l'BUTBLANC de en

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

Fédération Syndicale Unitaire

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

N° 90 Juillet-Aout-Septembre 2017

9ème congrès national

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

EDITORIAL

Sommaire

- Editorial P.2
- Bilan du Congrés P.3
- Texte action P.4 à P.6
- Texte Infirmière à l'E.N P.7 à P.13
- L'Infirmière dans le système de santé P.14 à P27
- Syndicalisme P.28 à P.31
- Statut P.32 à P. 38
- Vos responsables P.39

Le nouveau ministre de l'éducation nationale mènera-t-il une Politique de Santé à l'Ecole ?

Durant 4 jours 90 délégués du SNICS, venant de toutes les académies se ont réunis en corse pour notre 9ème congrès national.

Dans les pages suivantes, vous retrouverez les 4 thèmes et la motion action qui les accompagne. Ces textes adoptés dans l'unité la plus large ont, une fois encore, renforcé et armé le SNICS pour mieux défendre la profession durant les 3 prochaines années.

Le nouveau gouvernement ouvre de nouveaux chantiers porteurs d'inquiétudes et notamment celui de l'éducation nationale. Une seule certitude, l'externalisation de la santé de type MISSE (ou autre) que nous avons sorti par la porte va essayer de revenir par la fenêtre…

Certaines académies tardent à publier des circulaires, ces blocages corporatistes orchestrés vont servir de levier pour qualifier les orientations de 2015 comme « idéologiques mais non opérantes ».

Fort heureusement, certaines académies les appliquent. Sont-elles de différentes ou mieux dotées en professionnels de santé ? NON ! loin de là … Ces académies ont simplement saisie la pertinence d'avoir une véritable Politique de Santé à l'Ecole au service de la réussite scolaire des élèves. Elles ont saisie la mission émancipatrice de l'Ecole et l'enjeux sociétal que cela représente. Et, pour ce faire, elles ont mobilisé l'ensemble de la communauté éducative.

La politique de santé à l'Ecole est opérante, les blocages eux sont idéologiques

Car c'est bien une opposition culturelle qui bloque la santé à l Ecole dans certaines académies.

Notre vision de la santé plus ascendante vise à l'autonomie de l'individu. La santé doit être l'affaire de tous. C'est bien ce que revendique le SNICS depuis sa création. Ainsi à l'Ecole, quoi de mieux qu'une infirmière à disposition de l'élève au plus près de ses besoins exprimés ?

N'en déplaise à certains notre place est bien à l'éducation nationale !

Ce n'est pas la première fois que nous sommes face à de tels obstacles, nous avons toujours su combattre et ainsi, remporter de belles victoires.

Le SNICS ne renoncera pas. Il prendra ses responsabilités, il vous appellera à manifester si nécessaire car notre place est à l'éducation nationale et nous devrons le faire entendre avec force.

Bonne lecture et belles vacances à tout(e)s

Saphia Guereschi.

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 : Béatrice Gaultier
N° CPPAP 0713 S 0759 -
ISSN 1248 9867
Impression : Imprimerie S.I.P.E, Grigny 91350
Régie publicitaire : Com' d'habitude Publicité
Clotilde Poitevin : 05 55 24 14 03
clotilde.poitevin@comdhabitude.fr
7, rue Emile Lacoste
Site : www.comdhabitude.fr

9 ème Congrés du SNICS

Le Bilan du congrés de Porticcio

Certains auraient pu penser que le SNICS ne se refusait rien en voulant tenir son 9ème congrès national en Corse à Porticcio. Le SNICS serait il devenu, soudainement, dispendieux de l'argent des syndiqués?

NON, comme par le passé, nous avons voulu réaliser notre congrés dans des conditions permettant de travailler correctement à l'élaboration des mandats qui vont être les nôtres durant les trois prochaines années mais aussi en le faisant à moindre coût et si possible moins cher que le précédent congrés à Saint Etienne, et ce, malgré l'augmentation du coût de la vie.

C'est par un effort de toutes les délégations et en utilisant au mieux, les moyens lowcost de déplacement que nous avons pu réaliser cette quadrature du cercle. Merci à l'académie de Corse d'avoir mis toute son énergie pour la réalisation de ce challenge.

Vous pourrez le constater dans le tableau ci-dessous.

Non seulement nous avons pu travailler durant 4 jours dans des conditions agréables, mais nous avons su être économes avec les cotisations des syndiquées.

TABLEAU DES COÛTS DES CONGRES

SAINT ETIENNE 2014		**PORTICCIO 2017**
FRAIS TRANSPORT	20021,08	14906,25
FRAIS HEBERGEMENT	10128,65	8365,2
FRAIS RESTAURATION	6324	6572,9
FRAIS DIVERS (location salles…)	4908,15	2140,3
TOTAL	41381,88	31984,65

St Etienne 102 congressistes, soit un coût de 405,6 euros par mandaté et à Porticcio 87 congressistes soit 367,3 euros.

Le Bureau National

9 ème Congrés du SNICS

Texte ACTION Congrès de Porticcio du 15 au 18 mai 2017

Depuis 1994, le SNICS est la première organisation de la profession d'infirmière à l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur. En 2014, nous avons maintenu notre score de 64% avec un taux de participation de plus de 71%.

Les collègues continuent de nous investir d'une mission de défense de notre profession. Leurs attentes sont fortes, en témoigne leur participation active lors des manifestations nationales.

Nous portons cette responsabilité et nous nous devons de maintenir ce haut niveau de représentativité voire de le faire progresser lors des prochaines échéances électorales en décembre 2018.

Depuis notre dernier congrès à St Etienne en juin 2014, il est vrai que le gouvernement de M. Hollande a travaillé. Il a enchainé les réformes : organisation de l'état, de l'Ecole, du service publique, statut du fonctionnaire, PPCR, le système santé, loi travail … mais avec quels objectifs et surtout quels résultats ?? Contrairement à nos attentes, ce gouvernement a continué le creusement des inégalités sociales.

En témoignent les élections présidentielles qui viennent de s'achever, rarement une campagne présidentielle aura été aussi caricaturale et superficielle. Monsieur Macron est en marche, il se dit « ni de gauche, ni de droite » mais quelle direction va-t-il emprunter ?

1/ Le système de santé

Force est de constater l'échec pourtant annoncé des deux dernières lois de santé. Que ce soit la loi Bachelot (HPST avec la T2A) ou celle de Marisol Touraine, l'amélioration de notre système de santé toujours n'est pas au RDV.

Au lieu d'augmenter la qualité des soins et les conditions de travail, le constat est amer : les seules augmentations notables s'appellent stress, dépressions, épuisement professionnel et suicides malheureusement…

L'Hôpital va mal, notre profession n'a jamais exprimé une telle souffrance.

Un malaise des soignants avec en prime la parution d'une ordonnance permettant « l'exercice partiel » a amené la profession à sortir à trois reprises dans la rue sans pour autant être reçu par Marisol Touraine, quel mépris !

Le SNICS doit continuer de s'associer aux luttes de nos collègues infirmières afin d'améliorer la qualité des soins, la reconnaissance de notre profession et initier ces questions au sein de la FSU qui ne peut rester absente de ces débats.

A l'instar de ses consœurs, la ministre de la santé n'est pas allée au bout des ambitions qu'elle avait affichées.

Elle est restée dans une vision médico-centrée du système de santé. Elle a même reculé, en passant la consultation d'un généraliste de 23 à 25 € ; elle ne revalorise de façon significative que les médecins libéraux avec un gain mensuel de plus de 1600€ (sans compter les nouvelles primes : installation, annonce difficile etc…)

Gageons qu'à ce rythme là, les déserts médicaux ne disparaitront pas ! Et M. Macron en rajoute, en revenant sur le tiers payant et en n'aidant principalement que les médecins libéraux.

Dans son projet de santé, il fait de la lutte contre les inégalités de santé une priorité avec comme action principale l'amélioration de la prévention.

Mais, lorsqu'il s'agit de prévention auprès des jeunes, il entend faire intervenir dans le milieu scolaire des étudiants dans le cadre d'un service « sanitaire obligatoire » de trois mois !? Qans un même temps il parle de mieux former les professionnels de santé pour répondre aux besoins de santé.

Si la prévention est essentielle alors pourquoi mettre des étudiants en face des jeunes de notre pays ? M. Macron veut un système de santé plus simple et plus efficient ! C'est surtout l'annonce de 15 milliards d'économie sur le budget de la santé !

Les réformes libérales que ce gouvernement veut engager vont directement impacter nos concitoyens, nos élèves, les patients et tous les usagers des services publics, ainsi que les salariés et fonctionnaires.

Nous devons construire avec et dans la FSU, si possible dans l'unité avec d'autres organisations syndicales, des actions fortes pour empêcher les régressions annoncées mais également faire des propositions d'amélioration dans chacun de ces champs, des propositions élaborées et construites à partir de notre profession et de son utilité tant dans le système de soins que dans le système éducatif.

Plus que jamais nous devons affirmer notre attachement au service public, expliquer et démontrer les raisons fondamentales qui nécessitent que dans l'intérêt du patient et de la société, le système de soins et le système éducatif doivent continuer à relever du service public et être assurés par des fonctionnaires.

Le statut des fonctionnaires doit continuer de s'inscrire dans une fonction publique de carrière et non dans une fonction publique d'em-

9 ème Congrés du SNICS

Texte ACTION Congrès de Porticcio du 15 au 18 mai 2017

ploi trop individualiste et génératrice d'inégalités tant pour les agents que pour les usagers.

2/ La profession infirmière

Le SNICS revendique que les infirmières, acteurs essentiels du système de soins soient toutes en cat A type de la fonction publique.

M.Macron veut « faire évoluer les métiers de la santé » et pour cela il annonce le retour des pratiques avancées !...

Que ce soient les « pratiques avancées », « protocoles de coopération » ou encore « l'exercice partiel », le SNICS continuera à s'opposer à tous projets qui enfermeraient notre profession dans des fonctions d'exécutantes, mais également de suppléance et/ou de vassalisation aux médecins.

Il entend également « adapter les formations de santé pour répondre aux nouveaux défis et aux attentes des professionnels, comme par exemple l'accès au doctorat à plus de paramédicaux pour développer la recherche et harmoniser les pratiques soignantes ».

Le SNICS revendique de longue date une filière universitaire complète allant jusqu'au doctorat ; une discipline infirmière capable de produire une expertise du soin infirmier au service de la population. Le SNICS mettra tout en œuvre pour que dans l'unité nous puissions faire aboutir ce dossier de reconnaissance de notre profession dans l'intégralité du système LMD avec les spécialités sanctionnées par un diplôme de master et plus particulièrement notre exercice à l'éducation nationale.

Le SNICS se félicite de voir le DPC réaffirmé dans la loi. A ce sujet nous exigeons qu'il corresponde aux attentes des professionnels avec des formations de qualité universitaires qui valident et créditent des ECTS. L'université doit y apporter sont expertise pédagogique.

Quant à l'ordre infirmier, après 9 ans d'existence et d'obligation, il ne regroupe que 33% des infirmières et souvent contre leur gré.

L'ONI parle en notre nom et a la prétention de règlementer une profession qu'il ne représente pas. Malgré cela, il continue sur sa lancée sans état d'âme. Par la saisie du conseil d'état il vient d'obtenir l'inscription automatique de toutes les infirmières à l'ordre.

Le SNICS appelle les infirmières à persister dans leur refus d'adhésion à cet ordre et sera à leur côté pour les défendre et les soutenir face aux pressions inacceptables que l'ordre fait peser sur les infirmières.

En tant que membre fondateur du CIF, le SNICS toujours dans sa recherche d'unité de réflexion, participera activement à la reconnaissance et à l'émancipation de notre profession.

Nous devrons tout mettre en œuvre pour que notre spécialité à l'EN soit reconnue et portée par la profession.

3/ Infirmière à l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur

Depuis sa création le SNICS œuvre pour la reconnaissance de la spécificité de l'exercice infirmier à l'EN en adéquation avec une qualité de soins infirmiers au service de la réussite des élèves et des étudiants.

C'est à partir de cet exercice spécifique que le SNICS a tracé les sillons de l'histoire de l'émancipation de notre profession, du chemin reste à faire.

C'est de hautes luttes et souvent par la rue que le SNICS a conquis de belles victoires.

Contre toutes attentes, la loi de refondation de l'école a été l'occasion de remettre à plat la politique de santé à l'école, une nouvelle fois le SNICS a été le moteur de la profession, il a œuvré et nous avons obtenu de nouvelles avancées.

Alors que nous avons obtenu le maintien de la politique de santé et sa gouvernance au sein de notre ministère.

Alors que les textes ministériels constituent un ensemble cohérent construit à partir des besoins des élèves dans lequel le rôle de l'infirmière est central,

Alors que nous avons obtenu la reconnaissance au sein de notre ministère de nos missions spécifiques et l'inscription dans la loi*, (*art. L121-4, L541-1 du code de l'éducation et arrêté du 03 novembre 2015).

Alors qu'au sein du parcours éducatif de santé - inscrit dans la loi de santé 2016 - l'infirmière de l'éducation nationale est reconnue pour son expertise, pour ses rôles de conception, d'animation et d'évaluation,

Alors que pour la première fois un bilan de santé obligatoire et le suivi qui en découle sont confiés en responsabilité à une infirmière lorsqu'elle exerce à l'éducation nationale.

Alors que l'accueil et le suivi individualisé des élèves sont reconnus comme notre mission première dans le cadre d'une consultation infirmière elle aussi reconnue,

Alors que les élèves et étudiants ainsi que la communauté éducative continuent de plébisciter notre action (7700 infirmières et plus

9 ème Congrés du SNICS

Texte ACTION Congrès de Porticcio du 15 au 18 mai 2017

15 millions de consultations à la demande) nous n'avons pu que constater la difficile mise en œuvre de cette politique au sein des rectorats.

Parions que ces blocages corporatistes permettront à certains de prétendre que les nouveaux textes encadrant la santé à l'école de 2015 seraient « utopiques et non opérants » pour attirer l'attention du nouveau gouvernement et remettre sur la table leurs projets d'externalisation.

Heureusement certains Recteurs ont pris leurs responsabilités, les textes s'appliquent pour le bien de tous.

Le SNICS doit tout mettre en œuvre afin que la réalité de la structuration académique soit effective dans toutes les académies.

Notre profession exige le maintien de notre corps à l'éducation nationale au plus près des besoins des élèves, au sein de l'équipe éducative et sous la seule hiérarchie administrative du chef d'établissement, nous continuerons de le défendre avec force.

Le SNICS luttera contre tous projets régressifs qui nieraient les demandes et les besoins des élèves en matière d'accueil et d'écoute en particulier sur le second degré, ces projets régressifs qui reproduiraient une structuration de type « santé scolaire » et/ou qui voudraient vassaliser notre profession au pouvoir médical.

Le SNICS doit tout mettre en œuvre pour que l'application SAGESSE évolue à l'image de nos missions spécifiques...

Le SNICS renouvelle son mandat pour que ces éléments statistiques soient collectés et présentés annuellement afin d'analyser et démontrer l'utilité du soin infirmier à l'EN.

Le SNICS considère que les infirmier(e)s ont vocation à répondre en priorité aux demandes exprimées des élèves, les professionnels de santé que nous sommes doivent être mieux formés pour répondre à ces besoins et des indicateurs fiables doivent permettre d'évaluer les besoins des élèves et des étudiants.

En conséquence, le SNICS continuera de revendiquer un statut particulier pour les infirmières de l'EN et de l'enseignement supérieur en Catégorie A + avec la reconnaissance de notre spécialité par un diplôme de master 2.

De plus, et ce malgré la mise en place du RIFSEEP, l**e SNICS maintient son mandat de St Etienne** et continuera à s'opposer avec force à l'individualisation des carrières ainsi qu'à tout régime indemnitaire lié à une appréciation de la valeur professionnelle.

Le SNICS renouvèle son mandat des précédents congrès d'une présence infirmière à temps complet dans chaque établissement du second degré et d'au moins deux postes logés dans les établissements avec internat. Il considère que l'exercice en internat doit impérativement être reconnu par notre administration car il permet de répondre aux besoins spécifiques des élèves internes.

Pour répondre aux besoins du premier degré des postes doivent être crées. **Le SNICS s'opposera au redéploiement des moyens du second degré vers le premier degré**. Il réaffirme que les infirmier(e)s doivent exclusivement être nommé(e)s sur les établissements du second degré.

Le SNICS luttera contre tous les redéploiements de postes au profit du privé.

De la même façon, l**e SNICS refuse que les moyens infirmiers soient détournés de leur missions pour suppléer les médecins de l'EN.**

Le SNICS luttera pour maintenir les avancées obtenues lors de l'ARTT en 2002, pour que la présence infirmière dans les établissements coïncide avec celle des élèves et étudiants.

En conséquence, **le SNICS se donne pour mandat** de demander des créations de postes infirmiers à hauteur des besoins sur le terrain avec :

1 : à minima 1 emploi à temps complet effectif dans chaque établissement

2 : 2 emplois d'infirmiers à temps complet dans chaque établissement avec internat

3 : à minima dans chaque collège avec poste inter-degré 2 emplois à temps complet permettant une présence effective à temps plein dans le collège.

4 : à minima que dans chaque université soient crées 3 postes infirmiers pour répondre aux besoins des étudiants

Le SNICS mettra tout en œuvre, pour initier des actions intersyndicales infirmières les plus larges possibles afin de faire abroger l'ordre infirmier.

Il devra tout mettre en œuvre pour initier des actions les plus larges, dans la rue, pour lutter contre cet ordre et notamment l'obligation d'adhésion faite, contre leur gré, à tous les infirmier(e)s salarié(e)s ou fonctionnaires.

Voté à l'unanimité.

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

INTRODUCTION

La construction de la profession infirmière

Le lourd héritage du modèle des soignantes-religieuses enferme les infirmier(e)s au début du XXème siècle, dans une pratique dépendante du corps médical, exécutante et au service du malade. L'abnégation, le dévouement, la soumission et l'obéissance étaient les qualités requises.

Pendant de nombreuses décennies, l'évolution de la pratique infirmière est directement liée à l'évolution de la médecine.

La profession infirmière s'est construite lentement, avec persévérance. Elle s'est nourrie du travail et de la réflexion d'infirmier(e)s engagé(e)s telles que Virginia Henderson, Florence Nightingale ou encore Léonie Chaptal, maitre d'œuvre en France du programme de formation commun aux études d'infirmière et de la création du diplôme officiel en 1923 (obligatoire dès 1946 pour exercer).

De l'infirmier(e) du début du XXème siècle, formé pour assister le médecin à nos jours, une révolution de la profession s'est opérée. L'identité professionnelle d'aujourd'hui, trouve son fondement dans le décret de 1978 actant le rôle propre infirmier. C'est une nouvelle conception centrée sur le patient.

De même, pour nous au service des jeunes, l'amélioration des conditions générales de vie, sur plusieurs décennies, a conditionné l'évolution de la prise en compte de la santé à l'école vers une politique éducative de santé en faveur des élèves pour favoriser la réussite scolaire.

Dans le milieu scolaire, la circulaire Fontanet (1973) marque l'évolution de la société et accompagne le début de la massification de l'enseignement du second degré. Cette circulaire s'adresse à une toute nouvelle *population scolaire adolescente : « La nécessité s'impose donc de substituer à une formule dépassée d'éducation protectrice une formule nouvelle, reposant d'une part, sur la maîtrise de l'information et d'autre part, sur l'éveil de la responsabilité…contribuer à prémunir les jeunes contre les dangers de l'ignorance et à les aider à accéder à un comportement responsable… ».* Ce sont les prémices de l'éducation à la santé pour les élèves.

1978 est une date charnière. Du rôle d'auxiliaire du médecin, l'infirmière devient une véritable professionnelle de santé dotée d'un rôle propre. A l'éducation nationale, l'autonomie de l'infirmière est déjà une pratique quotidienne tant dans le soin individuel que dans sa contribution aux actions collectives d'éducation à la santé.

La Charte d'Ottawa (**1986)** actualise la définition de l'organisation mondiale de la santé de 1946. La santé est un processus qui évolue tout au long de la vie et permet à un individu de mobiliser ses meilleures ressources pour faire face aux situations de la vie et de la société.

De l'idée de prévention, on en arrive à celle de promotion de la santé, « ressource de la vie quotidienne » qui «a pour but de favoriser la prise en charge par une population de sa propre santé ; elle ne relève donc pas uniquement du secteur sanitaire. Elle invite à adopter des modes de vie stimulants ».

La circulaire de mai 1989 sur la mise en œuvre au sein des établissements scolaires d'une politique pour l'information et la prévention en matière de santé, et notamment du SIDA, pose les fondements théoriques d'une politique d'éducation à la santé : programmes, actions complémentaires à l'enseignement, interventions par « toutes les personnes compétentes ».

En 40 ans, les avancées sont importantes pour les élèves. Du sujet « passif » (dépistage de maladie, soins…), il est reconnu « acteur », doté de réflexion et d'aptitudes à adapter ses pratiques concernant sa santé.

