

de BUTBLANC en

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



N° CPPAP 0713 S 07959 - ISSN 1248 9867
Prix : 0,61 €

N° 57 mai - juin-juillet 2009



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

**Très bonnes
vacances !**

**Après le LMD, la catégorie A pour tous
et des missions qui ancrent la profession
infirmière à l'Éducation nationale !**

Remise en cause du départ à la retraite après quinze ans pour les fonctionnaires mères de trois enfants ?

Suite au rapport du COR (Conseil d'Orientation des Retraites) de 12/08 remettant en cause la possibilité de partir à la retraite après quinze années de services pour les fonctionnaires mères de trois enfants, la FSU a questionné Eric Woerth, ministre du budget et de la fonction publique qui a indiqué dans un message du 3/03/09 « *parents de trois enfants et plus : les observations du COR sur ce régime seront discutées dans le même cadre (travaux sur les retraites en 2010 au niveau interministériel). D'ici cette date, rien ne change : ce qui signifie donc que les fonctionnaires n'ont pas à modifier leurs projets* ».

Pétition pour les services publics

Cette pétition dont le but est d'inscrire les services publics dans la constitution, concerne tous les Français. Initiée par Michel Vauzelle, Président de la Région PACA, député à l'Assemblée Nationale et ancien Garde des Sceaux, elle est à diffuser largement car il faut plus de 4 millions de signatures. En effet, si cette pétition atteint 10 % du corps électoral soit 4,4 millions de signatures, le gouvernement sera obligé de procéder à un référendum national, tel que stipulé dans les textes de la Constitution. C'est énorme mais réalisable si tout le monde s'y met ! Cliquez sur le lien ci-après pour en savoir davantage et vous joindre à la liste des signataires. <http://www.referendum-servicespublics.com/>

L'hôpital public est votre hôpital. Défendez-le avec nous !

– Défendez-le parce qu'il assure des soins de qualité pour tous quels que soient les moyens de chacun.

– Défendez-le parce que c'est là que se font les grandes recherches d'aujourd'hui qui permettront les progrès de demain.

– Défendez-le parce que c'est lui qui assure 80 % des urgences, c'est lui qui a fait face hier à l'épidémie de SIDA et à la canicule et qui pourra faire face à une pandémie grippale.

– Défendez-le parce que c'est lui qui prend en charge les cas les plus graves ou les plus complexes à tous les âges de la vie.

– Défendez-le parce que les autres pays nous l'envient.

La loi HPST dite loi Bachelot a supprimé l'appellation de « Service Public Hospitalier ». Elle ne parle plus que d'« Établissement de Santé ». Elle cherche à transformer l'hôpital public en entreprise. Pour être rentable l'hôpital devra sélectionner les pathologies et les patients, et diminuer le nombre de personnels : moins d'infirmières, moins d'aides soignantes, moins de médecins, moins de secrétaires, moins d'assistantes sociales. Il est prévu de supprimer 20 000 emplois dans l'ensemble des hôpitaux !

Ne laissez pas faire !

Pur défendre l'hôpital public assurant l'accès égal pour tous à des soins de qualité, signez la pétition nationale qui sera adressée au parlement et au gouvernement : « *Je défends l'Hôpital Public, lieu de formation des professions médicales et paramédicales, de l'innovation et des progrès thérapeutiques, qui offre à tous, sans discrimination, des soins de qualité. Je m'oppose à son démantèlement qu'annoncent d'une part un nouveau mode de direction qui aura pour souci principal la rentabilité, d'autre part des suppressions d'emplois non justifiées qui altéreront la qualité des soins. L'Hôpital Public doit avoir un financement lui permettant de remplir ses missions.* »

Signez directement cette pétition sur le site : www.petition-mdhp.fr

Les neuf métiers les plus féminisés

Assistants maternels	99,4 %
Aides à domicile	98 %
Secrétaires	97,9 %
Aides-soignants	92,5 %
Infirmiers	88,9 %
Employés administratifs	78,9 %
Vendeurs	75,8 %
Employés adm FP cat C	72,9 %
Agents d'entretien	72,1 %

Source INSEE

Retraites : Nouvelles provocations !

Communiqué FSU

Le ministre du travail vient d'évoquer le recul de l'âge de départ à la retraite qui passerait à 67 ans, alors que 40 % des salariés seulement sont encore en activité à 59 ans. Après l'allongement de la durée de cotisation à 41 annuités, cette mesure conduirait à augmenter la décote et dégraderait encore davantage le niveau de pension. Ce type de déclaration montre une méconnaissance de la réalité des conditions de travail, de santé et d'emploi des salariés.

De plus, le ministre de la famille propose de revenir sur la majoration de deux ans par enfant pour les mères dans le régime général. Une telle mesure a été mise en œuvre dans la fonction publique en 2003. Elle a entraîné pour les femmes fonctionnaires une dégradation des droits à pension. Cette annonce ignore délibérément les inégalités subies par les femmes et l'effet correcteur que constituent les avantages familiaux.

Pour la FSU, ces propositions sont scandaleuses. Elle rappelle que le financement des retraites par répartition est parfaitement possible, à condition de ne pas écarter le choix politique de consacrer une part plus importante des richesses au financement des retraites.

Pour la FSU, les retraites relèvent d'un débat de société et doivent être un enjeu majeur des mobilisations interprofessionnelles à venir.

Le 17 juin 2009

Le profil type d'un collégien en Troisième

Selon une étude sur la santé des adolescents intitulée « Dispositif Informationnel sur les Environnements de Santé des Élèves Parisiens » menée par le rectorat de Paris et l'Assurance-maladie auprès de 7 912 élèves.

Alcool : 33 % des filles et 30 % des garçons en consomment.

Heure du coucher : 82 % des élèves se couchent après 22 heures.

Ecrans : 45 % des filles et 55 % des garçons passent plus de 3 heures par jour devant un écran.

Petit-déjeuner : 36 % des filles et 30 % des garçons ne prennent pas un petit-déjeuner tous les matins.

Tabac : 17 % des filles et 11 % des garçons fument.

Bulletin du syndicat national des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé
46, avenue d'Ivry, 75013 Paris
Tél. 01 42 22 44 52 - Fax 01 42 22 45 03
snics@wanadoo.fr Site www.snics-fsu.org
Directeur publication : Brigitte Le Chevert
N° CPPAP 0.713 S 07959 ISSN 1248 9867
Impression : Imprimerie S.I.P.E., Paris 75020
Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité
Clotilde Poitevin : 05 55 24 14 03
clotilde.poitevin@comdhabitude.fr
Site : www.comdhabitude.fr
Publicité : MAIF (page 7)

Pour le SNICS, les missions des infirmières de l'Éducation nationale relèvent sans conteste, de la seule Éducation nationale !

Nous y sommes ! La loi HPST qui vient d'être votée en commission paritaire mixte, sénat-assemblée nationale, va s'appliquer et nous concernera directement, que ce soit comme usager ou professionnel. Nos pratiques vont changer mais également nos missions à l'Éducation nationale seront percutées par cette réforme qui va nous imposer un véritable choix de société.

En effet, cette loi qui crée les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARS) aura des conséquences sur l'accès aux soins de tous nos concitoyens. En mettant sur le même niveau l'hospitalisation privée et l'hôpital public, elle va accentuer les écarts entre les plus riches et les autres car elle ne régule pas les différences de tarifications existant dans ces deux structures, sans parler des dessous-de-table ou des dépassements d'honoraires qui sont quasi constants dans les cliniques privées.

Cette loi risque de plus, de déréguler les professions de santé. En proposant de protocoliser localement des transferts d'actes ou de tâches sous la responsabilité des ARS, elle permet à des professionnels de travailler en dehors des actes réglementaires définis pour leur profession et aux médecins de se décharger. Elle évite ainsi l'écueil de l'exercice illégal de telle ou telle profession puisque le protocole local prévaudra. Nous sommes devant un changement profond qui doit nous obliger à recentrer le débat sur la qualité des soins et non sur une vision purement économique de la santé.

Ces ARS auront, de surcroît, compétence sur tous les champs qui relèvent du domaine de la santé, y compris sur la promotion et l'éducation à la santé. Elles auront également compétence sur les personnels qui participent à ces missions sans pour autant changer leur statut, ce qui permettra d'adapter localement les personnels en fonction de besoins momentanés. Heureusement, elles n'auront pas compétence sur la réussite scolaire qui dépend exclusivement de l'Éducation nationale !

En imposant par cette loi, le principe d'une consultation annuelle gratuite chez un généraliste pour les jeunes, ce sont les visites médicales obligatoires des 9, 12 et 15 ans qui seront assurées par la médecine de ville. Dans la mesure où, dans la rédaction actuelle de la loi, le dépistage médical des troubles spécifiques du langage est déjà déconnecté de la visite médicale elle-même, on peut se demander si la visite médicale des 6 ans ne sera pas elle aussi, assurée par la médecine de ville ! Que deviendront les personnels infirmiers qui participaient aux visites médicales ? Rentreront-ils sous la compétence des missions des ARS ?

Cette loi a également prévu que les infirmières pourront renouveler les contraceptifs oraux, mais là aussi il nous faut attendre la parution des décrets pour savoir dans quelles conditions. Il s'avère cependant que cette possibilité pourra permettre d'être cohérent, dans notre champ de responsabilité qu'est l'École, avec la possibilité de délivrer la contraception d'urgence et d'améliorer le suivi des jeunes filles dans le domaine de l'éducation à la sexualité et dans la prévention des grossesses précoces, à condition bien sûr d'être réellement et sérieusement formés.

Dans ce contexte, la démarche de révision des missions des professionnels de la santé entreprise par le Ministère de l'Éducation Nationale prend du sens et nous devons être conscients des risques. Que va décider le Ministre de l'Éducation nationale à partir des points de vue des syndicats de médecins et d'infirmiers sur les missions des personnels de santé ? Pour le SNICS, les missions des infirmières de l'éducation nationale sont sans conteste, à l'éducation nationale car elles participent pleinement de la réussite scolaire des élèves.

Sommaire

• Edito	P. 3
• Au cabinet de Xavier Darcos	P. 4
• Au cabinet de Roselyne Bachelot	P. 5
• CAPN	P. 6
• MAIF	P. 7
• Audiences LMD	P.P. 8 et 9
• Intégration au dispositif LMD	P.P. 10 à 13
• Rénovation de la grille de cat. B	P. 14
• Quelques réponses à nos revendications	P. 15
• Une revalo mais quelle revalo ?	P. 16
• Colloque de pédopsychiatrie à Rennes	P. 17
• Le secret professionnel	P. 18
• Renouvellement contraception par IDE	P. 19
• Chômage des jeunes, IVG, violence...	P. 20

L'exercice infirmier à l'Éducation nationale sera-t-il reconnu au niveau Master ?

Poursuivant notre objectif de faire reconnaître comme pratique avancée l'exercice infirmier à l'EN, nous avons obtenu de nouvelles audiences à l'Élysée et aux cabinets de Mme Bachelot et de M. Darcos.

A la demande du SNICS, Raphaël Radane, conseiller santé au cabinet de Nicolas Sarkozy, a reçu une délégation composée de Christian Allemand et Brigitte Le Chevert.

Lors de cette audience d'une heure, nous avons abordé la question de la reconnaissance des missions des infirmières de l'éducation nationale, leur place originale au sein de l'institution éducative en France et évoqué les perspectives d'évolution de leurs missions notamment dans le cadre de la loi HPST. Nous avons également pu aborder la problématique du LMD et la particularité des missions confiées aux infirmières de l'éducation nationale qui nécessitent selon le SNICS, une reconnaissance au niveau Master.

Notre interlocuteur a affirmé être conscient de l'importance de notre place auprès des adolescents afin de lutter prioritairement contre le suicide, le mal-être des jeunes ainsi que les conduites addictives. Il a dit être opposé à tout doublon de missions, chaque professionnel de santé devant rester dans ses champs de compétences et de missions. Il a aussi dit être conscient que nous devons privilégier l'accueil et l'écoute de tous les élèves pour quelque motif que ce soit dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé et sa réussite scolaire. Très intéressé par nos statistiques qui font apparaître que plus de 13 millions d'élèves consultent, en première intention, les infirmières dans les établissements scolaires, nous nous

sommes engagés à lui transmettre le bulletin spécifique de *But en Blanc* n° 45 dans lequel nous avons collecté les statistiques infirmières. Il nous a affirmé que pour ce type de mission notre place est dans l'institution et non au ministère de la santé.

M. Radane s'est montré favorable à une modification de nos missions, en particulier un élargissement de notre capacité à prescrire des médicaments délivrés sans prescription, à pouvoir orienter les élèves vers d'autres professionnels de santé en première intention sans être dans l'obligation d'obtenir l'accord de la famille. Il s'est aussi montré favorable à ce que, sous certaines conditions, nous puissions renouveler une prescription de délivrance de la contraception orale. Pour le conseiller santé du président, les infirmières de l'éducation nationale devraient être reconnues au niveau master à condition que leurs missions soient centrées sur des compétences infirmières spécifiques et dans une certaine autonomie. Mais cette reconnaissance ne pourra se faire que dans le cadre d'une négociation qui devra conduire à une amélioration des services rendus notamment par un temps de travail effectif en présence des élèves. En ce qui concerne l'extension de notre capacité à prescrire ou à orienter, cela nécessitera que des protocoles soient établis, conformément à ce que prévoit la loi HPST qui devrait être votée définitivement la semaine suivant cette audience. À suivre... **Christian Allemand**

Au cabinet du ministre de l'Éducation nationale le 18 mars 09

Jean-Michel Coignard, conseiller santé au cabinet du ministre de l'Éducation nationale, recevait en audience le SNICS représenté par Christian Allemand et Brigitte Le Chevert.

Cette audience faisait suite d'une part à notre demande de reconnaître au master l'exercice de notre profession à l'EN au titre des pratiques avancées mais aussi à la loi Hôpital Patient Santé territoire dont l'impact sur nos missions et sur le maintien de notre profession à l'EN est avéré. M. Coignard a ouvert l'audience sur la loi HPST en cours de discussion à l'assemblée nationale qui, à son avis, impose dorénavant à l'EN de revisiter tout ce qui se passe dans le système éducatif en matière de santé. En effet les missions confiées aux Agences Régionales de Santé (ARS) interrogent les missions actuellement dévolues à la Santé à l'école. D'ailleurs le projet de loi HPST confie aux ARS la mise en cohérence de toutes les actions de prévention et de dépistage dans le cadre de la santé publique et évoque clairement cette mise en cohérence avec les « services de santé scolaire ». Les outils mis à disposition de ces agences notamment les Plans Régionaux de Santé (PRS) et les Conférences Régionales de Santé (CRS) leur permettent de devenir donneur d'ordre en ce qui concerne la "santé scolaire". Concernant les infirmières, il faudra réellement réanalyser leurs missions et déterminer ce qui peut relever des compétences des ARS. D'où l'obligation de travailler et de définir ce qui est nécessaire à la réussite scolaire des élèves et qui relève exclusivement des compétences du ministre de l'éducation nationale, de ce qui peut relever des compétences des ARS.

M. Coignard a ensuite exprimé le souhait de discuter notamment des conséquences statutaires de notre demande de mastérisation. Christian a exposé l'intérêt pour l'Éducation nationale et la nation de disposer d'infirmiers compétents pour assurer leurs missions spécifiques auprès des jeunes. Dans cet objectif, il a de nouveau dénoncé le travail en doublon avec les médecins et demandé que soient définis des indicateurs spécifiques aux infirmières, ce qui protègerait de la tentation de confondre les rôles entre médecins et infirmières et valoriserait la place et les fonctions des infirmières, gage d'avenir pour la profession. Après avoir fait remarquer que le SNICS avait été auditionné le 3/10/08 par la mission Bressand chargée par le gouvernement de rédiger un rapport sur les pratiques avancées de la pro-

fession infirmière, Christian a explicité ce qu'on entend par « pratiques avancées ». Chaque année 13 millions d'élèves consultent en première intention les infirmières de l'EN, choix par excès et non par défaut car les élèves pourraient demander à consulter le médecin scolaire. Dans le cadre de ces consultations, l'infirmière élabore un diagnostic à partir des compétences réglementaires et spécifiques à sa profession, propose un traitement et met en œuvre un protocole ; elle propose une orientation à cet élève vers d'autres professionnels, elle évalue son action et en rend compte. D'autre part, elle est dans l'obligation d'analyser les motifs de consultations afin d'en dégager des problématiques de santé spécifiques à cette population et elle propose des moyens de résolution santé tant individuels que collectifs pour cette population. L'ensemble de cette démarche est stricto sensu une démarche de pratiques avancées dans le champ de la profession infirmière, c'est-à-dire de nouvelles pratiques développées par les infirmiers aux marges de leurs compétences réglementaires actuelles et permettant d'améliorer l'état de santé des patients, pratiques qui ne peuvent relever d'autres professions. Pour améliorer ce service rendu d'une part et rester dans un champ réglementaire avec les garanties qui en découlent d'autre part, ces pratiques doivent faire l'objet d'une nouvelle production réglementaire afin d'offrir les mêmes garanties à tous les patients. De plus, ces pratiques avancées doivent non seulement contribuer à améliorer le service rendu aux usagers mais également à coût inférieur. En ce sens les infirmières de l'EN devraient pouvoir renouveler les prescriptions de contraception ou pouvoir orienter un élève vers un autre professionnel de santé sans passer par la case obligatoire de la famille ce qui offrirait un gain de temps quant aux résolutions de différents problèmes de santé rencontrés par les élèves.

