

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

9867

Prix : 0,61 €

N° 89 Avril-Mai-Juin 2017



ORDRE INFIRMIER

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

PROFESSION

Ordre infirmier

A ce jour, l'Ordre National Infirmier revendique 212 676 inscrits. Inscrits mais pas nécessairement adhérents.

La question posée est la suivante: Les infirmiers se sont-ils tous VOLONTAIREMENT inscrits à l'ordre ou bien l'ont-ils par contrainte?

Selon la réponse apportée à cette question, la notion de représentativité de l'ordre doit être appréhendée de manière radicalement différente.

Manifestement peu d'infirmières sur les 212 676 infirmières inscrites l'ont fait de gaieté de coeur.

212 676 sur 638 248 infirmières en exercice (source ministère de la santé), autrement dit, après 9 ans d'existence dans la loi, l'ONI regroupe seulement 33% des infirmières et souvent contre leur gré.

Tout d'abord à la Fonction Publique Hospitalière, l'ONI (avec la collaboration plus que bienveillante des cadres) oblige à ce que chaque nouvelle infirmière soit inscrite à l'ordre, « pas inscrit - pas de travail ».

Dans le privé, c'est plus difficile d'imposer cela aux directeurs de cliniques privées ou à des patrons ou à des associations.

Nous avons vu, pour la première fois cette année, cette « méthode » s'appliquer à l'édu-

cation nationale. Toutes celles qui passeront le concours devront fournir l'attestation d'inscription à l'ordre. Il faut croire que l'ONI a su également trouver des oreilles complaisantes au sein de la DGESCO (Direction Générale de l'Enseignement Scolaire).

Mais pour autant, ces collègues adhèrent-elles volontairement à l'ONI, comme on peut adhérer à un syndicat parce qu'on y croit?

Comment « éthiquement, moralement » affirmer qu'on représente une population sous la contrainte? Un peu comme si les gardiens de prisons étaient représentatifs des détenus.

Comment rendre une population captive?

La loi de 2009 était déjà contraignante et prise sans l'adhésion des infirmières.

Mais l'ONI continue sur sa lancée sans état d'âme, au delà de la révision de notre déontologie professionnelle qui existait, dans le droit, antérieurement à l'ordre, un nouveau pas est franchi.

En effet, les 66% des infirmières qui n'étaient pas inscrites à l'ordre étaient « protégées ». En effet la loi prévoyait que le gouvernement devait prendre un décret pour que les administrations et employeurs puissent communiquer à l'ONI la liste de leurs infirmières en vue de leur inscription.

Passons sur les engagements de Marisol Touraine qu'elle n'a jamais tenus, mais limitons nous à celui de la suppression de l'ordre, promesse électorale de 2012.

Devant l'inertie du gouvernement, l'Ordre National Infirmier a saisi le conseil d'état.

Vous trouverez dans les pages suivantes la requête et la conclusion de cette juridiction qui enjoint au gouvernement de publier, dans les 3 mois, ce fameux décret.

Est ce que pour autant le combat est perdu?

NON, comment accepter de Payer pour travailler?

Le congrès du SNICS qui va se réunir du 14 au 18 mai devra se prononcer, et gageons que les délégués de toutes les académies débattront au fond de ce dossier et que des mandats clairs seront produits.

Mais d'ores et déjà, comment accorder une crédibilité à une structure qui veut « parler pour nous » en nous imposant de nous caler dans ses vues?

Vouloir le bonheur des gens malgré eux est traditionnellement l'apanage des sociétés despotiques et totalitaires.

C.Allemand



PROFESSION

Ordre infirmier-Conseil d'Etat

Procédure d'inscription automatique à l'ordre des infirmiers

• Dans une décision du 24 mars 2017, le Conseil d'Etat, saisi par le CNOI, délivre injonction au gouvernement de publier le décret permettant l'inscription automatique des infirmiers à l'Ordre des infirmiers.

• Le gouvernement doit saisir du projet les instances consultatives dans un délai de 3 mois.

