

de

BUTBLANC

en

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



Fédération
Syndicale
Unitaire

N° 92 Janvier-Février-Mars 2018

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



Tous à Paris le 6 février 2018



EDITORIAL



Le service public,
on l'aime, on le défend

Sommaire

- Editorial	P.2
- Activités Rencontres	P.3 à P.7
- Missions	P.8 à P.25
- Situation des personnels	P.27 à P.29
- Bulletin syndicalisation	P.30 et P.31
- Joindre vos responsables	P.32

Santé scolaire ou Santé à l'Ecole ? A nous de choisir !

Le 27 novembre dernier, dans un contexte général d'attaque des services publics et de recherche d'économies tout azimut, les ministres de l'éducation nationale et de la Santé communiquent sur « l'intégration de la santé scolaire dans le cadre de la politique de santé publique » !?...

Cette annonce nous heurte profondément en ce qu'elle nous renvoie 35 années en arrière ! Nous répondrons alors sans doute à des objectifs de santé publique : dépistage, addiction, obésité, vaccination...

Fermer les infirmeries, devenir des portes cartables, abandonner notre présence indiscutable auprès des élèves, mais quel mépris ! et pour quels résultats ? « *Obsolète, inefficace et sans intérêts* ».

Le cœur de notre profession, s'inscrit dans les réponses pédagogiques et éducatives (individuelles et collectives) que nous apportons quotidiennement aux élèves et à l'ensemble de la communauté éducative, au service de la réussite de tous les élèves.

Alors que la santé des jeunes devient enfin une priorité pour laquelle nous nous sommes battues, devrions-nous, chères collègues, abandonner les élèves qui viennent librement nous consulter ?

Les médecins n'ont cessé de communiquer sur leur précarité, leurs difficultés, leur solitudes... Oubliant les demandes des élèves. Ils réclament à corps et à cri un véritable service de santé dans lequel ils ne seraient plus seuls mais en équipe. Nous travaillons avec eux mais nous connaissons que trop bien l'espace de collaboration dans lequel ils nous imaginent.

Vous trouverez dans les pages qui suivent la lettre du SNICS adressée au président de l'Académie nationale de médecine en réponse à la publication de leur rapport capiteux sur « la médecine scolaire ».

Cerise sur le gâteau, l'arrêté du 03 novembre 2015 a été annulé par le Conseil d'Etat. La coupe est pleine.

Communiqué de presse, demande d'audience, rencontres...

Si nous avons obtenus de belles paroles, qui n'engagent que ceux qui les tiennent, aucun engagement écrit ne nous ait parvenu.

Il est clair que nous sommes très loin d'avoir l'assurance que ce gouvernement mènera une politique de santé au service et construite selon les besoins des élèves

Les infirmières ont choisi la santé à l'école et manifesteront à Paris le 6 février !

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
snics@wanadoo.fr
Site www.snics.org
Directeur publication : Safia Guereschi
N° CPPAP 0713 S 0759 -
ISSN 1248 9867
Impression : Imprimerie R.A.S,
95400 Villiers-le-bel
Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité
Clotilde Poitevin : 05 55 24 14 03
clotilde.poitevin@comdhabitude.fr
Site : www.comdhabitude.fr

Activités-Rencontres

Le SNICS écrit à la Ministre de la Santé

Paris, le 05 décembre 2017

Mme Saphia Guereschi
Secrétaire générale SNICS-FSU

Madame la Ministre des solidarités et de la Santé
14 avenue Duquesne
75007 Paris

Madame la Ministre,

J'ai l'honneur de solliciter une audience au nom du SNICS-FSU, organisation syndicale majoritaire à 64% chez les infirmières et infirmiers de l'Éducation Nationale.

Le 27 novembre dernier, en compagnie du ministre de l'Éducation Nationale, vous avez annoncé « *l'intégration de la santé scolaire dans le cadre de la politique de santé publique* ». Cette orientation a plus que surpris les infirmières de l'éducation nationale. Au sein de notre profession, elle est à l'origine d'une vague d'indignations qui n'est pas prête de s'éteindre.

Ressusciter un service de santé scolaire en lien avec votre ministère est une erreur qui nous renvoie plus de 35 ans en arrière. Les infirmières de l'Éducation Nationale ne vous suivront pas dans cette direction.

Les textes définissant la Politique de Santé de l'Éducation Nationale publiés en novembre 2015 ont été les fruits de deux années de dialogues ponctués de cinq manifestations. Ils ont fait unanimité chez tous les syndicats infirmiers de l'Éducation Nationale.

La loi de refondation de l'école a également créé « les parcours éducatifs de santé ». Ces derniers prennent pleinement sens avec la nouvelle loi de santé qui fait, à juste titre, de la santé des jeunes une de ses priorités et pose comme principe la place prépondérante des lieux de vie dans l'impulsion, l'élaboration, l'évaluation et la mise en place de projets de santé.

À l'Éducation Nationale, l'infirmière fait partie intégrante du milieu de vie de l'élève. La spécificité de l'exercice infirmier à l'Éducation Nationale l'amène à être un membre à part entière de l'équipe éducative et pédagogique réunie autour de l'élève.

Plus de 80% des élèves vont bien au regard des indicateurs habituels et usuels de santé, moins de 10% des élèves présentent une pathologie. Et pourtant, nos collègues dispensent quotidiennement des soins relationnels, techniques et éducatifs aux élèves - public asymptotique - qui viennent librement les consulter dans leurs infirmeries. Ainsi, près de 15 millions de consultations infirmières ont lieu chaque année dans les infirmeries des établissements scolaires.

Apporter des réponses pédagogiques et éducatives (individuelles et/ou collectives) aux besoins exprimés des élèves s'inscrit dans une démarche qui précède le cadre de la santé publique.

Par ailleurs, un autre point nous a interpellé ; les besoins des « infirmières scolaires » en matière de pratiques avancées ont été l'objet de discussions lors d'un groupe de travail animé par la DGOS le 15 novembre dernier.

Ce sont les principales raisons qui m'amènent à vous demander, Madame la Ministre, de bien vouloir recevoir une délégation de notre syndicat afin de vous présenter nos propositions dans ces domaines et d'améliorer les réponses apportées aux élèves et à leurs familles.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'accepter, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments respectueux.

Saphia Guereschi

Activités-Rencontres

Communiqué de Presse du SNICS-FSU

Communiqué de presse SNICS-FSU

Blanquer-Buzyn, ou Bonnie and Clyde font main basse sur la santé des élèves !

Ce président qui se veut révolutionnaire, accompagné de ce couple infernal, vient de ressusciter un service de santé scolaire mis en extinction par la représentation nationale en 1982 car reconnu « obsolète, inefficace et inadapté à l'Ecole et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes ».

Alors que depuis des décennies, les gouvernement successifs n'ont eu de cesse que de renforcer la dimension Éducative de la Politique de Santé à l'École, M. Blanquer et Mme Buzyn viennent de la réduire à l'image des affiches jaunies du début du 19ème siècle.

Nous connaissons l'attachement viscéral de certains à une vision hygiéniste, rassie et corporatiste de la Santé à l'Ecole, y céder est une erreur dans laquelle les infirmières de l'éducation nationale refuseront de s'inscrire.

NON ! à la participation à une politique hygiéniste de santé

OUI ! nous ne laisserons pas tomber les élèves et continuerons de répondre en priorité aux besoins qu'ils expriment.



Activités-Rencontres

Le SNICS écrit au SNIES

Paris, le 13 décembre 2017

Mme Saphia Guereschi
Secrétaire générale

À l'attention de Mme Brigitte Accart
Secrétaire générale du SNIES-Unsa Education

Chère camarade,

Depuis plusieurs mois, des discussions ont lieu entre le ministère de l'Éducation nationale et celui des Solidarités et de la Santé.

Les travaux ministériels entamés autour de la santé des enfants de 0 à 6 ans (avant l'âge de l'inscription obligatoire à l'École), ont eu comme conséquence l'annonce perfide de « l'intégration de la politique de santé scolaire dans le cadre des politiques de santé publique ». Un recul en arrière de 35 années.

Nous connaissons les enjeux en cours et les conséquences néfastes de cette orientation pour notre corps et pour la santé des élèves et des étudiants.

Au delà du risque discutable à vos yeux et pourtant discuté d'externalisation de la santé à l'École, nous avons le devoir d'obtenir ensemble de la part de notre ministère :

- L'affirmation et le maintient de la gouvernance du MEN en matière de politique éducative de Santé
- L'assurance que les Infirmières de l'Education Nationales continueront à répondre en priorités au besoins exprimés les élèves et les étudiants
- Le maintient des infirmières de l'EN au sein de l'équipe pédagogique et éducative sous l'unique hiérarchie des chefs d'établissements
- La reconnaissance de nos responsabilités professionnelles ...formation ...

C'est pourquoi, dans la continuité de nos actions syndicales unitaires sur ce dossier, le conseil national du SNICS-FSU s'est donné mandat d'une manifestation nationale dans l'unité avec le SNIES-Unsa Education. Au regard de l'actualité, il nous apparaît indispensable aujourd'hui de connaître au plus vite la position de votre syndicat quant a la possibilité de cette action commune.

Dans l'attente de ta réponse, je te pris de recevoir, chère camarade, mes sincères salutations syndicale.

Saphia Guereschi

Activités-Rencontres

Au cabinet du Ministre le 15 novembre

Suite à notre demande d'audience, nous avons été reçus le 15 novembre dernier. Pour le cabinet du Ministre de l'Education Nationale (MEN) étaient présents :

M. Ledroit -conseiller territoires et politiques interministérielles- ;

Mme Pétreault - Sous-directrice de la DGESCO en charge de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives accompagnée par le responsable du dossiers SAGESSE, MEDSI et de son évolution ;

Etaient présents pour le SNICS : Christian Allemand et Saphia Guereschi.

Cette audience avait été sollicitée après la rentrée scolaire, et la mise en place du nouveau cabinet.

Nous avons attendu que ce cabinet soit « aux affaires », nous permettant ainsi d'être dans le concret. Nous avons, en préambule, évoqué les difficultés rencontrées par nos collègues : à savoir, le non-respect des textes de 2015 encadrant la politique éducative de Santé du MEN.

Le fait que nous étions quelques heures auparavant auditionnés par le conseil économique social et environnement (CESE) sur « l'amélioration de la santé des enfants » nous a permis de rentrer directement dans le vif du sujet, à savoir le défaut de gouvernance dans les académies.

Faute d'indicateurs et d'évaluations, notre ministère est mis en difficulté pour défendre objectivement et efficacement sa politique éducative de santé.

Depuis des années mais particulièrement depuis cette rentrée, les médecins n'ont eu de cesse de revendiquer un « véritable service de santé scolaire » rattaché au ministère de la santé.

Ces mêmes médecins n'ont d'ailleurs pas hésité à utiliser tous les moyens possibles : travaux interministériels, recommandations Conseil National du SIDA, rapport académie de médecine, auto saisine du CESE, colloque à l'assemblée nationale, rapport défenseur des droits, article dans la presse ...

Au cours de la discussion, Monsieur Ledroit s'est voulu rassurant, en évoquant la reconnaissance du ministre sur le rôle des infirmières de l'éducation nationale. Il reconnaît, tout comme la DGESCO, les inexactitudes présentes dans les différents rapports. Pour exemple, ils s'accordent à dire qu'il ne manque pas de médecins à l'EN pour effectuer les deux examens médicaux obligatoires (6ans et travaux réglementés) : « il n'y a pas pénurie de postes mais effectivement

un problème de répartition et un problème d'attractivité des postes qui n'est pas spécifique aux médecins scolaires, c'est un problème plus général »...

M. Ledroit a tenu à préciser que le ministère n'avait pas commandé ces rapports, qu'il ne tenait pas compte de tous les rapports. Leur lecture n'engage pas les politiques. Quant à l'audition du médecin conseiller technique de la DGESCO par l'académie de médecine, pour Mme Pétreault il serait très étonnant qu'il ait tenu les mêmes propos que les représentants syndicaux des médecins de l'EN.

Quant aux difficultés d'application et de gouvernance de la politique de santé du MEN pour le cabinet « *la gouvernance ne fait pas défaut dans les textes, les textes sont récents... les choses se mettent en place... nous tenons à la gouvernance de cette politique par le MEN... nous ne ré-ouvrons pas les chantiers métiers en tout cas pas tout de suite...bien entendu la bonne santé des élèves est un déterminant de la réussite scolaire...* ». Là encore ils se sont voulu rassurants sans toutefois pouvoir nommer un inspecteur général en charge de ce dossier. CQFD !

Au sujet des travaux interministériels, M. Ledroit précise l'attachement du gouvernement et notamment du premier ministre sur ce point. Leur objectif est de permettre l'amélioration et l'efficacité des politiques publiques en travaillant sur la dimension partenariale. Sont réunis autour de la table l'éducation nationale, la PMI et « *d'autres acteurs de la médecine* » dont le thème serait la santé des enfants de 0 à 6 ans. Les indicateurs ne sont pas satisfaisants tant pour l'EN que la PMI. Selon M. Ledroit, la question est de savoir comment faire travailler les gens ensemble ?

Pour le SNICS, il n'est pas envisageable de revenir sur l'arrêté du 03 novembre 2015, les professionnels et les politiques doivent prendre leur responsabilité à bras le corps.

Le SNICS a rappelé son attachement au service public et à son efficacité. Nous avons réprécisé à nos interlocuteurs l'attachement des infirmières du MEN à la dynamique partenariale présente dans les textes de 2015.

Le SNICS y a largement contribué. Contrairement à ce que nos interlocuteurs semblent penser, les infirmières ne travaillent pas en vase clos mais bien au sein d'une équipe pédagogique et éducative au service de la réussite de l'élève et de leur famille. Elles travaillent quotidiennement avec un ensemble de partenaires en interne et externe à l'éducation nationale.

Notre ministère dit manquer d'indicateurs pour peser et avoir demandé au ministère

de la santé l'audition du SNICS. Cette discussion nous renvoie bien évidemment au précédent point sur la gouvernance de la politique éducative de santé du MEN et à sa nécessaire évaluation avant de pouvoir décréter qu'elle ne fonctionne pas ! Encore faut-il se doter d'indicateurs fiables tels que ceux issus des logiciels SAGESSE et MEDSI dont sont dotés les infirmières et les médecins du MEN. Pourquoi la DGESCO se refuse-t-elle d'analyser et de publier ces données ? Cette question est restée sans réponse.

Le SNICS demande que les bilans infirmiers des élèves dans leur douzièmes année servent eux aussi d'indicateurs.

Le SNICS a bien entendu souligné la nécessaire évolution du logiciel SAGESSE en lien avec nos nouvelles missions. Le cabinet n'a pas d'information et n'a pas commandé un groupe de travail sur un dossier de santé de l'élève dématérialisé.

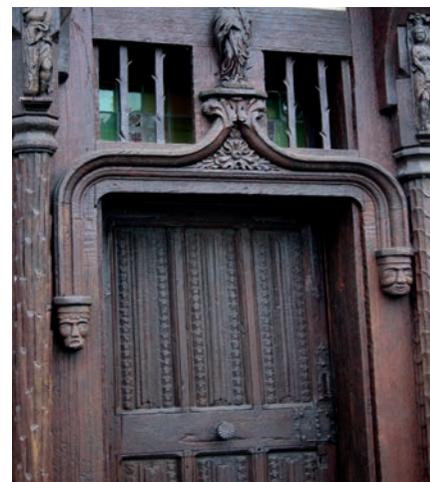
La formation universitaire et d'autres dossiers plus statutaires n'ont pu être abordés lors de cette rencontre, nous retrouverons donc le cabinet très prochainement.

