

de

# BUTBLANC

en

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



Fédération  
Syndicale  
Unitaire

N° CPPAP 0713 S 07959 - ISSN 1248 9887

Prix : 0,61 €

N° 76 Janvier-Février-Mars 2014



**Les Missions : Toutes à Paris le 9 janvier !**





Secteurs social,  
médico-social, éducatif,  
des collectivités et de la santé



OGDPC habilité  
à dispenser des  
programmes de DPC  
jusqu'à l'évaluation  
2015

RETROUVEZ NOS 400 STAGES SUR [WWW.cerf.fr](http://WWW.cerf.fr)  
DEMANDEZ NOTRE CATALOGUE 2013-2014

RELATION D'AIDE ET SOIN

- Approche systémique dans le travail avec les familles - Niveau I - 10 au 1403 PARIS
- L'affectivité dans le travail de groupe et dans la prise en charge d'usagers - N.I - 11 au 1403 LA ROCHELLE
- Trouver la distance juste dans la relation - Niveau I - 17 au 2103 NIMES
- La relation d'aide et la pratique de l'entretien 3103 au 0404 LA ROCHELLE
- La connaissance de soi dans la relation d'aide.
- Se connaître pour mieux aider les autres 07 au 1104 NIMES
- Le "Burn out". L'épuisement professionnel et ses dangers 07 au 1104 LA ROCHELLE

PRISES EN CHARGE NON MÉDICAMENTEUSES

- Massage non médicalisé du visage, des pieds, des mains - Niveau I - 17 au 2103 PARIS
- Méthodes de relaxation - Niveau I - 17 au 2103 NIMES
- Relaxations adaptées pour enfants et adolescents agités, émotifs, agressifs 24 au 2803 PARIS
- Les techniques de massage non médicalisé dans le soin infirmier : une autre approche du soin 24 au 2803 LA ROCHELLE

PSYCHOLOGIE

- Traumatismes et processus de résilience chez l'enfant et l'adolescent 17 au 2103 PARIS
- L'enfant et le groupe 17 au 2103 LA ROCHELLE
- Les souffrances à l'école 17 au 2103 LA ROCHELLE
- L'agressivité - La violence. Travailler à partir du passage à l'acte 24 au 2803 LA ROCHELLE
- Fonction parentale et nouvelles configurations familiales 3103 au 0404 PARIS
- La dépression chez l'enfant et l'adolescent 07 au 1104 PARIS
- La violence chez l'enfant et l'adolescent 07 au 1104 LA ROCHELLE
- "Fugue, vol, mensonge", la trilogie de l'adolescent 12 au 1605 LA ROCHELLE

COMMUNICATION, EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE

- Approche d'autres cultures pour communiquer  
Module I : Maghreb, Harkis, Turquie, Kurdes, Afrique, Comores 10 au 1403 PARIS
- La maîtrise de soi par la respiration. "Agir au lieu de réagir" - Niveau I - 17 au 2103 LA ROCHELLE
- La voix dans la qualité de la communication et de la relation professionnelles 17 au 2103 LA ROCHELLE
- La communication sereine et sans violence 3103 au 0404 LA ROCHELLE
- Analyse de l'écoute dans la communication et l'entretien 07 au 1104 TOULOUSE
- Prévenir le conflit ou le résoudre par la coopération. Transformer les relations 16 au 2006 PARIS



## Sommaire

|                               |             |
|-------------------------------|-------------|
| - Editorial                   | P.3         |
| - Activités-Rencontres        | P.4, P.12   |
| - Missions                    | P.13 à P.22 |
| - FSU                         | P.23        |
| - Profession                  | P.24 à P.25 |
| - Carrière-Salaires           | P.26 à P.27 |
| - CAPN                        | P.28 à P.29 |
| - Retraite-pénibilité         | P.30 à P.32 |
| - Pénibilité dossier CNI      | P.33 à P.37 |
| - Bulletin de Syndicalisation | P.38        |
| - Joindre vos responsables    | P.39        |

En cette fin d'année 2013, les négociations sur l'avenir de nos missions à l'Education nationale sont officiellement engagées.

La volonté affichée par le cabinet de clore rapidement les travaux (avant mi-février) ne peut masquer sa difficulté à rendre compatible deux approches de la santé qui ont des conséquences sur le rôle des professionnels de santé dans le système éducatif.

Les blocages, qui demeurent pour acter d'un cadre institutionnel à l'intérieur duquel les missions seront définies, révèlent l'existence de points de vue antagonistes en termes d'organisation, de hiérarchie et de nature du soin infirmier.

Le SNICS pour sa part a fait le choix de rendre compte du contenu de l'ensemble des audiences menées depuis un an (MEN, sénat, assemblée nationale) tout en organisant également la consultation dans la profession.

Chaque infirmière peut suivre ainsi l'évolution des discussions et se faire sa propre idée sur ce qui se joue pour son avenir dans le système éducatif.

N'oublions pas qu'au même moment, le projet de loi de « modernisation de l'action publique » a mis en lumière la volonté de certains élus de récupérer le secteur de la « santé scolaire ».

En l'état actuel, l'article 2 de ce projet de loi permet toujours la délégation de compétences de l'Etat vers les collectivités territoriales, dispositif considéré « plus souple » par la Ministre de la Fonction Publique Marylise Lebranchu. Alors rien n'est joué pour l'avenir de la profession!

C'est donc en toute responsabilité que le SNICS organisation majoritaire appelle toutes les infirmières à se mobiliser massivement le jeudi 9 janvier 2014 à Paris pour « aider » le Ministre de l'Education nationale à trancher en faveur de missions infirmières au service de la réussite scolaire des élèves et des étudiants.

En attendant, prenez des forces et passez de joyeuses fêtes de fin d'année !

Béatrice gaultier

Bulletin du syndicat national des Infirmier(e)s  
Conseiller(e)s de Santé  
46 avenue d'Ivry, 75013 Paris  
Tél. 01 42 22 44 52 - Fax 01 42 22 45 03  
snics@wanadoo.fr  
Site [www.snics.org](http://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  
Site : [www.comdhabitude.fr](http://www.comdhabitude.fr)

Voici un flash code qui vous permet d'accéder directement au site du SNICS en le scannant avec votre téléphone portable.

Pour pouvoir l'utiliser avec votre smartphone, Iphone ou Blackberry, téléchargez une application qui scanne les flash codes.

A bientôt sur le site du SNICS : [www.snics.org](http://www.snics.org) !



contact

# Activités-Rencontres

## MISSIONS - Le SNICS et le SNIES écrivent au du Ministre

Paris le 14 octobre 2013  
Vincent Peillon  
Ministre de l'Education Nationale  
54 rue de Bellechasse  
Paris 75013

Monsieur le Ministre,

Nos deux organisations syndicales le SNICS-FSU et le SNIES UNSA Education souhaitent vous faire part des éléments essentiels que nous partageons dans l'orientation de la santé à l'Ecole et que nous nous engageons, à l'occasion des négociations sur les missions des infirmières, à défendre au nom des 95% d'infirmières de l'Education nationale que nous représentons.

Dans le cadre de l'ouverture du chantier sur les missions des infirmières de l'Education nationale, vous nous avez fait parvenir les conclusions d'un groupe de travail, piloté par la DGESCO. Ces travaux suscitent bien des interrogations, quant à la place réservée aux personnels infirmiers et à leurs missions.

Tout d'abord, comme vous vous y étiez engagé auprès de la profession, Monsieur le Ministre, nous souhaitons que le chantier qui s'ouvre sur nos missions, s'engage sur la base des textes de 2001, à savoir, un texte de politique générale sur une orientation de la santé intégrée au projet éducatif. Pour compléter ce texte, deux textes séparés pour les deux professions de santé qui interviennent spécifiquement.

A partir de ce cadre, nous demandons que soit réaffirmée la responsabilité du ministre de l'Education nationale dans le pilotage, l'organisation, l'évaluation, et la totale compétence à l'égard des personnels infirmiers. La structuration de la profession infirmière doit se calquer nécessairement sur la structuration propre à l'Education nationale notamment les structures hiérarchiques. Nous demandons, par conséquent, le maintien de la hiérarchie administrative par le chef d'établissement.

D'autre part, dans un souci de cohérence et d'efficacité, nous réaffirmons que le pilotage par l'éducation nationale exclue l'existence de donneurs d'ordre extérieurs au système éducatif, ce qui ne remet pas en cause le travail de coopération.

D'autre part, sur le volet plus spécifique des missions des infirmières, nous défendons la nécessité d'une formation d'adaptation à l'emploi, qualifiante et validante, sous la responsabilité de l'université.

En revanche, nous sommes opposés à la confusion des missions qui doivent restées conformes à la loi et la réglementation de chaque profession et à ses qualifications. A cet égard, les PAI relèvent de la responsabilité des médecins.

Enfin, nos deux organisations s'opposent à la proposition faite par le groupe DGESCO de concevoir des « protocoles aux spécificités des territoires... ». Alors que la loi vient de réaffirmer les niveaux de responsabilité, nous n'y voyons pas l'amélioration apportée à la santé des élèves.

Nous vous remercions d'avance pour l'attention que vous porterez à l'expression des organisations syndicales représentatives des infirmières de l'Education nationale, à l'approche de l'ouverture des négociations sur leurs missions.

Dans l'attente, nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de notre considération distinguée.

B.Gaultier

B.Accart

# Activités-Rencontres

## MISSIONS - Le SNICS et le SNIES écrivent au Conseiller du Ministre

Paris le 9 novembre 2013  
Marc-Pierre Mancel  
Conseiller Santé de Vincent Peillon  
Ministre de l'Education Nationale  
54 rue de Bellechasse  
Paris 75013

Monsieur le Conseiller,

Nos deux organisations sommes toujours en attente de la note que vous vous étiez engagé à nous remettre avant le fin du mois d'octobre.

Alors que la DGESCO s'est déjà positionnée en rompant, en grande partie, avec les textes de 2001, au travers du document que vous nous avez remis, nous vous demandons instamment de nous faire connaître la position du Ministre, quant à l'orientation qu'il a retenue, pour la politique de santé de l'Education Nationale et sa gouvernance.

Compte tenu du calendrier de plus en plus contraint, nous attendons cette réponse avant la fin du mois de novembre.

Pour les représentants de la profession infirmière, ce qui doit permettre de débiter les négociations, c'est bien la réaffirmation, d'emblée, d'une orientation générale de la politique de santé qui reprend l'esprit du texte de 2001.

Des questionnements, voire des doutes de plus en plus nombreux remontent du terrain. Aussi, sans reprendre les termes déjà développés dans notre courrier commun du 14 octobre, nous souhaitons pouvoir compter sur un arbitrage politique fidèle aux engagements pris en direction des infirmières de l'Education nationale.

Dans l'attente, nous vous prions de croire, Monsieur le Conseiller, à l'assurance de notre considération distinguée.

B.Gaultier

B.Accart



# Activités-Rencontres

## SAGESSE - Le SNICS au Conseiller du Ministre

Béatrice Gaultier  
Secrétaire générale

Paris le 21 octobre 2013

Nationale,

Marc-Pierre MANCEL  
Conseiller Santé du Ministre de l'Education

54 rue de Bellechasse  
75013 Paris

Monsieur le Conseiller,

Nous avons eu connaissance de l'organisation, par la DGESCO, d'un groupe de travail chargé de faire des propositions d'évolution du logiciel SAGESSE.

Or l'outil SAGESSE doit permettre d'appréhender les demandes et les besoins des élèves à travers les missions des infirmières. La circulaire n°2003-035 du 27 février 2003 prévoit les remontées de l'activité de l'infirmière au regard des missions qui lui sont confiées, à la fin de chaque année scolaire. Elle rappelle les finalités de ce « cahier de l'infirmière ». Il s'agit en effet de disposer d'un outil de suivi de l'état de santé des élèves, ce qui suppose l'obligation de réaliser des statistiques annuelles à l'image de ce cahier.

Le modèle national est composé de deux volets. Le volet n° 1 « actes et suivis infirmiers » est destiné à répertorier tous les actes infirmiers consécutifs à l'accueil à l'infirmerie et au suivi de l'état de santé des élèves. Le volet n°2 permet à l'infirmière de rendre compte de ses actions éducatives, de recherche et sa participation aux dispositifs adaptés aux réunions et aux formations.

Jusqu'à ce jour, la DGESCO a toujours refusé de produire les analyses statistiques de SAGESSE en dépit de la réglementation.

Nous pensons qu'il est vraiment prématuré de repenser cet outil sans le lier, comme il doit l'être, aux missions des infirmières de l'Education nationale.

Aussi, nous pensons que ce groupe de travail n'a pas lieu d'être et nous vous demandons, Monsieur le Conseiller de bien vouloir intervenir pour ajourner ce travail engagé par la DGESCO.

A ce propos, là encore, nous avons découvert dans la composition de ce groupe certains infirmiers conseillers techniques qui prétendent s'exprimer en lieu et place de la profession .

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de croire, Monsieur le Conseiller, à l'assurance de ma considération distinguée.

B.Gaultier

# Activités-Rencontres

## Missions Audience au Cabinet du Ministre

Compte rendu du 2 octobre 2013 audience du SNICS chez Marc-Pierre Mancel.

Délégation du SNICS : C. Allemand et B. Gaultier

M-P Mancel nous remet la note de la DGESCO qui révèle sans surprise la conception de la santé et surtout la place que ce groupe de travail voudrait voir réservée à la profession infirmière.

Cette note préconise notamment de continuer à détourner la loi sur les visites des 6 ans et revenir plus globalement sur une structuration en service avec une subordination des infirmières aux médecins et aux ICT.

Rien d'étonnant quand on découvre la composition de ce groupe de travail piloté par la DGESCO....

D'emblée le conseiller nous assure que le cabinet ne tient pas compte de cette note pour introduire les discussions sur nos missions.

Il confirme que Bernard Lejeune, conseiller social du cabinet, lui laisse carte blanche pour conduire les négociations.

Nous réaffirmons notre volonté au SNICS de conserver trois textes pour la Santé à l'Ecole : le 1ER sur la politique de Santé qui réaffirme l'orientation politique liant la santé à la

réussite scolaire et organisant la structuration qui en découle, et deux autres textes pour les professionnels de santé qui interviennent spécifiquement, infirmières et médecins.

Nous lui remettons les conclusions de la consultation de la profession qui rappelle la conception que les infirmières ont de leur rôle dans le système éducatif.

Elles rappellent majoritairement la nécessité du travail en équipe éducative et pédagogique ainsi que leur refus de toute hiérarchie autre que la hiérarchie administrative du chef d'établissement.

M-P Mancel rappelle les modalités qu'il veut mettre en place : des rencontres bilatérales, le respect du cadre légal donné par la loi de refondation et des discussions sur la base de la circulaire de 2001.

Il précise la volonté du gouvernement de maintenir un pilotage national de la santé à l'Ecole en réponse à nos questionnements sur le vote de l'amendement en juillet dernier dans le projet de loi de décentralisation.

Il réaffirme également son souci de faire respecter la loi concernant les visites médicales des enfants de 6 ans en s'engageant à rappeler dès la prochaine conférence des recteurs que ces visites médicale concernent exclusivement les médecins.

Il annonce quelques pistes de réflexion : place des psychologues dans le premier degré, comment formaliser le pilotage de l'infirmière en matière d'éducation à la santé dans le second degré, quelle prise en charge, par l'infirmière, du niveau charnière de la scolarité, à l'entrée en 6ème, quelle place des conventions avec l'ARS, quelle formation ?

Le SNICS souhaite voir préciser en effet la coordination et les complémentarités avec les partenaires de l'Ecole.. Ces conventions avec les ARS ne doivent pas détourner les missions de l'Ecole, contrairement à ce que l'on peut voir sur le terrain et se transformer en donneurs d'ordres pour des objectifs extérieurs à l'Ecole.

La question de la formation d'adaptation à l'emploi évoquée par le conseiller en suggérant de renforcer cette formation en lien avec l'ENSP de Rennes.

Nous lui rappelons que nous avons des propositions pour une formation qualifiante et validée par l'université.

M-P Mancel s'engage à fournir une note de départ à chaque syndicat et un calendrier de travail dans les prochaines semaines.

Béatrice Gaultier



# Activités-Rencontres

## MISSIONS - Le SNICS à l'Assemblée Nationale

**Compte rendu du 13 novembre 2013 audience du SNICS chez Martine Pinville députée, membre de la commission des affaires sociales à l'assemblée nationale**

Présents pour le SNICS : Christian Allemand et Béatrice Gaultier.

A notre demande, nous avons rencontré Martine Pinville, à l'origine du rapport du début novembre 2012, préconisant la création d'un corps interministériel pour les infirmières de l'EN.

Nous savions que Martine Pinville continuait à suivre le dossier de la Santé à l'Ecole et qu'elle entretenait des contacts réguliers avec M-P Mancel.

Aussi, nous avons pensé indispensable de lui faire connaître le point de vue du SNICS sur la Santé à l'Ecole.

### Médecine scolaire

**Martine Pinville a tenté de justifier l'intérêt qu'elle porte à la « médecine scolaire »** en rappelant la succession de rapports depuis 2011 sur le sujet, jusqu'à l'introduction de la Santé à l'Ecole dans la nouvelle stratégie santé de Marisol Touraine, ministre de la santé et des affaires sociales.

