité de l'activité de l'entreprise.

L'indemnité de départ volontaire est versée, pour la moitié de son montant, lors de la communication du K-bis, et, pour l'autre moitié, après la vérification de la réalité de l'activité de l'entreprise. L'indemnité de départ volontaire peut être attribuée à un agent qui souhaite quitter définitivement l'administration pour mener à bien un projet personnel dès lors que sa demande de démission a été acceptée par l'administration. Celle-ci apprécie l'attribution à l'agent de cette indemnité compte tenu du respect du principe de continuité et de la situation des effectifs du service.

Ne peuvent bénéficier de l'indemnité de départ volontaire les agents se situant à cinq années ou moins de l'âge d'ouverture de leur droit à pension. Les agents ayant signé un engagement à servir l'Etat à l'issue d'une période de formation doivent, en outre, avoir accompli la totalité de la durée de service prévue par cet engagement.

Le montant de l'indemnité de départ volontaire ne peut excéder une somme équivalente à vingt-quatre fois un douzième de la rémunération brute annuelle perçue par l'agent au cours de l'année civile précédent celle du dépôt de sa demande de démission. Le montant de l'indemnité peut être modulé à raison de l'ancienneté de l'agent dans l'administration.

L'indemnité de départ volontaire est versée en une seule fois dès lors que la démission est devenue effective

L'agent qui, dans les cinq années consécutives à sa démission, est recruté en tant qu'agent titulaire ou non titulaire pour occuper un emploi de la fonction publique de l'Etat ou de la fonction publique territoriale ou de leurs établissements publics respectifs ou un emploi de la fonction publique hospitalière, est tenu de rembourser à l'Etat, au plus tard dans les trois ans qui suivent le recrutement, les sommes perçues au titre de l'indemnité de départ volontaire.

L'indemnité de départ volontaire est exclusive de toute autre indemnité de même nature.

4. Décret n° 2008-369 du 17 avril 2008 portant création d'une indemnité temporaire de mobilité Dans les administrations de l'Etat, dans ses établissements publics ainsi que dans les établissements publics locaux d'enseignement, une indemnité temporaire de mobilité peut être accordée, dans le cadre d'une mobilité fonctionnelle ou géographique, aux fonctionnaires et aux agents non titulaires de droit public recrutés pour une durée indéterminée. L'indemnité est attribuée à la double condition de l'exercice réel d'une mobilité décidée à la demande de l'administration et de l'existence d'une difficulté particulière à pourvoir un emploi. Le ou les emplois susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une indemnité temporaire de mobilité seront déterminés par arrêté du ministre intéressé. Cet arrêté fixera également la période de référence pour le versement de l'indemnité dans la limite de six années, sans que cette période puisse être inférieure à trois ans. Le montant de l'indemnité temporaire de mobilité est modulé à raison des sujétions particulières imposées par l'emploi, dans la limite d'un montant maximal pour la durée de la période de référence fixé à 10 000 euros.

L'indemnité est payée en trois fractions :

- une première, de 40 %, lors de l'installation du fonctionnaire dans son nouvel emploi;
- une deuxième, de 20 %, au terme d'une durée égale à la moitié de la période de référence;
  une troisième, de 40 %, au terme de la durée de référence.

L'agent qui, sur sa demande, quitte l'emploi au titre duquel il perçoit l'indemnité temporaire de mobilité avant le terme de la période de référence ne pourra percevoir les fractions non encore échues de l'indemnité.

L'indemnité temporaire de mobilité ne peut être attribuée aux agents dont l'emploi constitue leur première affectation au sein de l'administration. Elle est exclusive de toute autre indemnité de même nature.

5. Décret n° 2008370 du 18 avril 2008 organisant les conditions d'exercice des fonctions en position d'activité, dans les administrations de l'Etat.

Ce décret généralise la possibilité pour les fonctionnaires de l'Etat d'exercer, en position d'activité, les fonctions correspondant à leur grade dans un département ministériel ou établissement public de l'Etat autre que celui qui assure la gestion de leur corps.

En demeurant dans leur corps d'origine, les fonctionnaires conserveront leurs avantages statutaires (droits à l'avancement d'échelon et de grade); ils seront rémunérés par l'administration qui les emploie, laquelle assurera également la gestion des actes les plus courants (par exemple les congés annuels ou l'autorisation de travailler à temps partiel).

Le décret prévoit que les fonctionnaires de l'Etat ont vocation à exercer les fonctions afférentes à leur grade dans les services d'un ministère et, nonobstant toute disposition statutaire contraire:

- dans les établissements publics placés sous la tutelle de ce ministère ;
- dans les services et établissements publics de l'Etat relevant d'autres départements ministériels. Dans ce dernier cas, leur affectation est prononcée par décision de l'autorité compétente pour la gestion de leur corps après avis conforme de l'autorité compétente de l'administration d'accueil. En outre, lorsque l'affectation est prononcée dans un établissement public, le ministère de tutelle en est préalablement informé.

Les actes relatifs à la situation individuelle des fonctionnaires exerçant leurs fonctions dans une autre administration de l'Etat que celle dont ils relèvent peuvent être pris par l'autorité compétente de l'administration d'accueil, à l'exception de ceux qui sont soumis à l'avis préalable de la commission administrative paritaire compétente. Un arrêté des ministres intéressés fixera la liste des actes délégués à l'administration d'accueil. Ces dispositions ne sont pas applicables au corps des administrateurs civils.

**6. Décret n° 2008-385 du 23 avril 2008** relatif à l'échelonnement indiciaire des corps et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat

Art. 1 : L'article 1er du décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 est remplacé par les dispositions suivantes : « L'échelonnement indiciaire applicable aux corps et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite est fixé par décrets pris sur proposition du ministre intéressé et des ministres chargés du budget et de la fonction publique. Lorsqu'ils concernent les personnels civils, ces décrets sont soumis à l'avis du comité technique paritaire compétent ou s'agissant des décrets fixant l'échelonnement indiciaire applicable à plusieurs corps ou emplois, à l'avis du conseil supérieur de la fonction publique de l'Etat ».

Les arrêtés et dispositions en vigueur à la date de publication de ce décret, le demeurent jusqu'à ce qu'ils aient été remplacés par décret pris en la forme prévue au premier alinéa.

Art 2: Les articles 2, 3, 5, 6, 7, 8 et 9 du décret du 10 juillet 1948 sont abrogés.

– Le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 fixe les indices bornes des grades et emplois des personnels civils et militaires de l'Etat, l'échelonnement indiciaire proprement dit de ces corps et emplois faisant l'objet d'arrêtés ministériels. L'article 7 du décret de 1948 précise en outre que



toute modification des indices bornes doit être prononcée par décret du Premier ministre après avis du CSFPE.

- Par ailleurs, il n'existe pas, dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, de décret équivalent au décret de 1948 : l'échelonnement indiciaire de chaque corps et cadre d'emplois est fixé par des décrets ou arrêtés spécifiques.
- Dans un souci de simplification des procédures, il est proposé de remplacer le dispositif de fixation des classements indiciaires reposant sur le décret du 10 juillet 1948 et les arrêtés indiciaires, par des décrets indiciaires propres à chaque statut de corps ou d'emploi.

Ce qui pouvait sembler un verrou était en fait une garantie d'égalité de traitement de tous les fonctionnaires ; toute modification devant être signée par le Premier ministre obligeait à une négociation qui concernait les trois fonctions publiques, pour chaque corps. Cela entraînait une égale incidence sur les retraites de tous les fonctionnaires. Actuellement, les pensions sont calculées à partir de l'indice détenu - depuis six mois au moins - par l'agent au moment de son départ à la retraite ; les bornes indiciaires étant les mêmes dans toutes les fonctions publiques la carrière est à peu près semblable. Renvoyer à chaque ministère la possibilité de définir ses propres grilles et bornes indiciaires aura des conséquences non négligeables pour les agents. Cela risque de conduire à une désaffection de certains ministères ou de certaines fonctions en raison de la différence de traitement rendue possible d'un ministère à l'autre.

Il y a peut-être pour nous ici, l'opportunité d'obtenir un décret spécifique portant statut particulier des infirmières de l'éducation nationale en se référant à la « fiche métier » infirmière conseillère de santé inscrite dans le RIME et qui précise notre rôle éducatif. Cependant la modification du décret de 1948 supprimant les différentes catégories pourrait nous mettre en difficulté avec notre revendication de catégorie A. Pour les enseignants il n'en va pas de même, car il s'agirait plutôt d'une occasion de singulariser leur métier et leurs grilles par rapport au reste de la FP et donc de conduire à une revalorisation ainsi qu'à des possibilités de promotions. Il est prévu de maintenir les arrêtés interministériels fixant l'échelonnement indiciaire des corps et emplois actuellement en vigueur jusqu'à ce qu'ils aient été remplacés par de nouveaux décrets. Ce délai nous laisse au SNICS un peu de temps pour mener des rencontres bilatérales et élaborer d'une part des propositions de grilles, d'autre part un décret portant statut particulier des infirmières de l'éducation nationale. C'est pour nous une ouverture que nous devons impérativement saisir : on ne pourra plus nous objecter que nous sommes bloqués par les cadres statutaires de la fonction publique!

## V. Projets de décrets

1. Décret... modifiant le décret n° 48-1108 du 10 juillet 1948 portant classement hiérarchique des grades et emplois des personnels de l'Etat relevant du régime général de retraites.

La modification de ce décret de 1948 aura des incidences sur le classement indiciaire, sur les

catégories (A-B-C), mais également sur les retraites des agents de l'Etat.

- 2. Décret... modifiant diverses dispositions relatives au détachement des fonctionnaires territoriaux.
- 3. Décret... modifiant le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers.

Ces projets de décrets s'inscrivent dans la politique du gouvernement visant à faciliter et encourager la mobilité des fonctionnaires quelle que soit la fonction publique à laquelle ils appartiennent. Il s'agit de la règle prohibant le détachement, des fonctionnaires territoriaux d'une part, des fonctionnaires hospitaliers d'autre part, dès lors que la rémunération globale afférente à l'emploi de détachement excède de plus de quinze pour cent la rémunération globale perçue dans l'emploi d'origine.

Le chantier de la RGPP est en évolution permanente, son issue n'est pas encore connue mais aboutira au démantèlement complet des services publics et par là même du statut général du fonctionnaire. Le SNICS parce qu'il est attaché à un service public pour tous, s'opposera par tous les moyens à la mise en place de la RGPP. A partir de l'étude et de l'analyse des textes de la RGPP déjà élaborés, voire décrétés, et pour une réelle reconnaissance de nos missions, le SNICS considère que le recueil des statistiques liées à l'activité infirmière est indispensable. L'analyse doit se faire chaque année à partir d'une grille commune élaborée par le SNICS. Les résultats feront l'objet d'une conférence de presse ainsi que d'une publication.

C'est avec cette analyse que nous démontrerons la spécificité de notre métier à l'Education Nationale. Notre place est celle de l'accompagnement de l'élève et de l'étudiant, à travers le soin infirmier, vers la réussite scolaire et universitaire. Ce travail d'accompagnement nécessite une relation de confiance reposant sur des équipes stables dans les établissements et sur nos règles professionnelles, notamment le secret professionnel.

Notre rôle dans le système éducatif, nos missions à l'Education nationale nous placent au centre de l'acte éducatif et nous amènent à affirmer notre appartenance à l'équipe éducative, et à revendiquer la reconnaissance de notre spécialité au niveau M2 pour tous avec une équivalence de rémunération au niveau de la grille de catégorie A type pour tous et à refuser toute référence à un salaire au mérite.

Cette reconnaissance nécessitera la création d'un statut particulier du corps des infirmières conseillères de santé de l'Education Nationale s'appuyant sur nos missions, déclinant notre aménagement du temps de travail dont la première étape a été l'inscription au Répertoire Interministériel des Métiers de l'Etat (RIME) d'une fiche spécifique Infirmière Conseillère de Santé.

Texte adopté par 88 voix pour, 0 contre, 4 abs, 0 NPPV.

## Message du SNPES-PJJ au congrès

Roland Ceccotti-Ricci, cosecrétaire national du SNPES-PJJ-FSU

Malgré notre absence physique à votre congrès, le SNPES-PJJ/FSU tient à apporter son soutien à vos travaux.

Si nous nous retrouvons la plupart du temps lors des mouvements et des grèves initiées par la FSU, il faut réaffirmer les convergences qui existent entre nos deux syndicats.

D'abord, la multicatégorialité du SNPES-PJJ fait que nous syndiquons aussi des infirmier(e)s dans notre secteur de la justice. Nous connaissons donc les spécificités de ce corps minoritaire tant au sein de l'Education nationale que de la PJJ. Même si nos problématiques sont différentes dans nos ministères respectifs, nous pouvons et devons organiser les liens au sein de la FSU dans l'intérêt de nos statuts. Liens qui peuvent aussi être développés par le fait que nous sommes des syndicats non enseignants dans une fédération fortement marquée par cette catégorie largement majoritaire.

Mais dans nos revendications spécifiques, nous avons aussi des intérêts communs. La santé des jeunes, le travail qui doit être fait autour de ce concept, est largement présenté comme prioritaire par nos deux administrations. Si cette priorité existe dans les discours de l'Education Nationale et de la PJJ, elle a du mal à se traduire dans la réalité. Les moyens en termes de personnels sont loin de correspondre aux intentions. L'existence même d'un corps spécifique est menacée tant à l'EN qu'à la PJJ. C'est pourquoi nous devons défendre la spécificité de nos métiers dans notre champ d'intervention. La prise en charge éducative des jeunes à l'EN et à la Justice passe par la présence de compétences reconnues que les infirmier(e)s possèdent et doivent utiliser avec les ieunes.

Notre revendication catégorielle est aussi un objectif que nous partageons. L'accès à la catégorie A pour tous les corps en CII, infirmiers, éducateurs, assistants de service social, est une revendication portée par nos syndicats et par la FSU. Des actions ont déjà été entreprises séparément qui n'ont pas abouti. Il convient de réfléchir à faire converger nos exigences et examiner les conditions d'un mouvement commun au sein de la Fonction Publique. C'est un enjeu important pour nous tous même si on sait que le contexte actuel est plutôt difficile.

Voici quelques réflexions que nous souhaitons porter auprès de vous.

Nous serons attentifs à vos prises de positions afin que des actions communes soient possibles.

Nous vous souhaitons de bons travaux. Amitiés syndicales.

(\*) Syndicat des personnels de la protection judiciaire de la jeunesse

# 6° congrès du SNICS à Lille

## Thème 3 : Qualité des soins : la qualité est-elle synonyme de soins pour tous ?

La recherche constante d'une qualité optimale des soins est une question primordiale pour la profession infirmière tant individuellement au quotidien dans son exercice que dans une perspective globale du système de soins.

En effet, la loi du 31 mars 1978 a considérablement modifié la profession infirmière en lui conférant une autonomie dans son exercice, quelque soit son champ d'activité, public ou privé, et en engageant son entière responsabilité dans toutes les fonctions qu'elle est appelée à assurer. A partir de l'idée selon laquelle la santé n'est pas seulement une absence de maladie, mais un état général de complet bien-être physique, mental, social pour chaque être humain (OMS 1978), la profession infirmière s'est engagée vers la réalisation de soins humanistes et non plus seulement techniques et ciblés sur la maladie. En outre, la déontologie infirmière exigeant entre autres, un respect inconditionnel de la personne humaine soignée, cela suppose dans notre exercice professionnel, une quête de sens au quotidien. Le respect de la personne et donc une obligation de soins de qualité adaptés à l'état du patient et appliqués en toute sécurité avec l'assentiment de celui-ci, sont une nécessité légitime pour agir. Si une de ces conditions n'est pas remplie, l'infirmier(e) qui engage sa responsabilité peut refuser d'intervenir.

Il est donc essentiel pour le SNICS de s'emparer de cette question cruciale et d'actualité aux enjeux primordiaux qui mérite une réflexion spécifiquement infirmière, d'autant que :

- Avec l'évolution de la société et notamment le vieillissement de la population, mais surtout compte tenu des choix politiques actuels, nous assistons à une remise en cause de notre système de santé et de soins. L'amélioration de la qualité des soins devient une problématique majeure qui concerne toute la population et tous les âges de la vie.
- Parmi les professions de santé, la profession infirmière en France est largement majoritaire (480 000 infirmier(e)s). Les infirmier(e)s se trouvent non seulement en situation d'acteurs permanents au contact des personnes en besoin et en demande de santé mais également en situation d'acteurs en ce qui concerne la santé publique. La profession infirmière ayant ses propres valeurs professionnelles y compris en termes socio-économiques, elle doit être questionnée et consultée chaque fois que des projets sont à l'étude et la concernent, partiellement ou totalement.
- Jusqu'à présent, parmi les professionnels de la santé, seul le point de vue des médecins est réellement sollicité, médecins qui sont environ 210 000 et se perçoivent de moins en moins comme des soignants mais comme des professionnels du diagnostic et de la prescription. Cela va à l'encontre de la demande affichée d'une responsabilisation de toutes les parties concernées.

Cette question ne peut être abordée sous les seuls angles de la gestion médicale ou de la gestion comptable. Y réfléchir et faire des propositions pour améliorer la qualité des soins, relèvent de notre responsabilité infirmière et syndicale. A. QUELS SONT LES ELEMENTS QUI ENTRAVENT LA QUALITE DES SOINS ?

## 1. Manque de réponses citoyennes et budgétaires

#### a. Inégalité de l'offre de soins sur le territoire :

- fermeture des hôpitaux de proximité (cf. article
   « Quand la santé se met au libéral », p. 6, supplément au n° 47 de De But en Blanc);
- matériel notamment la technologie de pointe non accessible sans une longue attente ;
- professionnels de santé en nombre insuffisant ou mal répartis (cf. article « La pénurie chez les médecins et les infirmières », pp. 7 à 9, supplément au n° 46 de De But en Blanc). Bien que le nombre de médecins reste stable en France, leur répartition sur le territoire est inégale selon le bilan démographique de la population médicale française au 1er janvier 2007, publié par le Conseil national de l'ordre des médecins. Des régions situées au Nord, au Centre (Limousin, Auvergne), mais aussi dans l'Est, manquent de médecins. Les zones rurales et les quartiers défavorisés sont également souvent désertés ;
- Inégalité de répartition secteur public et secteur privé : manque de médecins (- 3 000) et de kinés dans le secteur public ;
- la permanence des soins est loin d'être assurée en ce qui concerne les médecins sur notre territoire : nombreux sont ceux qui ont été confrontés à ce problème en milieu rural ou sensible où il n'est pas facile de trouver un médecin de garde. Pourtant tout comme l'accès aux soins, la permanence des soins est un droit imprescriptible!

## b. Réduction de plus en plus importante de la prise en charge collective, source d'inégalité pour l'accès aux soins pour tous.

Evoquer l'accès aux soins et la qualité des soins pour tous est aujourd'hui synonyme de plus de rigueur et de moins de solidarité car l'Etat au nom de la « dette », crée de plus en plus d'inégalités par l'argent et laisse sur le bord du chemin un certain nombre de personnes : la médecine à deux vitesses en est la conséquence directe.