Les infirmier(e)s de l'éducation nationale : un rôle majeur en éducation à la santé auprès des élèves…

Au sortir de la seconde guerre mondiale, l'état de santé de la population (malnutrition, maladies infectieuses…) justifie la mise en place de dépistages collectifs.

Un contrôle médical préalable à l'admission à l'école primaire, et des visites médicales sont organisées pour les élèves, les étudiants et les professeurs. Ils visent principalement au dépistage de la tuberculose (radiographies, vaccination B.C.G.), des troubles de croissance, et des affections bucco-dentaires.

Créé par une ordonnance du 11 octobre 1945, ce service d'hygiène scolaire est composé de médecins et d'assistantes sociales, avec des missions hygiénistes et épidémiologiques. Ce service de santé scolaire est transféré en 1964 au Ministère de la santé.

En parallèle, **dès 1947, des postes infirmiers sont implantés dans les lycées professionnels et les internats**. Un médecin de ville est rémunéré forfaitairement par les établissements scolaires et intervient à la demande de l'infirmière de l'établissement pour les internes en cas de maladie.

En 1965, le corps particulier des infirmières de l'éducation nationale est créé. Les infirmières sont sous l'autorité adminis-

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

trative des chefs d'établissement.

Dès cette époque, les infirmières de l'éducation nationale font évoluer positivement les pratiques de la profession.

Dans le cadre des missions d'accueil des élèves, pour quelque motif que ce soit (jour et nuit...)les infirmières vont contribuer à la création du rôle propre jusqu'à son inscription effectif dans les textes quelques années plus tard.

C'est aussi dans ces établissements du second degré que ces infirmières présentes, au quotidien auprès des élèves vont faire naître progressivement la spécificité de notre profession dans le système éducatif et notamment le rôle de conseillère de santé du chef d'établissement.

En dehors de cette organisation propre à l'éducation nationale, la pratique infirmière exclusivement sous hiérarchie médicale, permet difficilement l'évolution juridique.

Elle reste définie comme « constituée d'une succession d'actes limités à l'application de prescription et de conseils médicaux ». Il faut attendre l'arrêté modifiant les études infirmières (1972), pour que la responsabilité et les soins infirmiers en tant que tel soient reconnus.

En 1984,. En 1984, le service de santé scolaire du ministère de la santé est reconnu comme "inadapté à l'école et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes" . Jugé par les parlementaires comme obsolète et inefficace, il sera mis en extinction.

A partir de là, deux systèmes d'organisation du travail coexistent. L'un lié à la présence des élèves où les infirmières bénéficient de l'intégralité des vacances scolaires. L'autre, le service de santé scolaire lié à l'activité des CMS départementaux où les infirmières doivent également intervenir sur les temps non scolaires (moitié des petites vacances et 15 premiers jours des vacances d'été).

1985 :

Les 1100 infirmier(e)s de l'ex-santé scolaire du ministère de la santé qui le souhaitaient sont intégré(e)s à l'EN. Cette intégration est assortie de conditions de formation (mise à niveau en soins) afin d'être en mesure d'accomplir les missions des infirmier(e)s de l'EN.

La circulaire du 11 avril 1985 prévoyait des stages d'adaptation à l'emploi en faveur de ces personnels. Ils ne seront jamais organisés. Les médecins, quant à eux, refusent leur intégration à l'éducation nationale jusqu'en 1991 .

En 1991, les médecins issus de la santé scolaire sont rattachés à l'éducation nationale.

Une circulaire créant un service de promotion de la santé en faveur des élèves (SPSFE) (assistantes sociaux infirmières médecins) est imposé aux infirmières de l'éducation nationale.

Ce service tente de reproduire le fonctionnement « santé scolaire » à l'EN et organise un saupoudrage des missions des infirmières aussi inadapté qu'inefficace !

En 1993, le SNICS est créée « dans un contexte économique et social difficile …pour peser efficacement sur l'orientation de la profession et celle du service public…

Nous sommes alors une grande majorité à éprouver le sentiment que notre profession n'est ni connue, ni « reconnue » à sa juste valeur eu égard à notre formation, au rôle que nous jouons dans la communauté éducative, à l'importance des missions qui nous sont attribuées.

Nos préoccupations essentielles sont listées et deviendront la plate-forme de revendications de notre premier congrès…reconnaissance du Diplôme d'État à bac + 3 équivalant au niveau II (licence)…reconnaissance de notre « spécificité infirmière » dans le domaine de l'éducation et de notre responsabilité particulière dont le refus du détournement de nos missions… ». (Historique de la création du SNICS)

1995 : Suite aux actions du tout jeune SNICS, le nouveau contrat pour l'Ecole dans son article 119 fait émerger la reconnaissance du Conseil en Santé pour les infirmier(e)s et prévoit la création de nouveaux postes d'infirmières dans les établissements scolaires

« *Une infirmière est affectée à chaque établissement de plus de 500 élèves afin d'apporter les soins nécessaires et de répondre à l'attente de ceux-ci en matière d'éducation pour la santé, de dépistage et de conseil*. »

1996 : A partir de la rentrée 1996, le combat du SNICS pour faire reconnaître le travail spécifique des infirmières porte ses fruits. En effet, le Cahier de l'infirmière est généralisé et rendu obligatoire pour toutes les infirmières quelque soit leur lieu d'exercice .

2000 : Une nouvelle fois c'est grâce à l'action du SNICS que l'Assemblée nationale reconnaît le droit aux infirmier(e)s de l'EN d'administrer la contraception d'urgence.

2001 : En s'appuyant sur de fortes mobilisations unitaires des infirmières de l'éducation nationale, l**e SNICS obtient que le service de promotion de la santé soit remplacé par la mission de promotion**

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

de la santé en faveur des élèves.

En effet, ce « service » reproduisait l'organisation du service de santé scolaire du Ministère de la santé. Il était un danger récurrent de transfert de notre corps vers un autre ministère, pour reproduire la même fonction de santé publique qu'en 1964 !

La suppression de la référence à un service permet de réaffirmer de notre recrutement à l'EN depuis 1947 a pour la réussite scolaire au sein de l'équipe éducative et pédagogique. L'obtention de notre circulaire spécifique infirmière, distincte de celle des médecins, réaffirme notre autonomie professionnelle.

Elle met l'accent sur l'accueil, l'écoute et la relation d'aide comme mission principale de l'infirmier(e).

La place et le rôle spécifique de l'infirmier(e) à l'EN sont renforcés par le décret relatif à la délivrance de la contraception d'urgence (2001). Il constitue un acte infirmier exclusif des infirmier(e)s de l'Éducation Nationale.

L'infirmier(e) exerçant dans sa spécificité devient officiellement le professionnel santé de premier recours dans l'accès à la contraception. (La reconduction de prescription de contraceptifs oraux (2012) enrichit encore notre exercice.

Le jeune accède gratuitement, sans rendez-vous, sur son lieu de vie, à un entretien ciblé et confidentiel auprès d'un(e) infirmier(e), avec la possibilité de contraception.

En 2003, suite au décret n°2003-695 du 28 juillet 2003, le grade d'infirmier(e) chef disparaît, et avec lui le lien fonctionnel. La différence avec les services hospitaliers est réaffirmée, il n'existe pas de lien hiérarchique entre les médecins et les infirmier(e)s de l'éducation nationale, ni fonctionnel entre infirmier(e)s.

Les infirmier(e)s restent placé(e)s sous l'autorité administrative des chefs d'établissement, au plus près de l'élève, en cohérence avec son rôle au sein de l'équipe éducative et pédagogique.

Depuis, le SNICS n'a eu de cesse de mener le combat pour notre reconnaissance (défense de nos missions au service de la réussite scolaire, créations de postes, ARTT, Mesures transitoires, LMD, catégorie A, sens du recrutement de l'IDE à l'EN, spécificité et spécialité….).

En devenant le syndicat majoritaire chez les infirmières de l'éducation nationale. Il est l'interlocuteur incontournable dès 1994 auprès des différents gouvernements. Il œuvre dans les différents groupes de travail ministériels pour la promotion de la profession infirmière à l'Education Nationale, pour sa particularité, pour son recrutement, pour ses missions en organisant l'action collective.

Le SNICS a conquis de haute lutte de grandes victoires même si du chemin reste à faire.

LES ÉVOLUTIONS DEPUIS LE CONGRES DE ST ÉTIENNE DE 2014

Le SNICS a su, encore une fois, mobiliser la profession dans la rue pour la reconnaissance de nos missions spécifiques au moment de l'examen de la loi santé et lors de l'écriture des différents textes sur la santé à l'Ecole. Il a notamment participé aux divers groupes de travail pour faire connaître et reconnaître notre place : infirmier(e)s de l'EN, nous sommes les professionnels de santé au plus près des jeunes.

Plusieurs textes majeurs …

Loi de modernisation de notre système de santé, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, vient renforcer les bases posées dans la loi de refondation de l'école. Le Parcours Santé devient Parcours Educatif de Santé.

Le premier titre affirme que « la responsabilité de l'État, en matière de santé, commence par la prévention et l'action sur les déterminants de santé ».

Les articles suivants détaillent la promotion de la santé et la prévention :

« 2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liée à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;

« 3° La prévention collective et individuelle, …, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant… ».

Pour la première fois, une reconnaissance dans la loi et dans un arrêté des missions des infirmières de l'éducation nationale

Article L121-4 du code de l'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….

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 territorialisée, 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

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

entraver la scolarité ;

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé 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 II relève en priorité des médecins et infirmiers de l'éducation nationale… *»*

L'article L. 541-1 du code de l'éducation :

*1° « **Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale**. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours éducatif de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.....»*

Les négociations ouvertes par la loi de refondation de l'école ont été l'occasion d'une certaine « remise à plat » de la Santé à l'école.

Le 12 novembre 2015, après plus de deux ans de dialogue, les nouveaux textes d'application de la loi de refondation sur la santé à l'école sont enfin publiés au Bulletin officiel (BOEN n° 42).

Elle est suivie de près par la circulaire sur le parcours éducatif de santé votée lors de la loi santé, et parue au BO le 04 février 2016. Reste à paraître un texte sur le la mise à jour du protocole d'urgence.

L'arrêté du 30 novembre 2015

En premier lieu, le BO n°42 de novembre 2015 comporte l'arrêté du 30 novembre 2015 qui décline de manière précise (cf annexe I et II) et selon les recommandations du Haut Conseil de Santé Publique la visite médicale (médecin de l'EN, généraliste, pédiatre…) dans la sixième année et l'examen de dépistage par l'infirmière dans la douzième année.

L'élève est réaffirmé au centre du dispositif pour favoriser sa réussite scolaire. Cet arrêté permet qu'un médecin (traitant, pédiatre, Education Nationale…) dépiste au plus tôt les troubles du langage et des apprentissages en vue de mettre en place, les mesures nécessaires.

Cet arrêté permet que chaque enfant puisse bénéficier de l'intégralité du contenu de la visite médicale détaillée dans l'annexe 1 pour la sixième année de l'enfant et du bilan infirmier pour la douzième année .

La double injonction Et là, au mépris de la hiérarchie des normes, de la hiérarchie à l'EN, du respect d'autrui,l'injonction paradoxale apparaît.

Des circulaires académiques contrevenant à la circulaire ministérielle et aux lois qui s'y référent sont publiées.

Soit l'infirmière applique la circulaire académique mais elle contrevient à la circulaire ministérielle, soit elle respecte la circulaire ministérielle et le cadre législatif mais désobéit au recteur !

Il aura fallu deux manifestations, plusieurs audiences et courriers pour que le SNICS soit entendu, et qu'un rappel à l'ordre soit envoyé aux Recteurs en novembre 2016 en vue d'une réécriture conforme à l'application des ces deux examens obligatoires dans la scolarité.

Cette focalisation sur les visites médicales et les dépistages infirmiers a tenté d'occulter une grande partie de nos missions qui sont une réelle avancée en termes de service rendu aux élèves.

C'est une totale reconnaissance de notre rôle propre, notre autonomie, notre émancipation. Notre suivi infirmier est situé au sein de l'équipe éducative. C'est là que prennent sens le Parcours Educatif Santé et l'éducation à la santé… Le contenu de cette circulaire justifie et légitime notre combat pour notre spécialité.

La circulaire ministérielle de nos missions acte que **la première mission de l'infirmière est le suivi individualisé de l'élève** *: « L'accueil et l'accompagnement dans le cadre de la consultation infirmière spécifique* ».

Le rôle d'infirmière conseillère de santé est renforcé par la reconnaissance de la spécificité de la consultation infirmière à l'EN et dans le Parcours Éducatif Santé : après analyse et avoir fait émergér les problématiques de santé propres à l'établissement, l''infirmière conçoit, anime et évalue des actions d'éducation à la santé en lien avec l'équipe éducative

La consultation infirmière spécifique

La consultation infirmière existe depuis plusieurs années dans des références médicocentrées. Si l'on reprend la définition de L. JOVIC 2002 (Mémoire Université de Rennes) couramment utilisée en référence « *Des infirmières voient des malades, adressés par un médecin, en "consultation", dans*

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

*un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, éduc*ation, relation d'aide...)…».

La reconnaissance du suivi et de la consultation infirmière spécifique à l'éducation nationale est une victoire ! 20 ans de militantisme pour faire reconnaitre que derrière ce que certains réduisent de manière méprisante à de la « la bobologie » il y a des êtres en demande, en questionnement. 20 ans de travail pédagogique du SNICS pour faire comprendre aux plus hautes instances qu'il faut toute la finesse de l'analyse infirmière pour décrypter le motif de la demande, créer une relation, un climat de confiance et permettre l'expression du besoin réel.

Continuons à expliquer la valeur et l'utilité de notre travail pour l'institution, pour les usagers. Continuons à faire preuve de pédagogie car une grande partie de notre travail est confidentiel, à l'abri des regards, méconnu.

Infirmier(e) à l'EN, en quoi notre consultation infirmière est-elle spécifique ?

Nous exerçons auprès d'une population en bonne santé, le plus souvent mineure et sans consentement parental préalable. Les consultations sont à la demande, sur orientation, ou de notre propre initiative ; l'objet n'est pas prédéfini et le but n'est donc pas préfixé puisque la consultation infirmière est en première ligne (situation non évaluée préalablement par un médecin).

Ainsi ce champ d'exercice couvre tous les domaines de connaissance et de compétences du diplôme d'état infirmier, mais il nécessite en outre des connaissances approfondies dans le champ des sciences humaines et de l'éducation, dont la connaissance du système éducatif du cadre législatif spécifique.

Ainsi, face à une demande, l'infirmier(e) axe son raisonnement clinique afin d'identifier les besoins et déterminer les priorités. Sa capacité d'observation l'éclaire sur la situation (communication verbale, non-verbale, signes objectifs…). De fait, le passage à l'infirmerie est une consultation infirmière à part entière. L'anamnèse et l'analyse de la situation permettent de poser les diagnostics infirmiers, de déterminer les objectifs et démarche de soins à mettre en œuvre. Une phase d'évaluation permet ensuite d'évaluer ce projet de soins, et réajuster si besoin : la responsabilité de l'infirmière est pleine et entière.

L'infirmier(e) fait pleinement partie de l'équipe pédagogique et éducative et concourt, à la réussite scolaire des élèves. La consultation infirmière à l'Education Nationale offre à l'élève ou l'étudiant, un espace unique. L'absence de relation d'autorité avec l'élève et le respect du secret professionnel (y compris par rapport aux parents si nécessaire), nous confèrent une place particulière.

Le suivi infirmier

Le suivi infirmier individualisé tel que défini dans la circulaire 2015-119 est la singularité du soin infirmier auprès des élèves Il tend à mobiliser et renforcer les compétences et capacités de l'élève pour l'accompagner vers l'autonomie dans l'objectif de « sa » réussite scolaire.

Le suivi infirmier implique nécessairement la notion de durée, souvent plusieurs entretiens avec l'élève et un travail de coordination. Il varie selon les besoins de l'élève et le contexte environnemental.

Le suivi infirmier individualisé accompagne l'élève dans la recherche d'un équilibre physique et psychique pour favoriser sa réussite scolaire. En outre, il permet à l'infirmière de dégager des indicateurs et des problématiques qui serviront d'appui à l'élaboration du volet santé du projet d'établissement.

Le Ministère, grâce au combat syndical du SNICS, reconnait dans la loi ce suivi individualisé (art 121-4-1 cité plus haut).

Le Parcours Educatif Santé

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

Le rôle de l'infirmier(e) de l'EN est primordial dans le parcours éducatif santé (PES). Il est membre à part entière de l'équipe éducative, ses missions prévoient que « *dans le cadre de l'organisation du parcours éducatif de santé, en application du code de l'éducation, l'infirmier-ière conseille le directeur d'école, ou le chef d'établissement. Il apporte ainsi l'expertise nécessaire sur les différents sujets qui touchent la santé des élèves* …».

Didier Jourdan (Professeur d'Université et chercheur spécialiste de la prévention et l'éducation à la santé) est intervenu dans le cadre « Une politique de santé à l'école renouvelée : Il a rappelé que le rôle du système éducatif en matière de santé est d'offrir les conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves… »

Il est important que l'infirmier(e) prenne toute sa place dans le PES car il organise et rend lisible ce qui est offert aux élèves en matière de santé, à l'échelon de leur établissement et de leur lieu de vie.

Le plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes

En novembre 2016, le plan d'action décliné du rapport du même nom a été publié par le Ministère de l'Education Nationale.

L'importance capitale du Parcours Educatif de Santé dans le système scolaire est réaffirmée : *"Les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistages obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé".*

Le rapport insiste en précisant que le *« parcours éducatif de santé est un outil pédagogique de formation et non un outil sanitaire…Le parcours éducatif de santé soutient le parcours scolaire et le parcours scolaire porte le parcours éducatif de santé : les deux parcours sont étroitement liés et se renforcent d'autant* ».

Dans ce rapport, nos missions et la grande proximité que nous avons avec les élèves sont soulignées « *…les infirmier(e)s jouissent d'un statut éducatif très apprécié par les élèves. Ce sont ordinairement les personnes de premier recours... "Bien-être", "bienveillance", "prévention" se conjuguent de manière systémique, au bénéfice de toute la communauté. La circulaire précise cette place indispensable tenue par l'infirmier(e) pour chaque élève…il-elle est à même de jouer un rôle d'observation, de dépistage et de relais dans le domaine de la santé mentale* ».

Tous ces textes nous placent et nous reconnaissent au plus près des élèves. A nous de nous investir et de les faire vivre. Un texte de loi qu'on n'applique pas est un texte voué à disparaître. Nous n'avons jamais été aussi près de la spécialité, tous les textes y concourent. C'est leur application concrète sur le terrain qui nous fera avancer.

Si nous ne prenons pas toute notre place dans le PES, elle sera sous traitée à diverses associations et organisations qui sollicitent très souvent les établissements pour intervenir en éducation à la santé. Des conventions sont déjà signées…C'est la spécificité de notre exercice qui est le sens de recrutement et de fait notre statut particulier.

INFIRMIER(E) CONSEILLER(E) SANTE A L'EDUCATION NATIONALE
Une profession à faire connaitre et reconnaitre

Notre profession infirmière à l'Education Nationale est souvent peu comprise par nos pairs professionnels de santé, par le public, et même au sein de notre institution Pourtant, les élèves et étudiants reconnaissent notre place et demandent des infirmier(e)s dans chaque établissement. Les 15 millions de consultations auprès des 7459 ETPTA (Equivalent Temps Plein Travaillé Année) infirmières, chaque année, révèlent une forte demande de la part des élèves et la responsabilité de notre profession à y répondre.

La réalité de notre exercice infirmier est encore trop méconnue. Quelle responsabilité en avons-nous ? Sommes-nous formées à communiquer sur notre métier ? Comment faire œuvre de pédagogie ? La confidentialité constitue-t-elle un frein à faire connaître notre profession à l'EN ?

Nos études ont été intégrées dans le système LMD, mais la filière infirmière universitaire en tant que telle n'existe toujours pas. Notre culture de l'écrit doit se développer ainsi que les travaux de recherche en soins infirmiers. Publier n'est-ce pas aussi une manière d'être connues et reconnues ?

LES MANDATS DES PRECEDENTS CONGRES

Depuis sa création en 1993, le SNICS œuvre pour la reconnaissance de la spécificité de l'exercice infirmier EN en adéquation avec une qualité de soins infirmiers au service de la réussite des élèves et des étudiants. En 2014, le congrès de ST Etienne a voté plusieurs mandats. Où en est-on ?

« Le maintien et la reconnaissance de nos missions au sein de L'EN »
Nous avons obtenu, par notre pugnacité et

9 ème Congrés du SNICS

Thème : Infirmier(e) à l'Education Nationale

par nos nombreuses manifestations, le maintien de la gouvernance de la santé à l'EN, et la structuration spécifique de l'EN. Ceci a permis que les infirmières ne soit pas dans une MISSE (mission interministérielle santé sociale éducation) fondée sur l'externalisation de la santé à l'Ecole. Le sens de notre recrutement n'est-il pas la raison d'être au sein de l'EN ? Ne pas se saisir des missions, n'est-ce pas donner de l'eau au moulin de ceux qui veulent nous externaliser ?