Notre dernier conseil national du SNICS s'est donné pour mandat l'organisation d'une manifestation nationale, il a sans aucun doute eu raison.

Les échanges que nous avons eus avec le cabinet ont certes été cordiaux, mais, nous sentons bien que l'arrêté est en discussion. Nul besoin de changer les textes de notre statut ni nos circulaires de missions pour recréer au sein de MEN un service de santé.

En témoignent certaines circulaires académiques ou départementales qui ont vu le jour depuis 2015. Travailler ensemble oui, mais dans le respect de chacun. Contrairement à nos interlocuteurs nous, infirmières, ne savons que trop bien dans quel espace de collaboration nous imaginons nos collègues médecins.

Saphia Guereschi



Activités-Rencontres

Au cabinet du Ministre le 13 décembre

Nous avons été reçu en audience par Mme Bourhis, M. Ledroit et M. Cazeco

L'audience a été courte mais efficace. Nous avons exigé des réponses politiques à nos questionnements concernant la santé à L'École : soit il garde l'orientation prise en 2015 et travail à son amélioration, soit il partent dans une autre orientation type service de santé ou tout autre mais alors ils l'affirment ?

Concernant la politique de santé du MEN, nous avons obtenu la garantie du maintien de l'orientation prise en 2015. Ils partagent notre constat ; « la mise en place est inégale en fonction des territoires et quelques fois beaucoup reste à faire. Cependant ils souhaitent rester dans la continuité de ces textes de 2015 : « Le ministre réaffirme qu'il y a une politique de santé à l'intérieur de l'éducation nationale ». Il réaffirme la gouvernance de cette politique.

Quant au communiqué de presse : « L'annonce faites se limitera aux enfants de 0 à 6 ans ». Il s'agit d'améliorer l'efficacité des politiques de santé depuis les acteurs nationaux jusqu'au plan local ou territorial (orientation présidentielle). Donc les 2 ministères travail afin de réordonner, recentrer et organiser des continuités entre les différents acteurs.

La PMI et l'éducation nationale doivent mieux se coordonner. Particulièrement sur les territoires les plus fragiles (lien avec les col-

lectivité). Ils ont évoqué l'absence d'acteurs sur territoires. Les médecins de ville font partie des acteurs concernés, ils gardent l'orientation faites par l'ancien cabinet et ne reviendrons pas sur la lettre d'Olivier Noblecourt (courrier au Recteurs du 09 nov. ; « En cas de manque de médecins... »). Lettre à laquelle ils adhèrent. Les conventions cadre en cours avec l'ARS poserons ce cadre.

Nos interlocuteurs nous ont dit apprendre que contrairement à tous les autres corps de fonctionnaires, la répartition des moyens médicaux n'a pas été l'objet de discussion dans les Comité Techniques académiques : les moyens n'ont pas été mis en face des besoins (6 ans et travaux règlementés), dans certains départements plus « attractifs » l'éducation nationale met même ces moyens à disposition d'association ou autres (réseau Dys, MDPH...).

Concernant l'annulation de l'arrêté, nous avons eu un échange pour conceptualiser l'arrêté, son intérêt et sa finalité. Nous avons présenté la lecture que faisait le SNICS de cette annulation. La finalité de cette décision du conseil d'état renforce l'orientation prise par l'ancien cabinet. Contrairement aux attentes de ses détracteurs, en reconnaissant la compétence des infirmières de l'éducation nationale à effectuer un bilan aux élèves dans leur douzième année la plus haute juridiction de l'état vient de « durcir » en droit ce choix. Rappelons que cette orga-

nisation « libère » du temps médical. Nous avons donc demandé sa publication en apportant les garanties suffisantes en matière de secret professionnel.

Nos interlocuteurs disent ne pouvoir sincèrement nous répondre aujourd'hui. Ils vont étudier la question. Nous leur faisons remarquer que sans arrêté c'est voir le risque de revenir à la situation antérieure qui était inopérante. La fonction de suppléances organiser ne rendaient service à personne.

Au sujet de la gouvernance, des indicateurs et de SAGESSE. Ils adhèrent à l'exploitation intégrale de SAGESSE ainsi qu'à la présentation des ces données à tous les étages : établissement, département, académie, ministère.

Pour Mme Bourhis « on y a tous intérêt, il y a nécessaire phénomène d'accroissement des responsabilités des établissements en liens avec les acteurs locaux. Nous avons besoins d'instance de régulations de ces politiques ». Pour M. Ledroit « Pour mettre en œuvre de politiques, il faut pouvoir les mesurer ».

Les sujets statutaires n'ont pu être abordé qu'en surface : montant unique IFSE, avancement, mouvement, BIEP. Nous avons convenus d'un nouvelle rencontre avec Mme Bourhis.

Saphia Guereschi



MISSIONS

CAPN Novembre 2017

Déclaration préalable à la CAPN des infirmières de l'éducation nationale

Madame la Présidente,

Avant d'aborder les questions relatives à l'ordre du jour, nous souhaitons attirer votre attention sur plusieurs points.

Nous tenons, pour débiter, à rappeler notre attachement à un service public fort, de qualité garant du respect des principes d'égalité et de fraternité fondateurs de notre république.

Au sujet de la Politique de Santé à l'école :

Alors qu'une nouvelle conception de la santé à l'École se met en place, certaines académies refusent toujours de mettre en œuvre les textes ministériels. Ces blocages corporatistes ont parfois trouvé le soutien d'une administration frileuse.

A notre sens, ce flou orchestré permet à certains aujourd'hui, d'attaquer sans vergogne mais non sans inexactitude et exagération la politique du MEN en matière de santé.

Ces derniers en profitent pour remettre sur la table rien de plus que leurs projets régressifs d'externalisation de type service de santé

scolaire par ailleurs dissout en 1982 en raison de son « inefficacité et son obsolescence » et d'être « sans intérêt pour la santé des élèves » (dixit la représentation nationale).

La politique de santé à l'École doit rester de la prérogative et sous la gouvernance du ministre de l'éducation nationale. Elle doit répondre en priorité aux besoins et aux demandes de santé des élèves en lien avec la réussite scolaire.

Sur ce point notre ministère doit assumer sa responsabilité, malgré les multiples interventions du SNICS, il a tardé à mettre en place un suivi de la mise en œuvre de cette réforme et ne s'est pas encore doté d'indicateurs fiables pour évaluer sa politique.

La mise en œuvre du contrôle de gestion a bien trop tardé.

Nous savons bien que la responsabilité de la politique de santé du MEN n'est pas de la responsabilité de cette commission. Mais, la gestion du corps des infirmières de l'éducation nationale est de votre responsabilité.

La mise en œuvre des missions est un exemple parmi d'autres. Ce mode de fonctionnement apparaît parfois dans les dossiers qui nous concernent aujourd'hui dans cette instance.

Que ce soit pour sa reconnaissance statu-

taire ou indemnitaire notre corps connaît une constante : celle du retard systématique à l'allumage. Ce qui, de fait, impacte négativement la carrière de nos collègues et provoque souvent des inégalités entre les fonctions publiques. L'avancement de grade est emblématique de ce fonctionnement qui s'apparente au jeu de la patate chaude : « *ce n'est pas moi c'est l'autre, ce n'est pas le recteur c'est la DGRH, ce n'est pas nous ce sont les recteurs...* »

Autre dossier tout aussi emblématique celui de la NBI handicap. Vous connaissez notre position. Pourquoi refusez-vous de faire respecter les droits de nos collègues ?

Votre inertie sur ce dossier induit nécessairement des inégalités de traitement entre les académies.

Les pseudo-évaluations faites dans certaines académies se basent uniquement sur les élèves ayant un handicap moteur.

Cette ineptie est révélatrice de la méconnaissance du travail des infirmières de l'EN. Leurs missions sont intimement liées à la réussite scolaire de tous les élèves et à fortiori celle des élèves en situation de handicap.

Nous rappelons ici le sens du recrutement des infirmières (Cf. circulaires des missions)



MISSIONS

CAPN Novembre 2017

: « *L'action des infirmiers de l'Education nationale contribue à la réussite des élèves et permet de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver leur scolarité. Elle participe à l'accueil et l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés à sa santé physique ou psychique... L'infirmier accueille tout élève qui le sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité* ».

En ne prenant aucune décision, c'est pousser à recourir au juge et ensuite porter le discours que les représentants du personnel sont procéduriers. Quelle conception du dialogue social !

Pour poursuivre, le SNICS revendique de longue date, la catégorie A type pour les infirmières de l'EN.

La mise en place du PPCR était l'occasion de limiter les injustices faites à nos collègues en permettant à minima, un alignement sur les grilles de nos collègues de la FPH.

Malheureusement, ce ne sont pas les dernières décisions gouvernementales sur ce sujet qui peuvent rassurer les personnels.

Ce point nous amène à vous relancer au sujet de l'avancement. Vous connaissez

notre position quant au respect des engagements pris par le CSFPE. Nous reconnaissons les avancées faites sur ce point par vos services et notamment les efforts de rédaction faits dans la circulaire de gestion.

Malgré cela, certaines académies continuent à tourner le dos aux engagements d'homothétie de carrière.

Elles contribuent ainsi à retarder la fusion des 2 classes du premier grade qui aurait pu aboutir bien avant 2022.

A plusieurs reprises, nous vous avons demandé d'organiser, dans le cadre d'un contrôle de gestion, un bilan exhaustif du nombre d'infirmières de classe supérieure avant le décret 2012, effectivement promues dans le grade de hors classe (en tenant compte de leur échelon du grade antérieur).

Lors de notre dernière rencontre vous avez évoqué la possibilité de rencontres à ce sujet, avez-vous un calendrier à nous annoncer ?

Au sujet du RIFSEEP, vous connaissez notre opposition à un régime indemnitaire qui serait en lien avec le mérite ou une appréciation professionnelle.

De manière structurelle, propre aux profes-

sions réglementées du champ de la santé, il ne peut y avoir pour une infirmière une quelconque obligation de moyen ou de résultats lorsqu'elle est salariée ou fonctionnaire.

Or, la disparité de leurs montants est une source supplémentaire d'inégalités.

Depuis les décrets et circulaires de 2003, il n'existe plus de fonctionnalité des grades et des emplois pour notre corps : pour preuve, toute infirmière quel que soit son grade peut être mutée sur un poste d'infirmier conseiller technique.

Aucun texte tant statutaire que de mission ne prévoit de fonctionnalité, ni de hiérarchie dans les emplois d'infirmiers, nous ne connaissons aucun texte réglementaire qui, pour notre profession, définit des postes à profil. Par ailleurs nos missions sont identiques.

De plus, en dépit d'une absence de fonctionnalité dans notre corps, les IFSE créent une pseudo hiérarchie fonctionnelle.

Rien ne justifie que nos collègues nommées sur des postes au sein des administrations touchent des IFSE supérieures à leurs collègues qui exercent devant élèves.

Contrairement à ce que certains ont pu ou voulu croire, la mise en place du RIFSEEP



MISSIONS

CAPN Novembre 2017

n'a pas résolu l'injustice qui est faite à nos collègues affectées sur des postes logés (avec internat).

C'est pourquoi, les SNICS revendique un montant IFSE identique pour toutes les infirmières de notre corps quelque soit leur lieu d'exercice.

Nous redemandons la réévaluation à la hausse de leur montant dans le champ des autres corps de catégorie A. Il est à noter que certains corps de catégorie B ont des montants supérieurs au notre.

Quant à l'« obligation » d'inscription des infirmières à l'ordre national infirmier, contrairement aux kinésithérapeutes, il n'existe à ce jour aucun décret qui oblige les employeurs à inscrire automatiquement les infirmières à cet ordre.

En ce sens, les actes de militantisme de certaines infirmières conseillères techniques relayés par certains personnels de l'administration sont à ce titre illégaux, inacceptables et intolérables.

Nous rappelons pour mémoire que l'ordre peine à être représentatif, malgré 10 années d'existence et de fortes pressions sur plus de 600 000 professionnels, à ce jour, seules 234 967 sont inscrites au tableau de l'ONI.

Opération de gestion

Nous tenons à saluer la rédaction de la note BIATSS 2018 au sujet du recrutement.

Vous rappelez, à juste titre, la primauté de l'entrée dans le corps par voie de concours sur tout autre mode de recrutement.

Tant au niveau national qu'académique le détachement doit rester l'exception et ne doit en aucun cas venir alimenter le corps des infirmières de catégorie B.

Le SNICS continue à penser que la présence de 2 corps infirmiers pour des missions identiques est problématique, et prive, ces collègues de catégorie B d'autres droits (perte de catégorie active).

Elle conduit à une gestion non réglementaire du droit à mutation et enfin les condamne à une progression de carrière définitivement limitée par rapport à toutes les autres collègues recrutées par concours en catégorie A.

Aussi, le SNICS vous demande d'avancer enfin vers une solution définitive. Ne plus procéder au recrutement via l'accueil en détachement d'agents d'un corps mis en extinction est un premier pas, le second est l'intégration des collègues de cat B de notre ministère dans la cat A.

Il est inscrit à l'ordre du jour de cette réunion, l'examen des demandes de révisions de comptes rendu d'évaluation formulées.

La consultation des dossiers nous a permis de constater, une fois encore, que la grande majorité des collègues ont été évaluées sur critères professionnels.

Nous rappelons que cela ne peut pas être le cas pour les personnels appartenant à des professions réglementées du champ de la santé et nous vous demandons d'être plus directif en la matière.

Opérations de mobilité

Mutation par le biais de la BIEP

Malgré nos précédentes interventions, certaines académies continuent de déroger au droit et retirent des postes au mouvement.

Il n'existe plus de fonctionnalité dans le corps des infirmières de l'éducation nationale depuis 2003 (décret 2003-695 du 28 juillet 2003).

La circulaire n°2003-178 du 23 octobre 2003 précise qu'« *il n'est pas prévu de distinction de fonctions pouvant être confiées aux agents de l'un ou l'autre grade.*

La fonction d'infirmier conseiller technique peut donc être confiée soit à un infirmier de classe normale, soit à un infirmier de classe supérieure ».

Nous demandons de bien vouloir rappeler ce fait de manière explicite aux services académiques afin qu'elles mettent fin à ces pratiques que rien ne justifie.

Mutation dans les COM

Pour ce qui concerne les mutations dans

les COM, nous assistons depuis plusieurs CAPN à une véritable dérive, nous ne pouvons nous résoudre à accepter que cette commission paritaire soit considérée comme une simple chambre d'enregistrement de décisions opaques prises ailleurs de manière illégale. Le droit des personnels n'est pas respecté.

L'article 60 de la loi 84-16 prévoit qu'en matière de mutation, l'avis de la CAP compétente doit être donné au moment de l'établissement des tableaux de mutations.

Comme vous le savez toute affectation doit recueillir l'avis préalable de la CAP compétente. Il se trouve que la CAP compétente en matière d'accueil en détachement et mutation en COM et à Mayotte est cette CAPN, elle n'est jamais concertée avant. Cela fait l'objet d'un recours en conseil d'état, est-ce votre conception du dialogue social ?

Cette question se pose également pour l'affectation et la titularisation d'un stagiaire à Mayotte.

Des pseudo CAP se tiennent à Mayotte et en Polynésie sur quelle base réglementaire ?

Nous pensons que le mode de recrutement par la BIEP favorise ce mode de fonctionnement. Nous souhaitons qu'il y soit mis fin car rien ne le justifie y compris pour Mayotte.

Enfin, nous réitérons notre demande d'un barème indicatif national de mutation pour les personnels infirmiers.

De trop grandes diversités de pratiques existent entre les Académies, cet outil indicatif devrait permettre une meilleure égalité devant le droit de chaque infirmier souhaitant muter d'une part et une meilleure transparence d'autre part.