Si les soins et prothèses dentaires, le matériel optique et auditif ont toujours été sources d'inégalité compte tenu de leur prise en charge limitée, s'ajoutent aujourd'hui le déremboursement de certains médicaments, les forfaits hospitaliers, les franchises, l'augmentation du ticket modérateur, toutes choses qui peuvent retarder l'accès aux soins et sont susceptibles d'aggraver un état de santé fragilisé. La situation peut ainsi s'avérer catastrophique pour les patients atteints de pathologies chroniques ou d'affections de longue durée. Dans un contexte où l'on prône l'autonomie comme principe directeur, où chacun doit avoir la capacité de se gouverner soi-même, la solidarité envers les plus désavantagés risque d'en faire les frais.

La solidarité nationale de plus en plus en plus réduite du fait entre autres de l'exonération partielle des charges patronales, se défausse au bénéfice de complémentaires santé qui deviennent un produit de consommation comme un autre : assurances privées et mutuelles qui seront de plus en plus chères et donc encore moins accessibles à nos concitoyens en situation de précarité (étudiants, chômeurs, faibles revenus ou absence totale de revenu).

La CMU qui devait être une réponse pour l'accès aux soins pour tous (mais pas égal pour tous car ne donne pas accès aux soins dits « de confort » comme l'orthodontie,les verres amincis pour myopie) se révèle être un obstacle quand on en fait état lors d'un rendez-vous... « deux spécialistes sur cinq refusent de recevoir les bénéficiaires de la CMU » (cf. Revue de la MGEN n° 248 mars-avril 2007).

A l'inverse, les médecins pratiquent de plus en plus largement les dépassements d'honoraires soumis à un remboursement par les CPAM comme l'indiquent les revues des mutuelles sur ces questions. Même ceux de secteur 1 peuvent y recourir aujourd'hui. Dans certaines régions riches, l'accès à un médecin conventionné est difficile voire impossible. Cette pratique a cours à l'hôpital, notamment lors d'interventions chirurgicales.

# 2. Manque de coordination entre les différents services qui gravitent autour de la personne

En dehors de l'hôpital ou d'un établissement de soins, différents professionnels de la santé peuvent prendre en charge un même patient sans jamais se rencontrer ni avoir pu échanger. Pour une meilleure prise en charge globale, des réseaux de soins ont commencé à se développer il y a une quinzaine d'années sur notre territoire. Des professionnels de la santé se regroupent, ce qui semble être positif pour les patients dans la mesure où les échanges pluridisciplinaires permettent de mieux cerner leurs besoins et leurs progrès et de leur offrir une meilleure prise en charge et des soins plus adaptés. Ces réseaux qui demeurent pour le moment marginaux, ne sont-ils pas une voie vers une autre organisation de la santé et un accès aux soins plus faciles pour tous ?

## 3. Abandon prématuré de la profession d'où une pénurie

L'évaluation du nombre de postes infirmiers vacants témoigne de la pénurie, particulièrement dans la région lle-de-France où il manque 6 000 infirmières salariées. Les mauvaises prévisions du ministère de la santé depuis de nombreuses années, malgré nos interventions au Conseil Supérieur des Professions Paramédicales, avec un numerus clausus trop faible à l'entrée dans les IFSI, y ont contribué largement également.

La durée moyenne d'exercice de la profession infirmière reste très faible puisqu'elle n'est que de 12 ans tous secteurs d'activité confondus.

Les résultats de l'enquête PRESST en 2002 ont montré que près de 48 % des infirmiers interrogés pensent à quitter la profession (\*). Les causes de

# 6<sup>e</sup> congrès du SNICS à Lille (Qualité des soins suite)

l'abandon prématuré de la profession peuvent être analysées à partir des réponses au questionnaire de l'enquête :

- manque de soutien psychologique (71%) face à la charge émotionnelle et au stress alors que l'infirmier(e) a l'obligation de contrôler toujours ses émotions ;
- mauvaises conditions physiques de travail
   (55 %);
- insatisfaction de pouvoir donner des soins adéquats et en toute sécurité (54 %);
- pas ou peu de formation continue (51 %), obligation pourtant déontologique;
- relations hostiles ressenties de la part des cadres supérieurs (41 %). La question du relationnel au travail est pourtant essentielle : la FSU dans le cadre de son institut de recherche a commencé un travail important de recherche sur la question de la souffrance au travail auquel le SNICS participe ;
- manque de perspectives professionnelles (40 %);
- leur savoir-faire et leurs compétences insuffisamment utilisés (36 %).

(\*) Cf. étude PRESST : l'objectif du projet PRESST est d'analyser les raisons et les circonstances des départs prématurés des professionnels paramédicaux de leur profession en France. Il fait partie d'une vaste étude européenne, NEXT, qui vise à proposer des solutions pour faire face à ce phénomène.

En septembre 2007, la revue Droit Déontologie et soin a fait l'analyse suivante des résultats de l'enquête PRESST : « Trois ans de formation... pour quelle durée d'exercice ? C'est là, sans doute, une manière crue de poser la problématique, mais passé les faux-semblants, il faut savoir regarder le problème en face et l'analyser pour y remédier... Le constat - l'abandon prématuré de la profession est confirmé, mais les causes ne sont pas forcément celles que l'on redoutait. Bien sûr, comptent la faible attractivité salariale et les contingences matérielles qu'il s'agisse des contraintes horaires ou des difficultés du logement, mais l'essentiel est ailleurs. Si les infirmières renoncent à cette profession qu'elles ont choisie, c'est, in fine, parce qu'elles ne retrouvent pas les possibilités d'exercer en accord avec leur formation à la "démarche de soins" et à la "prise en charge globale du patient", valeurs fondamentales de la déontologie. En

quelque sorte, il apparaît légitime de composer avec ce qui relève des contraintes socioéconomiques générales, mais illégitime de s'accoutumer à ce qui atteint le coeur de la profession. Au final, le bilan est rassurant, en tout cas intéressant. Tout n'est pas question de finance. La qualité d'une organisation du travail qui permette de partager les informations et les décisions avec des temps et des lieux adéquats, l'attention pour l'écoute, le soutien psychologique et le tutorat et le besoin de conditions de travail qui permettent la protection de valeurs professionnelles reviennent au centre du débat... Disposer d'un bon encadrement est certes important, mais ce n'est pas suffisant... Actuellement, on pense que la solution pour lutter contre les départs prématurés de leur profession est d'améliorer la qualité de l'encadrement. L'étude que nous venons de mener montre que c'est une condition importante, mais pas suffisante. D'autres facteurs liés au contenu et aux conditions de travail ont une forte influence, voire une influence majeure... Parmi les dix pays de l'étude NEXT, ceux où les soignants ayant des fonctions de supervision continuent, pour une grande part, à avoir des fonctions soignantes, ont moins d'infirmières souhaitant abandonner leur profession. »

L'évolution rapide des savoirs et des techniques au service de la recherche pour le prolongement de la vie et le turn-over permanent des patients sur des hospitalisations de plus en plus courtes contraignent les infirmier(e)s à une obligation de performance et de rentabilité. Or la notion de rentabilité est contraire à l'éthique de notre profession comme le précise l'article R. 4312-9 du code de santé publique : « L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance ».

On a vite fait d'évacuer la question des salaires des infirmières car elle dérange à plus d'un titre! Les infirmier(e)s sont comme les autres personnels, elles aspirent aussi à une qualité de vie que seul procure un salaire décent. Nombre de collègues font d'ailleurs le constat que le salaire qu'elles perçoivent est loin de compenser les contraintes matérielles (horaires, rythmes de travail en conflit avec la vie person-

nelle et familiale) et le stress ressenti dans l'exercice de la profession.

En mettant en avant comme cause première d'abandon, les mauvaises conditions de travail des infirmières et leur attachement à des soins de qualité, sans relier cela à une quelconque volonté de revalorisation salariale, le ministère souhaite faire des économies en misant sur un pseudo désintéressement des infirmières voire un dévouement qui leur collerait à la peau! C'est pourquoi la Direction de l'Hospitalisation (DHOS) se plait à souligner que cette étude montre que la faible attractivité salariale n'est pas la raison de l'abandon de la profession. Or, lorsque les conditions de travail sont très difficiles mais que le salaire est à la hauteur de ces difficultés, c'est en général accepté par les professionnels. S'il n'en était pas ainsi, comment expliquer le maintien en exercice des cadres et cadres supérieurs dans les entreprises et la fonction publique dont la charge de travail est décrite comme extrêmement forte ? Auraient-ils un esprit de sacrifice qui ferait défaut à notre profession ? Résoudre la guestion de la fuite des infirmières passe naturellement par une amélioration de leur reconnaissance statutaire et financière et dans la société. Elever la reconnaissance des infirmières au niveau de leurs réelles responsabilités professionnelles, reconnaître financièrement et donc socialement qu'elles ne sont plus des exécutantes puisque c'est la loi qui le stipule depuis 1978 et la réglementation depuis 1981, répondra au malaise de notre profession, lui-même responsable de cette fuite. La reconnaissance statutaire et financière conduit de fait à une reconnaissance d'une part sociale d'autre part symbolique qui conduit les professionnels à ne plus repousser les responsabilités qu'ils doivent endosser et à mieux accepter les contraintes matérielles qui leur sont imposées (horaires, rythmes de travail en conflit avec la vie personnelle et familiale). Pour le SNICS, l'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD permettra de résoudre cette fuite car l'élévation de la qualification des infirmières et les responsabilités qui vont avec, n'ont jamais été accompagnées d'une reconnaissance de l'élévation du niveau d'études pourtant réelle. Se préparer à exercer un métier à responsabilité se construit dès la scolarité. Les mieux préparés sont ceux qui ont eu un parcours scolaire qui les a mis en confiance (effet Pygmalion).



La profession infirmière longtemps à majorité féminine est restée silencieuse et soumise au dogme médical pendant des décennies. Pour beaucoup, aujourd'hui l'infirmière est encore une auxiliaire médicale qui intervient sur ordre du médecin. Il revient donc aux infirmières de rappeler chaque fois que nécessaire que la loi du 31/05/1978 a fait de leur métier une profession réglementée avec une autonomie dans l'exercice et une entière responsabilité dans le domaine des soins infirmiers. La profession doit prendre toute sa place dans la société et revendiquer de prendre la parole en tant qu'acteur à part entière du système de santé



# 6<sup>e</sup> congrès du SNICS à Lille (Qualité des soins suite)

La sacralisation de la prescription médicale est une entrave à un travail d'équipe pluridisciplinaire que ce soit en établissement de soins ou en dehors. En effet, différents professionnels de santé peuvent prendre en charge un même patient à partir d'une prescription médicale sans s'être jamais rencontré et avoir pu échanger. Le patient étant libre de choisir ses professionnels de santé, ceux-ci peuvent ne pas avoir connaissance de l'ensemble des professionnels concernés et rien ne les obligent à se concerter.

La hiérarchisation des soins entraîne de fait une hiérarchie des valeurs. Elle est un facteur majeur dans la méconnaissance de notre profession auprès des autres professionnels de santé (qui sait que l'infirmier met en œuvre ses soins à partir du diagnostic infirmier qu'il a établi ?) mais aussi auprès du public (quel infirmier n'a pas entendu « vous pouvez prendre une tension ? », au sens de savoir le faire « ou avoir le droit de le faire sans prescription »). Ne serait-il pas urgent de reconnaître ce qui existe déjà de fait : la consultation infirmière.

## B. COMMENT AMELIORER LA QUALITE DES SOINS?

L'offre de soins doit être accessible à tous et égal pour tous dans toute sa continuité. Le soin doit prendre en compte la globalité de la personne, de son entourage, son environnement de vie, ses croyances et donc être adapté en fonction de la personne qui est unique, en trouvant l'adéquation entre ses besoins physiques, psychologiques, sociaux, son expérience vécue, son environnement social et familial.

## 1. Assurer la solidarité et permettre une égalité d'accès aux soins

Ne pas permettre à chacun d'avoir accès à ce qui relève de ses besoins fondamentaux est contraire au droit constitutionnel.

Il est nécessaire de revoir la couverture d'accès aux soins sur tout le territoire et pour tous. Il ne devrait y avoir aucun exclu du droit et de l'accès aux soins. Outre qu'elle favorise l'équilibre de la société, la solidarité nationale envers les plus démunis ou les plus fragiles ne doit pas être remise en cause, elle doit même être développée. L'état doit en rester le garant pour une juste redistribution des richesses qui permette des soins gratuits optimum pour tous. Contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins semble juste dans un système solidaire.

Compte tenu qu'il est indispensable d'assurer une couverture en matière de santé et de soins égale sur tout le territoire et que les revenus des professionnels de santé libéraux conventionnés proviennent en fait de l'assurance maladie, il semble par ailleurs légitime de se demander s'il faut remettre en cause le libre choix de leur implantation notamment lorsqu'on habite dans un lieu déserté par les professionnels de la santé.

Les maisons de santé sont-elles une solution ? On peut craindre que le manque de personnels soignants amène à transférer dans ces maisons un certain nombre de missions à des personnels moins qualifiés. Il est essentiel de définir clairement les champs d'intervention des nouveaux services qui gravitent autour de la personne (vieillesse, handicap). Ils ne peuvent être qu'en complément et non en substitution. Le soin doit rester de la compétence des professionnels de santé dûment formés.

La territorialité envisagée dans le rapport Larcher va aggraver l'inégalité d'accès aux soins. L'objectif étant de diminuer les coûts, les établissements hospitaliers seraient regroupés autour d'un hôpital de référence. Les hôpitaux de proximité seraient recentrés sur la gériatrie et les soins de suite et perdraient certains services comme les urgences. D'autres choix sont pourtant possibles. L'hôpital n'est en déficit que par le choix politique de ne pas le financer à la hauteur de son activité et de son importance.

Les Agences régionales de santé prévues dans la RGPP sont une réponse du gouvernement pour répartir l'offre de soins. Mais imposer une redistribution et ne pas envisager de créations de postes dans le secteur public va à l'encontre d'une amélioration de la qualité des soins. De même une revalorisation des salaires dans le secteur public est nécessaire pour le rendre plus attractif.

#### 2. A l'hôpital

Si l'hôpital devient de plus en plus un lieu de haute technicité, la nécessité de diminuer les coûts ne doit pas se faire au détriment des usagers en terme d'accueil et de sécurité. Des personnels en nombre suffisant et de véritables équipes pluridisciplinaires se recentrant sur une véritable prise en charge globale du patient sont nécessaires.

Par une valorisation excessive de la technicité vers laquelle tout les pousse à aller, les infirmières ne doivent pas perdre de vue toutes les dimensions du soin infirmier permettant de mettre en évidence les besoins personnalisés de l'usager en lien et au delà de sa pathologie.

Il faut une organisation qui permette de réfléchir sur les conditions de travail pour améliorer celles-ci et par là même le service rendu :

- développement du soin relationnel infirmier durant le séjour des patients;
- amélioration des conditions physiques (matériel ergonomique, locaux adaptés...);
- organisation du travail par secteur pour responsabiliser au maximum les professionnels (équilibrer la charge de travail, répartir les soins en fonction des besoins des patients, organiser les soins en fonction et en suivant les compétences

des intervenants, travail en collaboration avec les aides soignants ou auxiliaires de puériculture sur le secteur dont l'infirmier est responsable);

- aménagement des horaires et des plannings en concertation avec les intéressés car les horaires infirmiers sont difficilement adaptables avec une vie de famille;
- évaluer l'organisation de l'hôpital et pas uniquement les personnels qui y exercent! Depuis 1991 la loi oblige les établissements de santé publics et privés à développer une politique d'évaluation des modalités d'organisation, d'évaluation des pratiques professionnelles et de toutes les actions entreprises pour une prise en charge globale des malades qui leur garantisse la qualité et l'efficacité. Cette évaluation doit être rigoureuse et exigeante et faite par des personnes étrangères aux services;
- promouvoir la formation continue et la recherche.
   Cette demande est à faire émerger car elle est insuffisamment prise en compte notamment pour la profession infirmière.

## 3. Développer les réseaux de soins et le travail en équipe

La qualité des soins nécessite un travail en équipe, chaque professionnel de santé apportant sa complémentarité dans sa spécificité et son champ de compétences, pour un plan de soins spécifiquement adapté avec un soignant référent soutenu par le reste de l'équipe.

L' enquête menée par l'institut BVA en février 2008 auprès de 500 médecins généralistes a montré de fait que le principal obstacle invoqué à l'installation en zone sous-médicalisée est la solitude de l'exercice. Parmi les mesures les plus incitatives, sont mentionnés notamment le travail en réseau à 79 % et une bourse d'études aux étudiants qui s'engagent à exercer dans une zone déficitaire à 52 %.

Nous assistons à une transformation graduelle du soin avec l'évolution de plus en plus rapide des savoirs et de la technicité au service de la recherche pour le prolongement de la vie. Dans de nombreux services hospitaliers il y a un turn-over permanent des patients. Les hospitalisations sont de plus en plus courtes et les professionnels se doivent d'être de plus en plus performants. L'équipe hospitalière qui comprend différentes spécialités de médecins et d'infirmiers, des aide soignantes, des agents hospitaliers, des étudiants en soins infirmiers, des kinés, des diététiciennes, des psychologues, des assistantes sociales... et qui intervient auprès du malade, donne plus souvent



# 6<sup>e</sup> congrès du SNICS à Lille (Qualité des soins suite)

l'impression au patient hospitalisé qu'il est objet plutôt que sujet du soin, bien que chaque professionnel évoque la nécessaire prise en charge du malade. Il n'y a dans les faits que des professionnels travaillant côte à côte à partir d'une prescription médicale où chacun est responsable de sa seule responsabilité.

L'infirmière a vocation à être le pivot de l'équipe de par la globalité de son soin et de son autonomie professionnelle en dehors des prescriptions médicales. C'est pourquoi elle ne doit pas se départir de sa véritable identité professionnelle. En effet, le risque est grand de se laisser entraîner dans des soins demandant de plus en plus de technicité au service de la recherche médicale plutôt que de rester sur un objectif d'amélioration des soins pour le patient. Une évolution de la médecine qui peut voir se confronter une approche infirmière et une approche médicale.

Il est temps qu'un dossier unique de soins pour chaque patient soit véritablement mis en place et que des réunions pluridisciplinaires existent de telle façon que chaque professionnel puisse prendre la parole et que ne soit pas seulement débattu du « cas médical » par un médecin. Dans une équipe pluridisciplinaire il y a souvent conflit d'idées, de valeurs, mais aussi conflit de hiérarchisation de valeurs et cela, il faut l'accepter. C'est ici qu'intervient la personnalité du cadre de santé qui, en fonction de sa psychologie et de son raisonnement, sera responsable de la bonne ou de la mauvaise ambiance dans le service.

Les structures hospitalières ont démontré que l'hôpital n'organise pas toujours comme il le faudrait la sortie des patients qui restent de moins en moins longtemps dans les services alors qu'un travail en réseau avec les secteurs extra-hospitaliers permettrait de rassurer le patient et d'assurer une continuité des soins efficace et de qualité. Il en est de même pour la multiplication d'hospitalisations courtes pour traitements ambulatoires ou des Hospitalisations à domicile (HAD). Ces réseaux constitués par les professionnels de la santé publique ou libéraux reliés entre eux par des modalités institutionnelles ou pragmatiques, devraient prendre en charge les soins dans un espace géographique déterminé.