• Le texte de la décision : Conseil d'Etat, 24 mars 2017, n° 408452

1/ Cadre général

1. Nul ne peut exercer la profession d'infirmier s'il n'est inscrit au tableau de l'ordre (CSP, art. L.4311-15).

2. Devant les difficultés rencontrées pour obtenir l'inscription des infirmiers, l'article 63 de la loi du 21 juillet 2009 a prévu un processus d'inscription automatique : « L'ordre national des infirmiers a un droit d'accès aux listes nominatives des infirmiers employés par les structures publiques et privées et peut en obtenir la communication. Ces listes nominatives sont notamment utilisées pour procéder, dans des conditions fixées par décret, à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre ».

3. Sept ans plus tard, et devant un tableau stagnant, le président du conseil national de l'ordre des infirmiers a saisi, le 1er décembre 2016, le Premier ministre d'une demande tendant à ce que le décret dont ces dispositions prévoient l'intervention soit pris. En l'absence de réponse, il en résulte une décision implicite de rejet, dont le conseil de l'Ordre demande, sur le fondement de l'article L. 521-1 du code de justice administrative, la suspension.

2/ L'urgence

a/ Argument de l'Ordre

4. Le conseil national de l'ordre des infirmiers fait tout d'abord valoir que selon les données émanant de l'administration, un peu plus de 100 000 infirmiers salariés seraient inscrits au tableau de l'ordre sur un total de plus de 500 000.

5. Un tel état de fait, outre qu'il révèle l'existence d'un nombre très important de situations illégales, rend très difficile l'exercice par l'ordre d'un nombre important de ses missions, et en particulier de l'examen de la conformité aux obligations déontologiques des intéressés des contrats les liant à leurs employeurs.

6. En outre, les conseils départementaux de l'ordre sont, depuis l'entrée en vigueur, le 28 novembre 2016, du code de déontologie des infirmiers, compétents pour le traitement des demandes d'autorisation de remplacement. De très nombreuses demandes ont été reçues, pour la plupart émanant d'infirmiers non-inscrits à l'ordre. Leur traitement ne peut intervenir, en l'absence de dispositif d'inscription automatique, qu'au terme d'un délai d'inscription de droit commun incompatible avec le délai de réponse qu'implique souvent la nécessité d'un remplacement.

b/ Réponse du ministère

7. La ministre des affaires sociales et de la santé soutenait que la publication du décret litigieux n'était nécessaire ni pour que les infirmiers salariés, qui y sont en tout état de cause tenus, s'inscrivent au tableau, ni pour que l'ordre se fasse communiquer par les structures publiques et privées les listes nominatives des infirmiers qu'elles emploient.

c/ Réponse du Conseil d'Etat

8. Si le défaut d'inscription à l'ordre est le fait des infirmiers eux-mêmes, le nombre et la proportion d'infirmiers salariés non-inscrits, alors que l'obligation existe depuis la création de l'ordre en 2006, ne peut résulter que de l'absence de mise en œuvre des dispositions adoptées par le législateur en 2009 qui ont pour but de faciliter ces inscriptions, tant en ce qui concerne le contenu et les modalités de transmissions des données nécessaires que de la définition d'une procédure automatique d'inscription.

9. Eu égard aux conséquences d'une telle situation, notamment pour l'exercice, par l'ordre, des missions, notamment en matière déontologique, qui lui sont dévolues et que le législateur n'a pas remises en cause, la condition d'urgence doit, dans les circonstances de l'espèce, être regardée comme

remplie.

3/ Au fond

a/ Analyse

10. Le Premier ministre, vertu de l'article 21 de la Constitution, assure l'exécution des lois et exerce le pouvoir réglementaire, ce qui comporte non seulement le droit, mais aussi l'obligation de prendre dans un délai raisonnable les mesures qu'implique nécessairement l'application de la loi.

11. Compte tenu de la nécessité de préciser les conditions dans lesquelles il est procédé aux inscriptions d'office au tableau tenu par l'ordre national des infirmiers, notamment en ce qui concerne la collecte des données transmises par les structures publiques et privées employant des infirmiers et la vérification, par les autorités ordinaires, des conditions légales permettant l'inscription des intéressés au tableau, l'intervention du décret prévu par ces dispositions législatives est nécessaire à leur mise en œuvre. Sept après la loi, le délai raisonnable dont le gouvernement disposait pour fixer les modalités d'application de ces dispositions, promulguées est expiré.

b/ La décision prise

12. Le Conseil d'Etat ordonne la suspension de l'exécution de la décision implicite par laquelle le Premier ministre a refusé de prendre le décret exigé par l'article L. 4311-15 du code de la santé publique.