MISSIONS

Gestes Qui Sauvent

Sensibilisation aux « Gestes qui sauvent » par qui ?

Suite aux attentats de novembre 2015, les français ont exprimé le souhait de connaître les gestes utiles pour sauver des vies. La campagne "Adoptons les comportements qui sauvent" a été décrétée Grande Cause nationale en septembre 2016,

Pour répondre à cette demande, le ministère de l'Intérieur avec l'ensemble des acteurs du secours et en partenariat avec l'Éducation nationale, a décidé d'organiser des séances d'initiation de 2 heures de sensibilisation aux « gestes qui sauvent ». Une instruction interministérielle n° 2016-103 du 24-8-2016) a précisé les modalités de mise en œuvre en milieu scolaire. Notamment :

« Pour conduire ces formations, les chefs d'établissement s'assurent de la mise en place dans leur collège d'une formation à la prévention et secours civiques de niveau 1 (PSC1) ou au moins d'un module de deux heures aux gestes qui sauvent (GQS). Les chargés académiques du dossier secourisme accompagnent les chefs d'établissement pour la mise en œuvre de cette formation. Les formateurs aux GQS sont soit des formateurs en PSC, soit des formateurs SST, soit des formateurs PS, à jour de formation continue dans tous les cas.....»

Qu'en est-il aujourd'hui ? Quels sont les moyens humains, financiers et logistiques mobilisés ?

L'arrêté du 30 juin 2017 (NOR : INTE171938A) précise dans l'article 4 les personnes autorisées à dispenser cette sensibilisation et notamment que :

« toutes personnes majeurs, titulaires du certificat de compétences de citoyen de sécurité civile - PSC 1 datant de moins de trois ans et formés par l'autorité d'emploi, sous sa responsabilité, aux recommandations techniques et pédagogiques mentionnés à l'article 8 du présent arrêté ».

Donc tous les personnels d'un EPLE pourraient participer à la formation, s'ils remplissent les conditions évoquées ci-dessus.

L'article 5 de ce même arrêté, nous reconnaît des connaissances et des compétences, ce qui est très appréciable et plutôt rare à l'heure actuelle

En effet

« les professionnels exerçant une des professions de santé mentionnée dans la quatrième partie du code de la santé publique sont autorisés à dispenser la sensibilisation aux « gestes qui sauvent » dans le strict respect des recommandations techniques et pédagogiques mentionnées à l'article 8. »

Donc plus besoin de PSC1, plus besoin de formations en pédagogie, nous sommes compétents. D'ailleurs du coup, les pressions effectuées dans certaines académies sur nos collègues pour passer le PSC1 n'ont plus lieu d'être.

C'est deux articles devraient permettre aux chefs d'établissements de mobiliser les moyens humains nécessaire à cette sensibilisation dans chaque établissement.

Mais sur le terrain, quels sont les freins pour les sollicitations d'autres personnels ? Qui finance le matériel pour chaque for-

mateur ? Qui recense les personnels titulaires du PSC1 ? Qui forme ces mêmes personnels sur les recommandations techniques et pédagogiques ? Quand ? Par qui ? Tout cela a un coût, en temps, en argent. De plus, ces personnels légitimement demandent des contreparties financières (HSE) puisque ces formations ne rentrent pas dans leurs obligations de service.

Donc effet immédiat dans les EPLE, la facilité est de sur-solliciter nos collègues, qui de part leurs formations initiales se retrouvent opérationnels de suite.....et surtout qu'un certain nombre sont déjà moniteurs et possèdent du matériel de formation.

Questions : Pouvons-nous, nous aussi, être dédommagés pour l'investissement lors de ces formations. Cela rentre-t-il dans notre régime indemnitaire ? Notre régime indemnitaire valorise l'exercice de la fonction infirmière.

Le secourisme n'est pas une mission spécifiquement réservé aux infirmiers de l'éducation nationale puisqu'il peut être enseigné par tous. Dans certaines académies, nos collègues obtiennent une reconnaissance financière, au titre de vacations d'intervenant non enseignant, une demande préalable en ce sens doit être initiée en début d'année par le chef d'établissement (décret n°2012-87 du 11 juillet 2012).N'hésitons pas à solliciter cette compensation financière. Encourageons nos collègues à le faire, cela freinera peut-être notre mobilisation exclusive.

Sur certains territoires, afin de mener à bien ces formations, des départements ont fait appel à des associations, des régions ont instaurées un financement du PSC1 pour tous les lycéens etc.

Une mobilisation unique des infirmières de EN sur ces formations, ne peut être envisageable, car elle se ferait aux détriments des missions d'accueils d'écoutes etc. et serait dommageable pour les élèves.

Nous devons tous et toutes être très vigilants et accompagner nos collègues pour résister. Même si le secourisme fait partie du parcours citoyen, du parcours éducatif de santé et qu'il s'inscrit dans nos missions chacun doit pouvoir définir des priorités en fonction de ses missions, de son lieu d'affectation, des élèves et des pics d'activités (chiffres à l'appui).

Notre rôle de conseiller technique auprès de nos chefs d'établissements prend tout son sens, afin de démontrer la nécessité de partenariats internes et externes dans mise en œuvre de la sensibilisation aux « gestes qui sauvent » dans l'intérêt de tous les élèves.

Catherine Cordier



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

Monsieur le Président de l'Académie de Médecine.

Je tiens, au nom des infirmières de l'éducation nationale que mon organisation syndicale représente à plus de 64%, à vous faire part de nos observations quant au rapport de la commission XIV sur la médecine scolaire en France.

Nous sommes très interrogatifs quant à la nature des personnalités auditionnées par votre commission. En effet, ce sont toutes de près ou de loin des représentants syndicaux ou associatifs des médecins de l'éducation nationale à l'exception d'une seule infirmière qui n'est investie d'aucun mandat particulier au sein de la profession et originaire d'une petite académie non représentative des autres académies.

Vous comprenez bien que nous doutons légitimement des travaux de cette commission, d'autant que de nombreuses allégations et propositions concernant notre profession, appuyées sur des données totalement erronées émaillent ce rapport.

Tout d'abord un rappel historique et il n'est pas anodin qu'il apparaisse tronqué dans vos écrits.

Vous affirmez, sans détours, que les infirmières de l'éducation nationale font partie de la médecine scolaire. Cette vision, qui manifestement vous est tout à fait personnelle, ne repose sur aucun texte réglementaire bien au contraire.

La 3ème république, loi du 10 octobre 1886, institue l'obligation de l'inspection scolaire limitée à l'enseignement primaire.

En 1938, est créé le service de contrôle médical en faveur des étudiants et en 1939, les établissements sont autorisés à ouvrir un service de surveillance médicale des élèves.

Certes, une ordonnance du **11 octobre 1945 a créé un Service d'Hygiène Scolaire** qui relevait du ministère de l'éducation nationale avec des missions très hygiénistes et épidémiologiques, et ce service regroupait des médecins, des infirmières, des assistantes sociales ou adjointes de santé scolaires.

Cependant, il faut que vous sachiez, Messieurs, que la même année est créé un corps d'infirmières implantées dans certains établissements d'enseignements, relevant de la hiérarchie administrative de l'éducation nationale. Ces postes sont créés pour assurer les soins des élèves internes dans les grands établissements ainsi que ceux des collèges d'enseignement techniques. Il n'existe pas de lien fonctionnel ni hiérarchique avec le service de santé scolaire au

sein duquel exerçaient d'autres infirmières.

Les établissements bénéficiaient par ailleurs des services d'un médecin généraliste de ville qui était attaché à l'établissement scolaire pour assurer les consultations en cas de maladie et bien entendu, ces médecins établissaient des prescriptions.

Dès cette date existaient donc deux entités, l'une de type Service, qui vous agréait tant, et l'autre qui avait pour missions de répondre aux besoins des élèves, notamment en matière de soins, et ces infirmières étaient logées dans ces établissements scolaires car les élèves internes ne rentraient chez eux qu'aux grandes vacances et aux vacances de Noël. Il fallait que ces collègues puissent les accueillir et les soigner y compris les week-ends et bien entendu tous les soirs.

Ce mode d'organisation a perduré jusqu'en 1964, date à laquelle le service de Médecine Scolaire a été transféré au Ministère de la Santé avec les infirmières de santé scolaire, les assistantes sociales et secrétaires. Dans le même temps est créé par décret le 10 août 1965 un corps particulier des infirmières de l'éducation nationale.

Les infirmières de l'éducation nationale en poste dans les établissements scolaires restent quant à elles sous la responsabilité de l'éducation nationale et sous la hiérarchie

des chefs d'établissements.

1978 voit la première rédaction d'un texte de missions de ces infirmières nommées dans les établissements du second degré. Ces missions mettaient l'accent sur les soins, l'hygiène, la sécurité, mais également sur la prévention. Une circulaire du 18 mars 1978 définit les fonctions de l'infirmière technicienne de la santé et ses missions éducatives auprès des jeunes. Des missions qu'elle assume de sa propre initiative ou dans le cadre des activités organisées par les enseignants en accord avec le chef d'établissement. Ces missions ont régulièrement évolué depuis avec la possibilité pour ces infirmières de délivrer la contraception d'urgence notamment.

1982. Une circulaire dite de « Bagnolet » redéfinit les missions de la santé scolaire, en proposant une structuration médico-centrée, toujours implantée depuis 1945 dans les Centres Médico sociaux. Elle organise les coopérations autour du médecin au motif que les visites médicales obligatoires et notamment celles des 6 ans ne sont pas réalisées (déjà !). Elle donne comme objectifs et missions à ce service de réaliser 100% des 3 bilans de santé prévus à des âges clés, 5-6ans, 10-11 ans et un troisième bilan entre 13 et 16ans.



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

En 1984, le Gouvernement prononce la dissolution du service de santé scolaire en suivant les conclusions de la représentation nationale qui considérait ce Service comme « *obsolète, inefficace et inadapté à l'École et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes* ». Le service est mis en voie d'extinction. Cela conduit à intégrer les 1200 infirmières de santé scolaire à l'éducation nationale. Il est à noter qu'une circulaire du 11 avril 1985 prévoyait qu'il serait souhaitable que ces infirmières bénéficient d'un stage d'adaptation à ces nouveaux emplois et notamment en matière de soins techniques.

Ce choix a été fait dans un souci d'amélioration après constat que dans les établissements scolaires « *cela se passait plutôt mieux* » !.

Curieusement, c'est cette structuration qui nous est proposée dans ce rapport et revendiquée, soyons juste, par les médecins de l'éducation nationale qui le perçoivent certainement comme la panacée de la réussite.

De 1985 à 1991 ont existé à l'éducation nationale deux entités, d'une part les infirmières des établissements sous la hiérarchie administrative des chefs d'établissements et des recteurs, et d'autre part un Service de Santé Scolaire.

Juin 1991 voit la création du Service de Promotion de la Santé en Faveur des élèves.

Mais ce service ne prévoit et n'organise pas de hiérarchie entre les professions de santé. Les infirmières issues de l'ancienne santé scolaire s'intègrent dans le dispositif infirmier existant mais il y a extension du périmètre d'intervention des infirmières au 1er degré alors qu'il était jusque là limité au second degré.

C'est à partir de cette date que sont créés des postes « Mixtes » pour les infirmières. C'est à dire collège public et son secteur de recrutement du premier degré public.

En effet, alors que l'obligation de la visite médicale pour les médecins concerne tous les élèves de l'enseignement public et privé sous contrat, les infirmières sont nommées pour exercer dans l'enseignement public. L'enseignement privé disposant de fonds spécifiques (crédits d'externat, loi Debré) pour embaucher des infirmiers.

Ainsi, les chiffres annoncés dans votre rapport sont quelque peu faux, puisque ce sont uniquement 8 737 760 élèves qui sont concernés.

En effet, seuls les élèves relevant de l'obligation de scolarité, donc à partir de 6 ans doivent être comptabilisés, notamment en terme de visite et de suivi médical puisque avant cela, ils relèvent des services départementaux de la PMI.

Dans le même temps, la profession d'infirmière a évolué. En effet, 1978 marque l'évolution du métier d'infirmière vers la profession d'infirmière en réglementant celle-ci par décret avec création d'un rôle propre qui traduit l'autonomie de la profession. Des évolutions successives de la profession, en 1984 et 1993, avec notamment une reconnaissance d'une responsabilité propre, des règles professionnelles et déontologiques, se traduisent par des circulaires de missions s'appuyant sur ces nouvelles compétences et cette autonomie professionnelle.

2001 : Devant le constat de la non opérabilité du Service de Promotion de la santé et de la confusion générée en matière de responsabilité de la santé des élèves entre la hiérarchie de l'éducation nationale et un Service qui fonctionnait en parallèle, il est mis fin à ce service.

Les circulaires de 2001, 3 au total, déclinent les responsabilités de l'éducation nationale en la matière en imposant une structuration, mais déclinent également les missions des infirmières et des médecins dans deux circulaires distinctes.

Elément important et non anodin, elles définissent un lien étroit entre santé et réussite scolaire, l'une étant au service de l'autre, et s'écartent d'un modèle centré principalement sur des dépistages systématiques pour aller vers une approche centrée sur les besoins de chaque élève dans son milieu de vie. Le constat étant toujours le même, les visites médicales obligatoires ne sont toujours pas réalisées alors que de 1991 à 2001, les infirmières qui exerçaient dans le 1er degré participaient à ces fameuses ou fumeuses visites.

L'intégration des médecins quant à eux s'est faite en 1991, et aujourd'hui à nouveau, des questions identiques se posent sur la médecine scolaire avec vos réponses...vos propositions.... !

2015 : De nouveaux textes de missions sont publiés, après 2013 et une loi de refondation de l'école qui s'empare de la problématique de la santé à l'école tout comme la nouvelle loi de santé en 2016. A chacune de ces étapes, une longue, parfois très longue, concertation est menée par le gouvernement avec tous les acteurs et professionnels. Des arbitrages sont rendus et des textes publiés.

Après ce bref rappel historique venons en, si vous le permettez à votre rapport.

Bien que l'objet du rapport de votre commission ait comme principal objet « la médecine scolaire », il est éclairant de constater que vous vous autorisez à vous prononcer sur les infirmières de l'éducation nationale



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

d'une part, et que d'autre part vous omettez de rattacher le sens du recrutement des infirmiers et médecins à un article de loi récent qui de surcroît donne du sens à la santé à l'école.

Il s'agit d'un article du code de l'éducation introduit en 2013 par la loi de refondation de l'école et renforcé par une modification en 2016.

Cet article lie intimement santé, scolarité, environnement etc. mais décline la place et le champ de responsabilité des différents acteurs et personnels de l'éducation nationale. La réalisation des visites médicales des 6 ans, des examens de dépistages ne représente qu'un seul alinéa sur 7.

Cet article réaffirme, en conformité avec le code de santé publique (L1411-1-1), que cette mission, à l'éducation nationale, est conduite par les autorités académiques en lien avec les ARS et les collectivités territoriales.

Et non l'inverse ! Par ailleurs, elle donne une place prépondérante à l'accueil, l'écoute, l'éducation à la santé à développer à partir d'indicateurs locaux Il réaffirme que l'ensemble des 7 alinéas relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale et non de telle ou telle profession.

« Article L 121-4-1 code éducation.

I.-Au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie. Les enseignements mentionnés à l'article L. 312-15 et les actions engagées dans le cadre du comité prévu à l'article L. 421-8 relèvent de cette mission.