Avant de détailler le type de catégorie A revendiqué par le SNICS pour toutes les infirmières de l'Éducation nationale (A type allant de l'indice 349 à l'indice 783 soit 1 595 euros à 3 578 euros brut), nous avons fait des parallèles avec l'évolution de la carrière des enseignants notamment des instituteurs devenus professeurs des écoles. Pour comparaison : la carrière des infirmières de l'EN débute à l'indice 304 et termine à l'indice 534 soit un salaire mensuel brut de 1 407 euros à 2 440 euros.

C.A.

Au ministère de la santé les 18 et 31 mars 09

Le 18 mars 2009

Dans le cadre du dossier concernant l'universitarisation des études infirmières mais également des récentes annonces de Roselyne Bachelot et de Nicolas Sarkozy sur la reconnaissance des infirmières via la licence et via une évolution statutaire de leur rémunération, Céline Mounier, conseillère de Madame Bachelot, a reçu une délégation du SNICS composée de Christian Allemand et Brigitte Le Chevert.

D'emblée Christian demande que le ministère mette davantage l'accent sur les masters et demande que le rapport de la Mission Bressand sur les pratiques avancées soit transmis aux différents participants aux groupes de travail LMD. Il souligne l'engagement de Mme Bressand lors de l'audition du SNICS, de reconnaître l'exercice infirmier à l'Éducation nationale comme une pratique avancée de la profession infirmière. Mme Mounier précise qu'il est difficile pour le ministère de la santé de faire le deuil des infirmières de l'Éducation nationale dans le cadre de la mise en place des ARS (Agences Régionales de Santé) décidées par la loi HPST actuellement en cours de vote à l'assemblée nationale. Les négociations salariales devant débuter en juin 2009, nous questionnons ensuite Mme Mounier sur la mise en œuvre du projet de reconventionnement en catégorie A à l'hôpital, puisque cette revalorisation sera de la responsabilité de chaque ministère et qu'il faudra s'adresser au ministre de l'Éducation nationale pour le reconventionnement des infirmières de l'EN. Nous demandons qu'un calendrier de négociations sur la revalorisation statutaire des infirmières soit transmis aux organisations syndicales.

Mme Mounier s'engage à transmettre un calendrier de négociations lors de la réunion de restitution du travail de l'ensemble des groupes se réunissant sur la réforme LMD, le 5 mai 2009. Elle précise que la mise en place pour le flux c'est-à-dire pour les futures diplômées, débutera à partir de 2012 avec des contre-parties telles le renoncement à la catégorie active et l'allongement de la carrière. Pour les infirmières déjà diplômées, elle précise que le ministère n'a pas prévu d'automatisme mais des droits d'option comme ce qui s'est passé pour les instituteurs. Elle souligne à ce sujet, que les infirmières qui n'opteront pas, verront tout de même une amélioration de leurs revenus puisque dans le cadre du chantier inter fonction publique sur les fonctionnaires de catégorie B, il est prévu que le CII (Classement Indiciaire Intermédiaire) soit réhaussé.



Le 31 mars 2009

Dans la suite de l'audience du 18 mars avec le cabinet de la ministre de la santé, une nouvelle rencontre d'une heure 30 a eu lieu le 31 mars avec Céline Mounier, conseillère de Madame Bachelot. L'objet de cette rencontre à laquelle Christian Allemand et Brigitte Le Chevert représentaient le SNICS, était de faire reconnaître l'exercice infirmier à l'Éducation nationale comme une pratique avancée de la profession infirmière à valider par l'université au niveau Master.

D'entrée de jeu, Mme Mounier a présenté comme une avancée majeure le fait que l'enseignement supérieur propose l'universitarisation totale des études infirmières, ce qui n'est pas le cas des études médicales. Pour elle, l'essentiel à présent est d'apporter des preuves sur les pratiques avancées et d'examiner les champs universitaires susceptibles de les accueillir.

Nous avons détaillé les missions et le quotidien de notre profession en nous appuyant notamment sur la publication spécifique *de But en Blanc* relatant les statistiques infirmières élaborées par le SNICS à partir du cahier de l'infirmière. Ces statistiques font en effet apparaître que chaque année 13 millions d'élèves au moins consultent les infirmières, que celles-ci établissent à chaque fois un diagnostic infirmier puis orientent les élèves le plus fréquemment vers des professionnels qui ne sont pas du champ de la santé notamment vers la vie scolaire, qu'elles établissent dans près de 40 % des cas une liaison avec les familles après accord de l'élève, qu'elles délivrent des médicaments de leur propre intention, etc.

À partir d'exemples, nous avons souligné les fortes responsabilités incombant à notre profession, fait remarquer l'absence de service infirmier à l'Éducation nationale et insisté sur le fait que les infirmières exercent en dehors de toute hiérarchie professionnelle ou médicale. Dans un souci d'efficacité et d'amélioration du suivi, nous avons insisté sur la nécessité de permettre de manière légale aux infirmières de l'EN, d'orienter les jeunes vers d'autres professionnels y compris de santé sans passer nécessairement par un médecin ou par l'accord de la famille. À partir d'exemples concrets, nous avons explicité le passage des problématiques individuelles à des problématiques collectives permettant aux infirmières d'être les conseillers des chefs d'établissement en matière de santé. Nous avons exposé nos raisons motivant le maintien d'un concours de recrutement avec épreuve écrite et entretien avec un jury compte tenu de la spécificité de notre secteur et donné les chiffres des concours académiques depuis 1994, preuve du fort renouvellement de la profession.

Mme Mounier s'est montrée très intéressée par nos missions d'écoute et de conseils en santé dans le cadre de la participation de notre profession à la réussite scolaire. Elle nous a particulièrement questionnés sur l'utilisation de médicaments par les infirmières ce qui nous a conduit à lui parler du BO spécial du 6 janvier 2000 valant protocole et à expliciter notre demande d'élargissement à tous les médicaments hors prescription médicale. Mme Mounier nous a également interrogés sur la formation spécifique des infirmières de l'Éducation nationale et demandé de lui transmettre nos propositions en terme de formation, tant de structures que de niveau de certification, le ministère de la santé se montrant volontariste sur ce dossier bien que ce soit l'éducation nationale qui en ait la totale responsabilité et que le ministère de la santé n'en soit pas le maître d'œuvre. Pour elle, il est évident que les infirmières de l'Éducation nationale ont vu un empilement progressif de leurs missions sans certification au bout.

Suite à notre regret maintes fois exprimé d'avoir vu disparaître de la loi HPST le renouvellement par les infirmières des contraceptifs oraux, notre interlocutrice nous a informé que le gouvernement allait déposer un amendement au sénat afin de réintroduire ce qu'il considère comme une avancée pour les femmes.

Brigitte Le Chevert

Déclaration préalable du SNICS (extraits)

Avancement de grade

(...) Le nombre d'agents promouvables à notre sens est erroné. Or, le nombre de promotions étant consécutif au nombre de promouvables, cela revient à attribuer moins de promotions au corps des infirmières de l'EN alors que le pourcentage des infirmières de la fonction publique hospitalière au grade supérieur est de 40 % de même que celui des corps d'infirmières de l'État gérés par le même décret que le nôtre. Compte tenu de la mobilité entre les fonctionnaires et du souci de maintenir l'attractivité de la profession infirmière dans le système éducatif, nous demandons un pourcentage Pro/Pro pour le corps des infirmières de l'EN, qui permettra à notre ministère de rattraper l'écart avec la fonction publique hospitalière et les autres ministères.

Revalorisation

Nous tenons à rappeler (...) qu'il devient de plus en plus nécessaire d'envisager une revalorisation de notre profession par l'obtention de la catégorie A type compte tenu de nos responsabilités professionnelles quotidiennes auprès des élèves et étudiants d'autant que les négociations dans la FPH sur cette question s'ouvrent aujourd'hui. (...)

Mutations

(...) Quelle est la procédure à suivre pour les infirmiers mutés à Mayotte qui souhaitent changer d'établissement ? Compte tenu de l'absence de CAP locale pour notre profession dans cette collectivité d'Outre Mer, comment assurer une gestion équitable et transparente sur les mutations effectuées si ce n'est en CAPN comme cela semble se faire pour d'autres personnels ? Nous attirons par ailleurs une nouvelle fois l'attention de l'administration sur les conséquences de la tenue tardive de la CAPN traitant les mutations à Mayotte. Les déboires encourus pour les collègues mutés étant nombreux notamment la difficulté pour se procurer des places d'avion et pour se loger, nous demandons que cette CAPN soit dorénavant avancée de 3 mois.

Infirmières d'internat

Lors de la dernière CAPN, vous nous avez répondu qu'il n'y avait toujours aucune avancée concernant la prime pour les infirmières d'internat compte tenu de l'absence de statut d'infirmière d'internat, et ceci malgré des engagements ministériels au plus haut niveau. (...) Sans entrer dans les détails, nous voulons dans ce cadre souligner que la PFR (Prime de Fonction et de Résultat) ne correspond pas à notre demande car elle ne permettra pas de régler le problème de fond de l'attractivité de ce type de poste.

Reprises d'ancienneté

(...) Le retard de la centrale dans le traitement des dossiers de reprises d'ancienneté inquiète les collègues concernés et peut à notre sens, léser certains collègues en les excluant de la liste des agents promouvables (...).

Pour l'administration : M. Sabine président de séance, M. Lafay, Mme Giraud, M. Hosatte, M. Darfeuille, M. Pelat, Mme Denis. Pour le SNIES, Patrick Marfaing et Béatrice Saint-Germain. Pour le SNICS : Christian Allemand, Roberte Vermot-Desroches, Isabelle Dupont-eil, Patricia Pomponne et Brigitte Streiff.

A/ Lecture des déclarations préalables SNICS et SNIES et réponses de l'administration 1/ réponses au SNIES

Le SNIES estimant que les collègues ne sont pas suffisamment informées des procédures d'évaluation, il demande qu'à la fiche de paie soit joint une information sur la gestion des carrières, notamment sur l'entretien d'évaluation. Pour M. Sabine cette demande est impossible à satisfaire. Il lui semble par contre possible de faire passer une information par internet ou intranet.

2/ réponses au SNICS

M. Sabine reconnaît que le SNICS a raison de souligner les incidences négatives sur la carrière en cas d'absence d'entretiens d'évaluation, puisque les agents qui n'en ont pas bénéficié, sans pour autant être écartés du tableau d'avancement, ne peuvent avoir de réduction d'ancienneté. Il convient également de l'importance des reprises d'ancienneté pour l'établissement du tableau d'avancement et reconnaît que le traitement des dossiers des infirmières de la 29° base a pris du retard.

Suite à l'intervention du SNICS (cf. déclaration préalable), M. Lafay dit mesurer les réels enjeux en terme d'attractivité à l'EN si du retard était pris pour la revalorisation des infirmières de l'état. Il indique cependant que le MEN n'a pas été saisi par la Fonction Publique de ce dossier.

À la question du SNICS sur la PFR qui ne répond ni aux attentes des infirmières d'internat ni aux engagements du ministre, M. Lafay répond qu'il n'y a aucun déblocage concernant une indemnité spécifique pour notre corps.

Suite à la demande du SNICS d'une augmentation du pourcentage d'infirmières en classe supérieure, M. Sabine informe qu'un arrêté est en cours de signature prévoyant un taux de 11,3 % alors que le précédent taux était de 10,8 %. Ce nouveau taux proposé pour les 3 ans à venir se traduirait, à son avis, par une augmentation en valeur absolue du nombre d'infirmières en classe supérieure.

B/ Approbation du PV de la CAPN du 8/01/09

C/ Mutations à Mayotte

M. Sabine retient la proposition du SNICS d'avancer la date des mutations pour Mayotte. Il convient que l'idéal serait de tenir cette CAPN en février.

Le SNICS réitère sa demande de critères tenant compte de l'expérience dans l'EN, de l'ancienneté EN et dans le poste.

L'administration explique que ces éléments ont été mis de côté pour privilégier les desiderata du vice-recteur qui cette année a fait son choix pour des collègues dont le conjoint

demandait à muter, y compris une collègue stagiaire. Les élus font remarquer que des collègues avec davantage d'ancienneté à l'EN, dont certaines demandent à muter depuis plusieurs années, n'obtiennent pas satisfaction. Le SNICS note la difficulté de faire un travail cohérent en l'absence d'éléments objectifs et constants pour guider le choix de la commission.

1 poste d'ICT au vice-rectorat et 3 postes en EPLE sont à pourvoir, 2 postes venant d'être créés ; une liste principale de 4 noms est établie et une liste complémentaire d'un nom.

D/ Réduction d'ancienneté au titre de 2008

M. Sabine souligne la difficulté du retour des entretiens d'évaluation et signale que le MEN a effectué deux relances en direction des administrations concernées, en vain. L'entretien professionnel étant un droit opposable, M. Sabine confirme que les intéressés n'ayant pas eu d'entretien pourront effectuer des recours afin d'être rétablis dans leurs droits. Une répartition maximale a été faite en privilégiant les agents qui n'avaient pas bénéficié de réduction en 2007, ce qui a pour effet de « lisser » l'avancement des collègues. Sur 106 collègues pouvant prétendre à une réduction, 34 n'ont pas eu d'entretien professionnel et sont donc non ayant droit et non donnant droit. 83,4 mois sont donc à répartir entre les 47 infirmières qui peuvent bénéficier de réductions : 36 infirmières obtiennent 2 mois, 11 obtiennent 1 mois.

E/ Tableau d'avancement au grade supérieur

Les documents fournis ne permettent pas d'élaborer de manière équitable un tableau d'avancement puisque tous les dossiers des collègues pouvant prétendre à des reprises d'ancienneté n'ont pas été traités. Il est donc probable que des collègues qui remplissent les conditions pour figurer sur la liste des agents promouvables sont exclus de cette liste ; C'est pourquoi le SNICS a obtenu le report de ce point pour la prochaine CAPN.

F/ Questions diverses

1/ Proposition de renouvellement de stage d'une collègue pour difficulté d'adaptation à l'environnement scolaire. Souhaitant la titularisation de la collègue, les représentants du personnel votent en abstention.

2/ Une demande de détachement d'une infirmière exerçant à l'administration centrale est acceptée.

3/ À la question du SNICS sur la procédure à suivre pour les infirmiers mutés à Mayotte qui souhaitent changer d'établissement M. Sabine répond qu'il n'existe pas de CAP locale. La procédure pour les infirmières pourrait prendre la forme de ce qui existe pour les ATOS, un « GCP » (groupe de consultation paritaire ?). Seul un groupe de travail sous sa forme la plus restreinte : un représentant du personnel et un responsable de l'administration traitent les dossiers des collègues. Le SNICS fait remarquer que pour la Corse où exercent pourtant moins d'infirmières, une CAPA est mise en place.

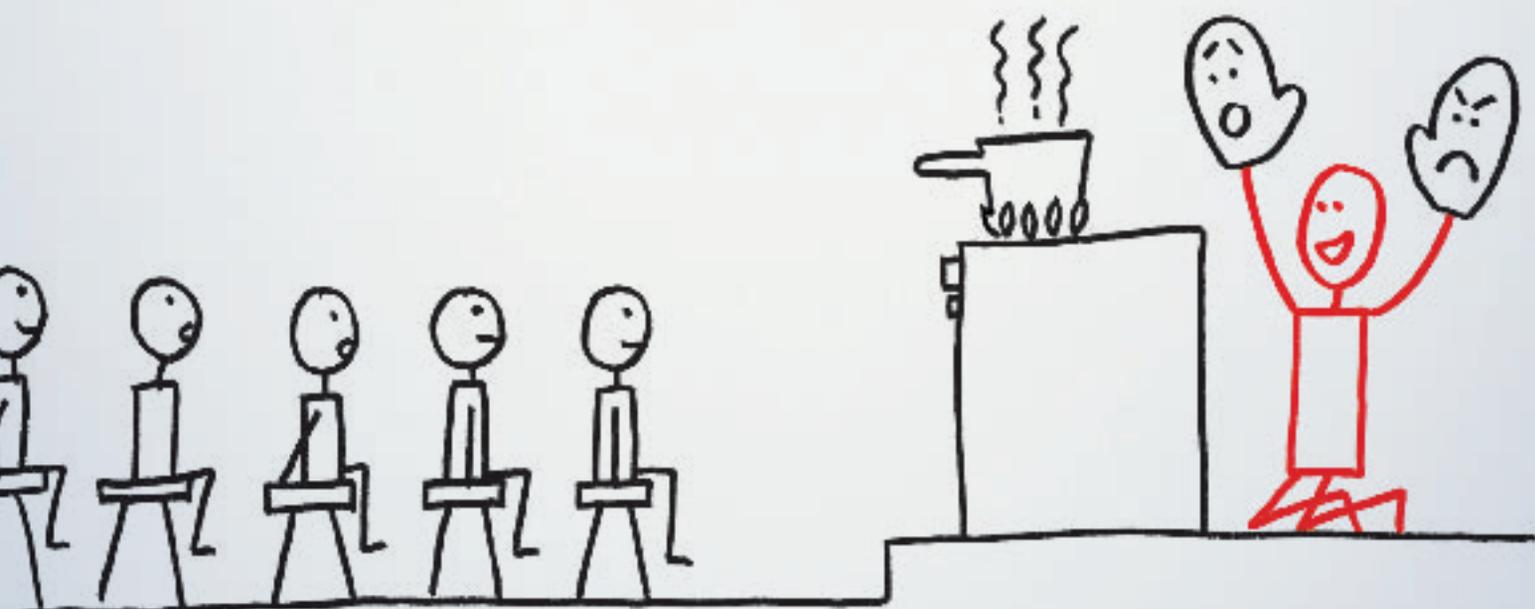
4/ La pyramide des âges demandée par le SNICS depuis plusieurs années est enfin remise. Il s'agit d'un ensemble de documents relatifs au corps des infirmiers qui nous permettra d'appuyer notre réflexion sur l'évolution de la carrière des infirmières de l'EN et de réaliser des projections sur le recrutement, les retraites...