Elle a souligné sa réelle préoccupation pour la santé des enfants et des adolescents et son souhait d'améliorer la politique de santé les concernant.

Nous lui avons rappelé tout d'abord la représentativité du SNICS chez les infirmières de l'Education Nationale et l'orientation de la santé que notre organisation syndicale a défendue depuis sa création.

A savoir, une orientation de la santé comme condition préalable à la réussite scolaire dont « l'échelon établissement » est bien le lieu de mise en synergie de la politique de santé dans l'Education Nationale.

Afin d'éclairer les raisons qui expliquent les différences de position des personnels de santé (médecins et infirmières), nous nous sommes attardés sur l'historique des deux conceptions de la santé qui s'opposent dans l'Ecole et leurs conséquences sur la nature du soin infirmier.

### Quelle hiérarchie ?

Pour compléter cette présentation, elle nous a questionnés sur la position des infirmières à l'égard d'une possible hiérarchie médicale et les raisons de notre opposition.

Nous avons tenté de démontrer la nécessité de mieux redéfinir au sein de l'Ecole les niveaux de responsabilité, articulant l'orientation de la politique de santé du Ministre avec la stratégie plus globale qui relève du ministère de la santé, sans pour autant déconnecter les missions des infirmières de leur contribution à la réussite scolaire.

Nous lui avons redit la non pertinence de la position d'expert, extérieure aux réalités auxquelles nous sommes confrontés au quotidien.

Nous avons bien expliqué la nécessité de construire les projets de santé à partir de l'analyse des besoins exprimés par les élèves, ce qui ne peut se faire sans un travail au sein de l'équipe éducative et pédagogique. (rappelé sans ambiguïté par les collègues lors des résultats de la consultation que nous lui avons remis)

### SAGESSE

Cette audience fut l'occasion également de faire connaître l'existence du cahier de l'infirmière dont les statistiques ont été complètement écartées par la DGESCO depuis près de 10 ans, alors qu'elles constituent un précieux outil de suivi de l'état de santé des élèves.

Nous lui avons remis notre analyse des statistiques 2010-2011 et la circulaire 2003 de Jean-Paul de Gaudemar sur la réglementation du logiciel SAGESSE.

Aujourd'hui, lors d'une audience qui a duré une heure, nous avons principalement évoqué le soin individuel, le conseil auprès du chef d'établissement et commencé à aborder les conditions nécessaires pour construire les projets au niveau du collectif.

Puis, nous avons terminé notre propos sur la nécessité d'une gouvernance de la politique de santé adaptée aux objectifs du système éducatif.

A priori, disposée à « faire bouger » sa vision médicalisante sur la Santé à l'Ecole, elle nous propose de nouvelles rencontres, dès la semaine prochaine, au siège du parti socialiste, pour approfondir le sujet à partir des propositions du SNICS.

Il nous semble que cette rencontre a permis de questionner les conceptions de départ sur la santé à l'Ecole qui lui semblaient des points de vue dominants. Nous devons cependant restés très vigilants quant aux effets, que cette rencontre aura, sur le dossier de nos missions à l'Education nationale.

Béatrice Gaultier





# Activités-Rencontres

## Le SNICS à la DGRH

### Compte rendu audience DGRH du 6 novembre 2013

Pour la DGRH : Geneviève Guidon (DGRH adjointe) Frédérique Gerbal, Lionel Hosatte, Nathalie Lawson

Pour le SNICS : Christian Allemand et Béatrice Gaultier

### Suivi du A :

Le SNICS rappelle la nécessité de faire le suivi, au niveau national, des promotions au hors classe de la liste des collègues en classe sup avant le reclassement en A, afin de garantir la fusion des 2 classes du premier grade dès que possible et rétablir une réelle homothétie de carrière avec les collègues des autres fonctions publiques.

### La réponse de madame Guidon est particulièrement surprenante.

En effet, sur la défensive, elle nous renvoie à une intervention au niveau du cabinet pour faire prendre en compte désormais ce que nous demandons depuis la sortie de ce décret transitoire et elle s'appuie pour cela sur les ....négociations qui vont s'ouvrir sur nos missions ?!

Elle précise en outre que le délai de 10 ans pour la fusion ne devrait pas être raccourci...en dépit des engagements de promouvoir 236 collègues/ an concernées par les promotions ?

Cette réponse ne nous convient pas car elle remet en cause ce que l'arbitrage avait permis et « marquer dans le marbre » par le « bleu » (*Budget*).

De plus, elle laisse la porte ouverte à des inégalités grandissantes dans la carrière entre les infirmières des différentes FP.

### Détachement dans la catégorie B.

Pour les collègues de la FPH (catégorie B) qui souhaitent intégrer l'éducation nationale, le SNICS demande que soit privilégié le concours, car nous précisons que c'est l'intérêt de l'Institution et des collègues (qui perdent la catégorie active au moment de leur intégration à l'Education nationale).

Nous rappelons que le maintien de 2 corps dans des catégories différentes s'apparente à une inégalité de traitement pour des missions et niveaux de responsabilités identiques. Le maintien du corps de B pose en outre le problème de gestion des mutations inter-académiques.

Nous réitérons notre demande de conserver un seul corps en A en intégrant les 70 collègues du B dans le corps des 8000 autres collègues.

### Projet de circulaire de gestion.

Nous demandons quelles sont les propositions du SNICS qui ont été retenues pour l'écriture de la prochaine circulaire liée aux

carrières des personnels ATSS.

Madame Gerbal nous précise que la circulaire présente l'objectif de plus de cohérence, qu'il y a eu beaucoup de contributions de la part des organisations syndicales et que la circulaire est à l'arbitrage. Ce qui veut dire que nous découvrirons au moment de sa publication ce qui aurait été retenu.

### Régime indemnitaire : Finalement Zéro mesure catégorielle pour les infirmières !

Bien que « gênée aux entournures », Geneviève Guidon nous annonce que le dispositif indemnitaire de la partie fonctionnelle (PF) étant remplacé par l'IFEFP, tout régime spécifique est remis en cause.

Ce qui signifie que les engagements que le MEN puis la DGAFP avaient pris pour examiner un régime propre aux infirmières est reporté et devrait être examiné dans le cadre de l'IFEFP.

Bien qu'à la CAPN le matin, un des membres de l'administration nous ait transmis le nom d'un interlocuteur à la DGAFP, senser travaillé sur le régime des personnels logés, nous déplorons la remise en cause des engagements que Bernard Lejeune au cabinet puis Madame Guidon avaient pris en janvier 2013 sur le dossier de l'internat ....qui était, par ailleurs, la seule réponse dans le dossier des mesures catégorielles pour les infirmières.

### Aujourd'hui , nous sommes au point mort, après des années d'engagements NON TENUS pour l'internat!

Rien non plus bien sûr sur le différentiel avec les autres personnels de grille indiciaire similaire... !!

### Dossier Mayotte :

Nous rappelons notre opposition au cadre de la BIEP pour traiter les mutations des infirmières. (voir déclaration CAPN)

Lionel Hosatte annonce la réflexion en cours au MEN sur la durée des séjours et prévoit un allongement avec une garantie de retour dans les académies.

Il nous annonce par ailleurs le mouvement des personnels suite aux annonces de fiscalisation des primes.

Le SNICS précise qu'il n'est pas favorable à des dispositifs de type double carrière qui pourraient conduire in fine à des inégalités de carrière importantes entre les personnels. Il s'agit pour cela de conserver un temps de séjour raisonnable.



Béatrice Gaultier

# Activités-Rencontres

## MISSIONS - Le SNICS au Cabinet du Ministre

**Compte rendu de l'audience du SNICS chez Marc-Pierre Mancel 26 novembre 2013.**

Nous rencontrons à nouveau le cabinet, alors que le SNIES a été reçu le matin même.

Manifestement, le conseiller santé cherche encore à retarder le moment où il devra se prononcer sur la gouvernance et la décliner dans les détails.

Pour cette raison, il préfère commencer par aborder le volet formation et rappelle que, suite au passage en catégorie A, les infirmières doivent bénéficier d'une formation au même titre que les tous les cadres de l'Education nationale.

Il propose la constitution d'un groupe de travail composé des représentants syndicaux pour discuter sur le contenu de la formation en lien avec l'ESEN et l'ENSP

**Puis s'engage à nouveau une discussion sur les pistes « possibles » :**

Après nous avoir dit que : *“dans l'institution tout le monde se fout de la santé”*, il tente de nuancer en affirmant la volonté politique de Vincent Peillon qui devrait faire des « annonces » autour de mars-avril.

Selon lui, l'objectif est d'accéder à une nouvelle façon de penser la santé, une façon plus « moderne »

**Est-ce que quand c'est « moderne », c'est mieux ?!**

Pour lui, il faut faire de la pédagogie et surtout apprendre aux gamins à ne pas consommer de médocs parce que pour lui et pour tout le monde..., la santé à l'Ecole c'est de la médecine préventive..... !!

**Concernant le pilotage**, il nous redit l'hypothèse d'une sous direction au niveau national, composée de plusieurs membres: médecin, infirmière, assistante sociale, psychologue.

Nous pensons qu'il est inutile de créer une nouvelle sous direction santé mais plutôt d'ancrer plus la santé dans la direction vie scolaire déjà existante, afin que la santé ne soit pas déconnectée des objectifs du système éducatif. Nous n'avons pas de réponse...

**Au niveau rectoral**, il nous propose à nouveau d'attribuer au proviseur vie scolaire un rôle de coordonnateur du projet santé.

**Sur la hiérarchie**, s'il accède sous notre

pression de ne pas revenir sur la hiérarchie administrative du chef d'établissement, il continue cependant à avancer la notion de lien fonctionnel et opérationnel, d'organisation matricielle et transversale.....

Dans cette succession de pistes, il glisse quand même que les médecins, dont les missions seront définies en fonction de la politique de santé publique, doivent arriver en bout de chaîne.....

Cela nous rappelle singulièrement les positions défendues lors de la concertation sur la loi de refondation. Qui fait le travail avant ?????!

**Logiciel SAGESSE.**

Nous abordons cette question suite au constat qu'il fait de la carence de l'Education nationale sur le volet épidémiologique pourtant nécessaire selon lui pour renseigner les pouvoirs publics sur l'état de santé des « enfants ».....

Nous rappelons une fois encore l'absence de volonté de la DGESCO de mettre en œuvre les remontées statistiques qui permettraient de renseigner sur l'évolution de l'état de santé des élèves.

A ce propos, nous nous étonnons de la tenue du groupe de travail DGESCO sur le logiciel SAGESSE alors que les travaux sur les missions ne sont même pas entamés ?

Sa réponse nous surprend car il tente d'affirmer que ce groupe de travail ne compte pas pour le cabinet ?

Mais le plus grave selon nous, c'est qu'il considère que faire l'analyse statistique du logiciel SAGESSE présenterait un coût important.....ce que nous contestons en démontrant le contraire.

En revanche, en fin de séance, il annonce que le MEN est prêt à financer pour chaque infirmière un matériel d'une valeur de 1000 euros (audivérificateur...).

Le SNICS réaffirme sa volonté de voir engager la première séance de négociations, à partir du texte d'orientation sur la santé de 2001 (circulaire 2001-012).

**En conclusion**, il ne nous révèle pas vraiment le fil conducteur de sa politique de santé et il donne plutôt l'impression de sonder les organisations syndicales par touches successives pour arriver à ses fins...Il nous redit encore qu'il veut aller très vite !!

A suivre..

Béatrice Gaultier



# Activités-Rencontres

## MISSIONS - Le SNICS au Cabinet du Ministre

**Compte rendu du 4 décembre 2013**  
**audience intersyndicale SNICS et SNIES**  
**chez Mar-Pierre Mancel.**

Présents pour le SNICS : Christian Allemand et Béatrice Gaultier

Pour le SNIES : Brigitte Accard et Béatrice Martinez.

Marc-Pierre Mancel s'emporte contre le SNICS en nous parlant de la mobilisation du 9 janvier.

Il est en possession de notre document d'analyse de la dernière audience et nous accuse de mentir à nos collègues.

Un grand moment d'affrontement s'établit au cours duquel il dit ne pas craindre la pression, bien au contraire.

Il nous dit que la production de la DGESCO, il n'en tiendra pas compte comme il nous l'a déjà dit, qu'il n'aurait pas du nous donner ce document, que le rapport Pinville n'est pas un rapport commandé par le gouvernement mais réalisé par Martine. Pinville avant que le gouvernement ne soit installé.

Il nous affirme ne pas en tenir compte et que ce rapport parle trop des médecins,

mais sur les corrélations que nous avons trouvé entre ces deux documents bien entendu, il ne s'explique pas.

Il nous accuse de mentir et de ne pas comprendre, les infirmières resteront sous la hiérarchie administrative des chefs d'établissements.. ! Qu'il n'y aura jamais de tutelle des médecins sur les IDE .

Il nous dit vouloir travailler en premier sur un texte spécifique sur la gouvernance de la santé à l'école et ensuite des textes sur les missions avec des objectifs quantifiables et réalisables.

**Ensuite il nous présente son idée mais... toujours pas de texte !** car, nous dit-il , il nous appartient de faire des propositions écrites (que nous avons déjà faites et qu'il a royalement ignorées) et qu'ensuite il fera la synthèse des propositions des deux syndicats écriront puis la synthèse des médecins , des AS etc....

**Cependant il réaffirme son idée de la gouvernance :**

Une sous-direction à la DGESCO chargée uniquement de la santé.

Le SNICS fait la proposition de renommer

l'actuelle sous-direction de « *la vie scolaire, des établissements et des actions socio-éducatives* », en y ajoutant « *et de la santé à l'école* » ?

Ce qui permet de conserver, selon le SNICS, l'ancrage de la santé intégré à la vie scolaire. Oui pourquoi pas mais pas si simple.. !

Pour lui, ce doit être un projet « *transversal* » sans hiérarchie entre les professionnels de santé, au sein de la DGESCO.

Sa composition : un pilote, un coordinateur, un chef de projet opérationnel.

Cette sous-direction aurait pour mission d'écrire les priorités et recommandations en matière de santé à l'école, définir la place dans ces projets des différents intervenants, faire le lien avec le ministère de la santé, préparer les conventionnements avec les ARS, il fait beaucoup référence au conventionnement de l'île de France.

Pour lui on y parle de santé et non des personnels. Il y aurait des représentants des infirmières (actuelles ICT) médecins, AS, copsy et pourquoi pas..... Au fil de la discussion, un CPE.

**Au Niveau rectoral.**

Idem, mais sous la coupe du Proviseur Vie scolaire (PVS) au sein de la cellule Vie scolaire. Il y aurait des responsables opérationnels de projet qui ne seraient pas des supérieurs hiérarchiques.

Des responsables opérationnels du parcours de santé de l'élève, puisque la loi le définit. (responsables opérationnels qui préparent à la création de fonctionnalité entre les infirmières !!!)

Il y aurait bien entendu une infirmière au sein de ce pool rectoral avec médecin et AS et vie scolaire.

Selon lui l'infirmière est le pivot de la santé à l'école.

Quant aux missions des infirmières, il parle principalement du premier degré mais en se mélangeant les pinceaux avec l'entrée au collège (qu'il voit toujours à 9 ans) qui pourrait être le moment d'un examen infirmier, dont le contenu pourrait être défini par décret comme le prévoit la loi.

**Quant à la visite médicale des 6 ans !**

Les médecins n'étant pas assez nombreux selon lui, un décret prévoira que cet examen soit réalisé en priorité par les MEDECINS DE FAMILLE et pour les enfants qui n'auront pas été vus éventuellement par le médecin de l'éducation nationale si l'infirmière les lui signale.

En effet il propose que l'infirmière regarde



# Activités-Rencontres

## MISSIONS - Le SNICS au Cabinet du Ministre

tous les dossiers médicaux et, qu'ensuite, elle oriente l'élève en fonction de ce qu'elle pensera devoir être suivi par le médecin EN ou pas, avec bien sur le travail administratif qui va avec.

Nous qui n'avions plus la gestion des dossiers médicaux et des machines dangereuses nous voilà bien « barrées ».

Pour lui, il faut définir nos missions autour de grands pôles et non plus une liste à la Prévert (c'est de cette façon qu'il qualifie le texte de nos missions de 2001). Réponse à l'urgence, consultation infirmière etc.. à nous de faire des propositions. (que nous avons déjà faites depuis longtemps dans les grandes lignes)

**La santé publique, ce sera de la compétence des médecins qui seront eux les interlocuteurs des ARS.** « *Vous comprenez, entre médecins ils se comprendront !* »

De là à dire, que ce sera à ce niveau que seront définies les priorités, on aura beau être le pivot ... ! Mais le pivot d'une dent foutue bonjour les dégâts ! Ce seront eux, selon lui qui assureront la coordination santé publique entre les rectorats et les ARS, ils seront les référents en santé publique.

Marc-Pierre Mancel parvient sans difficulté à nous opposer à l'autre syndicat présent qui acquiesce à l'idée d'une sous direction médico-sociale et d'une structuration qui laisse une place prépondérante aux infirmières conseillères techniques.

Nous affirmons que pour le SNICS, on doit d'abord définir à ce qui est fonctionnel dans une gouvernance cohérente et que dans le projet présenté ce serait incohérent au risque de créer à nouveau des hiérarchies parallèles.