« Des missions sans hiérarchie médicale ni hiérarchie entre infirmières, respectueuses des qualifications des infirmières»

Le combat du SNICS a été payant, et nous avons rempli ce mandat. Nous avons obtenu la majorité de ce que nous voulions dans la circulaire de nos missions et l'arrêté du 3 novembre 2015, et en particulier en termes de hiérarchie.

« Recueil de statistiques reprenant notre logiciel sagesse »

Nous nous étions donnés comme mandat au congrès de Martigues, de faire remonter au niveau national, les statistiques issues du logiciel SAGESSE. Depuis 3 ans, nous n'avons réalisé aucun recueil. Par ailleurs une nouvelle application a été créée sans concertation syndicale.

« **Demander des créations de postes »**

Encore trop d'infirmières sont affectées sur plusieurs établissements, le travail effectué devient du saupoudrage, rendant très difficile la réalisation d'un véritable suivi infirmier pour tous les élèves

LES MANDATS DU CONGRES DE PORTICCIO EN MAI 2017

« Le SNICS se donnera les moyens pour qu'un article spécifique à la pratique l'exercice infirmier à l'EN soit intégré dans le prochain décret professionnel infirmier ».

« Le SNICS se donne pour mandat de demander des créations de postes infirmiers à hauteur des besoins sur le terrain avec :

1 : à minima 1 emploi à temps complet effectif dans chaque établissement public (RENNES).

2 : 2 emplois d'infirmiers à temps complet dans chaque établissement avec internat.

3 : à minima dans chaque collège avec poste en inter-degré 2 emplois à temps complet permettant une présence effective à temps plein dans le collège ».

4 : à minima créer dans chaque site universitaire 3 postes infirmiers

Le SNICS défendra le maintien de notre corps à l'EN, sans hiérarchie médicale ou infirmière. Pour les infirmier(e)s exerçant auprès des élèves, nous défendons la seule hiérarchie administrative du chef d'établissement

Le SNICS devra tout mettre en œuvre afin que la réalité de la structuration académique soit effective dans toutes les académies. Le SNICS mettra tout en œuvre pour que l'application SAGESSE évolue à l'image des missions spécifiques aux infirmières (notamment du parcours éducatif de santé).

Le SNICS se donne pour mandat la création d'un dossier infirmier dématérialisé et uniformisé, avec dotation de chaque IDE en matériel informatique, pour que le dossier infirmier de l'élève le suive tout au long de sa scolarité.

Le SNICS se donne pour mandat d'exiger l'actualisation du BO concernant les soins et urgences conforme aux nouvelles missions 2015-119 et évolutions législatives. Le SNICS demandera notamment d'introduire la délivrance par les IDE des médicaments en vente libre.

Pour : 95,51% Abstention :3,48%

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

La réflexion sur la place de la profession infirmière dans le système de santé a toujours été centrale dans les mandats du SNICS.

Pour être infirmier-ère à l'éducation nationale, il faut d'abord être infirmier-ère. Cette tautologie conduit cependant à imaginer, développer, construire des missions spécifiques, des soins singuliers, une équipe particulière à partir des « compétences » en droit de la profession.

Notre mandat d'une spécialité-spécificité reconnue par un diplôme de master ne prend sens qu'à cette condition. La reconnaissance de notre profession dans son entièreté et dans l'entièreté de la structuration universitaire du système LMD. Une cohérence totale entre un diplôme de licence pour les infirmiers en soins généraux, un diplôme de master pour les spécialités-spécificités et bien évidemment un diplôme de master le tout dans un ensemble cohérent celui de la discipline en sciences infirmières.

Mais comment imaginer, construire, revendiquer et poser des mandats pour notre profession en la déconnectant de son utilité sociale ?

Affirmer simplement que la population française « nous aime », et c'est vrai, n'est pas suffisant. Encore faut-il évaluer si le soin infirmier, si notre profession, nos formations, permettent de répondre aux besoins et aux demandes de nos concitoyens en augmentant la qualité des soins, au service de l'intérêt général.

De manière récurrente, que ce soit dans le champ de l'éducation ou celui de la santé, les politiques qui se succèdent y vont tous d'une loi de « modernisation ». Tous parlent d'améliorer l'offre de soins et d'être plus proche des préoccupations de nos concitoyens… mais très rarement ils écoutent les professionnels du soin que nous sommes.

Sortir d'une vision médico-centrée

La santé, en France, est historiquement construite autour du médecin, et il existe deux mondes : celui des professions médicales (médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes) et d'un second constitué de ceux qui viennent pour aider les médecins soit à établir un diagnostic médical, soit pour appliquer et mettre en œuvre une prescription.

Ce qui se traduit par l'écriture du code de santé publique : ***« 4ème partie : Professions de santé/ Livre 1er professions médicales et Livre III Auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puéricultures, ambulanciers et assistants den***taires ».

Les infirmiers sont dans « auxiliaires médicaux ».

Ce postulat de la santé « médico centré » nous cantonne à être des « auxiliaires médicaux ». Dans le code de la santé publique, c'est la dénomination retenue pour les professions de santé réglementées en dehors des pharmaciens…..

Cette posture historique a impacté fortement l'inconscient populaire… « C'est mieux lorsque le docteur a dit, a vu, a ordonné. ».

De fait, toutes les professions non médicales ont, historiquement, été développées et construites autour de ce postulat de droit :
« Dans le contexte français, on distingue quatre professions dites médicales (médecins, dentistes, sages -femmes, pharmaciens), les autres étant des professions paramédicales (auxiliaires de santé dans le code de la santé publique). Ces derniers, comme le terme d'auxiliaire des médecins l'indique, se voient reconnaître par la loi des domaines d'intervention en dérogation à l'exercice illégal de la médecine. Ainsi, les procédés de travail et les tâches pouvant être réalisés par les non – médecins sont définis par la loi et les règlements (décrets d'actes, arrêtés . (HCAAM rapport innovation système de santé) »

Le SNICS s'est toujours inscrit dans une triple démarche d'émancipation construite, élaborée par rapport à la réalité de notre profession à commencer par l'exercice de notre profession à l'éducation nationale.

Tout d'abord une émancipation professionnelle :

le refus d'être des « porteurs de valises » des médecins. Nous avons toujours été attachés, arcboutés à définir l'utilité de notre soin infirmier dans sa dimension holistique (soins relationnels, techniques et éducatifs), en signifiant sa singularité en rapport à l'exercice de l'art médical. Nous avons placé l'art infirmier sur un même plan que l'art médical.

Cette émancipation intellectuelle passe par la formation universitaire et la reconnaissance de celle ci, LMD et catégorie A pour tous (tes)…et la capacité de notre profession à se définir elle-même, pour elle-même (sortir du médico centré) et pour les patients et le refus d'une hiérarchie professionnelle. Par exemple, à l'hôpital, un Chirurgien chef de service n'est jamais un supérieur hiérarchique professionnel des chirurgiens praticiens hospitaliers du service.

Alors que pour les infirmières, structurellement, il existe une certaine hiérarchie professionnelle organisée par décret statutaire entre infirmiers et cadres de santé.

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

Alors que notre profession répond aux mêmes obligations au regard du droit que les professions médicales, elle est malgré tout structurellement liée au « pouvoir » médical en matière de régulation des soins, du moins dans les structures hospitalières.

A l'origine de l'émergence d'une profession

« *La profession est ici entendue au sens d'Eliot Freidson, à savoir la détention par un groupe professionnel d'un monopole qui lui est accordé par la société et s'exprimant dans la loi. En France, les médecins sont les seuls autorisés à intervenir sur le corps humain. Toute personne non autorisée qui le fait peut être poursuivie pour exercice illégal de la médecine. Une profession est ainsi définie par la détention d'un monopole, la maîtrise de la production et de la transmission des savoirs par elle- même et la reconnaissance d'un domaine spécifique de régulation (un conseil de l'ordre et un code de déontologie) par les pairs. Elle constitue alors un groupe social autonome. La justification principale de ce processus de régulation est la protection des malades. La sécurité et la responsabilité sont ainsi des enjeux régulièrement convoqués devant toute évolution des rôles professionnels. Inversement, l'autonomie de la régulation professionnelle est également régulièrement critiquée, le contrôle exercé par les pairs étant souvent considéré comme insuffisant.* »

En 1962, un arrêté (6 janvier) place l'exercice infirmier sous la responsabilité médicale. Cependant, il décrit une liste d'actes que l'infirmière peut exécuter sous la responsabilité du médecin. Ainsi, dans les années soixante, l'image de la professionnelle repose sur son savoir, ses compétences, ses gestes techniques. Les soins de nursing, la relation au malade, sont confiés progressivement aux aides-soignantes, qui se les approprient. Les aides-soignantes se voient attribuer les tâches autrefois laissées aux « servantes ».
Selon Nicole Pierre, directeur des soins (BN) durant cette période, les infirmières ont tendance à s'identifier au médecin et travaillent sous son autorité.

Devant une pénurie de personnel, les médecins « *délèguent des actes de façon officieuse* », et les infirmières s'en trouvent valorisées.

Ainsi, les infirmières ne deviennent opérationnelles qu'à travers les gestes techniques centrés sur la maladie et non sur le malade, elles se situent alors dans un rôle d'exécution des soins.

Le travail infirmier apparaît comme morcelé en actes techniques, réalisés dans le cadre d'une organisation basée sur le taylorisme. L'organisation du travail repose sur une parcellisation et une hiérarchisation des tâches. Dans cette organisation rationalisée du travail, le patient ne trouve plus sa place.

En 1993, la profession infirmière définit par des actes

la profession obtient deux décrets : l'un relatif aux règles professionnelles et l'autre aux actes infirmiers.

Ce décret enferme les infirmières dans une liste d'actes qui relèvent de leur rôle propre ou d'actes effectués sur prescription.

Le code de santé publique est emblématique en ce sens quant à la place des différentes professions de santé et de leur hiérarchie, ainsi que de l'espace professionnel laissé à chacune.

Ainsi, les professions de santé relèvent toutes du livre 4 du code de la santé publique avec pour chacune un titre leur correspondant. Ce qui pourrait accréditer la thèse selon laquelle notre profession est traitée à égalité des professions médicales et notamment celle des médecins.

A y regarder de plus près, il n'en est rien. Le diable se cache parfois dans les détails mais là, il ne s'agit pas de détails mais bel et bien de la conception politique de telle ou telle profession.

La rédaction du code de la santé publique est éclairante sur ce sujet :

Concernant les médecins :
4ème partie, livre 1er titre 3 relatif à la profession de médecin : Médecin généraliste de premier recours et médecins spécialistes de premier ou deuxième recours.

Et la profession de médecin par des missions.
« Article L4130-1 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 68

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;

2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;

3° S'assurer de la coordination des soins

nécessaire à ses patients ;

4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;

5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;

5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;

6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;

7° Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;

8° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Article L4130-2 Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 66

Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions suivantes :

1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;

2° Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;

3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;

4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins.

Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables »

Les règles d'exercice sont déclinées sous forme de missions permettant au médecin de « faire des choix » au sein de l'arsenal diagnostique et thérapeutique en leur possession.

Cette déclinaison en missions ouvre l'art médical sans l'enfermer dans des actes.

Des actes aux missions dans le code de l'éducation pour les infirmières de l'éducation nationale.

C'est le choix que le SNICS a défendu, par ailleurs à l'éducation nationale, lors des derniers textes sur les missions qui sont beaucoup moins une liste « à la Prévert » d'actes ou de taches à effectuer que des missions que l'infirmière a en responsabilité autour de concevoir, animer et évaluer, que ce soit autant dans le soin individuel que dans la dimension collective de ce soin.

Concernant les infirmières, dans le code de santé publique, il n'existe pas de règles d'exercice comme pour les médecins, mais une rédaction centrée sur des actes : »
Article L4311-1 Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 134

«Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article L. 5134-1 et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article L. 2112-1 et à l'article L. 2311-4.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lors-

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

qu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiniques. »

Nous retrouvons cette distinction dans la rédaction de la réglementation : Contrairement aux infirmières, il n'y a pas d'articles déclinant exactement quels « actes » un médecin est habilité à accomplir, ni comment il doit les mettre en œuvre.

La définition des « *missions contenues dans la loi* » leur permet de répondre aux injonctions en matière de santé.

Pour les infirmières, l'axe vertébral de leur exercice est contenu dans la section de la partie règlementaire et s'intitule : « actes professionnels ».

Certes, ces « actes » permettent également de délimiter un périmètre à la profession, mais les missions pour les médecins le permettent également.

Certains, exerçant en secteur libéral, sont très attachés aux actes, car c'est ce qui permet de les rémunérer.

Mais les médecins alors ??? : Ils sont avant tout rémunérés sur des « consultations », et ensuite selon les techniques ou examens qu'ils mettent en œuvre, ils peuvent majorer la consultation, par exemple la codification d'un ECG en sus, ou d'un frottis.

Les deux sont ils compatibles ? Les actes sont en lien, « au service » de missions et non l'inverse. Ce qui permet à celui qui est détenteur d'une mission légale de piocher « dans une trousse à outils ».

Plusieurs questions se posent aux infirmières :

La question posée est : devons nous accepter, revendiquer, que nos actes soient en lien permanent, constant avec des missions dévolues à d'autres professions ?

Devons nous revendiquer des territoires de missions spécifiques, propres à notre profession, ce qui n'exclue pas « d'utiliser le contenu de la boîte à outil ? »

Devons nous revendiquer une émancipation, totale ou partielle, en rapport avec cette hiérarchie introduite par l'arrêté de 1962, mais également en anoblissant le « décret des actes » ?

Nous y avons en partie répondu pour les infirmières de l'éducation nationale

Notamment lors du **congrès de Martigues**, où nous avions placé un curseur fort, après un débat fort, celui du refus des pratiques avancées et d'une licence professionnelle (congrès précédent de Lille).

Ces mandats nous ont amenés à revendiquer et obtenir des nouvelles missions pour les infirmières de l'éducation nationale. C'est ce que nous avons obtenu et gagné dans la rédaction de la loi, article L 121-4-1 du code de l'éducation :

« Article L121-4-1
• Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 3
• Modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 4

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 territorialisée, 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 ;

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

6° L'accueil, l'écoute, l'accompagnement et le suivi individualisé 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 II 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. »

Devons nous nous inspirer de la rédaction de l'arrêté concernant les visites médicales et de dépistages qui définissent des missions différentes (6 ans et 12 ans), mais qui permettent à chaque profession d'utiliser les mêmes outils et les mêmes actes au service d'un diagnostic et d'un suivi prescrit par l'une ou l'autre des professions forcément différents?

Nous savons que les médecins y voient une perte de pouvoir, de liberté, et qu'ils n'ont de cesse de vouloir son abrogation.

Pour rappel, les infirmières de l'éducation nationale ne sont pas organisées en service. Le seul supérieur hiérarchique administratif est le chef d'établissement.

Dans les champs traditionnels de la santé et lors de l'élaboration de la loi santé en 2016, nous avons pu visualiser et vivre cette dominante de la prééminence du médecin dans la santé.

Des obstacles sur le chemin de l'émancipation

L'histoire balbutie ou moins se répète. Si en 1962 il s'agissait d'un simple arrêté permettant à des infirmiers d'effectuer des actes médicaux sous le contrôle et la responsabilité des médecins, aujourd'hui le changement reste léger.

Malgré des avancées notables pour notre profession, dans sa capacité et dans certaines circonstances à prescrire, à faire des choix (code de déontologie), la question de l'évolution des champs d'interventions et donc de compétences légales indépendantes des professions médicales est toujours d'actualité.

Certains, au fil du temps, ont voulu voir dans les concepts de « pratiques avancées » une possible valorisation de la profession.

Des pratiques avancées soumises au contrôle médical d'un côté, déconstruction par ordonnance du décret des actes de l'autre.

La nouvelle loi l'évoque. La loi HPST (Hôpital Patient Santé et Territoire) de Bachelot, avait elle, placé la notion de coopération des professions de santé, notamment au travers de protocoles de coopération.

Nous avions eu des mandats forts à Martigues sur le rejet de ces deux orientations au motif qu'elles ne constituaient en rien une revalorisation de notre profession dans son ensemble.

Elle permettait surtout de « gagner du temps médical » et ne révisait en rien les champs de la profession qui, de son côté, se battait pour une filière infirmière, une discipline infirmière complète dans le système LMD.

Une fois de plus, c'était ce que le « bon docteur » voulait nous laisser faire. De nouveau s'opérait une vassalisation, de nouveau s'opérait le maintien, l'enfermement dans un couple infernal mais en aucun cas cela ne débouchait sur une émancipation de notre profession.

Rappelons que ce fut une revendication du SNIES que de reconnaître les dépistages des troubles du langage ainsi que de « peser et mesurer » dans le cadre de la visite médicale des 6 ans, comme une pratique avancée, puisque nous aidions le médecin.

« Le transfert de compétences va conduire les infirmières à évoluer vers une profession plus spécialisée sans être une spécialisation….Transfert….. Sur dérogation, l'infirmière peut assurer des soins d'hémodialyse, faire partie des consultations de suivi en oncologie etc….à la place du médecin ; Il s'agit seulement de développer le seul aspect des actes sur prescription médicale qui est élargi. Il ne s'agit en aucune façon de donner aux infirmières la possibilité de s'investir dans la clinique infirmière répondant aux besoins de la population (mémoire Nicole Pierre, Directrice de soins). »

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

Aujourd'hui, beaucoup de nos collègues de la FPH (SNPI, CNI et associations), regardent avec beaucoup de circonspection les pratiques avancées telles qu'elles sont écrites dans la loi et demandent une évolution de cette écriture qu'ils ont pourtant provoquée, avec la bénédiction de l'ordre. On peut le comprendre :

« Article L4301-1
• Créé par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 119

I.-Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

II.-Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III »

Dès le premier alinéa le ton est donné…… puisqu'il faut être dans une équipe coordonnée par un médecin. **Mais ce qui est également intéressant, c'est que les « soins primaires » ne sont pas concernés par ces pratiques avancées**, et c'est compréhensible car ne relevant pas exclusivement de compétences médicales puisqu'il s'agit selon l'OMS-1978 de la prévention, la promotion de la santé, l'éducation à la santé, le développement social et local.

Dans le même temps, et uniquement pour les infirmières, **le gouvernement** avec une célérité à laquelle il ne nous a pas habitué, **transcrit dans le code de santé publique une directive européenne.** Pour aller très vite il utilise la promulgation d'une ordonnance. De quoi s'agit-il ?

Tout simplement de déshabiller la profession d'infirmière ! Il s'agit de permettre un exercice partiel de notre profession.

La profession infirmière n'ayant principalement que des actes, que ce soit dans le rôle propre ou sur prescription, (cf supra) le gouvernement permet que pour ces actes, il ne sera pas nécessaire d'avoir la complétude de la formation infirmière d'une part, ni le DE d'autre part.

Il suffira, sous condition de formation, de permettre à certaines personnes de réaliser certains actes infirmiers, sans, de fait, être dans l'exercice illégal de la profession. Dans un contexte d'évolution du système de santé liée à la démographie médicale, à la spécialisation de la médecine, à l'importance accrue de soin et de confort du patient dans la prise en charge notamment des pathologies chroniques, la tentation est grande de modifier à la marge le décret infirmier au bénéfice du métier d'aide-soignant avec des glissements d'actes comme la glycémie capillaire et la pose de bandes de contention.

Ce projet est une attaque en règle contre notre profession car cela change le cadre juridique de notre profession en confiant des actes techniques réservés aux infirmier.e.s à des aides soignant.e.s dans des établissements médicaux-sociaux pour répondre par exemple aux attentes du lobby des directions d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans la recherche du moindre coût aux dépens de la qualité des soins.

Le SNICS ne peut ainsi tolérer le démantèlement du décret d'actesprofessionnels de notre profession.

Cette déréglementation de notre profession entraîne non seulement une menace quant à la qualité des soins et la sécurité des patients, mais aussi une incohérence à l'intégration de la profession d'infirmière dans le processus LMD.

Cependant, le décret d'actes et d'exercice infirmier n'a pas été réactualisé depuis 2004, alors que les pratiques médicales ont évolué. 25 organisations associatives infirmières et syndicales dont le SNICS, posent l'exigence de l'actualisation du décret relatif aux actes et à la profession infirmière au regard des besoins de la population, en tenant compte des évolutions des pratiques validées dans les référentiels de compétence et de formation infirmière.

La reconnaissance des consultations infirmières et infirmières spécialisée en première et deuxième ligne, et révision de la nomenclature des actes professionnels (NGAP).

Nous voyons bien ici où conduit la logique d'enfermement d'une profession qui serait définie uniquement sur des actes et non sur des missions en premier.

En droit actuel, l'atteinte, le droit de toucher le corps, de nommer, en matière de santé, incombe au médecin. C'est ce qui, en partie,

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

légitimise la notion de « missions » qui incombent à leur profession dans le code de santé publique.

Nécessairement, il en découle que tous les actes qui accompagnent ces missions, ces compétences, relèvent intrinsèquement de la responsabilité et soient mis à la disposition du médecin.