La société et notre système de protection sociale doivent répondre aux attentes des plus âgés. Leur désir est pour la plus grande majorité d'entre eux, de pouvoir rester chez eux le plus longtemps possible. Or, l'épuisement étant un facteur de risque élevé dans la maltraitance à domicile, le système de soins doit prévoir la formation d'un réseau entre les services de soins à domicile, la maison de retraite et l'hôpital afin que la personne âgée puisse passer facilement d'une structure à une autre. L'entourage n'a en effet pas vocation à suppléer aux limites des systèmes de prise en charge ni surtout à se substituer aux soignants.

Parmi les priorités mises en avant dans les réponses aux questions ouvertes situées en fin du questionnaire des soignants français (EstrynBehar, 2004) la satisfaction au travail est plus influencée par la qualité des relations interpersonnelles et le contenu du travail que par le niveau de salaire. La constitution d'équipe pluridisciplinaire soudée, avec réunions régulières a été démontrée comme particulièrement efficace pour la satisfaction des soignants et la qualité des soins.

Favoriser le travail en équipe c'est aussi favoriser la stabilité des personnels pour faire vivre l'équipe. Il est nécessaire pour cela de tenir compte des vœux des professionnels d'accéder à tel ou tel poste ou service car leur intérêt, leur motivation pour le poste, ses fonctions et ses missions, sont un moteur dans la qualité d'un travail en équipe. Enfin, la transparence dans l'information, le respect mutuel, l'écoute, la considération réciproque de chaque personnel, la confiance, la cohérence dans les objectifs contribueront à la stabilité de l'humeur de tous et feront évoluer également la qualité.

## 4. Permettre et accroître une prévention individuelle et collective

On ne peut aborder une amélioration de la qualité des soins sans évoquer l'obligation de développer en amont la promotion de la santé, la prévention et la lutte contre les facteurs de risques, autre grand défi du 21° siècle. Ces questions relèvent non seulement du secteur de la santé proprement dit mais également de l'éducation, de la PMI, de l'agriculture, du travail, de l'économie. En effet on voit apparaître de nouvelles maladies liées à l'environnement, au mode de vie, à l'alimentation, au travail, mais également liées aux situations de chômage, d'exclusion... Il est admis par tous que la santé est indissociable de la qualité de la vie. La promotion de la santé doit s'intéresser non seulement aux comportements individuels mais aussi aux facteurs environnementaux cer elle est une approche qui privilégie cette qualité de vie. En ce qui concerne les personnes âgées, leur qualité de vie dépendra de la politique de santé en matière de prévention qui aura été menée auprès des jeunes car nombre de pathologies répondent à des habitudes installées depuis des années.

Les actions de prévention doivent s'élaborer en intégrant les besoins spécifiques des personnes et leurs ressources propres qu'il faut savoir identifier, valoriser et mobiliser. Le but de ces actions est d'aider chaque individu à effectuer des choix pour lui-même et pour les autres, en lui apportant les éléments nécessaires à ses choix de décision, pour le rendre acteur de sa propre santé, de déve-

lopper son esprit critique et de responsabilité ainsi que de favoriser son accès à l'autonomie. Attention aux dérives actuelles qui tendent à vouloir culpabiliser la personne malade au vu de ses comportements à risques et donc d'envisager la suppression de la prise en charge collective. En effet, la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a renforcé les responsabilités des usagers, en les inscrivant explicitement dans le code de la santé : « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent de responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose... Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Comment dans ce cadre éviter une dérive moralisante ? Une des conséquences inacceptables de cette évolution serait l'aggravation d'inégalités devant les soins, voire d'exclusion, en engageant la responsabilité du patient en termes de remboursement des coûts générés par des facteurs liés au patient et difficilement modifiables par lui-même.

Le diagnostic infirmier a un rôle essentiel dans la prévention qu'il s'agisse d'un exercice en PMI, à l'Education nationale, à la Médecine du travail... (cf. thème IV, spécialité de l'infirmière à l'EN). L'une des difficultés majeures est l'absence de reconnaissance de la prévention. En effet, dans chaque soin la partie prévention n'est pas codifiée, certainement pour éviter d'être reconnue et rémunérée. La partie prévention peut donc être négligée puisqu'elle n'existe pas. Or il est impossible de se satisfaire de cette situation puisque l'absence de la dimension prévention a des conséquences directes sur la qualité des soins et donc sur les finances publiques. Il est donc urgent d'accorder ses lettres de noblesse à la prévention.

Que dire du concept de consultation de prévention inscrite dans la Loi de santé publique du 9 août 2004 ? Il est souvent difficile d'imposer un message de prévention à des personnes qui se sentent en bonne santé, à un moment où elles ne demandent rien. C'est pourquoi la prévention ne doit pas être détachée de l'exercice quotidien du professionnel de santé. C'est ce que fait déjà l'infirmier(e) de l'EN et de l'enseignement supérieur qui inclut dans son soin la prévention dans sa relation interpersonnelle avec l'élève ou l'étudiant, développée au cours du temps. Elle (il) est en effet la (le) mieux placé(e) lors de l'entretien pour transmettre un message de prévention à un



# 6<sup>e</sup> congrès du SNICS à Lille (Qualité des soins fin)

moment individualisé en fonction de la personnalité, du contexte familial.

#### 5. Apporter une garantie de soins de qualité

### a) Au plan individuel

- Qualification (Diplôme d'Etat), savoirs, compétences, sens des responsabilités, respect des textes
- 2. Mise à jour renouvelée des connaissances et des pratiques professionnelles, obligation déontologique.
- 3. Appréhender chaque personne soignée, chaque groupe, chaque situation dans ses particularités et son environnement. Respect de la personne et de la dignité.
- Établir son diagnostic infirmier, expliquer et mettre en œuvre la démarche choisie après avoir requis dans toute la mesure du possible, l'acceptation du patient qui est lui aussi acteur du soin.
   Pouvoir évaluer sa décision et sa démarche de soins. Pour ce faire, pouvoir prendre en charge le patient jusqu'au bout et être capable de remédier
- 6. Favoriser des liens de confiance entre soigné et soignant mais également entre tous les acteurs sans remise en cause de la notion de secret professionnel.
- 7. Dans tous les actes infirmiers entrepris, il faut qu'il y ait une quête de sens. C'est nécessaire et légitime pour offrir les meilleurs soins adaptés à chacun et appliqués en toute sécurité mais aussi pour se protéger en tout point (professionnellement, psychologiquement...). La bonne qualité des soins met évidemment en jeu l'éthique infirmière.

  8. Pouvoir si possible occuper des fonctions et un poste qui corresponde à ses goûts.

### b) Au plan collectif

si nécessaire.

Une meilleure qualité des soins va dépendre d'une meilleure organisation dans la prise en charge des personnes soignées et d'un meilleur fonctionnement des équipes mais également de structures d'accueil adaptées.

L'accueil, l'environnement, la sécurité, la prévention sont à la pointe des préoccupations des décideurs mais concernent également les infirmières qui ne peuvent que se réjouir des progrès entrepris. Depuis la loi du 13 août 2004 par exemple, les établissements de santé publics-privés doivent répondre à des normes qui ont pour objectif une amélioration de la qualité des soins et l'accès du public à l'information sur le niveau des prestations délivrées. Tous les établissements ont été visités une fois. Quant aux deuxièmes visites de certification dont l'évaluation est externe et indépendante des établissements, elles ont commencé et doivent se poursuivre jusqu'en 2010. Il est primordial que les patients soient accueillis en toute sécurité et dans les meilleures conditions de soins. Autre exemple : la lutte contre les infections nosocomiales. Prévenir ces infections exige une politique de prévention élaborée au niveau de la structure et des services avec la nécessaire implication de tous les personnels.

De même, au moment où sévit une volonté de rupture du secret professionnel au prétexte de partage des informations mais aussi de fichage de nos concitoyens, il est important de souligner l'importance du secret professionnel (garant de toute relation de confiance) qui s'impose à tout infirmier.

## 6. Conforter les infirmières dans leur profession

La pénurie d'infirmières est la conséquence d'une désaffection des infirmières pour leur métier, ellemême révélatrice d'un malaise auquel il faut remédier. Analyser les raisons de ce malaise et rendre cette profession plus attractive permettra de résoudre ce problème :

- Augmenter le recrutement et favoriser la formation continue. Le manque récurrent d'effectifs infirmiers pèse sur les personnels au travail. Il faut avoir des conditions de travail satisfaisantes pour être disponible, à l'écoute, appliquer le soin dans toutes ses dimensions, assurer la sécurité des soins et des personnes et avoir le recul suffisant pour supporter à longueur de jour l'expression de la souffrance. Les horaires de travail doivent être adaptés pour permettre un repos et une récupération suffisants. Les réformes restent cependant désespérément soumises à une politique de restriction.
- Effectif en nombre suffisant non seulement pour permettre la qualité des soins mais aussi pour pouvoir prendre du temps pour les échanges, pour se ressourcer ou se former. La charge émotionnelle est forte et nécessite des temps d'échanges. Les groupes de parole animés par une personne extérieure ayant une formation spécifique sont nécessaires dans tous les services et secteurs d'exercice et doivent être institutionnalisés.
- La formation initiale : les infirmiers débattent de l'intégration de leur formation en université. La culture infirmière est le résultat de la transmission de pratiques et de savoirs qui ont suivi l'évolution des sciences et des techniques pour répondre à l'évolution des besoins de santé par des soins infirmiers efficaces et adaptés aux différents besoins des êtres humains dans leur globalité et leur environnement, les faisant sujets et non objets de soins. Les infirmières ont la volonté d'accroître et de structurer leurs connaissances, de développer la recherche infirmière ce qui ne sera possible que dans un cadre universitaire et grâce à l'intégration de leurs études dans le système LMD.
- La formation continue interne à un service de soins, contribue à la cohérence des soins prodigués. De même, à l'extérieur du lieu de travail, des stages réguliers d'analyse des situations difficiles et d'échanges de pratiques à l'instar du groupe BALINT réservé aux médecins à l'Education nationale, est une nécessité pour l'amélioration de la qualité des soins.
- Respect mutuel des différents acteurs.
- Une organisation institutionnelle qui permette de réfléchir sur les conditions de travail pour améliorer celles-ci et par là même le service rendu [amélioration des conditions physiques (matériel ergonomique, locaux adaptés...), organisation du travail par secteur pour responsabiliser au maximum les professionnels (équilibrer la charge de travail,

répartir les soins en fonction des besoins des patients, les organiser en fonction et en suivant les compétences des intervenants), aménagement des horaires et du planning en concertation le plus possible (les horaires infirmiers sont difficilement adaptables avec une vie sociale), organisation du planning pour institutionnaliser la formation continue.

Reconnaissance professionnelle salariale: catégorie A et revalorisation salariale qui en découle sont indispensables pour une véritable reconnaissance de notre profession, de la responsabilité de nos actes mais aussi pour être reconnus du public et des autres professionnels de santé. Cette reconnaissance permettra en outre de prendre en compte, dans une certaine mesure, la part non technique du soin qui est difficilement évaluable et donc non rétribuée (soin relationnel et soin éducatif).

### CONCLUSION

Des espaces de réflexion sont nécessaires pour évoquer les attentes et les besoins de la société concernant la santé et les réponses de soins. L'évolution, de la société, l'évaluation des soins, l'exigence de soins de qualité et l'émergence de nouvelles populations à risque, incitent à de nouvelles prises en charge mais aussi à une rationalisation des coûts.

Pour le SNICS, les infirmières doivent prendre la parole et être entendues. Leurs compétences, leur place dans la société et auprès des populations sont le fondement de leur légitimité à prendre la parole et à proposer des solutions pour l'accès et une meilleure qualité des soins, des soins accessibles et égaux pour tous.

La réflexion doit partir du droit à la santé pour tous et non d'une logique comptable, le droit à la santé étant indissociable de la qualité de vie (environnement, travail, logement), La place charnière qu'occupe l'infirmière dans l'équipe pluridisciplinaire en amont des décisions thérapeutiques et dans leurs suivis, ne doit plus escamotée. De même, la prévention qui permet de diminuer les coûts en terme économique et en terme de souffrance humaine, doit être valorisée et promue. Dans ce cadre, le rôle spécifique intitulé " rôle propre ", confié par la loi à l'infirmière fait de cette profession un référent essentiel en matière de prévention, celle-ci devant devenir une voie vers laquelle la politique de santé doit se tourner délibérément pour construire une autre organisation du système de santé. Ainsi la consultation infirmière doit prendre toute sa place.

Mais à quoi sert de parler de nécessaire communauté de travail, d'équipe, d'amélioration indispensable de la qualité des soins et de notre système de santé si au bout du compte les réformes ne sont pas à la hauteur des enjeux et restent désespérément soumises à une politique de restriction dont les choix sont souvent arbitraires et tributaires de certains lobbies ?

C'est pourquoi, avec la FSU et dans la plus large unité syndicale possible, nous mettons tout en œuvre et continuerons à le faire pour un accès aux soins pour tous et une amélioration de la qualité des soins pour tous également.

Texte adopté par 99 voix pour, 0 contre, 2 abs et 0 NPPV.

# 6° congrès du SNICS à Lille

## Thème 4 : Infirmier(e) à l'Education nationale : une spécialité ?

Le SNICS a déjà noirci des centaines de pages sur le rôle et les missions de l'infirmier(e) à l'Education nationale. Il n'est donc pas question de réécrire ce qui a été voté lors de nos différents congrès depuis 15 ans (\*). Cependant, compte tenu de l'actualité, il est indispensable de réfléchir à la question : infirmière à l'Education nationale : une spécialité ?

Le soin relationnel, base du soin infirmier à l'éducation nationale, l'écoute et l'éducation, la délivrance de la contraception d'urgence, l'administration de médicaments, le diagnostic infirmier, l'orientation de l'élève et de l'étudiant après chaque consultation infirmière... Tout nous conduit à engager notre responsabilité au quotidien et révèle effectivement cette spécialité.

## La relation soignante repose sur des processus précis :

### 1. Un espace ouvert de rencontre

L'élève ou l'étudiant doit pouvoir parler de ce qu'il ressent et aussi montrer ce qu'il ne peut dire. L'attention aux signes extérieurs est une priorité. La rencontre soignante est fondée sur une proximité. Ce qui va se nouer avec l'élève ou l'étudiant est dans une zone intermédiaire entre ce qui lui est extérieur et ce qui lui appartient en propre. Ce sont des processus d'interaction qui vont se déployer entre l'élève et l'infirmier et tisser les liens. C'est dans un cadre bienveillant que la rencontre peut se dérouler.

## 2. Une relation portée par un projet

L'infirmier(e) et l'élève (ou l'étudiant) doivent parcourir un chemin ensemble. La relation doit laisser la place à l'imprévu, à la créativité et aux ressources propres des jeunes. Le projet de soin est d'aider l'élève ou l'étudiant, par le biais de la relation, à construire ses capacités et à faire face aux difficultés qu'il rencontre en grandissant (scolaires, individuelles, familiales, identitaires, relationnelles, médicales...).

## 3. Construire des capacités à faire face aux difficultés de la vie

L'infirmier(e) va moduler les informations reçues par l'élève ou l'étudiant et ses expériences vécues, en fonction des capacités de celui-ci à y faire face. Par l'approche corporelle du soin, le jeune va trouver des appuis qui vont lui permettre de se sentir accueilli et protégé. Il pourra alors « lâcher » des émotions et des sensations, verbaliser des sentiments et commencer à leur donner du sens.

## 4. La verbalisation : pilier du soin relationnel

« La parole fait naître le lien entre deux personnes. Le lien entre ce qu'un sujet vit dans son intériorité et ce qu'il en dit. La parole permet l'appui sur l'autre, elle est un pont posé entre le Moi et l'autre, cet autre potentiellement porteur de réconfort et d'apaisement » Laurent Morasz, psychiatre, psychanalyste. « N'oublions pas que l'essentiel de ce qui se "dit" est dans ce qui se montre dans l'espace imprévu, non limité et non prévisible ».

La santé est une condition indispensable à la

réussite scolaire, plus personne ne le conteste. C'est la raison pour laquelle le ministère de l'Education nationale recrute des infirmiers et des infirmières diplômé(e)s d'Etat dont la mission première s'inscrit dans la politique générale de l'Education nationale qui est de promouvoir la réussite scolaire des élèves et des étudiants. Pour ce faire, l'infirmière de l'EN a :

## **I. des missions particulières** (cf. BO spécial n° 1 du 25/01/01 sur « la santé des élèves »

L'infirmier(e) dans le cadre de son rôle relationnel, technique et éducatif accueille tout élève ou étudiant qui le (la) sollicite pour quelque motif que ce soit y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité. L'infirmier(e) contribue au bien être et à la réussite scolaire de tous les élèves. Dans cet objectif, l'infirmier(e):

- écoute et accompagne les élèves ;
- organise les urgences et les soins et assure un suivi infirmier de l'état de santé des élèves ;
- organise et réalise le suivi infirmier de la santé des élèves :
- développe, en fonction des besoins repérés, une dynamique d'éducation à la santé dans le cadre du projet d'établissement ou d'école;
- la transposition, à l'Education nationale, de la partie de notre décret des actes en matière « d'éducation à la santé de la personne et de son entourage » est significative des compétences pédagogiques inhérentes à la profession;
- participe à la mise en place des dispositifs adaptés en cas d'évènements graves survenant dans la communauté scolaire;
- favorise la scolarisation des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période;
- met en place des actions permettant d'améliorer
   la qualité de vie des élèves en matière d'hygiène, de sécurité et d'ergonomie;
- intervient en tant que de besoin auprès des enfants et des adolescents en danger;
- conseille le chef d'établissement en matière de santé, de prévention, d'éducation à la santé, d'hygiène et de sécurité;
- participe aux différentes instances et commissions de l'établissement (CA, CESC, CHS, conseil de classe, etc.) et établit les liens nécessaires avec les professionnels du réseau de soins;
- contribue à l'intégration scolaire des enfants et des adolescents atteints de handicap;
- effectue ou dispense les actes infirmiers qui relèvent de sa compétence et de sa responsabilité dont la délivrance de médicaments pour laquelle le SNICS demande un élargissement de la liste inscrite au B.O.;
- identifie, dans le cadre de son rôle propre les besoins, pose un diagnostic infirmier, met en œuvre les actions appropriées et les évalue;
- développe une dynamique d'éducation à la santé et contribue à évaluer les actions de promotion et d'éducation de la santé;
- contribue à la formation initiale et continue des personnels;

- organise le recueil et l'exploitation des données

statistiques par le biais du cahier de l'infirmier(e). L'infirmier, soumis au secret professionnel, est le référent et l'acteur de santé, tant dans le domaine individuel que dans le domaine collectif, dans l'établissement scolaire. Faisant partie des personnes ressource de l'établissement, jouant fréquemment le rôle de médiateur voire d'interprète en matière de santé entre plusieurs personnes et travaillant en réseau dans l'intérêt du jeune et de sa scolarité mais se retrouvant le plus souvent seul(e) dans son infirmerie avec toutes les responsabilités qui en découlent, l'infirmier(e) de l'EN, intervient à plus de 90 % de son temps dans le cadre de son rôle propre.