II.-Le champ de la mission de promotion de la santé à l'école comprend :

1° La mise en place d'un environnement scolaire favorable à la santé ;

2° L'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation à la santé destinés à développer les connaissances des élèves à l'égard de leur santé et de celle des autres et à l'égard des services de santé ;

3° La participation à la politique de prévention sanitaire mise en œuvre en faveur des enfants et des adolescents, aux niveaux national, régional et départemental, et la promotion des liens entre services de santé scolaire, services de prévention territorialisés, services de santé ambulatoire et services hospitaliers ;

3° bis La coordination des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile avec les missions conduites dans les écoles élémentaires et maternelles ;

4° La réalisation des examens médicaux et des bilans de santé définis dans le cadre de la politique de la santé en faveur des enfants et des adolescents ainsi que ceux nécessaires à la définition des conditions de scolarisation des élèves ayant des besoins particuliers ;

5° La détection précoce des problèmes de santé ou des carences de soins pouvant entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisés des élèves ;

7° La participation à la veille épidémiologique par le recueil et l'exploitation de données statistiques.

La promotion de la santé à l'école telle que définie aux 1° à 7° du présent Il relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale.

Elle est conduite, dans tous les établissements d'enseignement, y compris les instituts médico-éducatifs, conformément aux priorités de la politique de santé et dans les conditions prévues à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés. Elle veille également à sensibiliser l'environnement familial des élèves afin d'assurer une appropriation large des problématiques de santé publique.

Des acteurs de proximité non professionnels de santé concourent également à la promotion de la santé à l'école. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé. »

De fait, votre affirmation « la promotion de la santé en faveur des élèves repose sur quatre acteurs : le médecin scolaire, l'infirmière, l'assistante sociale et le chef d'établissement » est erronée et oriente vers une lecture contraire à la loi. Est-ce intentionnel ? A tout le moins c'est inexact. La responsabilité est celle de l'école, et nous avons des responsabilités particulières dans cette mission de l'école.

Cet article, de facto, introduit le périmètre et la nature de l'équipe qui n'est plus médico-sociale (SIC) mais bel et bien pédagogique et éducative. Et votre rapport gomme cette



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

situation et c'est bien normal, compte tenu que les seules personnalités auditionnées soient issues des syndicats de médecins qui ont toujours refusé cette équipe tout comme la hiérarchie de l'éducation nationale.

Hiérarchie qui rappelons le, ne peut être qu'administrative compte tenu de la nature légale des professions réglementées du champ de la santé.

Votre présentation induit une lecture qui amène à reproduire une situation antérieure à 1991, introduire des fonctions de suppléances qui déresponsabilisent les échelons hiérarchiques de l'éducation nationale de cette mission mais également les autres acteurs.

Vous affirmez que médecins et infirmières sont rattachés à un centre médico scolaire. Nous sommes désolés de vous contredire. Les infirmières sont nommées sur des établissements du second degré public avec, pour celles exerçant en collège public, la responsabilité du secteur primaire public de rattachement. Il n'y est pas question de CMS.

Bien évidemment que les syndicats de médecins... toujours dans la vision rétrograde de la reproduction du modèle de 1982 revendiquent et refusent que les infirmières et eux mêmes soient sous le regard de notre institution.

III - Une gouvernance renouvelée

Monsieur, les infirmières de l'éducation nationale refusent votre à priori de leur appartenance à la médecine scolaire non pas pour des raisons historiques uniquement mais surtout au regard du travail qu'elles font quotidiennement auprès des élèves et que semblez vouloir ignorer, voire nier.

Vous déplorez, dès le début, « *un manque de pilotage, d'évaluation et de clarté pour la gouvernance, en particulier des médecins et des infirmières* ». Pure allégation, non étayée par les textes, cette gouvernance n'a jamais été aussi détaillée et précise tant en terme de responsabilité que d'échelons de mise en oeuvre et de coopération entre tous les acteurs internes et externes : « *Afin d'accompagner cette nouvelle impulsion de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves, une rénovation de sa gouvernance à tous les échelons du système éducatif est mise en place afin de gagner en lisibilité et en efficacité.* »

Nous vous concédons cependant que, par des intrusions très corporatives, cette nouvelle gouvernance ne se soit pas mise en place dans certaines académies. En effet, l'opposition frontale des syndicats de médecins relayée par les médecins conseillers

technique y a largement contribué.

Appliquons la loi, et ensuite, évaluons là, et nous pourrons à ce moment là seulement proposer des réadaptations. A contrario, nous sommes devant des propositions de modèles que nous avons déjà largement connus et qui ont démontré leur inefficacité tant en matière de dépistage que d'éducation à la santé et à fortiori en matière de promotion de la santé qui s'appuie sur un ensemble d'acteurs qui ne sont pas que des professionnels de santé, fussent ils médecins et infirmières.

Rappel des textes :

« 1. À l'échelon national

La gouvernance et le pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves relèvent exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'éducation nationale. La direction générale de l'enseignement scolaire – et, plus particulièrement, la sous-direction en charge de la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives – est chargée d'impulser la politique nationale, de la coordonner et d'en établir le bilan.

Pour définir sa politique en matière sociale et de santé, le ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la

recherche a recours à l'expertise des autres ministères concernés. Cette coopération a pour objectifs de :

- mettre en place une concertation pour assurer la cohérence des différentes politiques publiques ;

- proposer un dispositif cohérent de formation entre, notamment, le réseau des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les facultés de médecine, les instituts de formation en soins infirmiers et les écoles de travailleurs sociaux afin de produire les ressources nécessaires.

Le ministère chargé de l'éducation nationale organise annuellement un recueil des données relatives à la politique mise en place. Le Conseil national d'évaluation du système scolaire (Cnesco) en lien avec le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et toute autre instance d'évaluation des politiques sociales, sont chargés d'évaluer le suivi de cette politique au regard des objectifs fixés par la loi.

2. À l'échelon académique

Le recteur élabore la politique éducative sociale et de santé académique en tenant compte des priorités nationales, du contexte local et des spécificités des territoires dans le cadre de son projet académique, en ciblant



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

en particulier les territoires de l'éducation prioritaire (Rep et Rep+) et les zones rurales isolées.

Il définit ses priorités à partir de la réalisation d'un diagnostic et se dote d'indicateurs de suivi, en s'appuyant sur une cellule réunissant, notamment, les conseillers techniques du recteur (médecin conseiller technique en charge des élèves, conseillers techniques infirmier, de service social et ASH...). Cette cellule est coordonnée et pilotée par le proviseur vie scolaire ou l'IA-IPR EVS. Elle est associée à l'élaboration de la politique de gestion des moyens et chargée du bilan académique annuel. Celui-ci est présenté devant le comité technique académique (CTA) et devant le conseil académique de l'éducation nationale (CAEN).

Cette nouvelle organisation doit favoriser la cohérence de la politique éducative conduite en académie tant pour les acteurs de l'éducation nationale que vis-à-vis de ses partenaires.

C'est dans ce cadre que seront conduits les partenariats institutionnels, notamment avec les agences régionales de santé (ARS) et avec les directions régionales de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale ainsi qu'avec les collectivités territoriales et les partenaires associatifs.

C'est également à ce niveau que s'élaborent les plans académiques de formation initiale et continue auxquels participent les personnels sociaux et de santé en qualité de stagiaires ou de formateurs.

3. À l'échelon départemental

Sous l'autorité de l'inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'éducation nationale (IA-Dasen), la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves définie au niveau académique est mise en œuvre en fonction des spécificités locales par les acteurs de cette politique (proviseur vie scolaire départemental quand il a été désigné, conseillers techniques médecin, infirmier, de service social, IEN-ASH, psychologue scolaire).

Il est mis en place à la rentrée 2015 un comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CDESC) qui constituera le dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation en direction des établissements d'enseignement.

Une coordination fonctionnelle entre les niveaux départemental et académique est conservée. Un bilan de l'action est présenté annuellement au comité technique spécial départemental (CTSD) et au conseil départemental de l'éducation nationale (CDEN).

4. Au niveau local

La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves trouve sa déclinaison au plus près de l'élève dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement.

Elle est mise en œuvre, sous l'autorité de l'IA-Dasen et sous la responsabilité de l'IEN ou du chef d'établissement, dans la circonscription ou dans l'établissement.

L'organisation en réseaux est à privilégier : réseaux inter-établissements et réseaux école-collège ; le CESC inter-degrés sera une instance privilégiée. « Vous pointez à juste titre un manque de pilotage. Il est réel et pourtant ce n'est pas faute d'absence de textes l'y obligeant mais plutôt une volonté délibérée de certains acteurs de s'en affranchir s'alliant à une administration centrale qui refuse de contrôler l'application des textes qu'elle produit.

Vous affirmez sans sourciller que : « *les objectifs de la médecine scolaire n'ont cessé de se multiplier, mais le nombre de médecins scolaires est en diminution constante passant de 1400 en 2006 à 1000 en 2016* ». De se multiplier non, mais d'évoluer oui.

Certes, le nombre de postes de médecins devant élèves est passé de 1478 en 1999 et non en 2006 où il était de 1658 à effecti-

vement 1014 en 2016 équivalents temps plein de médecins devant élèves.

Il faut mettre en parallèle ce nombre de postes de médecins avec le nombre de visites médicales obligatoires à réaliser par les médecins de l'éducation nationale. Rappelons qu'en 1985 déjà, la représentation nationale, le gouvernement, le ministère de la santé déplorait le faible taux de réalisation de ces visites médicales par ailleurs avec le concours d'infirmières de santé scolaire, de secrétaires médicales et d'assistantes sociales.

Votre présentation réduit le champ de la santé à l'école aux visites médicales des 6 ans et de dérogation pour les travaux réglementés.

Historique de l'évolution de l'article L 541-1 :

De janvier 2000 à Mars 2002, cet article définit uniquement un examen médical à 6 ans, pouvant sous certaines conditions être réalisé par les médecins de famille.

De 2002 à 2007 : Visite des 6 ans avec dépistage des troubles spécifiques du langage

De 2007 à 2013 : Sont rajoutés 3 autres visites : au total 6, 9, 12 et 15 ans. Un amen-



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

dement déposé par Mme Pecresse modifie l'article L 541-1 pour imposer 4 visites médicales obligatoires (6, 9, 12 et 15 ans). Il ne sera jamais appliqué ni revendiqué par les médecins de l'éducation nationale et le taux de réalisation de ces visites médicales continue à interroger.

Depuis 2013, il est affirmé d'une part que « Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. » et d'autre part apparaissent les parcours éducatifs de santé qui seront repris dans la loi de santé.

Mais en plus de la visite médicale des 6 ans est rajouté un examen de dépistage obligatoire à 12 ans à réaliser par les infirmières de l'éducation nationale.

Cette modification de l'article L 541-1 de 2013 du code de la santé de l'éducation nationale diminue le nombre de ces visites et impose, aux médecins, seulement la visite des 6ans. On aurait légitimement pu penser que le taux de réalisation de ces visites médicales augmente très fortement puisque la charge de travail incombant aux médecins en matière de visites médicales obligatoire était diminué. La diminution du nombre de postes de médecins durant cette période passant de 1215 en 2002 à 1014 en 2016.

De manière constante, le contenu de ces

visites médicales devait être défini par voie réglementaire. Ce n'est qu'en 2015 qu'est enfin publié un arrêté malgré l'opposition récurrente des médecins scolaires.

Cet arrêté clôt la chaîne des textes réglementaires. La norme étant complète, elle permet de donner sens à l'évolution de la santé à l'école vers un objectif de meilleur suivi de ce qui est repéré en obligeant les professionnels de santé à faire un retour vers les personnels enseignants et de direction, en organisant un VRAI travail avec la communauté pédagogique et éducative.

Ces textes organisent également, autour de l'établissement ou de l'école, les partenariats de proximité pour répondre aux besoins et demandes des élèves dans leurs particularismes locaux. Ils ancrent les projets de santé dans leur lien avec la réussite scolaire et le mieux vivre des élèves à partir d'indicateurs et de déterminants locaux.

Mais parlons gestion des ressources humaines et charge de travail : Un médecin de l'éducation nationale a une obligation de travail annuelle devant élèves de 1486 heures par an.

Les spécialistes de l'enfance estiment que pour réaliser une visite médicale il faut ½ heure, c'est sans compter la charge administrative et la mise en place d'un suivi,

même si ce dernier ne concerne pas tous les élèves. Par ailleurs, les familles peuvent faire réaliser cet examen médical par leur médecin de famille et 12 municipalités ou agglomérations, et non des moindres (Paris, Lyon, Grenoble, Nice etc) ont des services municipaux de santé scolaire.

Mais admettons que les médecins de l'éducation nationale aient à voir TOUS les élèves de 6 ans.

En 2011, il y avait 790 798 élèves de 6 ans ce qui, à raison de la quotité annuelle de temps de travail médecin, nécessitaient 532 postes de médecins pour réaliser cette visite médicale obligatoire en terme de loi qui s'imposait de fait en priorité aux seuls médecins. Il y avait en 2011, 1489 postes de médecins devant élève. Ce n'est donc pas le manque de postes qui explique le faible taux de réalisation de ces VA à cette époque, inférieur à 70%.

En 2016, le taux de réalisation de ces visites à progressé puisque supérieur à 70%, selon le ministère de l'éducation nationale. Il y a 834 800 élèves de 6 ans scolarisés dans l'enseignement public et privé sous contrat. Selon les mêmes modalités de calcul, il faudrait 561 Postes de médecins pour réaliser ces visites médicales. Ce n'est toujours pas un problème de moyens, mais probablement un problème lié aux choix de priorités et de contrôle par l'administration.

La situation est encore plus catastrophique en terme de gestion des ressources humaines et de service public, puisque selon les propos du SNMSU UNSA (Syndicat Majoritaire chez les médecins de l'éducation nationale), qui affirme dans l'audition que le taux de réalisation par les médecins est plus proche de 46,7% en 2011 et 57% en 2016. Ils expliquent, et vous vous en faites le relai, que sont comptabilisés, par la DGESCO, des examens infirmiers réalisés à cet âge. Mais rappelons avant tout, qu'au regard de la loi, cet examen était et est toujours un examen exclusivement médical. Paradoxe dans le même temps, les médecins réclament que ce soit les infirmières qui les réalisent. Ce qui signifie que la demande est de ne pas appliquer la loi et non pas un problème lié à un manque de moyens.

D'un point de vue de la loi, il n'en est rien, que ce soit pour les visites médicales des élèves dans leur 6ème année, ou pour les élèves travaillant sur machines dangereuses, ces obligations sont fort anciennes. Je vous concède que l'accueil des élèves handicapés et les protocoles d'accueil sont relativement récents. Mais les autres missions dévolues en matière de santé à l'école concernent également l'ensemble des autres acteurs de l'école que ce soit en matière d'éducation à la santé, à la sexualité ou en matière de secourisme.



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

Vous affirmez par ailleurs que l'avis médical sur l'obligation de suivi des élèves relevant de dérogation pour travail sur machines est extrêmement lourd.

Difficilement compréhensible une fois de plus.

En 2016, nous avons 134 675 élèves scolarisés dans les filières de l'enseignement public et privé sous contrat éligibles à cette réglementation.

Ces élèves sont scolarisés en CAP, 2nd, 1ère et Terminale Bac pro. Les élèves majeurs représentant près de 20% de cet effectif. Soit 108 000 devant bénéficier de cette visite médicale.

Suivant le même principe que celui de l'évaluation du nombre d'ETPTA employé pour les visites de 6 ans. A raison d'une heure par élève (charge administrative et de suivi comprise pour tous les élèves), nous aurions besoin de seulement 72 postes de médecins sur la France entière. Charge Lourde ?????

Ce n'est donc pas un problème de moyens pour réaliser ces deux visites médicales mais sûrement un problème de répartition de ces moyens mais également un problème de l'évaluation de leur utilisation par une véritable Inspection Générale de l'Education nationale, car ce sont des moyens de l'édu-

cation nationale.