13. Il fait injonction à la ministre des affaires sociales et de la santé de saisir, dans un délai de trois mois, les instances devant, compte tenu de l'objet du texte, être consultées en application de textes législatifs ou réglementaires.



Activités-Rencontres

RIFSEEP- Le SNICS saisit le défenseur des droits

Christian ALLEMAND
Secrétaire Général du SNICS FSU

Paris le 30 mars 2017

Monsieur le Défenseur des Droits
3 place de Fontenoy
75007 PARIS

Monsieur le Défenseur des Droits,

Au nom de mon organisation syndicale, majoritaire à près de 64% chez les infirmières et infirmiers de l'éducation nationale, je tiens à vous interpeller sur la mise en œuvre du nouveau régime indemnitaire (RIFSEEP), concernant les infirmier(e)s de l'éducation nationale.

Les arrêtés du 31 Mai 2016 et du 10 Aout 2016 ont été publiés pour la mise en application au corps des infirmiers de l'Education Nationale des dispositions du décret n° 2014-513 du 20 mai 2014 portant création d'un régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel dans la fonction publique de l'Etat.

Nous étions fortement réticents à la mise en œuvre de ce régime indemnitaire comme nous vous l'avions plusieurs fois écrit et notamment pour deux raisons.

Tout d'abord au regard du caractère singulier des professions réglementées du champ de la santé qui ne peuvent lier en aucune façon leur exercice à une quelconque notion de performance.

Mais également, nos craintes de voir de grandes inégalités apparaître entre les infirmières et entre les académies avec le risque d'une grande difficulté au regard du principe d'égalité de traitement des fonctionnaires appartenant à un même corps.

Force est de constater que la mise en place effective de ce nouveau régime indemnitaire au niveau des académies n'a eu pour effet que d'engendrer de nombreuses inégalités de traitement pour des personnels d'un même corps, ce qui est totalement inacceptable pour notre organisation syndicale.

En effet, le décret n° 2003-695 du 28 juillet 2003 qui a modifié les dispositions statutaires de notre corps, signifie clairement qu'il n'existe pas de fonctionnalité liée au grade. De fait, toute infirmière, quelque soit son grade ou sa classe, peut indifféremment occuper tout poste d'infirmière au sein de l'Education Nationale et de l'enseignement supérieur.

Il n'y a donc aucune raison légitime pour que les montants des IFSE soient aussi disparates et donc inégalitaires au sein des académies.

Nous voulons porter à votre connaissance ces disparités significatives, tant sur les montants proposés que sur les modalités d'attributions :

6 académies ont fait le choix de différencier les montants de l'IFSE en fonction du grade ou de la classe des infirmières, alors que, nous vous le rappelons, un changement de grade ou de classe ne

Activités-Rencontres

RIFSEEP- Le SNICS saisit le défenseur des droits

signifie aucunement pour notre profession un changement de poste, comme cela peut être le cas pour certains corps.

Les montants de l'IFSE pour les personnels bénéficiant d'une concession de logement pour nécessité absolue de service varient, d'une académie à l'autre, de 116 euros jusqu'à 440 euros, soit un différentiel pouvant atteindre 379% !

Les montants de l'IFSE des personnels non logés exerçant en EPLE varient eux de 296 euros jusqu'à 450 euros, soit une différence pouvant dépasser les 50% !

Les montants de l'IFSE pour les ICTD (infirmières conseillères techniques départementales) s'échelonnent quant à eux de 309 euros jusqu'à 534 euros, soit une variabilité pouvant atteindre 70% !

Enfin, les montants de l'IFSE des ICTR (infirmières conseillères techniques du recteur) varient eux de 375 euros à 1043 euros, amenant dans ce cas un différentiel proche des 300% !

Et si l'on compare enfin le montant de l'IFSE retenu le plus bas, soit 112 euros, à celui le plus haut, soit 1043 euros, alors le différentiel devient astronomique puisque supérieur à 900% !!!