Dans la démarche historique d'émancipation de la profession, l'arrêté de 1962 marquait un tournant en définissant un certain nombre d'actes que les auxiliaires médicaux pouvaient effectuer, bien entendu sous la responsabilité du médecin. De facto, cela signifiait que tous les autres actes restaient du ressort des seuls médecins, mais que pour les actes « délégués » aux auxiliaires médicaux, les médecins étaient compétents pour les effectuer mais au-delà, car ils pouvaient les vérifier. La liste était limitative.

1993 marque un tournant avec l'introduction de la notion du rôle propre « *relève du rôle propre…* ». Le décret 93-345 du 15 mars 1993 que nous appelons à tort décret de compétences, son titre exact est « ***décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*** ». Ce qui n'a pas du tout la même signification.

Ce décret définit les actes que les infirmiers sont « habilités » à mettre en œuvre ; Il amorce une démarche d'autonomie de la profession tout d'abord en esquissant des champs très parcellaires de missions dans son article 1er, 1er alinéa, « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir etc… » mais sans les nommer puisque on les définit comme un but.

Les soins infirmiers « *ont pour but* ». Après les avoir définis« *préventifs, curatifs ou palliatifs sont de* nature technique, relationnelle et éducative ».

Pour ce qui concerne le médecin généraliste, la définition est différente (L4130-1 CSP) : « *les missions du médecin généraliste sont notamment les suivantes* » et non exclusivement.

« *Contribuer à l'offre de soins ambulatoires…. Orienter les patients selon leurs besoins…. S'assurer de la coordination des soins nécessaires aux patients… s'assurer de la synthèse des informations transmises… Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur… contribuer aux actions de prévention et de dépistage…Participer à la mission de service public de permanence des soins…* »

Certes, le décret de 1993 participe de l'émancipation de la profession et permet de définir par excès la notion d'exercice illégal de la profession d'infirmière, mais pour les médecins, leurs missions sont définies par la loi.

Depuis1993, de nombreuses évolutions, dans la loi ou la réglementation, ont cependant eu lieu pour notre profession et permettent cette différenciation et cette autonomie professionnelle. Pour ne citer, de manière très limitative, que la possibilité de délivrer la contraception d'urgence, le renouvellement de prescription de la contraception orale, les substituts nicotiniques et non des moindres, l'article 121-4-1 du code de l'éducation cité plus haut.

Nous devons donc mettre en œuvre des combats, des actions, et être force de proposition pour faire évoluer notre profession vers un autre positionnement non médicocentré.

Nous devrons faire intégrer des « missions spécifiques » pour notre profession dans le code de santé publique et refuser que nous soyons réduits à une liste d'actes.

La construction de la formation qui découle de chaque posture est différente et renvoie à une reconnaissance différente. Soit au sein des formations professionnalisantes avec leur cortège de licences professionnelles soit dans le système LMD complet.

Emancipation intellectuelle : un combat pour une filière universitaire Licence Master Doctorat

L'organisation du travail, dans le champ de la santé et ses évolutions, relève en grande partie de l'internalisation de savoirs et de normes élaborées et transmises par les professions dans les processus de formation.

Cependant elle doit être également abordée sous l'angle du jeu des acteurs sociaux en quête d'autonomie, et doit prendre en compte leurs mécanismes de régulation généraux et spécifiques.

L'émancipation de la profession passe par la formation et la reconnaissance de celle-ci. Ce fut un long combat de la profession de calquer la reconnaissance sociale sur la durée de la formation. Ce calage n'a pas suffi, la durée des études d'infirmières, pour mémoire supérieure à 3 ans, ne suffisait pas en soi pour être reconnu en catégorie A. Notre diplôme sur ce seul critère ne pouvait pas être apprécié au niveau de la licence, qui à cette époque, était la porte d'entrée de la catégorie A. Ce diplôme professionnel ne rentrait pas dans le processus de Bologne (rapprochement des systèmes de l'enseignement supérieur dans les pays de la communauté européenne).

Il a fallu tout d'abord revoir notre formation au regard de ces contraintes. Le SNICS a plus que largement pris sa part dans ce combat, qui n'a pas totalement abouti.

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

Quelle était la demande de la profession? :

Elle était une reconnaissance de son existence en tant que telle et non par rapport à telle ou telle autre. Ce qui s'est traduit par cette demande de création d'une discipline infirmière, d'une filière infirmière universitaire complète Licence, Master et Doctorat.

Des freins à cette plateforme, il y en a eu…

D'abord par les médecins et la faculté de médecine, ensuite dans la profession elle-même. Les « cadres » qui avaient peur ne pas pouvoir enseigner en université, mais aussi bien sur la DGOS (ministère de la santé), avec une Directrice des soins, Marie Ange Coudray qui disait : «mais pour qui se prennent elles pour vouloir des doctorats et de la recherche ? », mais aussi du côté des centrales par peur d'une trop grande déconnection des aides soignantes qu'elles perçoivent comme le vivier naturel de la profession d'infirmière.

Mais pour qui nous prenions-nous ???

Nous n'avons eu que le grade de licence, nous n'avons pas eu de discipline infirmière et encore moins de structuration complète de notre profession dans des diplômes de Licence, de Master et de Doctorats…

Il est plus que temps que chaque secteur « singulier » de la profession soit reconnu dans cette architecture universitaire.

Nous voyons bien que lorsque l'unité n'existe plus dans la profession, le gouvernement en profite pour opposer les uns aux autres : Chacun y va de sa « petite revendication perso », en se tirant au passage une balle dans le pied à moyen terme.

La profession Infirmière est la profession charnière de la LMDisation des professions de santé non médicales, la plus nombreuse (cf chapitres suivants), et celle qui a initié ce processus après de mobilisations fortes contrairement aux autres professions qui n'ont finalement fait que prendre le train en marche.

La reconnaissance de la formation kinésithérapie en master 1 n'impacte en rien les autres professions de santé , et ne permet pas aux kinés de se prévaloir du diplôme de master et les laissent ainsi au milieu du gué. La reconnaissance des IADE par un grade de master ne permet pas de reconnaître la filière infirmière, ni la création du domaine en sciences infirmières et encore moins de la discipline. Ces «reconnaissances» partielles ne permettent pas par ailleurs de reconnaître la profession dans les grilles de catégorie A type.

Rappelons que maintenant, le A type (enseignants) correspond à un diplôme de MASTER. La reconnaissance par des grades infra- master, induit des reconnaissances salariales dans une grille de A certes mais pas de A type.

Le SNICS devra tout mettre en œuvre pour que dans l'unité, nous puissions faire aboutir ce dossier de reconnaissance de notre profession dans l'intégralité du système LMD, et plus particulièrement pour l'obtention d'un diplôme de master pour les infirmières de l'éducation nationale.

HISTORIQUE LMD

En 2004, il était question d'accorder aux conseils régionaux une validation par l'expérience en quelques mois de la formation d'infirmière, parce qu'ils venaient d'obtenir la responsabilité financière des IFSI et qu'ils avaient en charge d'un côté les soins d'une population vieillissante et de l'autre l'emploi de centaines de milliers de femmes sans aucun diplôme.

Personne ne prenait au sérieux la demande du SNICS-FSU de reconnaissance au niveau licence dans le nouveau dispositif européen LMD (Licence-Master-Doctorat).

• **En 2004**, lors de l'audience du SNICS avec les doyens du ministre de la santé (Pr Brunel) et du ministre de l'EN (Pr Thibault), ceux-ci s'engagent à mettre en place des groupes de travail sur la réforme des études infirmières. Sans suite, malgré notre relance.

• **En 2006**, le SNICS demande au ministre de la santé de le recevoir et d'organiser une concertation sur la réforme LMD. L'audience n'aura lieu que le 22 février 2007.

Le SNICS écrit à l'ensemble des organisations syndicales infirmières pour leur proposer d'anticiper, dans l'unité, la meilleure stratégie à mettre en œuvre.

Fin 2006, Xavier Bertrand envoie une lettre de cadrage pour le LMD dans laquelle il est question de « finalité professionnelle », de « diplômes d'Etat et de certificats attestant des compétences requises pour exercer un métier de la santé » !!!

La profession bouge enfin !

• **Le 3 avril 2007**, première manifestation infirmière à Paris à l'initiative de la CNI. Le SNICS fait partie de la délégation reçue au ministère de la santé : les représentants du ministère disent leur volonté de conserver un diplôme d'Etat professionnel et de permettre seulement à une minorité d'infirmiers d'accéder à un diplôme universitaire, évoquant

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

une licence facultative mais probablement pas en soins infirmiers ! Ils osent même dire "Mais à quoi va vous servir une licence à l'hôpital ?" Le SNICS fait remarquer que la formation infirmière mérite bien plus que la licence…

• **Le 5 avril 2007**, au cours d'une réunion de 27 organisations d'étudiants et professionnels infirmiers, pour mettre en place une plateforme et une stratégie commune, le CEFIEC (enseignants et directeurs des IFSI) annonce son souhait d'une filière para médicale à 3 niveaux, et ne voit pas l'utilité pour les infirmiers de vouloir intégrer l'université, tout comme la CFDT et la FNESI (syndicat étudiant).

A la réunion suivante, la CGT et Sud soulignent qu'elles sont des organisations syndicales multicatégorielles et disent leur attachement à la VAE infirmière (validation des Acquis par l'Expérience) !

• **En mai 2007,** le SNICS s'adresse aux candidats présidents leur demandant l'intégration du DE infirmier dans le LMD et une reconnaissance universitaire, sociale, professionnelle et salariale urgente. Le candidat Sarkozy répond par courrier au SNICS et s'engage sur la reconnaissance du DE au niveau licence. Le SNICS rappellera cet engagement à chaque audience.

• **Mai et juin 2007**, manifestations infirmières réussies avec la participation active du SNICS.

A partir de juin 2007 le SNICS s'engage à être le coordonnateur de la plateforme « Unité pour le LMD »

• la création d'une discipline universitaire en Sciences infirmières avec une filière complète Licence-Master-Doctorat (donc incompatible avec une licence professionnelle) pour que la formation soit adossée à la recherche (actuellement, la Haute Autorité de Santé utilise les connaissances scientifiques issues des travaux de recherche en sciences infirmières menées à l'étranger !)

• l'équivalence d'emblée du diplôme de licence en soins infirmiers pour les professionnels déjà diplômés, garantissant la catégorie A et l'accès à tous au Master et Doctorat.

Le SNICS invite l'UNEF à entrer au sein de la plateforme. La CFDT et SUD n'en font pas partie. CGT Santé a toujours été présente dans la réflexion mais n'a pu signer certains courriers qui étaient en opposition avec les mandats de sa confédération.

Les réunions se succèdent à raison d'une à deux réunions par mois pour rédiger courriers, communiqués de presse unitaires, le dossier « Argumentaire pour une discipline infirmière ». Le SNICS prend en charge l'envoi de centaines de courriers aux députés, sénateurs, ministres, conseils généraux et régionaux, participe aux différentes audiences dans plusieurs régions de France…

L'ouverture des négociations est enfin annoncée à la rentrée 2008.

En octobre 2008, le SNIES-UNSA annonce aussi qu'il n'est pas opposé à une licence professionnelle Afin de ne pas affaiblir le poids du collectif, les participants décident de conserver le plus longtemps possible l'unité de départ jusqu'à l'obtention de l'ouverture des négociations, sachant qu'en bilatérale avec le Ministère, les organisations syndicales CFDT, SUD, CGT et UNSA risquent d'argumenter pour une licence professionnelle.

A l'ouverture des négociations en novembre 2008, suite au communiqué d'appel à l'action par les partenaires de la plateforme « Unité pour le LMD » (sauf le SNIES-UNSA qui avait refusé de signer) la manifestation nationale infirmière était portée quasi exclusivement par le SNICS-FSU qui avait su une nouvelle fois se mobiliser en nombre malgré le délai très court (10 jours !).

Suite aux positions syndicales divergentes sur le type de licence, le SNICS-FSU s'adresse à l'ensemble de la plateforme « Unité pour le LMD » pour construire un nouveau collectif sur des bases sans ambiguïté lors des négociations. Le collectif « Pour une licence générale, des masters et un doctorat en sciences infirmières » est constitué de 20 organisations syndicales et associatives. La CGT a revu ses mandats et s'inscrit entièrement dans ce nouveau collectif. Le SNIES-UNSA n'en fait pas partie.

A partir de décembre 2008, tout va très vite pour l'intégration des étudiants en soins infirmiers dans le LMD à la rentrée 2009.

• Le Ministère de l'Enseignement supérieur convient du bout des lèvres, en réponse au SNICS, que la licence professionnelle ne peut s'appliquer à la formation infirmière. Cependant il préconise le grade plutôt que le diplôme de licence.

Le CNESER prend position pour que la reconnaissance de ces formations se fasse par la délivrance de diplômes nationaux de licence et donne notamment lieu à une intégration des IFSI aux universités.

• **En avril 2009 la CPU** (Conférence des Présidents d'Université) qui n'avait que mépris pour notre demande d'universitarisation des études infirmières, déclare dans un communiqué être « favorable à l'intégra-

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

tion dans le LMD des formations paramédicales et notamment, dans l'immédiat, à l'intégration des formations en soins infirmiers dans les universités pour laquelle elle demande aux ministères concernés de préciser très rapidement le calendrier ».

Le CNESER adopte le vœu présenté par l'UNEF : « *…Le gouvernement semble aujourd'hui faire le choix de l'affichage politique plutôt que celui de l'intérêt des étudiants, optant pour une reconnaissance à minima avec la simple délivrance du grade de licence…. Le CNESER se prononce pour que la reconnaissance à bac +3 de l'ensemble des formations paramédicales et notamment celle en soins infirmiers se fasse par la délivrance d'un diplôme de licence. Le CNESER demande qu'un calendrier d'intégration des IFSI aux universités soit mis en place …* ».

Emancipation féminine

C'est une profession essentiellement féminine ! : En 2016, il y avait 660 611 professionnels en exercice selon les sources du DATA Santé de la DRESS, et 86,77% de ces collègues étaient du sexe féminin. Chez les médecins, les femmes ne représentent que 44,9% des professionnels en exercice.

Comme dans les autres pans de la société, mais également dans la fonction publique, il est patent qu'une profession à dominante féminine soit moins bien rémunérée qu'une profession à dominante masculine.

Cette émancipation passe nécessairement par l'accès à des savoirs et des qualifications universitaires. Il n'est pas anodin que, par exemple , parmi les élèves ingénieurs, les femmes ne représentent que 28,2%, et que dans les écoles les plus illustres, les taux soient encore plus bas puisque de 18% à polytechnique, 20% Aux mines Paris ou Aux ponts et chaussées (rapport Contrôle Général Economique et financier).

A l'ENA, les femmes ne représentaient que 28,75% des étudiants en 2012 et 45% en 2015. A l'assemblée nationale, il y a 22 médecins, dont 19 hommes.

Revendiquer une filière universitaire spécifique, complète, pour une profession essentiellement féminine dans un champ et un milieu où la prescription appartient traditionnellement aux hommes est un combat que le SNICS doit continuer à mener dans un objectif d'émancipation de notre profession.

Les infirmières parmi les professions de la santé.

Quelques idées fausses qu'il faut continuer à combattre quel que soit le secteur d'activité où nous exerçons :

Il existe en France une pénurie de médecins, et cette pénurie justifie que ces « bons praticiens » ne puissent plus faire face à la demande des patients. Il n'y a jamais eu aussi peu de médecins en France que ces dernières années.

Nous connaissons ce discours à l'éducation nationale, où l'on prétend manquer de médecins. Pourtant, pour réaliser les seules VA et toutes les VA, il suffit de 280 postes de médecins à raison d'1/2 heure par enfant, et 560 postes si l'on admet une heure par enfant.

On voit bien qu'à l'éducation nationale, les moyens sont là puisqu'il y a près de 1500 médecins. C'est donc autre chose qui se joue, du genre hiérarchie entre les professions de santé. Aux infirmières les « tâches », les « activités de peser et mesurer », aux médecins la signature et le diagnostic. Certains sont des exécutants, d'autres sont des donneurs d'ordre responsables.

Le même débat existe ailleurs. Régulièrement, on nous abreuve d'informations disant qu'il n' y a jamais eu aussi peu de médecins en France, qu'on ne trouve pas d'infirmières, mais qu'il faut tout de même que ces infirmières « délestent » les médecins de leur charge de travail. Dans le même temps, on nous dit qu'il n'y a jamais eu autant de personnes âgées en France, que l'espérance de vie augmente, et que nécessairement, les besoins en santé de ces personnes âgées sont là, et que c'est aux infirmières d'y répondre, et on multiplie le nombre de SIAD(Soins infirmiers a domicile).

Les urgences des hôpitaux sont engorgées, mais on n'oblige pas les médecins à respecter leurs obligations déontologiques de la prise de garde à tour de rôle, notamment en milieu rural, et en milieu urbain, on transfère cette obligation déontologique à des sociétés de type SOS médecins.

La société s'appauvrit, les gens n'ont plus les moyens de se soigner, on manque de médecins, mais on autorise ou on permet une augmentation du nombre de praticiens exerçant en secteur 2.

Nous sommes en plein milieu du discours paradoxal de la santé.

Selon l'INSEE entre 2012 et 2014 l'effectif des professions médicales a progressé de 1,7% et 8% pour les auxiliaires médicaux ; Pour les médecins généralistes la progression est de 0,24% et de 2,46% pour les spécialistes.

En 1968 *la France comptait 59065 médecins (généralistes et spécialistes) pour 46,65 millions d'habitants soit un ratio de 1méde-*

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

cin pour 790 habitants

***En 2014** : 222150 médecins pour 66,3 millions d'habitants soit un ratio de 1 médecin pour 299 habitants. Le taux d'encadrement a augmenté de 2,64.*

Cherchez l'erreur !

Et pour les infirmières ??
*Les infirmières … **En 1971** 150 000 infirmières pour 52, 32 millions d'habitants soit un ratio de 1 infirmière pour 348 habitants*

***En 2014** : 616 796 infirmières pour 66,3 millions d'habitants = 1 infirmière pour 108 habitants*
Taux encadrement : Amélioration de 3,22 .

L'écart n'est donc pas significatif. Cependant, l'augmentation du nombre d'infirmières cache une autre réalité : la demande de soins infirmiers a très fortement augmenté, et durant la période 1980-2008, l'effectif des infirmiers libéraux a cru de 146% (Source DRESS).

Chez les médecins, le nombre de médecins généralistes est en baisse, celui des spécialistes en hausse, et ces derniers s'installent majoritairement en libéral.

Dans les deux cas, la situation est la conséquence de choix politiques délibérés… Et qui supporte ces inconséquences outre les patients, ce sont avant tout les infirmières pour lesquelles on charge la barque !

La question reste aujourd'hui toujours d'actualité. Dans un pays où l'on ne parle principalement que du problème des déserts médicaux et comment y pallier, il est urgent d'intervenir avant que d'autres redéfinissent, à notre place, la contribution de l'infirmière dans le système de santé au regard de l'évolution des besoins de santé de la population. Dans tous les secteurs du soin, c'est bien aux infirmières, et à elles seules, de se définir en tant que profession de santé et de définir le soin infirmier utile à la population, c'est-à-dire, au service de l'intérêt général.

Les exigences de réduction des dépenses de santé, les suicides d'infirmiers ainsi que les agressions de collègues, ont révélé le malaise des soignants quel que soit le secteur d'activité. Une plateforme associant les organisations professionnelles associatives et syndicales dont le SNICS, ont fait le choix de s'unir pour dénoncer d'une même voix le mépris et le manque de reconnaissance dont la filière est victime, et ont manifesté leur mécontentement et leur colère à Paris en novembre 2016, en janvier et mars 2017.

Le socle des revendications communes est :
- les conditions d'exercice, la formation et la valorisation des niveaux d'études, compétences et responsabilités.

Lors de notre dernier congrès, de manière prémonitoire nous écrivions :

« Une récente étude internationale parue en février 2014, dans la revue médicale britannique « le Lancet », démontre, s'il en était besoin, l'incidence directe, sur la vie des patients, du niveau d'éducation et de formation des infirmières, d'une part, et de leur charge de travail, d'autre part, Cette étude relance singulièrement le débat sur la contribution de notre profession dans les rouages des systèmes de santé et notamment en France.

Que dit cette étude, conduite dans neuf pays occidentaux ? « La vie des patients pourrait être en jeu lorsque les infirmières sont surchargées de travail. L'étude met le doigt sur un point sensible alors que dans bien des pays, les budgets de santé sont sous pression. »

Des données enregistrées sur les années 2007-2010 dans 300 hôpitaux montrent que la charge de travail et le niveau d'éducation des infirmières sont deux facteurs majeurs qui agissent sur le taux de mortalité des patients.

Ces chercheurs observent que la dotation en personnel infirmier et le niveau de formation varient grandement d'un pays à l'autre et même d'un hôpital à l'autre. En Espagne et en Norvège, par exemple, toutes les infirmières ont l'équivalent du niveau de licence contre 28% en Angleterre.