Vous notez également que « les urgences, très mobilisatrices d'énergie, par exemple ...la maltraitance lorsqu'elle nécessite un placement. »

Il est à noter que la maltraitance ainsi que le placement des élèves ne relève ni en priorité ni exclusivement des médecins de l'EN, qui ne sont pas, en l'occurrence, les personnels de première ligne sur ce sujet contrairement aux infirmières et assistantes sociales.

Dans les infirmeries des établissements scolaires.

Bien que ces personnels n'appartiennent pas à la médecine scolaire, il est manifeste que vous souhaitez en faire le bilan et on peut éventuellement le comprendre car, tout comme pour les médecins : « la promotion de la santé relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale ».

En 1999, soit 8 ans après la création du Service de Promotion de la santé, nous avons 5932 infirmières en postes et nous en avons 7663 devant élèves en 2016.

Les créations de postes d'infirmiers ont eu lieu de manière constante au cours de ces années avec des amplitudes variables selon

les gouvernements. Il est à noter que les plus grandes vagues ont eu lieu entre 2003 et 2012 avec 1550 créations de postes.

Concernant l'implantation des emplois d'infirmiers vous affirmez : « il est prévu une infirmière pour 598 élèves du secondaire ».

Faux : Les moyens infirmiers, à l'éducation nationale, n'ont JAMAIS été alloués par rapport à un effectif d'élèves mais uniquement à partir du nombre et de la typologie des établissements du second degré public, et depuis 1991, du nombre d'écoles publiques des secteurs de rattachement des collèges.

Elles sont nommées obligatoirement dans des établissements du secondaire public non pas pour exercer des missions de type dépistages systématiques comme « *du bon vieux temps* » de la santé scolaire mais pour répondre aux besoins des élèves qui viennent les consulter dans leurs infirmeries. Ainsi, leur première mission est : » (cf *circulaire 2015 : La mission de l'infirmier-ière est d'accueillir et d'écouter les élèves qui lui sont confiés afin de déterminer leurs besoins de santé, de contribuer à leur éducation en vue de leur insertion sociale et professionnelle. Il-elle les aide à développer leur esprit critique, à construire leur autonomie et à élaborer un projet personnel en matière de santé. Il-elle se préoccupe également de développer la réflexion des élèves sur le sens et la portée des valeurs qui sont à la base de nos institutions, et de les préparer au plein exercice de la citoyenneté.* »

Vous affirmez, sans détour, que ces infirmières ont une formation de deux fois 3 jours faite (sic) par l'infirmière conseillère technique auprès du recteur.

Une fois de plus, vous affirmez sans vérifier. Les personnels infirmiers sont à gestion déconcentrée, contrairement aux médecins, et de facto, tout ce qui relève de leur carrière, de leur recrutement, de leur formation est, par délégation du ministre, de la responsabilité du recteur.

Ce qui explique que ces formations d'adaptation à l'emploi varient de 3 jours à 20 jours en présentiel, par exemple à Aix-Marseille où elle est articulée autour 8 modules et articulant des intervenants internes à l'éducation nationale ou des universitaires (Pédo psy, socio etc..).

Pour mémoire le contenu d'Aix est 2 jours autour de la structuration du système éducatif (intervenants internes), 4 jours sur les missions, les parcours éducatifs santé, la politique générale et Sagesse.(outil cahier infirmière), 4 jours sur la connaissance du public (adolescence, enfance pédo psy socio pédiatres) Relation d'aide, communication. 2 jours sur l'entretien motivationnel. 2 jours



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

sur 1er secours. Présentation d'un mémoire en éducation à la santé réalisé durant l'année scolaire de stagiairisation.

Il est également à noter que la revendication du SNICS FSU, depuis la création de notre syndicat en 1992, est une formation universitaire en ESPE pour toutes les infirmières de l'éducation nationale combinant des apports professionnels spécifiques à notre profession et des formations communes avec les autres personnels enseignants. Par ailleurs, les textes sur les parcours éducatifs de santé expliquent la nécessité de ces formations communes.

Nous souhaitons que cette formation des infirmières soient validée et reconnue par un diplôme de master.

Par ailleurs vous affirmez, manifestement sans vérifier, que : « *Ses (Infirmières) missions sont redéfinies par l'arrêté du 3 novembre 2015* »

Nous sommes manifestement plus que dans l'à peu-près : Faux : Les missions des personnels infirmiers et celles des médecins sont définies par des circulaires (Med circ n°2015-118 et 2015-119 pour IDE).

Ces missions vont bien au delà de l'arrêté de novembre 2015 pris en application de l'article L 141-1 qui n'a pour d'autre objet que de définir les visites médicales à assurer par les médecins (6 ans), et l'examen à réaliser par les infirmières à 12 ans. Cet arrêté (imposé par la rédaction de la loi) définit très précisément le contenu de chaque examen mais également impose une coopération et un suivi entre les différents acteurs, Enseignants, parents, médecins traitants ou spécialistes, infirmiers et médecins ; Il précise également le choix laissé aux parents que cette visite soit réalisée par les médecins de famille.

Ces missions sont la traduction de la rédaction et des obligations de l'article L 121-4-1, cf supra.

En revanche, les missions des IDE telles que définies par la circulaire de leurs missions sont en rapport avec les 15 millions d'élèves qui viennent les consulter dans les infirmeries. L'effectif des enfants de 12 ans scolarisés dans l'enseignement public s'élevant à seulement 598 327 élèves. Ce qui représente (selon les mêmes modalités et charges que pour les médecins) 598 327 heures travaillées, soit 402 ETPPTA qui doivent être consacrés à cet examen de dépistage obligatoire.

Vous trouverez en PJ une étude que nous avons réalisée en 2010-2011 auprès de 1095 infirmières, étude représentative tant par la diversité des académies que des lieux d'exercice.

Nous sommes donc en capacité d'explicitier les activités professionnelles des infirmières et par voie de conséquence les besoins et demandes des élèves. Nous avons pu le faire car nous nous sommes appuyés sur les éléments statistiques issus du logiciel SAGESSE.

Nous vous rejoignons sur votre analyse d'une absence de données statistiques pour juger des résultats de la médecine scolaire. Pourtant, Monsieur le Président, un arrêté du 10 septembre 2001 crée une application informatique à destination des médecins et nommée MEDSI avec pour finalité : « *Elle permet (cette application) le suivi médical nominatif d'un élève, ainsi que sous forme anonyme, la recherche médicale, l'éducation à la santé et l'épidémiologie, ainsi que l'amélioration de la fiabilité des statistiques de fin d'année comportant des données statistiques.* »

Les destinataires au plan interne des informations d'ordre médical anonymisées transmises sous forme de statistiques sont l'administration centrale, dans le cadre de la définition et du pilotage d'une politique nationale de l'éducation à la santé, en liaison avec d'autres départements ministériels. »

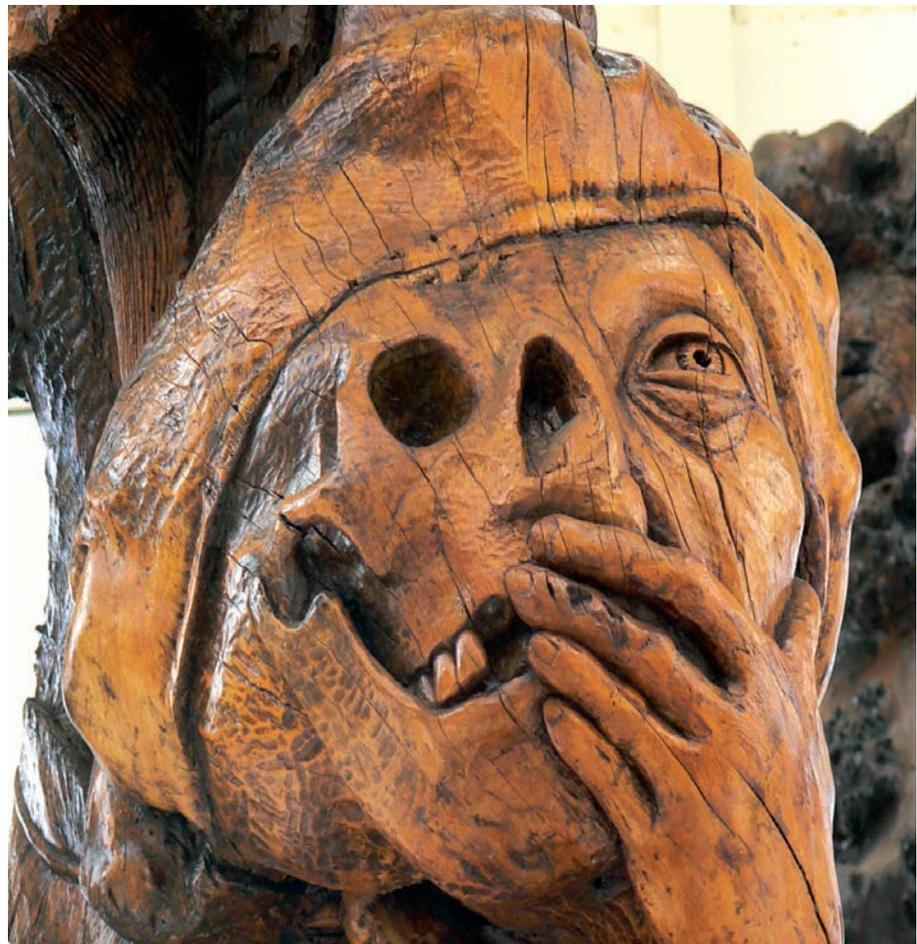
Comme vous pouvez le constater, les objectifs politiques sont définis dans une norme

réglementaire exhaustive, les outils existent, reste la volonté de faire vivre et là effectivement il y a carence, et depuis 2001, la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) se refuse à réaliser ces collectes et analyses statistiques d'une part et d'autre part les indicateurs de la LOLF sont réduits, en ce domaine, à leur plus simple expression.

Qui veut abattre son chien dit qu'il a la rage...et vous passez sous silence les 15 Millions d'élèves qui viennent consulter les infirmières de leur propre intention dans leurs infirmeries.

Concernant les indicateurs et données statistiques en relation avec ces passages d'élèves dans les infirmeries, un arrêté de mai 2001 a créé une application spécifique aux infirmières de l'éducation nationale, logiciel SAGESSE, les permettant : « *Les destinataires au plan interne des informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et dans la limite de leurs attributions respectives sont :*

-administration centrale, pour le bilan académique d'activité annuelle et l'un (ou plusieurs) des indicateurs sur l'état de santé anonymisés des élèves pour des besoins statistiques ;



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

-rectorat d'académie : synthèse académique de l'activité des infirmiers et infirmières scolaires faite à partir des données anonymisées pour des besoins statistiques ;

-inspection académique : rapport d'activité de tous les infirmiers ou infirmières scolaires du département établi à partir des données anonymisées transmises, pour des besoins statistiques, par le chef d'établissement... ».

Oui, Monsieur le Président, nous croyons à vos propos que cette politique de santé à l'école doit avant tout être considérée comme une politique d'appui aux politiques scolaires. Mais cela est encore trop limitatif. Il nous semble que cette politique doit relever et être au service de la réussite scolaire de tous les élèves.

En ce sens, sous peine de perte de cohérence, elle doit relever de la compétence du ministre de l'éducation nationale, s'appuyer sur la gouvernance de celle-ci et être de la responsabilité des différents échelons décisionnels de ce ministère, Administration centrale, Rectorats, Chefs d'établissements et I.E.N (Inspecteurs de l'Education Nationale). Toute hiérarchie parallèle viendrait à fragiliser, à déresponsabiliser ces différents échelons et ainsi donner à voir que le lien entre réussite scolaire et santé à l'école n'existe que très partiellement. Malheureusement, c'est la thèse que vous semblez soutenir et qui par le passé, a conduit à des constats d'inefficacité de la santé scolaire.

Venons en à vos conclusions :

- Vous soulevez la notion de spécificité de l'exercice à l'éducation nationale. Très bien ! Mais uniquement pour les médecins en oubliant volontairement les infirmières. Nous concernant, nous demandons une formation qualifiante et validante en ESPE avec TOUS les personnels membres de l'équipe pédagogique et éducative qui est la seule équipe, à notre sens, au cœur du réacteur de la réussite scolaire de tous les élèves.

- Vous déplorez l'inexistence d'équipe de santé scolaire ; Compte tenu du sens de recrutement des professionnels de santé à l'EN « la réussite scolaire » de tous les élèves, la seule équipe légitime est l'équipe pédagogique et éducative contrairement à l'hôpital où le sens du recrutement impose une équipe médico-centrée. Il est évident que les principes de hiérarchie fonctionnelle découlent de ce sens du recrutement

- Vous affirmez : *«Les rapports hiérarchiques sont différents pour les médecins, les infirmières, les assistantes sociales et les psychologues. La coopération médecins-infirmières n'est pas évidente, au contraire. Les textes les plus récents séparent d'ailleurs*

les visites obligatoires du médecin et de l'infirmière, consacrant les premiers à l'école primaire et les secondes au collège et au lycée, ce qui rend bien plus aléatoire la visite des enfants de 6 ans en grande section de maternelle. » Accepter cette assertion reviendrait à dire qu'il est difficile voire impossible, en matière de santé à l'école, de travailler avec les enseignants, les personnels de directions, les cuisiniers au motif qu'il ne sont pas dans l'équipe gouvernée par le médecin.

- « **En 2015, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait demandé aux ministres de l'Education nationale et de la Santé de maintenir la visite des enfants de 11 ans par un médecin [18]** ». Les politiques ont pris leurs responsabilités : La visite médicale des 6 ans n'était pas assurée à 100% loin s'en faut. A fortiori celle des 9, des 12 ans et des 15 ans (Précédente version de l'article L 541-1). Comment oser affirmer qu'il doit y avoir une visite médicale à 11 ans, qu'on veut la faire, quand on ne réalise pas celle des 6 ans alors qu'on en a les moyens (voir supra).

- « *Le fonctionnement de l'équipe n'est pas défini dans les textes alors qu'une réorganisation de ce fonctionnement entre toutes ces professions de santé serait nécessaire.* » Faux ! Le fonctionnement de l'équipe est défini dans les textes tant dans ceux des

missions des personnels médecins ou infirmiers que dans les textes sur les parcours éducatifs de santé. Qu'ils ne satisfassent pas les médecins de l'éducation nationale qui ont peur d'y perdre « du pouvoir » est une chose, mais on ne peut pas affirmer que le fonctionnement n'est pas défini.

De manière constante depuis 1984, date de dissolution de la santé scolaire, les médecins ont toujours refusé que le ministre de l'éducation nationale soit responsable de la santé des élèves avec les conséquences évidentes en matière de structuration, de hiérarchie et de rendre compte, contrairement aux infirmières qui, depuis 1947 œuvre au quotidien au sein des établissements de l'éducation nationale.

- « *Pour pallier la carence actuelle des médecins et renforcer la notion d'équipe il est souhaitable que les infirmières reçoivent un enseignement spécifique suffisamment long (2 à 6 mois) avec une valence sociétale et environnementale.* » Il n'appartient pas aux syndicats de médecins de l'éducation nationale de se prononcer sur ce sujet pas plus qu'il n'appartient au SNICS de se prononcer sur la formation des médecins, (Quoi que ?). Par ailleurs, les syndicats d'infirmiers tout aussi représentatifs, voire plus, que ceux des médecins ont fait des propositions en ce sens avec la reconnaissance, la formation de leur exercice au grade de master



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

et la reconnaissance comme une spécialité infirmière.

Vous comprendrez, monsieur le Président, notre mécontentement au regard de votre rapport émaillé d'inexactitudes et entaché d'une subjectivité certaine. Nous restons cependant à votre disposition pour vous fournir tous éléments complémentaires, et éventuellement pour vous rencontrer.