Nous disons ne pas être opposés à ce qu'au sein de la cellule Vie scolaire du rectorat, il y ait plusieurs infirmières pour les académies où il y a de gros départements, avec par exemple plus de 300 IDE. Au final, une fois encore, Mancel ne tranche pas et tente de ménager les deux parties.

Il nous présente le calendrier. Il faut que des propositions soient rédigées pour la mi-février, date début des groupes de travail sur les métiers.

**Il nous brosse dans le sens du poil en parlant, une fois encore, de son projet de formation des IDE à l'EN.**

Cette formation pourrait être organisée sous une triple tutelle avec conventionnement.

Un DU avec comme chef de file l'École de santé Publique de Rennes, ESEN école formation des cadres de l'EN et ...peut-être

les nouveaux IUFM. (ESPE)

Pour ceux qui sont déjà en poste, ce pourrait être une qualification via le dispositif de formation continue.

Mais, attention nous dit il, rien n'est encore décidé c'est juste une idée qu'il a et il consulte en ce moment sur ce sujet..... !

La prochaine réunion aura lieu début janvier et il nous demande de lui faire parvenir nos propositions sur :

- La réorganisation/ structuration d'une sous direction à la DGESCO en charge de la santé des élèves en lien avec la réussite scolaire.

- Des propositions de gouvernance et de structuration entre Ministère/Rectorat/ Département ou pas/ Etablissement.

- Des propositions de structuration et de contenu de la formation qualifiante, validante.

- Des propositions sur le parcours de santé de l'élève.

- Des propositions de missions des IDE, notamment dans le premier degré.

## Au SNPDEN

Nous étions reçu à notre demande par la Direction du SNPDEN, syndicat majoritaire chez les personnels de direction.

Bien que ce syndicat appartienne à la fédération de l'UNSA, nous avons souvent mené des réflexions avec eux qui ont, par exemple, abouti à la rédaction commune de la fiche de poste des infirmiers de l'éducation nationale.

Nous souhaitons les rencontrer pour aborder avec eux le problème de la "gouvernance" de la santé à l'école.

La place de l'infirmière au sein de cette "politique de santé" et les risques que nous voyons dans les propositions orales du cabinet du ministre, notre analyse du rapport Pinville ainsi que notre analyse des conclusions du groupe de travail de la DGESCO.

Le SNPDEN, partage notre analyse sur la place de l'infirmière dans le système scolaire, le lien étroit de ses missions avec la réussite scolaire des élèves.

Pour eux il ne saurait être question que leur prérogatives en matière de santé à l'école soient rognées.

Il est convenu que nous préparions une intervention commune auprès du cabinet du ministre.

C.A



# MISSIONS

## Les propositions de la DGESCO 7 Octobre 2013

Composition du groupe de travail  
ICT = 3 / Medecins CT=3 / AS CT= 3  
Copsy =2 / DASEN,IEN =2  
Proviseur =1 / Administratifs DEGESCO

Titre

Mettre en œuvre une coordination de l'action des différents personnels et un pilotage identifié de l'accompagnement des élèves.



### Propositions DGESCO

a/ développer un pilotage académique : 2 options possibles

**1/pilotage dans le cadre d'un pôle éducatif par un IA-IPR (CESC académique) dont la santé et le social seraient une des composantes : expérimentation possible dans quelques académies qui travaillent déjà dans cette dynamique.**

#### Commentaires du SNICS:

Cette option aurait l'avantage de lier plus étroitement santé des élèves et réussite scolaire tant dans la conception, la réalisation que l'évaluation de la santé à l'école.

Ce choix ancrerait la réalité des actions à mener dans le cadre d'une équipe pédagogique et éducative qui refléterait celle des établissements scolaires. Mais à la seule condition que ce soit un IA IPR vie scolaire ou mieux auprès du Proviseur Vie scolaire qui en assurerait la responsabilité et non un médecin ou un autre professionnel de santé.

Cette option VS aurait également l'avantage non négligeable de mettre fin aux pseudo hiérarchies professionnelles des ICT que nous voyons actuellement dans certaines académies, éloignerait également la fonctionnalisation hiérarchique des niveaux ICT et ICTR. Par ailleurs la logique institutionnelle qui veut que ce soit l'établissement qui soit le niveau opérationnel de la santé des élèves, avec des IDE conseillers techniques du chef d'établissement serait en miroir au niveau académique.

Les PVS (Proviseurs Vie Scolaire) sont des proviseurs nommés pour une durée de 3 ans sur ces postes, ensuite ils retournent sur le terrain. Cette spécificité, voulue par les chefs d'établissements, permet d'éviter toute velléité hiérarchique entre les proviseurs et d'autre part est un gage d'une grande proximité et donc de faisabilité avec le terrain.

Le lien avec le CESC académique est sensé exister actuellement mais il n'est manifestement pas opérationnel.

Des expérimentations ponctuelles ne nous semblent pas souhaitables, car trop empreintes de dérives possibles sans que les instances habituelles de contrôles académiques et nationales puissent les évaluer.

Nous pensons qu'il vaut mieux concevoir un dispositif calqué entièrement sur les structures de l'éducation nationale y compris dans les systèmes d'évaluation, de contrôle et de débat. (CTA, CTM, VCAP, CHS )

Ce qui manque cruellement actuellement est l'absence de « rendu-compte » dans toutes les instances de la santé des élèves alors que les textes l'obligeant existent ainsi que les outils. Ex SAGESSE etc...

Ce qui fait défaut c'est plutôt le manque d'une volonté politique de faire exister cette dimension. Il faudrait plutôt rendre la réglementation plus contraignante en ce domaine.

**2/Pilotage par projet selon les priorités de l'académie (ex : absentéisme, parentalité, violence....)**

#### Commentaires du SNICS:

Cette option pose beaucoup de questions et notamment celle du « chef de projet » et de sa capacité à « disposer » des personnels. Se pose également la question de qui définit les priorités des projets, leur conception, sur quelle analyse des besoins? etc...

Cette conduite par projet pourrait conduire à une multiplication de pseudo hiérarchie et entraînerait ainsi une perte de lisibilité des actions en les déconnectant des besoins des élèves et des établissements.

Nous connaissons actuellement ce genre d'injonctions qui sont souvent très éloignées des acteurs de terrains et des réels besoins des populations (exemple ROR, IMC etc).

S'il s'agit de faire travailler différents professionnels autour de problématiques singulières, particulières ou générales, la première option nous semble plus opérationnelle à la condition que tous les personnels de l'établissement soient concernés sans rajouter de strate hiérarchique ou pseudo-hiérarchique supplémentaire semblable à un mille feuilles .

D'autre part, le pilotage par projet ne donne aucun gage, bien au contraire, sur le fait que ce soit l'éducation nationale qui reste « le patron » de la santé à l'école.

# MISSIONS

## Les propositions de la DGESCO 7 Octobre 2013

Mettre en œuvre une coordination de l'action des différents personnels et un pilotage identifié de l'accompagnement des élèves. *suite*

*En effet, dans le pilotage par projet, nous pourrions ainsi voir un pilotage assuré par l'ARS, et l'éducation nationale, qui, ainsi « aux ordres » mettrait ses moyens, notamment en personnels etc à la disposition de ces ARS pendant le temps de ce projet. Ensuite qui déciderait des projets prioritaires au niveau régional ???*

*Il se trouve que la loi y répond. Ce sont les ARS.....CQFD.*

*Nous voyons bien que cette proposition colle complètement aux propositions faites par les syndicats de médecins qui veulent être les interfaces pilotantes et responsables des projets santé, des actions de santé à l'éducation nationale, par la création d'une pseudo entité parallèle à la structuration de l'éducation nationale.*

**b/ Dans ce cadre, organiser la coordination avec les différents partenaires (ARS, collectivités territoriales...)**

### **Commentaires du SNICS:**

*Cette coordination découle de l'assertion précédente.*

*Si nous sommes dans l'option A : C'est l'éducation nationale qui coordonne à travers le PVS et donc les chefs d'établissements au niveau local. Cette coordination oblige réglementairement à des débats dans les instances Comités techniques, CHS, CESC et Conseil d'administration.*

*Dans l'option B : La coordination n'est pas obligatoirement confiée à quelqu'un qui est responsable dans la structuration hiérarchique du fonctionnement de l'éducation nationale. Elle peut être assurée par un médecin conseiller technique ou par les ARS.*

*Nous savons tous que les médecins refusent la hiérarchie éducation nationale et revendiquent la ré-apparition d'un service dont ils seraient les pilotes (les chefs !).*

*Nous savons également que les médecins se posent en position d'experts et non comme partie intégrante de l'équipe pédagogique et éducative.*

*Nous avons également en mémoire que lors de chaque examen des lois de décentralisation, un principe fondamental a été retenu par les politiques de droite ou de gauche :*

*«Ce qui est dedans-dehors est dehors, ce qui est dedans-dedans est dedans».*

**c/ Veiller à articuler les différents niveaux de pilotage (académique, départemental, infra-départemental) en prêtant une attention particulière au positionnement hiérarchique des infirmières.**

### **Commentaires du SNICS:**

*Conclusion sans objet si la santé relevait de la structuration hiérarchique habituelle de l'éducation nationale. Recteur-Directeur d'académie adjoint au recteur- Chef d'établissement.*

*En effet l'articulation des compétences entre ces trois niveaux est suffisamment claire et exhaustive pour faire fonctionner correctement actuellement tout ce qui est du domaine des enseignements mais également du domaine de la vie scolaire.*

*C'est la structuration actuelle, de la santé des élèves, notamment pour certaines professions, qui n'étant pas calquée sur celle de l'éducation nationale engendre des disfonctionnements.*

*Cette structuration récente puisque datant de 1991, intégration de la santé scolaire à l'éducation nationale, a créé une pseudo chaîne hiérarchique parallèle qui rentre en concurrence avec celle de l'éducation nationale.*

*Avant cette date existaient déjà des infirmières à l'éducation nationale, la santé des élèves relevait déjà du recteur et la structuration était des plus simples et opérante par ailleurs. Recteur- Chef d'établissements. Il y avait un médecin et une infirmière auprès du recteur et des infirmières d'établissements. Il n'existait aucune hiérarchie ni entre les infirmières ni avec les médecins, uniquement avec le chef d'établissement ou le recteur.*

*La santé scolaire a introduit un hybride de service sans fondement réglementaire (Med-IDFE-AS-Secrétaire) qu'elle vivait au ministère de la santé jusqu'à ce qu'elle soit dissoute en 1985 car qualifié d'obsolète et inefficace au regard des besoins de santé des élèves.*



# MISSIONS

## Les propositions de la DGESCO 7 Octobre 2013

**Mettre en œuvre une coordination de l'action des différents personnels et un pilotage identifié de l'accompagnement des élèves. suite**

*La structuration de ce service de santé scolaire ne pouvait comprendre de niveau académique ou régional puisque la santé relevait des DDASS.*

*La structuration était donc le niveau départemental avec un médecin chef du service, une IDE coordinatrice et des équipes (médecins-IDE-secrétaires) structurées dans une double hiérarchie. Le médecin de l'équipe d'une part et l'ide coordinatrice d'autre part.*

*Ces équipes étaient nommées sur le département et exerçaient là où on le leur demandait, généralement au sein de circonscriptions territoriales basées dans des CMS (Centres Médico Scolaires).*

*Leur temps de travail et de congés n'était pas calqué sur celui des élèves et le droit à mutation d'un poste à l'autre ne passait pas par une CAPA mais relevait du bon vouloir du CHEF.*

*Nous voyons bien que cette proposition vise à reproduire cette structuration issue du passé et qui a fait ses preuves d'incapacité tant dans le passé qu'actuellement.*

*Nous comprenons bien que la justification réelle de cette structuration serait de remettre les infirmières dans la position de « porte-valise » et d'être très encadrées par : les Médecins du Recteur, l'ICTR puis Médecin Départemental+ICTD puis Médecin Bassin+Infirmière coordinatrice de bassin.*

*Une véritable armée mexicaine avec plus de chefs que de soldats. Ils faut croire que nous devons être profondément incapables pour devenir ainsi la profession la plus encadrée de France. A se demander si nous devrions encore soigner....écouter....signaler en étant aussi c...es.*

*Il est vrai que dans la composition du groupe de travail, nous pouvions compter sur la présence de 3 infirmières. Elles sont toutes trois ICT une à la DGESCO, l'autre auprès d'un recteur et la 3ème auprès d'un DASEN*

**d/ Instaurer des instances pluridisciplinaires de coordination en matière d'action collective et de suivi individuel en privilégiant le niveau bassin : CESC de territoire.**

**Commentaires du SNICS:**

*Au SNICS nous sommes attachés à la notion d'équipe pluri-professionnelle. Cette assertion permet de donner pleinement du sens à la santé à l'école comme étant « l'affaire de tous » et que chacun selon les compétences propres et spécifiques à sa profession doit y jouer un rôle.*

*La notion d'équipe pluridisciplinaire vient de l'environnement santé traditionnel, dans lequel la santé est avant tout l'affaire des spécialistes qui diagnostiquent et décident pour les autres.*

*Le travail au quotidien des infirmières de l'éducation nationale se fait avec les personnels enseignants, d'éducation, de direction etc comme en atteste la consultation que nous avons menée. Dans cette consultation, les collègues ont dit que c'était l'équipe pédagogique et éducative qui prévalait tant dans le premier que dans le second degré.*

*Cette équipe est spécifique à l'éducation nationale et adaptée à sa mission de réussite scolaire.*

*Si nous adhérons au principe que la santé est une condition indispensable à la réussite scolaire de tous les élèves, alors ce sont les instances liées à la mission de l'éducation nationale qui doivent également être celles de la coordination et du suivi tant des actions collectives que du suivi individuel des élèves.*

*Cette proposition vise à créer une équipe d'experts avec ses propres instances dans un « monde » parallèle à celui de l'éducation nationale.*

*Ce serait finalement reproduire le schéma qui prévaut au conseil général sur la protection de l'enfance. Une cellule départementale sous la responsabilité d'une autre entité et qui est donneuse d'ordres envers les institutionnels et surtout qui peut donner des ordres, contrôler, évaluer les professionnels.*

*Outre le fait que cette orientation nous entraîne vers l'extériorisation de nos missions, elle porte*



# MISSIONS

## Les propositions de la DGESCO 7 Octobre 2013

**Mettre en œuvre une coordination de l'action des différents personnels et un pilotage identifié de l'accompagnement des élèves. suite**

*en elle le possible transfert vers les collectivités territoriales ou les ARS avec les conséquences que nous savons en matière de vacances, de mutations et de temps de travail.*

*Habiller ces propositions en citant des CESC de territoire est un leurre pour créer de nouvelles hiérarchies professionnelles et de satellisation de la santé des élèves par rapport aux structures éducation nationale.*

*La création, dans la loi des CESC, répond à un principe qui est simple. Celui de l'opérationnalité, de la mise en cohérence d'actions transversales pour la réussite des élèves.*

*Le législateur et les concepteurs ont élaboré un schéma centré sur l'idée que c'était là où était scolarisé l'élève que devaient se focaliser toutes les actions autour ou vers l'élève afin de lui permettre de mieux réussir sa scolarité.*

*C'est donc le chef de l'établissement dans lequel est scolarisé l'élève qui devient, naturellement et légitimement, le chef de ce CESC. Car c'est lui qui est le responsable de l'organisation de la scolarité de « ses » élèves.*

*Le Schéma proposé par ce groupe de conseillers techniques est clair, il vise à déposséder l'éducation nationale de sa responsabilité à l'égard de la santé des élèves en la confiant à des « professionnels » ou des « structures » qui deviendraient donneur d'ordres.*

**Faire du premier degré une priorité**

### **A : Favoriser le repérage et le dépistage précoce**

**1/ redéfinir au niveau national, le bilan de la 6ème année (contenu et rôle de chacun) et la périodicité des autres bilans (travail à mener avec le ministère de la santé).**

#### **Commentaires du SNICS:**

*Chasser une idée par la porte, elle revient par la fenêtre. Alors que la loi vient d'être modifiée en réaffirmant l'obligation d'une visite médicale à 6 ans et en supprimant les examens médicaux des 6,9, 12 et 15 ans. Nous voyons bien que certains ne veulent absolument pas appliquer la loi.*

*Ils veulent que ce soit les infirmières qui fassent ces visites. Mais puisqu'ils ne font plus, l'ont ils fait un jour, les visites des 9, 12 et 15 ans, s'ils ne font plus les 6 ans, et que par ailleurs ils ne font plus les PAI (comme proposé plus loin), que feront ils ? Etre juste ceux qui coordonnent, évaluent, conseillent ??? Que feront ils si ce n'est être les chefs ?*

**2/ renforcer le repérage effectué avec les enseignants : définition de ce repérage, outils.**

#### **Commentaires du SNICS:**

*Item totalement complémentaire du précédent. Les enseignants également devront participer au repérage et au bout du bout, après les dépistages faits par les infirmière, ceux des enseignants et bien le médecin signera et décidera.*

*Nous sommes dans une vision purement médico-centrée de la santé depuis le début de ce document totalement anachronique avec les évolutions scientifiques et sociologiques de la santé.*