## II. Des missions pour lesquelles le Diplôme d'Etat d'Infirmier n'est pas suffisant bien que cependant obligatoire

En effet, lequel d'entre nous attesterait ne pas avoir été en difficulté notamment durant son année de stage, devant une séquence d'éducation à la sexualité à mettre en place ou devant un chef d'établissement ou un enseignant souhaitant savoir tout ce qui s'est dit à l'infirmerie? Nombre de collègues disent leur solitude, face à des responsabilités et des décisions à prendre:

- Une jeune fille qui vient confier à l'infirmière qu'elle a vécu des situations difficiles, un jeune qui dit vouloir mettre fin à ses jours, un enfant que l'on pressent en situation de maltraitance, un adolescent qui se plaint systématiquement du comportement de tel enseignant?
- Qui n'a pas été interpellé devant cette jeune fille et ce jeune garçon en détresse souhaitant une contraception d'urgence hors délai?
- Ou face à cette étudiante qui vous demande de l'accompagner pour une IVG ?
- Et le lundi matin face à des conduites addictives d'élèves pendant le week-end ?
- Ou le mercredi en fin d'après-midi à l'internat devant plusieurs élèves alcoolisés ?
- Devant un élève qui a eu un accident en sport qualifié de bénin et qui se plaint la nuit à l'internat de violents maux de tête ?



# 6<sup>e</sup> congrès du SNICS à Lille (Infirmière à l'EN suite)

- Comment faire un signalement pour un écolier maltraité ? A qui le transmettre ?
- Qui n'a pas éprouvé le poids de la responsabilité face à un diagnostic infirmier à poser, à une orientation à proposer à l'élève ou à sa famille, à élaborer un projet d'éducation à la santé et à le présenter au conseil d'administration ?
- Et la nuit, à l'internat, devant cette élève qui va mal et qui ne cesse de pleurer, qui a la certitude d'avoir fait le bon choix estimant que sa situation ne relevait pas d'une intervention du SAMU ou d'un médecin?
- Et la responsabilité en matière de délivrance des médicaments ?
- Etc.

## III. Une formation d'adaptation à l'emploi diplômante

C'est pourquoi le SNICS revendique depuis sa création une formation d'adaptation à l'emploi d'un an, en université, fondée sur une articulation théorie / pratique avec une formation générale de 380 heures dont une partie commune avec les enseignants et les personnels d'éducation, une formation spécifique de 600 heures et des stages de pratiques accompagnées en lycée, LP, collège, primaire d'une durée totale de 475 heures (cf. document ci-joint). Année débouchant bien sûr sur une validation de la formation en tant que spécialité Education Nationale. Le SNICS revendique le maintien d'un concours d'admission.

## IV. Pour mieux répondre aux attentes de la société

Ces attentes, en matière de réponse aux besoins de santé des populations, ont évolué depuis la fin de la guerre 39-45. La réponse aux situations d'urgences, dans notre société, est un problème récurrent et des systèmes de réponse se sont adaptés à partir des évolutions de la technique d'une part (hélicoptère, SAMU, mise en réseau, etc.) et d'autre part dans les évolutions des savoirs accumulés et enseignés aux professionnels de santé et aux populations. Dès la fin de la guerre, des infirmières étaient nommés dans les CET. Leur mission première était la réponse à l'urgence d'une population considérée comme à risque aux regards des causes d'accidents inhérentes à l'enseignement professionnel mais elles avaient également en charge une réponse à apporter qui n'était pas codifiée, bien qu'importante, en matière d'écoute et d'accueil de ces élèves qui pour la plupart étaient internes et ne rentraient chez eux qu'à l'occasion des vacances scolaires. De par la spécificité de cette population d'élèves internes, ces infirmières avaient à mettre en œuvre des soins techniques sur prescription des médecins d'internat pour ces élèves qui restaient, par la force des choses, dans l'établissement scolaire compte tenu du peu de moyens de transports existant à cette période. Parallèlement, les besoins en matière de santé de la population à la sortie de la guerre nécessitaient de mettre en œuvre de vastes campagnes de dépistage et de vaccinations afin de lutter contre des fléaux tels la poliomyélite, la diphtérie, la variole, la tuberculose, etc.

Les progrès de la science et des techniques

ainsi que le progrès social ont permis de réduire considérablement l'impact de ces pathologies dans la population, même si nous voyons réapparaître ici ou là certains noyaux de ces maladies que l'on croyait révolues, dans des groupes de populations les plus socialement démunies. Cependant, depuis 50 ans, les moyens en dépistages des pathologies n'ont pas diminué; la PMI a vu ses missions et ses effectifs augmenter; les médecins de famille n'ont jamais été aussi nombreux, idem pour les spécialistes, pour les hôpitaux et les cliniques; la prise en charge sociale en France jusqu'à ces dernières années était une des meilleures d'Europe.

Les causes de mortalité des populations et plus particulièrement des adolescents ont profondément changé en 50 ans et la société se doit d'y répondre. Les orientations de santé publique se sont déplacées pour suivre ces modifications. Les missions des infirmières à l'éducation nationale se sont également transformées au cours du temps pour tenter de répondre au mieux à ces évolutions sans que cependant l'Etat ne se donne les moyens en personnels pour y répondre pleinement. Ces évolutions des infirmières de l'Education nationale ont tenté de suivre les évolutions des besoins et des demandes de santé des adolescents mais cela a été possible parce que dans le même temps le professionnalisme des infirmières, leurs compétences, leur savoir faire, leur volontarisme ainsi que la durée de leur formation se sont accrues.

Même si aujourd'hui nous voyons encore des enfants et des adolescents qui ont besoin de lunettes ou de telle aide ou d'un appareillage, la problématique de santé publique majeure de la population adolescente n'est plus centrée sur les grandes pandémies historiques mais plutôt autour de la souffrance psychique des adolescents comme vient de le souligner le dernier rapport de la défenseur des enfants, Dominique Versini pour qui « la souffrance psychologique peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles. Ceux-ci peuvent en soi être considérés comme des mesures fiables de cette souffrance. Le plus souvent silencieuse, la révolte exprimant le plus souvent une sortie de souffrance... L'adolescence est un moment de désorganisation interne, source de tensions importantes, d'angoisses, de sentiment de dévalorisation ou, à l'inverse, de survalorisation ». Elle invite à être attentif à l'expression directe de la souffrance d'un adolescent et à toutes ces

conduites défensives : opposition, provocation, mais aussi retrait dans l'isolement, le manque d'envie, la solitude. Le nombre de suicides est élevé, 40 000 par an. Il demeure la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans. Il est rare chez les enfants et les jeunes adolescents.

Ces chiffres sont sous estimés puisque l'IN-SERM estime que 25 % des cas considérés comme des traumatismes indéterminés quant à l'intention, seraient en réalité des suicides. La polyaddiction (alcool, tabac, cannabis) est en hausse constante, elle a doublé en dix ans. La consommation du cannabis s'est banalisée en devenant la première substance illicite consommée. La consommation des jeunes français est une des plus élevées d'Europe. Très faible chez les 12-13 ans elle progresse très rapidement à partir de 14 ans.

Les adolescents font un usage plus élevé que la population générale de l'ecstasy, des amphétamines et de la cocaïne.

La France se trouve dans le peloton de tête (3° position en Europe) quant à la consommation de produits psychotropes par des adolescents. A 14-15 ans, 20 % des enfants déclarent en avoir consommés au moins une fois. 13 % des adolescents déclarent un usage sans ordonnance. Les troubles du sommeil sont peu pris en compte. Un ado sur dix prend des médicaments pour lutter contre le stress, l'anxiété ou dormir.

Près de 30 % des 15-19 ans disent avoir été ivres plus de quatre fois dans l'année. L'alcool est vécu comme un moyen de défonce. Il est impliqué dans près de 16 % des décès, bagarres et violences sexuelles. Près de 40 % des premières relations sexuelles ont lieu sous alcoolisation. Dans l'immense majorité d'agressions sexuelles, magistrats et policiers constatent que les garçons agresseurs ont l'habitude de visionner des films porno et que le scénario de l'agression en est directement inspiré.

Depuis une dizaine d'année on constate une augmentation des cas de décrochage scolaire et d'absentéisme. Sans parler de l'augmentation des violences en particulier infligées à soi même. Pour la Défenseure des enfants, l'adolescent est longtemps resté oublié des politiques publiques. Le rapport du haut comité de santé publique de 2000 aborde pour la première fois le thème de la souffrance psychique des adolescents. La circulaire des missions des infirmières de l'Education nationale de 2001 met l'accueil, l'écoute et la



# 6° congrès du SNICS à Lille (Infirmière à l'EN fin)

relation d'aide comme première des missions pour ces infirmières.

De 2000 à 2005 la lutte contre le suicide et la souffrance psychique des adolescents devient une priorité de santé publique. Cependant le ministère de l'Education nationale décide de ne retenir comme indicateur concernant les 14 millions de passages d'élèves dans les infirmeries que le nombre de visites d'admissions réalisés par les médecins de l'éducation nationale et le taux de retour des avis médicaux.

Madame Versini souligne que : « Les infirmières scolaires au nombre de 6 800 ont pour mission plus large d'assurer les soins courants et la prévention, le repérage des difficultés pouvant entraver la scolarité, l'hygiène, l'éducation à la santé... Leur fonction est celle d'accueil et d'écoute. La plupart du temps le jeune vient à l'infirmerie juste pour parler, il se livre en confiance, en sachant que la confidentialité est respectée et ne demande rien d'autre que l'écoute. » Elle souligne que le temps scolaire est différent du temps de la maturation de l'enfant et que l'infirmière fait le lien entre le jeune et les instances éducatives. Quant aux médecins scolaires, pour Madame Versini, ils effectuent les visites obligatoires de CP et à la fin de la scolarité obligatoire. « Leur rôle reste cependant limité car ils n'ont pas la possibilité de prescrire ou d'adresser un enfant chez un autre médecin et les parents peuvent refuser leurs recommandation. »

Quant au Plan « Santé des jeunes 2008 » de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, il prévoit la mise en place de consultations « jeunes consommateurs » en rapport avec l'augmentation chez les adolescents de l'usage de substances psychoactives.

Il préconise le développement des consultations jeunes consommateurs au sein des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ne s'agit-il pas des missions des infirmières que de travailler dans l'établissement scolaire avec les jeunes concernés afin qu'ils acceptent ces consultations car il ne suffit pas que ces consultations existent pour que les jeunes s'y rendent! Ce plan précise concernant les jeunes en situation de vulnérabilité : « Plutôt qu'un saupoudrage d'information, les collégiens et lycéens ont besoin surtout d'un lieu de parole et d'échange identifié avec comme intervenants des professionnels formés ». L'accueil, l'écoute, les soins, le conseil en santé dans les infirmeries sont bien les missions prioritaires des infirmières définies par les orientations de la politique de santé à l'Education nationale. Ces missions permettent de donner vie à un lieu de parole et d'échange identifié par les élèves, ce lieu est l'infirmerie où ils rencontrent des infirmières.

Enfin il souligne qu'il faut améliorer la prévention, le repérage et la prise en charge en matière de crise suicidaire chez les jeunes et stipule que « une stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 a permis d'organiser des formations pour le repérage de la crise suicidaire qui ont largement bénéficié aux infirmiers scolaires et que l'évaluation de ces formations en a été très positive ».

Pour le SNICS, l'efficacité de ces différents dis-

positifs repose essentiellement sur le respect des missions et compétences de l'Infirmière Conseillère de Santé référent santé tant auprès des élèves que des équipes éducatives et pédagogiques ou de direction.

Même le Projet de Loi de Finances 2008 au programme 230 « vie de l'élève » spécifie : la qualité de la vie de l'élève est indissociable de sa réussite scolaire. Elle doit procurer un environnement propice aux apprentissages et contribue elle-même aux apprentissages fondamentaux, notamment à l'acquisition des compétences sociales et civiques et au développement de l'autonomie et de l'initiative de l'élève. (...). La loi a confié à l'éducation nationale une mission de suivi de la santé des élèves. Il s'agit à la fois de veiller à la santé des élèves (bien-être physique, mental et social), de contribuer à la réussite scolaire et de participer à la politique générale en matière de santé publique. La prise en compte de la santé des élèves concerne l'ensemble de la communauté éducative. L'action relative à la santé porte particulièrement sur les points suivants :

- repérage, dépistage, diagnostic infirmier pour une prévention précoce des troubles, notamment psychiques, susceptibles d'entraver les apprentissages;
- facilitation de l'accès aux soins pour les élèves ;
- formation aux premiers secours des élèves et des personnels;
- développement de l'éducation à la sexualité ;
- éducation nutritionnelle, éducation au goût et éducation à la consommation;
- prévention des conduites à risque ;
- contribution à la protection de l'enfance en danger ;
- aide à l'intégration des élèves handicapés ou malades.

L'expérimentation d'un « programme de prévention des conduites addictives » - portant à la fois sur la lutte contre le tabagisme avec notamment le suivi de la mise en oeuvre de l'interdiction de fumer dans les établissements scolaires, la prévention de la consommation de cannabis et une réflexion sur la consommation de boissons alcoolisées et ses effets se poursuit, avec sa généralisation aux différents niveaux de scolarité. Création de 300 emplois d'infirmières conformément à l'objectif fixé par la loi d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école. Celle-ci prévoit que chaque établissement du second degré devra bénéficier d'ici 2010 des services d'une infirmière identifiée qui participera à l'éducation des élèves en matière de santé, de nutrition et proposera un programme d'actions en matière de comportements à risques pour la santé. L'objectif nécessite la création de 1 500 emplois sur cinq ans soit 300 emplois par an.

### V. Un statut particulier

Pour le SNICS, la reconnaissance de cette formation passe par l'obtention d'un statut particulier sous forme de décret pris en conseil d'état qui préciserait :

- nos missions principales;
- nos conditions de travail notamment la valori-

sation de l'exercice en internat compte tenu des sujétions particulières ;

notre statut notamment la catégorie A indiciaire, le classement et la durée dans les échelons, et tout ce qui est relatif au recrutement, à la titularisation au détachement et aux contractuels.
 Les infirmier(e)s de l'Education nationale intègrent après des parcours professionnels divers (libéral, urgence, réanimation, néphrologie, maison de retraite, PMI...), après des interruptions dans leur carrière ou directement à la sortie de l'IFSI. D'où qu'elles(ils) proviennent, il est constant que les collègues, à des degrés divers, éprouvent des difficultés lors de leurs premières années d'exercice.
 Cela légitime complètement notre revendication:

 d'une formation d'adaptation à l'emploi, de qualité, validante et diplômante de niveau master 2;

Le SNICS a fait des propositions en ce sens à chaque changement de gouvernement et continuera d'œuvrer jusqu'à l'aboutissement de ce statut.

- la reconnaissance d'une spécialité « infirmier(e)

conseiller(e) de santé ».

Malgré la période, cela nous semble possible d'autant que le ministère de la fonction publique a déjà acté cette spécificité en prenant en compte en 2006 l'intégralité des propositions du SNICS puisque figure au Répertoire Interministériel des Métiers de l'Etat (RIME), une fiche intitulée « infirmier conseiller de santé » (cf. http://www.fonction-publique.gouv.fr/IMG/rime15\_11\_06.pdf)

dont les missions sont décrites ainsi « Organise, évalue et met en oeuvre des actions d'éducation à la santé tant dans le champ individuel que collectif et assure des soins préventifs et curatifs ». Pour le SNICS, il est évident que ce statut ancrerait mieux notre profession dans l'Education nationale et nous permettrait de mieux résister à la décentralisation voire à la RGPP et d'obtenir l'intégration de notre spécialité d'infirmière conseillère de santé au niveau Master dans le dispositif LMD (cf. thèmes RGPP et LMD). Enfin, de décrocher la catégorie A tant attendue et si méritée pour toutes et tous.

Texte adopté par 103 voix pour, 2 contre, 2 abstentions et 0 refus de vote.

(\*) Congrès de Sivergues, de But en Blanc n° 16, septembre 1997, page 6.

Congrès de Dijon, de But en Blanc n° 24, septembre 1999, pp. 35 à 40.

Congrès de Paris  $n^\circ$  1, de But en Blanc  $n^\circ$  32, septembre 2002, pp. 18 à 24.

Congrès de Paris n° 2, de But en Blanc n° 41, février 2005, pp. 20 à 22.

### **Commissaires aux comptes**

Conformément aux statuts et au règlement intérieur du SNICS, le congrès a désigné à l'unanimité :

- comme commissaires aux comptes : Fabienne Gautherie de Limoges, Eliana Gracia de Montpellier et Maryse Richard de Créteil ;
- à la commission des conflits : Viviane Defrance de Reims, Sandie Cariat de Montpellier, Joséfa Manso de Toulouse, Sylvie Lombart de Nancy et Marie Lemiale d'Orléans-Tours.

# Dossier Spécial stagiaires

# Bienvenue dans le corps des infirmier(e)s de l'Éducation nationale!

Ces pages « spécial stagiaires » vous apportent des informations essentielles en ce début de carrière à l'Éducation nationale. Prenez-les en compte car elles vous aideront à connaître un certain nombre de droits et de devoirs inhérents à votre entrée dans ce ministère. En effet, dans le système éducatif les conditions de travail et les missions confiées à notre profession sont très spécifiques. Par contre notre statut est quasi identique à celui des infirmiers des autres fonctions publiques sauf les primes qui diffèrent.

Depuis un an et demi, une réflexion unitaire associant syndicats et associations professionnelles infirmières est en cours pour la reconnaissance de notre profession par l'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD.

Ces dossiers, relatés au fil de nos publications, sont le fruit du travail que nous menons avec la profession depuis quinze ans, date de la création de notre syndicat. Il nous reste encore beaucoup à faire pour parvenir à revaloriser notre carrière à l'Éducation nationale : obtenir la catégorie A pour tous (et pas seulement un accès en A pour quelques uns), décrocher une formation spécifique à la hauteur de nos missions auprès des élèves et des étudiants et gagner bien sûr les moyens nécessaires en postes pour mieux répondre à ce qu'attendent les jeunes de notre profession. C'est ce que nous nous attachons à faire conformément aux mandats de notre récent congrès de juin 2008.

### Qu'est-ce que le SNICS ?

Le SNICS est l'un des 24 syndicats de la Fédération Syndicale Unitaire (FSU). Etant l'un des 12 syndicats cofondateurs de la FSU, le SNICS a participé activement à la création de cette fédération en avril 1993. Depuis cette date, la FSU est devenue non seulement la première fédération des personnels de l'Éducation, de l'Enseignement, de la Recherche et de la Culture mais aussi la première organisation représentative de la Fonction Publique d'État. C'est dire la force qu'elle représente dans les négociations avec tous les ministères, notamment celui de l'Éducation nationale et celui de la fonction publique.

## La représentativité du SNICS : CAPN et CAPA

Le SNICS, syndicat auquel ne peuvent adhérer que des infirmiers, a connu ses premières élections professionnelles en 1994 : avec 39,4 % des voix des collègues, il est devenu d'emblée le 1er syndicat de la profession à l'Education nationale. En 1997, les collègues lui ont accordé 52,21 % de leurs suffrages, 54 % en 2000 et 54,9 % en 2004. Lors des élections en décembre 2007, près de deux infirmières sur trois ont voté pour le SNICS puisque le résultat fut de 61,65 %. Notre syndicat

devance ainsi de 34,4 % le syndicat placé en 2° position, le SNIES-UNSA. Cette représentativité attribue au SNICS 5 sièges sur 7 à la Commission administrative paritaire nationale (CAPN), où sont traitées les questions concernant la carrière des infirmières. Dans ce cadre, les représentants des personnels élus du SNICS, défendent en toute transparence et dans l'équité, les intérêts et les droits des infirmiers et de l'ensemble de la profession.