Patricia Pomponne

Répartition des promotions par académie au grade d'inf. de classe sup. au 1^{er} septembre 2009

Aix-Marseille : 13 ; Amiens : 7 ; Besançon : 5 ; Bordeaux : 10 ; Caen : 5 ; Clermont-Ferrand : 6 ; Corse : 1 ; Créteil : 17 ; Dijon : 5 ; Grenoble : 10 ; Guadeloupe : 2 ; Guyane : 1 ; Lille : 17 ; Limoges : 3 ; Lyon : 13 ; Martinique : 2 ; Montpellier : 8 ; Nancy-Metz : 8 ; Nantes : 12 ; Nice : 5 ; Orléans-Tours : 8 ; Paris : 5 ; Poitiers : 5 ; Reims : 5 ; Rennes : 12 ; Réunion : 4 ; Rouen : 7 ; Strasbourg : 7 ; Toulouse : 10 ; Versailles : 21 ; Hors académie : 3 TOTAL : 237.

À LA MAIF, NOUS PENSONS QUE LA MEILLEURE
FAÇON D'ÉVITER LES CATASTROPHES À LA MAISON,
C'EST D'EN PARLER DIRECTEMENT AUX ENFANTS.



ÉDUCATION À LA PRÉVENTION DES RISQUES

- À la MAIF, nous intervenons directement ou indirectement auprès des enfants pour leur expliquer les risques de la vie quotidienne et les bons comportements à adopter pour les éviter. Parce qu'il est plus facile de prendre tout petit de bonnes habitudes que d'avoir à les corriger quand on est grand, la MAIF a développé des spectacles, des conférences ou encore des supports pédagogiques adaptés à leur âge.

Pour nous, c'est ça être assureur militant.



ASSUREUR MILITANT

Vous aussi, rejoignez-nous sur www.maif.fr ou N° AZUR 0 810 500 810 (Prix à l'appel local).

Communiqué du SNICS

Roselyne Bachelot annonce sur France2 le 3 mars une revalorisation des infirmières !

Le SNICS/FSU se félicite de l'annonce faite par la Ministre de la santé de revaloriser les infirmières. Cette annonce résulte des nombreuses actions unitaires menées par la profession depuis deux ans et correspond aux engagements écrits pris par Nicolas Sarkozy auprès du SNICS alors qu'il était candidat à la présidence de la République.

Après avoir confirmé que « *les infirmières ont besoin de voir reconnus leur diplôme et leur formation au niveau que cette formation mérite* », la ministre a annoncé la mise en place de la licence universitaire dès la rentrée de septembre 2009 dans le cadre des travaux sur l'intégration des études dans le système LMD. À la question de la journaliste de savoir si les infirmières en exercice seront concernées par cette évolution, Madame Bachelot a confirmé que toutes les infirmières seront concernées en précisant que « *sur le plan statutaire, elles vont changer de catégorie, elles vont être en catégorie A* » et « *pourront aussi évoluer vers un Master, un Doctorat* » et souligné « *qu'il est très important d'ouvrir des perspectives parce que c'est un métier tout à fait extraordinaire et dont nous avons besoin* ».

La Ministre a enfin rappelé qu'il y a 30 000 places d'étudiants infirmiers à pourvoir dans les instituts de formation et qu'aujourd'hui seulement 20 000 étudiants s'engagent dans cette formation. Elle a reconnu que pour répondre à la pénurie, « *la question de l'attractivité est une question primordiale* ».

Cette revalorisation statutaire alliée à l'intégration des études infirmières dans le système LMD, permettront de répondre non seulement à une demande forte de reconnaissance sociale exprimée depuis plus de 25 ans par la profession, d'enrayer la pénurie en infirmières en favorisant l'attractivité et en fidélisant les professionnels en exercice mais également de répondre à la complexité sans cesse croissante de l'exercice infirmier et à l'évolution permanente demandée aux infirmières dans le cadre de leur métier. Cette réforme essentielle doit être considérée comme un investissement qui permettra aux 500 000 infirmières actuelles de continuer à apporter une contribution optimale aux défis de société et de santé publique à venir.

Il devient en effet urgent pour notre pays de compter davantage sur les infirmières compte tenu de l'aspiration de cette profession toute entière à être partie prenante tant dans une optimisation de la qualité des prises en charge des soins en France que dans les décisions à prendre en matière de santé et de prévention dans tous les lieux d'exercice de la profession.

Le SNICS/FSU restera vigilant concernant le type de revalorisation salariale qui sera proposé aux infirmières dont le niveau de compétences requiert un classement indiciaire en catégorie A type non seulement pour les nouvelles diplômées mais également pour les infirmières déjà en exercice.

Dans le cadre des audiences demandées par notre collectif infirmier à géométrie variable (ACIA, AEEIBO, AFIDTN, ANPDE, APPI, CEEPAME, CNI, Convergence, FNI,

GERACFAS, ONSIL, SNICS/FSU, SNPI/CGC, UFMICT CGT, UNASIH, UNAI-BODE, UNEF) ci-dessous le compte-rendu de 3 audiences.

Le 25/02/09 au conseil régional de Basse Normandie avec M. Jacques Blanc, directeur de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et Mme Godard, responsable du service des formations sanitaires et sociales. Pour le collectif, Brigitte Le Chevert du SNICS (BLC).

BLC a répondu aux très nombreuses questions, preuves du vif intérêt de ces interlocuteurs pour ce dossier qu'ils connaissaient bien. Les échanges ont nécessité des éclaircissements sur plusieurs points surtout sur les différences engendrées par l'octroi de diplômes ou de grades et sur la recherche infirmière. M. Blanc et Mme Godard ont souhaité savoir où en étaient les négociations avec les deux ministères, regrettant de ne pas être tenus au courant par les représentants de l'ARF pourtant présents à la table des négociations. Ils se sont plaints de la rapidité de la mise en place de la réforme dans les IFSI en septembre 09, les programmes n'étant pas connus à six mois de la rentrée ! Ils ont également dit leur inquiétude par rapport au financement en cours de nouvelles constructions d'IFSI s'il s'avérait que l'enseignement ait lieu dans les universités. Ils ont enfin exprimé de fortes craintes d'une part concernant le continuum entre l'enseignement scolaire et la carte de formation, d'autre part concernant les paliers à imaginer pour les aides soignantes dans l'optique d'une universitarisation des études infirmières.

Soulignant que cette question ne pouvait constituer une entrave à l'évolution des infirmières, BLC a précisé que notre collectif ne souhaitait en rien entraver l'ouverture de débouchés pour les aides soignantes et qu'il fallait continuer à offrir à cette profession des possibilités de promotions via notamment les promotions sociales et professionnelles. Elle a insisté sur la complexité croissante de l'exercice infirmier et sur l'intérêt pour notre pays d'avoir des infirmières de plus en plus compétentes, capables de s'adapter et de répondre aux enjeux de santé dans les années à venir d'où le besoin d'un haut niveau de culture générale. Elle a fait remarquer que la profession infirmière n'était pas le seul réservoir envisageable de promotion et s'est étonnée que de tels arguments ne soient pas employés lorsqu'il s'agit de réformer les professions médicales ou enseignantes.

Habitué à rencontrer uniquement le CEFIEC sur ce type de dossier, M. Blanc et Mme Godard ont dit leur satisfaction suite à cette rencontre. Des points de convergence se sont dégagés notamment sur l'intérêt de cette réforme pour la filière infirmière et sur la licence générale mais aussi sur notre demande de diplômes et non de grades.

Le 25/02/09 à la DRASS de Basse Normandie avec Joël Magda, Directeur régional, et Dominique Achille, responsable du service « professions, diplômes, concours ». Une audience de 2 heures a permis d'aborder sans à priori l'ensemble du dossier : manque d'attractivité de la profession auprès des jeunes, taux d'attrition et son gâchis financier, courte durée de vie professionnelle, intérêt des passerelles, féminisation du métier, absence de reconnaissance sociale et financière, besoins de santé de la population, évolution de la profession, place, rôle et responsabilités que la profession infirmière est prête à assumer dans le cadre de la politique de santé à venir et des pratiques avancées, état d'avancement des négociations sur l'intégration des études dans le LMD, raisons qui ont amené notre collectif à refuser une licence professionnelle au bénéfice d'une licence générale, exigence d'un double diplôme...

M. Achille a explicité les différentes responsabilités incombant aux conseils régionaux et aux DRASS suite à la loi du 13/08/04 : au conseil régional les prévisions de besoins et les financements, à la DRASS l'organisation des jurys et la délivrance des diplômes. Il a précisé que la Basse Normandie disposait de dix IFSI et ouvrirait chaque année 700 places, dont 100 à 150 abandons et 40 échecs. M. Magda qui a déjà exercé dans deux autres régions et au ministère de la santé, a estimé bien connaître la profession infirmière. Il approuve cette réforme : 1/ cela répond à un besoin de reconnaissance sociale et salariale des infirmières qu'il juge légitime, 2/ il est urgent de reconnaître l'action essentielle des infirmières à tous les niveaux du système de santé. Pour lui, « les infirmières ne sont pas au niveau où elles devraient être ». Semblant confondre licence professionnelle et professionnalisation, M. Magda a exprimé des craintes quant à une baisse de professionnalisation des IDE si les études sont universitarisées notamment par manque de stages pratiques. Il est persuadé par ailleurs que l'universitarisation des études doublée d'un meilleur classement indiciaire n'améliorera pas la durée de vie professionnelle des infirmières à l'hôpital et en clinique car ce sont les conditions de travail qui sont responsables de ces départs, qu'il regrette mais comprend. Pour lui, c'est après la naissance de ses enfants que l'infirmière commence à ne plus supporter les conditions de travail qui lui sont imposées notamment l'obligation de doubler en cas d'absence de sa collègue. Il craint d'autre part que la formation double diplômante (diplôme universitaire / diplôme d'état) crée de la confusion et qu'à terme, l'enseignement supérieur soit le seul maître. Très intéressé par cette rencontre et la démarche de notre collectif, M. Magda a demandé à être tenu au courant de l'évolution des négociations.

Le 12/03/09 au conseil régional Rhône-Alpes Séverine Mignon (Sm), responsable des Formations Sanitaires et Sociales recevait Josiane Rambaud (JR) et Anne-Marie Bruckert (AMB) du SNICS qui représentaient le collectif.

JR a abordé le manque de reconnaissance sociale et financière de la profession, les effectifs dans les IFSI, la baisse d'attractivité de la profession auprès des jeunes, le fort taux d'échec et d'abandon qui en Rhône-Alpes est de 20 % entre la 1ère et la 2ème année. Puis la pénurie d'infirmières avec la courte durée de vie professionnelle et le gâchis financier que cela représente.

Parfaitement au courant et très intéressée, SM a trouvé dommageable que la reconnaissance sociale soit trop souvent confondue avec l'aura dont jouit l'infirmière au sein de la population. Elle a précisé que la région Rhône-Alpes n'avait pas de problème de recrutement pour ses IFSI sauf celui de Bourg-en-Bresse. Afin d'étudier au mieux les raisons de ces ruptures de scolarité de l'ordre de 20 %, la région a commandé une enquête qualitative remise par Mme Mignon, enquête qui sera complétée par un volet quantitatif.

JR et AMB ont expliqué les raisons de la demande du collectif d'une licence générale, ce que Mme Mignon a compris. Par contre, un désaccord a persisté sur le grade qui pour notre interlocutrice est un terme d'université qui permet l'accès à la maîtrise et au doctorat. Accord de SM quant à la compétence infirmière et la qualité des soins compte-tenu d'une population vieillissante et d'une augmentation des besoins sanitaires dont la Région Rhône-Alpes a déjà pris la mesure, thème sur lequel l'Association des Régions de France va se réunir le 30 mars prochain. Accord également sur les aides-soignantes, la formation de tous les professionnels devant être tirée vers le haut. Enfin, SM a précisé que les Régions n'avaient pas compétence quant au contenu de la réforme mais que cette dernière allait avoir un impact financier pour eux, d'où la crainte d'une mise en place trop rapide de cette réforme. Mme Mignon a évoqué quatre points :

- La saturation des locaux IFSI.
- La saturation des terrains de stage liée à plusieurs facteurs (tension dans les services, sous-effectifs, engorgement dans certaines spécialités). Certains employeurs ne « jouent pas le jeu » et ne prennent pas d'ESI.
- La garantie d'un maillage territorial par un conventionnement entre IFSI et l'université.
- La volonté de la région Rhône-Alpes d'accroître les formations sanitaires et sociales et l'énorme besoin d'IDE (départ à la retraite, augmentation de la population vieillissante...). La carte des formations ne cesse d'augmenter depuis 2005, et dans le plan régional de développement des formations, les infirmières tiennent une place importante. Les échanges, très cordiaux et sans façon, se sont conclus par les mots suivants : « *Le président, ainsi que toute la Région est ultra-favorable à votre demande* ».

Anne-Marie Bruckert et Josiane Rambaud



Les études infirmières enfin reconnues à leur juste niveau ?

Annnonce de Nicolas Sarkozy le 13 mars 09
(Reportage in extenso de RTL)

L'Élysée a donné la feuille de route !

Une bonne nouvelle pour les infirmières ! À l'avenir, leurs études seront enfin reconnues à leur juste niveau. Nicolas Sarkozy a fait cette annonce aujourd'hui lors d'une visite à l'hôpital de Rambouillet. Ça signifie concrètement que leurs salaires devraient aussi augmenter. Enfin, pas le mois prochain mais à terme oui, puisque si on reconnaît leur niveau licence, les infirmières passent fonctionnaire de catégorie A au lieu de B aujourd'hui. Les conséquences, c'est le chef d'état qui les énumère : « *Donc reconnaissance universitaire, reconnaissance en licence, reconnaissance également en statut, en monnaie sonnante et trébuchante* ».

Le niveau licence pour leurs trois années d'études, les infirmières le réclament depuis longtemps. C'était une revendication de longue date des infirmières, d'être reconnues à leur réel niveau d'études. La formation dure trois ans en école d'infirmière. Le chef de l'état a reconnu tout à l'heure que les élèves qui commenceront à la rentrée prochaine seront reconnus au niveau licence : « *450 000 infirmières, un demi-million d'infirmières et avec ça, on a plutôt moins d'infirmières qu'en Allemagne, qu'en Angleterre parce que le métier n'est pas assez attractif. Et j'avais promis, candidat à la présidence de la république, de reconnaître le caractère universitaire de la formation d'infirmière, de reconnaître le niveau licence, le fameux LMD, ce sera fait dès la rentrée 2009 : c'était une revendication des infirmières depuis des années et des années...* ».

Alors reconnaître le niveau licence, c'est revaloriser le statut des infirmières et donc leur rémunération en début de carrière. Là c'est avec le ministère de la santé que se font les négociations mais l'Élysée a donné la feuille de route.

Dépêche de l'APM International du 14 mars 09
(Extraits)

Nicolas Sarkozy a confirmé que le niveau licence sera reconnu dès la rentrée 2009. Le chef de l'État a souligné que cette reconnaissance au niveau licence permettra d'augmenter les rémunérations des infirmiers et donc d'améliorer leur pouvoir d'achat. « *Dans le même temps, le ministre de la santé va engager des discussions statutaires pour voir naturellement les conséquences sur le niveau d'indice auquel commencera désormais une infirmière puisqu'en catégorie A* ». Dans une note distribuée aux journalistes, il est précisé que cette concertation sur le volet statutaire devrait commencer début juin.

Interpellé par une infirmière de l'hôpital de Rambouillet sur la reconnaissance statutaire des infirmières diplômées avant 2012, il a souligné que cela « *demandera une négociation* ». « *Bien entendu, on commence les négociations pour faire les équivalences, pour emmener tout le monde, les nouveaux diplômés et anciens diplômés* », a confirmé le ministre de la santé. « *On commence en 2009 pour la formation mais on emmènera tout le monde. On ne veut pas deux statuts avec des gens plus ou moins bien payés en fonction de leur date d'entrée dans le métier* », a renchéri le président.