**b/ Elargir le champ d'intervention de certains personnels (infirmier et assistant de service social) au 1er degré.**

#### **Commentaires du SNICS:**

*Que signifie « élargir le champ d'intervention au 1er degré » ? Les infirmières vont déjà dans le 1er degré public. Cela pourrait signifier tout simplement supprimer les affectations dans les établissements du second degré pour donner plus de temps au premier degré public et privé.*

**1/ Systématiser les postes mixtes pour les personnels infirmiers.**

#### **Commentaires du SNICS:**

*Comment le faire sans création de poste? Surement en déshabillant un peu plus tout le second degré. Ne voit-on pas dans certaines académies des collègues exercer pour partie en LP ou en LEGT avec certaines écoles primaires?*





# MISSIONS

## Les propositions de la DGESCO 7 Octobre 2013

Faire du premier degré une priorité

**2/ Permettre une expérimentation pour l'intervention des assistants de service social dans le 1er degré avec pour cible l'éducation prioritaire).**

*sans commentaires. A la santé scolaire, service départemental dépendant de la DDASS, Il y avait un Médecin (le chef) , une IDE, une AS et une secrétaire.  
La boucle est bouclée.*

**c/Partager l'information entre professionnels de l'éducation nationale.**

*Commentaires du SNICS:.*

*Il s'agit ici, ni plus ni moins, que de mettre fin au secret professionnel et d'instaurer l'obligation d'un secret partagé, en toute illégalité mais seulement pour les infirmières car le secret du Médecin!*

*Nous imaginons bien les pressions qui seraient alors exercées sur nos collègues.*

**1/ Favoriser la liaison école-collège (CESC interdégré).**

*Pourquoi pas?*

**a/ Intégrer à la formation initiale des différents corps de l'éducation nationale (ou stage de formation à la prise de fonction) une dimension inter catégorielle.**

*Commentaires du SNICS:.*

*Au SNICS ,nous avons mandat, d'universitariser notre formation tant initiale que d'adaptation à l'emploi cf dans les BBL les textes votés aux congrès de Martigues, Lille, Paris, Dijon, Sivergues et Vannes.*

*Nous avons souvent fait des propositions quantifiées et qualifiées aux différents ministères, Royal, Fillon, De Robien, Darcos et Peillon.*

**1/ Permettre à chacun de connaître l'action des autres professionnels compétents au sein de l'institution.**

**2/ Informer les personnels enseignants et d'éducation pour les impliquer dans la politique de promotion de la santé (cf arrêté du 1er juillet 2013 relatif au référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation).**

**3/ Donner un cadre institutionnel à la formation des infirmiers lors de leur prise de fonction, voire en formation continue pour qu'elles deviennent de véritables conseillères techniques pour les chefs d'établissements dans la mise en place de projets d'éducation à la santé.**

**b/ Mettre en place une formation sur des domaines transversaux dans le cadre des ESPE (formation initiale et continue).**

*Commentaires du SNICS:.*

*Nous ne pouvons qu'être favorables à cette orientation. Cependant, des conditions doivent être remplies.*

*- Cette formation doit être validée par l'université tant dans son contenu que dans ses modalités.*

*- Elle doit être qualifiante pour les infirmières*

*- Elle doit impérativement prendre en compte la spécificité de notre profession à l'éducation nationale.*

*- Elle doit également comporter certains modules avec les autres professionnels de l'éducation nationale (enseignants et personnels d'éducation).*

*- Elle doit être identique sur l'ensemble du territoire.*

*- Les enseignements devront y être effectués par des universitaires reconnus dans leur champ.*

*- Elle doit être également en lien avec la formation continue des IDE à l'éducation nationale.*



# MISSIONS

## Les propositions de la DGESCO 7 Octobre 2013

### Conclusions

Il pourrait être proposé :

- de rédiger un texte de politique éducative général donnant les orientations en matière d'accompagnement médical, infirmier, social des élèves et comportant des éléments d'organisation aux différents niveaux (académique, départemental, infra départemental).
- d'annexer à ce texte des « référentiels » métiers ou de compétences des différents personnels impliqués (cf arrêté du 1er juillet 2013 relatif au référentiel de compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation).

**Commentaires du SNICS:**

*En 2001 nous nous sommes battus pour obtenir 3 textes.*

*Le 1er sur la politique de santé à l'école ; Affirmant la responsabilité de celle ci en matière de santé, liant la santé avec la réussite scolaire. Ce texte organisait également la structuration de la santé à l'école.*

*Il supprimait ainsi la notion de service et de hiérarchie entre les professionnels de santé. Ensuite deux autres textes ; un pour les médecins et un autre pour les infirmières.*

*Ces textes ont été obtenus de haute lutte. En effet, aussi bien les médecins que certains syndicats infirmiers voulaient garder la structuration de la circulaire de 1991 avec un « Service de Promotion de la Santé » et l'obligation pour les infirmières de passer sous les fourches caudines des médecins et autres ICT.*

*Cette structuration en 3 textes donnait à voir que les professionnels de santé à l'éducation nationale et plus particulièrement les IDE étaient recrutés pour la réussite scolaire, les uns comme les autres avaient des champs de compétences complémentaires mais chaque profession étant autonome dans l'exercice de son art professionnel.*

*C'est ce qui a permis de définir, d'affirmer, et de donner à voir qu'il n'y a pas de subordination des missions des IDE par rapport à celles des médecins.*

*Nous ne pouvons tolérer un retour en arrière inacceptable tant pour les infirmières en tant qu'individus mais également en tant que profession. Alors que nous avons obtenu le grade de licence, que nous nous battons pour le diplôme de licence, de master et de doctorat.*

*Alors que la profession se bat pour faire reconnaître la consultation infirmière, que nous avons obtenu des compétences à délivrer la contraception d'urgence, à renouveler celle de la contraception orale, ou pour nos collègues en libéral la capacité à prescrire certains dispositifs et pansements, Certains veulent nous remettre dans une position basse, inférieure, sous contrôle, hyper encadrée etc...*

**-De concevoir des protocoles (bilan de la 6ème année et autres bilans, PAI...) pouvant être adaptés aux spécificités des territoires par chaque académie.**

**Commentaires du SNICS:** *Concevoir des protocoles. Douce illusion mais grand danger. Ces protocoles sont réglementés par l'article 51 de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire).*

*Qu'en est-il ? Tout d'abord tout protocole de coopération entraînant des transferts de compétences nécessite plusieurs choses.*

*1/ Il s'agit d'un protocole entre deux plusieurs professionnels qui doivent être individuellement d'accord et chacun signer le protocole.*

*2/ le déléguant doit souscrire une assurance spéciale le couvrant car il est dans une situation particulière d'exercice illégal d'une autre profession et à ce titre il engage sa seule responsabilité et non celle de son employeur.*

*3/ Le protocole doit prévoir une information des patients signalant que le déléguant agit à la place du médecin et faire signer au patient qu'il accepte cette prise en charge.*

*4/ Il n'y a aucun bénéfice statutaire ou financier accordé au déléguant. De même lorsque l'infirmier vient à être muté, il ne peut plus exercer cette délégation.*

*On le voit bien, il s'agit d'une approche très médico-centrée qui ne concourt en aucun cas à faire évoluer la profession.*

Christian Allemand



# MISSIONS

## Analyse des propositions du cabinet, audience du 20 novembre

Analyse de l'audience au Ministère de l'éducation nationale du 20 novembre 2013

Lors de l'audience que nous avons eue avec Monsieur Mancel le 20 novembre, il a tenté de nous faire avaler de nombreuses couleuvres.

L'action syndicale implique de ne pas être dupe des manœuvres que les décideurs peuvent élaborer.

### I Hiérarchie/ Indépendance et Responsabilité.

Monsieur Mancel refuse de parler de hiérarchie administrative des chefs d'établissements à l'encontre des infirmières, il préfère parler de responsabilité des chefs d'établissement à leur égard.

Il argumente en disant que les professions réglementées seraient « *génées* » dans leur exercice professionnel par cette hiérarchie administrative et, QUE PAR AILLEURS, les enseignants ne sont pas sous l'autorité hiérarchique des chefs d'établissements, que nous sommes des cadres de l'éducation nationale (catégorie A) comme eux... !

#### a/ le principe hiérarchique

Il est un des principes fondateurs et structurants de la fonction publique française :

**Chaque fonctionnaire agit sous le contrôle d'un autre fonctionnaire qui appartient à un grade ou à une fonction supérieure.**

« A chaque niveau de cette hiérarchie correspond une sphère de compétence qui s'exerce sous le contrôle du niveau qui lui est immédiatement supérieur »

Dans cette sphère de compétence attribuée à chaque agent, correspond un espace de responsabilité propre.

« La subordination ne repose pas sur des liens de dépendance personnelle. Elle résulte d'un système de règles impersonnelles et objectives qui déterminent les fonctions et la conduite des agents. Ceux-ci ne sont tenus d'obéir que dans le cadre de leurs obligations de fonction. L'obligation d'obéissance hiérarchique représente dès lors une subordination au service public et à l'intérêt général. »

Notre profession étant par ailleurs réglementée dans le champ de la santé, la seule hiérarchie que peut exercer à notre égard le chef d'établissement est administrative et non professionnelle. Il en va autrement à l'hôpital ou dans les structures du conseil général de type PMI ou centre de soins.

Inutile de rappeler le rôle du supérieur hié-

rarchique dans le cadre de l'évaluation, de la notation, des autorisations d'absences etc...

### b/ Les enseignants et le chef d'établissement.

Selon le code de l'éducation article R 421-10. Le chef d'établissement est bien leur supérieur hiérarchique de l'enseignant.

Article R421-10

« Créé par Décret n°2008-263 du 14 mars 2008 - art. (V)

En qualité de représentant de l'Etat au sein de l'établissement, le chef d'établissement :

1° A autorité sur l'ensemble des personnels affectés ou mis à disposition de l'établissement. Il désigne à toutes les fonctions au sein de l'établissement pour lesquelles aucune autre autorité administrative n'a reçu de pouvoir de nomination. Il fixe le service des personnels dans le respect du statut de ces derniers ;

2° Veille au bon déroulement des enseignements, de l'information, de l'orientation et du contrôle des connaissances des élèves ;

3° Prend toutes dispositions, en liaison avec les autorités administratives compétentes, pour assurer la sécurité des personnes et des biens, l'hygiène et la salubrité de l'établissement ;

4° Est responsable de l'ordre dans l'établissement. Il veille au respect des droits et des devoirs de tous les membres de la communauté scolaire et assure l'application du règlement intérieur ;

5° Engage les actions disciplinaires et intente les poursuites devant les juridictions compétentes. A l'égard des élèves, il peut prononcer seul les sanctions mentionnées à l'article 8 du décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux établissements publics locaux d'enseignement, ainsi que les mesures de prévention, d'accompagnement et de réparation prévues au règlement intérieur.»

**Alors pourquoi mentir ????** Et bien le chef d'établissement n'a autorité que sur les personnels « affectés » dans l'établissement. A l'égard des autres personnels ou associations qui interviennent dans l'établissement, il est responsable de ce qui se passe dans l'établissement.

**De cette affectation dans l'établissement, naissent tous nos droits à mutation, à congés etc..**

Par exemple dans l'ancienne santé scolaire, ou pour les médecins actuellement, leur temps de travail n'est pas calqué sur 36 semaines mais sur 38. Par le passé, la « santé scolaire » n'avait pas droit à toutes les vacances scolaires .



# MISSIONS

## Analyse des propositions du cabinet, audience du 20 novembre

Les médecins ne sont pas nommés sur un poste en CAP mais sur un département. Nous voyons bien la conséquence d'une telle décision d'abandon de la hiérarchie administrative du chef d'établissement....

Mais si ce n'est plus le chef d'établissement, alors qui ?? Puisque chaque fonctionnaire doit exercer sous le contrôle d'un supérieur hiérarchique..... !

**Et bien c'est clair que ce sera obligatoirement celui qui aura la responsabilité de la santé à un autre niveau,..... une autre équipe.**

Ce sera donc, de facto un médecin et la personne ne pourra plus affirmer par exemple qu'il ne pourra pas évaluer l'infirmière.

Alors que notre profession avait conquis , arraché son autonomie professionnelle nous voyons bien comment, de façon insidieuse, on veut la remettre aux ordres d'un pouvoir médical.

L'affectation n'étant plus prononcée dans un établissement, sinon il y aurait OBLIGATOIREMENT hiérarchie du chef d'établissement, dans quelle structure serait elle prononcée ?

La seule possibilité réglementaire existante est un service. Prenons l'exemple de nos collègues exerçant à l'université. Elles sont nommées sur telle université et dans le Service Inter-universitaire de Médecine de Prévention dont le « patron » est un médecin.

Nous connaissons tous les difficultés pour muter dans ces entités universitaires tout comme nous connaissons tous les difficultés qu'il y avait dans le service de santé scolaire pour « changer » de poste dans le même département.

Nous imaginons tous le clientélisme que cette structuration créerait.

### II. La gouvernance de la santé à l'École

Monsieur Mancel nous décline la présentation du gouvernance en refusant d'emblée qu'elle fasse l'objet d'un texte spécifique comme en 2001 alors qu'il s'était engagé à ce que les 3 circulaires de 2001 servent de base de départ à la négociation.

#### Alors pourquoi ?

Tout d'abord, lors des tables rondes organisées l'année dernière, les propositions retenues en matière de gouvernance de la santé à l'école avait amené à ce que près de 2000 infirmières soient dans la rue à l'appel du seul SNICS !

Dans la foulée, le ministre, par un courrier de son directeur de cabinet, a tenté de nous rassurer.

**Mais qu'en est il aujourd'hui ? Monsieur Mancel aurait il peur d'être accusé de parjure ? Que propose-t-il ?**

#### a/ Gouvernance au niveau national.

Il nous présente une proposition assez vague de création d'une « Direction de la santé » dans laquelle il y aurait des conseillers , au moins 2 infirmiers, qui auraient comme mission de travailler avec le ministère de la santé.

Il affirme être en avance sur cette réflexion par rapport à ses homologues du ministère de la santé.

Que dit le rapport Pinville (novembre 2012) que nous avons contesté car porteur d'une externalisation de la santé à l'école :

*« Placer sous le double timbre des ministères de l'éducation nationale et de la santé les principaux déterminants de la politique de santé à l'école, tels que la définition des missions des personnels de santé du ministère de l'éducation nationale, dès lors que leur action relève de la politique sanitaire, ou des orientations de l'éducation à la santé »*

De plus, que lit-on dans les propositions faites par le syndicat des médecins de l'UNSA il y a un an lors de la loi de refondation de l'école :

*« •Un niveau national identifié comme un pilotage et un animateur des politiques de santé à l'école.*

*Une collaboration étroite est à préciser avec le ministère de la santé.*

*Le temps spécifique de la définition des priorités de santé à l'école devra bénéficier d'une expertise élargie puisqu'il faudra faire consensus sur les priorités de santé chez l'enfant et l'adolescent et sur les grandes lignes de la stratégie à mettre en place et des évaluations nécessaires.*

*Le Comité d'évaluation et de contrôle (CEC) des politiques publiques et la Cour des comptes, suite à leur état des lieux, préconisent une instance interministérielle qui ferait le lien avec le pilotage santé scolaire du ministère de l'éducation nationale, de la Direction générale de la santé et du haut comité de santé publique.*

*Le niveau national aura à s'interroger sur les contours professionnels du pilotage de la santé scolaire : médecins, infirmiers, assistants de service social, psychologues scolaires... »*



# MISSIONS

## Analyse des propositions du cabinet, audience du 20 novembre

Tout est dit ! **Son orientation est claire elle est celle des médecins**, c'est-à-dire, une volonté affirmée de désengager la responsabilité de l'école, du moins dans sa structuration usuelle, pour renforcer le rôle de « patrons » attribué dans ce cas aux médecins, quitte à donner le pouvoir au ministère de la santé. !!!!

### b/ Au niveau Rectoral

Monsieur Mancel nous dit, que la gestion de la santé serait confiée au proviseur « Vie scolaire », car la santé est une des composantes essentielles de la vie scolaire des élèves, qu'elle contribue à leur réussite Bla bla bla.....

Des conseillers seraient placés dans cette cellule santé à l'école auprès du PVS.

Elle serait l'interlocutrice directe des établissements tout comme pour les problèmes habituels de vie scolaire etc.... Pourquoi pas mais... ! Vous avez dit GESTION ?

De plus, c'est à ce niveau que seraient conventionnés les partenariats avec les ARS, et nous y voilà, notamment pour la veille sanitaire, les recherches épidémiologiques etc.....

Oui mais ! Si pas de hiérarchie du chef d'établissement, c'est à ce niveau que nous verrons apparaître un chef de service et ses

portes serviettes, la gestion (le support logistique ) de ce service étant assuré par le PVS.

Que dit sur ce sujet le rapport Pinville de novembre 2011 ? :

*« Le niveau régional (académique), qui est un niveau institutionnel de pilotage conjoint de la politique de santé par l'ARS et le rectorat, et a donc pour fonction de rendre des arbitrages relatifs aux priorités de santé et aux financements... A la connaissance des rapporteurs, l'académie de Montpellier est en effet l'une des deux seules académies de métropole à s'être dotée d'un observatoire d'épidémiologie scolaire permettant l'identification des besoins de santé.. »*

Il n'est pas inutile de rappeler ici l'expérience malheureuse, pour les infirmières, de l'académie de Toulouse avec son programme INFISCOL. Cf les précédents BBL sur ce sujet dans la rubrique «vie des académies».