### **Publications du SNICS**

L'équipe nationale édite un bulletin intitulé « **De but en blanc** » envoyé en priorité aux syndiqué(e)s et parfois à toute la profession à des moments clés.

Des publications académiques viennent renforcer ces publications nationales en apportant des informations locales adaptées à chaque académie ainsi que des invitations pour participer à la vie syndicale académique, notamment des réunions d'information syndicale organisées chaque trimestre. Pour y participer vous devez déposer auprès de votre chef d'établissement ou votre président d'université, une autorisation d'absence que l'on n'a pas le droit de vous refuser car il s'agit d'un droit.

## Les revendications du SNICS et son projet professionnel

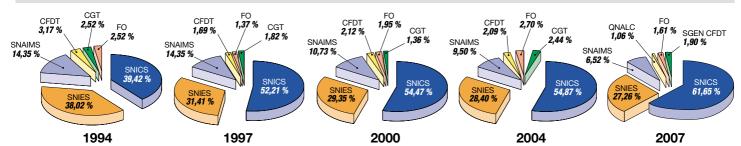
Le SNICS est porteur de revendications professionnelles qui s'inscrivent dans un véritable projet pour la profession, construit pour permettre la reconnaissance de notre place dans l'équipe éducative et pédagogique au côté des autres personnels notamment les enseignants et personnels d'éducation:

- l'intégration des études dinfirmière dans le dispositif LMD;
- la catégorie A pour tou(te)s, demande légitime et attendue, moyen essentiel d'endiguer le désintérêt actuel pour notre profession appelée pourtant à se renouveler du fait des nombreux départs à la retraite;
- une année de formation universitaire pour une meilleure adaptation à l'emploi et un travail en équipe avec les personnels d'enseignement et d'éducation :
- des créations de postes en nombre suffisant pour répondre aux besoins de tous les élèves et les étudiants, de la maternelle à l'université;
- l'arrêt du saupoudrage des postes, qui déstabilise les jeunes qui ne savent plus à qui s'adresser et conduit à un émiettement du travail et à un délayage des missions;
- une amélioration des conditions de travail par une diminution de l'horaire hebdomadaire actuel de 39 h 30.

Nous vous souhaitons une bonne rentrée scolaire et espérons vous rencontrer lors des prochaines réunions syndicales, réunions qui vous sont tout particulièrement réservées puisque vous pourrez vous y procurer de nombreux textes dont le nouveau statut, les missions, les horaires, etc.

L'équipe du SNICS

## Evolution des résultats depuis les élections de 1994



# L'EXERCICE DE LA PROFESSION

Vous avez reçu ou allez recevoir une formation spécifique à l'exercice de la profession à l'Éducation nationale lors d'un stage intitulé « stage d'adaptation ». Sa durée est variable d'une académie à l'autre, puisqu'il va de une à cinq semaines étalées sur l'année scolaire. De l'avis du SNICS, ce stage ne répond pas suffisamment aux exigences réelles rencontrées sur le terrain qui nécessiteraient :

- une connaissance plus approfondie du système éducatif ;
- la mise en place d'un tutorat assuré par une collègue titulaire ;
- une véritable année de formation comme les enseignants et les conseillers d'éducation par exemple.

# Circulaire 2001-012 du 12/01/02, missions des infirmier(e)s de l'Education nationale

La santé étant un facteur déterminant dans la réussite scolaire, le système éducatif a besoin de l'implication de l'ensemble de la communauté éducative dans la promotion de la santé. C'est pourquoi le « Service de promotion de la santé » créé par la circulaire du 24/6/91 a été dissous et remplacé par la « mission de promotion de la santé ». Outre les personnels de santé, cette mission implique également les personnels d'enseignement et d'éducation. L'accueil de l'élève à l'infirmerie pour quelque motif que ce soit et les suites à donner, relèvent bien sûr du rôle propre de l'infirmier(e). Ils engagent d'ailleurs totalement sa responsabilité individuelle en dehors de toute hiérarchie, au civil comme au pénal. Dans ce cadre, l'infirmier(e) a compétence pour prendre les initiatives nécessaires, poser un diagnostic infirmier et mettre en œuvre les actions appropriées.

## Responsabilité

Concernant la responsabilité inhérente à notre métier, nous vous conseillons de vous assurer contre les risques professionnels. Il existe à l'Éducation nationale plusieurs assurances qui assurent les personnels. Renseignez-vous dans votre établissement.

# Cahier de l'infirmière

L'infirmier(e), quel que soit son lieu d'exercice, inscrit ses actes sur le volet 1 d'un document intitulé « cahier de l'infirmière » et reporte ses activités (actions en éducation à la santé, travail de recherche, réunions...) sur le volet 2. Ce cahier existe également sous forme informatisée (logiciel Sagesse). Les statistiques de fin d'année scolaire devant être à l'image de ces documents, il est indispensable d'utiliser exclusivement les volets 1 et 2, qu'ils soient sur support papier ou informatique. Pour vous les procurer, renseignez-vous au secrétariat d'intendance de votre résidence administrative. Leur financement ne doit pas être prélevé sur le compte de l'infirmerie mais sur un budget « fourniture administrative ». A titre indicatif, l'imprimerie Berger-Levrault propose le document le plus simple d'utilisation en raison de la codification imprimée sur chaque feuille.

#### Médicaments et matériel courant

Les infirmeries devant être équipées tant en matériel administratif que professionnel, l'administration doit donner à notre profession les moyens de fonctionner (bureau, téléphone, armoire, lit...) et un budget pour l'achat des médicaments d'usage courant et du petit matériel (bandes, gants...). Ce budget est discuté et voté au conseil d'administration.

# Organisation des soins et des urgences

Le 6 janvier 2000, le ministère de l'Éducation nationale a publié un *Bulletin officiel* spécial (*BOEN* n° 1 hors série) intitulé « protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE ». Il est essentiel de vous procurer ce texte qui est un guide à suivre. Ce *BO* définit non seulement les modalités d'organisation des soins et des urgences, mais donne des indications sur :

- l'utilisation par les infirmiers des médicaments dits d'usage courant, en vente libre dans les pharmacies, des médicaments d'urgence et de ceux prescrits dans le cadre des Projets d'accueil individualisés (PAI);
- l'équipement des infirmeries ;
- le matériel nécessaire pour les soins et pour le dépistage;
- l'organisation des premiers secours ;
- les secours d'urgence...

NB: bien que la partie concernant la contraception d'urgence ait été annulée, la modification de la loi permet de nouveau à notre profession de la délivrer.

# Hiérarchie

Autonome, l'infirmier(e) n'est pas sous la hiérarchie du service médical. Sa seule hiérarchie de type administratif est exercée par :

- le chef d'établissement de la résidence administrative pour les infirmières d'établissement ou en poste mixte;
- le président de l'université pour les infirmières exerçant en université.

Chacun d'eux émettra un avis pour la titularisation et proposera au recteur, la seule note existant pour l'infirmière, à savoir une note administrative.

# Discrétion professionnelle et secret professionnel

Il est normal qu'un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions puise accéder à des informations qui sont liées soit au service public luimême, soit aux usagers. La diffusion de ces informations peut porter préjudice, par la nature des éléments qu'elles contiennent, à l'un ou aux autres. En cela l'obligation de discrétion et de secret professionnel ont en commun d'être des moyens de protection.

- Discrétion professionnelle : la discrétion professionnelle est une obligation instituée dans l'intérêt du service et destinée à protéger les secrets administratifs dont la divulgation pourrait nuire à l'accomplissement normal des tâches ou à la réputation de l'administration. Elle s'impose à tous les agents de l'administration.
- Secret professionnel: contrairement à la discrétion professionnelle, le secret professionnel est destiné à protéger le secret des particuliers. Il procède du code pénal. En conséquence, l'agent

public qui viole la règle du secret professionnel s'expose autant à des poursuites pénales qu'à des sanctions disciplinaires. Sauf cas prévu par la loi, l'infirmière n'est déliée de l'obligation de secret professionnel qu'avec l'autorisation de son bénéficiaire. Pour l'infirmière, est couvert par le secret professionnel tout ce qu'elle a pu comprendre, voir ou entendre d'une personne.

# La place de l'infirmier(e) auprès des jeunes

Pour la première fois en 1990, les lycéens dans la rue ont réclamé des postes d'infirmières... Depuis cette date, notre profession est régulièrement plébiscitée par les jeunes quel que soit le niveau de scolarité. Cela a conduit les ministres successifs de l'Éducation nationale à annoncer des mesures de créations. Malheureusement, ces mesures ont rarement été appliquées dans leur intégralité, ce qui explique en partie les retards actuels.

# L'évolution des postes en quelques étapes...

1948 : les premiers postes d'infirmières de l'éducation nationale sont créés dans les CET et les internats. Petit à petit, des postes sont créés, chaque établissement voulant avoir « son » infirmière, ce qui est justifié et positif.

1985 : les 1 200 infirmières de « santé scolaire » dépendant du ministère de la santé sont rattachées au ministère de l'Éducation nationale où exercent 3 500 infirmières dans les lycées et les collèges.

1990 : les lycéens dans la rue réclament des infirmières ! Mise en place par Lionel Jospin du plan d'urgence des lycéens dont la deuxième mesure doit créer 2 000 postes. 84 postes créés !

1994 : Nouveau Contrat pour l'école de François Bayrou dont la décision n° 119 précise « une infirmière par établissement de plus de 500 ». 350 postes créés!

2000 : *BO* collège de l'an 2000 de Ségolène Royal qui prévoit le renforcement du rôle et de la place de l'infirmière dans chaque collège... 700 postes créés !

2005 : Loi pour l'avenir de l'Ecole de François Fillon programme 1 520 créations de postes d'infirmière sur 5 ans ! 300 postes créés en 2006, 300 créés en 2007, 300 créés en 2008. A suivre pour 2009...

Si l'on ajoute les 1 520 créations de François Fillon, le ministère aura créé depuis 1994, date de création du SNICS (\*), plus de 2600 postes d'infirmières... Même s'il faut reconnaître que notre place auprès des jeunes se renforce petit à petit, ces créations ne suffisent toujours pas compte tenu du retard accumulé : il manque ainsi plus du double des postes existants aujourd'hui (soit 7 000 postes) au corps des infirmières de l'Éducation nationale pour remplir l'ensemble des missions qui nous sont assignées... C'est pourquoi le SNICS œuvre sans relâche pour une véritable politique de santé s'accompagnant des moyens nécessaires pour tous les jeunes quel que soit le niveau de scolarité et le lieu (rural ou urbain).

(\*) les nombreuses manifestations du SNICS pour obtenir des moyens infirmiers, ne sont pas étrangères à ces créations de postes!

# **QUELQUES PRINCIPES DE LA FONCTION PUBLIQUE**

#### La carrière

La fonction publique d'état en France est basée sur un système de carrière et non sur un système d'emploi. Les agents sont recrutés pour faire « carrière » pendant toute leur vie active, sauf accident ou sanction disciplinaire. Il en résulte deux caractéristiques principales :

- une hiérarchisation des grades et des emplois.
   Ex.: les infirmières de classe supérieure sont dans une grille indiciaire dont l'indice terminal est supérieur au grade d'infirmière de classe normale.
- une situation statutaire et réglementaire.

#### Le Statut

Tous les agents publics ont une situation juridique définie unilatéralement par des dispositions générales et impersonnelles, édictées sous forme de lois ou règlements (décrets, arrêtés) qui constituent leur statut. Cette situation a une double implication juridique :

- interdiction des accords individuels : il est impossible pour l'administration et ses agents de négocier des conditions particulières d'emploi, de rémunération ou d'avancement. Seules les dispositions statutaires sont applicables excluant tout arrangement aussi bien dans l'intérêt de l'administration

que celui de l'agent. De tels arrangements étant considérés comme nuls, ils ne sont créateurs ni de droits ni d'obligations. Par conséquent, ni l'administration ni l'agent ne sont en aucun cas tenus de les respecter;

- la mutabilité de la situation de l'agent : l'administration peut à tout moment, mais selon des procédures très précises (avis de certaines commissions et instances voire avis du Conseil d'Etat, publications de décrets et arrêtés), modifier la réglementation en vigueur. Cependant, un traitement perçu en vertu de la réglementation antérieure est définitivement acquis.

Contrairement au salarié de droit privé qui est lié à son employeur par un contrat de travail, le fonctionnaire entre dans un statut légal et réglementaire, ce qui signifie qu'il ne peut négocier ses conditions de travail et que sa situation est modifiable à tout moment. Le fonctionnaire peut donc voir sa situation évoluer dans un sens avantageux (augmentation de ses droits) ou au contraire désavantageux (augmentation de ses obligations).

Cette situation résulte du fait que le fonctionnaire doit remplir un service public et donc répondre à la satisfaction de l'intérêt général.

Cependant ses conditions de travail pourront être négociées, et elles le sont, non pas individuellement mais collectivement par les organisations syndicales au sein des instances paritaires.

# Le principe de distinction entre le grade et l'emploi

Un principe prévaut dans toute la fonction publique, celui de la distinction entre le grade (carrière) et l'emploi (poste).

Cela signifie que le grade est personnel, il appartient au fonctionnaire, alors que l'emploi est un poste de travail qui est à la disposition de l'autorité administrative (le Ministre, le Recteur). Ainsi les négociations ou les modifications de postes (emplois) relèvent d'instances spécifiques, les Comités Techniques Paritaires (CTP), alors que tout ce qui relève de la carrière (la situation personnelle de l'agent) relève des Commissions Administratives Paritaires (CAP). Les organisations syndicales siègent dans ces deux types d'instances.

# Le principe de partition

La carrière de l'infirmier(e) à l'Education Nationale, du recrutement à la liquidation des droits c'est à dire la retraite, sera ponctuée de moments et d'actes administratifs. Que ce soit pour la nomination, la titularisation, l'avancement, les mutations, les détachements... les représentants du personnel sont obligatoirement consultés. En effet depuis la loi de juillet 1983, la Fonction Publique fonctionne selon le principe de partition. « Les fonctionnaires participent, par l'intermédiaire de leurs délégués siégeant dans des organismes consultatifs, à l'organisation et au fonctionnement des services publics, à l'élaboration des règles statutaires et à l'examen des décisions individuelles relatives à leurs carrières ». Cette participation s'étend aussi à la gestion de l'action sociale, culturelle, sportive et de loisirs dont peuvent bénéficier les fonctionnaires.

La mise en œuvre de ce principe s'effectue par l'intermédiaire d'organismes consultatifs à caractère paritaire (un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants des personnels). Ces organismes se retrouvent aussi bien à l'échelon national (ministère) que sur le plan local (académies).

Les plus significatifs quant à leur implication directe sur notre carrière ou nos postes sont au niveau académique:

# - Le Comité Technique Paritaire Académique (CTPA)

Présidé par le Recteur et composé à nombre égal des représentants de l'administration et des représentants des personnels désignés par les organisations syndicales représentatives. Les sièges sont répartis entre les organisations syndicales compte tenu du nombre de voix obtenues aux élections des Commissions Administratives Paritaires. Le CTPA traite des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services (implantation des postes et leur quotité...), au recrutement des personnels, à leur formation. Il est obligatoirement consulté sur les critères de répartition des primes et indemnités etc.

# Les Commissions Administratives Paritaires Académiques (CAPA)

Egalement présidées par le Recteur, elles sont paritaires comme le CTPA. Les représentants des personnels y siégeant sont élus à la représentation proportionnelle sur des listes présentées par les organisations syndicales. La consultation des CAPA est obligatoire préalablement à toute décision individuelle affectant la carrière d'un fonctionnaire : titularisation, notation, avancement, détachement ou mutation, licenciement pour insuffisance professionnelle et congé pour formation. Le défaut de leur consultation entache d'illégalité la décision prise. Les CAPA peuvent

être consultées à la demande du fonctionnaire dans les cas de refus d'autorisation de travail à temps partiel ou d'absence pour suivre une formation. Elles peuvent également siéger en conseil de discipline.

L'importance des CAPA est telle que la jurisprudence considère leur existence dans les services, comme une garantie fondamentale.

## Le principe hiérarchique

Un autre principe fondamental de la Fonction Publique est celui du principe hiérarchique, caractéristique de l'organisation administrative. Ce principe se traduit par l'exercice d'une autorité qui suppose une structure pyramidale des tâches, et des rapports de subordination entre ceux qui les accomplissent.

A chaque niveau de cette hiérarchie (ministère, rectorat, établissement) correspond une sphère de compétences qui s'exerce sous le contrôle du niveau qui lui est immédiatement supérieur. La subordination ne repose pas sur des liens de dépendances personnelles. Elle résulte d'un système de règles impersonnelles et objectives qui déterminent des fonctions et les conduites des agents. Ces derniers ne sont tenus d'obéir que dans le cadre des obligations de leurs fonctions. L'obligation d'obéissance hiérarchique représente dès lors une subordination globale au service public et à l'intérêt général. Cependant la profession d'infirmière est réglementée par décrets inscrits au code de santé publique. De ce fait les infirmiers sont en permanence dans l'exercice d'une responsabilité dont ils rendent compte uniquement au pénal. De plus ils ne peuvent aliéner leur indépendance professionnelle pour quel que motif que ce soit et quel que soit leur secteur d'activité. Par conséquent le principe hiérarchique ne vaut, pour ce qui les concerne, que dans le cadre de leurs obligations de fonctionnaires et non pour les obligations et actes professionnels. Il n'y a donc aucune subordination hiérarchique professionnelle pour les infirmier(e)s que ce soit à l'égard des chefs d'établissements, des Infirmières Conseillères Techniques Départementales ou Rectorales ou des médecins. Toute pseudo structure hiérarchique professionnelle pour les infirmier(e)s de l'Education Nationale est de fait illégale.