Unité pour le LMD (*)

Concertation sur l'intégration de la f

Déclaration liminaire aux réunions de concertation ministérielles de mars 2009

Le code de santé publique stipule que les soins infirmiers font référence à une profession réglementée, tant dans ses pratiques généralistes que spécialisées. Les soins infirmiers constituent une discipline dont les connaissances se caractérisent par leur diversité. L'exploration scientifique par la recherche infirmière donne naissance à une science. Les productions de cette recherche ont pour finalité de guider l'exercice infirmier dans tous ses domaines d'activité (pratique clinique, formation et gestion des soins infirmiers).

Depuis 1978, la profession infirmière est dotée d'un rôle autonome, dont l'épine dorsale est le raisonnement clinique infirmier. Aujourd'hui la clinique infirmière est reconnue pour sa contribution spécifique dans le champ de la santé. Internet permet l'accès facilité aux sources et « le web of knowledge » intègre 26 publications de recherche infirmière dont les travaux alimentent les réflexions de la Haute Autorité de Santé en matière de production de recommandations de pratique clinique.

Nous demandons, dans le cadre de cette concertation :

- que le champ disciplinaire infirmier et les savoirs qui le compose soit reconnu ;
- que des compétences en matière de recherche et de didactique propres à la discipline puissent être développées afin d'œuvrer à la dispensation de soins infirmiers efficace à la population et efficient pour le système de santé.

Les sciences infirmières par leur rigueur, leur singularité et leur devenir, au travers des travaux de recherche clinique en soins infirmiers, contribuent à l'évolution des pratiques infirmières et apportent également leur perspective spécifique aux travaux des autres sciences dont l'objet se rapporte à la santé.

Nous réaffirmons la nécessité

- que le diplôme universitaire national de licence sanctionne un niveau académique et que conjointement soit attribué le diplôme d'état permettant l'entrée dans l'exercice professionnel ;
- que les diplômes universitaires de master construisent les compétences nécessaires dans les quatre domaines d'activité (expertise clinique et pratiques avancées en soins infirmiers ; formation en soins infirmiers, gestion des soins infirmiers et recherche infirmière) ;
- de la mise en place d'une formation doctorale permettant la production et la transmission des savoirs disciplinaires à destination des praticiens, des formateurs et des gestionnaires en soins infirmiers tout en contribuant à l'interdisciplinarité.

En ce sens, nous demandons qu'un calendrier pour l'intégration des IFSI aux universités soit mis en place.

(*) AEEIBO, AFIDTN, ANFIIDE, ANPDE, APPI, CEEPAME, CNI, Convergence infirmière, GERAC-FAS, SNICS/FSU, SNPI/CFE/CGC, UNAIBODE, UNASIIF, UNEF.

Le 30 mars 2009

1/ La séance débute par la présentation par Mme Rothan-Tondeur (MRT) d'un projet de département en sciences infirmières et paramédicales au sein de l'EHESP (Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique) de Rennes, né du constat qu'il existe plus de 400 formations infirmières dans le monde. MRT évoque le M 1 en sciences infirmières mais aussi le projet de master de Marseille relatif aux pratiques avancées. La formation doctorale est "santé publique" et le conseil scientifique ayant pour objectif de développer les offres de formation en santé publique est en cours. Elle rappelle le modèle anglo-saxon en précisant que les masters anglais en sciences infirmières ont une certification nationale. MRT témoigne de la difficulté des étudiants paramédicaux qui veulent faire une thèse mais qui souffrent d'un manque de financement. C'est pour cela que l'EHESP travaille avec les entreprises ou les sociétés de prévoyance qui financent les étudiants qui s'inscriraient en thèse. Elle dresse le constat des difficultés pour les IDE à intégrer des formations doctorales en raison d'une culture scientifique insuffisante, d'un parcours non reconnu, d'une absence de financement et d'un problème d'articulation recherche/pratique. MRT considère que la recherche infirmière regroupe un environnement plus large que la recherche en soins infirmiers.

Réponses des représentants des ministères :

M. Couraud, représentant la Direction Générale de l'Enseignement Supérieur (DGES) rappelle qu'il n'y a pas de doctorat en santé publique en France et qu'on est docteur d'une université. Mme d'Autume, de la Direction de l'Hospitalisation et des Soins (DHOS) estime que tout le monde partage l'idée de la recherche en soins infirmiers sans pour autant aller jusqu'à une filière en soins infirmiers. Elle cite l'exemple des médecins qui ont un doctorat d'exercice qui peuvent néanmoins faire de la recherche. Elle interroge les intervenants sur la différence qu'ils font entre recherche infirmière et recherche en soins infirmiers. M. Couraud considère que le développement d'une recherche dans ce domaine est prioritaire et que le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) pourrait tout à fait lancer des programmes de recherche infirmière ce qui permettrait de trouver des financements. Il estime qu'une des conditions centrales est que les doctorants soient financés. À l'université, il existe des allocations de recherche.

2/ Modalités d'accès au niveau master

Mme D'Autume précise que le ministère travaille sur les référentiels de compétences et d'activités des infirmiers, base à partir de laquelle le référentiel de formation est déduit. Elle rappelle que les puéricultrices s'inscrivent dans le cadre de la réingénierie des diplômes paramédicaux prévue après celle des infirmiers et que le référentiel IBODE a été transmis à la DGES afin que l'enseignement supérieur indique dans quelle mesure il doit être retravaillé pour intégrer le dispositif LMD.

Le CEFIEC précise que les cadres de santé souffrent d'un manque de reconnaissance dans le cadre de cette réingénierie. Mme d'Autume précise qu'une lettre de mission a été confiée à ce sujet à Mme de Singly qui devra présenter son expertise.

Christian Allemand du SNICS-FSU interroge sur la publication du rapport Bressand et de manière générale sur la problématique des pratiques avancées. Pour Mme d'Autume, c'est le cabinet santé qui est maître de ce rapport. Elle envisage l'hypothèse de masters en pratiques avancées avec des transferts de compétences entre le médecin et l'infirmier et aborde le niveau master pour les spécialités infirmières, avec des pratiques avancées liées aux transferts de compétences. La DGES qui a commencé son travail d'expertise des référentiels des spécialités actuelles, n'exclut pas la possibilité de construire des diplômes de master en gérontologie ou en cancérologie. Ces masters seraient ouverts à tous les titulaires d'un grade de Licence dans un domaine de formation compatible. Ces masters doivent être des diplômes nationaux présentés par les universités. Il est important d'en définir le cadre au niveau national si l'on veut que le diplôme puisse être reconnu par l'employeur.

M. Couraud explique que chaque établissement soumet ses formations à l'AERES (Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur), puis à l'habilitation par la DGES. Il précise qu'il existe deux logiques qui devraient être proposées par écrit.

a/ Un diplôme d'État avec un programme national : adopter le même schéma pour les spécialités et les pratiques avancées que pour le niveau L : un diplôme d'exercice délivré par la santé et l'octroi du grade de master. Cela permettrait de garder la formation de ces spécialités au sein des Instituts de formation et de ne trop bouger les lignes, notamment du côté des formateurs.

b/ Un diplôme national universitaire conçu par un établissement, faisant l'objet d'une habilitation nationale et d'une évaluation périodique. C'est-à-dire une universitarisation complète des spécialités et des pratiques avancées, option qui se traduirait par des universités qui délivreraient des masters d'infirmiers avec mention de spécialités. Ceci sous entend que la formation ne serait pas fondée sur une maquette nationale mais que ces universités devraient déposer des maquettes de formation et d'habilitation tous les quatre ans. Cela n'interdit pas pour autant, afin de garantir un niveau minimal de qualité sur



Formation infirmière dans le LMD

l'ensemble du territoire, de concevoir une formation qui prendrait appui sur un référentiel national qui pourrait être décliné avec des variantes par différents établissements. Tous les étudiants infirmiers titulaires du grade de licencié pourraient s'inscrire dans ces masters mais également d'autres étudiants ayant obtenu une licence dans le même domaine bien que le ministère soit en train d'étudier les possibilités de réduire cette possibilité. Le diplôme universitaire ainsi obtenu verrait son caractère de diplôme d'exercice par la validation du ministère de la santé. Cette construction permettrait d'intégrer, à terme, la formation des infirmières dans la totalité du LMD notamment de délivrer des diplômes universitaires de licence.

Christian Allemand du SNICS considère qu'il est important de fixer un cahier des charges pour mener à bien les différentes réformes. **M. Couraud** rappelle que l'université s'organise autour de quatre grands domaines :

- droit, économie, gestion ;
- sciences humaines et sociales ;
- arts, lettres, langues ;
- sciences, technologie, santé.

À la présidente de l'ordre infirmier qui demande ce qui empêche de monter un domaine en sciences infirmières, **Mme D'Autume** rappelle que l'on ne va pas revoir l'ensemble de l'organisation universitaire pour les besoins des infirmiers. **Le représentant du CEFIEC** interroge la DGES sur la possibilité réelle d'aller jusqu'au doctorat pour un étudiant infirmier et sur le profil type que l'université recherche pour intégrer un master. **M. Couraud** confirme qu'un étudiant infirmier souhaitant prolonger ses études par l'université peut tout à fait aller jusqu'au doctorat sous réserve de valider un master (grade ou diplôme national). Il rappelle par ailleurs qu'il est impossible d'avoir à la fois un diplôme d'État et un diplôme universitaire pour une même formation. Il précise qu'avec la loi LRU, il est impossible de fixer des contraintes du type des pré-requis.

Pour la CFDT s'il est possible d'avoir un master universitaire à terme, il n'est pas alors inconcevable qu'un jour les étudiants infirmiers bénéficient d'une licence universitaire. **M. Couraud** précise que dans cette hypothèse, le ministère de la santé perdrait sa compétence au niveau du référentiel de formation mais resterait compétent pour l'élaboration du référentiel de compétences.

Le représentant de l'AEIIBODE souhaite que les référentiels IBODE prennent en compte les problématiques du rapport Bressand et celles des pratiques avancées. **Un calendrier** devrait être proposé lors

de la réunion conclusive du 5 mai bien qu'il soit admis que certains groupes de travail continueront après cette date pour le chantier Master puis pour le chantier Doctorat. Chaque organisation devra donc faire connaître ses choix en la matière.

Le 5 mai 2009

Cette réunion qui devait être « conclusive » est finalement présentée comme une étape dans la mise en place du LMD compte tenu qu'un des 4 groupes de travail mis en place n'a pas encore terminé ses travaux (groupe master).

Pour Mme Podeur, Directrice de la DHOS, la réforme de l'inscription de la formation des infirmières dans le système LMD doit permettre une meilleure circulation des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire européen, apporter une meilleure lisibilité des différentes formations des professions concernées, accroître la mutualisation de certains enseignements communs et augmenter la coopération entre les différentes professions de santé, ce qui est également au cœur de la nouvelle loi HPST actuellement discutée au Sénat. Cette réforme répond à des engagements pris au plus haut niveau de l'état et a fait l'objet d'une consultation très large de tous les acteurs, syndicats, associations, régions, départements et professionnels. Nous sommes aujourd'hui à un point d'étape non final qui va nécessiter la poursuite d'échanges. Il faudra donc élaborer au fur et à mesure des outils d'aide à la mise en œuvre ainsi que des outils d'évaluation de cette réforme.

M. Hetzel, directeur général de l'enseignement supérieur, détaille les raisons qui ont amené le gouvernement à ne pas retenir la solution d'un double diplôme pour les infirmiers, Diplôme national de licence associé au Diplôme d'État. Pour lui, cela ne correspond pas aux habitudes de l'enseignement supérieur sauf dans le cadre de dispositifs internationaux permettant de reconnaître des formations dispensées par d'autres états. Cette solution aurait également été lourde et impossible à résoudre dans le calendrier contraint qui impose une sortie des futurs licenciés en septembre 2012. De plus, cela aurait généré des difficultés tant d'ordre juridique (collationnement des titres et diplômes) qu'en matière de financement et du devenir des IFSI ainsi que des problèmes de capacité d'accueil de ces étudiants par les universités. La voie d'un seul diplôme de licence délivré par l'université n'aurait pas permis de maintenir le système des quotas puisqu'il ne peut y avoir de sélection à l'entrée de l'université. La voie retenue est donc celle d'une délivrance du DE par le ministère de la

Courrier unitaire (*) à tous les présidents des groupes politiques de l'assemblée nationale

Paris, le 30 mars 2009

Monsieur le Président,

Notre collectif infirmier composé d'une vingtaine de syndicats et d'associations professionnelles s'est construit il y a près de deux ans pour que les études infirmières soient intégrées dans le processus LMD afin d'élever le niveau de qualification des infirmières, de conserver une dynamique d'amélioration continue de la qualité des prestations de soins dispensées aux usagers par cette profession, de renforcer le potentiel d'attractivité de cette filière et d'augmenter la durée de vie professionnelle des infirmières qui est de 12 ans. Dans cet objectif, nous avons rencontré de très nombreuses personnalités politiques parmi lesquelles M Raphaël Radanne, conseiller à l'Élysée, des députés, des sénateurs, des présidents de conseils généraux ou régionaux...

Suite à l'ouverture des négociations par le gouvernement, Madame la Ministre de la santé, a annoncé le 3 mars dernier sur une chaîne publique, la mise en place de la licence universitaire dès la rentrée de septembre 2009 avec une évolution vers des masters et un Doctorat. Le 13 mars, lors d'une visite à Rambouillet, Monsieur le Président de la République s'est engagé publiquement à accorder dès la rentrée 2009, une reconnaissance universitaire aux infirmières via la licence mais également une reconnaissance statutaire.

Dans ce cadre, nous demandons :

- La reconnaissance par le conseil national des universités (CNU) du champ disciplinaire infirmier et des savoirs académiques qui le composent.
- La mise en place d'une infrastructure universitaire permettant le développement de compétences en matière de recherche infirmière, également la construction d'approches didactiques propres à la discipline afin d'œuvrer à la dispensation de soins infirmiers efficaces à la population et efficaces pour le système de santé.
- La conception d'un parcours de formation infirmière cohérent reposant sur.
- L'attribution d'un diplôme universitaire national de licence conjointement au diplôme d'état autorisant l'exercice professionnel.
- La dispensation des enseignements par des enseignants chercheurs infirmiers.
- Le développement d'un éventail de diplômes universitaires de master permettant aux infirmières la construction des compétences nécessaires dans les quatre domaines d'activité (expertise clinique dont les spécialités infirmières existantes, pratiques avancées en soins infirmiers, formation en soins infirmiers, gestion des soins infirmiers et recherche infirmière).
- La mise en place d'une formation doctorale, conduisant à l'obtention d'un doctorat académique, favorisant la production et la transmission des savoirs disciplinaires à destination des praticiens, des formateurs et des gestionnaires en soins infirmiers tout en apportant une contribution spécifique à l'interdisciplinarité.
- La définition d'un calendrier pour l'intégration des IFSI aux universités.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous accorder une audience afin de nous permettre de vous expliciter notre projet et vous prions de croire, Monsieur le Président, à l'expression de notre considération distinguée.

(*) ACIA, AEEIBO, AFIDTN, ANFIIDE, ANPDE, APPI, CEEPAME, CNI, Convergence, FNI, GERACFAS, ONSIL, SNICS/FSU, SNPI/CGC, UFMICT CGT, UNA-SIIF, UNAIBODE, UNEF.

Communiqué du 5 mai 2009 (*)

Réforme de la formation en soins infirmiers : le gouvernement fait le choix d'une reconnaissance a minima

Aujourd'hui avait lieu la dernière concertation concernant la réforme des études en soins infirmiers. Ce chantier avait été ouvert suite aux promesses de campagne de Nicolas Sarkozy concernant l'intégration de la formation des infirmier(e)s dans le système LMD. En effet, cette formation n'est actuellement reconnue qu'à bac +2 alors qu'elle se déroule sur trois ans et demi après le bac.

Les différentes mobilisations de la profession en 2007 avaient permis d'obtenir l'ouverture de ces négociations. Deux ans après le début des travaux, après de nombreuses promesses gouvernementales concernant notamment l'intégration des IFSI aux universités et malgré une forte implication de la profession dans ce dossier, la montagne accouche d'une souris.

Le gouvernement fait aujourd'hui le choix de la reconnaissance à bac +3 par la délivrance du grade de licence. Si cette mesure permet une reconnaissance au niveau licence, elle manque d'ambition et ne permettra pas d'améliorer ni les conditions d'études des étudiants ni la qualité des soins et encore moins le développement de la recherche en soins infirmiers qui est carencée en France.

Malgré un volontarisme de façade, le gouvernement essaie d'enterrer ce dossier alors qu'il avait là une véritable opportunité de reconnaître notre profession d'infirmière, d'améliorer la qualité des soins et d'intégrer les IFSI aux universités. Cela aurait également permis la création d'un véritable pôle santé au sein des universités et aurait contribué à l'amélioration des coopérations entre les différentes professions de santé. En outre, cette intégration aurait été synonyme d'avancées pour les étudiants et les professionnels. Elle aurait permis de garantir les droits étudiants tels que :

- un niveau de recrutement conforme aux futures responsabilités professionnelles ;
- le droit au redoublement ;
- l'harmonisation des frais d'inscription ;
- l'intégration aux aides sociales du CROUS.