Que lit on dans le projet du SNMSU-UNSA (Médecins) sur ce sujet ? : Exactement la même chose que ce que disent Mancel et Pinville y compris sur la médecine de prévention des personnes :

*« Réaffirmer le niveau rectoral en lien avec la politique de santé conduite par les Agences Régionales de Santé.*

*Le niveau rectoral aura à définir les orientations de la politique de santé des élèves de l'académie, les objectifs, les plans d'actions, à déterminer les organisations territoriales.*

*Ce niveau de décision pourrait être le lieu d'articulation entre le coordinateur de la politique de santé des élèves et les pilotages fonctionnels par corps.*

*La santé des personnels devrait pouvoir bénéficier d'une organisation propre en médecine de prévention, indépendante de la santé des élèves »*

### c/ le niveau territorial.

Mancel ne s'engage pas sur ce sujet, il reste très flou, il parle de niveau de bassin et pour cause. Le rapport Pinville ainsi que le SNMSU UNSA ne s'avancent pas sur ce terrain.

**Pas plus d'ailleurs que sur le niveau local où il nous assure que l'infirmière y jouera un rôle de pivot .**

D'autant qu' il nous affirme que la visite des 6 ans sera faite par les médecins et nous annonce un bilan infirmier à 9 ans et miracle ! PINVILLE et UNSA préconisent la même chose ..... !

### CERISE SUR LE GATEAU.

Actuellement la Haute Autorité de Santé travaille sur la consultation infirmière comme cela se fait dans de nombreux pays européens.

Des conférences sur ce sujet ont été organisées, au salon infirmier, par la responsable de la HAS sur ce sujet, et le SNICS co-animaît cette séquence

Et bien Monsieur Mancel, réfute ce terme de consultation pour les infirmières. **Pour lui, une consultation ne peut être que médicale.**

Nous voyons bien sous quelle influence est ce « Cher » Monsieur Mancel, Il est vrai qu'il avoue travailler au sein de la région Île de France avec Claude Evin qui est le Président de l'ARS de cette région.

Or, pour mémoire, Claude Evin qui fut le Ministre de la Santé et qui a envoyé les canons à eau vers les infirmières afin de les déloger des tentes qu'elles avaient dressées devant son ministère entre avril 1988 et Novembre 1988.

Rappelez-vous, le slogan des infirmières était : **« NI BONNE, NI NONNE, NI CONNE »**. Monsieur Mancel doit à son tour l'apprendre !



# MISSIONS

## Analyse des propositions du cabinet, audience du 20 novembre

La mobilisation massive des infirmières de l'Education nationale le 23 novembre 2012 avait permis de stopper les projets bien réels (rapport Pinville et contribution SNMSU) menaçant directement le maintien des infirmières dans la structuration propre à l'Education nationale. Vincent Peillon refusait de se prononcer pendant des mois sur l'avenir de la santé à l'Ecole alors que d'autres préconisaient la création d'un corps interministériel.

Après avoir lu le message de Vincent Peillon à la profession au lendemain de la manifestation, nous repartions confiants pour envisager les négociations sur les missions qui devaient débuter début 2013.

Les audiences menées par M-P Mancel jusqu'à l'été laissaient entrevoir une capacité d'un dialogue constructif. Il exprimait en effet une volonté de clarifier surtout les missions des médecins, le maintien des visites de 6 ans et de classes de 3ème pour les machines dangereuses ainsi que les PAI.

Quant au rôle des infirmières, il le définissait comme « pivot » de la santé à l'école dans le parcours santé de l'élève sans préciser la place accordée aux missions d'accueil et d'écoute et aux activités de dépistages.

S'il ne refusait pas de réfléchir à nos propositions confortant la structuration de la pro-

fession aux différents niveaux institutionnels de la « vie scolaire », il ne s'engageait cependant pas véritablement...

La confiance est sérieusement entamée quand nous apprenons au milieu du mois de juillet le vote par la majorité gouvernementale d'un amendement à l'assemblée nationale, préconisant le transfert de compétences de la « santé scolaire » aux collectivités territoriales !

Or, aujourd'hui, après le vote le 12 décembre en deuxième lecture du projet de loi de modernisation de l'action publique, l'article 2 se contente de citer les secteurs régaliens de l'Etat exclus de possibles délégations de l'Etat vers des collectivités locales.

Contrairement à certaines affirmations rassurantes, le danger de délégation de compétences demeure donc entier.... ! Pour quelles raisons occulter cette réalité ?

Or depuis, nous voyons fleurir ici ou là de la part de députés de la majorité des propositions de transfert de la santé scolaire...

Du côté du cabinet, lors de la dernière audience en présence des 2 syndicats infirmiers, M-P Mancel n'a absolument pas tranché sur la structuration au niveau national et au niveau académique alors que selon l'organisation du pilotage et de la gouvernance,

les missions peuvent être tournées vers la santé publique ou la santé à l'Ecole. Il propose une sous-direction médico-sociale et ne se prononce pas sur la demande du SNICS de l'intégrer à la sous-direction « vie scolaire » ?!.

Il faut le dire, derrière ces discussions au MEN mais aussi des déclarations de certains députés, continuent à se cacher invariablement les deux conceptions de la santé des élèves.

L'option santé publique (conforme au parcours de santé de l'élève préconisé par le SNMSU/UNSA) conduirait inévitablement à marginaliser la place de l'infirmière dans le second degré avec pour conséquence la marginalisation du rôle propre et le renoncement à construire une véritable spécialité de la profession dans l'Education nationale.

Enfin, chacun(e) d'entre nous doit faire le lien entre les négociations sur nos missions que M-P Mancel veut clore rapidement et le chantier sur les métiers médico-sociaux qui débutent mi-février sous la direction du conseiller social Bernard Lejeune : Conséquence d'une nouvelle structuration de la profession sur le volet statutaire (implantation des postes, droit à mutation, temps de travail... ?)

M-P Mancel peut dire ce qu'il veut, à ce jour, le maintien de la hiérarchie administrative du chef d'établissement restera conditionnée à la nature des missions des infirmières et donc à ce qui restera de leur temps de présence dans les établissements.

Nous considérons au SNICS que nous n'avons pas en l'état actuel les garanties d'un avenir serein pour la profession infirmière à l'Education nationale.

C'est bien la mobilisation importante des infirmières qui l'année dernière a stoppé les projets de modification profonde de l'organisation de la santé à l'Ecole.

Depuis, la profession nous a demandé de veiller à défendre ses intérêts au moyen de toutes formes d'action nécessaire pour gagner cet avenir dans les futurs textes!

Alors oui, la nouvelle mobilisation des infirmières le 9 janvier 2014 à Paris demeure indispensable. Nous comptons sur l'intervention de la profession comme ce fût le cas à chaque étape de son histoire pour construire son avenir à l'Education nationale.



Béatrice Gaultier

Communiqué de presse de la FSU du 4 décembre 2013

L'enquête PISA publiée aujourd'hui montre des résultats français stables et dans la moyenne des pays concernés, mais à nouveau une montée des inégalités sociales face à l'école.

Sur ce classement international dont les limites sont évidentes, des précautions sont de mise : les systèmes éducatifs fonctionnent différemment selon les pays, PISA n'évalue pas tout, et l'objectif du système français n'est pas de « réussir à PISA ».

Alors quels enseignements en tirer pour la France ?

Il est intéressant de regarder ce que nous dit PISA depuis la première enquête de 2000. La principale caractéristique française se situe dans l'importance des inégalités entre les jeunes devant la réussite scolaire.

Ces inégalités (scolaires mais aussi de genre et ethniques) sont fortement corrélées aux inégalités sociales.

L'école reproduit donc en son sein les inégalités sociales qui marquent notre société, sans parvenir à les surmonter.

PISA éclaire donc une situation que nous connaissons bien et qui se traduit par un nombre important d'élèves en difficulté tout au long de leur parcours scolaire et par un nombre élevé de sorties sans qualification.

Ce constat renforce la détermination de la FSU à agir pour une réelle transformation du système éducatif. Après des années de destructions (suppression de postes, de la formation des enseignants,...) et de dégradations en profondeur des missions et des conditions de travail (stigmatisation des enseignants, prescriptions et pilotage du système éducatif par la performance), qui ont aggravé les inégalités scolaires, il est grand temps de reconstruire le service public de l'éducation pour permettre une réelle démocratisation de l'école.

Pour cela, la FSU réaffirme tout d'abord son ambition d'une exigence identique pour tous les jeunes. C'est un enjeu majeur des discussions qui s'ouvrent sur la rénovation des programmes et sur l'éducation prioritaire : les contenus, exigeants et mobilisateurs, doivent s'adresser à tous, y compris au sein de l'éducation prioritaire qui ne constitue pas une école « à part ».

L'école doit être pensée en priorité pour les jeunes qui en sont le plus éloignés, celles et ceux qui n'ont qu'elle pour apprendre. Il s'agit d'assurer vraiment la réussite de tous, à tous les niveaux, de l'école maternelle à l'enseignement supérieur. Cela passe par un système scolaire commun, le plus inclusif possible et sur le plus long parcours possible.

La FSU réaffirme qu'une politique ambitieuse de discrimination positive, par son effet compensatoire, doit permettre aux plus démunis de réussir dans le cursus scolaire commun. Alors que les inégalités se creusent, et que les difficultés sociales sont immenses, il ne serait donc pas pertinent de réduire la surface de l'éducation prioritaire.

Alors que s'ouvrent les chantiers sur les métiers de l'éducation, la FSU redit avec force qu'il faut redonner à tous les personnels la capacité et les moyens de faire mieux leurs métiers.

L'école doit jouer son rôle d'amortisseur des inégalités et être en mesure de rétablir la justice dans les destins scolaires des élèves. Il s'agit de permettre aux enseignants de pouvoir réellement agir dans la classe, car c'est là que se joue l'essentiel des apprentissages, et à tous les personnels de mieux accompagner les élèves dans leur parcours scolaire.

Formation initiale et continue, reconnaissance du « travail invisible », développement du travail en équipes pluri-professionnelles, retour sur l'autonomie des établissements au bénéfice d'une autonomie pédagogique des équipes, questions d'effectifs, de temps, de programmes et de pratiques professionnelles... tout doit être traité et déboucher sur des mesures concrètes qui ne doivent pas faire l'impasse sur la revalorisation des métiers de l'éducation nationale et l'amélioration des conditions de travail.

Cette reconquête du système éducatif doit se faire avec les personnels car aucune transformation du système éducatif n'est possible sans eux, sans la reconnaissance de leur métier et de leur travail.

Pour permettre ces améliorations urgentes et indispensables, des moyens sont nécessaires partout, et en priorité là où ils sont notoirement insuffisants. Un investissement qui doit concrétiser la priorité à la jeunesse décidée par le gouvernement. Un investissement d'avenir aussi pour notre société.

L'élévation du niveau de qualification reste une des conditions indispensables pour faire face à la crise et aborder les mutations économiques et culturelles à venir.



**LA FONCTION PUBLIQUE :**

**UNE CHARGE ? NON, UNE CHANCE !**

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

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

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



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



# PROFESSION

## Contraception Orale

Mr Neuwirth décédé le 25 novembre était à l'origine du droit des femmes à agir sur leur contraception.

Grâce à lui et son opiniâtreté, le 19 décembre 1967, la contraception est autorisée avec autorisation parentale pour les jeunes filles de moins de 21 ans.

Il faudra attendre 1972 pour qu'elle soit pleinement appliquée et 1974 pour que la pilule soit remboursée par la sécurité sociale.

Depuis, la loi en faveur du droit des femmes et des jeunes filles mineures a progressé. En effet, en janvier 2001, la contraception d'urgence anonyme et gratuite pour les mineures est rendue possible. Les infirmières scolaires sont directement concernées par ce dispositif qui les place au centre de la problématique auprès des jeunes filles, notamment les plus démunies.

De plus, le Décret n°2012-35 du 10 janvier 2012, autorise les infirmiers à renouveler la prescription des contraceptions orales si l'ordonnance date de moins d'un an et pour une durée de 3 mois, renouvelable une fois. Mais ici pas question d'anonymat, juste de faciliter les démarches.

Il nous paraît important de permettre aux jeunes filles mineures l'accès à une contraception de manière totalement anonyme, ce qui sera complémentaire avec l'accès gratuit et anonyme à la contraception d'urgence et devrait permettre de répondre à beaucoup plus de situations et notamment à la prévention des IVG et grossesses non désirées chez les adolescentes.

Cela fut partiellement rendu possible depuis le décret n°2013-248 du 25 mars 2013, date à laquelle, la contraception est devenue gratuite et anonyme pour les mineures entre 15 et 18 ans.

La jeune fille souhaitant rester anonyme doit obtenir une ordonnance isolée auprès d'un médecin généraliste sur laquelle est mentionné «*contraception mineure*». Mais cette consultation médicale payante, apparaît sur le décompte envoyé aux familles ! Seuls les centres de planification peuvent prescrire de manière totalement anonyme et gratuite, les pharmaciens délivrant alors la contraception à l'aide d'un numéro anonyme pour se faire rembourser directement par la sécurité sociale. Or en milieu rural, il n'existe pas de centres de planification.

C'est pourquoi, le 20 novembre 2013, Mme Poletti a déposé un amendement qui a été adopté à l'unanimité par la commission sociale dans le cadre du projet de budget 2014 de la sécurité sociale.

*"L'anonymat sera ainsi garanti, en attendant d'instaurer, au-delà d'une réelle gratuité, actuel-*

*lement inexistante du fait du paiement du ticket modérateur demandé à la mineure", ajoute la députée des Ardennes et ancienne sage-femme »*

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2014 prévoit que le tiers payant, qui permet de ne pas avancer l'argent d'une consultation ou d'un examen préalable sur la part prise en charge par l'assurance maladie, sera accordé aux adolescentes d'au moins 16 ans consultant pour la prescription de contraceptif.

Le tiers payant leur sera aussi appliqué pour les actes de pose, de changement ou de retrait de contraceptifs implantables (stérilets et implants sous-cutanés).

Les infirmières scolaires dans ce nouveau dispositif ont un grand rôle à jouer pour accompagner les jeunes filles, les rassurer quant à cet anonymat enfin effectif. En effet, les jeunes ne se sont pas encore emparés du dispositif de mars 2013, le méconnaissent et continuent de prendre des risques qui peuvent aboutir in fine à une grossesse non désirée.

Lors de la mise en route d'une première contraception, la jeune fille trouve en l'infirmière de son établissement scolaire, une personne qualifiée, formée à lui répondre, soumise au secret professionnel.

L'infirmière peut en amont évoquer les différents moyens de contraception existants, voir celui qui pourrait convenir au mode de vie, à l'environnement social de la jeune fille, prévenir tout risque d'infection sexuelle transmissible,...

Ce travail d'écoute préalable rassurera, permettra à la jeune de s'approprier pleinement son moyen de contraception et évitera par la suite les dangers d'un éventuel oubli de pilule, ou autre prise de risque de rapports non protégés.

Ensuite, l'infirmière aura toute légitimité dans le cadre de son rôle propre à accompagner la jeune fille à consulter un médecin pour qu'il puisse lui prescrire un moyen de contraception adapté, et assurer ensuite un suivi personnalisé.

C'est pourquoi, notre présence dans les établissements du second degré est plus que jamais indispensable, nous sommes un maillon incontournable dans la prise en charge globale de la santé des jeunes.

Le SNICS défend depuis plus de 25 ans notre place auprès des jeunes dans les établissements scolaires, ce travail de prévention est essentiel pour que le futur adulte soit acteur de sa propre santé.

Patricia François



# Carrières-Salaires

## Catégorie A

Les gains financiers réels de notre intégration dans un corps de catégorie A pour une infirmière qui était au 6ème échelon de la classe supérieure du corps de B depuis plus de 4 ans au 31 mai 2012.

Nous entendons encore certaines collègues avoir des interrogations quant aux gains financiers, conséquence de notre intégration dans un corps de catégorie A, concernant les gains financiers qu'elles estiment non significatifs, et nous avons lors des dernières publications BBL n° 73 et 74 démontré qu'en fait, les gains cumulés sur plusieurs années étaient pourtant assez conséquents.

Nous allons encore démontrer, avec ce cas présent, que les gains engendrés sont au final appréciables, même si, nous vous le rappelons, le SNICS/FSU se bat et se battra toujours pour obtenir un alignement des grilles de salaires des infirmières sur les grilles de catégorie A type...

Les tableaux suivants ne tiendront pas compte des éventuelles augmentations du point d'indice, qui nous vous le rappelons, est gelé depuis 2010...

Le cas étudié concerne une infirmière née en juin 1960, classée avant son intégration dans le corps du A au 6° échelon de la classe supérieure avec plus de 4 ans d'ancienneté dans cet échelon, et qui était donc « bloquée » à cet indice terminal.

La date présumée pour pouvoir prétendre à une pension de retraite est pour cette collègue le 01 juillet 2024 (*année où elle aura 62 ans, âge auquel l'on peut désormais faire valoir ses droits*).