# Traitements au 1er octobre 2008

# INFIRMIER OU INFIRMIERE DE CLASSE NORMALE

		Traitement	S A L A I R E S N E T S supplément familial							amilial	
	Indice	brut	adhérents MGEN			non adhérents MGEN			1 enfant : 2,29 euros		
		mensuel	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 1	Zone 2	Zone 3	2 enfants	3 enfants	enfant en +
1 <sup>er</sup> échelon	308	1 403,18	1 171,40	1 147,89	1 136,14	1 207,54	1 183,32	1 171,22	72,10	179,05	127,43
2º échelon	324	1 476,31	1 232,46	1 207,72	1 195,35	1 270,48	1 244,99	1 232,26	72,10	179,05	127,43
3º échelon	343	1 563,15	1 304,95	1 278,76	1 265,66	1 345,20	1 318,23	1 304,74	72,10	179,05	127,43
4º échelon	367	1 672,85	1 396,53	1 368,50	1 354,48	1 439,61	1 410,73	1 396,30	72,10	179,05	127,43
5° échelon	390	1 777,97	1 484,29	1 454,50	1 439,60	1 530,08	1 499,39	1 484,05	72,10	179,05	127,43
6° échelon	416	1 896,81	1 583,50	1 551,71	1 535,81	1 632,34	1 599,60	1 583,23	72,10	179,05	127,43
7º échelon	446	2 033,93	1 697,97	1 663,88	1 646,84	1 750,34	1 715,24	1 697,69	72,10	179,05	127,43
8º échelon	481	2 193,90	1 831,51	1 794,75	1 776,37	1 888,01	1 850,14	1 831,22	76,49	190,75	136,20

# INFIRMIER OU INFIRMIERE DE CLASSE SUPERIEURE

		Traitement	SALAIRES NETS						supplément familial		
	Indice		adhérents MGEN			non adhérents MGEN			1 enfant : 2,29 euros		
		mensuel	Zone 1	Zone 2	Zone 3	Zone 1	Zone 2	Zone 3	2 enfants	3 enfants	enfant en +
1 <sup>er</sup> échelon	411	1 878,53	1 568,24	1 536,76	1 521,01	1 616,61	1 584,19	1 567,98	72,10	179,05	127,43
2º échelon	442	2 020,22	1 686,52	1 652,66	1 635,74	1 738,54	1 703,67	1 686,24	72,10	179,05	127,43
3° échelon	466	2 129,91	1 778,09	1 742,41	1 724,56	1 832,94	1 796,19	1 777,81	74,57	185,63	132,36
4° échelon	490	2 239,61	1 869,67	1 832,14	1 813,37	1 927,34	1 888,69	1 869,36	77,86	194,41	138,95
5° échelon	515	2 353,87	1 965,06	1 925,62	1 905,90	2 025,67	1 985,06	1 964,74	81,29	203,55	145,80
6° échelon	534	2 440,71	2 037,56	1 996,66	1 976,21	2 100,41	2 058,29	2 037,23	83,89	210,50	151,01

# Déroulement de carrière (décret juillet 2003)

	Rémuné	ration	Durée	
	<b>Echelon</b>	<u>INM</u>	<u>Moyenne</u>	<u>Minimale</u>
	1 er	308	1 an	1 an *
	2e	324	2 ans	1 an 6 mois
Infirmier(e)	3°	343	3 ans	2 ans 3 mois
de classe	<b>4</b> e	367	3 ans	2 ans 3 mois
normale	5°	390	4 ans	3 ans
	6°	416	4 ans	3 ans
	7e	446	4 ans	3 ans
	8e	481	**	**
	1 er	411	2 ans	2 ans
	2e	442	2 ans	1 an 6 mois
Infirmier(e)	3e	466	3 ans	2 ans 3 mois
de classe	<b>4</b> <sup>e</sup>	490	3 ans	2 ans 3 mois
supérieure	5°	515	4 ans	3 ans
•	6°	534	**	**

NB: La durée minimale dans un échelon peut être obtenue par l'attribution éventuelle de mois de bonification. Il n'est pas possible d'avoir une durée inférieure à la durée minimale spécifiée pour chaque échelon.

(\*) dès leur nomination les infirmiers bénéficient d'une bonification de 12 mois

(\*\*) pas de durée moyenne ou minimale dans le dernier échelon d'un grade.

# Statut

Notre carrière est définie par le décret n° 94-1020 du 23/11/94 modifié par le décret n° 2003-695 du 28/07/03.

- Pour les collègues venant d'une autre fonction publique, il y a conservation de l'indice et donc salaire brut identique (les indemnités par contre sont différentes d'une fonction publique à l'autre).

Si votre administration d'origine n'a pas transmis votre dossier dans des délais rapides, il est possible que le rectorat vous nomme au 1<sup>er</sup>échelon. Cette situation sera alors régularisée dès réception de votre dossier.

Dans le cas d'une démission, la carrière antérieure n'était jusqu'à présent pas prise en compte. L'intérêt du nouveau statut est de reprendre la totalité des services d'infirmier accomplis antérieurement au moment de la titularisation.

– Pour les collègues venant du libéral, de structures privées ou ayant été contractuel(le)s à l'Éducation nationale, le nouveau statut prévoit d'emblée une nomination au 2° échelon du 1er grade (INM 323) ainsi qu'au moment de leur titularisation, une reprise de la totalité des services infirmiers effectués antérieurement. Cela aboutit à les reclasser immédiatement dans le grade d'infirmière de classe normale. Ex. : une infirmière ayant exercé six ans en usine sera classée au 4° échelon alors qu'avec l'ancien statut elle aurait été classée au 2° échelon.

# LES OBLIGATIONS DE SERVICE

Décrets et arrêtés (15/01/02 et 18/06/02) fixent nos obligations.

Notre temps de travail [dont un forfait de 10 % est décompté pour mettre en œuvre notre profession (\*)], se répartit obligatoirement sur 36 semaines. Etabli par le chef d'établissement après consultation de l'infirmière, cet emploi du temps de 39 h 40 par semaine peut être réparti sur cinq jours. L'amplitude maximale entre l'heure de prise de service matinale et l'heure de fin de service du même jour ne doit pas dépasser 11 heures ni être fractionnée en plus de deux périodes. Les infirmières d'internat peuvent assurer par semaine jusqu'à trois gardes de nuit de 21 heures à 7 heures qui ne donnent pas lieu à compensation. Par contre le temps d'intervention effectué pendant la nuit d'astreinte donne lieu à une récupération du temps travaillé, majoré d'un coefficient multiplicateur de 1,5 (60' de travail = 90' minutes récupérées).

(\*) l'infirmier n'a pas à rendre compte de l'utilisation de ce forfait de 10 % qui relève de sa seule responsabilité.

#### Organisation du service

Le chef d'établissement doit obligatoirement dresser un tableau de service et faire afficher à l'attention de tous les usagers, les heures de soins ainsi qu'éventuellement l'organisation du service de nuit. L'infirmière bénéficie de plein droit des jours fériés ou chômés accordés aux fonctionnaires qui doivent être déduits de son horaire hebdomadaire de travail. Aucun service de nuit ne doit être effectué par une infirmière non logée.

## Congés

En raison des conditions d'accomplissement de leur service, les congés des infirmier(e)s correspondent au calendrier des vacances scolaires. À l'issue des grandes vacances, elles(ils) reprennent leur service en même temps que les enseignants.

# Le logement

L'infirmier(e) d'internat bénéficie d'une concession de logement par nécessité absolue de service qui lui est obligatoirement attribué. En aucun cas le logement de fonction ne doit être détourné de son affectation. Il doit permettre à l'infirmier(e) d'installer son foyer dans des conditions normales.

NB: L'intégralité de ces textes se trouve dans le « Recueil des Lois et Règlements » que chaque établissement possède. En cas de difficulté pour vous les procurer, adressez-vous aux responsables du SNICS.



# Service des infirmier(e)s des établissements comportant un internat

« Service des infirmier(e)s des établissements publics d'enseignement et de formation relevant du MEN comportant un internat » Circ.  $n^{\circ}$  2002-167 du 2/08/02 (extraits)

La présente circulaire a pour objet de préciser l'horaire de travail et les modalités d'organisation du service des infirmier(e)s exerçant en internat. (...)

#### I. Organisation du service

Le service des infirmières dans les établissements publics d'enseignement et de formation comportant un internat s'inscrit dans le cadre des horaires de travail et des congés définis par le décret n° 2000-815 du 25/08/00 relatif à l'ARTT dans la fonction publique de l'État et les textes pris pour son application au MEN.

En début d'année, une réunion est obligatoirement organisée avec les personnels pour mettre au point le calendrier prévisionnel de travail, de congés et de formation et les modalités d'organisation du service.

Les infirmier(e)s affecté(e)s dans un établissement comportant un internat bénéficient d'une concession de logement par nécessité absolue de service qui leur est obligatoirement attribué. En aucun cas le logement de fonction ne doit être détourné de son affectation. Il doit permettre à l'infirmier(e) d'installer son foyer dans des conditions normales.

En contrepartie, les infirmier(e)s doivent, en plus de leur service hebdomadaire statutaire, assurer chaque semaine trois nuits d'astreinte comprise entre 21 heures et 7 heures. Ce temps d'astreinte ne donne pas lieu à compensation.

En revanche, le temps d'intervention éventuellement effectué lors d'une nuit d'astreinte donne lieu à une récupération du temps travaillé majoré d'un coefficient multiplicateur de 1,5, au prorata du temps d'intervention, temps récupéré au plus tard dans le trimestre suivant le temps d'intervention. Ainsi, à titre d'exemples, quarante-cinq minutes seront récupérées pour une demi-heure de travail effectif, ou une heure trente minutes seront récupérées pour une heure de travail effectif.

Lors de la soirée précédant chaque nuit soumise à astreinte, et exclusivement dans ce cas, un service de soirée peut être organisé par le chef d'établissement, en concertation avec l'infirmier(e), en fonction des besoins des élèves (soins, relation d'aide, accompagnement...) et des actions à conduire, au cours de la plage horaire comprise entre 18 heures et 21 heures (\*). La périodicité de ces interventions peut être discutée lors de l'élaboration du calendrier prévisionnel de travail.

L'astreinte de nuit des infirmier(e)s d'internat logé(e)s par NAS s'effectue dans le logement de fonction ou à proximité immédiate. L'infirmier(e) doit être joignable et en mesure d'intervenir dans les meilleurs délais en cas d'urgence.

Dans les établissements qui disposent de deux infirmier(e)s logé(e)s, les trois nuits d'astreinte sont accomplies par chaque infirmier(e), selon une périodicité organisée, après concertation avec les intéressé(e)s, par le chef d'établissement et sous sa responsabilité. Le service de soirée est alors organisé selon les modalités susmentionnées.

II. Mise en place du protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE, *BOEN* n° 1 du 6/01/00.

Compte tenu de la nouvelle organisation des astreintes auxquelles sont soumis(e)s les infirmier(e)s d'internat, le chef d'établissement doit faire afficher le tableau de service des infirmier(e)s dans tous les lieux passants de l'établissement afin que les jours et horaires de présence de l'infirmier(e) et les heures de soins soient connus de tous les usagers.

L'organisation du service de nuit devra être également affichée de la même façon. Le protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les EPLE (publié au BOEN n° 1 du 6/01/00) permet de compléter, en tant que de besoin, le présent dispositif en garantissant une intervention efficace en cas de maladie ou d'accident survenant à un élève, en l'absence d'infirmier(e).

Les présentes dispositions ne sauraient transférer sur d'autres personnels de l'établissement l'exécution des tâches spécifiques liées à la fonction et aux compétences de l'infirmier(e). Elles reconnaissent aussi aux chefs d'établissement leur pleine responsabilité dans l'organisation des services et la mise en œuvre du protocole national, dans le respect des dispositions du décret n° 85-924 du 30/08/85 et dans les conditions et limites fixées par l'article 121-3 du code pénal.

Les infirmier(e)s d'internat ne sont pas concerné(e)s par le service d'été et de petites vacances organisé pendant les congés des élèves.

(\*) Les heures effectuées entre 19 heures et 21 heures sont majorées d'un coefficient multiplicateur de 1 x 2 (120' de travail = 144' comptées).

# A savoir quand on arrive à

Dès votre recrutement après réussite au concours, le recteur doit vous nommer sur un emploi (poste).

#### La nomination

Pour être juridiquement valable, la nomination doit avoir pour objet de pourvoir un emploi vacant (Loi du 13 juillet 1983, art. 12, al. 3). Il en résulte que la nomination doit être destinée à permettre une occupation effective de l'emploi. Il faut par suite que l'emploi soit effectivement vacant. Si l'un des des deux éléments, voire les deux, est absent, la nomination est irrégulière et juridiquement inexistante. La nomination se traduit par la production d'un acte administratif que vous devez signer et dont vous devez posséder un exemplaire. Il s'agit de votre arrêté de nomination qui est nominatif et décrit précisément votre situation ainsi que l'emploi que vous devez occuper.

Une fois nommé(e), l'administration procède à votre installation.

#### L'installation

Il appartient au chef d'établissement de votre résidence administrative d'établir un procès verbal d'installation que vous devez vérifier et signer. Une copie de ce PV doit vous être remise. Il est impératif de vérifier que ce PV correspond bien à votre nomination (internat/externat/poste mixte, etc.). En effet, ce document très important, en lien avec votre arrêté de nomination, permet à l'administration rectorale de gérer votre carrière et en particulier les éléments non fixes de votre traitement (NBI, Indemnité de résidence...). Ce document est également une référence en cas de contestation (horaires, frais de déplacements, nuits...). Il signifie aussi en terme de droit, que vous occupez effectivement l'emploi sur lequel vous avez été nommée.

Dès la signature de votre procès-verbal d'installation, le rectorat doit procéder à une avance sur salaire correspondant à 80 pour cent du salaire. La régularisation de votre salaire doit se faire au cours des deux mois suivants

#### La titularisation

A l'issue d'une période de stage, habituellement un an pour un exercice à temps plein, vous serez titularisé(e) après avis de la CAPA. Ce n'est qu'à la titularisation que l'agent est définitivement intégré au corps auquel il appartient (le corps particulier des infirmier(e)s de l'éducation nationale) et rangé dans un grade correspondant. C'est par la titularisation que sont acquis les droits et prérogatives attachés au grade. C'est un acte définitif au sein d'une même fonction publique et qui n'a pas besoin d'être renouvelé en cours de carrière.

La titularisation doit intervenir par décision expresse du recteur après avis de la CAPA et se traduit par un arrêté qui doit vous être remis. La titularisation, période clé dans la carrière, suscite un contentieux fourni, notamment en ce qui concerne la rémunération, le décompte des années de services antérieurs ou la prise en compte des acquis professionnels

Lors de votre titularisation, vous pouvez demander le rachat de vos éventuels services contractuels pour qu'ils soient pris en compte dans le calcul de votre retraite.

# Tout connaître sur les mutations

La mutation intervient le plus souvent à l'initiative du fonctionnaire qui souhaite un changement de résidence. Elle peut intervenir à la demande de l'administration dans certains cas comme la suppression de postes, mais la jurisprudence établit certaines règles afin d'éviter les sanctions déguisées. En effet la mutation d'office doit être distinguée du déplacement d'office qui est une sanction disciplinaire. La mutation est un droit du fonctionnaire prévu par la loi 84-16 du 11 janvier 1984.

Le régime des mutations suit des règles précises. D'abord, les emplois vacants sont obligatoirement publiés. Par conséquent, les mutations prononcées sans publicité sont déclarées irrégulières. Ensuite les CAPA jouent un rôle important dans l'établissement des tableaux de mutations et sont saisies pour avis préalablement à l'élaboration de la liste définitive par le Recteur.

Vous avez été nommée sur un poste provisoire? Vous **devez obligatoirement** faire une demande de mutation.

Vous avez été nommée sur un poste à titre définitif? Vous **pouvez** également, sans condition de durée effective dans le poste, demander votre mutation si ce poste ne vous convient pas et même si l'administration prétend que vous n'en avez pas le droit.

#### La procédure

Durant les mois de février ou mars, les rectorats font paraître la liste des postes vacants et simultanément, les modalités retenues dans l'académie : documents à remplir ou à fournir avec la demande de mutation, calendrier des opérations, nombre de vœux maximal à formuler etc. Le calendrier varie d'une académie à l'autre compte tenu du caractère déconcentré de la gestion des infirmier(e)s de l'Education nationale. Les CAPA prononçant les mutations se tiennent quant à elles généralement en mai ou juin.

Les mutations se font à partir d'un barème tenant compte en général de l'ancienneté dans le poste, dans la fonction publique et à l'Education nationale et parfois de la note. Chaque critère peut être affecté d'un coefficient multiplicateur.

Si plusieurs candidats postulent pour un même poste, c'est celui qui a le plus fort barème qui sera muté. Les nominations sont ensuite prononcées pour la rentrée scolaire suivante, en l'occurrence pour cette année au 1er septembre 2008.

# Cas particulier des mutations interacadémiques

Vous voulez muter dans une autre académie? Vous devez impérativement prendre contact avec le rectorat de cette académie afin qu'il vous fasse parvenir le dossier de mutation, le calendrier des opérations ainsi que la liste des postes vacants. Vous pouvez également prendre contact avec les responsables du SNICS de cette académie afin qu'ils vous aident dans ces démarches.

Votre demande sera examinée lors de la CAPA mutation de cette académie. Mais attention le nombre de postes ouvert par mutation intercadémique est généralement faible voire inexistant pour certaines académies et il varie d'une académie à l'autre ! Quel que soit le cas de figure il est important de ne pas limiter ses vœux à la seule liste des postes vacants. En effet des postes sont susceptibles de se libérer par le jeu des mutations. De même des mises à la retraite ou en disponibilité et des démissions peuvent survenir entre l'établissement des voeux et la tenue de la CAPA. Il faut donc, lors de l'établissement de sa fiche de vœux, partir du principe que tout poste est susceptible d'être vacant. Les élus du SNICS vous aideront dans toutes les étapes de cette procédure.

#### Les priorités

Lors de l'établissement du tableau des mutations en CAPA, il est tenu compte des situations personnelles et familiales. C'est pour cette raison que vous pouvez les faire connaître aux représentants du SNICS afin qu'ils les défendent lors des CAPA. Certaines de ces situations permettent, **sous conditions**, d'obtenir des mutations prioritaires (suppression de poste, problèmes médicaux). La loi n° 99-944 du 15 novembre 1999 a ciblé en particulier le cas des conjoints, concubins ou partenaires liés par un PACS, séparés pour des raisons professionnelles.



# Travail à temps partiel

Il est possible, même en tant que stagiaire, de travailler à temps partiel (50 à 90 pour cent). La demande est à formuler auprès du Recteur, par la voie hiérarchique. Dans l'éventualité d'un refus émis par le chef d'établissement, ce refus doit faire l'objet d'un entretien et être motivé. L'intéressé(e) doit alors faire appel à la CAPA pour que sa demande soit examinée.

NB: en cas de travail à temps partiel, la durée du stage sera prolongée proportionnellement à la quotité du temps de travail et sera donc supérieure à une année scolaire.



# Disponibilité

La disponibilité est la position du fonctionnaire placé hors de son administration d'origine et qui cesse par conséquent de bénéficier de ses droits à avancements et à la retraite. La demande est à effectuer au recteur par voie hiérarchique (cf. textes regroupés dans le Recueil des Lois et Règlements RLR 610-6).

#### Deux cas de figure:

- a) La mise en disponibilité est accordée sous réserve des nécessités de service pour : 
   études ou recherches présentant un intérêt général. Durée : trois ans au maximum, renouvelable une fois soit six ans au total ; 
   convenances personnelles. Durée : par période de trois ans maximum, renouvelable sans excéder dix ans sur l'ensemble de la corrière.
- Créer ou reprendre une entreprise.
   Durée : deux ans au maximum. Conditions : avoir au moins trois ans de service.
- b) La mise en disponibilité est accordée de droit pour :
- donner des soins à un enfant, à un conjoint ou à un ascendant suite à un accident ou une maladie grave. Durée : trois ans au maximum renouvelable deux fois ;
- élever un enfant de moins de huit ans ou donner des soins à un enfant à charge, à un conjoint ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne. Pas de limitation de durée;
  suivre son conjoint. Pas de limitation de durée:
- exercer un mandat d'élu local. La durée

est égale à la durée du mandat. Le ministre fait procéder aux enquêtes nécessaires en vue de s'assurer que l'activité du fonctionnaire correspond bien aux motifs de sa demande de mise en disponibilité. La circulaire n° 1504 du 11 février 1983 précise que ce contrôle doit s'exercer au moins deux fois par an.