« La réduction des effectifs infirmiers par souci d'économie pourrait affecter l'état de santé des patients» avertissent les auteurs pour lesquels mettre davantage l'accent sur l'éducation de cette profession pourrait réduire les décès évitables à l'hôpital.

Ces résultats suggèrent qu'un niveau sûr de personnel infirmier pourrait contribuer à réduire la mortalité chirurgicale et remettre en question l'idée largement répandue que l'expérience des infirmières est plus importante que leurs formation et éducation», estime le professeur Linda Aiken (Etats-Unis, University of Pennsylvania'sSchool of Nursing), responsable de ce travail, dans une déclaration accompagnant l'article.

(*) L'étude a été fait en Belgique, Angleterre, Finlande, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède et Suisse. Au Canada et aux Etats-Unis, des études abondent dans le même sens.

Ce type d'étude devrait encourager la recherche en ce sens, au sein des établissements de santé, afin, par exemple, de construire des normes de sécurité pour les

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

soins, en tenant compte de ces facteurs sur l'ensemble du territoire.

Cette recherche va aussi dans le sens de notre plateforme LMD, dans laquelle nous revendiquons une véritable filière universitaire LMD. Pour cela, il faudrait que la profession ait des capacités d'intervention suffisantes au sein des structures du système de santé. »

Nous y sommes ! La vision comptable de réduction drastique des dépenses de santé à fait son œuvre, avec pour conséquence le mal-être croissant chez nos collègues, mais aussi pour la 1ère fois depuis des décennies, une baisse de l'espérance de vie des français, du jamais vu depuis1965 . En 2015, l'espérance de vie a reculé de 4,8 mois pour les femmes et de 3,6 mois pour les hommes.

Depuis la création du SNICS, la place de notre profession au sein du système de santé a toujours été une question importante et récurrente pour notre organisation syndicale.

Garantir un accès satisfaisant à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, assurer le droit à la santé, droit fondamental quiest l'un des grands défis du 21ème siècle.

La bataille que nous avons menée dans le cadre du LMD a été l'occasion, entre autres, de rencontrer des acteurs bien en place dans les différentes structures du système de santé, et peu enclins à voir évoluer l'influence des infirmières au sein de ces structures. Nous avions jusqu'en 2007 réussi à siéger au CSPP (conseil supérieur des professions paramédicales), mais dès la création du HCPP par le décret 2007, le pouvoir en place en avait profité pour retirer ce siège au SNICS.

La contribution de l'infirmier-e dans le système de santé est primordiale pour offrir à tous l'accès à des soins de santé de qualité. La France enregistre une espérance de vie élevée, signe que la population est bien soignée. Mais ce progrès a pour conséquence l'augmentation des pathologies liées au vieillissement qui pose la question de comment vivre plus longtemps et en bonne santé.

L'isolement, l'éloignement, l'impossibilité d'accéder à des structures de soins sont autant de motifs qui obligent notre profession à réfléchir sur de nouvelles pratiques. Nous devons être au centre des débats et ne pas laisser d'autres acteurs de santé décider à notre place.

En France, selon la DREES, plus d'un million de personnes exercent une profession paramédicale, dont 638 248 infirmier-e-s (109 925 en exercice libéral, 528 323 salariés, 52 463 spécialisé.e.s), 400 000 aides soignants-es et 155 000 professionnels de la rééducation. La moyenne d'âge de la profession est de 37 ans.

L'infirmier exerce pour plus de 83 % des effectifs en 2015, et en raison des besoins importants des hôpitaux et des cliniques en infirmiers, sous un statut salarié, soit d'entreprises privées (près d'un tiers de la profession), soit publiques (la moitié de la profession), ou enfin sous un statut libéral (plus d'un sixième de la profession). Par ailleurs, même si le nombre des infirmiers libéraux est faible, la part des infirmiers libéraux au sein de la profession a progressé de près de 3 points depuis 2005. La croissance rapide de la demande de soins à domicile et les perspectives de rémunérations plus élevées qu'à l'hôpital ont en effet encouragé les jeunes actifs à s'orienter vers l'exercice libéral.

La diminution des recrutements dans le secteur hospitalier a également constitué un moteur de la croissance des effectifs libéraux.

Qu'en est-il de la formation continue pour notre profession ?

Instauré en 2009 par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) dite loi Bachelot, le développement professionnel continu(DPC) est obligatoire pour tous les personnels de santé depuis le 1er janvier 2013

La loi dite de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impacte le droit de la formation professionnelle. Outre de nombreuses dispositions réglementant la formation des professions médicales, la loi redéfinit le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé dont les infirmier.e.s.

L'article L.4021-1 propose une nouvelle définition du DPC « qui a pour objectif le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques.

Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de 3 ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. »

Les missions de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) sont :

- assurer le pilotage du dispositif du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leur statut ou et leur secteur d'activité.
- la mise à disposition d'un document de traçabilité électronique pour chaque profes-

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

sionnel de santé pour attester du respect de son obligation triennale de DPC
- assurer la participation des universités au DPC
- évaluer les actions proposées par les organismes demandeurs
- Uniquement pour les libéraux et les salariés des centres de santé : inscription individuelle des professionnels aux actions de formation validées par l'ANDPC, prise en charge financière, attestation du respect de leur obligation triennale.

Un arrêté définit les orientations nationales triennales du DPC :

- sur les propositions des Conseils nationaux (CNP) pour chaque profession et spécialité, ou des représentants siégeant dans l'attente de la constitution du CNP de la profession
- dans le cadre de la politique de santé. L'article L 1411-1 du code de la santé publique rappelle désormais que la politique de santé comprend notamment en matière de formation professionnelle la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé et l'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités.
- dans le cadre des conventions entre libéraux et organismes d'assurance maladie

QUID pour notre exercice à L'Education Nationale et dans l'Enseignement supérieur ?
Quelles formations ??? Quels opérateurs ? Quelle reconnaissance ?

Seuls les professionnels libéraux et les salariés des centres de santé pourront choisir librement les actions auxquelles ils pourront s'inscrire et qui seront prises en charge. Cela concerne seulement 25 % des infirmier.e.s mais 85 % des médecins ! (BN) Pour les professionnels hospitaliers et les autres salariés dont nous faisons partie, nous devrons établir ce choix en lien avec notre employeur qui propose les formations (en fonction du budget…).

Chacun-e d'entre nous devra justifier qu'il-elle s'est formé-e. Le respect de notre obligation triennale sera contrôlé par notre employeur sauf pour les professions médicales pour qui c'est l'instance ordinale.(BN).

L'article L4021-1 crée des obligations pour les infirmières d'actualiser leurs connaissances et leurs compétences. Il appartient à notre administration de nous proposer des formations qui répondent aux obligations du DPC.

Actuellement, nous avons peu ou pas de formations professionnelles alors que nous en réclamons à cor et à cri.

Il serait inadmissible et inacceptable que l'administration nous oblige à mobiliser notre CPA (Compte Personnel d'Activité), pour répondre à ces obligations de formations (voir thème statutaire).

L'article L4021-4 dispose que l'université participe au DPC. Ce qui pourrait permettre que ces formations soient validées et créditées en ECTS.

Dans la réalité, il n'en est rien. Certaines formations sont validées (seulement à la demande des organismes de formation eux-mêmes) par une commission scientifique d'infirmiers et autres professionnels de santé pour chaque profession à qui s'adresse le programme de la formation, sans intervention ni validation par l'université sauf pour la formation des médecins qui recevra l'imprimatur de l'université… cela va de soi !

Nous devrons mener ce combat, il est le nôtre.

Car cette volonté de nous refuser la filière universitaire complète en se contentant du DPC et sans formation d'adaptation à l'emploi validante à la hauteur des enjeux, empêche l'accès à la connaissance et donc à la reconnaissance de notre profession.

Le SNICS mettra tout en œuvre pour l'application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 art.114 concernant la validation par l'université des formations dans le cadre du DPC.

De même, nous devons faire connaître nos missions et nous faire entendre au sein du Conseil national professionnel infirmier qui propose le parcours pluriannuel de DPC et les orientations prioritaires.

Pour exemple, sous l'organisme gestionnaire précédent (remplacé par l'ANDPC), l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du DPC pour les années 2016-2018, ne comportait aucune orientation concernant notre secteur d'exercice sur les 9 orientations proposées !

Une profession qui a du mal à s'unifier, à se rassembler et à se faire entendre et reconnaître.

Notre profession a un rapport curieux et singulier au syndicalisme. Peu ou pas syndiquées (moins de 5% à la FPH toutes centrales confondues). Les années 86-87et 88 consacrent une distance entre les syndicats (centrales) et les infirmières à la FPH. Des années difficiles qui s'ancrent sur la difficulté à exercer le métier, la sensation de ne pas être entendues, d'être mal payées. Marre d'être reconnues uniquement par les malades.

9 ème Congrés du SNICS

THEME : L'INFIRMIER-E DANS LE SYSTEME DE SANTE

Les centrales trop investies dans l'inter-pro négligent ces revendications, ce mal être, ce manque de reconnaissance.

C'est ainsi que naît, à l'instar des cheminots, une coordination, **le 29 septembre 1988 , 20000 infirmières descendent dans la rue**. Des frictions avec la CGT et les centrales qui négocient des augmentations, au rabais, et en **Octobre 100 000 infirmières dans la rue.**

Et toujours les centrales qui au final négocient et les infirmières qui « gueulent « nous ne voulons pas des miettes ! » Le gouvernement socialiste (Rocard), Evin n'entendrien…. Ni bonnes, ni nonnes, ni connes fut le slogan de ce mouvement jamais égalé à ce jour. Le mouvement continue en 1991 : 10 000 infirmières dans la rue « infirmières en colères, y en a marre de la galère « Octobre 91 le gouvernement fait lancer les canons à eau, les grenades lacrymo…

Nos décrets de 93 sont issus de ces mouvements unitaires de la profession.

Depuis, il y a eu d'autres mouvements et notamment ceux du LMD ou celui qui a commencé cette année pour les mêmes raisons, avec les mêmes acteurs politiques et les mêmes clivages entre les centrales et les infirmières.

Cette difficulté à s'organiser et à se faire entendre perdure. La rue obtient des avancées et au final, à la FPH, ce sont les centrales qui siègent dans les instances.

La profession s'organise à travers une foultitude d'associations qui ne représentent personne. Nécessairement, cette défiance à l'égard des syndicats a creusé le lit de l'ordre infirmier que certains voulaient, pensant qu'il contribuerait à faire reconnaître la profession comme pour les médecins, pharmaciens et autres avocats.

Le SNICS s'est opposé à cet ordre, car pour nous, il n'était pas acceptable que l'on paye pour travailler d'une part, et d'autre part, le pouvoir disciplinaire donné à l'ordre pouvait créer des doubles voire des triples peines pour les infirmières qui sont salariées à plus de 83%, et pour lesquelles un pouvoir disciplinaire existe déjà.

Cet ordre, malgré toutes ces oppositions, a été créé et le gouvernement actuel ne l'a pas aboli malgré les engagements pris par Hollande avant son élection.

De part la loi, l'ordre représente la profession. Est il représentatif ?

Son nombre d'inscrits (plus de 210 000), tendrait à ce que la réponse soit oui. Mais ceux qui y sont inscrits l'ont-ils fait de manière volontaire ou sous la contrainte ? Dans ce cas là, il n'est pas représentatif et la participation aux élections de leurs différentes instances le démontre. 22% seulement des inscrits ont voté en 2014(Nombre d'électeurs 134 482).

Non, décidément, il n'est pas représentatif ! Cependant, de part la loi, les pouvoirs publics sont dans l'obligation de le consulter pour tout ce qui touche au soin, à la formation, à la déontologie.

Le SNICS, en 2014, toujours dans sa recherche d'unité de réflexion de la profession, et grâce à sa position dans le combat du LMD et au comité scientifique du salon infirmier, **participe activement à la création du CIF (Collège Infirmier Français)**. Ni la CNI, ni le SNIES n'étaient présents. Il est composé désormais de 22 organisations représentatives de la profession infirmière (salarié, libérale, académique, formation initiale, santé à l'école, santé au travail, IADE, IBODE, puéricultrices…)

Le CIF a pour but d'apporter la meilleure réponse aux besoins de santé de la population dans une vision positive et innovante de la profession infirmière.

Le CIF mutualise les compétences ses membres experts ont pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, et de répondre aux besoins en santé de la population. Il contribue à la promotion de la recherche en sciences infirmières et optimise la formation universitaire et le développement professionnel continu des infirmiers.

La nouvelle loi de santé donne une assise légale aux Conseils nationaux professionnels (CNP), particulièrement dans le cadre du DPC. Le CIF y siège pour la profession infirmière.

Mais tout comme pour l'ordre ,le CIF est il représentatif de la profession, et les personnes qui y siègent ne parlent elles par que pour elles-mêmes ?

Qui siège dans le Collège infirmier Français ?
AEIBO Assoc enseignants et écoles (sic) d'ide de bloc (6892 ibode en FF public+privés)

AFDS assoc directeurs de soins 450 adhérents
AFIC Assoc Ide de cancéro
AsCISMAssoc Ide santé mentale
ANFIIDE Assc Nationale IDE et Etudiants inf
ANPDE Assoc des puers et étudiants
UNAIBODE Union assoc ide Blocs
ANISP¨Assoc Ide sapeurs pompiers
AFIDTN Assoc ide dialyse
ASI Académie des sciences infirmières 30 adhérents (structures)
CEEIADE Comité entente écoles IADE
CEEPAME Comité entente écoles métiers petite enfance
CEFIEC Comité entente formation cadres
Git Groupement inf Travail
ONI Ordre
SNICS 64%
SNIA inf anesthésistes (moins de 400 adhérents sur 9500 iade).
SNIIL Inf Libéraux 35,9% (3974 adhérents)
Convergence
SNPI de CFE-CGC 0,42%
SNIES 32%
CNI 0,56%

Nous voyons bien qu'hormis le SNICS et le SNIES, peu de ces associations ou syndicats ont une légitimité démocratique. Cependant, le CIF doit se prononcer sur la profession ; Il est membre de droit de certaines instances comme l'agence pour le DPC. Il est consulté par le ministère de la santé.

Le SNICS mettra tout en œuvre au sein de ce collège pour que notre spécialité soit reconnue et portée par la profession.

Le SNICS ne peut se déconnecter de la profession car pour être infirmière à l'éducation nationale, il faut d'abord être infirmière.

Contrairement à d'autres, au SNICS, nous mettrons tout en œuvre pour faire reconnaître notre profession et son émancipation. Le SNICS mettra tout en œuvre pour la reconnaissance de la spécificité de notre profession par un diplôme Master dans la filière universitaire compléte LMD.

Adopté Pour 98,85% Abstention 1,15%

9 ème Congrés du SNICS

Thème syndicalisme Congrès Porticcio

De manière constante depuis la création du SNICS, nous nous interrogeons sur le périmètre du syndicalisme, et de ses modalités.

Lors du dernier congrès de Saint Etienne, nous nous sommes questionnés sur la nature de l'outil syndical le plus approprié pour défendre les intérêts de tous les personnels, et plus particulièrement ceux des infirmier.e.s de l'éducation nationale et des infirmier.e.s en générale.

Dès la création du SNICS, nous nous étions posés la question et donnés comme mandat de « re-construire ou construire » un vrai syndicat infirmier.

Depuis 1993 tant le fonctionnement de la Fédération que l'évolution du paysage syndical nous ont interrogés et nous ont « obligés » à nous adapter aux évolutions de ces deux champs sans renier ou remettre en cause les fondamentaux de notre forme de syndicalisme qu'il n'est pas inutile de rappeler.

Dans la publication « *Histoire de la FSU tome 1* », sont explicitées les raisons pour lesquelles la FEN a explosé et ont donné naissance à une nouvelle forme de syndicalisme : « *la principale cause d'affaiblissement de la FEN, c'est la coupure avec la profession : pendant des décennies, elle avait été globalement en phase avec les aspirations de la grande masse des personnes qu'elle représentait.»*

A la fin des années 1970 et surtout dans les années 1980, ses abandons revendicatifs, son manque d'ambition pour les jeunes, pour le service public, pour les personnels, ses complaisances vis-à-vis des gouvernements en place (PS) vont la discréditer « .

Ce constat fait, les syndicats qui ont constitués la FSU, dont le SNICS, ont établi des modalités communes autour ce mode d'engagement dans la défense des personnels. Ces modalités ont eu pour but de changer et/ou de re-visiter la notion de syndicats nationaux et de leur place au sein d'une fédération :

« *les syndicats premiers ; Il fallait en finir avec la conception fédérale autoritaire, hiérarchique, descendante du fédéralisme mis en œuvre par les dirigeants de la FEN qui la conduisait à se réserver des domaines de compétence de plus en plus étendus, à cantonner ses syndicats nationaux dans des missions subalternes, à se substituer à eux dans les négociations ou à les verrouiller.*

La FEN en arrivait ainsi à défendre des positions contraires à celles des syndicats, y compris sur les questions qui les concernaient directement. D'où l'affirmation forte dans le préambule des statuts de la FSU de la souveraineté des syndicats nationaux et de la garantie qu'aucun d'eux ne pourrait voir opposer une décision de la fédération à ses mandats fondamentaux et aux choix essentiels exprimés par ses syndiqués ».

Ce constat fait il y a 23 ans ne doit surtout pas tomber dans les oubliettes de l'histoire.

Au contraire, il doit être notre principale ligne de conduite en s'interrogeant en permanence sur sa pertinence mais également sur les dérives qui ici où la pourraient apparaître.

La FSU, depuis plusieurs congrès (Marseille, Perpignan, Poitier et Le Mans), s'interroge de manière constante sur cette problématique.

Elle et propose à chaque congrès des pistes et parfois se donne des mandats, tel que celui de l'élargissement de son champ historique de l'éducation nationale à toutes les fonctions publiques.

Ces choix, ces mandats, ont amené la FSU à créer des syndicats dans la Fonction Publique Territoriale mais également dans la Fonction Publique Hospitalière dont les pratiques conduisent à réduire, par exemple, la place des syndicats nationaux dans les négociations.

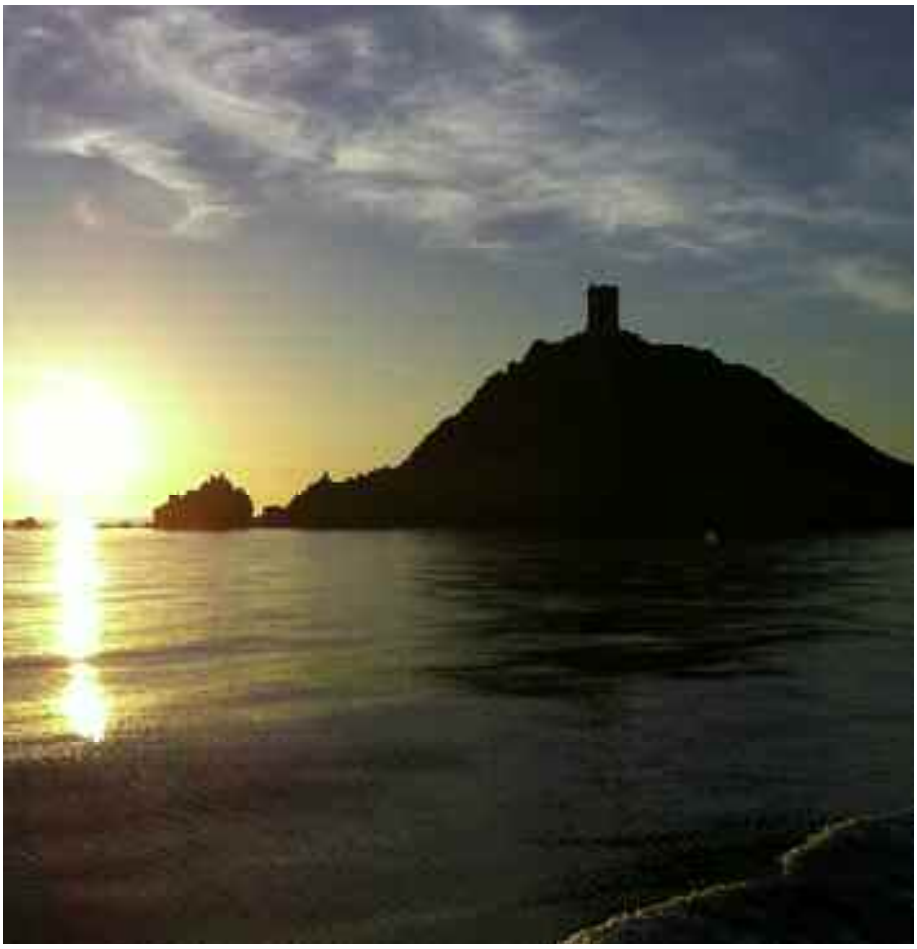
Pour bien comprendre les conséquences, il faut juste se rappeler, qu'à l'inverse de cette dérive de la FSU, toutes les avancées obtenues pour la profession jusqu'à maintenant, sont issues des seules négociations directement menées par le SNICS à tous les niveaux (temps de travail, missions, catégorie A….).