### DEROULEMENT DE LA CARRIERE

#### 1) Si cette collègue était restée en catégorie B et donc reclassée dans le NES B (nouvel espace statutaire du B)

Au 31/05/2012  
Ancien corps du B ICS 6° échelon  
Indice 534 Salaire net : 2061,64€

**Au 01/06/2012**  
Reclassement NES BICS 7° échelon  
Indice 562 Salaire net : 2169,74€

**Au 01/07/2024**  
Retraite ICS 7° échelon Indice 562  
Salaire net : 2169,74€

#### 2) En intégrant le nouveau corps reclassé en catégorie A...

Au 31/05/2012  
Ancien corps du B, ICS 6° échelon  
Indice 534 Salaire net : 2061,64€

Au 01/06/2012 Reclassement CAT A ICN  
7° échelon Indice 566  
salaire net : 2185,18€

Au 01/09/2012  
Promotion Hors Classe 11° échelon  
Indice 581 Salaire net : 2243,08€

Au 01/07/2015  
Hors Classe 11° échelon  
Indice 604 Salaire net : 2331,88€

Au 01/07/2024  
Retraite Hors Classe 11° échelon  
Indice 604 Salaire net : 2331,88€

Pour calculer les gains cumulés sur la période du 01/06/2012 au 01/07/2024, il est nécessaire de faire les calculs suivants :

Pour la période du 01/06/2012 au 01/09/2012  
3 mois x (2185,18 - 2169,74) = 46,32€

Pour la période du 01/09/2012 au 01/09/2015  
36 mois x (2243,08 - 2169,74) = 2640,24€

Pour la période du 01/07/2015 au 01/07/2024  
108 mois x (2331,88 - 2169,74) = 17501,12€

**Soit un gain cumulé pour le seul salaire sur la carrière d'un montant total de 20187,68€!**

### Pour ce qui concerne l'indemnitaire.

Ce calcul ne prend pas en compte l'augmentation du régime indemnitaire découlant du fait du passage en catégorie A.

En l'état actuel des choses, l'augmentation du régime indemnitaire n'est que de 220 euros annuel, (le SNICS/FSU demande que ce régime indemnitaire soit révisé à la hausse pour être mis en adéquation avec les corps de même catégorie ayant les mêmes grilles indiciaires), et ce gain cumulé à minima (pour le moment), se traduit donc également sur cette même période par un total de 2640 euros.

Donc au total et à minima, le gain cumulé sur cette carrière (salaire + régime indemnitaire) sera de 22827,68 euros !!!

Quant à l'incidence aussi sur la pension de retraite, et dans le cas où cette collègue pourrait justifier des 41,5 annuités, le montant mensuel serait alors d'environ : (Calculs établis sur la base des prélèvements CSG et RDS aux taux actuels...)  
En catégorie NES B : 1815€ net  
En catégorie A : 1950€ net  
Soit un différentiel de 135€ net mensuel, soit sur 20 ans, un gain de 27000€.

Et si l'on cumule les gains obtenus tant sur la période d'activité que sur celle de retraite, on parvient à un gain supérieur à 47000€.

Jean Lamoine



# Carrières-Salaires

## Prime ECLAIR

Dans notre publication BBL n° 67 (octobre novembre décembre 2011), page 9, nous vous présentons les conséquences du décret n° 2011-1101 du 12 septembre 2011 créant une indemnité spécifique en faveur des personnels enseignants, de direction, d'éducation, administratifs, sociaux et de santé exerçant dans les écoles, collèges, lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite (ECLAIR).

Concernant les personnels infirmiers, le montant de cette indemnité spécifique était d'un montant mensuel de 96 euros brut qui n'était pas cumulable avec la NBI de 20 points attribuée au titre de la politique de la ville qui elle correspondait à 92,26 euros brut.

La différence entre ces deux régimes indemnitaires était donc de seulement 3,74 euros brut... soit 3,12 euros net... mensuellement. Les rectorats ont systématiquement substitué la NBI au profit de l'indemnité spécifique, se prévalant que ce régime était plus avantageux pour les personnels.

C'était ainsi oublier que la NBI versée aux fonctionnaires est prise en compte pour le calcul de la pension de retraite, à contrario de cette indemnité spécifique qui elle, ne rentre que dans le calcul de la RAFP (retraite additionnelle de la fonction publique).

Il nous semble évident qu'il soit donc plus avantageux de rétablir la rémunération au

titre de la NBI, et ceci est désormais possible puisque la FSU et ses syndicats nationaux ont obtenu par jugement de conseil d'état l'annulation de ce décret.

C'est pourquoi nous proposons aux personnels d'adresser un courrier au rectorat de votre académie (courrier type joint) afin qu'ils soient rétablis dans leur droit à NBI, sachant que ces rectorats sont susceptibles de vous retenir sur votre salaire au titre de régularisation un trop perçu. (A titre informatif, pour ceux et celles en poste depuis septembre 2011, le montant retenu pourrait être de 3,12 x 25 mois= 78 euros.)

Jean Lamoine

### *Lettre type de demande d'exécution d'une décision de justice*

*Modèle de lettre à adresser au Recteur, en recommandé avec A.R, pour obtenir l'exécution d'un jugement (ou d'un arrêt). Normalement l'administration doit exécuter spontanément la décision de justice sans qu'il soit nécessaire de lui demander de le faire, mais cette démarche permet d'accélérer l'exécution et en cas de retard anormal d'apporter la preuve de sa propre diligence.*

*Nom, prénom  
Fonction et grade  
Etablissement d'exercice*

A....., le.....

A

Monsieur le Recteur.....

*Objet : Demande d'exécution du jugement du Conseil d'Etat, 8ème et 3ème sous-sections réunies, n° 353956 du 24 juin 2013*

*Monsieur le Recteur*

*Par jugement référencé ci-dessus, le Conseil d'Etat a annulé pour excès de pouvoir le décret n° 2011-1101 du 12 septembre 2011, instituant une indemnité spécifique en faveur des personnels enseignants, des personnels de direction, des personnels d'éducation et des personnels administratifs, sociaux et de santé exerçant dans les écoles, collèges, lycées pour l'ambition, l'innovation et la réussite*

*Je vous remercie de bien vouloir demander à vos services de me rétablir dans mes droits à percevoir la nouvelle bonification indiciaire attribuée au titre de la mise en œuvre de la politique de la ville, en lieu et place de l'indemnité spécifique (part fixe versée mensuellement) créée par ce décret désormais annulé, avec effet rétroactif à la date du 01 septembre 2011.*

*Je vous prie de croire, Monsieur le Recteur, à l'expression de ma respectueuse considération.*

(Nom, prénom et signature)

# CAPN corps du B

## Déclaration préalable du 7 novembre 2013

Monsieur le président

Cette commission doit notamment examiner aujourd'hui le tableau d'avancement au grade d'infirmier à la classe supérieure.

Sans vouloir refaire ici l'historique de ce corps résiduel en B, conséquence du classement du corps des Infirmières de l'état dans la catégorie A de la fonction publique, nous devons cependant prendre en compte les modalités retenues en matière d'avancement de grade dans le corps du A et les appliquer au corps de B.

En effet, nos collègues qu'elles soient en A ou en B, exercent les mêmes missions et les obligations déontologiques professionnelles spécifiques s'appliquent indifféremment aux unes comme aux autres et notamment celles interdisant toute notion de rentabilité, d'obligation de résultats de soins, choses que vous connaissez par ailleurs.

C'est pourquoi nous proposerons pour le tableau d'avancement que soit retenu le seul critère d'ancienneté dans l'échelon sommital du premier grade.

Nous devons également procéder aux réductions d'ancienneté. Le décret de 2010, ainsi que la circulaire fonction publique du 23 avril 2012, ont sensiblement modifié les règles en permettant, notamment, de donner un mois aux agents sans contingenter le nombre d'ayants droits.

Aussi nous vous ferons des propositions de distribuer dans un premier temps un mois à tous les agents et ensuite de répartir les 4 mois restant sur les agents appartenant en priorité aux échelons les plus bas du premier grade.

Nous ne pouvons terminer cette déclaration liminaire sans évoquer les problèmes liés à l'arrivée tardive des convocations et des documents nécessaires à cette CAP.

Comme vous le savez le régime des vacances des infirmières de l'éducation nationale est calqué sur celui des élèves, nous avons reçu les convocations et les éléments durant la deuxième semaine des vacances, certes 8 jours avant, mais nous n'avons pu déposer nos autorisation d'absences au mieux ce lundi et par ailleurs pour toutes les commissaires paritaires, c'est la première fois que nous siégeons.

Nous ne pouvons dire que vous nous avez fourni les conditions de travail optimales pour remplir notre mission qui est la défense des intérêts de toutes nos collègues



# CAPN corps du A

## Déclaration préalable du 6 novembre 2013

Monsieur le président

Cette commission doit notamment examiner aujourd'hui le tableau d'avancement au grade d'infirmier hors classe ainsi qu'à la classe supérieure. Sans vouloir refaire ici l'historique de cette avancée pour notre corps qu'est le classement en catégorie A de la fonction publique, nous devons cependant rappeler certains engagements pris au conseil supérieur de la fonction publique état.

Nous vous rappelons que l'originalité de notre corps structuré en deux classes dans le premier grade a une durée limitée dans le temps puisque dans une période maximale de 10 ans ces deux classes doivent être fusionnées.

La condition de ce fusionnement est que toutes les infirmières qui étaient infirmière de classe supérieure avant le nouveau décret soient promues dans le grade de hors classe. C'est à ce moment là que le statut des infirmières de l'état sera identique à celui de la FPH.

Cet engagement suppose que nous soyons en capacité de vérifier chaque année que ce sont bien ces collègues qui soient promues et non d'autres. Je vous rappelle par ailleurs que le faux pro/pro élaboré par la DGAFP l'est à partir de cette base là.

C'est pourquoi nous souhaitons qu'un contrôle de gestion soit mis en place dans ce cadre et que la CAPN soit régulièrement informée du nombre d'infirmière restant à promouvoir.

C'est par ailleurs ces engagements qui ont également conduit à ce que soient promues les plus anciennes dans l'échelon sommital de leur grade antérieur afin de garantir une homothétie de carrière entre les infirmières des 3 fonctions publiques.

Par ailleurs une des conséquences de la création d'un corps d'infirmier en catégorie A dans les 3 fonctions publiques a été la mise en extinction des corps de B résiduels. C'est ainsi qu'à la FPH, notamment, on ne peut plus recruter d'infirmiers dans le corps de B y compris par voie de détachement.

Nous sommes très surpris, le mot est faible, de constater qu'à l'éducation nationale et notamment dans l'académie de Créteil cette règle ne soit pas appliquée et que par ailleurs on envisage d'intégrer dans le corps de B une collègue détachée.

Nous devons également procéder réductions d'ancienneté. Le décret de 2010 ainsi que la circulaire fonction publique du 23 avril 2012 ont sensiblement modifié les règles en permettant notamment de donner un mois aux agents sans contingenter le nombre d'ayants droits.

Il nous faudra cependant lisser les effets des anciennes modalités de ventilation (2 mois et 1 mois). Aussi nous vous ferons des propositions de distribuer dans un premier temps un mois à tous les agents n'ayant pas eu de réductions d'ancienneté dans leur échelon, 0 mois à ceux ayant déjà eu 2 mois de réduction.

Dans un deuxième temps de répartir les mois restant entre les échelons des deux grades à raison de 1 mois par agent. L'objectif étant qu'à terme chaque agent puisse bénéficier de deux mois de réduction d'ancienneté dans un échelon.

Nous sommes également étonné de constater que quel que soit la collectivité d'outre mer, la plus grande majorité des collègues ont été évaluées sur critères professionnels alors que, comme vous l'avez noté dans la circulaire de gestion, cela ne peut être le cas pour les personnels appartenant à des professions réglementées du champ de la santé.

Bien que ce ne soit pas de la compétence de cette CAP, nous tenons une nouvelle fois à vous signifier notre profond mécontentement sur la façon dont est traitée notre profession en matière de régime indemnitaire. En effet le montant moyen des IFTS qui nous est attribué ne correspond en rien au montant moyen des indemnités attribuées aux autres corps de A de niveau comparable.

Par ailleurs nous ne voyons toujours rien se mettre en place pour nos collègues exerçant en internat malgré les engagements pris.

De même nous attendons toujours des réponses précises quant aux critères d'attribution des points de NBI « Handicap ». Nous vous rappelons, pour la 3ème fois, que vous vous étiez engagé à nous fournir des réponses.

Enfin nous ne pouvons terminer cette déclaration liminaire sans évoquer le problème des mutations dans les COM par le biais de la BIEP. Nous souhaitons que la CAP soit consultée avant la mutation et non a posteriori.

*Nous vous rappelons ici les termes de l'article 60 de la loi 84-16 « L'autorité compétente procède aux mouvements des fonctionnaires après avis des commissions administratives paritaires. Dans les administrations ou services où sont dressés des tableaux périodiques de mutations, l'avis des commissions est donné au moment de l'établissement de ces tableaux. Toutefois, lorsqu'il n'existe pas de tableaux de mutation, seules les mutations comportant changement de résidence ou modification de la situation de l'intéressé sont soumises à l'avis des commissions. »*

Personne ne peut nier qu'une mutation dans une COM impose un changement de résidence et modifie la situation de l'intéressé. Par ailleurs le calendrier des vacances scolaires dans les COM n'impose pas les modalités retenues car certaines académies et notamment celle de la Réunion ont un calendrier similaire.

# RETRAITE - PENIBILITE

## Fonction Publiques - Négociations sur la pénibilité

Dans le cadre des réflexions sur la pénibilité des métiers ou professions nous avons rédigé la note suivante pour expliquer à nos interlocuteurs le sens des mandats que nous défendons sur ce sujet.

### 1 Infirmières exerçant à la Fonction Publique Hospitalière.

- Les infirmières, qui ont opté pour le corps de catégorie A ont perdu le bénéfice du service actif, alors qu'aucune modification des conditions d'accomplissement du service ne soit intervenue pour légitimer la remise en cause du service actif.

Or, avant 2010, les infirmières, qui intégraient un corps de catégorie A, conservaient la prise en compte dans le code des pensions du volet pénibilité.

C'était le cas de nos collègues qui s'orientaient vers une spécialisation (anesthésie, bloc opératoire, puériculture, cadre de santé..)

Ainsi, nous avons actuellement, au sein d'un même service, des collègues qui, bien qu'appartenant toutes à la catégorie A, ne sont pas traitées équitablement en matière de retraite.

- Les collègues qui ont choisi de rester dans un corps de catégorie B pour conserver le bénéfice de la catégorie active sont, quant à elle, doublement pénalisées.

Des grilles de salaires inférieures (catégorie B), doublées de la mise en perspective par le gouvernement, de la fin du service actif à l'horizon 2017.

Le SNICS demande, qu'à toutes ces infirmières, leur soit appliqué le dispositif existant actuellement chez les policiers et les militaires : à savoir, une annuité de valorisation tous les 5 ans sans limitation du nombre d'annuités de valorisation cumulables, contre 1 annuité tous les 10 ans actuellement.

Ces dispositions permettraient de prendre en compte « tous les services actifs travaillés au lit du patient » et de les conserver tout au long de la carrière.

### 2 Infirmières ayant intégré la FPE après réussite à un concours.

Actuellement, une délibération de la Caisse Nationale de retraite des Agents des Collectivités Locales interdit à ces infirmières de bénéficier de la prise en compte des services actifs qu'elles ont pourtant effectué en milieu hospitalier.

Dans le cadre de l'écriture d'une nouvelle loi et d'une nouvelle réglementation, nous demandons que ce système soit remis à plat afin de permettre, à toutes les collègues qui ont exercé en service actif, de les comptabiliser afin de bénéficier de ces valorisations d'annuité supplémentaires.

### 3 Infirmières de la FPE après une carrière au sein des établissements de soins privés.

Ces infirmières ne bénéficient actuellement d'aucune prise en compte de la pénibilité de leur travail pourtant exercé dans les mêmes conditions, ce qui est profondément injuste.

Aussi, dans le cadre du volet pénibilité de la réforme, nous demandons une prise en compte identique pour ce secteur.

Enfin, il faut souligner que les infirmières de la FPH sont, par ailleurs, les personnels qui ont le plus recours au temps partiel, à la fois comme la majorité des femmes et mères mais également, en raison des contraintes liées à leur travail ( 1 week-end de repos toutes les 2 ou 3 semaines, horaires décalés, travail de nuit, impossibilité de prendre plus de 2 semaines consécutives de congés ...).

La revendication d'un régime d'annuités supplémentaires cumulables tout au long de la carrière permettrait de mieux prendre en compte la pénibilité et de mettre fin aux injustices existantes.

Christian Allemand



# RETRAITE - PENIBILITE

## Le SNICS à la réunion du 25 novembre 2013 sur la pénibilité

Le groupe de travail était présidé par Pierre Coural (chef de service du pilotage et des politiques transversales) que nous connaissons car il avait également présidé les négociations de la création du corps de catégorie A pour les infirmières de l'Etat ; Il était alors membre du cabinet de Mr Sauvadet Ministre de la Fonction Publique dans le gouvernement Sarkozy.

Du côté des organisations syndicales étaient représentées CGT, FO, CFTC, CFDT, UNSA, Solidaires, FAFPT (autonomes) et FSU. Le SNICS était le seul syndicat infirmier présent.