## Quelques questions...

# A-t-on le droit de travailler lorsqu'on est en disponibilité?

L'article 1 du titre 1er du décret n° 85-168 du 17 février 1995 explicite les activités interdites au fonctionnaire en disponibilité : – si le fonctionnaire était déjà lié avec cette entreprise de par ses fonctions (surveillance, contrôle);

- si le fonctionnaire passait des marchés au nom de l'administration avec ces entreprises :
- si les activités lucratives du fonctionnaire sont de nature à porter atteinte à la dignité de la fonction publique.

Une interprétation abusive du décret du 29 octobre 1936 a voulu imposer aux fonctionnaires placés en disponibilité les mêmes inter-dictions qu'aux fonctionnaires en activité pour ce qui concerne les règles de cumul d'emploi. Deux textes sont venus pondérer cette application :

– la circulaire Fonction publique n° 1504 du 11 février 1983 : « j'estime que c'est à tort qu'a été retenu cette solution (interdiction d'emploi) et il apparaît que les dérogations à l'interdiction de cumul d'emploi prévues pour les fonctionnaires en activité doivent être maintenues en faveur des fonctionnaires en disponibilité... » ;

- le Tribunal Administratif de Versailles du 23 décembre 1970, affaire dame Beau, Lebon p. 857 « Reconnaît au fonctionnaire placé en disponibilité pour élever un enfant la possibilité de se livrer à une activité rémunérée dès lors que l'exercice de celleci permet d'assurer néanmoins normalement l'éducation de son enfant ». De fait un fonctionnaire placé en disponibilité peut exercer une autre activité à l'exception des trois cas suscités.

## Qu'en est-il de la réintégration ?

Elle est régie par l'article 49 du décret n° 2002-684 du 20 avril 2002. Seul le fonctionnaire ayant une disponibilité pour exercice d'un mandat d'élu local est réintégré et réaffecté dans son emploi antérieur. Dans tous les autres cas :

- la réintégration est de droit ;
- la réintégration est subordonnée à la vérification de l'aptitude physique par un médecin agréé;
- trois mois avant l'expiration de la disponibilité, le fonctionnaire fait connaître à l'administration sa décision de réintégrer son corps d'origine;
- l'une des trois premières vacances dans son grade doit lui être proposée. S'il refuse trois postes successivement, il peut être licencié après avis de la Commission Administrative Paritaire compétente. Dans les cas de disponibilité pour soins à un conjoint, élever un enfant de moins de huit ans ou suivre son conjoint, le fonctionnaire est obligatoirement réintégré à la première vacance dans son corps d'origine et affecté à un emploi correspondant à son grade.

# Changement de résidence et prime spéciale d'installation

Que vous ayez obtenu une mutation, un détachement, un congé maladie ou que vous veniez d'être recruté dans l'Education nationale, vous avez des droits en matière d'indemnisation de vos frais de déménagement ou de prime d'installation... Cet article vous concerne...

## 1. Changement de résidence

#### Les textes

Décret n° 90-477 du 28 mai 1990 modifié par le décret n° 2000-928 du 22 septembre 2000 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils de l'Etat, articles 17 à 26.
 Circulaire du 22 septembre 2000 relative aux conditions et aux modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des personnels civils de l'Etat dans son titre III.

#### Définition

Constitue un changement de résidence l'affectation prononcée, à titre définitif, dans une commune différente de celle dans laquelle l'agent était antérieurement nommé. Le déménagement effectué à l'intérieur de la résidence administrative soit pour occuper, soit pour libérer un logement concédé par nécessité absolue de service, est assimilé à un changement de résidence.

Dans les cas énumérés ci-dessous l'infirmière à droit à une prise en charge des frais de changement de résidence.

## Qui est concerné et sous quelles conditions?

- a) Condition de durée : avoir exercé au moins cinq ans dans sa résidence administrative ou trois ans en cas de première affectation
- Dans tous les cas de mutations pour lesquels l'agent a formulé des vœux.
- En cas de détachement, de mise à disposition ou de congés de formation sur demande de l'agent.
- Dans les cas où il est mis fin au détachement, à la mise à disposition à la demande de l'agent. Cependant s'il est réaffecté sur sa précédente résidence administrative il ne peut prétendre à aucune indemnisation. Idem pour la fin du congé de formation.

La mise en congé parental, en disponibilité, en congé maladie ou de longue durée n'ouvre pas droit aux indemnités pour changement de résidence. C'est uniquement lors de la réintégration, à l'issue du congé ou de la disponibilité, qu'une indemnisation est possible et seulement si l'infirmière n'est pas réintégrée dans sa résidence antérieure au congé ou à la disponibilité.

# b) Sans condition de durée :

- Dans le cas d'admission à la retraite.
- Dans le cas de décès de l'agent.
- En cas de rapprochement de conjoint lorsque la mutation a pour objet de rapprocher, soit dans un même département, soit dans un département limitrophe un fonctionnaire de l'Etat de son conjoint ou partenaire PACSE qui a la qualité de fonctionnaire ou d'agent contractuel de l'Etat.
- En cas de mutation d'office prononcée à la suite de la suppression, du transfert géographique ou de transformation de l'emploi occupé.

# A quoi ai-je droit?

#### Frais de changement de résidence

Les frais de changement de résidence sont remboursés au moyen d'une indemnité forfaitaire. Nous n'avons donc pas à justifier du transport effectif du mobilier, mais simplement du changement de résidence. Nous devons apporter la

preuve que chacun des membres de la famille a rejoint la nouvelle résidence. Font preuve : quittance de loyer, engagement de location, pièce établissant la qualité de propriétaire, certificat de scolarité, facture de déménagement... En ce qui concerne la facture de déménagement la production de celle ci est sans effet sur le montant de l'indemnisation puisqu'elle est forfaitaire.

# Frais de transport de personnes

La prise en charge des frais de transport des personnes obéit aux mêmes règles que celles pour les frais de déplacement, elle est accordée pour le trajet le plus court entre l'ancienne résidence administrative et la nouvelle. Nous pouvons utiliser notre véhicule personnel.

Prise en compte du conjoint, du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin et des membres de la famille. Selon la taille de la famille le montant des indemnités forfaitaires varient. Elles sont soumises à condition de ressources si le conjoint n'est pas fonctionnaire. Dans le cas ou votre conjoint n'est pas fonctionnaire vous devez fournir une attestation de son employeur certifiant qu'il ne prend en charge ni les frais du conjoint, ni ceux de l'agent et des membres de la famille.

Pour être pris en compte, les membres de la famille doivent vivre habituellement sous le même toit que l'agent et l'accompagner ou le rejoindre dans un délai maximal de neuf mois à partir de la date de son installation administrative. Dans le cas de couples de fonctionnaires la condition de ressources ne s'applique pas et chacun reçoit une indemnité forfaitaire.

Dans le cas ou l'agent vit seul avec des enfants ou ascendants à charge, l'indemnité forfaitaire dont il peut bénéficier est celle qui est prévue pour un agent marié.

# L'administration me versera-t-elle la totalité des indemnités ?

Vous serez indemnisé à 100 pour cent si votre changement d'affectation n'a pas lieu à votre demande et à 80 pour cent dans les autres cas.

Cas particulier de la réintégration après CLM ou CLD Indemnisation à 100 pour cent si le changement d'affectation n'a pas lieu à la demande de l'agent, ou bien intervient sur sa demande, mais pour des raisons de santé reconnues par le comité médical. Indemnisation à 80 pour cent dans le cas contraire.

# 2. Prime spéciale d'installation

Cette prime concerne les agents nommés dans l'une des communes de la région lle de France ainsi que ceux de l'agglomération de Lille. Pour en bénéficier l'agent doit être titularisé dans un grade dont le 1er échelon est doté d'un indice brut inférieur 415 ce qui est le cas des infirmières.

Le montant de cette prime spéciale est égal à la somme du traitement brut mensuel et de l'indemnité de résidence afférent à l'indice brut 500. Elle doit être payée dans les deux mois suivant la prise effective de fonction dans son intégralité. Cependant cette prime n'est pas due lorsque l'agent ou son conjoint occupe un logement par nécessité absolue de service (Internat).

Les secrétaires académiques du SNICS sont à votre disposition pour vous aider dans les démarches à entreprendre auprès des services rectoraux.

Réf.: décret n° 89-259 du 26 juillet 1983, décret n° 89-259 du 24 avril 1989 modifié par décret n° 92-97 du 24 janvier 1992 et circulaire FP n° 1730/B2/B n° 103 du 13 novembre 1989.

# Régime indemnitaire

#### I. IAT et IFTS

Suite à la loi sur les 35 heures imposant à tous les ministères 1600 heures, des comparaisons en matière de primes ont montré que l'Éducation nationale avait les régimes indemnitaires les plus bas, et de loin! C'est pourquoi, depuis 2002, une harmonisation progressive intervient chaque année.

En 2002, ces indemnités ont été versées au taux moyen : 549 euros pour l'IAT et 800 euros pour les IFTS. En 2003, IAT et IFTS ont été portées à 1,50 du taux moyen puis ont été augmentées chaque année pour arriver en 2008 à 2,95 % au moins.

L'IAT (Indemnité d'administration et de technicité) est perçue par les infirmiers logés ou non logés, dont l'indice brut est inférieur à 380 (les trois premiers échelons du 1<sup>er</sup> grade).

Les IFTS (Indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires) sont perçues par les infirmiers non logés à partir du 4° échelon du 1er grade.

IAT et IFTS sont payées forfaitairement et modulables de 1 à 8, ce qui signifie que l'attribution individuelle ne peut excéder 8 fois le montant moyen attaché à la catégorie (cf. art. 3 du décret 2002-61 du 14/01/02).

#### Et les infirmières d'internat?

Ce décret a créé une absurdité appelée « effet de seuil » : lorsque les infirmières d'internat du 1er grade passent du 3er au 4er échelon, elles perdent le droit à ces indemnités puisque les IFTS sont incompatibles avec le fait d'être logé! Bien que le SNICS et la FSU se soient adressés à plusieurs reprises aux ministères de l'Education nationale et de la fonction publique, cette question est restée jusqu'à présent sans solution.

Pourtant, Xavier Darcos que nous avons rencontré le 5 mai 2008, a demandé que cette question soit traitée dans les meilleurs délais. C'est donc un dossier que nous suivons de très près.

#### II. NBI

Les infirmier(e)s qui exercent dans certains établissements ou zones définies comme imposant des contraintes particulières, peuvent bénéficier d'une bonification indiciaire qui se rajoute au traitement perçu. Cette NBI, prise en compte et soumise à cotisation pour le calcul de la retraite, se calcule en nombre de points indiciaires supplémentaires (cf. Le décret n° 2004-876 du 26 août 2004 relatif à la NBI, JO 28/08/04).

- 10 points si vous exercez en internat ;
- 15 points si vous exercez en ZE;
- 20 points si c'est en EREA ou sur zone sensible (ZS).

Les points sont cumulables dans certaines conditions si vous êtes par ex infirmière d'internat dans un établissement situé en ZS ou en ZEP.

# Quelle position syndicale face au régime indemnitaire ?

Le système indemnitaire se développe de plus en plus avec des conditions d'attribution différentes selon les indemnités, créant disparités et inégalités entre professionnels d'un même corps tel l'octroi des IFTS aux seules infirmiers non logés. Au lieu de créer ces inégalités génératrices de tensions au sein de la profession, pourquoi ne pas simplement reconnaître à sa juste valeur notre profession par la catégorie A pour tous ? C'est la voie que le SNICS a choisie depuis sa création.

# SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S CONSEILLER(E)S DE SANTE





# Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2008/2009

Académie :				Dépai	rtement :			
Mme Mlle M. (*) Non								
Prénom :				Date	de naissanc	e :		
Adresse personnelle : Ville :		Téléphone	:		Code po Mail :	ostal :		
Adresse administrative Ville : Numéro d'identification		Téléphone ssement ou	:	le postal :	Mail :	Externat /	internat (*)	
Grade : Echo Date entrée Fonction I	elon : Publique :	D	ate de la de Dat		notion : lucation nat	_	Date du D.E.	:
Situation : titulaire - stagiaire - contractuel(le) - vacataire (*)  Quotité de temps partiel : disponibilité - CPA - retraite (*)								
Je règle ma cotisation de :Euros. Par chèque à l'ordre du S.N.I.C.S. ou par paiement fractionné (*). Le paiement fractionné se fera en 4 ou 6 fois. Dans ce cas, remplir le formulaire de prélèvement ci-joint (date limite du paiement fractionné : 1 <sup>er</sup> avril 2009 uniquement pour les paiements fractionnés en 4 fois).								
	le bulletin d' département							
démiques et nationales de go des fichiers et des traitement	estion de ma carr ts informatisés da sion et révocable	rière auxquelle ans les conditi	es il a accès à ons fixées dan	l'occasion des s les articles 2	commissions 26 et 27 de la l	paritaires et l' oi du 6 janvier	autorise à faire 1978. Cette aut	uniquer les informations aca- figurer ces informations dans orisation est à reconduire lors C.S., 46 avenue d'Ivry, 75647
Date: (*) Rayer les mentions inut	tiles	Si	ignature :					
	BARÈI	ME DE	ES CO	DTISA	TION	S 200	8/2009	)
Echelon	1 <sup>er</sup>	<b>2</b> °	<b>3</b> °	<b>4</b> °	5°	6°	7°	8°
Classe normale								
Cotisation	82,80 €	87,10 €	92,20 €	98,60 €	104,80 €	111,80 €	119,90 €	129,30 €
CLASSE SUPERIEURE								
Cotisation	110,50 €	118,80 €	125,30 €	131.70 €	138.40 €	143,50 €		
Auxiliaire, contractuel(le), temps effectué : Exemple	Vacataire : 57	euros / Retra	iité(e) : 51 eu	ıros / disponi	bilité : 30 eui	os / temps pa		on calculée au prorata du
PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION SYNDICALE  Pour régler votre cotisation syndicale par paiement fractionné, vous devez remplir ce formulaire et :  1/ indiquer le montant total de votre cotisation syndicale (cf. tableau ci-dessus) ; 2/ choisir le nombre de prélèvements que vous souhaitez (4 ou 6) ; 3/ signer cette autorisation de prélèvements ; 4/ retourner cette autorisation très rapidement accompagnée d'un RIB ou d'un RIP, à vos responsables académiques du SNICS.  Nom:  Prénom:  Code postal:  Ville:								
Montant total de la c	otisation :		euros - No	mbre de pr	élèvements	choisi : 4 -	6 (rayer la m	ention inutile)
AUTORISATION DE PRELEVEMENT : J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.								
								du créancier : 406165
	-							
•	Compte à débiter : code établissement :							

# JOINDRE VOS RESPONSABLES ACADÉMIQUES SNICS

Aix-Marseille: Etienne HERPIN

Tél.: 06 85 83 43 75 ou 04 42 44 60 48 herpinetienne@aol.com

**Amiens: Carole BELLART** 

Tél.: 06 80 46 51 38 ou 03 22 33 13 88 ou 03 22 95 56 26 (travail)

ou 53 41 00 carolebellart@yahoo.fr

**Besançon**: Roberte VERMOT-DESROCHES

Tél.: 03 81 40 39 78 ou 03 81 48 18 15 ou 18 fsu.roberte@wanadoo.fr

**Bordeaux**: Maurice CHOPIN

Tél.: 06 62 25 75 26 ou 05 58 58 12 36 maurice.chopin@laposte.net

Yannick LAFAYE

Tél.: 06 81 98 38 15 ou 05 57 51 78 44 yannicklafaye@wanadoo.fr

Caen: Véronique SIMON

Tél.: 06 68 77 99 87 ou 02 31 53 34 33 vero.snics@libertysurf.fr

Clermont-Ferrand : André MAROL

Tél.: 04 73 68 35 76 ou 04 73 74 57 72 andre.marol@free.fr

Corse: Pénélope BOUQUET-RUHLING

Tél.: 06 22 45 74 63 bouquetpenelope@tele2.fr

Créteil : Jean-Claude ROGER

Tél.: 06 60 24 14 94 ou 01 41 63 26 10 jean-claude.roger@orange.fr

Diion : SvIvie LADIER

Tél.: 06 89 64 47 35 ou 03 80 35 31 48 s.ladier@free.fr

**Grenoble: Marilyn MEYNET** 

Tél.: 06 23 37 53 78 marilyn2611@yahoo.fr

**Guadeloupe: Rolande DORVILLE** 

Tél.: 06 90 36 05 26 ou 05 90 25 99 06 rolande.lautone@wanadoo.fr

Patricia POMPONNE

Tél.: 06 90 59 58 57 ou 05 90 86 50 36 pomponne.patricia@wanadoo.fr

**Guyane: Sylvie AUDIGEOS** 

Tél.: 06 94 42 98 99 ou 05 94 32 83 54 sylvie.audigeos@wanadoo.fr

Lille: Cindy RATAJCZAK

Tél.: 06 26 61 36 52 ou 03 21 29 21 76 ratajczak.cindy@laposte.net

**Limoges: Laurence TESSEYRE** 

Tél.: 06 81 64 08 14 ou 05 55 12 31 00 laurencetesseyre@yahoo.fr

Lyon: Axel BARBIER

Tél.: 04 77 27 31 07 ou 04 77 27 91 42 barbier.axel@neuf.fr

Martinique: Théodore BRIAND

Tél.: 06 96 41 54 78 ou 05 96 78 37 02 (travail)

**Dominique CASTEL** 

Tél.: 06 96 94 00 11 dominiquecastel972@hotmail.com

Montpellier: Sandie CARIAT

Tél.: 04 67 96 04 31 ou 06 16 88 49 69 s.cariat@yahoo.fr

Nancy-Metz: Anne-Marie TONON

Tél.: 03 82 20 06 89 ou 06 07 05 15 63 ou 03 82 47 14 14 am.tonon@voila.fr

Claudia BLESSON - Tél.: 08 77 47 40 93

Nantes: Maryse LECOURT

Tél.: 02 40 65 92 12 ou 06 89 12 99 06 ou 02 51 70 50 71

mlecourt@wanadoo.fr

Nice: Mireille AUDOYNAUD

Tél.: 06 71 90 21 09 ou 04 93 58 45 45 mireille.audoynaud@free.fr

**Orléans - Tours : Marie LEMIALE** 

Tél.: 02 47 31 01 08 ou 02 47 66 52 31 m.lemiale@wanadoo.fr

Joëlle BARAKAT

Tél.: 02 47 05 29 64 ou 02 47 57 04 34 joelle.barakat@orange.fr

Paris: Chantal CHANTOISEAU

Tél.: 01 45 87 40 32 ou 01 43 64 31 68 cchantoiseau@neuf.fr

**Poitiers: Jean LAMOINE** 

Tél.: 06 72 95 83 62 ou 05 49 05 77 32 corsicajano@laposte.net

**Isabelle DUPONTEIL** 

Tél.: 06 87 24 20 78 ou 05 49 44 81 22 ou 00 isabelleduponteil@wanadoo.fr

**Reims: Viviane DEFRANCE** 

Tél.: 06 67 19 44 21 ou 03 25 29 89 08 defrance.viviane@wanadoo.fr

Rennes: Marie-Hélène GRACIA

Tél.: 06 20 58 47 11 ou 02 97 05 08 58 mhgracia@free.fr

**Réunion: Ana EBRO** 

Tél.: 06 92 21 19 08 ou 02 62 30 81 32 ana.ebro@wanadoo.fr

**Rouen: Claire TOULEMONDE** 

Tél.: 06 81 95 92 83 ou 02 32 60 60 61 cb.toulemonde@wanadoo.fr

Strasbourg: Thierry THIBAUT

Tél.: 06 81 13 29 22 ou 03.90.20.07.30 thierry.thibaut@ac-strasbourg.fr

**Nathalie MONTEILLET** 

Tél.: 06 11 07 59 26 pmonteil@club-internet.fr

**Toulouse: Valérie ROLLAND** 

Tél.: 06 11 46 17 20 valerie.rolland@ac-toulouse.fr

**Versailles: Patricia BRAIVE** 

Tél.: 06 61 14 50 98 ou 01 69 01 48 07 patbraive@wanadoo.fr

**Mayotte: Guy BONHOMME** 

Tél.: 06 39 60 21 80 guybonhommefr@yahoo.fr



# Droits, libertés... EDVIGE, le fichier qui fait couler tant d'encre...

# 19 novembre 2008 : journée mondiale pour la prévention des abus envers les enfants



Cette journée a été lancée en 2000 par la WWSF (\*) pour la création d'une culture de prévention au niveau mondial et pour la mise en application de la Convention relative aux droits de l'enfant

ainsi que des recommandations contenues dans l'Etude de l'ONU sur la violence contre les enfants.