Au nom de notre organisation syndicale, et de toutes les infirmières de l'éducation nationale qui oeuvrent depuis plus de 70 ans au service des élèves et de leur réussite scolaire, je vous d'accepter, monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Analyse Statistiques année 2010-2011

Cette analyse porte sur un panel de 1095 infirmières de l'éducation nationale soit près de 15% du corps.

Ces infirmières sont réparties dans 17 académies sur 30. Il est à noter que la notion de postes mixtes (Etablissement + secteur primaire de recrutement) recouvre des réalités différentes selon les académies tant dans la répartition du temps entre les deux exercices que dans la définition même du poste mixte, ce sont parfois des lycées avec du primaire, des LP voire une EREA.

La répartition des emplois du panel est la suivante :

Type exercice	Nombre d'Infirmières	Nombre d'ETP
Collège	640	450
LEGT et Lycées	288	268
LP	146	133
EREA	14	13
1er Degré	317	128

L'objectif de cette étude est d'évaluer les besoins des élèves telles qu'ils sont exprimés dans les infirmeries des collèges, lycées, LP, EREA et écoles du premier degré.

Ces besoins sont répertoriés sur le cahier de l'infirmière que chaque IDE de l'éducation nationale est dans l'obligation de renseigner pour chaque passage d'élève dans son infirmerie.

Il est à noter que nous n'avons obtenu aucun recours des infirmières exerçant dans l'enseignement supérieur d'une part et que nous avons écarté les résultats de deux académies, Lille et Rouen, car la synthèse de leur académie n'était pas exploitable.

1 Problématique Générale.

L'enquête repose sur un panel de 927085 élèves scolarisés dans les premiers et seconds degré public.

Ces élèves sont venus consulter les infirmières 1 925 554 fois sur la période écoulée soit un ratio de passage de 2.08 fois pour l'année écoulée.

La répartition est différente selon la catégorie de l'élève (Externe, demi-pensionnaire ou interne).

Ainsi le ratio de passage est de 1.32 pour les élèves externes, 2.84 pour les demi-pensionnaires et de 6.03 pour les élèves internes.

Le ratio de consultations rapporté à l'effectif des élèves scolarisés selon le lieu de scolarisation est éclairant sur la demande des élèves.

Ainsi le ratio est de 3,2 pour les collégiens, de 3,06 en LEGT, de 2,21 en Lycée, de 2,71 en LP, de 0,77 en écoles et de 15,1 en EREA.

1.1 Les Passages à l'infirmerie

Il est à noter que le nombre de passages d'étudiants (BTS, Classes Prépa etc.) dans les infirmeries représente plus de 42 000 passages soit 2.27% des accueils à l'infirmeries et que le nombre de personnels est également significatif avec près de 18500 passages soit 0.98% totaux alors que le nombre de personnels exerçant dans les écoles et établissements est très inférieurs au nombre d'élèves scolarisés.

Le nombre d'élèves présents la nuit dans les infirmeries peut paraître faible (3312) mais il est à relativiser au regard du nombre d'élèves internes scolarisés, 24950. de fait en valeur relative il est beaucoup plus significatif, ratio de 7,53 alors qu'il est de 2,84 pour les demi-pensionnaires et de 1,35 pour les élèves externes.

Les passages inférieurs à 10 minutes à l'infirmerie sont la majorité des cas puisqu'ils représentent 90,67% des consultations à l'infirmerie, les séjours temporaires avec évacuation vers les familles ne représentant que 6,7%. Et les évacuations vers des structures hospitalières ne représentent que 0.43% des cas avec un nombre d'élèves concernés de 8363.

Les passages selon les lieux de scolarisation.

La nature des passages (passages courts, séjours temporaires et élèves présents la nuit) varie peu selon le lieu de scolarisation dans le second degré. En revanche dans le premier degré ce sont les « séjours temporaires » qui prédominent, cela peut s'expliquer probablement par le type de missions qui y est mené, principalement des actions de dépistages et de suivi infirmiers



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

Lieu de scolarité : Passages Séjours temporaires
Elèves présents la nuit

LP	93,16%	6,27%	0,60%
EREA	97,86%	1,80%	0,30%
1er degré	99,76%	0,24%	0%

Collège	87,70%	17,27%	0,06%
LEGT	81,40%	18,13%	0,05%
Lycées	78,25%	21,66%	0,09%
LP	79,07%	20,74%	0,19%
EREA	89,55%	10,40%	0,09%
1er degré	37,37%	62,30%	0%

2.2 Après la consultation infirmière ?

Le retour en cours semble être la règle après une consultation infirmière (63%). Dans près d'un cas sur 5 il y a contact avec la famille. Le contact avec les médecins ou les assistantes sociales sont respectivement de 2023% et 2.10%.

Des disparités existent cependant selon le lieu de scolarisation, ainsi l'orientation vers la famille qui varie de 5,75% au lycée à 9,03% au LEGT n'est seulement que de 1,80% en EREA ce qui pourrait s'expliquer par la nature même des élèves qui y sont scolarisés et des difficultés sociales que ces élèves rencontrent. De même dans le premier degré l'orientation vers la famille ne représente que 0,24%, ce qui s'explique par la nature des actes infirmiers qui y sont mis en œuvre.

En effet l'activité de soins techniques relevant d'une situation de soins y est peu présente.

Lieu de scolarité Vie scolaire Famille Hôpital

Collège	92,76%	6,82%	0,40%
LEGT	90,53%	9,03%	0,40%
Lycées	93,78%	5,75%	0,50%

Quel travail en équipe après une consultation infirmière ?

Tous secteurs d'exercices confondus la première liaison engagée par les infirmières, après un passage à l'infirmier, est celle avec la vie scolaire avec un pourcentage d'orientation compris entre 58,8% et 75,04%. Deux secteurs sont en deçà de ces chiffres, les lycées avec un taux de liaison de 38,46% et un taux de liaison avec les familles de 27,95%. Ces chiffres nous interrogent car dans les LEGT le % de liaisons engagées avec la vie scolaire est le plus élevé 75,04%

En revanche dans le premier degré ce sont les liaisons avec les familles qui prédominent avec 44,53% et celles avec la vie scolaire 33,50%.

Les liaisons avec les assistantes sociales sont comprises entre 2,08% dans le premier degré et 4,91% en LP. Ce taux est beaucoup plus élevé en EREA avec 6% des liaisons engagées.

De même le recours au médecin de l'éducation nationale oscille entre 2,02% et 7,96% à l'exception du premier degré où il domine à 10,66%

Il semblerait donc que deux formes de travail en équipe apparaissent, une dominante dans l'enseignement secondaire tous types d'établissements confondus qui est celle du lien avec la vie scolaire et une autre dans le premier degré qui est de type « médecin éducation nationale et famille ».

1.2 Les accidents

Ils représentent 3.82 % des motifs de passages dans les infirmeries et se répartissent de la façon suivante :

Y compris en LP où ils représentent 33% des accidents contre 27% pour les accidents d'ateliers.

Les accidents de vie scolaire représentent 35% des accidents et sont donc la deuxième cause d'accidents les accidents non scolaires étant la troisième cause avec 12,2%.

L'EPS est de loin, en valeur absolue, la principale cause d'accident elle l'est encore plus si



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

on la relativise au nombre d'heures pendant lequel les élèves sont exposés.

2 les besoins exprimés par les élèves.

Ces besoins sont, en fait, évalués à partir de la grille de lecture qui s'impose à l'infirmière par le cahier de l'infirmière. Il est à noter que, pour l'instant, le logiciel SAGESSE ne permet de faire apparaître que les besoins exprimés par les élèves et non pas les besoins observés par l'infirmières alors que cette dernière est dans l'obligation de les saisir.

Malgré ce prisme qui édulcore le diagnostic infirmier les 3 premières causes de consultation de l'infirmière sont la demande de soins et de traitements, la demande de conseils en santé et la demande d'écoute et de relation d'aide. Il serait certainement intéressant de pouvoir le confronter aux besoins observés par l'infirmière.

Il est intéressant d'affiner cette analyse des besoins exprimés en fonction des lieux de scolarisation, car des disparités apparaissent qui sont révélatrice de besoins différents des élèves et par voie de conséquence de professionnalités à mettre en œuvre.

Ainsi la demande de soins et traitements prédomine en collège et EREA avec près de 65% des demandes alors qu'en premier degré elle ne représente qu'un peu plus de 8%. Le demande de soins d'écoute et de relation d'aide est la deuxième cause de consultation en LEGT et lycées, en LP elle représente également un pourcentage conséquent de près de 16%.

De manière générale la deuxième cause de consultations sont des demandes de conseil en santé .

Dispenses	Soins et Traitements	Ecoute et relation d'aide	Conseil en santé	demande de renseignements	
National	2,99%	57,34%	10,94%	20,38%	7,96%
Collège	1,62%	61,67%	6,48%	23,23%	6,67%
LEGT	2,32%	57,66%	17,42%	15,06%	6,87%
LP	7,20%	47,94%	15,86%	17,82%	11,08%
EREA	0,73%	64,28%	7,93%	18,40%	8,58%
1er degré	0,09%	8,21%	9,56%	68,70%	12,98%

Les demandes liées à la maltraitances, aux violences sexuelles représentent de faibles pourcentages mais leur nombre n'est pas à négliger.

Ainsi c'est 584 élèves qui sont venus consulter les infirmières pour des maltraitances dont 381 en collège et 54 en premier degré. Pour les violences sexuelles c'est 199 élèves dont 108 en collège et 3 en premier degré.

3. La contraception

Ce sont 2095 jeunes filles qui sont venues solliciter ces 1095 infirmières pour obtenir la contraception d'urgence. Les infirmières l'ont délivrées 1945 fois dont 1850 à des élèves mineures et 436 à des élèves majeures.

Contraception d'urgence demandée	délivrée par l'infirmière	Elèves mineures	Elèves majeureS
National	2095	1945	436
Collège	689	559	60
LEGT + Lycées	952	932	243
LP	441	429	123
EREA	12	24	10

4 Le suivi des élèves

17,60 % des élèves venus consulter l'infirmière et ont fait l'objet d'un suivi infirmier sur la durée alors que 2.46% d'entre eux ont nécessité un examen à la demande auprès du médecin de l'éducation nationale.

Il est à noter que durant cette période ces 1095 infirmières ont signalées aux autorités judiciaires ou en charge de la protection de l'enfance 1411 adolescents

5-Les actions éducatives.

548143 élèves réparties dans 13485 classes ont bénéficié de séquences d'éducation à la santé pour lesquelles l'infirmière était partie prenante. Ce sont au total 12377 actions d'éducation à la santé qui ont été réalisées et dans 52.5% des cas intégrées à un projet d'école ou d'établissement. L'infirmière les réalise parfois seules (35%) mais le plus souvent en partenariat. De plus ces infirmières ont menées 1156 actions de recherche en santé seules et 429 en partenariat.

Les actions d'éducation à la santé concernent prioritairement les collèges avec 7621 classes et 6930 actions menées. En revanche le relatif faible nombre en EREA doit être relativisé au regard du nombre d'établissements ayant répondu, 14 infirmières.

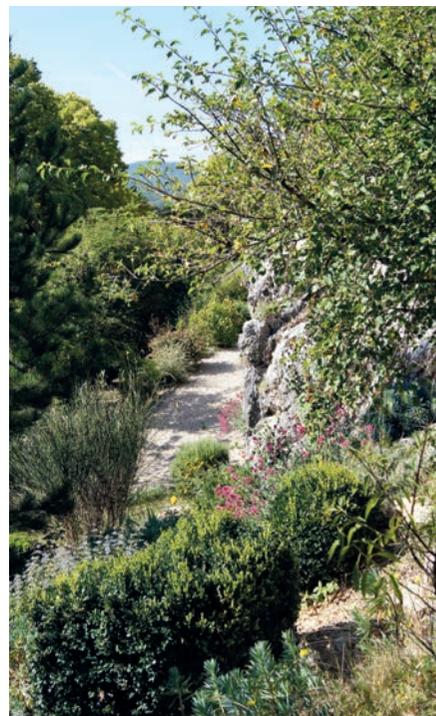
Quant au nombre d'actions dans le premier degré il ne peut pas s'expliquer par le nombre d'infirmières ayant répondu à l'enquête.

	Actions éducatives		
	Nombre de classes	Nombre d'élèves	Action
Infirmière seule			
National	13335	548143	4330
	8047	6458	
Collèges	7621	284874	2265
	4765	3891	
Legt+ Lycées	2854	111553	434
	444	762	
LP	1658	119564	809
	1465	1213	
Erea	109	2463	39
	103	100	
Ecoles	1183	29563	778
	264	483	

5 Réunions et formations.

Ces infirmières ont bénéficié de 2520 jours de formation soit 2.3 jours par infirmières. Elles ont en revanche délivrées des formations à 4744 étudiants et élèves, encadré 531 étudiants en soins infirmiers et 1394 personnels et délivrer 5900 AFPS.

Elles se sont réunies 16935 fois en interne et 3232 fois dans des réunions externes à notre institution ce qui représente un volume horaire de 30913 heures soit un peu plus de 28 heures par infirmière et par an.



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

Déclaration préalable à la CAPN des infirmières de l'éducation nationale - 09 novembre 2017 -

Madame la Présidente,

Avant d'aborder les questions relatives à l'ordre du jour, nous souhaitons attirer votre attention sur plusieurs points.

Nous tenons, pour débiter, à rappeler notre attachement à un service public fort, de qualité garant du respect des principes d'égalité et de fraternité fondateurs de notre République.

Au sujet de la Politique de Santé à l'école : alors qu'une nouvelle conception de la santé à l'Ecole se met en place, certaines académies refusent toujours de mettre en œuvre les textes ministériels. Ces blocages corporatistes ont parfois trouvé le soutien d'une administration frileuse. A notre sens, ce flou orchestré permet à certains aujourd'hui, d'attaquer sans vergogne mais non sans inexactitude et exagération la politique du MEN en matière de santé. Ces derniers en profitent pour remettre sur la table rien de plus que leurs projets régressifs d'externalisation de type service de santé scolaire par ailleurs dissout en 1982 en raison de son « inefficacité et son obsolescence » et d'être « sans intérêt pour la santé des élèves » (dixit la représentation nationale).

La politique de santé à l'Ecole doit rester de la prérogative et sous la gouvernance du ministre de l'éducation nationale. Elle doit répondre en priorité aux besoins et aux demandes de santé des élèves en lien avec la réussite scolaire.

Sur ce point notre ministère doit assumer sa responsabilité, malgré les multiples interventions du SNICS, il a tardé à mettre en place un suivi de la mise en œuvre de cette réforme et ne s'est pas encore doté d'indicateurs fiables pour évaluer sa politique. La mise en œuvre du contrôle de gestion a bien trop tardé.

Nous savons bien que la responsabilité de la politique de santé du MEN n'est pas de la responsabilité de cette commission. Mais, la gestion du corps des infirmières de l'éducation nationale est de votre responsabilité.

La mise en œuvre des missions est un exemple parmi d'autres. Ce mode de fonctionnement apparaît parfois dans les dossiers qui nous concernent aujourd'hui dans cette instance.

Que ce soit pour sa reconnaissance statutaire ou indemnitaire notre corps connaît une constante : celle du retard systématique à l'allumage. Ce qui, de fait, impacte négativement la carrière de nos collègues et pro-

voque souvent des inégalités entre les fonctions publiques. L'avancement de grade est emblématique de ce fonctionnement qui s'apparente au jeu de la patate chaude : « ce n'est pas moi c'est l'autre, ce n'est pas le recteur c'est la DGRH, ce n'est pas nous ce sont les recteurs... »

Autre dossier tout aussi emblématique celui de la NBI handicap. Vous connaissez notre position. Pourquoi refusez-vous de faire respecter les droits de nos collègues ?