Cela aurait aussi permis de faciliter les réorientations et les passerelles, y compris pour les professionnels en exercice.

D'autre part, cela aurait offert la construction d'une réelle filière universitaire pour les infirmières et de garantir la poursuite d'étude au niveau master permettant ainsi une meilleure formation des spécialités (puéricultrice, infirmiers anesthésiste, infirmier en bloc opératoire...) et une formation aux pratiques avancées, gage d'une meilleure adaptation aux évolutions des soins et des besoins de la population. Cela aurait également été l'occasion de reconnaître à bac +5 ces spécialités et ces pratiques avancées. Le gouvernement fait ainsi le choix d'un certain immobilisme et reste sourd aux attentes exprimées par les professionnels et les étudiants.

Nous nous inquiétons de la volonté du gouvernement d'enterrer ce dossier. Un calendrier de travail doit aujourd'hui être fixé mettant en perspective l'universitarisation complète de la formation des infirmier(e)s sur des masters existants, donc en sciences fondamentales ou médicales..

Nous demandons :

- Que la reconnaissance de cette formation à bac +3 se fasse par la délivrance d'un diplôme national de licence et des pratiques avancées par un diplôme universitaire de master.
- La création d'une discipline en sciences infirmière adossée à un domaine de santé.
- Des garanties quant à la possibilité de poursuite d'étude des étudiants titulaires du DE d'infirmier en Master et en Doctorat,
- La reconnaissance à bac +5 des spécialités et des pratiques avancées par un diplôme universitaire de master.
- La reconnaissance à bac +3 de tous les titulaires du DE Infirmier actuellement en exercice,
- La mise en place d'un calendrier d'intégration des IFSI aux universités et une perspective de faculté en sciences infirmières.

(*) Coordination Nationale Infirmière, Convergence infirmière, SNICS/FSU et UNEF.

santé et de la reconnaissance d'un grade de licence par le ministère de l'enseignement supérieur comme cela a été fait pour les architectes et les ingénieurs. Pour M. Hetzel, il ne s'agit pas d'une solution au rabais d'autant que les choix arrêtés ont nécessité que l'enseignement supérieur impose aux IFSI une augmentation des savoirs scientifiques dispensés notamment en biologie. Le référentiel de formation a donc subi des modifications pour répondre aux exigences universitaires. De même il y aura obligation de participation des enseignants chercheurs aux enseignements dispensés, dans les instances pédagogiques et dans les jurys d'examens et une évaluation périodique de ces formations par l'AERES tous les quatre ans comme pour toutes les autres formations universitaires. Le DE infirmier sera ainsi reconnu au niveau Bac + 3 et délivrera, comme les autres licences, 180 ECTS. À terme cela devra conduire à une universitarisation complète de cette formation.

Mme D'Authune de la DHOS estime que cette solution est une solution souple qui permet de garder le caractère professionnalisant de cette formation tout en conservant la possibilité de fixer des quotas d'entrée dans les IFSI. Elle précise qu'il sera noté sur chaque diplôme « Le d'infirmier est délivré à M. X et lui confère le grade de licence pour en jouir avec les droits et prérogatives qui y sont attachés ». Pour elle, c'est un schéma d'universitarisation progressive dans un respect total du processus de Bologne. Les étudiants auront un enseignement sur trois ans comportant 2 100 heures d'enseignement théorique, 2 100 heures de stages et 900 heures de travail personnel ce qui au final en fait une formation lourde de 5 100 heures, ce n'est donc pas une formation au rabais. L'augmentation des savoirs scientifiques dispensés devrait permettre aux professionnels de mieux poursuivre leurs études s'ils le désirent.

Concernant la poursuite du cursus, d'une part le grade permet l'accès à des masters existants, d'autre part le niveau master doit être mis en lien avec les pratiques avancées et l'évolution des tâches qui sont ou seront confiées aux infirmières, notamment comme le prévoit la loi HPST. L'accès aux doctorats sera ouvert aux étudiants qui auront déposé un projet de recherche. La recherche en soins infirmiers doit être développée car elle est notoirement insuffisante en France comparativement aux autres pays de la communauté européenne. Toute recherche étant pluridisciplinaire par définition, la recherche en soins infirmiers ne pourra cependant pas être réservée à une seule catégorie de professionnels.

Le niveau master

La question a été posée de porter au niveau du master les infirmières spécialisées et de créer des masters de pratiques avancées. En ce sens le groupe de concertation qui travaille sur ce domaine doit continuer ses travaux. La DHOS et la DGES s'engagent à réaliser un recensement des masters existants relevant du champ des soins infirmiers. La solution d'une double délivrance diplôme de licence et diplôme d'exercice pourrait être retenue ou bien un seul diplôme de master délivré par l'université avec un cahier des charges établi par le ministère de la santé. Les représentants de l'enseignement supérieur rappellent que le master comme le doctorat ne peuvent s'entendre sans adossement de ces diplômes à de la recherche. Les infirmiers en exercice actuellement pourront d'une part faire valider leur DE par les universités dans le cadre de la VAE et obtenir ainsi le grade de licencié, mais également poursuivre leurs études vers des masters. Il pourrait en être de même pour les diplômés qui seront reconnus au niveau master.

Les organismes de formation

Des conventions seront signées entre les IFSI, les universités et les régions sans dépasser 2 à 3 conventions par académie. Il y aura donc regroupement des IFSI tout en gardant le maillage territorial. Par académie, une seule université comportant un champ de la santé pourra signer les conventions avec les IFSI. Ce système devrait permettre de donner les mêmes moyens à tous les IFSI présents sur une académie mais également permettre une garantie d'homogénéité des savoirs enseignés. Des conventions types avec des modalités de participations seront publiées par voie de circulaire en juin 2009. Tous les conventionnements devront être finis en juin 2010. Le regroupement des IFSI devra permettre de rationaliser le conventionnement, de mutualiser les bonnes pratiques et les contenus pédagogiques avec une validation et une certification universitaire.

La vie de l'étudiant

Cette réforme permettra de délivrer aux étudiants infirmiers une carte d'étudiant commune à tous les autres étudiants, un égal accès au CROUS et à la mutuelle étudiante. Il y aura également harmonisation des bourses et des frais de transport. De nouvelles modalités de financement État-Région seront mises en œuvre.

Au final, l'ensemble de cette réforme sur les trois niveaux L, M et D doit être terminée pour 2011 en ce qui concerne les infirmiers et 2012 pour les autres professions de santé concernées.

Christian Allemand

Un dossier majeur qu'il faut continuer à faire progresser !

À l'issue de la réunion du 5 mai, nous avons rappelé par un communiqué (cf. page 10) notre demande d'universitarisation complète, qu'à ce stade de la réforme, le gouvernement refuse d'accorder pour différentes raisons. Notamment parce que l'université n'est pas prête à accueillir en son sein tous les étudiants infirmiers en septembre 09 mais aussi parce que le devenir des enseignants des IFSI est un frein à l'universitarisation complète comme la crainte pour certaines organisations de voir s'éloigner des aides soignants la possibilité de devenir infirmiers. L'exemple de la formation des enseignants illustre bien la complexité de l'universitarisation d'une profession à effectif important : passer il y a vingt ans des écoles normales aux IUFM fut certes compliqué mais supprimer aujourd'hui les IUFM pour passer à une universitarisation complète provoque des réactions encore très fortes chez nos collègues enseignants.

Pour la réforme de nos études, s'il nous reste encore du pain sur la planche, il faut cependant réaliser combien ont été importantes nos avancées, fruit d'un travail unitaire de recherche, de réflexion et de persuasion auprès des politiques, de l'enseignement supérieur et de la CPU qui pendant des années n'ont accordé aucun crédit à nos demandes.

Regard en arrière...

– 15/07/04, lors d'une audience du SNICS, les Prs Brunel et Thibault, conseillers des ministres de la santé et de l'EN, s'engagent à mettre en place des réunions sur la réforme des études infirmières.

– en 2005, il est question d'accorder aux conseils régionaux qui viennent d'obtenir les financements et les prévisions de besoins des IFSI et ont en charge l'emploi de centaines de milliers de femmes non diplômées et la responsabilité des soins d'une population vieillissante, la possibilité d'accorder des diplômes d'infirmière par une validation des acquis de l'expérience (VAE).

– 9/01/06, courrier du SNICS au Pr Thibault pour lui rappeler ses engagements.

– 14/02/06, courrier du SNICS à Xavier Bertrand, ministre de la santé, lui demandant d'organiser une concertation sur la réforme LMD.

– printemps 2006 : début des travaux au ministère de la santé sur la VAE infirmière.

– 26/10/06, appel à l'unité du SNICS à tous les syndicats infirmiers sur l'intégration des études infirmières dans le LMD.

– 12/06, lettre de cadrage LMD de Xavier Bertrand dans laquelle il est question de « finalité professionnelle » et uniquement de « certificats attestant des compétences requises pour exercer un métier de la santé » !

– 22/02/07, audience du SNICS avec le Pr Didier Houssin, Directeur Général de la Santé.

– 28/03/07, télégramme du SNICS aux candidats présidents pour l'intégration du DE infirmier au LMD et une reconnaissance universitaire, sociale, professionnelle et salariale.

– 11/04/07, première manif infirmière à Paris : le ministère de la santé dit sa volonté de permettre seulement à une minorité d'infirmiers d'accéder à un diplôme universitaire et souligne que l'infirmier n'est pas un diplôme d'enseignement supérieur puisque la VAE ne s'applique pas aux diplômés du supérieur alors qu'elle va s'appliquer pour devenir infirmière !

– 04/07, réunion inter-organisations : le CEFIEC (enseignants des IFSI) veut une filière para médicale à 3 niveaux et la CFDT un domaine en Sciences de la santé pour intégrer toutes les professions paramédicales !

– 10/04/07, création d'un collectif de 22 organisations infirmières pour une intégration à l'enseignement supérieur ouvrant vers le master et le doctorat.

– 12/04/07, réunion du collectif : la CGT et Sud disent leur attachement à la VAE infirmière.

– 2/05/07, courrier de Nicolas Sarkozy au SNICS s'engageant sur l'ouverture de négociations pour la reconnaissance du DE au niveau licence.

– 21/05/07, courrier du SNICS à V. Péresse rappelant les engagements de N. Sarkozy.

– 24/05/07, seconde manifestation infirmière avec participation active du SNICS.

– 14/06/07, troisième manifestation infirmière : forte mobilisation du SNICS.

– 31/07/07, courrier du SNICS à V. Péresse pour contester sa position à l'assemblée nationale appelant à ne pas voter l'intégration progressive dans le système LMD.

– 28/09/07 : le ministère de la santé est contraint de transformer le groupe VAE en groupe réingénierie du diplôme d'infirmière.

– automne 2007 : l'Europe se prononce contre toute VAE infirmière compte tenu du risque d'exercice illégal.

De septembre 07 à ce jour, l'action du SNICS a été constante sur ce dossier :

– recherche du maintien d'une unité pas toujours évidente dans un groupe infirmier éclectique ;
– rédaction de moult courriers et communiqués de presse unitaires ;

– prise en charge systématique de l'envoi de centaines de courriers aux députés, sénateurs, conseils généraux et régionaux, ministres,
– participation aux différentes audiences mêmes les plus décentralisées ;

– audition par la mission chargée de rédiger un rapport sur les pratiques avancées.

Au cours de ces 2 ans de travail commun, notre collectif LMD est parvenu à :

– fédérer les orga autour de l'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD ;

– élaborer une plate forme commune pour une filière en sciences infirmières ;

– obtenir de multiples audiences à tous les niveaux politiques ;

– faire ouvrir des négociations ;

– balayer la licence professionnelle ;

– faire accepter aux IFSI de perdre du pouvoir,
– faire reconnaître la recherche infirmière comme nécessaire et indispensable y compris par l'enseignement supérieur.

À ce jour, que nous reste-t-il à arracher ?

– Un calendrier pour une universitarisation totale.

– Une vraie revalorisation par la catégorie A type pour les infirmières et infirmiers déjà en activité, rapidement et pas dans deux ou trois ans.

– La reconnaissance de l'exercice infirmier à l'EN comme pratique avancée de la profession,

– L'assurance que les grades universitaires de licence et de masters qui vont être mis en place seront remplacés à terme par des diplômes universitaires.

Cheminement de la reconnaissance infirmière dans l'enseignement supérieur

La CPU (Conférence des Présidents d'Université) et le CNESER (Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) sont intervenus à quelques jours d'intervalle pour demander une véritable intégration des études infirmières à l'université.

Communiqué de la CPU du 16 04 09

La Conférence des présidents d'Université, réunie jeudi 16 avril 2009 en assemblée plénière, vient d'adopter trois positions.

– La première concerne le modèle d'allocation des moyens aux universités (...).

– La CPU demande à nouveau clairement le report de la mise en place de la réforme de la formation des maîtres et le maintien en l'état actuel des concours pour l'année 2010 (...).

– Enfin, la CPU se déclare favorable à l'intégration dans le LMD des formations paramédicales et notamment, dans l'immédiat, à l'intégration des formations en soins infirmiers dans les universités pour laquelle elle demande aux ministères concernés de préciser très rapidement le calendrier.

Motion adoptée par le CNESER du 20 04 09

Depuis octobre 2008, des discussions sur l'intégration à l'université des filières paramédicales sont en cours. Lors de la séance plénière du 15 décembre dernier, le CNESER avait pris position pour que la reconnaissance de ces formations se fasse par la délivrance de diplômes nationaux de licence et donne notamment lieu à une intégration des IFSI aux universités.

Le gouvernement semble aujourd'hui faire le choix de l'affichage politique plutôt que celui de l'intérêt des étudiants, optant pour une reconnaissance à minima avec la simple délivrance du grade de licence. Cette option ne répond pas à la nécessité de revalorisation et d'amélioration de la formation des infirmiers et ne permettra pas de répondre au besoin d'attractivité de cette formation.

L'intégration des IFSI aux universités permettrait l'amélioration des conditions d'études de ces étudiants. Elle permettrait ainsi l'harmonisation des droits étudiants sur ceux des universités (redoublement, passerelles, réorientation, équivalences, aides sociales délivrées par les CROUS). Le CNESER se prononce pour que la reconnaissance à bac +3 de l'ensemble des formations paramédicales et notamment celle en soins infirmiers se fasse par la délivrance d'un diplôme de licence.

Le CNESER demande qu'un calendrier d'intégration des IFSI aux universités soit mis en place et qu'un débat ait lieu lors du prochain CNESER.

Motion proposée par l'UNEF

Dans le cadre du protocole d'accord du 21/02/08 comportant 5 volets, seules quatre organisations syndicales (CFDT, UNSA, CGC et CFTC) avaient signé le volet 3 portant sur les carrières et les politiques indemnitaires dont la reconstruction des grilles A et B. Les autres organisations (FSU, CGT, FO et Sud) avaient refusé de signer, estimant que l'ensemble de ce protocole ne correspondait ni aux augmentations du coût de la vie ni aux attentes des personnels. La fonction publique a donc discuté le projet de réforme de la grille indiciaire de la catégorie B avec les organisations signataires bien que ces dernières soient minoritaires. Exclues des discussions, les autres organisations syndicales ont simplement été informées des résultats des négociations lors d'une réunion regroupant signataires et non signataires, au ministère du budget et de la Fonction Publique le 7/04/09.

Parmi les organisations signataires seule l'UNSA a estimé être arrivée à un compromis acceptable, les autres se sont toutes montrées très réservées sur l'aboutissement des négociations. La FSU a réaffirmé que cette rénovation aurait dû être menée dans une approche d'ensemble pour toutes les catégories (A, B et C) et qu'elle aurait dû permettre de traiter de la reconnaissance des qualifications et de la requalification des emplois. Elle a souligné que parmi les corps aujourd'hui en CII notamment les infirmières, un grand nombre devrait être classé en Cat A.

Le cabinet a répondu que le dossier des infirmières était en bonne voie pour la catégorie A et qu'il faisait l'objet de travaux spécifiques. Pour les autres corps classés en CII, les dossiers pour obtenir la cat A devront être traités ministère par ministère car il n'y aura pas de chantier général impulsé par la fonction publique. Lors des discussions, le cabinet a prétendu que les agents avaient 30 % de primes en moyenne !

Description du projet du B

Une grille unique pour toute la Cat B en trois grades, un déroulement de carrière allongé à 33 ans (32 pour le CII), une légère revalorisation des débuts

et fins de carrière, des effets très discutables en milieu de carrière.

Pour les corps en CII, l'entrée dans la grille se fera directement au second grade de cette nouvelle grille avec un indice de début (INM) à 327 et un indice de sommet à 515 (ce nouveau grade correspond au grade actuel d'infirmière de classe normale). Le troisième grade, correspondant au grade actuel d'infirmière de classe supérieure, démarre à l'indice 365 pour se terminer à l'indice 551 avec une montée progressive à l'indice 562 fin 2011. La possibilité de passage d'un grade à l'autre par examen professionnel est réintroduite.