Monsieur Coural annonce les 4 chantiers qui sont ouverts :

- Le chantier pénibilité
- Début février, le chantier managérial
- La gestion des âges de la vie
- La formation professionnelle

Il précise que ce chantier pénibilité est la conséquence du projet de loi sur les retraites.

Il s'agit de transposer dans la fonction publique le volet pénibilité de la réforme. Il se composera de 2 grandes séquences.

La première devra engager la discussion sur les différents axes : connaissance- prévention et accompagnement des agents.

A la fin de cette période, des négociations seront engagées et conduiront ou non à un accord. (fin du 1er semestre 2014) La DGAFP va faire des propositions de son côté et selon les négociations, un texte pourrait aboutir à une signature.

La majorité des organisations syndicales disent leur attachement au « service actif » mais des différences apparaissent cependant entre certains qui sont dans l'appréciation de pénibilités individuelles liés à un poste (CFDT, UNSA, CGC, FAFP) et les autres qui lient la notion d'exposition à des risques professionnels à des corps statutaires, des métiers et des missions.

Le SNICS quant à lui, intervient pour rappeler que la plus part des infirmières commencent leurs carrière au lit du malade et que les conditions de travail qui sont les leurs relèvent de toutes les catégories de risques recensées en matière de pénibilité.

Ces expositions liées à l'exercice de leur profession hypothèquent leur capital santé, car il existe une mémoire du corps avec des conséquences indélébiles sur leur santé..

C'est pour cette raison que nous demandons que cette situation soit prise en compte par l'octroi de bonifications (1 année par 5 années travaillées au lit du malade) que l'in-

firmière « emporterait » durant toute sa carrière.

Monsieur Coural dit ne pas vouloir créer d'inégalité pour les agents exposés aux mêmes risques et dit s'intéresser particulièrement aux problématiques d'égalité.

Il confirme qu'il n'y aura pas de disparition de la catégorie active qui concernent 700.000 personnes dans la FP mais revendique un équilibre à trouver entre dispositif collectif et dispositif individuel.

La DGAFP ne s'interdit pas de « regarder » la catégorie active mais ce n'est pas essentiel. Il redit la nécessité d'articuler démarche collective et démarche individuelle.

Il confirme la nécessité de traiter les conséquences sur les retraites. Il cite les infirmières les personnels non titulaires..

Il soutient qu'il y a une pluralité d'options qui ne se déclinent pas seulement en fonction de l'axe de travail. Reconnaît que pour le moment il n'a pas de mandat politique

Il invite les OS à transmettre par écrit leurs observations.

Béatrice Gaultier



# RETRAITE - PENIBILITE

## Intervention FSU à la réunion du 25 novembre 2013 sur la pénibilité

« **Pénibilité** » et « **Gestion des âges** » sont deux chantiers différents qui seront traités à des moments différents dans l'agenda social mais les discussions qui auront lieu dans le cadre de ces deux chantiers peuvent se recouvrir :

il nous paraît donc essentiel de bien comprendre quel est le périmètre des discussions dans chacun des deux champs.

Je prendrai l'exemple de la cessation progressive d'activité : c'est un sujet qui a, pour la FSU, tout son sens dans le cadre de la "gestion des âges" en tant que dispositif ouvert à tous les agents, quel que soit le poste occupé.

Mais il faut aussi que les agents qui exercent leurs missions dans des conditions plus pénibles que les autres puissent bénéficier d'un accès facilité à la CPA avec des modalités d'accès spécifiques.

### **Quid des dispositifs "retraite" particuliers à la FP ?**

Les services actifs concernent de moins en moins d'agents et, dans le contexte actuel, ces services actifs auront au mieux pour effet de permettre aux agents concernés de partir à 62 ans au taux plein. Il nous semble donc important d'explorer, parmi d'autres, la piste des bonifications pour la retraite.

Nous souhaitons pouvoir aborder cette question dans le cadre de ce chantier. Il serait intéressant de disposer d'une étude sur les comportements de départ en retraite des agents.

Pour les enseignants, par exemple, cette étude permettrait de distinguer les comportements selon les caractéristiques de l'établissement d'affectation, le nombre de classes ou d'élèves pris en charge, avec des résultats différenciés femmes / hommes.

### **La réparation n'est envisagée que pour les agents dont l'espérance de vie est "potentiellement réduite" (axe 3).**

Ce cadre limité ne peut pas être le seul : il y a des pénibilités réelles qui pèsent sur la santé des agents et qui doivent être compensées. Sinon, les agents exposés en fin de carrière partent en retraite à l'ouverture de leurs droits avec des pensions faibles....

**Or, l'enquête SUMER 2010** - réalisée par la Dares et l'inspection médicale du travail (DGT) sur les expositions dans les différents secteurs du public et du privé- a mis en évidence qu'il y avait dans la FP de fortes tensions liées au travail (notamment face aux usagers).

Parmi les enseignements tirés de l'enquête, on note :

- Une durée du travail plus longue dans la FPE et la FPH que pour l'ensemble des salariés,
- Un travail de nuit plus fréquent dans la FPH et aussi fréquent dans la FPE que dans l'industrie,
- Plus de 45% des agents de la FPH obligés de se dépêcher pour faire leur travail, soit plus que l'ensemble des salariés (37%), Parmi les enseignements tirés de l'enquête, on note :
- Une durée du travail plus longue dans la FPE et la FPH que pour l'ensemble des salariés,
- Un travail de nuit plus fréquent dans la FPH et aussi fréquent dans la FPE que dans l'industrie,
- Plus de 45% des agents de la FPH obligés de se dépêcher pour faire leur travail, soit plus que l'ensemble des salariés (37%),

Par ailleurs, la seule réponse de réparation proposée est celle du reclassement alors que le reclassement est assez inefficace. C'est une réponse bien limitée alors que le projet de loi prévoit, pour le secteur privé, du temps partiel de fin de carrière sans perte de rémunération et un droit à la retraite anticipée.....

Il faut aussi se préoccuper sérieusement de la problématique du vieillissement pour les agents de la FP. Des personnes peuvent très bien n'avoir aucun problème de santé jusqu'à 50 ans et ne plus être ensuite à l'aise dans leur travail, du fait de leur âge et de l'intensification du travail. Les ressources pour tenir au travail diminuent en effet avec l'âge. Les dissonances sont de plus en plus fortes en fin de carrière.



# PENIBILITE DOSSIER CNI

## PREAMBULE

**La question de la pénibilité est au coeur de l'imminente réforme des retraites.**

Le dispositif actuel visant la question de la pénibilité au travail ne répond pas à la problématique que rencontrent les personnels de la filière infirmière. Concernant les propositions du rapport de Mme Yannick Moreau, sur la prise en compte de la pénibilité, nous souhaitons vous faire part de nos interrogations et de quelques incompréhensions.

Aussi, dans un esprit constructif, nous développerons auprès de vous nos revendications et propositions concernant la pénibilité des métiers du soin en souhaitant qu'elles soient retenues.

**Dans le cadre de la pénibilité, la CNI réaffirme qu'il est essentiel de reconnaître :**

- l'exposition de nos professions dans le cadre légal du décret du 30 mars 2011,
- le stress des métiers du soin ,
- une bonification au 1/ 5ème au bout de 15 années de services.

**Enfin nous regrettons les propositions suivantes :**

- l'éventuelle augmentation de la Contribution Sociale Généralisée,
- la hausse des cotisations retraite

- l'effet doublon entre formation professionnelle et temps rémunéré pour une réorientation professionnelle.

**La bonne santé des professionnels de la filière infirmière participe à la qualité et à la sécurisation de la prise en charges des usagers et de leur famille.**

## Pénibilité du métier

La reconnaissance de la pénibilité au travail ne se limite pas à accorder aux salariés exposés, avec un risque d'une espérance de vie plus faible, des avantages spéciaux mais c'est aussi accorder les mêmes avantages aux salariés qui partent en retraite en ayant un état de santé dégradé.

Or, la pénibilité du travail soignant est bien réelle, de nature physique et psychique: la continuité des soins (le travail de nuit, horaires atypiques ...), les sollicitations mécaniques, l'exposition aux agents chimiques, biologiques, aux radiations, aux agents pathogènes, les sollicitations psychologiques ou psychosociales (stress pouvant excéder les capacités de l'individu), la peur latente de l'erreur, les agressions physiques ou verbales et la mauvaise ambiance au travail...

La pénibilité professionnelle peut, à terme, avoir de graves conséquences sur la prise en charge des usagers et porter préjudice à

l'ensemble des métiers de la santé en encourageant la désertion des soignants en activité. Cela cristallise les débats alors que de réelles discussions concernant la pénibilité professionnelle et sa reconnaissance doivent maintenant avoir lieu. Aussi, il est temps de reconnaître:

**. L'existence de contraintes physiques et psychologiques, définie par le décret 2001-354 du 30 mars 2011,**

**. Les manutentions manuelles,**

**. Le travail en horaires alternants, atypiques ainsi que les horaires de nuit,**

**. L'exposition à des agents toxiques...**

*« L'augmentation des cotisations retraites pour les agents implique une baisse du pouvoir d'achat. La décote et l'allongement de nos carrières laissent présager une baisse des pensions. Ces mesures ne feront qu'accroître la fuite des professionnels de santé qui sont nombreux aujourd'hui à se tourner vers d'autres secteurs d'activité ou d'autres professions, autant d'éléments qui confortent notre engagement et consolident notre détermination.*

*Pour établir des critères fins de pénibilité, il faudrait pouvoir reconstituer des parcours professionnels. Or, aujourd'hui, on ne dispose pas d'outils le permettant de façon pragmatique et homogène. Il faut donc sim-*



# PENIBILITE DOSSIER CNI

plifier les données du problème pour approcher la pénibilité.

En ce sens, trois critères simples de pénibilité « objective » peuvent être dégagés :

1. l'existence de contraintes physiques (exigences posturales, port de charges lourdes, rythme et cadence de travail...),
2. le travail en horaires alternants, atypiques, de nuit,
3. l'exposition à des agents toxiques qui, si elle n'est pas vécue comme pénible, rentre dans les critères de la première forme de pénibilité. »

Extraits de l'audition de M. Gérard LASFARGUES, Professeur des universités, praticien hospitalier, Chef du département des expertises intégrées en santé environnement travail de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET)

**A ces critères, la CNI estime qu'il serait opportun d'ajouter les 2 suivants :**

1. l'augmentation de la charge de travail,
2. les risques psycho-sociaux majorés (agression, stress, médiatisations judiciaires...).

L'invalidité des agents est une cause de départ précoce à la retraite dans la FPH (soit 9% des agents). Toutes les études démontrent la pénibilité de notre profession et l'usure professionnelle qui en découle.

L'âge de la retraite doit donc être fonction de cette pénibilité.

## NOS PROPOSITIONS

**1. Nous demandons la reconnaissance** pour les infirmiers et infirmiers spécialisés d'une pénibilité professionnelle à partir de quinze années de services effectifs, et ce, quel que soit le statut (catégorie A ou B).

**2. Nous demandons l'attribution d'une bonification au 1/5ème** aux infirmiers et infirmiers spécialisés (cf. proposition d'amendement en annexe 1)

## Remarques CNI :

L'augmentation des cotisations retraites pour les agents implique une baisse du pouvoir d'achat.

La décote et l'allongement de nos carrières laissent présager une baisse des pensions.

Ces mesures ne feront qu'accentuer la fuite des professionnels de santé qui sont nombreux aujourd'hui à se tourner vers d'autres secteurs d'activité ou d'autres professions, autant d'éléments qui confortent notre engagement et consolident notre détermination.

L'augmentation des charges sur les cotisations retraite ou sur le point de la CSG piste étudiée par le gouvernement va encore

amputer le budget des ménages et impliquer de facto une baisse du pouvoir d'achat.

Les fonctionnaires sont depuis quelques années soumis à « un régime drastique » :

- le point d'indice a été revalorisé pour la dernière fois en 2010, de 0,5%. Il est encore gelé pour 2014.

- le salaire net moyen en équivalent-temps plein (EQTP) dans le secteur hospitalier public (SHP) a augmenté en 2011 de 1,5 % en euros courants, ce qui se traduit par une baisse de 0,6 % en euros constants, après prise en compte de l'inflation. ( Source INSEE)

La décote et l'allongement de la durée de cotisation laissent présager une baisse des pensions. Ces mesures ne feront qu'accentuer la fuite des professionnels de santé qui sont nombreux aujourd'hui à se tourner vers d'autres secteurs d'activité ou d'autres professions, **autant d'éléments qui confortent notre engagement et consolident notre détermination.**

Difficiles, un peu plus dégradées chaque jour, les conditions de travail des professionnels de santé sur le terrain sont de moins en moins attractives.

De plus, la prise en charge des patients est loin de correspondre aux attentes des soi-



# PENIBILITE DOSSIER CNI

gnants et aux recommandations de bonnes pratiques.

Partout, les effectifs sont à flux tendus et tributaires des restrictions budgétaires et/ou de l'absentéisme non remplacé.

- **Le contexte ambiant pèse,**
- **La démotivation est de plus en plus présente,**
- **La charge de travail s'alourdit,**
- **Le stress augmente...**

Le budget des hôpitaux correspond à des fonds publics et il est légitime qu'il réponde à une certaine rigueur et transparence.

Cependant, les obligations de retour à l'équilibre mises en place ces dernières années ont contraint les directions à des coupes franches dans les effectifs.

Les dépenses en personnel représentent, en effet, 70% du budget total.

Or, d'après une étude américaine commanditée par l'*American Nurse Association-The economic value of Professional Nursing*, l'ajout d'infirmier amenant la convalescence plus rapide des patients augmenterait la productivité nationale de 231 Millions de dollars par an.

Le licenciement n'existe pas dans la Fonction Publique, les « *non-remplacements* » se

développent et viennent ainsi amplifier les conséquences d'un absentéisme très fort. Les effectifs au lit du patient diminuent.

Les professionnels sont fréquemment sollicités pour compenser les manques, au mépris des amplitudes de repos et des textes statutaires les plus basiques sur l'organisation du temps de travail.

Ces dysfonctionnements ont pour conséquence d'entraîner un risque accru et une diminution de la qualité des soins pour le patient (Etude Nationale sur les Evénements Indésirables graves associés aux Soins ENEIS 2004-2009)

Le rôle syndical est, certes de se battre pour que les conditions de travail s'améliorent au plus vite, mais nous nous devons également d'attirer l'attention de chaque professionnel sur les risques qu'il prend chaque jour en termes de responsabilités professionnelles.

• **Quelles sont les limites à cette course effrénée ?**

• **Devons-nous vraiment continuer à courir et à nous épuiser ?**

• **Quelles sont les conséquences pour les usagers ?**

**Conditions de travail**

**Augmentation des RPS (risques psychosociaux) :**

L'augmentation de l'absentéisme est une conséquence du mal être soignant. Il est nécessaire d'agir et de prévenir les problématiques telles que l'épuisement professionnel ou le développement des addictions. L'encadrement du personnel devrait être formé au repérage des premiers signes afin de pouvoir les orienter vers une prise en charge adaptée.

**De plus en plus d'hôpitaux mettent en place des mesures de prévention des RPS mais il est à signaler que souvent, nous sommes plus au stade curatif qu'à celui de la prévention.**

## NOS PROPOSITIONS

1. Définir un ratio infirmier / patients par spécialité pour tenir compte de la charge de travail.
2. Valoriser l'activité infirmière (T2A).
3. Renforcer la prévention des RPS.
4. Reconnaître l'épuisement professionnel (burn-out) en maladie professionnelle.
5. Donner une place aux professionnels soignants de terrain et tenir compte de leur avis lors des restructurations de services



# PENIBILITE DOSSIER CNI

ou la conception de nouveaux locaux.

6. Mener une réflexion sur le vieillissement de la population, sur la gestion des ressources humaines, l'adaptation des postes de travail, sur l'accompagnement des parcours professionnels et les aménagements de fin de carrière.

## Promesses puis réalité..... le grand écart

Les filières infirmières et aides-soignantes revendiquent depuis longtemps des salaires adaptés à leur spécificité. Le constat est assez accablant, les salaires de début de carrière se « smicardisent » proposant des montants nets dérisoires au vu des années d'études, des responsabilités croissantes sans parler de la charge de travail et des conditions d'exercice.

Aujourd'hui, il est indispensable d'apporter, par le biais des rémunérations, un minimum d'attractivité afin de ne pas se retrouver dans quelques années dans l'impasse à chercher du personnel formé.

**En 1986, le salaire infirmier de début de carrière était 24% supérieur au SMIC. Aujourd'hui, il ne l'est plus que de ...11%.**

Après un affichage de revalorisation et une réforme particulièrement injuste (contrepar-

tieretraite) les infirmiers débiteront leur carrière, à partir de 2015, à 1615€ brut. Ils termineront à 2620€ brut... Au regard des années d'études ( grade Licence) et des responsabilités quotidiennes, le salaire est peu attractif. La différence avec le SMIC (mensuel brut à 1430,22€ en janvier 2013) est-elle réellement en corrélation avec cette réalité ?