Cette orientation n'a cependant pas permis à la FSU, lors des élections professionnelles de 2014 de conserver sa première place de 1ère fédération de la Fonction Publique Etat, et les résultats dans les autres fonctions publiques n'ont pas été à la hauteur des investissements humains et financiers consentis par la FSU et l'ensemble de ses syndicats nationaux.

Les deux derniers congrès fédéraux ont également posé la question d'alliance avec d'autres fédérations, sans pour autant avancer bien loin dans ces rapprochements avec la Cgt plus particulièrement.

La FSU est une fédération de syndicats nationaux, tel que nous le voulions à sa création. Le SNICS réaffirme le strict respect de la souveraineté des syndicats dans leur champ respectif.

Oui, dans le préambule des statuts et dans les statuts cette affirmation est toujours d'ac-



9 ème Congrés du SNICS

Thème syndicalisme Congrès Porticcio

tualité, mais qu'en est-il réellement dans les faits ?

La modification des textes sur les droits syndicaux ainsi que les modalités de représentations qui en découlent sont venus bouleverser, altérer la place, la prééminence, des syndicats nationaux.

Ces modifications des droits syndicaux, soutenus par et voulus par la FSU, ont eu des conséquences sur le paysage syndical avec des velléités de rapprochements entre fédérations. Ainsi on a parlé de « mariage » entre la CDFT et l'UNSA puis après de l'UNSA avec la CFTC afin de « conserver sa place ».

Mais d'autres conséquences plus insidieuses sont apparues.

Ainsi, avant l'entrée de ces textes en 2014, les moyens avant tout donnés à chaque syndical national de la FSU dépendaient de ses résultats aux élections professionnelles, et ensuite, chaque Syndicat National reversait une partie de SES moyens à la Fédération.

Ces moyens fédéraux servant pour deux choses : permettre le fonctionnement de la structure fédérale nationale et celui des sections départementales voire régionales.

Mais ces moyens servaient également à la SOLIDARITE entre les syndicats. En effet, selon les résultats des uns ou des autres aux élections professionnelles, certains SN n'auraient pas eu les moyens de fonctionner.

Par ailleurs, ces moyens étant également calculés sur les effectifs des corps concernés, certains syndicats nationaux comme le SNICS, malgré leurs excellents résultats (plus de masse, d'unité et d'action, qui a toujours constitué l'objectif et représenté les valeurs de la FSU, ont pourtant vu leurs moyens diminués.

L'application des nouveaux textes détermine désormais la représentation non plus sur les résultats obtenus aux élections professionnelles (Commissions Administratives Paritaires) de ses syndicats nationaux, mais sur les résultats obtenus par les fédérations aux élections dans les Comités Techniques.

De fait, la FSU ayant perdu sa première place aux élections dans la Fonction Publique, ses moyens (décharges syndicales) ont diminués, mais cette baisse a été amplifiée par la baisse des effectifs de fonctionnaires et notamment des enseignants.

Au delà de cette baisse, la place des syndicats nationaux n'est plus tout à fait la même, puisque leurs moyens de fonctionnement, en décharges, sont exclusivement dépendants de la fédération. Ainsi, le SNICS, qui a vu la taille du corps augmentée ainsi que ses résultats aux élections professionnelles, a vu ses moyens en décharges diminuer de près de 15%.

Le choix effectué par le SNICS a été de pérenniser les moyens alloués aux académies, ce qui a nécessairement allégé ceux du National.

Et Pourtant, durant toute cette dernière période, les dossiers nationaux nécessitent beaucoup plus d'investissements compte tenu de la frénésie de réforme et de casse des services publics engagées par les deux derniers gouvernements. (Caen)

Pour le SNICS, durant cette même période, nous avons pu mesurer la difficulté à mettre en œuvre des victoires obtenues au niveau national (Loi de refondation de l'école, Loi de santé, arrêté des missions, circulaires des missions), qui correspondaient aux attentes des collègues.

En effet, nous avions procédé à une consultation de toutes les collègues sur les missions et de tous les militants des Bureaux Académiques pour ce qui concerne les PPCR (Parcours Professionnels Carrière Rémunération).

Notre difficulté a été de faire appliquer ces textes dans les académies d'une part et d'autre part de mettre les collègues dans l'action et la résistance au niveau local.

Pourtant, lors de chacune des 5 manifestations nationales menées durant ces 3 dernières années, les collègues sont venues très nombreuses alors que dans le même temps, la plupart des syndicats de l'éducation n'ont pas eux réussi à mobiliser au niveau national.

Nous devons donc développer notre capacité à mettre les collègues en mouvement au niveau local où manifestement, de plus en plus d'autonomie est laissée aux recteurs qui s'accommodent d'une administration centrale de plus en plus frileuse à faire appliquer les textes, à moins d'y être contrainte et forcée, soit par la pression des personnels dans la rue, soit par l'action en justice.

Force est de constater également que le travail de lobbying auprès des élus fait également partie des outils que nous devons développer tout comme celui auprès de la Presse et notamment la presse professionnelle à l'instar de nos collègues de la fonction publique (FPH), IADE ou CNI par exemple, qui ont des relais dans la presse plus importants que nous n'en avons nous tant au niveau national qu'au niveau local avec des niveaux de mobilisations cependant

9 ème Congrés du SNICS

Thème syndicalisme Congrès Porticcio

inférieurs aux nôtres.

Force également est de constater que le Service presse de la FSU n'est pas nécessairement le plus adapté car il a peu d'écho, dans les médias généralistes et spécialisés, en ce qui concerne notre profession.

En outre, tant au niveau national qu'académique le SNICS s'autorisera à utiliser les nouveaux outils de communications .

Lors de ces deux derniers quinquennats, un grand nombre de réformes statutaires ont été menées dans la fonction publique : Priorité au 1er degré, PPCR, régime indemnitaire, code de déontologie des fonctionnaires etc.

Ce sont désormais les fédérations qui sont sollicitées sur ces dossiers et non plus les syndicats nationaux. Pourtant, statutairement, c'est chaque syndicat national et seulement lui qui doit mener les négociations et donner l'orientation fédérale. Or le SNICS n'a pas toujours été associé aux différents groupes de travail interministériels qui pouvaient concerner les infirmières.

Du fait de l'élargissement des champs de syndicalisation de la FSU, ce furent même parfois des syndicats ne syndiquant pas ou peu d'infirmières qui ont pu représenter la FSU à l'insu et à la place pourtant plus légitime du SNICS.

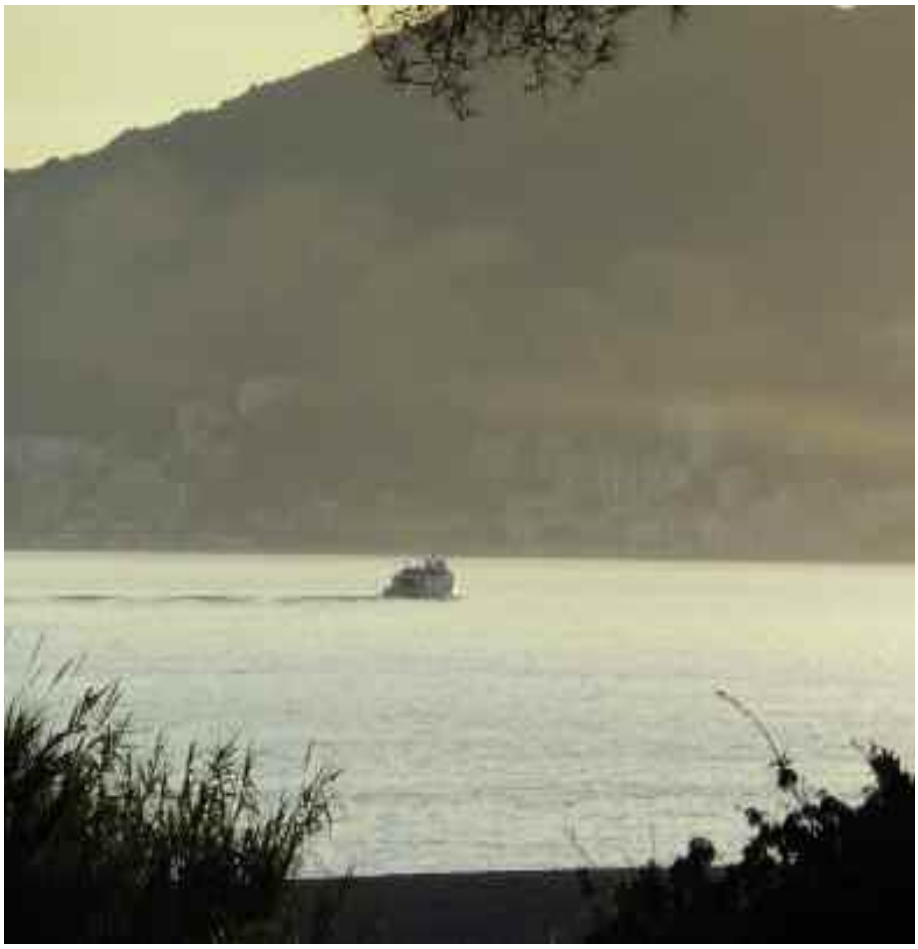
Peut être alors faut il croire que La Direction de la FSU ignore d'une part délibérément les statuts de la fédération, mais aussi d'autre part les conventions signées tant avec le SNUCLIAS (Fonction Publique Territoriale-FPT) qu'avec le SNETAP (Enseignement Agricole).

Comment amener la FSU à mieux respecter ses syndicats nationaux et plus particulièrement le SNICS ?

Nous devrons certainement être plus présents dans les secteurs SDP et éducation de la fédération avec les nouvelles modalités de fonctionnement et ce, bien que la FSU ne prenne plus en charge les frais de déplacements des représentants des syndicats nationaux qui participent aux comités d'animation des différents secteurs fédéraux.

Ce nouveau mode de fonctionnement, fait peser des contraintes supplémentaires sur les petits syndicats alors que la part fédérale, reversée est plus importante d'années en années.

Comment faire plus de fédéralisme, avec moins de moyens sans affaiblir nos mandats pour la profession? Telle est la question qui nous est posée.



Dans le même temps, lors du congrès du Mans, le constat a été fait et réaffirmé que c'est par les syndicats nationaux que les collègues adhérent à la fédération. C'est l'entrée par le métier qui est le moteur de la syndicalisation et donc d'un syndicalisme défendant le métier et les intérêts des personnels qui exercent des professions.

Mandat du congrès du Mans
Renforcer la fédération passe par le renforcement des syndicats nationaux au travers de campagnes d'opinion, d'adhésion... Cela passe aussi par le développement des sections fédérales locales, d'établissement, de service, des secteurs thématiques et la dynamisation des sections départementales et des CFR.

Nous allons avoir à faire face à un grand nombre de départs à la retraite dans les prochaines années compte tenu de la pyramide des âges du corps des infirmières de l'éducation nationale. Ces départs à la retraite risquent fortement d'augmenter compte tenu des annonces des différents candidats à la présidentielle quant à leurs propositions dans ce domaine.

Par voie de conséquence, nous aurons nécessairement beaucoup plus de collègues recrutées, ce qui impliquera un effort accru pour augmenter notre taux de syndicalisation actuel.

En décembre 2018, nous aurons à mener campagne pour les élections professionnelles.

Ce sont les deux défis de l'année prochaine et c'est dans ce contexte que nous devrons mener encore plus un syndicalisme de proximité, notamment pour que les collègues nouvellement recrutées, si nous voulons qu'elles votent pour le SNICS aux prochaines élections professionnelles.

Mais nous aurons également à être au plus près des collègues pour que les nouvelles missions soient réellement appliquées… et

Les collègues auront besoin d'un SNICS fort et tenace pour défendre à leur côté, la profession d'autant que le nouveau gouvernement, quel qu'il soit, aura de nouveaux projets en la matière et que certains rapports « oubliés » risquent de redevenir d'actualités. (Caen)

Nous avons bien vu lors des élections professionnelles de 2014, que ce sont les syndicats nationaux qui ont mené le plus grand travail de proximité, de rencontres avec les collègues, qui ont réalisés les meilleurs résultats, à commencer par le SNICS.

9 ème Congrés du SNICS

Thème syndicalisme Congrès Porticcio

D'autres syndicats avaient fait le choix unique de la communication conjoncturelle par internet, leurs résultats n'ont a pas été à la hauteur de leurs espérances.

La profession infirmière est également en profonde mutation : Code de déontologie publié, mise en œuvre du DPC. Et l'ordre infirmier ressort renforcé de ces 5 dernières années de gouvernement, Le chantier de la révision du décret des actes professionnels est ouvert.

Le chantier sur les nouveaux métiers de la santé est ouvert également. Le SNICS ainsi que la FSU ne sont pas présents dans les instances du ministère de la santé, et pourtant, nous serons totalement impactés dans nos pratiques par tous ces projets.

Dans ce contexte, la question qui nous est posée est celle de se trouver malgré tout autour de la table des négociations, sachant que, nous avons participé à la création de cette nouvelle plateforme infirmière créée en novembre 2016.

Par le passé, nous avons essayé de syndiquer des collègues de la FPH dans nos rangs puis ensuite d'intégrer la CNI au sein du SNICS. Ces deux projets n'ont pas aboutis.

Devons nous procéder à de nouveaux rapprochements ? avec qui ? jusqu'où ? Ou bien devons nous continuer comme nous le faisons actuellement ?

Telles sont les questions qui nous sont posées aujourd'hui. Faute de ne pas avoir pu y répondre par le passé, nous devrons inventer de nouvelles formes de rapprochements syndicaux, et ce, autour de nos valeurs.

Le souci de l'unité d'action ne doit pas cependant se traduire par la paralysie du mouvement.

Dès lors que les conditions de l'unité ne sont pas réunies, le SNICS ne saurait s'interdire, soit de prendre seul ses responsabilités, soit d'être partie prenante de configurations réduites sur des revendications affirmées avec une stratégie plus déterminée, sans exclure a priori toutes formes d'action, en ayant le souci de renforcer la dynamique de mobilisation.

La préoccupation du SNICS doit cependant toujours être d'impulser des mouvements à vocation majoritaire capables de rassembler pour gagner. Ò

L'action unitaire est toujours un facteur de mobilisations importantes dès lors que les revendications et les formes d'actions proposées répondent aux attentes des personnels et qu'elles ne bloquent pas une poursuite de l'action.

Nos collègues reprochent souvent aux syndicats leurs divisions et aspirent aussi à autre chose que de l'unité conjoncturelle.

Tout comme la FSU, notre orientation pour un syndicalisme de transformation sociale progressiste alliant contestations, propositions, négociations et actions, doit être portée plus fortement, et les avancées obtenues actées.

La construction du rapport de force nécessaire pour déboucher sur des luttes victorieuses doit nous amener à améliorer nos liens avec les professions pour mettre en œuvre un véritable syndicalisme de terrain, de masse et d'adhésion.

La légitimité des différentes formes d'actions est celle perçue par les collègues et l'opinion. Nous devrons veiller à la recherche de modalités permettant l'engagement d'un maximum d'infirmières dans l'action.

Il est indispensable de concevoir et construire les mouvements revendicatifs dans la durée, en articulant différentes formes de l'activité syndicale (réunions, rassemblements, pétitions, votations, interventions auprès d'élues et dans la presse, manifestations, grèves, ...), avec l'objectif de construire des mouvements massifs permettant d'obtenir satisfaction.

***Les conventions du SNICS**

*La 1ére en novembre 1993 avec le SNETAP qui laisse la liberté aux infirmières de se syndiquer au syndicat de l'agriculture mais oblige à une démarche commune concernant la profession d'infirmière, et qu'à chaque CN, 1 responsable des infirmier.e.s de l'enseignement agricole soit présent, et que dans les réunions départementales, les infirmières de l'agriculture soient invitées et encore que nous leur adressions notre revue le BUT en BLANC.

*La 2ème avec le SNUCLIAS (FPT) en mai 2004. Cette convention établit que le SNICS est la référence pour les infirmières dans la FSU, qu'il est le représentant légitime de la profession auprès des interlocuteurs politiques des 3 fonctions publiques. Que c'est au SNICS d'intervenir dans toutes les réunions sur ce sujet.

*Cette convention dit également que les infirmiers avec ou sans spécialisation, qui entrent dans le champ de syndicalisation de la FSU, sont dans le champ du SNICS.

Votes Pour 97,67% Abstentions 2,33%

9 ème Congrés du SNICS

Le statut de l'infirmière à l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur

Notre devenir au sein de l'éducation nationale

Si depuis notre dernier congrès à St Étienne le spectre de la MISSE (Mission Interministérielle Santé Sociale Éducation) qui aurait permis de confier la santé des élèves à une structure extérieure à l'éducation nationale, s'est éloigné suite à nos mobilisations, notre maintien à l'Éducation Nationale est toujours remis en cause.
Les infirmières-rs ont exprimé à maintes reprises leur opposition de subordonner le pilotage et la gouvernance de la politique de santé à l'École à une structure extérieure à l'éducation nationale, mais le danger n'est pas pour autant écarté.

En effet en 2015 dans le cadre de la Modernisation de l'Action Publique (MAP) le gouvernement a impulsé une évaluation de la politique de santé à l'école.
La modernisation de l'action publique (MAP) a pour but, à moyen terme, la réforme de l'État et la baisse des dépenses publiques. La DGESCO affirme que les conclusions du rapport de la MAP sont favorables aux infirmier-ères scolaires alors que le Cabinet de la Ministre prétend ne pas vouloir suivre ces conclusions qui conduiraient à l'externalisation de la santé.

Qui croire ?

Ce rapport dont la publication était prévue pour début 2016 n'est toujours pas sorti.
Ce qui n'empêche pas « les fuites » plus ou moins orchestrées.

Dans la revue Médecine d'octobre 2016, au chapitre « Renforcer l'approche Intersectorielle et interministérielle de la santé », les auteures, toutes deux de la Direction générale de la santé au Ministère des affaires sociales et de la santé écrivent :
« Cette orientation (répondre aux besoins de visions prospectives) se déclinera concrètement en deux objectifs qui sont, d'une part, renforcer la structuration partenariale et la mutualisation avec les autres ministères et, d'autre part, évaluer les impacts des politiques sectorielles sur la santé (et réciproquement).
En premier lieu, le travail partenarial avec les autres ministères gagne avec le temps à se structurer autour d'une gouvernance partagée et ce d'autant que les actions envisagées sont nombreuses et complexes. Il en sera ainsi de l'accord-cadre avec le ministère de l'Educa¬tion nationale et de l'Enseignement supérieur qui vise notamment à déployer le parcours éducatif de santé au sein des établissements scolaires et qui servira aussi de cadre pour les contractualisations régionales entre les rectorats et les ARS. »

Dans le Projet de Loi de Finances pour 2017 (Enseignement scolaire : le bilan en demi-teinte de la refondation de l'école primaire), le rapporteur propose entre autres préconisations « la conduite systématique d'une première visite de filtrage par les personnels infirmiers avant le bilan de la sixième année » en précisant que « ces préconisations trouvent un écho dans l'évaluation de la politique de la santé scolaire, menée dans le cadre de la Modernisation de l'Action Publique (MAP)… » et « invite le ministère à publier ce rapport et à en suivre les recommandations, en particulier celles visant à « garantir des modes de travail coopératifs entre médecins et infirmiers… »
De plus, le SNMSU, syndicat majoritaire chez les médecins scolaires, en demande à corps et à cris la publication.

Ne nous leurrons pas, si ce rapport n'est pas publié, il n'est pas pour autant enterré et il peut réapparaître à tout moment. Gageons qu'il pourrait refaire surface après les présidentielles.

La grande loi sur la décentralisation, considérée comme trop technique à l'époque (28 mars 2003), puis poursuivie par une loi d'orientation du 16 décembre 2010, a été découpée en plusieurs textes dont le 1er texte sur la réforme territoriale voté en décembre 2013 a été la Modernisation de l'Action Publique Territoriale et l'Affirmation des Métropoles ou MAPTAM. Le second volet voté en décembre 2014 a vu le redécoupage de 22 régions en 13 régions au 1er janvier 2016. Enfin, le dernier volet a été la loi NOTRE, la Nouvelle Organisation Territoriale de la République qui met en avant de nouvelle entités comme les grandes régions, les métropoles et les intercommunalités. Cette nouvelle carte des régions cache, au mépris des intérêts des politiques publiques, un nouveau désengagement de l'État dans ses missions de service public et d'égalité territoriale. Les objectifs sont la réduction des dépenses publiques et par conséquence la réduction des réduire les missions des services publics et du nombre des agents qui les assument.

A l'éducation nationale, les nouvelles régions ont engendré une nouvelle organisation : création d'un rectorat de région, réorganisation des services dans les rectorats académiques, entraînant des fusions et des mutualisations sous forme de plateforme. Les inspections académiques sont devenues des directions académiques avec des directeurs académiques et des délégations plus importantes. Et pour les infirmières de l'Education nationale, le risque existe toujours d'une externalisation vers un corps interministériel : nous faisons partie du ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur parce que nos missions contribuent exclusivement à la réussite scolaire des élèves et des étudiants-tes. Les citoyens comme les organisations syndicales ont bien du mal à savoir ce qui se passe dans cette nouvelle réorganisation qui affecte non seulement les usagers mais également les agents, obligeant ces derniers dans certains cas à une mobilité pas forcément choisie. Ces nouvelles collectivités locales, régions, métropoles, intercommunalités, peuvent avoir des objectifs divergents selon les élus en place. Les services publics sont mis à mal et on parle plus souvent de maison de services au public.