Les modalités de reclassement ne sont actuellement pas connues. Un décret cadre sera soumis au Conseil Supérieur de la Fonction Publique d'État (CSFPE) le 16/07/09, puis chaque ministère devra publier un décret dit d'adhésion. Le chantier de la réforme doit être bouclé pour fin 2011.

Commentaires du SNICS

Cette nouvelle grille n'est pas une avancée. En réalité les quelques points d'indice ajoutés en début et fin de carrière sont en grande partie anéantis par l'allongement de la durée de carrière. Cette rénovation aurait dû être l'occasion de négocier l'intégration des indemnités dans la rémunération. Non seulement il n'en a pas été question dans les propositions mais la volonté de différencier les traitements des fonctionnaires selon la fonction et les résultats a été réaffirmée. Quant aux 30 % d'indemnités, c'est peut-être le cas à Bercy mais pas à l'Éducation nationale !

Pour info :

Dans notre grille actuelle infirmière, la classe normale débute à l'INM 308 et se termine à l'INM 481, la classe supérieure va de l'INM 411 à l'INM 534. Le SMIC correspond à l'INM 290.

Brigitte Le Parc Viviane Defrance

Rémunération au mérite : le gouvernement entame les négociations après la remise du rapport Diefenbacher

Après avoir reçu le rapport du député UMP Michel Diefenbacher sur l'intéressement collectif dans la fonction publique, les ministres du Budget Eric Woerth et de la fonction publique André Santini, ont rencontré, le 28 mai, quatre syndicats pour entamer les négociations à ce sujet.

« Je veux que la récompense au mérite devienne une composante indispensable de la rémunération des fonctionnaires », affirmait Eric Woerth le même jour dans *Le Parisien/Aujourd'hui en France*. Le ministre souhaite que « la fonction publique développe un système d'intéressement collectif », un dispositif qui lui semble « indispensable dans les administrations ».

Si les premières primes au mérite individuel seront versées à 25.000 attachés d'administrations dès septembre prochain, la fonction publique territoriale dans son ensemble devrait par la suite être concernée. Pour mener à bien ce projet, le gouvernement pourra s'appuyer sur le rapport de Michel Diefenbacher qui, après avoir recensé ce qui se fait déjà dans les trois fonctions publiques, fournit la méthode pour développer un tel mécanisme. Le député constate tout d'abord un changement de contexte favorable à l'instauration de l'intéressement dans le public. Il y voit trois raisons :

- le vote de la LOF en 2000 avec l'introduction des notions de performance et de résultat ;
- le poids du déficit et de l'endettement publics qui « impose une remise en cause très profonde des règles et des comportements du "management" public » ;
- « la justice sociale est de plus en plus regardée comme devant conduire, non pas à un strict égalitarisme, mais au contraire à une prise en compte différenciée de la contribution de chacun à un effort collectif ».

Elus pour la rémunération individuelle

Michel Diefenbacher indique que lors des auditions qu'il a menées, les associations d'élus (AMF, ARF, ADF) « se sont déclarées intéressées par les dispositifs de rémunération à la performance » tout

en exprimant « un intérêt plus marqué pour les systèmes de rémunération individuelle au mérite ». « Elles ne se montrent pas opposées à ce que l'intéressement soit encadré », ajoute-t-il avant de noter que le terme d'intéressement est jugé par certains élus « inadéquat, voire déplacé » pour la fonction publique. Il considère donc que :

Le terme d'intéressement est jugé par certains élus « inadéquat, voire déplacé » pour la fonction publique !

– Chaque collectivité constitue le cadre naturel dans lequel les mesures d'intéressement doivent être pensées et mises en œuvre. La responsabilité de la négociation incombe au chef de l'exécutif. Le régime indemnitaire doit être fixé par l'assemblée délibérante. En application du principe de libre administration des collectivités territoriales, les gestionnaires et représentants locaux des personnels doivent disposer de la plus large liberté, dans un cadre à préciser.

– Si le rapport conclut que, psychologiquement, les fonctionnaires sont prêts, que techniquement, les administrations le sont aussi et que, financièrement, l'instauration d'un tel mécanisme est pos-

sible, trois conditions doivent être réunies « pour que l'intéressement réussisse » :

- il doit être « clairement établi que le gouvernement n'entend pas transposer purement et simplement dans le secteur public les méthodes de l'entreprise » ;
- le dispositif doit tenir compte de la spécificité de la sphère publique et de la « culture » qui s'y attache ;
- le dialogue doit prévaloir « partout ».

Groupes de travail

Un dialogue entamé par Eric Woerth et Eric Santini le 28 mai avec les quatre syndicats signataires (UNSA, CFDT, CGC, CFTC) de l'accord du 21 février 2008 sur l'intéressement dans la fonction publique. Cette première réunion a abouti à la mise en place de cinq groupes de travail sur les thèmes suivants : le champ d'application de l'intéressement ; les objectifs et les critères ; les modalités de distribution ; le dialogue social ; et la mise en œuvre et le suivi de l'accord. Le ministère a la volonté d'aboutir le plus vite possible, mais aucune date butoir n'a été fixée pour le moment. Une nouvelle réunion avec les syndicats est d'ailleurs souhaitée, sans avoir encore été fixée.

Le 29/05/2009



Indemnités pour l'internat, catégorie A, IFTS,... Suite aux multiples interventions du SNICS, ci-dessous quelques réponses officielles.

Thierry LE GOFF, Directeur Général des Ressources Humaines du MEN au SNICS le 13 mars 2009

Monsieur le secrétaire général,

Par courrier électronique du 22 janvier dernier, vous appelez mon attention sur la situation indemnitaire des infirmières et infirmiers du ministère de l'éducation nationale affectés en internat. En effet, les infirmières et infirmiers logés par nécessité absolue de service et rémunérés à un indice supérieur à l'IB 407 (à partir du quatrième échelon) ne perçoivent plus l'indemnité d'administration et de technicité (IAT) et ne peuvent prétendre à l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires (IFTS), contrairement aux infirmières et infirmiers non logés.

Les différentes pistes envisagées depuis 2006 n'ayant pu aboutir, vous souhaitez qu'un régime indemnitaire spécifique prévoie au bénéfice des personnels logés par nécessité absolue de service un taux moyen d'IFTS au moins égal à celui accordé aux infirmiers d'externat.

Comme vous le savez, le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique a engagé une réflexion ayant pour objectif d'étendre le dispositif prévu par le décret n° 2008-1533 du 22 décembre 2008 relatif à la prime de fonctions et de résultats (publié au Journal officiel de la République française n° 0304 du 31 décembre 2008), institué pour les fonctionnaires appartenant à des corps ou emplois de la filière administrative de la catégorie A, notamment aux fonctionnaires appartenant à des corps de la filière administrative de la catégorie B ainsi qu'aux personnels de la catégorie B d'autres filières dont la filière sociale et de santé.

Dans ce régime indemnitaire, les agents logés par nécessité absolue de service bénéficient de la prime de fonctions et de résultats dans des conditions spécifiques.

La perspective de la généralisation d'un tel dispositif exclut a priori toute modification particulière des régimes indemnitaires actuels, et c'est donc dans ce cadre, qui constituerait une réelle ouverture, qu'une réponse favorable pourrait être apportée à votre revendication.

Je ne manquerai pas de vous tenir informé, en temps utile, de l'avancée de ce dossier interministériel. Je vous prie d'agréer, (...)

Christophe PROVOT, chef de cabinet du secrétaire d'état chargé de la fonction publique au SNICS, le 11 mai 09

Monsieur le secrétaire général,

Vous avez bien voulu solliciter un entretien auprès de M. Eric Worth, Ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, qui a transmis votre courrier à M. André Santini, Secrétaire d'État chargé de la Fonction publique, afin d'évoquer l'intégration des infirmiers et infirmières de la Fonction publique d'État en catégorie A.

Le Ministre a pris attentivement connaissance de votre correspondance.

Toutefois, le pilotage de la concertation sur ce dossier étant confié au Ministre de la Santé et des Sports, j'ai transmis votre courrier au Cabinet de Mme Roselyne Bachelot-Narquin en lui demandant de vous tenir informé de la suite qui lui sera réservée.

Je vous prie de croire, (...)

Le SG du SNICS à Pierre Yves Duwoye, secrétaire général du MEN le 18 mai 2009

Par circulaire en date du 10 avril 2009, vous avez transmis aux recteurs d'académie des indications relatives aux indemnités versées aux personnels IATOSS des services déconcentrés et des EPLE.

Vous précisez qu'une dotation complémentaire leur sera déléguée dans le BOP modificatif des programmes « second degré », « vie de l'élève » et « soutien » afin de poursuivre la démarche de rattrapage progressif du niveau des indemnités. Nous ne comprenons pas les raisons qui motivent votre décision d'attribuer aux infirmières un coefficient multiplicateur inférieur à celui des autres personnels, qu'il s'agisse des IFTS et de l'IAT.

Par ailleurs, je tiens à vous rappeler que nous sommes toujours en attente de l'indemnité promise à moult reprises par plusieurs ministres de l'Éducation nationale aux infirmières d'internat, personnels qui assurent chaque semaine trois nuits d'astreinte en plus de leur temps de travail habituel.

Dans l'attente (...)

Fusion et extinction de corps dans la fonction publique

Le 6 avril 2009, Eric Woerth, ministre du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique, a annoncé aux organisations syndicales, la mise en place d'un nouveau programme de fusion et d'extinction de corps dans la fonction publique. Cette mesure vise à favoriser la mobilité interministérielle et à instaurer « une fonction publique de métiers ». Le ministre présentera au mois de juin un programme consolidé de réduction du nombre de corps et de création de corps interministériels.

Au 1^{er} janvier 2010, la fonction publique comptera 380 corps contre 685 recensés en 2005.

Les femmes encore loin d'être les égales des hommes

Dépêche de l'AFP

Les femmes sont encore loin d'être les égales des hommes au travail ou en politique, et l'exercice de leurs droits est « imparfait », selon le Conseil économique, social et environnemental (CESE), qui réclame un « ministre de plein exercice » pour les droits des femmes.

« L'État lui-même doit être exemplaire », affirme le Conseil dans un rapport présenté mardi, préconisant « qu'un ministre de plein exercice soit à nouveau chargé à titre exclusif des questions de parité et d'égalité professionnelle ».

Si les femmes constituent 47 % de la population active, elles représentent 93 % des travailleurs à temps partiel et 8 % des dirigeants de grandes entreprises, souligne le rapport.

Le sujet de l'égalité salariale « demeure marginal dans les négociations collectives » : en 2006, 401 accords d'entreprises seulement sur 24 000 l'ont évoqué. L'écart de rémunération se maintient à 19 % depuis le milieu des années 1990, la discrimination étant encore plus sensible pour les cadres (23 %).

Considérant le droit de participer à la vie politique, « seule la contrainte ouvre le chemin vers la parité », constate Pierrette Crosemarie, rapporteure au nom de la délégation aux droits des femmes : on ne compte que 18,5 % de femmes à l'Assemblée nationale et 13 % dans les conseils généraux.

Le CESE propose d'instaurer un bonus financier pour les partis politiques prenant en compte le nombre de femmes élues et pas seulement candidates.

L'exercice du droit à la contraception et à l'IVG est « imparfait, faute d'une politique d'éducation sexuelle assortie de moyens budgétaires adaptés et d'une véritable prise en charge », estime le rapport, qui juge aussi la lutte contre les violences subies par les femmes souvent « inopérante ».

La durée moyenne de vie professionnelle d'une infirmière est passée en France à 12 ans tous secteurs d'activité confondus. Pas un autre métier ne se trouve dans cette situation ! Compte tenu des incidences sur les finances publiques et sur la qualité des soins que la pénurie d'infirmières engendre, cette question devrait être au centre des préoccupations de tout gouvernement : devoir former 3 générations d'infirmières pour parvenir à avoir une génération en activité devrait interroger les pouvoirs publics compte tenu du coût pour notre société.

Mais pourquoi une telle désaffection dans notre profession ? Que ressentent les collègues pour fuir ainsi un métier pourtant choisi ? Amertume, rage... ?

Le ministère de la santé a établi des rapports à partir d'enquêtes effectuées auprès d'infirmières en exercice notamment à l'hôpital et en clinique. Les résultats sont surprenants ! Alors que tout le monde était persuadé que la première cause de fuite des infirmières était les salaires trop bas, il s'avère que :

- La première cause est le sentiment des infirmières de ne pas pouvoir assurer la sécurité de leurs patients, de ne pas pouvoir leur apporter des soins de qualité ni d'aller jusqu'au bout du soin infirmier global construit sur un trépied relationnel, technique et éducatif.

- La deuxième cause est due à l'hyper encadrement de la profession : nos collègues en ont assez de la pression qu'elles subissent de la part des cadres infirmiers.

- La troisième cause est le manque de reconnaissance notamment salariale.

Bien qu'en apparence différentes, ces trois causes sont en réalité liées. Si les infirmières étaient reconnues financièrement et socialement à la hauteur des responsabilités qu'elles assument dans l'exercice de leurs fonctions compte tenu de la nature de leur diplôme, elles supporteraient mieux leurs conditions de travail. Si les conditions de travail sont difficiles mais si le salaire est à la hauteur des difficultés, c'est en général accepté par les professionnels. S'il n'en était pas ainsi, comment expliquer le maintien en exercice des cadres toutes professions confondues dont chacun reconnaît les conditions de travail difficiles ?

Résoudre la question de la fuite des infirmières passe par une amélioration de leur reconnaissance statutaire, 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, répondrait au malaise de cette profession, lui-même responsable de cette fuite.

De plus, si les infirmières étaient placées dans la même catégorie indiciaire que les cadres, il est à espérer que cette reconnaissance influencerait sur la hiérarchie qui aurait une meilleure considération pour les soignants.

L'intégration des études infirmières dans le dispositif LMD répond à l'ensemble de ces préoccupations et on peut envisager qu'elle sera en conséquence un élément positif contre la désaffection des infirmières pour leur profession et pour l'attractivité des jeunes pour cette profession.

Le fait que le diplôme infirmier soit reconnu à la licence classera de fait les infirmières dans la grille indiciaire de catégorie A.

Mais qu'entend-on par catégorie A ?

Pour le SNICS, il s'agit de la catégorie A type de la fonction publique. Pourquoi préciser « type » ? Parce qu'il existe des « petit A » qui sont des ersatz de catégorie A (cf. tableau ci-dessous) mais qui sont tout de même classés en A parce qu'ils dépassent le haut de la grille indiciaire de la catégorie B. Il est indispensable pour les responsables syndicaux d'avoir sans cesse ces précisions à l'esprit car la fonction publique est inventive lorsqu'il s'agit de faire passer des vessies pour des lanternes lors des négociations.

Pour preuve, les négociations intervenues il y a près de 20 ans suite au fort mouvement infirmier des années 89-90 ! Les infirmières classées à l'époque en catégorie B, réclamaient une revalorisation salariale correspondant à leurs nouvelles responsabilités professionnelles. Ces responsabilités résultaient d'une forte augmentation de leur formation initiale et de la publication du décret de déontologie infirmière et du décret d'actes faisant des infirmiers des professionnels de la santé autonomes et responsables jusqu'au pénal de tous leurs actes puisqu'ils les conduisaient de fait à ne plus jamais être en situation d'exécution même lors d'une prescription médicale. Or, pour éviter de leur donner la catégorie A, certes méritée mais trop chère, la fonction publique leur a concocté un classement fait sur mesure intitulé Classement Indiciaire Intermédiaire (CII) annoncé

comme un B+. Et le marché de dupes a fonctionné parfaitement puisque certaines organisations syndicales ont signé alors que pour une fois toute la profession était mobilisée !

Deuxième exemple : en 2002, suite à une augmentation du pourcentage d'accès au grade supérieur pour les seules infirmières hospitalières, des actions unitaires des infirmiers de l'État ont contraint la fonction publique à ouvrir des négociations. Une nouvelle fois la fonction publique a tenté de faire avaler des couleuvres en proposant un petit A socio-éducatif pour les infirmiers conseillers techniques qui avaient le grade d'infirmier en chef soit 17 points d'indice au-dessus de l'échelon terminal (70 euros net mensuel). En échange, seuls 25 % de la profession à l'EN auraient atteint le haut du CII contre 30 % à l'hospitalière !

Le SNICS a alors choisi de consulter l'ensemble des collègues sur plusieurs choix afin de connaître exactement les souhaits de la profession.

Réponses aux questions posées

1. Que pensez-vous de la situation actuelle des infirmières de l'EN en terme de carrière et de salaire ? **Pas satisfaisant pour 98 % des collègues.**

2. **39 %** de la profession a considéré **l'intégration en catégorie A incontournable**, **40 % indispensable** et **19 % souhaitable**.

3. Dans le cas d'une intégration en catégorie A, **77 %** des collègues ont souhaité qu'elle se fasse **sur la grille de catégorie A type** enseignant et **20 % sur la grille de catégorie A atypique** IDE puer.