Dans la Fonction Publique Hospitalière, les agents sont confrontés à une multitude de contraintes qui sont liées à la continuité du service public (24H/24H, 365 jours par an). Ces contraintes sont indemnisées sous forme de primes dont le montant ne correspond pas aux niveaux des obligations des agents. Elles sont parfois plus que symboliques au regard du service rendu, des compétences et responsabilités. Les personnels des établissements privés, soumis ou non à des missions de service public, sont confrontés aux mêmes contraintes.

**Parmi toutes les primes, certaines valorisent des temps d'exercices spécifiques (dimanches, fériés et nuits). Ces contraintes particulières s'imposent à une majorité de soignants et impactent d'une part leur vie sociale, familiale et d'autre part la santé des agents.**

A titre d'exemple, la prime de nuit est d'un montant purement et simplement dérisoire (1 ,07€ brut par heure de nuit travaillée). N'est-

il pas temps de reconnaître, à sa juste valeur, un travail posté à la hauteur des contraintes posées ?

Depuis la mise en place du « protocole Bachelot », les infirmiers de la FPH ont dû choisir entre deux options : rester dans un corps en voie d'extinction et conserver un départ en retraite à un âge acceptable (57 ans) ou obtenir une aumône mais, en contrepartie, partir à 60 ans.

Ce droit d'option s'est ensuite appliqué aux infirmiers spécialisés et aux cadres avec de nombreux dysfonctionnements qui, une fois de plus, ont amputé les 6 mois de choix.

**Alors que le gouvernement a demandé un effort de 2 ans pour la retraite, les infirmiers et infirmiers spécialisés doivent eux contribuer à hauteur de 7 ans (55 ans à 62 ans pour les nouveaux diplômés) !**

De plus, la nouvelle grille salariale pour le reclassement proposé ne correspond pas à la catégorie A type Fonction Publique. Cette nouvelle grille débute au même indice (349) mais elle s'arrête bien avant, à l'indice majoré 604, quand la grille de catégorie A type fonction publique atteint l'indice majoré 783... soit 829€ bruts mensuels d'écart !

## Nos propositions.

**1. Passage en catégorie A sans contrepartie pour le corps infirmier,**

**2. Augmentation des salaires de toute la filière infirmière** avec une revalorisation (secteur privé et public) basée sur une grille Fonction Publique A type (avec application aux 3 Fonctions Publiques).

**3. Des grilles linéaires pour tous les professionnels du soin.**  
**RETRAITE**

**Au niveau démographique, la fonction publique hospitalière se caractérise par un taux important de départs à la retraite.**

Entre 2005 et 2008, environ 75 600 agents ont fait valoir leurs droits à la retraite. 75% d'entre eux appartiennent à la filière soignante et de rééducation.

Cette tendance va se poursuivre dans les années à venir. Un infirmier sur deux sera parti en retraite d'ici 2015 (Santé.gouv.fr).

Avant la réforme de novembre 2010, les infirmiers de la Fonction Publique Hospitalière pouvaient partir en retraite avant 60 ans.

Une majoration d'assurance de 1 an tous les 10 ans leur était accordée depuis la réforme Fillon de 2003 au regard de leur pénibilité professionnelle.



# PENIBILITE DOSSIER CNI

Ceux ayant optés pour le maintien dans la catégorie active auront ce droit à majoration.

Les professionnels ayant fait le choix de la revalorisation salariale sont placés en catégorie sédentaire perdent ce droit et verront leurs droits à la retraite s'ouvrir à partir de 60 ans.

Les infirmiers entrant dans la Fonction Publique Hospitalière à partir de 2010 n'auront plus accès à la majoration et verront leurs droits à la retraite s'ouvrir à partir de 62 ans.

Or, qu'ils aient opté pour une catégorie active ou sédentaire ou qu'ils aient intégré la FPH après la fin 2010, tous ces professionnels ont les mêmes contraintes d'exercice.

**Faut-il en conclure que la pénibilité professionnelle s'achète ?**

## Nous dénonçons

**Une « revalorisation » aussitôt supprimée...**

Comme le prévoit la réforme, les cotisations retraites vont donc augmenter progressivement pour atteindre un seuil de 10,55 en 2020, soit une augmentation de 2,7%... un

petit détail dans une histoire déjà burlesque car 2,7%, c'est bien plus que la revalorisation salariale obtenue pour bon nombre d'infirmières suite au droit d'option (voir tableaux pages suivantes).

**Le chemin de croix imposé aux infirmières...**

En plus de ces 7 années supplémentaires à travailler, d'une maigre augmentation annuelle par la hausse des cotisations, il faut ajouter le gel du point d'indice depuis 2011.

La baisse du pouvoir d'achat de toute la profession infirmière va donc prendre des proportions démesurées dans les années à venir...

## Conclusions

Les pistes de réforme exposées dans le rapport de Mme Yannick Moreau présentent à nos yeux un atout majeur : la prise en compte de la pénibilité.

Classer des professions en catégorie sédentaire alors que les contraintes et la pénibilité sont les caractéristiques des métiers du soin a été une erreur du gouvernement Fillon.

La qualité des soins, selon l'OMS se définit de la manière suivante :

*« délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assure le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour la plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

En sacrifiant la filière soignante sur l'autel de la rentabilité on s'éloigne de cet idéal et en particulier de l'humanité que les usagers du système de santé sont en droit d'attendre lors de leur prise en charge.

Face aux enjeux de santé publique, au rôle majeur de la filière soignante et suite au constat que nous venons de faire, il est important aujourd'hui que les décideurs donnent des signes forts afin de rétablir la confiance des professionnels en place et afin de maintenir l'attractivité des métiers de la filière.

Amendement au projet de loi présenté par la CNI.

Crée un alinéa à l'article 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite rédigé comme suit :

*"Une bonification du cinquième du temps de service accompli est accordée dans la limite de cinq annuités à tous les infirmiers en soins généraux et infirmiers spécialisés à la condition qu'ils aient accompli au moins quinze années de services effectifs ou qu'ils aient été rayés des cadres pour invalidité. Cette disposition s'applique à tout le corps infirmier et indépendamment du classement en catégorie A ou B."*

## Exposé sommaire.

**Les infirmiers en soins généraux et infirmiers spécialisés sont exposés à de nombreuses contraintes:**

- l'existence de contraintes psychologiques (souffrance, douleur, mort...)
- le travail en horaires alternants, le travail de nuit, le travail en horaires atypiques,
- l'exposition à des agents toxiques.

**Cette pénibilité professionnelle justifie la mise en place d'une bonification.**

Nathalie Depoire  
Présidente de la CNI  
(Coordination Nationale Infirmière)



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

**Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2013/2014**

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

**BARÈME DES COTISATIONS 2013 / 2014**

**Infirmier(e) en catégorie A**

| Echelon                  | 1er  | 2ème | 3ème | 4ème | 5ème | 6ème | 7ème | 8ème | 9ème | 10ème | 11ème |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| <b>Classe normale</b>    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |
| Cotisation               | 93€  | 97€  | 103€ | 108€ | 115€ | 123€ | 132€ | 136€ | 140€ |       |       |
| <b>Classe supérieure</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |
| Cotisation               | 115€ | 124€ | 132€ | 137€ | 142€ | 148€ | 153€ |      |      |       |       |
| <b>Hors Classe</b>       |      |      |      |      |      |      |      |      |      |       |       |
| Cotisation               | 106€ | 108€ | 113€ | 118€ | 124€ | 130€ | 136€ | 142€ | 148€ | 154€  | 157€  |

**Infirmier(e) en catégorie B (nouvel espace statutaire)**

| Echelon                  | 1er  | 2ème | 3ème | 4ème | 5ème | 6ème | 7ème | 8ème | 9ème |
|--------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Classe normale</b>    |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Cotisation               | 89€  | 90€  | 94€  | 100€ | 107€ | 114€ | 122€ | 131€ | 139€ |
| <b>Classe supérieure</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Cotisation               | 115€ | 121€ | 128€ | 134€ | 141€ | 145€ | 149€ |      |      |

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

**PAIEMENT FRACTIONNE DE LA COTISATION SYNDICALE**

**Pour régler votre cotisation syndicale par paiement fractionné, vous devez remplir ce formulaire et :**

**1/** indiquer le montant total de votre cotisation syndicale (cf. tableau ci-dessus) ; **2/** choisir le nombre de prélèvements que vous souhaitez (4 ou 6) ; **3/** signer cette autorisation de prélèvement ; **4/** retourner cette autorisation très rapidement accompagnée d'un RIB ou d'un RIP, à vos responsables académiques du SNICS.

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

**Montant total de la cotisation : ..... euros - Nombre de prélèvements choisi : 4 - 6 (rayer la mention inutile)**

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT** : J'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur le prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

**Nom et adresse du créancier** : SNICS - 46, avenue d'Ivry, 75647 Paris cedex 13 - **Numéro National d'identité du créancier** : 406165

**Nom du titulaire du compte à débiter** : .....

**Compte à débiter** : code établissement : ..... Code guichet : ..... Numéro de compte : .....

Clé RIB ou RIP : ..... Nom de l'établissement : ..... **SIGNATURE** :

# JOINDRE VOS RESPONSABLES ACADÉMIQUES SNICS

**Aix-Marseille** : Etienne HERPIN Tél 06 40 55 82 58  
[herpinetienne@aol.com](mailto:herpinetienne@aol.com)

**Amiens** : Valérie VAIREAUX Tél 06 73 20 54 59 ou 03 22 89 04 88 ou 03 22 53 49 93 [valerie.vaireaux@yahoo.fr](mailto:valerie.vaireaux@yahoo.fr)

**Besançon** : Catherine DUTY Tél 06 18 23 85 08 ou 03 84 37 48 71  
[catherine.duty@wanadoo.fr](mailto:catherine.duty@wanadoo.fr)

**Bordeaux** : Elsa GERBE Tél 06 64 23 08 06 ou 05 56 48 72 17  
[elsagerbe@hotmail.com](mailto:elsagerbe@hotmail.com)

**Caen** : Patricia FRANCOIS Tél 06 87 89 13 34 ou 02 31 70 30 49  
[snics-caen@laposte.net](mailto:snics-caen@laposte.net) ou [patoufrancois@laposte.net](mailto:patoufrancois@laposte.net)

**Clermont-Ferrand** : André MAROL Tél 06 59 35 21 11  
[andremarol@orange.fr](mailto:andremarol@orange.fr)

**Corse** : Pénélope BOUQUET-RUHLING Tél 06 22 45 74 63  
[penelopebouquet@orange.fr](mailto:penelopebouquet@orange.fr)

**Créteil** : Samia BOUNOURI Tél 06 52 38 30 18 [snics.creteil@laposte.net](mailto:snics.creteil@laposte.net)  
Carole POURVENDIER Tél 06 79 78 89 85 [carole.pourvendier@ac-creteil.fr](mailto:carole.pourvendier@ac-creteil.fr)

**Dijon** : Yasmina BELKHIR Tél 06 50 65 73 46 [Yasmina.Belkhir@ac-dijon.fr](mailto:Yasmina.Belkhir@ac-dijon.fr)

**Grenoble** : Marilyn MEYNET Tél 06 23 37 53 78  
[marilyn2611@yahoo.fr](mailto:marilyn2611@yahoo.fr)

**Guadeloupe** : Patricia POMPONNE Tél 06 90 59 58 57 ou 05 90 86 50 36  
[pomponne.patricia@orange.fr](mailto:pomponne.patricia@orange.fr) / Sylvie SOLVAR 06 90 40 72 11 ou 05 90 85 17 63 [sheene.mal@orange.fr](mailto:sheene.mal@orange.fr)

**Guyane** : Sylvie AUDIGEOS Tél 06 94 42 98 99 ou 05 94 32 83 54  
[sylvie.audigeos@wanadoo.fr](mailto:sylvie.audigeos@wanadoo.fr)

**Lille** : Valérie GRESSIER Tél 06 75 72 21 58 ou 03 21 32 29 50  
[valerieg20@hotmail.fr](mailto:valerieg20@hotmail.fr)

**Limoges** : Laurence TESSEYRE Tél 06 81 64 08 14 ou 05 55 79 07 54 ou 05 55 34 81 33 [laurencesesseyre@yahoo.fr](mailto:laurencesesseyre@yahoo.fr)

**Lyon** : Josiane RAMBAUD Tél 06 98 93 35 02 ou 04 74 71 46 95  
[josiane.rambaud@ac-lyon.fr](mailto:josiane.rambaud@ac-lyon.fr) / Anne Marie BRUCKERT Tél 06 86 53 37 19 ou 04 72 01 80 06 [ambruckert@free.fr](mailto:ambruckert@free.fr)

**Martinique** : Claudine CAVALIER 06 96 29 17 70  
[claudine-germanicus@wanadoo.fr](mailto:claudine-germanicus@wanadoo.fr)

**Montpellier** : Sandie CARIAT Tél 06 16 88 49 69 ou 04 67 96 04 31  
[s.cariat@yahoo.fr](mailto:s.cariat@yahoo.fr)

**Nancy-Metz** : Brigitte STREIFF Tel 06.22.50.90.84 ou 03.87.29.68.80  
[brigittestreiff.snics@gmail.com](mailto:brigittestreiff.snics@gmail.com)

**Nantes** : Sylvie MAGNE Tél 06.08.90.22.31  
[sylvie-j.magne@laposte.net](mailto:sylvie-j.magne@laposte.net)

**Nice** : Mireille AUDOYNAUD Tél 06 71 90 21 09 ou 04 93 58 45 45  
[mireille.audoynaud@free.fr](mailto:mireille.audoynaud@free.fr)

**Orléans -Tours** : Marie LEMIALE Tél T 02 47 31 01 08  
ou P 02 47 66 52 31 [m.lemiale@orange.fr](mailto:m.lemiale@orange.fr) /  
Joëlle BARAKAT Tél 02 47 23 46 15 ou 02 47 57 04 34  
[joelle.barakat@orange.fr](mailto:joelle.barakat@orange.fr)

**Paris** : Chantal CHANTOISEAU Tél 06 13 53 70 61  
[cchantoiseau@neuf.fr](mailto:cchantoiseau@neuf.fr)  
Lila TIMIZAR LEEPEN Tél 06 64 12 46 11

**Poitiers** : Fabienne DORCKEL Tél 06 88 71 35 05 ou 05 49 70 62 23  
[fabienndorckel@wanadoo.fr](mailto:fabienndorckel@wanadoo.fr)

**Reims** : Martine THUMY Tél 06 43 71 43 16 ou 03 26 08 34 36  
[martine121@free.fr](mailto:martine121@free.fr)

**Rennes** : Christine PROU Tél 06 15 74 46 49 [christine.prou@uhb.fr](mailto:christine.prou@uhb.fr)

**Réunion** : Odile LAUSIN Tél 06 93 92 57 26 [odile.lausin@gmail.com](mailto:odile.lausin@gmail.com)

**Rouen** : Martine LEMAIR Tél 06 30 94 26 86 ou 02 32 82 52 12  
[martine.lemair@free.fr](mailto:martine.lemair@free.fr)

**Strasbourg** : Catherine BOUYER Tél 06 08 35 70 27  
ou 03 88 33 19 43 [snics.strasbourg@gmail.com](mailto:snics.strasbourg@gmail.com)

**Toulouse** : Viviane LARDE-RUMEBE Tel 05 61 59 87 84  
[viviane.rumebe@ac-toulouse.fr](mailto:viviane.rumebe@ac-toulouse.fr)

**Versailles** : Patricia BRAIVE Tél 06 61 14 50 98 ou 01 69 01 48 07  
[patbraive@wanadoo.fr](mailto:patbraive@wanadoo.fr)

**Mayotte** : Nicole FILLIUNG 06.39.60.98.17  
[nicole.filliung@ac-mayotte.fr](mailto:nicole.filliung@ac-mayotte.fr)



**Votre vocation fait votre fierté,  
la nôtre est de vous assurer.**



**SPÉCIAL AGENTS  
DES SERVICES  
PUBLICS**

Exercer son talent au service des autres est une mission que nous partageons. C'est pourquoi, **la GMF, 1<sup>er</sup> assureur des agents des services publics** en fait toujours plus pour vous assurer dans votre vie personnelle (assurance auto, habitation, complémentaire santé, épargne) et vous accompagner dans votre vie professionnelle. À votre tour, rejoignez nos 3 millions de sociétaires pour profiter **des offres privilégiées** que nous vous réservons.

► **Renouvelez-vous au 0 970 809 809 (numéro non surtaxé) ou sur [www.gmf.fr](http://www.gmf.fr)**

Pour les moins de 30 ans

**50 € OFFERTS\***  
sur votre assurance **AUTO**

\*Offre réservée aux agents des services publics de moins de 30 ans, la 1<sup>re</sup> année, à la souscription d'une contre-assurance auto. Voir [www.gmf.fr](http://www.gmf.fr).

LA GARANTIE MUTUELLE DES FORTYCEMBRES est employée de l'état et des cadres publics et ecclésiastiques - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Paris 776 061 149 - Siège social : 70, rue de Procy 75287 Paris Cedex 17 et ses filiales GMF Assurance, La Garde-garde et GMF Vie.

ASSURANCES MUTUELLES DE FRANCE - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - R.O.A. Chères 825 862 676 - Siège social : 7, avenue Léonard de Vinci 21932 Châlon-sur-Saône Cedex 8 - Adresse postale : 46310 Châlon Cedex 8.



**Assurance Humaine**