A l'Éducation nationale et dans l'enseignement supérieur, le nombre d'emplois infirmiers entre 2008-2009 et 2013-2014 est passé de 7240 à 7916 soit une progression de 676 emplois infirmiers selon les bilans sociaux du MEN et du MESR.

Sur le terrain ces emplois ne sont pas perçus, en raison, sans doute, de leur saupoudrage et de la volonté d'accorder des priorités au 1° degré dans certaines académies.

Statut

Personne ne peut également oublier que des travaux sont entrepris depuis plusieurs années pour « moderniser » tant le statut que le fonctionnement de la fonction publique et de nombreux rapports sont régulièrement commis, dont certains nous impactent plus que d'autres. Sans faire un inventaire à la Prévert, nous pouvons citer :

Le rapport Desforges sur les concours d'accès à la fonction publique de l'État 'février 2008) recommande en outre un pilotage interministériel de la politique générale de recrutement des fonctionnaires d'État
L'ouverture de concours ne se ferait non plus par corps, mais par niveau et par filière professionnelle.

La Modernisation de l'Action Publique (MAP) qui fait suite à la RGPP du précédent gouvernement a pour but la réforme de l'état, la baisse des dépenses publiques et/ou l'amélioration des politiques publiques. En juin 2015, M. Valls a lancé dans le cadre de la MAP, « une évaluation de la médecine scolaire ». Même si le rapport n'a pas été publié car certainement polémique, la lettre de missions est sans ambiguïté « Dans un contexte de difficultés de recrutement des médecins scolaires, cette évaluation a pour objectifs d'interroger la politique menée en matière de santé scolaire elle-même, de favoriser l'attractivité de l'exercice de la médecine scolaire et la collaboration entre les professionnels de santé. »

Le rapport sur l'avenir de la fonction publique dit « rapport Pêcheur » a été publié en 2013.
Il avait pour objectif de repenser les « évolutions des modes de

recrutement, de rémunération, de gestion et d'organisation des carrières ainsi que des parcours professionnels » des agents des 3 versants de la fonction publique et servir de base à une négociation sur les carrières et rémunérations de ces agents.

Marylise Lebranchu, ministre de la Fonction Publique, avait indiqué à plusieurs reprises que « ce rapport servirait de base à une négociation sur les parcours professionnels, les carrières et les rémunérations des agents ».

Et le dernier en date le rapport Laurent sur le temps de travail dans la fonction publique qui a été publié en mai 2016 risque bien de mettre à mal nos conditions de travail et de revenir sur notre régime dérogatoire (recommandation 12 : harmoniser et réduire les régimes dérogatoires) prévu par la circulaire ARTT du 21-01-2002.

En effet, les infirmières dérogent à la durée légale du temps de travail hebdomadaire. Depuis la création du corps des infirmiers à l'éducation nationale, le temps de travail des infirmières-rs a toujours été calqué sur celui de la présence des élèves dans les établissements. Ainsi lorsque dans les années 60 les élèves internes ne rentraient chez eux qu'à certaines vacances et peu, ou pas, les week-ends, les infirmières étaient astreintes à une présence permanente dans les établissements. Elles étaient présentes 22h sur 24 et cela 7 jours sur 7. Elles bénéficiaient de 2 h de libres dans la journée et avaient les mêmes vacances que les élèves.

Ce qui n'était pas le cas des infirmières de santé scolaire qui faisaient 39 h par semaine et bénéficiaient de 7 semaines de congés annuels, ainsi que de la moitié des congés de Noël et de Printemps soit 9 semaines de congés.

Les infirmières d'internat logées par NAS devaient un service de permanence sur 5 nuits, de 21 h à 7 h du matin en plus des 41h hebdomadaires.

Grâce à la mobilisation syndicale, les infirmières-rs sont nommées-és dans un établissement du 2nd degré (LGT, LP, collège et secteur de recrutement) sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement de la résidence administrative. Elles-ils font partie de l'équipe éducative.

C'est la raison pour laquelle les infirmières-rs ont toutes-tous un horaire hebdomadaire de travail sur 36 semaines, calé sur le nombre de semaines de présence des élèves dans les établissements.

La mise en place de la RTT à l'Éducation Nationale redéfinit le temps de travail des infirmières-rs dans les EPLE.

Le problème qui se posait pour la mise en application de cette nouvelle organisation était comment concilier réduction du temps de travail et emploi du temps sur 36 semaines en sachant que la durée annuelle de travail est de 1600h +7h depuis la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité et 1607h depuis 2008.

1600h sur 36 semaines correspondent à 44h hebdomadaires, les infirmières-rs d'établissements faisaient 41h par semaine avant 2001 et la circulaire ARTT prévoyait, comme son nom l'indique, un aménagement mais également une réduction du temps de travail. La réponse fut apportée par la décomposition en 2 quotités du temps de travail

La 1ère de 90% devant élèves et la deuxième sous forme d'un forfait de 10% laissé à l'initiative de l'infirmière-ier et sous sa seule responsabilité quant à son utilisation.

Mais elle-il présente annuellement au chef d'établissement un bilan de son activité conformément à la circulaire des missions des infirmières-iers de l'éducation nationale. Ajouter : « rappelons à nouveau, que ce calcul du temps de travail ne s'applique pas aux infirmières de l'enseignement supérieur, notamment dans les centres de santé universitaires. En effet, les textes prévoient 37h30 et 55 jours de congés annuels » (ac Grenoble)

Le rapport Laurent préconise le principe d'une obligation annuelle de travail (OAT) de 1607H. Il fait « la chasse » à toutes les dérogations, autorisations d'absences diverses, jours de congés fractionnés, jours de congé supplémentaires pour certains territoires (COM, Alsace/Moselle, Corse). (Recommandation 4, 5 et 6).

Le rapport Laurent envisage également de différencier jours de congé et jours de RTT et de faire le compte des RTT mensuellement en fonction de la présence réelle et effective des personnels.

Il préconise également de supprimer la surrémunération des temps partiels (85,7% pour 80% et 91,4% pour 90%).

Si les conclusions de ce rapport sont appliquées, ce sera :
− soit la fin d'un emploi du temps sur 36 semaines et des congés scolaires
− soit l'intégration du forfait de 10% dans le temps de travail donc 44h de travail effectif par semaine.
− soit l'annualisation avec une modulation hebdomadaire. En effet, le temps de travail des agents de la fonction publique ne peut excéder 48h hebdomadaires mais il peut être modulable, entre 44 et 48h par exemple selon les besoins (réunions CESC, CA,.. etc.) pour atteindre 1607h dans l'année.

Nous devons continuer à nous battre pour défendre notre statut actuel, éviter la régression et faire avancer nos mandats. En effet, c'est notre combat qui a fait que la profession ait sa formation reconnue par un grade de licence même si nous voulions que ce soit un diplôme. Cette reconnaissance nous a permis d'être classées-és dans un corps de catégorie A mais nous nous devons de continuer la bataille pour obtenir la catégorie A type L'obtention de cette catégorie A type ne peut pas être dissociée de l'universitarisation de la formation d'adaptation à l'emploi des infirmières-iers de l'Éducation Nationale au niveau Master.

Cette reconnaissance par un diplôme universitaire permettrait de définir l'exercice de l'infirmier-e à l'Éducation nationale et dans l'Enseignement supérieur comme une « spécialité » reconnue à un niveau supérieur à celui du DE.

Depuis le dernier congrès, le statut général des fonctionnaires a été modifié par les différentes réformes gouvernementales entreprises depuis plusieurs années.
La loi n° 2016-483 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires a été définitivement adoptée par l'Assemblée nationale et par le Sénat début avril 2016 et promulguée le 20 avril de cette même année, 3 ans après la présentation du projet au Conseil des Ministres.
Trente ans après la loi du 13 juillet 1983, dite loi Le Pors, cette nouvelle loi apporte des modifications au statut général de la fonction publique. Elle a habilité le gouvernement (article 83 de la loi 2016-483) à prendre par ordonnances diverses dispositions destinées à favoriser la mobilité des fonctionnaires et contractuels entre les trois versants de la fonction publique. Sur ce fondement, l'ordonnance n° 2101-543 sur la mobilité des agents publics est parue le 13 avril 2017.

Ce texte (loi 2016-483) prévoit de consacrer certaines valeurs, déjà reconnues par la jurisprudence, qui fondent la spécificité de l'action des agents publics : le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité ; est tenu à une obligation de neutralité dans l'exercice de ses fonctions ; exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité et, à ce titre, s'abstient de manifester ses opinions religieuses ; traite les personnes, notamment les usagers du service public, de manière égale ; respecte la liberté de

conscience et la dignité des personnes.

Le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

Un dispositif de protection des "lanceurs d'alerte" sera créé afin qu'un agent puisse signaler sans crainte l'existence d'un conflit d'intérêt.

La protection fonctionnelle dont peuvent bénéficier les agents à l'occasion des attaques dont ils sont victimes dans l'exercice de leurs fonctions est renforcée et étendue aux conjoints et enfants lorsqu'ils sont eux-mêmes victimes d'agressions du fait des fonctions de l'agent.
Le texte transcrit le protocole d'accord du 8 mars 2013 relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, signé par l'unanimité des organisations syndicales représentatives de la fonction publique. L'obligation de nominations équilibrées dans les postes de cadres dirigeants est étendue.

Deux dispositions ont un impact direct sur la carrière de certains collègues :

1) l'article 60 de la loi 84-16 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est renforcé dans sa rédaction au bénéfice de la sécurisation juridique des barèmes de mutation comme mesure préparatoire aux mouvements. Le recours à un tel barème constitue une mesure préparatoire et ne peut se substituer à l'examen de la situation individuelle des agents. Il ne peut déroger au respect des priorités légales (fonctionnaires séparés de leur conjoint pour des raisons professionnelles, fonctionnaires séparés pour des raisons professionnelles du partenaire avec lequel ils sont liés par un PACS lorsqu'ils produisent la preuve qu'ils se soumettent à l'obligation d'imposition commune, fonctionnaires handicapés et fonctionnaires qui exercent leurs fonctions, pendant une durée et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, dans un quartier urbain où se posent des problèmes sociaux et de sécurité particulièrement difficiles).
La modification de l'article 60 légalise la notion de barème comme mesure préparatoire aux mutations, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Cette nouvelle disposition va nous permettre de continuer le combat pour l'obtention d'un barème national. Rappelons à nouveau que l'affectation des infirmières dans les centres de santé de l'enseignement supérieur, ne répond pas à l'application d'un barème, puisque la loi LRU du 10/08/2007 dispose que « nul ne peut être affecté dans une université si le Président s'y oppose ».

En outre, y est ajoutée la possibilité pour un ministre d'édicter une ligne directrice pour reconnaître la prise en compte pour les fonctionnaires des centres d'intérêts matériels et moraux (CIMM) tels que définis dans la circulaire de la DGAFP n° 02129 du 3 janvier 2007 pour les collectivités et départements d'outre-mer.

Les centres d'intérêts moraux et matériels sont une notion juridique déjà éprouvée puisqu'un arrêt du Conseil d'État du 7 avril 1981 en précisait déjà les critères. Les critères de détermination des CIMM ainsi précisés ne sont toutefois pas exhaustifs ni nécessairement cumulatifs ; plusieurs d'entre eux, qui ne seraient pas à eux seuls déterminants, peuvent se combiner.
A savoir :
- le lieu de résidence des membres de la famille de l'agent, de leur degré de parenté avec lui, de leur âge, de leurs activités, et le cas échéant de leur état de santé ;
- le lieu où le fonctionnaire est titulaire de comptes bancaires, d'épargne ou postaux ;
- la commune où le fonctionnaire paye certains impôts, en particulier l'impôt sur le revenu ;
- les affectations professionnelles ou administratives qui ont précédé son affectation actuelle ;
- le lieu d'inscription de l'agent sur les listes électorales.
- le lieu de naissance des enfants ;
- les études effectuées sur le territoire considéré par l'agent et/ ou ses enfants ;
- la fréquence des demandes de mutation vers le territoire considéré ;
- la fréquence des voyages que l'agent a pu effectuer vers le territoire considéré ;
- la durée des séjours dans le territoire considéré.

Il faut savoir également que chaque recteur décide de la bonification attribuée aux fonctionnaires à gestion déconcentrée comme les infirmières qui font valoir des CIMM pour une mutation.
Faire valoir des centres d'intérêts matériels et moraux pour une mutation n'est pas sans conséquences sur le traitement et les indemnités.

En ce qui concerne Mayotte, le décret n° 2013-964 du 28 octobre 2013 a été modifié afin de tenir compte des CIMM.

De ce fait, ne sont plus applicables à compter du 1er janvier 2017 aux fonctionnaires titulaires et stagiaires de l'État et aux magistrats dont le centre des intérêts matériels et moraux se situe à Mayotte :
− le taux de majoration applicable au traitement indiciaire de base (+40%)
− l'indemnité de sujétion géographique (20 mois du traitement indiciaire)
- l'indemnité d'éloignement

2) la prolongation du dispositif « Sauvadet » de deux ans, jusqu'en 2018. La loi du 12 mars 2012 dite loi « Sauvadet » permet aux contractuels de la fonction publique d'obtenir une titularisation ou un CDI, sous conditions, via des recrutements réservés (avec ou sans concours) ou des examens professionnels.
Les conditions d'application sont modifiées en conséquence et les critères d'éligibilité à la « CDIsation » ou à l'accès à l'emploi titulaire demeurent inchangés

A ce jour dans la FPE, 13 300 agents contractuels ont été titularisés sur 23 800 postes ouverts pour 38 000 agents éligibles.
En ce qui concerne l'Education nationale, les chiffres du bilan social donnent pour 2014-2015 1204 contractuels de santé (infirmières-rs et médecins) sans qu'il soit fait de distinction par corps pour 927 ETP soit 1,9 % du total des effectifs de la filière santé.
La rémunération de ces agents est fixée contractuellement.

De manière générale, il ressort que le temps partiel est largement répandu et que le salaire moyen des contractuelles-ls est plus faible que celui des agents titulaires.
Aucun principe n'impose au Gouvernement de fixer par voie réglementaire les conditions de rémunération des agents contractuels ni les règles d'évolution de ces rémunérations.
Il ressort de la jurisprudence administrative que cette rémunération doit être fixée par référence à celle que percevrait un fonctionnaire qui assurerait les mêmes fonctions à niveaux de qualification et d'expérience professionnelle équivalents. Les agents contractuels sont en effet recrutés par dérogation au principe selon lequel les emplois permanents de l'État sont occupés par des fonctionnaires.
Ainsi le Conseil d'état en avril 2013 a précisé qu'il appartenait à l'administration « de fixer, au cas par cas, la rémunération de ces agents en prenant en compte principalement la rémunération accordée aux titulaires qu'ils remplacent et à titre accessoire, d'autres éléments tels que le niveau de diplôme et l'expérience professionnelle des non-titulaires ainsi recrutés ». Ce qui devrait limiter les abus dans certaines académies qui vont jusqu'à recruter sur une grille de B.

Cependant il ne peut y avoir une évolution automatique de rémunération à l'ancienneté à l'instar des grilles indiciaires des fonctionnaires

pour les contractuels en CDD. La jurisprudence administrative considère en effet que l'organisation de perspectives d'avancement dans une grille de rémunération pour des agents en CDD contrevient à la volonté du législateur qui n'a autorisé qu'à titre dérogatoire et temporaire le recrutement d'agents contractuels.

Pour les agents en CDI, la situation s'avère différente car ils bénéficient depuis la loi dite Dutreil du 26 juillet 2005, de droits spécifiques (avancement, réexamen de la rémunération tous les trois ans...).

Le SNICS demande un plus grand nombre de recrutements de personnels infirmiers par concours chaque année dans toutes les académies ce qui permettrait de limiter le recours aux contractuels. Le SNICS revendique que les contrats de recrutements soient établis sur 12 mois et que ces agents contractuels puissent bénéficier d'une formation professionnelle à l'égal des infirmiers de l'EN (accès au stage d'adaptation à l'emploi de la profession).

En ce qui concerne plus particulièrement les infirmières, un code de déontologie des infirmiers sous forme du décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 a été publié au journal officiel le dimanche 27 novembre.

Ce code fixe les règles d'exercices de la profession infirmière et régit notamment les relations entre les infirmières-rs, les patients et les autres professionnels de santé.

Les infirmières-rs disposent maintenant d'un code énonçant les règles qui dictent leur exercice professionnel, en somme un code de bonne conduite et de probité infirmière. Ce code se substitue désormais à l'ensemble des règles destinées aux infirmiers incluses dans le Code de la santé publique.

Et aujourd'hui, où en est-on ?

1) Carrière

Depuis la création du SNICS en 1994, nous avons œuvré pour la reconnaissance de notre métier, pour une reconnaissance de la spécificité de l'exercice à l'EN et pour obtenir à minima l'égalité de carrière avec la FPH.

Durant 5 ans (de 2003 à 2008) le SNICS s'est battu pour mettre fin à une injustice qui frappait les infirmières-rs de l'éducation nationale recrutées-és avant le 1er août 2003.
Ces collègues ne pouvaient prétendre à la prise en compte de la totalité des services infirmiers effectués antérieurement à leur recrutement contrairement aux infirmiers-ères recrutés-ées après cette date. Dès le début, le SNICS a mené l'action en interpellant le Conseil d'État, les différents ministres successifs, la représentation nationale... A son appel, les infirmiers-ères de l'Education nationale sont descendus-es massivement dans la rue par deux fois.
Et nous avons gagné ! Le décret permettant à nos collègues recrutés-ées avant 2003 de bénéficier des mêmes conditions de reprises d'ancienneté que leurs collègues recrutés-ées après cette date, est paru le 7 octobre 2008.

Depuis plus de 30 ans, les retards d'application des statuts à la FPE induisent des retards et des écarts de carrières qui se cumulent et les infirmières qui ont la plus grande ancienneté à l'Education nationale sont celles qui cumulent les plus grands retards de carrière.
Retour sur la fin des années 80 :
Les infirmières de la FPH étaient gérées par un décret de 1988 (n°88-1077), celles de l'EN par un décret de 1989, n°89-773 du 19 octobre 1989. Il a fallu attendre un an pour que les dispositions statutaires en matière d'avancement et de grille soient effectives à l'Education nationale.
En 1991, la FPH se voit revalorisée par un décret du 24 avril et ensuite une nouvelle fois en mars 1993 avec les accords Durafour et il faudra attendre juillet 1994 pour obtenir cette transposition à l'EN.
En janvier 1994 changement de statut à la FPH et transposition en novembre à la FPE soit 10 mois de plus.
En décembre 2001, suppression des grades d'infirmières principales et d'infirmières en chef à la FPH, nouvelle structuration du corps en deux grades avec 30% du corps dans le grade d'infirmière de classe supérieure et passage des Infirmières en chef dans le corps des cadres (petit A).
Il faudra attendre juillet 2003 pour la transposition en deux grades avec les grilles pour la FPE,
En 2007, le taux d'infirmières de classe supérieure est porté à 40% à la FPH et reste à 30% à la FPE. Compte tenu de la pyramide des âges différente entre la FPH et la FPE, une collègue de la FPH passe beaucoup plus rapidement infirmière de classe supérieure que les infirmières de l'EN puisque dans ce secteur le « corps est plus âgé ».

Ainsi une infirmière recrutée à l'Education nationale dans les années 1990 a accumulé 127 mois de retard de carrière soit un peu plus de 10 ans et par voie de conséquence au moins 4 échelons de retard sans parler du grade.
Pour une infirmière recrutée en 1993, ce seront près de 115 mois de retard soit plus 9 ans et environ 3 échelons.
Pour une infirmière recrutée en 2001, ce sont près de 29 mois de retard accumulés à ce jour et au moins 1 échelon.
A cela s'ajoute, le retard de transposition du A chez les infirmières de la FPE. Les infirmières de la FPH sont en catégorie A depuis décembre 2010, en ce qui concerne les infirmières de l'EN le décret a été publié en mai 2012 !
Malgré une structuration du corps qui ne satisfaisait pas les infirmières de l'Éducation nationale, en raison de l'introduction de deux classes dans le premier grade, nous avions obtenu l'assurance d'une homothétie de carrière entre la fonction publique hospitalière et la fonction publique état.

La parité de carrière devait être obtenue dans les 10 ans suivant la publication du décret. En effet la structuration en 3 classes et 2 grades devait disparaître pour laisser place à une structuration en deux grades à l'identique de ce qui existe à la FPH par la fusion des 2 classes du 1er grade.

Or force est de constater que ni le ratio pro/pro particulièrement bas, ni les clés de répartition retenues, ne permettent de répondre aux engagements pris à l'égard de la profession.