4/ A la question sur la création d'un petit A « cadre infirmier » pour les infirmiers conseillers techniques, **87 % des collègues** ont jugé cette proposition **pas satisfaisante**.

Un accord intersyndical s'est fait pour l'obtention d'un A atypique sur le modèle des puer pour tous, première étape vers le A type. Mais cette revendication a été balayée par le gouvernement ce qui nous a conduit à organiser le 9 mars 2002 une nouvelle manifestation unitaire au cours de laquelle les collègues scandaient « **la catégorie A pour toutes** » !

Au final, c'est donc la reconstruction de la grille avec accès au grade d'infirmière de classe supérieure pour 30 % des collègues, comme à l'hôpital, qui a été appliquée avec pour le SNICS comme prochaine étape : **la catégorie A pour tous !** **BLC**

Tableau des catégories indiciaires de la fonction publique

Catégorie	C	B type	B CII	Petit A Puer IBODE	Petit A IADE	Cadre de santé	Cadre sup de santé	Directeur de soins	A type	A sup
Bornes INM	283 - 430	297 - 514	308 - 534	341 - 570	367 - 604	380 - 611	524 - 642	456 - 783	349 - 783	359 - 1 270
Salaire	de 1 294 € à 1 965 €	de 1 357 € à 2 349 €	de 1407 € à 2 440 €	de 1 558 € à 2 605 €	de 1 677 € à 2 760 €	de 1 737 € à 2 792 €	de 2 395 € à 2 934 €	de 2 084 € à 3 578 €	de 1 595 € à 3 578 €	de 1 640 € à 5 804 €

Ces montants correspondent aux traitements bruts avant déduction des diverses retenues (retraites, prélèvements sociaux, etc.) et avant ajout des régimes indemnitaires spécifiques. [INM = Indice Nouveau Majoré - Valeur mensuelle du point d'indice = 4,57 €]

En multipliant par 4,57 € l'INM correspondant à l'échelon d'un grade donné, on obtient le traitement brut duquel il faut retrancher la retenue pour pension (7,85 %), il faut ajouter le supplément familial de traitement et l'indemnité de résidence puis retrancher la CSG (7,5 %), la CRDS (0,5 %) et la contribution de solidarité (1 %). À cette somme il faut ajouter indemnités et primes (prime Veil, prime de service, indemnité de sujétion spéciale, NBI, IAT, IFTS, etc.) puis retrancher la RAFF (Retraite Additionnelle de la fonction publique) qui s'élève à 5 % des indemnités et primes.

Thème du colloque « Vers de nouvelles Perspectives de Prévention et de Prise en charge des Tentatives de Suicide à l'Adolescence ».

À l'occasion de ce colloque réunissant des spécialistes de l'adolescence le 4 juillet 2008, il a été rappelé à plusieurs reprises le rôle essentiel des infirmières dans les établissements scolaires auprès des adolescents. Les recommandations de psychiatres et pédopsychiatres exprimées au cours de cette journée, renforcent l'idée qu'on ne peut pas traiter ces missions avec désinvolture comme c'est le cas dans certaines académies et qu'en tant que professionnels de santé, défendre nos missions est une question d'éthique.

L'infirmière présente au quotidien dans l'établissement scolaire permet d'apporter les réponses nécessaires aux adolescents qui présentent un mal être essentiel à identifier.

En introduction au colloque, Sylvie Tordjman, professeur en pédopsychiatrie à Rennes, rappelle l'importance d'un suivi adapté et efficace pour les adolescents qui ont fait une tentative de suicide : 37 % des tentatives récidivent dont 56 % dans l'année qui suit.

Vincent Garcin, psychiatre, responsable d'un pôle de psychiatrie Enfant-Adolescent de l'EPSM Lille-Métropole livre des éléments qui conditionnent la prévention du suicide : pour répondre à ce besoin de santé, toute la difficulté réside à parvenir à « l'acceptation de soin par l'adolescent qui ne demande rien mais donne à voir par des plaintes somatiques ». Pour y parvenir, il affirme la nécessité d'« une antériorité avec l'adolescent ». Cette antériorité permet d'installer « une relation de confiance ». Pour lui, il est nécessaire de mettre des mots sur la situation, d'instaurer un dialogue avec le jeune pour parvenir à une médiation. Il s'agit enfin de lui dire « on ne te lâchera pas ». L'absence de suivi signifie pour le jeune « continue à te suicider », « ce n'est éthiquement pas acceptable ! ». Quand le suivi est mis en place, « le jeune entend qu'il n'est pas si isolé que cela, qu'on ne fera rien sans son accord, ce qui le soulage. »

Dans son intervention Marcel Rufo, professeur en pédopsychiatrie, chef de service de médecine et de psychiatrie de l'Adolescent, souligne l'importance d'adultes référents comme les infirmières à l'Éducation nationale en les qualifiant même de « géniales ». Pour lui, l'adolescent se croit invulnérable et pour parler de sa vulnérabilité, il juge ces professionnels essentiels. Suite à un suicide dans l'établissement scolaire, il ne pense pas qu'il y a de risque de contamination mais il juge essentiel de travailler plus largement dans l'établissement sur les conduites à risque.

Daniel Marcelli, professeur en Pédopsychiatrie, chef de service universitaire de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à Poitiers intervient sur le protocole de prise en charge après une TS : « Un adolescent qui fait une TS veut vivre mais autrement ! L'adolescent attend du changement. Si le changement n'est pas présent, il y a un risque de récurrence ». Pour lui « il est important d'évaluer les capacités de changement de l'adolescent, de la famille, de l'environnement ». Il insiste sur l'importance d'un suivi puisque 1/3 des TS récidive dont fi va récidiver dans l'année qui suit. Plus la TS est précoce, plus il y a risque de récurrence.

Facteurs de risques :

- Plus de suicides chez les garçons.
- Plus de TS chez les filles.

Sur le protocole d'évaluation, D. Marcelli souligne la nécessité de ne pas banaliser, ne pas dramati-

ser mais par contre, calmer, contenir, protéger. **L'attitude calmante** permet d'apaiser et de ne pas ajouter de l'excitation chez un jeune qui ne supporte pas l'excitation psychique. Le psychisme a besoin de se faire son « cinéma », de pensée en pensée, l'énervement s'apaise. Quand l'appareil psychique n'y arrive pas, un effet de sidération se produit et conduit au passage à l'acte. Quant à l'excitation chez les adultes, elle est extrêmement délétère !

L'attitude contenante : il s'agit de différencier les problèmes, d'évaluer les mécanismes de projection dans le fonctionnement familial, de travailler sur les délimitations. L'adolescent a besoin de s'identifier mais aussi de se distinguer des personnes qu'il aime.

L'attitude protégeante : ne pas laisser l'adolescent retourner la violence contre lui. L'hospitalisation est un facteur d'excitation donc il ne faut pas l'espérer de façon systématique. Il faut réfléchir en fonction des territoires à la méthode la plus adaptée. Un bon réseau peut être apaisant et contenant sans hospitalisation.

Sur la nécessité d'évaluer :

- Certaines TS désignent un acte symptomatique de l'entrée dans l'âge adulte (à dire après évaluation).

- Si cela ne va vraiment pas, il faut trouver absolument les moyens de changement.

Le protocole d'évaluation :

Ce protocole est « à faire par un professionnel de soin : médecin généraliste, psychologue ou infirmière scolaire ».

1. symptômes de premier rang :

- Le sentiment de désespoir : « je ne m'en sortirai jamais, je suis nul ! »

- Les troubles affectifs anxieux et/ou dépressifs : problèmes de concentration, angoisse, qualité du sommeil, rêves : savoir si l'ado est en paix avec lui-même (capacité très importante !) savoir s'il n'a pas besoin d'un joint pour s'endormir.

- Les tentatives antérieures : idéation, intentions, projets. Il s'agit de distinguer les idées de mort et de suicide. En effet, les idées de mort expriment la perception de la finitude de la vie et peuvent éviter le sentiment de toute puissance. Si l'adolescent a du goût pour la philosophie, il peut approfondir la problématique de la finitude et de l'existence. Les idées de suicide (processus qui dure six mois) si elles sont régulières et fréquentes, il faut être contenant. Pour certains, avoir l'idée de pouvoir en finir, permet d'accepter de continuer de vivre. Il faut évaluer l'état d'avancement du processus : « as-tu déjà pensé à te faire du mal ? » « as-tu déjà pensé à la manière de le faire ? » L'intention de l'acte étant un degré supplémentaire (quelques mois). S'il y a un projet suicidaire et préparation des conditions de ce suicide, on s'approche du passage à l'acte (se compte en semaines). Il est nécessaire alors de donner un rendez-vous pour approfondir le problème : **l'adolescent répond toujours positivement, revient et est calmé. Si la réponse réside en la prescription de psychotropes d'emblée, c'est une faute professionnelle !**

2. Symptômes de deuxième rang :

- La problématique impulsive s'exprime sous trois types de TS :

*** une TS purement dépressive sans impulsivité

*** une TS impulsive sans dépressivité, qui correspond à l'intolérance à la frustration, scarifications.

*** Une TS à composante dépressive et impulsive : forme grave.

- La consommation de produits :

*** Alcool : profond déshinhibiteur, il fait « flam-

ber » l'impulsivité. Il faut donner des rails pour tenter de contenir l'impulsivité.

*** Haschich : apaise.

*** Ecstasy, héroïne : excite.

- Les troubles de l'identité de genre :

* Si TS chez une fille, c'est qu'elle ne va pas si mal que cela.

* Si TS chez un garçon, c'est beaucoup plus grave que chez les filles.

* À l'inverse, une fille psychopathe c'est plus grave que chez un garçon.

* Les adolescents normalement adhèrent aux stéréotypes sociaux. Dans le cas contraire, ils expriment le sentiment d'être mal dans leur sexe d'assignation.

* Dans le cas de l'homosexualité, il y a sept fois plus de risque de TS (danger ++)

3. Symptômes de troisième rang :

- facteurs de risques familiaux : les violences en tant que victimes ou en tant que spectateurs, les abus sexuels ;

- les facteurs sociaux : le chômage, les migrations ;

- l'environnement social : facteur de risques quand l'adolescent est trop dehors ou trop à la maison ;

- exposition au suicide : les actions de postvention. Quand il y a un suicide dans l'établissement, le jeune désigne l'établissement. Quand le suicide se passe à la maison, cela renvoie à des antécédents de suicide dans la famille et exprime le sentiment d'être abandonné et d'être incapable d'avoir retenu son parent. Il y a alors une fascination énigmatique de ce geste. Situation excitante et très traumatisante. Plus c'est un proche, plus c'est risqué ! ;

- facteurs de stress : déménagement, rupture sentimentale, mauvaise note.

L'évaluation :

- proposer une psychothérapie brève (4 à 5 entretiens) ;

- développer l'alliance de soins (si observance de soins) ;

- évaluer la gravité de la TS de l'adolescent et faire une réponse argumentée.

Importance de l'accompagnement

- Si facteurs de risques, envisager une stratégie de soins.

- Pour les impulsifs et les déprimés on constate une pseudo guérison post suicidaire (effet cathartique de 15 jours à 1 mois) mais les problèmes reviennent.

- Ne pas tout axer sur l'hospitalisation

- Apprendre à travailler avec les adolescents

- Les quasi suicides et les suicides ne correspondent pas aux mêmes maladies que les TS.

- Pour les TS, 1/3 relèvent d'une stratégie de soins, pour les autres TS cela exprime chez les adolescents le droit de « faire une bêtise ».

- Indicateurs de désinvestissement psychique : l'échec scolaire corrélé fortement aux TS.

- En cas d'alcoolisation aigue : conduite impulsive + alcool exprime un risque maximal.

- Si suicide dans l'établissement : organiser des actions de postvention.

- Si suicide à domicile : ne pas « rameuter » car cela produit de l'excitation inutile.

Théoriquement, il faut faire venir des équipes de psy formées qui définiront les cercles d'intervention par rapport au suicidé. Les actions doivent être conduites dans la proximité.

Béatrice Gaultier

Charité bien « ordonnée » commence par soi-même !

Le SNICS communique

Le SNICS-FSU s'élève contre le montant de la cotisation à 75 euros que vient de fixer le conseil national de l'ordre infirmier. Il représenterait un budget annuel de plus de 37 000 000 euros au vu des 498 000 infirmières inscrites sur les listes électorales. Nous tenons à rappeler à Madame la Ministre de la Santé son souhait d'une cotisation la moins élevée possible compte tenu du grand nombre de professionnels.

Les promesses électorales de la plupart des élus à tous les niveaux de la structure ordinale d'une cotisation à 30 € maximum n'engagent que ceux et celles qui y ont porté crédit et non pas ceux qui les ont proférées. Nous pouvons d'ores et déjà craindre ce qu'il adviendra des autres engagements.

Nous vivons cette décision comme une injustice et une trahison envers toutes les infirmières, ce qui augure mal des liens futurs entre l'ordre et les professionnels qu'il est censé représenter alors même que le taux de participation à cette élection a été de seulement 13,73 %. à l'heure où notre pays traverse une crise financière inégalée, il est irresponsable de voir le conseil national de l'ordre proposer une cotisation de ce montant qui contribuera à réduire d'autant le pouvoir d'achat de nos collègues infirmières. Nous ne pouvons également nous résoudre à devoir payer pour travailler.

Aussi le SNICS-FSU demande solennellement à Madame la Ministre de la Santé d'intervenir dans ce dossier, de consulter les partenaires sociaux et d'imposer un moratoire quant à la mise en place de l'ordre infirmier.

Paris, le 9 avril 2009

Revue d'action juridique et sociale nov 07 Secret professionnel et partage des informations par Pierre Verdier Docteur en droit, avocat au barreau de Paris (extraits)

« Les lois du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance et sur la prévention de la délinquance légalisent le partage des informations à caractère secret entre professionnels de l'action sociale, avec le président du Conseil général et parfois avec le maire. Aucune de ces lois ne mentionne le « secret partagé. Beaucoup s'engouffrent déjà dans la porte entr'ouverte pour parler de secret partagé !

Le secret professionnel

S'agissant d'une disposition pénale, elle est d'interprétation stricte : sont tenus au secret professionnel ceux pour lesquels un texte les soumet expressément. Sont tenus au secret professionnel : les médecins, les sages-femmes, les infirmiers, les assistants de service social, les avocats... N'y sont pas tenus : le psychologue, l'assistante maternelle, l'assistante familiale, les éducateurs, les enseignants...

Sur quoi porte le secret professionnel

Il ne s'agit pas seulement des « secrets confiés », comme le stipulait l'ancien code pénal, mais de ce qui est appris dans l'exercice de la profession. Peu importe que l'information ait été recueillie auprès de l'intéressé ou auprès de tiers. Même la mort de l'intéressé ne supprime pas l'obligation au silence. Même le fait que ce soit largement connu par d'autres ne l'autorise pas à parler.

L'infraction

La révélation peut résulter d'une imprudence : dossier laissé ouvert sur le bureau, manque de discrétion au téléphone par rapport aux personnes présentes dans la salle. Mais à défaut d'élément intentionnel (porter à la connaissance d'autrui une information connue en raison de sa profession), ce ne sera pas un délit pénal, mais cela pourra engager des sanctions disciplinaires, voire des réparations civiles.

Les autorisations à parler

Les personnes astreintes au secret professionnel dans le cadre de l'art 226-13 du code pénal ont la possibilité de signaler certaines infractions, limitativement énumérées, mais n'y sont pas obligées. Elles ne sont pas obligées de dénoncer les mauvais traitements et privations, à condition qu'elles aient fait diligence pour que ceux-ci cessent « par leur action personnelle ou en provoquant des secours ». En effet, leur silence qui ne serait pas relayé par des actions directes de protection des personnes en danger, peut entraîner une poursuite pour non-assistance à personne en péril. Toutefois, si on ne peut obliger une personne tenue au secret professionnel à parler, en revanche, le juge d'instruction, et même l'officier de police judiciaire (s'il a une ordonnance du juge), peut saisir tout document qui lui paraît nécessaire à la recherche de la vérité. Ils peuvent exiger de se faire remettre les documents, y compris informatique. Tout ce qu'on écrit peut être lu.

Les conditions de partage de l'information entre professionnels

Selon le code pénal, ce sont « les personnes » qui sont dépositaires d'informations à caractère secret, et non les équipes, institutions, établissements ou services. Dans sa version originale de 1810, comme dans celle de 1992, le partage était interdit.

La première étape de légalisation du partage d'information a été franchie par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade. L'article L. 1110-4 CSP dispose en effet : « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des infor-

mations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ». Le partage d'informations était pour la première fois autorisé mais encadré par quatre conditions limitatives : être entre professionnels de santé, suivre la même personne, avoir son accord éclairé, dans un objectif thérapeutique.