(\*) La WWSF (WWSF Fondation Sommet Mondial des Femmes, B.P. 143, 1211 Genève 20, Suisse. Internet : www.woman.ch), est une ONG internationale, non-confessionnelle, à but non lucratif et avec un statut consultatif auprès des Nations unies, qui travaille pour la mise en œuvre des droits de la femme et de l'enfant ainsi que des objectifs du Millénaire pour le développement. La WWSF est membre de la Conférence des ONG (Congo), de CRIN, d'ISPCAN, MIRA. LIMITA, du groupe des ONG pour la Convention relative aux droits de l'enfant, du Comité d'ONG UNICEF, du Réseau suisse des droits de l'enfant, du sousgroupe de travail sur l'exploitation sexuelle des enfants et de celui sur la violence sur les enfants, du groupe de travail sur les fillettes, de Kinderschutz Schweiz et du Lobby Suisse pour les enfants, parmi d'autres.

# Violences conjugales

Dépêche de l'AFP 2 octobre 2008

Les violences conjugales ont causé en 2007 la mort de 166 femmes en France, soit près d'une victime tous les deux jours, a-t-on appris jeudi auprès du secrétariat d'Etat à la Solidarité, à l'occasion du lancement d'une campagne nationale d'information contre la violence faite aux femmes.

En 2005 ou 2006, en France, 65.000 femmes et fillettes ont été mutilées ou menacées de l'être, et 410.000 femmes ont déclaré avoir été victimes de violences de la part d'un conjoint ou d'un ex-conjoint. Hors ménage, ce sont 260.000 femmes qui ont été victimes de violences sexuelles en 2005 ou 2006, dont 130.000 d'un viol, chiffre extrait d'un rapport de l'Observatoire national de la délinquance.

Ces chiffres ont été rendus publics pour appuyer une campagne nationale d'information qui vise à inciter les victimes ou les témoins, directs ou indirects, de ces violences à réagir et à les dénoncer.

La secrétaire d'Etat à la Solidarité devait présenter à la presse jeudi une série de fiches pratiques permettant de rappeler la loi sur chacun des quatre fronts (violences au travail, violences conjugales, mutilations sexuelles, viols et agressions sexuelles). Le plan triennal de lutte contre la violence faites aux femmes, qui avait mis en avant en 2007 le service d'assistance téléphonique gratuit 3919, sera approfondi au cours du premier semestre 2009, pour renforcer la protection juridique des femmes victimes de violences.

Un décret publié le 1<sup>er</sup> juillet 2008 au Journal officiel institue un nouveau fichier dénommé EDVIGE, organisant le fichage généralisé et systématique de « toutes personnes âgées de 13 ans et plus » « ayant sollicité, exercé ou exerçant un mandat politique, syndical ou économique ou qui joue un rôle institutionnel, économique, social ou religieux significatif ». Il est également prévu de ficher tout individu, groupe ou organisation dont l'activité est susceptible de troubler l'ordre public et de permettre aux services de police d'effectuer des enquêtes administratives pour l'accès à certains emplois ou à certaines missions, sur la base des éléments figurant dans le fichier EDVIGE.

La FSU a dénoncé l'amalgame entre les personnes exerçant des responsabilités électives ou jouant un rôle institutionnel et les individus qui, en raison de leur activité individuelle ou collective, sont susceptibles de porter atteinte à l'ordre public. Elle s'est interrogée en outre sur ce que revêt cette notion de susceptibilité d'atteinte à l'ordre public et demandé au gouvernement si le fait même de manifester son désaccord avec lui ou de prévoir de le faire troublait l'ordre public.

La CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a, quant à elle, émis des réserves sur le très large accès à ce fichier, puisque tous les policiers et gendarmes de France pourront, « sur demande expresse », consulter toutes les informations relatives aux fréquentations, au comportement, aux déplacements, aux opinions au patrimoine, au véhicule..., avec « photographie et signes physiques particuliers » de l'intéressé. Elle a également relevé que des données comme les origines raciales ou ethniques, les opinions politiques, philosophiques ou religieuses ou l'appartenance syndicale, ou qui sont relatives à la santé ou à la vie sexuelle pouvaient être enregistrées, à titre exceptionnel.

Pour combattre ce fichage attentatoire aux libertés fondamentales, un collectif national constitué de forces politiques, syndicales et associatives dont la FSU s'exprime notamment par des rassemblements et des communiqués dont le dernier en date du 7 octobre ci-après.

#### Communiqué du Collectif « Non à EDVIGE »

7 octobre 2008

Ni 1.0., ni 2.0. : le 16 octobre, nous dirons tous « Non à EDVIGE »

À Paris comme dans toutes les régions de France, citoyens et élus diront « Non à EDVIGE » au cours de rassemblements organisés par le Collectif national et par un nombre croissant de Collectifs locaux.

Le Collectif a pu avoir connaissance de l'ensemble des documents transmis à la CNIL pour avis par le gouvernement. Un projet de texte portant retrait du décret EDVIGE en fait bien partie, malgré les petites cachotteries mesquines du ministère de l'Intérieur qui n'avait transmis sciemment qu'une partie des documents aux organisations syndicales membres du Collectif.

Cette nouvelle version est le résultat de la première vague d'une formidable mobilisation citoyenne. Cette mobilisation va se poursuivre et se manifester avec force le 16 octobre pour dire « Non à EDVIGE », parce que la version 2.0 n'est pas plus acceptable que la version 1.0. Plusieurs aspects importants et tout aussi dangereux demeurent dans la version 2.0.

Deux finalités très différentes sont toujours amalgamées : enquêtes administratives et suspicion de risques pour la sécurité publique. Par ailleurs rien n'indique que le fichage départemental des « personnalités » sera dénué de tout danger puisqu'aucun texte n'est encore paru à ce sujet.

Les enfants sont toujours fichés, dès 13 ans, avec un « droit à l'oubli » en trompe l'oeil. La Défenseure des enfants souligne d'ailleurs dans son avis sur le projet EDVIGE 2.0 que, « tant par le contenu des informations qui seront conservées, que par la durée de conservation des données et leur droit de vérification ainsi que d'éventuelle rectification par le mineur ou ses parents ou représentants légaux », ce texte lui parait « encore en contradiction avec les exigences de la Convention internationale des droits de l'enfant notamment en ce qui touche la protection de leur vie privée et le droit d'accès et d'opposition aux données les concernant ».

Les enfants comme les adultes sont toujours fichés sur de simples suspicions, sans avoir commis aucune infraction, et sans même que ces suspicions reposent sur « le recours ou le soutien actif apporté à la violence » qu'ils manifesteraient, comme le spécifiait la formulation du décret de 1991.

Des données extrêmement sensibles sont toujours collectées et traitées : origines « raciales » ou ethniques, opinions philosophiques, politiques ou religieuses et appartenance syndicale. Le scandale des services de renseignement cherchant à savoir si « des gens de confession autre que chrétienne » font partie du personnel d'une collectivité locale, récemment dévoilé par la région Rhône-Alpes, vient confirmer s'il en était besoin que les inquiétudes exprimées par les signataires de l'Appel « Pour obtenir l'abandon d'EDVIGE » sont loin de relever du fantasme.

La ministre de l'Intérieur s'en défend maladroitement, invoquant une « initiative individuelle ». Mais de telles initiatives sont toujours à craindre, avec l'étendue des personnels pouvant consulter le fichier, couplée à la « culture du chiffre » d'une logique techno-policière qui ne reconnaît plus aucun garde-fou. Des représentants du Collectif « Non à EDVIGE » seront reçus par le président de la CNIL le 8 octobre prochain et lui exposeront leurs arguments sur tous ces points avant que la Commission rende son avis au gouvernement sur le projet EDVIGE 2.0.

Le Collectif national tiendra une conférence de presse le 14 octobre pour annoncer les manifestations du 16 octobre, journée nationale de l'expression du « Non à EDVIGE ».

Au-delà du 16 octobre, la mobilisation se poursuivra pour élargir la réflexion des citoyens à la question du fichage des personnes sous toutes ses formes et de l'atteinte aux libertés individuelles, éternelles sacrifiées sur l'autel de la sécurité.

\*\*Joëlle Cerezo\*\*

\*\*Joëlle Cerezo\*\*

\*\*Joëlle Cerezo\*\*

\*\*Joëlle Cerezo\*\*

\*\*Joëlle Cerezo\*\*

\*\*Joëlle Cerezo\*\*

\*\*Joelle C

# des fonctionnaires en outre mer

# Communiqué FSU

Nous venons d'apprendre que, dans le cadre du projet de loi de finances de la sécurité sociale, le gouvernement entend remettre en cause le mode de calcul des annuités de retraites pour les fonctionnaires des Départements d'outre mer (DOM) et des collectivités d'outre mer (COM).

Ainsi les personnels de ces territoires qui bénéficient d'une bonification d'une annuité pour leur retraite par tranche de trois ans d'activité ne bénéficieraient plus, à compter du 1er janvier 2009, que d'une année par tranche de 10 ans.

Cette mesure est inacceptable à plus d'un titre.

Elle constituerait une dégradation majeure pour tous les fonctionnaires de l'Etat de tous les DOM et tous les COM. Elle s'ajouterait à la suppression contestable et contestée du complément de retraite des personnels dans les COM et la Réunion que constitue l'ITR.

Cette nouvelle règle de calcul s'appliquerait dès le 1er janvier 2009 pour tous ceux partant en retraite après cette date, changeant brutalement les conditions dans lesquelles ces derniers partiront à la retraite.

De plus ce projet a été élaboré en catimini, sans aucune discussion avec les organisations syndicales qui n'en ont jamais été informées. Ceci est d'autant plus inacceptable que la FSU a rencontré à deux reprises le ministre de l'Outre-Mer ces dernières semaines et qu'à ces occasions aucune information n'a été donnée à ce sujet. Il s'agit là d'une conception lamentable du dialogue social.

La FSU exige le retrait de ce projet. Les actions du 7 octobre prendront donc une dimension supplémentaire dans les DOM et les COM. La FSU appelle les personnels de ces territoires à se mobiliser pour combattre ce projet et empêcher qu'il aboutisse.

# Retraite : le droit à l'information

Retraites

e droit à l'information fut l'un des thèmes de l'argumentation gouvernementale lors de la réforme des retraites. Les dispositions prévues par la loi du 21 août 2003 sont toutefois limitées à l'envoi périodique aux assurés d'un relevé de situation individuelle (RSI) puis à partir d'un certain âge d'une estimation indicative globale (EIG) (article 10). Ces mesures positives sont loin de résoudre tous les problèmes et la complexité même de la loi contrarie la bonne information des assurés.

Notons la décision du ministère de l'Éducation nationale d'abandonner en 2006 le service des DEDP (Dossier d'examen des droits à pension, normalement adressé aux agents âgés de 58 ans) aux fonctionnaires nés en 1947, 1946 voire antérieurement. Les droits à pension des personnes concernées seront étudiés à l'occasion de la demande de liquidation. Les services des pensions sont saturés, il fallait donc libérer du temps pour respecter les délais d'expédition des RSI et EIG dès 2007, quitte à ce que cela se fasse au détriment des personnes concernées et en contradiction avec le discours politique. Aucune réponse de fond n'a été apportée par le ministre au courrier de protestation de la FSU. Les fonctionnaires qui n'ont pas eu le DEDP sont injustement pénalisés.

## La mise en œuvre de ce droit est organisée par le décret 2006-708 du 19 juin 2006.

A terme, les assurés recevront à 40, 45 et 50 ans le relevé de situation individuelle. A 55 ans, c'est l'estimation individuelle globale qui devra leur parvenir. Ces documents doivent recenser les droits acquis dans l'ensemble des régimes de retraite publics obligatoires auxquels ils sont affiliés. La mise en oeuvre sera progressive. Voici les dispositions prévues à l'article 3 du décret.

## Relevé de situation individuelle

Dans un délai d'un an à compter du 1 <sup>er</sup> juillet 2007	Pour les assurés âgés de 50 ans	au cours de l'année 2007
1 <sup>er</sup> juillet 2008	45 ou 50 ans	2008
1 <sup>er</sup> juillet 2009	40 ou 45 ou 50 ans	2009
Estimation indicative globale		
Dans un délai d'un an à compter du	Pour les assurés âgés de	au cours de l'année
Dans un délai d'un an à compter du 1 <sup>er</sup> juillet 2007	Pour les assurés âgés de 58 ans	au cours de l'année 2007
•	0	
1er juillet 2007	58 ans	2007

Toutefois, jusqu'au 30 juin 2011:

- les données relatives aux périodes antérieures à 2005 peuvent ne pas être détaillées dans ces documents ;
- l'estimation indicative globale n'est pas adressée à un des bénéficiaires ayant atteint ou atteignant l'âge d'ouverture des droits à pension ou ayant demandé à titre définitif ou provisoire sa pension dans l'un des régimes dont il relève.

On en déduit que le rythme de croisière sera atteint en 2012, et qu'une entrée par l'année de naissance des assurés conduit à la projection suivante :

Année de	année	Nature	
naissance	d'expédition	du document	
1949	2007	EIG	
1950	2008	EIG	Pour les ministères, cette obligation légale
1951	2008	EIG	conduit à un bouleversement de la pra-
1952	2009	EIG	tique qui consistait jusque-là à rensei-
1953	2009	EIG	gner le dossier retraite des agents peu de
1954	2010	EIG	temps avant la liquidation. Cette pratique
1955	2010	EIG	exposait certains agents à un risque redou-
1956	2011	EIG	table, celui de ne plus pouvoir justifier de
1957	2007	RSI	certaines situations parfois plus de 30 ans
1958	2008	RSI	après. Selon le rapport d'audit sur le paie-
1959	2009	RSI	ment des pensions de l'Etat (Publié en
1960	2010	RSI	2007 ; Voir le site du MINEFI), c'est le
1961	2011	RSI	MEN qui est le mieux préparé de par son
1962	2012	RSI	système d'information des ressources
1963	2008	RSI	humaines (SIRH) à opérer ce passage.
1964	2009	RSI	

C'est aussi l'obligation pour les différents régimes de retraite d'échanger des données sur leurs affiliés. Un GIP public a été créé à cette fin. Il n'a pas pour finalité de régler la coordination entre régimes pour le calcul de la durée d'assurance tous régimes, qui pose des problèmes sérieux, en particulier pour les mères qui veulent valoir la majoration de la durée d'assurance pour enfants, non mentionnée sur le relevé de carrière de la CNAV.

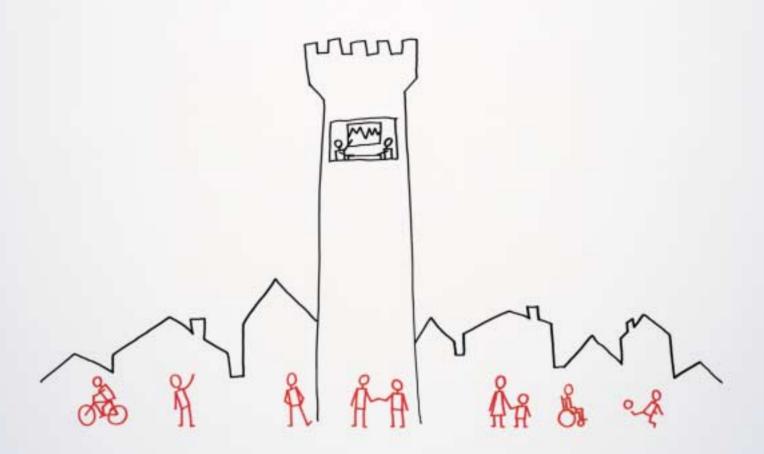
## Brèves sur les retraites...

- 1. Diminution autoritaire de la retraite complémentaire des fonctionnaires non titulaires (Ircantec);
- 2. Suppression de l'aide ménagère à domicile pour les fonctionnaires retraités ;
- 3. Report de la revalorisation des retraites au 1er avril 2009;
- 4. Reculs prévus dans le PLFSS 2009 pour les retraités Outre Mer :
- pour bénéficier de l'indemnité temporaire de retraite (ITR), les fonctionnaires devront dorénavant avoir servi au moins 15 ans outre-mer.
- la bonification actuelle d'une annuité pour la retraite par tranche de trois ans d'activité

serait ramenée à une année par tranche de 10 ans à compter du 1er janvier 2009.

NB : Instaurée en 1952, l'ITR est de 35 % à la Réunion et à Mayotte, 40 % à Saint-Pierre-et-Miquelon et de 75 % en Polynésie, en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna.

# UNE ASSURANCE CONÇUE DANS UNE TOUR D'IVOIRE, EST-ELLE UNE ASSURANCE CONÇUE POUR VOUS?







# **ÊTRE TOUJOURS À VOTRE ÉCOUTE**

- À la MAIF, les sociétaires contribuent à la conception de nos contrats d'assurance. Chaque année, ils répondent à de nombreuses enquêtes. Par ailleurs, ils sont plus de 900 000 à voter et à participer ainsi à la vie démocratique et à la politique d'innovation de la MAIF.

Voilà pourquoi, à la MAIF, tous nos produits sont réellement adaptés à vos besoins.

\* Étude TNS Sofres/BearingPoint réalisée au mois d'avril 2007 auprès d'un échantillon de 4 007 personnes représentatif de la population française.



Pour tous nos contrats: www.maif.fr ou N° Azur 0 810 500 810 PRIX D'UN APPEL LOCAL