Il se trouve que les règles de répartition de promotion, fondées exclusivement sur l'ancienneté conservée dans l'échelon et les critères de répartition définis par le Ministre entre les académies, ne sont même pas respectées.
Dans ces conditions, la fusion des 2 classes du 1er grade ne pourra pas se faire dans le temps imparti et ce n'est pas en 2022 que nous aurons une parité de carrière avec la FPH.

Le PPCR (Parcours Professionnels - Carrières et Rémunérations), mis en place en 2016 pour les infirmières, a pour but de mieux reconnaître la qualification des fonctionnaires et leur garantir des carrières plus valorisantes.

Cet accord aurait pu permettre de gommer les différences de carrières et permettre une égalité de traitement entre les 3 versants de la FP. Ce fût une occasion ratée.

2) Missions

Les textes d'application, arrêté et circulaires, de la loi de refondation de l'école, relatifs à la santé à l'Ecole ont été publiés en novembre 2015.
Ce fût un très long combat. Les infirmières-rs sont descendues-us par

3 fois dans la rue. Les textes sont publiés mais nous devons nous battre désormais pour que la loi s'applique

Des résistances sont apparues (et ce bien avant la parution des textes), dans certaines académies, qui mettent à mal l'application de ces textes. Il a fallu la pugnacité du SNICS pour que ces textes paraissent, notre combativité encore pour que soient revues les circulaires académiques non conformes. Près d'un an et demi après la publication de ces textes, leur application n'est toujours pas effective et un certain nombre d'académies « jouent la montre » en attendant les élections présidentielles.

Ces textes sont également menacés par le rapport de la MAP (Modernisation de l'Action Publique) qui préconise une externalisation de la mission de promotion de la santé des élèves dans un regroupement des professionnels de santé au sein d'un corps interministériel avec la création d'un service de prévention et de santé publique et bien sûr une hiérarchie médicale et une affectation en secteurs ou en réseaux pour les infirmières : un retour en arrière, bien pire que la circulaire de Bagnolet !
Dans un contexte d'incertitudes politiques, de menaces sur les fonctionnaires, nos missions et notre place à l'Éducation Nationale sont belles et bien menacées.

Et dans tout cela, que deviennent les régimes indemnitaires ?

Petit rappel, depuis l'intégration de notre corps en catégorie A (1er juin 2012) les infirmières-rs de l'EN ne relevaient plus que du seul régime indemnitaire des IFTS (indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires) d'où étaient écartés les agents logés par nécessité absolue de service ce qui était foncièrement injuste pour nos collègues en internat.
D'autant que le régime indemnitaire des IAT (indemnité d'administration et de technicité) auquel certaines d'entre elles pouvaient prétendre jusqu'à notre intégration dans le corps du A ne peut plus leur être alloué. En effet, cette indemnité ne peut être attribuée qu'aux agents de catégorie C et ceux de catégorie B dont l'INM est au plus égal à 380.
De plus, malgré notre intégration en catégorie A et les nouvelles grilles indiciaires qui en découlent, le montant des IFTS qui nous sont octroyées n'a pas fait l'objet d'une actualisation en adéquation avec les nouveaux indices sommitaux de la nouvelle grille du A.

Ce régime indemnitaire était inéquitable et dans certaines académies le montant de l'IFTS des ICTR ou D n'était pas connu, certaines recevaient également des « primes de fin d'année » (reliquats des IFTS) plus importantes que les autres.
Mais ce qui change avec le nouveau régime indemnitaire (RIFSEEP : Régime Indemnitaire tenant compte des Fonctions, des Sujétions, de l'Expertise et de l'Engagement Professionnel), c'est l'institutionnalisation de ces différences.

Ce nouvel outil indemnitaire de référence remplace la plupart des primes et indemnités existantes dans la Fonction Publique de l'État. Il se compose d'une indemnité principale versée mensuellement IFSE (Indemnité de Fonctions, de Sujétions et d'Expertise) auquel s'ajoute un Complément Indemnitaire Annuel (CIA) versé en fonction de l'engagement professionnel et de la manière de servir.

En ce qui concerne les infirmières-rs, le décret est paru le 11 mai 2016. Il s'agit du décret n° 2016-583 du 11 mai 2016 qui modifie le décret n° 2012-762 du 9 mai 2012.
Le SNICS était plus que réticent vis-à-vis de ce nouveau régime qui comme la PFR fait la part belle au mérite et est inadapté à notre profession réglementée. Les infirmier(e)s ne peuvent, légalement, lier leur activité à des obligations de résultats ou de performance.

Ce nouveau régime indemnitaire permet de fonctionnaliser les emplois en créant artificiellement une fonctionnalité entre les infirmières-rs (IFSE) selon leur lieu d'exercice mais également selon les personnes.

Le corps des infirmières-rs avait été exclu de la PFR du fait essentiellement qu'il n'existe ni fonctionnalité, ni évaluation fondée sur le rendement ou la performance pour notre profession, et ce, depuis 2003.

En effet, toute-tout infirmière-ier, quelque soit son grade ou sa classe, peut indifféremment occuper tout poste infirmier au sein de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Supérieur (décret n° 2003-695 du 28 juillet 2003).

Dans la circulaire des missions de novembre 2015, il est rappelé que tous-tes les infirmiers-éres de l'Education nationale où qu'elles-ils soient nommées-és ont des missions de conception, de pilotage et de coordination en matière de politique de santé et d'actions de santé, ce qui correspond à la modification de l'article L 541-1 du code de l'éducation voulue par le législateur lors du débat sur la refondation de l'école.

Pour ce qui concerne la technicité, l'expertise ou les qualifications nécessaires, elles sont le fait du diplôme d'état d'infirmière, reconnu au grade de licence, de la nécessité du concours sur titre et sur épreuves et de la nécessaire formation d'adaptation à l'emploi qui permet de prendre en compte les spécificités de notre exercice singulier en milieu scolaire.

Il n'y a donc aucune raison légitime pour que les montants des IFSE soient différents entre les infirmières-rs au sein d'une académie et entre les académies.

Nous ne pouvons accepter de telles différences de traitement. Nous avons toujours revendiqué qu'un seul et unique montant de l'IFSE soit attribué à toutes-tous les infirmières-rs de l'Éducation Nationale, quelque soit leur lieu d'exercice, en EPLE, logées-és ou non logées-és, ou dans les services académiques ou dans les rectorats.

En ce qui concerne le complément indemnitaire annuel (CIA) lié à l'engagement professionnel et à la manière de servir, notre profession qui est réglementée ne peut y prétendre, puisque ce complément serait incompatible avec les textes de loi encadrant l'exercice de la profession infirmière. Le code de la santé publique est clair à cet effet, notamment son article R-4312-9 qui stipule que « l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Elle ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance. »

Nous étions fortement réticentes à la mise en œuvre de ce régime indemnitaire en raison du caractère singulier des professions réglementées du champ de la santé et également de notre crainte de voir de grandes inégalités apparaître entre les infirmières et entre les académies. Malheureusement nous avions raison, la mise en place du RIFSEEP au niveau des académies n'a eu pour effet que d'engendrer de nombreuses inégalités.

Nous avons toujours, au SNICS et à la FSU, dénoncé les dérives des régimes indemnitaires. En effet, nous considérons que ces derniers devraient être intégrés aux salaires des fonctionnaires ce qui augmenterait de fait l'assiette du traitement sur laquelle est calculée la retraite.

Les PPCR prennent en compte très partiellement cette problématique d'intégration des indemnités dans le traitement, puisque à la fin du processus, ce sont seulement 9 points d'indice qui correspondront à cette transformation du transfert Prime/Points.

Pour notre profession, c'est le décret n° 2016-583 du 11 mai 2016 qui modifie le décret n° 2012-762 du 9 mai 2012 modifié portant dispo-

sitions statutaires communes aux corps d'infirmiers de catégorie A des administrations de l'État en prévoyant, pour les trois corps concernés (corps des infirmiers de l'État, corps des infirmiers de la défense et corps des infirmiers de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur) une cadence unique.

Les conséquences du PPCR (Parcours professionnels, carrières et rémunérations) sont :
- La garantie d'un déroulement de carrière sur au moins deux grades pour toutes et tous
- Le transfert prime/points
Cette transformation prime/points a été de 4 points en 2016 et sera de 5 points en 2017. Ce qui explique que les collègues sur les fiches de salaires ont vu apparaître une ligne en positif et une ligne en retenue avec des montants identiques.
− Un cadencement unique d'avancement d'échelon au 1er janvier 2016 c'est à dire la fin des mois de réduction d'ancienneté distribués selon des critères très opaques. La durée dans le nouveau grade est alignée sur la durée maximale qui existait antérieurement : HC 26,5 ans au lieu de 27 ans, CS identique à 21 ans et CN 21 ans au lieu de 22 ans.
− une nouvelle structure de carrière au 1er janvier 2017 (corps en trois grades comportant respectivement 8 échelons pour le 1er grade, 7 échelons pour le 2ème grade et 10 échelons pour le 3ème grade) ainsi que les modalités de reclassement des agents dans la nouvelle structure de carrière

INFENES CN catégorie A

Ancienne situation	échelon	Modalité de passage situation au 1er janvier 2017 indice majoré	
	1	353	Même échelon, sans ancienneté
Reclassement	1	373	2 ans
	2	367	ancienneté acquise
Reclassement	1	373	2 ans
	3	386	ancienneté acquise
Reclassement	2	392	3 ans
	4	406	ancienneté acquise
Reclassement	3	412	3 ans
	5	428	ancienneté acquise
Reclassement	4	434	3 ans
	6	458	ancienneté acquise
Reclassement	5	464	3 ans
	7	490	ancienneté acquise
Reclassement	6	496	3 ans
	8	509	ancienneté acquise
Reclassement	7	515	4 ans
	9	524	ancienneté acquise
Reclassement	8	530	

INFENES CS catégorie A

Ancienne situation	échelon	Modalité de passage indice majoré		Situation au 1er janvier 2017 échelon indice majoré durée
	1	428	ancienneté acquise	
Reclassement	1	434	3 ans	
	2	461	ancienneté acquise	
Reclassement	2	467	3 ans	
	3	492	ancienneté acquise	
Reclassement	3	498	3 ans	
	4	513	ancienneté acquise	
Reclassement	4	519	4 ans	
	5	533	ancienneté acquise	
	5	539	4 ans	
Reclassement	6	553	ancienneté acquise	
	6	562	4 ans	
	7	570	ancienneté acquise	
Reclassement	7	583		

INFENES HC catégorie A

Ancienne situation	échelon	Modalité de passage indice majoré	Situation au 1/°01/2017 Recl échelon indice majoré durée
	1	394	même échelon, sans ancienneté
Reclassement	1	414	2 ans
	2	407	ancienneté acquise
Reclassement	1	414	2 ans
	3	424	ancienneté acquise
Reclassement	2	430	2 ans
	4	444	ancienneté acquise
Reclassement	3	450	2 ans
	5	464	ancienneté acquise
Reclassement	4	470	2 ans
	6	487	ancienneté acquise
Reclassement	5	493	3 ans
	7	510	7/6 de l'ancienneté acquise
Reclassement	6	516	3 ans 6mois
	8	533	ancienneté acquise
Reclassement	7	539	4 ans
	9	556	ancienneté acquise
Reclassement	8	562	4 ans
	10	582	ancienneté acquise
Reclassement	9	591	4 ans
	11	608	ancienneté acquise
Reclassement	10	614	

Le protocole PPCR (transfert primes/point et reclassement dans une nouvelle structure de carrière) a également un effet non négligeable sur les pensions à l'horizon 2020.

Les projections et simulations effectuées par les syndicats de la fonction publique font apparaître une amélioration non négligeable de la pension de retraite de base à l'horizon 2020.
Pour un agent en HC ayant atteint le dernier échelon (INM 627) qui ferait valoir ses droits à la retraite à cette date, avec un taux plein de 75 %, le gain serait de 81€*.
Pour un agent en CS ayant atteint le dernier échelon (INM 592) qui ferait valoir ses droits à la retraite à cette date, avec un taux plein de 75 %, le gain serait de 91€*.
Pour un agent en CN ayant atteint le dernier échelon (INM 540) qui ferait valoir ses droits à la retraite à cette date, avec un taux plein de 75 %, le gain serait de 77€*.
* gain d'indice entre la grille précédente et la nouvelle au dernier échelon x valeur du point d'indice majoré au 1er février 2017 (4,6860€) x 75%, à compter du 1er janvier 2019.

Rappel de nos mandats et combats depuis la création du SNICS

Ce congrès est le 9ème depuis la création du SNICS. Nos mandats n'ont pas variés, certains ont abouti, d'autres pas mais nous combattons toujours pour l'émancipation de la profession.

Le SNICS s'est toujours opposé à toute forme de d'externalisation de notre profession.

Il œuvre pour l'Intégration de tout le corps des infirmières-rs de l'EN et de l'Enseignement supérieur dans un corps de catégorie A type et la reconnaissance de notre spécialité de Conseillère-ier de santé avec une formation universitaire validante.

A force de mobilisations, d'interventions, nous avons obtenu l'intégration des études infirmières dans le système LMD et un grade de

9 ème Congrés du SNICS

Le statut de l'infirmière à l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur

licence pour toute la profession, ce qui nous a permis d'être dans un corps de catégorie A mais sans obtenir la même grille que les collègues de l'hospitalière avec une contrainte d'une durée de 10 ans, 2022, pour l'obtenir. C'est une première étape vers la catégorie A type. Nous avons également obtenu une nouvelle circulaire des missions (novembre 2015) au regard de nos nouvelles compétences : consultation infirmière, renouvellement de la contraception orale catégorie A, autonomie professionnelle…

Au vu et à l'analyse de tous ces constats, il est indispensable de poursuivre notre combat statutaire sur les revendications suivantes et d'obtenir :

A minima les mêmes statutaires que les infirmières de la FPH
- L'intégration de tous-tes les infirmières-rs en catégorie A type de la FP.
- Une formation universitaire pour l'exercice à l'EN et l'ES validante et qualifiante en Master
- Un avancement uniquement à l'ancienneté.
- La création de postes infirmiers pour répondre aux besoins des élèves et des étudiants et pour chaque ouverture d'établissement dans l'Education nationale et dans l'Enseignement Supérieur.
- Un recrutement exclusif par concours sur titre et sur épreuves.
- Le recrutement par détachement doit rester exceptionnel car il s'oppose fondamentalement à la création d'un corps particulier .
- Une IFSE pour toutes-tous les infirmières-iers d'externat et d'internat identique d'une académie à une autre et quel que soit le lieu d'exercice et la transformation de ce régime indemnitaire en traitement indiciaire.
- Les mutations de toutes les infirmier(e)s, Education nationale et enseignement supérieur, doivent être traitées selon les modalités des tableaux périodiques de mutations, tel que le prévoit la nouvelle rédaction de l'article 60 de la loi 84-16 et après l'avis de la CAP compétente.
- La conservation des services actifs effectués antérieurement avec une bonification d'une année pour 5 ans effectifs pour faire valoir les droits à pension.
- L'intégration et la titularisation des infirmières-rs non titulaires par l'organisation d'un concours spécifique

Le SNICS revendique que toutes les infirmières-ers contractuelles-le soient au moins rémunérées-s au 1° échelon du 1° grade du A «

- L'utilisation systématique des moyens financiers dégagés (temps partiels, postes vacants, missions administratives,) pour des postes infirmiers devant élèves.
- Le maintien du temps de travail sur 36 semaines, en lien avec la présence des élèves le maintien des valorisations pour les internats (1.2 pour les permanences entre 19h-21h), pour les interventions de nuit en internat (1.5 à récupérer au plus tard dans le trimestre), de la prise en compte, pour les postes inter degré ou de postes partagés, du temps de déplacement (à concurrence de 2h maximum), la prise en compte d'une journée de travail (permanence de soirée comprise) pour une journée de formation,

- Le maintien des 10% et son utilisation à l'initiative et sous la responsabilité de l'infirmière dans le supérieur et à l'EN.
- Le SNICS revendique la possibilité de validation des années d'études d'infirmières .
- Le SNICS revendique le maintien du chef d'établissement comme seul et unique supérieur hiérarchique administratif
- Le maintien de la compétence exclusive du ministre de l'EN pour la politique, la gouvernance et l'évaluation de la santé à l'Ecole

Le SNICS se donne aussi mandat de travailler sur la possibilité pour notre corps de bénéficier d'affectation sur poste adapté quand l'état de santé ne permet plus d'exercer nos missions auprès des élèves.

Votes : Unanimité

JOINDRE VOS RESPONSABLES ACADÉMIQUES SNICS

AixMarseille : Laurence Fage 06B50 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 : **Catherine DUTY Tél** 06 18 23 85 08 ou 03 84 73 02 78
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 Tèl** 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** Tèl 06 84 98 96 09
sa.creteil@snics.org

Dijon : **Saphia GUERESCHI** 07 82 46 42 06 **sa.dijon@snics.org**
Sylvie Ladier, 06 38 55 49 52

Grenoble : **Florence WARENGHEM 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 Tèl** 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**
Valérie JACOBEE 05 55 36 03 99

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 Tèl 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 Tèl 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.rouen@snics.org

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

Réunion : LAUSIN Odile 06 93 92 57 26 **sa.réunion@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 3717
Valérie HECKEL 06 20 27 06 61

sa.strasbourg@snics.org

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

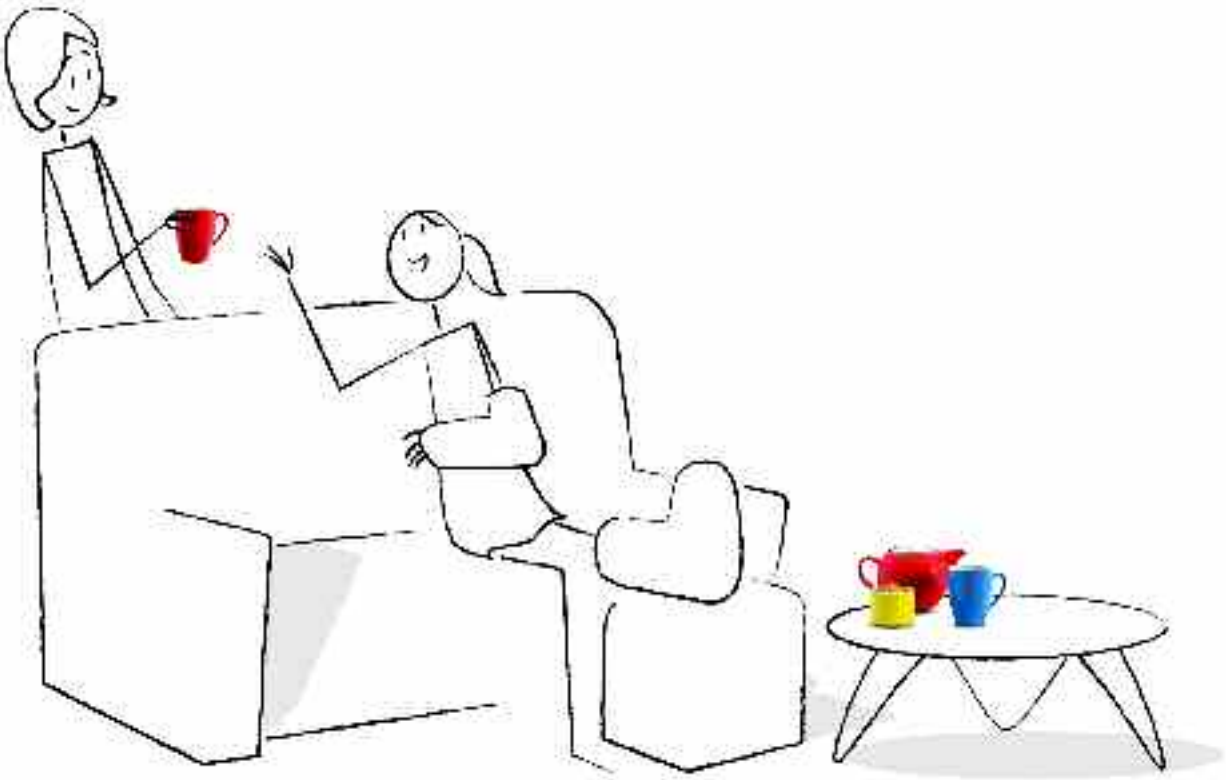
Versailles : Patricia BRAIVE Tél 06 61 14 50 98 ou 01 69 01 48 07
sa.versailles@snics.org

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

C'est quoi une meilleure assurance ?

- Et pas trop dure l'organisation ?

- En fait, c'est la MAIF qui s'occupe de tout.
Enfants, courses, ménage...
Le seul problème c'est qu'on s'habitue...
Tu as touillé ?



PRAXIS SOLUTIONS
L'assurance corporelle pour les accidents du quotidien.
On a tout à gagner à se faire confiance.

MAIF
assureur militant

MAIF - société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9.
Pilia-MAIF - société anonyme au capital de 114 337 500 € entièrement libéré - RCS Niort B 341 672 061 -
CS 20000 - 79078 Niort cedex 9. Entreprises régies par le code des assurances.