Réclamé par les travailleurs sociaux, parce que le partage est nécessaire à la continuité de la prise en charge et à la richesse d'un travail partenarial, le partage d'informations a été légalisé là aussi sous certaines conditions par la loi sur la protection de l'enfance et par celle du même jour sur la prévention de la délinquance. Loi relative à la prévention de la délinquance : Art. L. 121-6 2. « Lorsqu'un professionnel de l'action sociale, définie à l'article L. 116-1, constate que l'aggravation des difficultés sociales, éducatives ou matérielles d'une personne ou d'une famille appelle l'intervention de plusieurs professionnels, il en informe le maire de la commune de résidence et le président du conseil général. L'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable aux personnes qui transmettent des informations confidentielles dans les conditions et aux fins prévues au présent alinéa » (**donc aux professionnels de l'action sociale !**).

La circulaire du 9 mai 2007 du Ministère de l'intérieur et de l'Aménagement du territoire cite les professionnels concernés : la notion de « professionnel de l'action sociale » est entendue en référence à la définition de l'action sociale elle-même, qui figure à l'article L. 116-1 du code de l'action sociale et des familles. Sont ainsi concernés :

- les travailleurs sociaux chargés de l'accompagnement ou du suivi des personnes ou familles en difficulté (les assistants de service social, les éducateurs spécialisés, les conseillers en économie sociale familiale, les techniciens de l'intervention sociale et familiale, les aides à domicile et les assistants familiaux) ;
- les médiateurs sociaux en contact direct avec les personnes (par exemple, les agents locaux de médiation sociale, les agents de médiation sociale et culturelle ou « femmes relais », les agents d'ambiance et les correspondants de nuit) ;
- les autres professionnels de l'action sociale qui interviennent au service de familles comme les assistants maternels.

Les professionnels de santé ne sont donc pas concernés !

En conclusion pour les infirmier(e)s de l'Éducation nationale

Si vous décidez de faire un signalement, vous devez le faire directement au Procureur de la République. Prévenir le médecin ou l'assistante sociale n'est pas considéré comme une « action directe de protection des personnes en danger ». Vous informez le chef d'établissement « J'ai fait un signalement au Procureur de la République », mais vous ne devez pas donner le motif. Vous devez obtenir l'autorisation de l'élève ou de l'étudiant si vous souhaitez informer une tierce personne de sa situation (le médecin, l'assistante sociale, le psychologue ou la famille).

Si un personnel de la communauté éducative (quel qu'il soit), vous demande ce qu'il en est d'un élève ou étudiant, les seules informations à transmettre est « j'ai mis en œuvre les actions nécessaires », pas leur nature ni le motif.

Chantal Chantoiseau

Le projet de loi HPST qui a donné lieu à 2900 amendements et dont la date d'application est fixée au 1^{er} janvier 2010, devrait être adopté avant la fin juin 2009 après son examen par la commission mixte paritaire à partir de la mi-juin.

Dans le cadre de cette loi, le sénat a adopté un amendement proposé par 12 sénateurs et sénatrices du groupe socialiste autorisant les infirmiers, quel que soit leur mode d'exercice, à « renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux (...) pour une durée maximum de six mois, non renouvelable ». La liste des contraceptifs oraux concernés sera fixée par arrêté du ministre de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). À la demande du gouvernement, les médicaments renouvelés seront « pris en charge par les organismes d'assurance maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables ».

Un second amendement a été adopté autorisant les pharmaciens à dispenser des contraceptifs oraux « pour une durée supplémentaire non renouvelable de six mois (...) lorsque la durée de validité d'une ordonnance datant de moins d'un an est expirée ».

Texte adopté : « L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour une durée maximum de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 5134-1 (***) et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1. »

(***) Les établissements mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 5134-1 sont les établissements d'enseignement du second degré.

Autoriser les infirmières à renouveler les contraceptifs oraux : une décision positive dans un projet de loi régressif !

Communiqué du SNICS/FSU

Malgré son opposition au projet de loi HPST et les multiples critiques que ce projet lui inspire, le SNICS/FSU, syndicat majoritaire à 62 % chez les infirmières de l'Éducation nationale, se félicite de la décision prise par le sénat le 8 juin 2009 lors du vote de la loi HPST, d'autoriser les infirmières à renouveler sous certaines conditions les prescriptions de contraceptifs oraux. Cette décision vise en effet à développer la contraception afin d'améliorer le taux de couverture contraceptive des jeunes femmes et de prévenir au mieux les interruptions volontaires de grossesse encore trop nombreuses.

Profondément attaché à l'intérêt des jeunes et à une meilleure prise en charge de leur santé et de leur épanouissement à l'École, le SNICS/FSU se réjouit vraiment de cette mesure dont il était demandeur. Ce dispositif qui touche l'ensemble de la profession, va concerner prioritairement les infirmières qui exercent une activité de prévention notamment celles de l'Éducation nationale qui délivrent déjà la contraception d'urgence aux adolescentes et participent au quotidien à l'éducation à la sexualité des jeunes. La finalité de ce dispositif qui n'est pas de suppléer l'absence de médecins ou de gynécologues, est d'apporter par un parcours différent, une réponse professionnelle pour le renouvellement des contraceptifs oraux lorsque ce renouvellement est compliqué notamment pendant la période scolaire.

Si chaque collège et lycée public sont dotés d'une infirmière au 1^{er} septembre 2010, date de fin des 1 500 créations d'emplois infirmiers programmés par la loi de 2005 pour l'avenir de l'École, une réponse adaptée pourra ainsi être donnée à toutes les collégiennes et lycéennes qui le souhaiteront. En effet, par leur présence dans les établissements scolaires, les infirmières de l'Éducation nationale assurent leurs missions d'accueil, d'écoute, de soins et de suivi de santé des élèves, ce qui permet de créer entre ces professionnels de santé et les jeunes, un contexte de proximité et de confiance propice aux conseils et à l'échange sur toutes les questions liées à la sexualité et à la contraception.

En rendant plus aisé le renouvellement de la prescription initiale du médecin, cette mesure reconnaît la complémentarité entre les différents professionnels de santé et répond au transfert de tâches évoqué dans l'article 17 de la loi HPST. Elle permettra surtout de pallier l'interruption de la prise de contraceptif résultant de la non anticipation pour la prise du rendez-vous médical, notamment pour les élèves internes, et offrira également aux jeunes filles la possibilité de formuler dans un cadre moins formel que chez leur médecin, à l'occasion des entretiens programmés ou immédiats avec l'infirmière, les questions qu'elles se posent et d'expliquer les problèmes qu'elles peuvent rencontrer.

Le SNICS restera vigilant à ce que l'Éducation nationale offre à ses infirmières une formation universitaire de qualité qui leur permettra de répondre à la fois aux jeunes filles et aux obligations de la loi et crée dans chaque collège et lycée publics les postes indispensables à la mise en œuvre au quotidien de cette loi.

Paris, le 10 juin 2009



La grippe A, où en est-on ?

La grippe A (H1N1) continue de se propager à travers le monde. Le bulletin rendu public, le 5 juin 09 par l'OMS dénombrait 21 940 cas confirmés, dont 125 mortels, dans 69 pays. Le passage au niveau d'alerte 6, phase déclenchée quand deux régions du globe sont touchées par une propagation autonome du virus, serait « imminent ». Le passage par l'OMS à un seuil d'alerte 6 ne signifiera pas mécaniquement un passage à un stade 6 pour les 193 pays membres de l'organisation internationale. C'est aux gouvernements d'en décider.

La France est aujourd'hui au stade 5A. Le plan national « Pandémie grippale » (www.pandemie-grippale.gouv.fr) prévoit les stades 5B et 6, qui limitent, entre autres, les transports et les rassemblements collectifs.

Et pour les infirmières de l'EN ?

Le bulletin officiel spécial n° 8 du 18/12/08 rappelle la nécessité pour les recteurs de proposer une formation pour les infirmières sur la lutte contre la pandémie grippale (cf. annexe 7). Elles doivent de plus bénéficier d'« une information régulière sur la pandémie grippale pour la mise à jour de leurs connaissances, ainsi que sur la spécificité des prescriptions liées à la maladie ».

Les sites à consulter sur ce sujet

- www.pandemie-grippale.gouv.fr
- www.invs.sante.fr
- <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr>
- site de l'OMS

Déclaration commune FCPE, FIDL, UNL, UNEF, FERC-CGT, FSU, SGEN-CFDT, UNSA-Éducation, le 30 mai 09

Violence dans les établissements scolaires

Les phénomènes de violence touchent les écoles et établissements scolaires, c'est un fait indéniable. Il faut traiter ces phénomènes à leur juste mesure : au contraire des mesures électoralistes annoncées par le président de la République et le ministre de l'Éducation nationale.

Les agressions de personnels de l'Éducation nationale sont inadmissibles. Les intrusions de bandes armées de battes de base-ball dans un établissement sont intolérables. Néanmoins, il ne s'agit pas des formes les plus fréquentes de violence perpétrées dans les écoles et les établissements scolaires. Les agressions commises avec arme contre les personnels de l'Éducation nationale sont heureusement rarissimes (10 cas recensés depuis 2007).

Le ministre sait que la fouille des cartables est impossible à mettre en place et ne réglera rien ; il sait que la création d'une brigade volante d'intervention n'a aucun sens ; il sait que vouer aux gémonies les parents dits « démissionnaires » n'est pas une solution. La confusion entre les missions éducatives des personnels de l'Éducation nationale et celles des fonctionnaires de police et de justice compliquerait leurs relations avec les élèves et serait source de tensions supplémentaires. Elle détruirait toute relation de confiance indispensable à l'instauration d'une relation pédagogique durable.

Alors que par bien des aspects la politique suivie renforce les phénomènes de violence : désaffectation, suppressions de dizaines de milliers de postes d'enseignants et de personnels vie scolaire, déstabilisation des équipes, dégradation des conditions de travail et d'étude, insuffisance du dialogue avec les parents..., ce que Nicolas Sarkozy et Xavier Darcos proposent ce n'est même plus l'École sanctuaire mais l'École bunker !

Or, les établissements d'éducation doivent avant tout rester des lieux de confiance, d'apaisement et de sérénité.

Plutôt que de tirer parti d'un incident grave pour décider de mesures dans la précipitation et sous le coup de l'émotion, en privilégiant les annonces aussi spectaculaires qu'impraticables, il faut maintenant s'attaquer aux véritables problèmes de l'insécurité scolaire, comme celui des incivilités et des agressions verbales et physiques, dont les élèves sont souvent les premières victimes. Pour cela, il convient de mettre en place, dans une École de justice, de réussite de tous et de respect mutuel, une véritable politique de prévention : recrutement et formation de personnels, éducation au vivre ensemble, lieux de paroles et d'écoute, implication des parents dans les projets d'école et d'établissement... Cette politique ne peut se mettre en place dans une parodie de concertation comme celle que nous venons de vivre : sélections des participants, décisions déjà prises et annoncées, stigmatisation de certaines parties prenantes. Le gouvernement semble vouloir toujours s'enfoncer davantage dans une politique de répression et de méfiance systématique vis-à-vis de la jeunesse. Les jeunes sont diabolisés, les parents d'élèves stigmatisés.

Tout cela pour tenter de masquer les conséquences de leur politique éducative désastreuse qui refuse un avenir aux jeunes, et éviter ainsi de s'attaquer à la violence sociale quotidienne qui frappe durement les jeunes dans un contexte d'accroissement des inégalités.

Tout cela pour tenter également de faire oublier les dizaines de milliers de suppressions de postes de personnels d'enseignement, d'éducation, de santé et sociaux... sans que nos écoles ne soient plus que des simples lieux d'études où il ne fait pas bon vivre pour les élèves. Nous voulons mettre en place, tous ensemble, des actions d'accompagnements nécessaires à l'apprentissage des valeurs et des comportements essentiels à la vie collective. Si nous ne traitons pas la violence par l'éducation dans l'École, quelle société nous préparons-nous ?

Rien ne peut remplacer les rapports humains, l'éducation, la prévention, toutes choses que les portiques et les caméras de vidéosurveillance ne sont pas en mesure d'apporter.

Nous voulons privilégier la politique de la raison à la récupération politicienne. Nous voulons dénoncer les raccourcis et la démagogie du gouvernement. Nous voulons la sécurité scolaire et non la surenchère sécuritaire !

Chômage des jeunes : 30 ans d'efforts et la France toujours à la traîne (OCDE)

AFF, 20 mai - Trente ans de politique de l'emploi et rien n'y fait : le taux de chômage des 15-24 ans en France se maintient à plus de 18 %, soit plus de 7 points au-dessus de la moyenne des autres pays riches, selon l'OCDE, qui formule des recommandations dans un rapport publié mercredi.

La France est l'un des seize pays passés au crible depuis 2006 par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), sur le thème « Des emplois pour les jeunes ».

Avec 18 % de chômage en moyenne parmi les 15-24 ans en 2008, la France est 23^e sur 30 dans le classement OCDE, et la crise a fait remonter ce taux à 21,2 % au quatrième trimestre 2008, outre-mer incluse. Selon l'OCDE, en France les jeunes « risquent d'être les plus touchés par la crise », car les difficultés conjoncturelles qu'ils rencontrent « reflètent dans une large mesure des problèmes de nature plus structurelle ».

Parmi les explications, l'OCDE pointe l'instabilité chronique des politiques de l'emploi avec plus de 80 mesures pour les jeunes en 30 ans.

Elle dénonce aussi la névrose du diplôme initial typiquement française, qui fait que l'école scelle de manière « déterminante » le destin d'un jeune, quelles que soient les initiatives qu'il prenne par la suite.

« Réussir son insertion professionnelle en France dépend dans une large mesure de l'obtention, après une trajectoire scolaire linéaire, d'un diplôme initial sélectif particulièrement valorisé par les employeurs », écrit l'OCDE.

Qui dévie de ce parcours scolaire rencontre, dès le début, « de multiples barrières » dans l'obtention d'un emploi, et s'il ne peut pas compter sur l'aide de sa famille, il a un « risque élevé d'emprunter une trajectoire d'éloignement durable du

marché du travail, et même de pauvreté ». La machine scolaire française fabrique ainsi, à côté d'une majorité de jeunes « performants », des « débutants en mal d'insertion » et des « laissés pour compte », souligne l'OCDE.

Sans surprise, ces derniers sont « principalement des jeunes qui n'ont pas de diplôme, sont issus de l'immigration et vivent dans des quartiers défavorisés ». Un jeune Français déscolarisé de plus de 16 ans sur cinq est actuellement laissé sans solution, note l'OCDE.

Le rapport est présenté au gouvernement, alors que celui-ci doit élaborer d'ici l'été autour de Martin Hirsch une politique globale de la Jeunesse.

L'OCDE prône une scolarité obligatoire arrêtée en fin d'année scolaire, plutôt qu'à la date anniversaire des 16 ans, et étendue jusqu'à 18 ans si le jeune est sans formation.

Pour les 15 % de garçons de 17 ans (8 % des filles) ayant des difficultés de lecture, elle recommande un enseignement différé des savoirs de base, financé par la formation continue.

L'OCDE suggère aussi de faire décoller le cumul études-emploi en « subventionnant modérément » le travail étudiant par une allocation ou un complément de salaire. Jusqu'à 15-20 heures par semaine, cela ne nuit pas aux études et facilite l'insertion professionnelle, selon l'OCDE, qui estime aussi qu'« à terme, il conviendrait d'envisager l'extension du RSA aux moins de 25 ans ».

Contre les discriminations, l'OCDE recommande des sanctions et l'appel à des bénévoles pour parrainer les jeunes d'origine immigrée.

En outre, plaide-t-elle, les aides publiques à l'apprentissage doivent être limitées aux jeunes non qualifiés (ce qui n'est pas le cas du plan Sarkozy), et le secteur public doit prendre plus d'apprentis, alors qu'il est loin du compte (500 contrats PACTE, contre un objectif de 20 000 par an).

IVG médicamenteuse : le Planning familial content mais vigilant

Le Planning familial a salué comme une « avancée » la parution du décret autorisant les centres de planification familiale et les centres de santé à pratiquer l'IVG médicamenteuse mais « veillera » à une bonne application du texte.

Ce décret, paru le 8 mai, permet à ces structures de pratiquer des IVG médicamenteuses à l'aide de la molécule RU 486, la mifépristone, après avoir passé une convention avec le conseil général. « Le Planning familial sera attentif et veillera à ce que l'élargissement de l'IVG par voie médicamenteuse ne se fasse pas au détriment de la méthode d'IVG par voie instrumentale » car « les femmes doivent pouvoir continuer à avoir le choix de la méthode qui leur convient », a fait valoir le Planning familial.

Le mouvement « veillera » aussi à ce

que « l'ensemble des associations puissent, en leur qualité de CPEF (centre de planification ou d'éducation familiale) » réellement passer des conventions avec le conseil général.

Selon le décret, « le président du conseil général peut » (et non pas « doit ») passer cette convention, ce qui, selon le Planning familial, risque de "laisser cette décision au seul libre arbitre du conseil général « et donc limiter l'application du texte », a expliqué à l'AFP MP. Martinet, secrétaire générale du Planning familial, qui salue ce décret « comme une avancée trop longtemps attendue ».

La ministre de la Santé Roselyne Bachelot avait annoncé en septembre 2007 son intention de permettre aux centres de planning familial de délivrer la RU 486.

Dépêche AFP du 18 mai 09