Votre inertie sur ce dossier induit nécessairement des inégalités de traitement entre les académies. Les pseudo-évaluations faites dans certaines académies se basent uniquement sur les élèves ayant un handicap moteur. Cette ineptie est révélatrice de la méconnaissance du travail des infirmières de l'EN. Leurs missions sont intimement liées à la réussite scolaire de tous les élèves et à fortiori celle des élèves en situation de handicap.

Nous rappelons ici le sens du recrutement des infirmières (Cf. circulaires des missions) : « L'action des infirmières de l'Education nationale contribue à la réussite des élèves et permet de détecter précocement les difficultés susceptibles d'entraver leur scolarité. Elle participe à l'accueil et l'accompagnement de chaque élève en fonction de ses besoins spécifiques liés à sa santé physique ou psychique... L'infirmière accueille tout élève qui le sollicite pour quelque motif que ce soit, y compris d'ordre relationnel ou psychologique, dès lors qu'il y a une incidence sur sa santé ou sa scolarité ».

En ne prenant aucune décision, c'est pousser à recourir au juge et ensuite porter le discours que les représentants du personnel sont procéduriers. Quelle conception du dialogue social !

Pour poursuivre, le SNICS revendique de longue date, la catégorie A type pour les infirmières de l'EN. La mise en place du PPCR était l'occasion de limiter les injustices faites à nos collègues en permettant à minima, un alignement sur les grilles de nos collègues de la FPH.

Malheureusement, ce ne sont pas les dernières décisions gouvernementales sur ce sujet qui peuvent rassurer les personnels.

Ce point nous amène à vous relancer au sujet de l'avancement. Vous connaissez notre position quant au respect des engagements pris par le CSFPE. Nous remercions les avancées faites sur ce point par vos services et notamment les efforts de rédaction faits dans la circulaire de gestion.

Malgré cela, certaines académies continuent à tourner le dos aux engagements d'humanité de carrière. Elles contribuent ainsi à retarder la fusion des 2 classes du premier



MISSIONS

Contre Rapport Académie de médecine

grade qui aurait pu aboutir bien avant 2022. A plusieurs reprises, nous vous avons demandé d'organiser, dans le cadre d'un contrôle de gestion, un bilan exhaustif du nombre d'infirmières de classe supérieure avant le décret 2012, effectivement promues dans le grade de hors classe (en tenant compte de leur échelon du grade antérieur). Lors de notre dernière rencontre vous avez évoqué la possibilité de rencontres à ce sujet, avez-vous un calendrier à nous annoncer ?

Au sujet du RIFSEEP, vous connaissez notre opposition à un régime indemnitaire qui serait en lien avec le mérite ou une appréciation professionnelle.

De manière structurelle, propre aux professions réglementées du champ de la santé, il ne peut y avoir pour une infirmière une quelconque obligation de moyen ou de résultats lorsqu'elle est salariée ou fonctionnaire. Or, la disparité de leurs montants est une source supplémentaire d'inégalités.

Depuis les décrets et circulaires de 2003, il n'existe plus de fonctionnalité des grades et des emplois pour notre corps : pour preuve, toute infirmière quel que soit son grade peut être mutée sur un poste d'infirmier conseiller technique. Aucun texte tant statutaire que de mission ne prévoit de fonctionnalité, ni de hiérarchie dans les emplois d'infirmiers, nous ne connaissons aucun texte réglementaire qui, pour notre profession, définit des postes à profil. Par ailleurs nos missions sont identiques.

De plus, en dépit d'une absence de fonctionnalité dans notre corps, les IFSE créent une pseudo hiérarchie fonctionnelle. Rien ne justifie que nos collègues nommées sur des postes au sein des administrations touchent des IFSE supérieures à leurs collègues qui exercent devant élèves.

Contrairement à ce que certains ont pu ou voulu croire, la mise en place du RIFSEEP n'a pas résolu l'injustice qui est faite à nos collègues affectées sur des postes logés (avec internat).

C'est pourquoi, les SNICS revendique un montant IFSE identique pour toutes les infirmières de notre corps quelque soit leur lieu d'exercice. Nous redemandons la réévaluation à la hausse de leur montant dans le champ des autres corps de catégorie A. Il est à noter que certains corps de catégorie B ont des montants supérieurs au notre.

Quant à l'« obligation » d'inscription des infirmières à l'ordre national infirmier, contrairement aux kinésithérapeutes, il n'existe à ce jour aucun décret qui oblige les employeurs à inscrire automatiquement les infirmières à cet ordre. En ce sens, les actes de militantisme de certaines infirmières conseillères techniques relayés par certains personnels de l'administration sont à ce titre illégaux,

inacceptables et intolérables.

Nous rappelons pour mémoire que l'ordre peine à être représentatif, malgré 10 années d'existence et de fortes pressions sur plus de 600 000 professionnels, à ce jour, seules 234 967 sont inscrites au tableau de l'ONI.

Opération de gestion

Nous tenons à saluer la rédaction de la note BIATSS 2018 au sujet du recrutement.

Vous rappelez, à juste titre, la primauté de l'entrée dans le corps par voie de concours sur tout autre mode de recrutement.

Tant au niveau national qu'académique le détachement doit rester l'exception et ne doit en aucun cas venir alimenter le corps des infirmières de catégorie B.

Le SNICS continue à penser que la présence de 2 corps infirmiers pour des missions identiques est problématique, et prive, ces collègues de catégorie B d'autres droits (perte de catégorie active). Elle conduit à une gestion non réglementaire du droit à mutation et enfin les condamne à une progression de carrière définitivement limitée par rapport à toutes les autres collègues recrutées par concours en catégorie A.

Aussi, le SNICS vous demande d'avancer enfin vers une solution définitive. Ne plus procéder au recrutement via l'accueil en détachement d'agents d'un corps mis en extinction est un premier pas, le second est l'intégration des collègues de cat B de notre ministère dans la cat A.

Il est inscrit à l'ordre du jour de cette réunion, l'examen des demandes de révisions de comptes rendu d'évaluation formulées. La consultation des dossiers nous a permis de constater, une fois encore, que la grande majorité des collègues ont été évaluées sur critères professionnels. Nous rappelons que cela ne peut pas être le cas pour les personnels appartenant à des professions réglementées du champ de la santé et nous vous demandons d'être plus directif en la matière.

Opérations de mobilité

Mutation par le biais de la BIEP

Malgré nos précédentes interventions, certaines académies continue de déroger au droit et retirent des postes au mouvement. Il n'existe plus de fonctionnalité dans le corps des infirmières de l'éducation nationale depuis 2003 (décret 2003-695 du 28 juillet 2003). La circulaire n°2003-178 du 23 octobre 2003 précise qu'« il n'est pas prévu de distinction de fonctions pouvant être confiées aux agents de l'un ou l'autre grade. La fonction d'infirmier conseiller technique peut donc être confiée soit à un infirmier de classe normale, soit à un infirmier de classe supérieure ».

Nous demandons de bien vouloir rappeler ce fait de manière explicite aux services académiques afin qu'elles mettent fin à ces pratiques que rien ne justifie.

Mutation dans les COM

Pour ce qui concerne les mutations dans les COM, nous assistons depuis plusieurs CAPN à une véritable dérive, nous ne pouvons nous résoudre à accepter que cette commission paritaire soit considérée comme une simple chambre d'enregistrement de décisions opaques prises ailleurs de manière illégale. Le droit des personnels n'est pas respecté. L'article 60 de la loi 84-16 prévoit qu'en matière de mutation, l'avis de la CAP compétente doit être donné au moment de l'établissement des tableaux de mutations.

Comme vous le savez toute affectation doit recueillir l'avis préalable de la CAP compétente. Il se trouve que la CAP compétente en matière d'accueil en détachement et mutation en COM et à Mayotte est cette CAPN, elle n'est jamais concertée avant. Cela fait l'objet d'un recours en conseil d'état, est-ce votre conception du dialogue social ? Cette question se pose également pour l'affectation et la titularisation d'un stagiaire à Mayotte.

Des pseudo CAP se tiennent à Mayotte et en Polynésie sur quelle base réglementaire ?

Nous pensons que le mode de recrutement par la BIEP favorise ce mode de fonctionnement. Nous souhaitons qu'il y soit mis fin car rien ne le justifie y compris pour Mayotte.

Enfin, nous réitérons notre demande d'un barème indicatif national de mutation pour les personnels infirmiers. De trop grandes diversités de pratiques existent entre les Académies, cet outil indicatif devrait permettre une meilleure égalité devant le droit de chaque infirmier souhaitant muter d'une part et une meilleure transparence d'autre part.



LA FONCTION PUBLIQUE :

UNE CHARGE ? NON, UNE CHANCE !

Chloé n'est pas un "poste". Elle exerce un métier. Qu'elle accueille, soigne, protège, enseigne, accompagne, organise, cherche, anime, gère, ou contrôle, ses compétences sont toujours mises au service du plus grand nombre. Chloé est agent de la Fonction Publique. Elle a des idées sur la manière de rendre sa contribution encore plus efficace.

Chloé n'est pas une charge, mais une chance pour la France.

A suivre sur : [facebook.com/fiers.du.service.public](https://www.facebook.com/fiers.du.service.public)



**Le service public,
on l'aime, on le fait avancer !**

Situation des Personnels

RETRAITE

Encore des réformes à venir !

Depuis des années, les gouvernements successifs n'ont eu de cesse de réformer le régime des retraites dans le but de baisser les pensions au prétexte de le sauver, tenant comme argument principal « *on vit plus vieux, si on ne fait rien, nos enfants n'auront plus de retraite* ».

Notre président l'avait annoncé dans son programme « oui je réformerais les retraites ».

Il a nommé Mr Delevoye pour piloter cette réforme dès septembre 2017 qui a pour objectif de mettre en place un système universel de retraite par répartition. Les premières rencontres avec les syndicats ont commencé début septembre.

Le président veut aller vite. Il présentera la loi cadre dès le premier semestre 2018. Il souhaite que tous les français soient au même régime de sorte qu'un euro cotisé ait le même rendement pour tous.

On passerait ainsi d'un régime de prestation définie (promesse de montant de la pension défini en général par un taux de remplacement) à des cotisations définies (niveau de cotisation fixé et montant de pension qui sera perçu au moment du départ restant inconnu car dépend de variable aléatoire). La complexité du système à cotisation définie

accroît la difficulté à anticiper le montant de la pension.

Actuellement les pensions sont payées grâce aux cotisations vieillesse prélevées sur la masse salariale et immédiatement reversées aux retraités. Ce système de retraite est fondé sur la solidarité entre les générations et calculé en fonction de certains curseurs (âge minimum, âge à taux plein, décote, surcote...).

L'équilibre financier des systèmes de retraite par répartition actuel est fonction du rapport entre le nombre de cotisant et celui des retraités. Les régimes actuels définis en annuités sont à prestation définie.

Exemple : le fonctionnaire qui part avec une carrière complète aura une pension correspondant à 75% de son dernier traitement.

Vers quoi veut aller le gouvernement ? Son but est de supprimer les différents régimes de retraite pour aller vers l'uniformisation en un seul régime par points ou compte notionnel comme cela se fait déjà en Suède, en Italie ...

Création d'un système universel ou un euro cotisé donne les mêmes droits quelque soit le moment où il a été versé et quelque soit le statut de celui qui a cotisé.

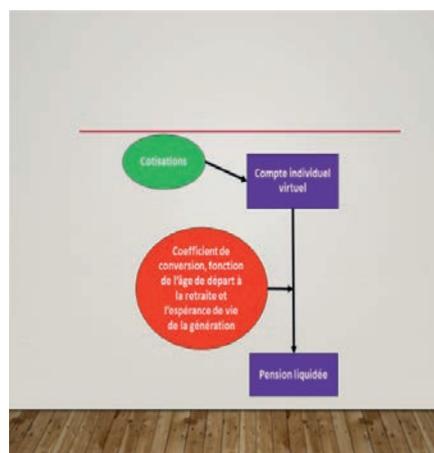
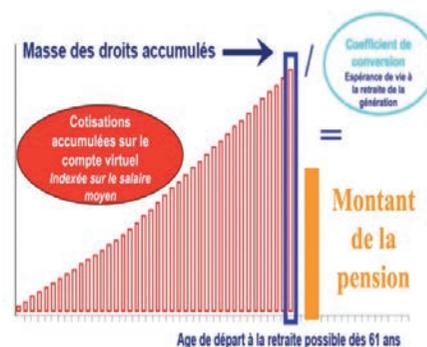
Principe du système de compte notionnel :

C'est l'ensemble de la carrière qui définit le montant de la pension. Les cotisations sont versées sur un compte virtuel régulièrement revalorisé selon la croissance des salaires. La revalorisation du capital se fait sur la base de l'évolution des prix ou du PIB. Ces cotisations seront transformées en retraite en tenant compte par un coefficient de conversion de l'âge de départ à la retraite, de l'espérance de vie, de la génération qui part à la retraite.

Ce système renforce l'individualisation de la retraite et pénaliserait doublement les femmes victimes de discrimination salariale et de carrière incomplète et précaire.

Retenir une espérance de vie moyenne pour une génération au moment du départ à la retraite, c'est nier les grandes différences d'espérance de vie entre les classes sociales. Avec ce système on sait ce que l'on cotise sur le compte virtuel, mais on ne sait pas à ce dont on aura droit à la retraite en fonction des facteurs économiques. Rien ne garanti la valeur de la rente.

Exemple de la Suède :



Situation des personnels

Retraite

Conséquence pour les fonctionnaires :

La prise en compte des débuts de carrière pour la contribution diminuera de manière significative le niveau des pensions, du fait de la carrière linéaire. Ce sera aussi la fin du code des pensions qui est pourtant un élément du statut. Le calcul sur les six derniers mois est lié au statut de la fonction publique et à la notion de carrière.

Une question se pose ?

Que deviennent les droits acquis sans contrepartie de cotisation qui existe en ce moment (pension de réversion, prise en compte des congés familiaux, maladie ...) dans ce système de compte notionnel.

Pour comprendre prenons un exemple si ce système était en place dès aujourd'hui : Un infirmier prend sa retraite à 62 ans, en 2017, et durant sa carrière il a « épargné » 11000 points. En 2017, l'espérance de vie moyenne d'un homme est de 79 ans (82 ans si on fait la moyenne entre les hommes et les femmes).

Donc pour calculer sa pension de retraite dans le nouveau système de retraite on opérera le calcul suivant : mon nombre de points divisé par mon espérance de vie divisée soit $110000/20=550$ points. Si je vis plus vieux c'est tant mieux mais si je meurs avant et bien tant pis ! Mais si je travaille jusqu'à 64 ans, on divisera par 18 et ainsi de suite...

La valeur du point ne sera connue qu'au moment du départ à la retraite donc il sera impossible d'en faire une simulation ou une

estimation avant le départ à la retraite contrairement à aujourd'hui où l'on sait qu'un fonctionnaire qui a travaillé toute sa vie peut prétendre à une retraite à taux plein qui correspond à 75% de son dernier traitement brut.

C'est oublié que la pension du fonctionnaire fait partie du statut que c'est surtout le salaire continué qui garantit l'impartialité et l'intérêt de service du fonctionnaire quand il est en activité. C'est aussi la sécurisation et la contribution à la société.

On voit bien alors qu'on se situe dans une solidarité « intragénérationnelle » et plus « intergénérationnelle » comme avec le système existant. Ce système favorise les cadres ou les professions libérales où l'espérance de vie est plus longue que parmi les ouvriers et ne tient pas compte de la pénibilité.

On voit très bien comment vont être impactés les petits revenus qui ne pourront que difficilement épargner « à côté » pour se constituer un autre complément de revenu (assurance, prévoyance,...)

Ce système résout aussi définitivement la « problématique » du dialogue social !

Ce système devient en fait une équation à deux inconnues à minima (la valeur du point au moment de la liquidation de la pension et la durée d'espérance de vie)

Bien d'autres inconnues demeurent....

Autre possibilité de régime de retraite : la capitalisation par points

La cotisation se transforme en points. La pension est de ce fait déterminée par la valeur du point.

C'est le système actuel qui est établi pour les retraites complémentaires. Le taux de remplacement n'est pas connu à l'avance.

La valeur de la liquidation du point peut varier en fonction de l'âge, du contexte économique. On sait combien on aura de points, mais on ne pourra savoir combien ce point vaudra à la prise de la retraite.

Il existe d'autres alternatives aux financements des retraites à ce que risque de proposer le gouvernement. Encore faut-il avoir la volonté politique d'y arriver (accroître les ressources des régimes de retraite de 4 à 5 points du PIB d'ici 2050, hausse des cotisations politique volontariste de l'emploi qui amène d'avantage de cotisations, taxation des revenus financiers...).

Le futur système de retraite envisagé par le gouvernement, s'il est validé, devrait intégrer toutes les personnes en 10 ans. Elle ne devrait pas toucher les salariés qui sont à moins de cinq ans de la retraite. Il dépendra aussi de notre mobilisation et du dialogue social face aux propositions du gouvernement qui va se mettre en place dès le mois de décembre.

Le SNICS au travers de la FSU suivra ce dossier de près pour voir quel impact cette nouvelle réforme aura sur les pensions des infirmières.

Pat Braive



Situation des personnels

Congé de formation

Le compte Personnel de Formation (CPF) qui jusque-là n'était uniquement ouvert qu'au salarié de droit privé depuis 2015, est maintenant accessible depuis le 1er janvier 2017 pour tous les agents de la fonction publique. Le Compte Personnel de Formation (CPF) fait partie du Compte Personnel d'Activité (CPA).

A qui est destiné ce CPF ?

Ce droit concerne tous les agents de toutes les fonctions publiques : fonctionnaire (stagiaire), contractuel et ouvriers d'état.

À quoi peut servir ce CPF ?

Il peut permettre à un agent de la fonction publique d'État (il existe les mêmes droits pour les autres fonctions publiques) :

- De suivre une action de formation visant à obtenir un diplôme, un titre, ou un certification répertoriés sur le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).
- De suivre une action inscrite au plan de formation ou dans l'offre de formation d'un autre employeur public, ou d'un organisme de formation.
- de suivre la préparation aux concours et examens professionnels de la fonction public.

Est cumulable avec les heures de formations à la préparation d'un concours ou d'un examen, la décharge légale de 5 jours permettant ladite préparation, dans la limite de 5 jours par an et après validation d'un calendrier avec l'employeur.

Enfin si le CPF ne peut concerner des for-

mations d'adaptation à la fonction exercée, en revanche il permet d'accéder à des formations permettant la préparation d'une mobilité, d'une promotion ou encore d'une reconversion professionnelle.

Comment fonctionne le CPF ?

L'administration met à la disposition de ses agents des personnels en capacité d'accompagner le demandeur dans le cadre du CPF, auprès desquels il est possible de demander des conseils.

Chaque agent qu'il soit à temps plein ou à temps partiel, acquière 24 heures de formation par an, crédit au 31 décembre de l'année écoulée. Ce cumul, pour peu que l'agent ne l'utilise pas, est plafonné à 120h. (ce qui correspond à 5 années d'alimentation d'heures de formation). Puis, ce plafond passe à un maximum de 150h alimenté de 12h par ans. (un peu plus de 2 années d'alimentation supplémentaires).

Néanmoins il existe des dérogation. Si l'agent est en demande de formation allant au-delà de son crédit d'heure, étant entendu qu'il ne serait pas encore au maximum, alors il est possible que l'administration lui accorde par anticipation un crédit de 2 années d'heures supplémentaires.

Enfin, si le projet d'évolution de carrière concerne la prévention d'une inaptitude professionnelle, l'agent peut bénéficier d'heure supplémentaire dans la limite de 150 heures maximum (en plus des heures alimentant annuellement son CPF).

Ce sont ces heures acquises années après années qui permettent à l'agent de bénéficier à des formations dans le cadre expliquer plus haut.

Ce Compte Personnel de Formation est propre à chaque agent et est conservé d'une fonction publique à l'autre et utilisable en l'état, tout comme dans le privé si la carrière de ce dernier changeait de statut. Là encore il pourra utiliser cet acquis.

Un agent en position de congé parental peut bénéficier de son CPF.

À partir de 2018, les droits seront consultable sur le portail : moncompteactivite.gouv.fr

Comment faire sa demande ?

L'agent doit présenter une demande écrite auprès du service de ressource humaine. Il doit préciser en outre le projet d'évolution professionnel qui motive sa demande. L'administration a ensuite 2 mois pour répondre. Tout refus doit être motivé par l'administration d'une part et peut-être contesté eu CAP ou CCP par l'agent d'autre part.

Si deux années de suite la même demande de formation a été refusée, lors de la 3ème demande, si à nouveau refus de l'administration il y avait, ce dernier devra d'abord passer par l'instance paritaire compétente.

Quoi qu'il en soit, l'administration ne peut s'opposer à une demande de formation s'inscrivant dans « socle de connaissances et de compétences » (savoir communiquer en français, savoir les base de calcul... 7 formations au total), mais peut la reporter d'une année pour raison de service.

Lorsque l'agent peu bénéficier de sa formation au titre du CPF, l'administration lui paye les frais pédagogiques et parfois également de déplacement. Mais si l'agent ne peut justifier de son assiduité, il devra alors rembourser l'administration desdits frais.

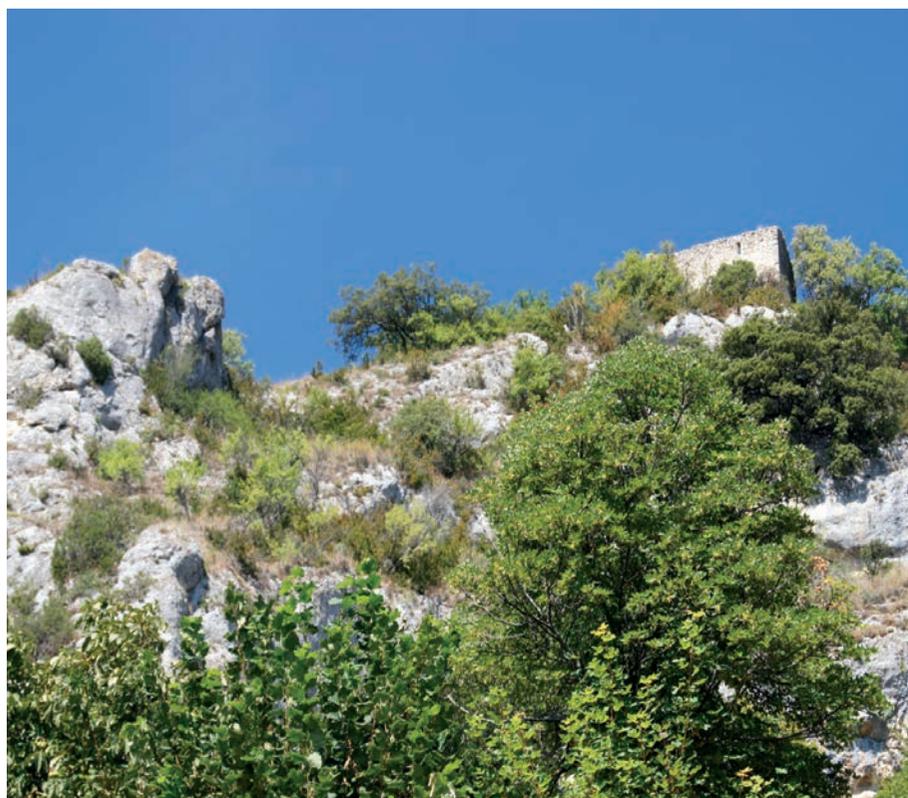
Textes de références : article 22 quater Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite loi Le Pors.

- Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

- Décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'Etat.

- Circulaire du 10 mai 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique

B.Fautrad





**SYNDICAT NATIONAL DES INFIRMIER(E)S CONSEILLER(E)S DE SANTE
S.N.I.C.S./F.S.U.**

Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2017/2018

Académie :		Département :	
Nom:	Prénom:		
Adresse personnelle :	Code postal :		
Ville :	Téléphone :	Mail :	
Adresse administrative :		Code postal :	
Ville :	Téléphone :	Mail :	
Numéro d'identification de l'établissement ou du service :		Externat / internat (*)	
Grade :	Echelon :	Date de la dernière promotion :	Date du D.E. :
Date entrée Fonction Publique :		Date entrée Éducation nationale :	
Situation : titulaire - stagiaire - contractuel(le) - vacataire (*)			
Quotité de temps partiel :		disponibilité - CPA - retraite (*)	

BARÈME DES COTISATIONS 2017 / 2018

Infirmièr(e) en catégorie A

Echelon	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème	10ème	11ème
Classe normale											
Cotisation	99€	104€	109€	115€	123€	132€	137€	141€			
Classe supérieure											
Cotisation	115€	124€	132€	138€	143€	149€	153€				
Hors Classe											
Cotisation	106	114€	119€	125€	131€	137€	143€	150€	157€	164€	

Infirmièr(e) en catégorie B (nouvel espace statutaire)

Echelon	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème
Classe normale									
Cotisation	90€	94€	100€	107€	114€	122€	131€	139€	
Classe supérieure									
Cotisation	121€	128€	134€	141€	145€	149€			

Auxiliaire, contractuel(le), Vacataire : 60 euros - Retrait(e) : 52 euros - disponibilité : 30 euros - temps partiel : cotisation calculée au prorata du temps effectué : Exemples : mi-temps = ½ cotisation de l'échelon - C.P.A. = 85 % de la cotisation de l'échelon.

PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION SYNDICALE

- Veuillez remplir cette demande de Paiement fractionné.
- Indiquez le montant total de la cotisation.
- Choisissez le nombre de prélèvements pour lequel vous optez (4 ou 6)
- Signez cette autorisation de prélèvement et retournez-la très rapidement

Date limite d'envoi pour les prélèvements en 6 fois : 1er février 2018, en 4 fois : 1er avril 2018

NOM : _____ PRENOM : _____
 Adresse : _____ Ville : _____
 Code postal : _____

MONTANT TOTAL DE LA COTISATION :

NOMBRE DE PRELEVEMENTS CHOISI : 4 - 6 (Rayer la mention inutile)

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez

Le SNICS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions du SNICS

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : _____ Identifiant créancier SEPA : FR37ZZZ642551

Débiteur :	Créancier :
Votre Nom	Nom SNICS
Votre Adresse	Adresse 46 AVENUE D'IVRY

Code postal	Ville	Code postal	75013	Ville	PARIS
Pays		Pays	FRANCE		

IBAN _____
 BIC _____

Paiement : X Récurrent/Répétitif Ponctuel

A : _____ Le : _____

Signature :

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.

J'accepte de fournir au S.N.I.C.S. les informations nécessaires à l'examen de ma carrière. Je demande au S.N.I.C.S. de me communiquer les informations académiques et nationales de gestion de ma carrière auxquelles il a accès à l'occasion des commissions paritaires et l'autorise à faire figurer ces informations dans des fichiers et des traitements informatisés dans les conditions fixées dans les articles 26 et 27 de la loi du 6 janvier 1978. Cette autorisation est à reconduire lors du renouvellement de l'adhésion et révocable par moi-même dans les mêmes conditions que le droit d'accès en m'adressant au S.N.I.C.S., 46 avenue d'Ivry 75013 Paris ou à ma section académique.

Date : _____ Signature : _____

JOINDRE VOS RESPONSABLES ACADÉMIQUES SNICS

Aix-

Marseille : Laurence Fage 06 50 29 03 28
sa.aix-marseille@snics.org

Amiens : Valérie VAIREAUX Tél 06 73 20 54 59 ou 03 22 89 04 88 ou 03 22 53 49 93 sa.amiens@snics.org

Besançon : Charliène ROY Tél 06 73 53 97 96
sa.besançon@snics.org

Bordeaux : Yannick Lafaye 06 81 98 38 15
sa.bordeaux@snics.org

Caen : Patricia FRANCOIS Tél 06 69 79 56 80 ou 02 31 70 30 49
sa.caen@snics.org

Clermont-Ferrand : André MAROL Tél 06 59 35 21 11
sa.clermont-ferrand@snics.org

Corse : Pénélope BOUQUET-RUHLING Tél 06 22 45 74 63
sa.corse@snics.org

Créteil : Carole POURVENDIER Tél 06 84 98 96 09
sa.creteil@snics.org

Dijon : Saphia GUERESCHI 07 82 46 42 06 sa.dijon@snics.org

Grenoble : Florence Warengheim 06 74 43 44 73
sa.grenoble@snics.org

Guadeloupe : Brigitte DERUSSY Tel 06 90 30 16 12 M.Louise CAUSERET
Tel 06 90 39 33 49 sa.guadeloupe@snics.org

Guyane : Sylvie AUDIGEOS Tél 06 94 42 98 99 ou 05 94 32 83 54
sa.guyane@snics.org

Lille : Valérie GRESSIER Tél 06 75 72 21 58 ou 03 21 32 29 50
sa.lille@snics.org

Limoges : Laurence TESSEYRE Tél 06 81 64 08 14 sa.limoges@snics.org

Lyon : Catherine CORDIER 06 50 83 63 23
sa.lyon@snics.org

Martinique : Claudine CAVALIER 06 96 29 17 70
sa.martinique@snics.org

Montpellier : Sandie CARIAT Tél 06 16 88 49 69 ou 04 67 96 04 31
sa.montpellier@snics.org

Nancy-Metz : Brigitte STREIFF Tel 06.22.50.90.84 ou 03.87.29.68.80
sa.nancy-metz@snics.org

Nantes : Sylvie MAGNE Tél 06.08.90.22.31
sa.nantes@snics.org

Nice : Mireille AUDOYNAUD Tél 06 71 90 21 09
ou 04 92 13 48 87 sa.nice@snics.org

Orléans -Tours : Marielle JOYEUX Tél 06 48 14 91 33 ou 02 47 31 01
Joëlle BARAKAT Tél 02 47 23 46 15 ou 02 47 57 04 34
sa.orleans-tours@snics.org

Paris : Chantal CHANTOISEAU Tél 07 70 32 94 17
sa.paris@snics.org

Poitiers : Fabienne DORCKEL Tél 06 88 71 35 05 ou 05 49 63 20 48
sa.poitiers@snics.org

Reims : Martine THUMY Tél 06 43 71 43 16 ou 03 26 08 34 36
sa.reims@snics.org

Rennes : Cécile GUENNEC 06 61 41 01 22
sa.rennes@snics.org

Réunion : Odile LAUSIN Tél 06 93 92 57 26 sa.reunion@snics.org

Rouen : Martine LEMAIR Tél 06 30 94 26 86 ou 02 32 82 52 12
sa.rouen@snics.org

Strasbourg : Laurence CASCAIL 06 20 30 37 17
Valérie HECKEL 06 20 27 06 61
sa.strasbourg@snics.org

Toulouse : Anne FABREGA 06 20 31 24 82
sa.toulouse@snics.org

Versailles : Patricia BRAIVE Tél 06 61 14 50 98 ou 01 69 01 48 07
sa.versailles@snics.org

Mayotte : Rolande Dorville 06 39 27 11 34
sa.mayotte@snics.org