Vous comprendrez bien alors le sens de notre interpellation quant à ces dispositions prises dans les académies.

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

Nous ne pouvons non plus accepter et entendre que ces différences soient justifiées par des différences de niveaux de responsabilités. En effet, pour nous, si niveau de responsabilité il fallait hiérarchiser, le plus haut niveau concernerait les collègues exerçant l'art infirmier dans les EPLE devant les élèves, car engageant au quotidien leur responsabilité entière et pénale.

Nous avons sollicité à plusieurs reprises les autorités académiques et ministérielles sur ces inégalités. Ces demandes sont restées, à ce jour, sans réponses.

C'est donc pour toutes ces raisons que nous vous demandons de bien vouloir prendre des mesures nécessaires pour que cessent ces inégalités générées par ce nouveau régime indemnitaire et constatées dans les académies.

Il en va de l'égalité de traitement des fonctionnaires, que rappelle le conseil d'état et le conseil constitutionnel qui considèrent que « l'égalité de traitement des fonctionnaires appelle l'adoption de règles semblables à l'égard des agents se trouvant dans une situation identique et que seuls les agents appartenant à un même corps sont placés dans une telle hypothèse »

Je sollicite qu'il vous plaise de faire tout ce qui est en votre pouvoir pour rétablir dans leurs droits les infirmières de l'éducation nationale.

C.ALLEMAND

Activités-Rencontres

Dépistages des 6 ans : Le SNICS écrit à la DRESS

22 mars 2017: Nous avons eu une Conférence Téléphonique avec la DRESS. Le SNIES, La CGT et la CFDT avaient été auditionnés la semaine précédente sur le projet d'enquête sur la santé des élèves en Grand section. Mais la DRESS tenait à s'entretenir en bilatérale avec le SNICS.

Nous avons réaffirmé qu'à cet âge, il y avait une visite médicale obligatoire et que lors de cette visite médicale, les médecins avaient tous les éléments pour remplir cette enquête. Si les infirmières avaient à le faire, cela conduirait, de facto, à ce qu'elles fassent cette visite à la place des médecins ce qui est contraire à la loi et à la réglementation. En conséquence, le SNICS ne pouvait faire autrement que de s'opposer à cette enquête en demandant à ses collègues de ne pas la remplir.

La DRESS, explique que la DGESCO a déjà soulevé cette problématique. Nous avons dit à nos interlocuteurs que nous nous opposerions à ce que les infirmières de l'éducation nationale participent à cette enquête.

Nous avons appris incidemment par la DRESS que cette fameuse VA était réalisée à moins de 22%.

Saphia Guerreschi

Monsieur C. ALLEMAND
Secrétaire général SNICS-FSU
Bn.christian.allemand@snics.org

Paris, le 22 mars 2017

A

Monsieur Renaud Legal

Nous revenons vers vous suite à notre échange téléphonique en date du 22 mars dernier, au sujet de l'enquête DRESS 2018/2019 auprès des élèves de grandes sections de maternelle.

Conscient des enjeux que peuvent représenter ces statistiques en offrant une « photographie » à l'instant T de l'état de santé d'une classe d'âge, nous ne pouvons que vous renvoyer vers nos collègues médecins.

Comme vous l'a signifié M. Allemand au mois de novembre dernier, l'arrêté du 03 novembre 2017 sur la périodicité et le contenu des bilans de santé obligatoires donne l'entière responsabilité des bilans de santé des élèves de 6 ans à un médecin quelque soit sa forme d'exercice ou sa spécialité.

Les chiffres alarmistes présentés par les syndicats représentatifs des médecins de l'éducation nationale sont incertains et ne peuvent être le reflet de tensions présentes l'année dernière sur le terrain. Mais depuis, le ministère a rétabli les infirmières en droit. De plus, comme vous l'a dit la DEGESCO, il n'y a pas de raison de voir ces blocages persistés.

Cet examen de santé est la mission prioritaire des médecins de l'éducation nationale. Les moyens sont suffisants pour assurer la totalité des bilans de santé des élèves de grandes sections sur l'ensemble du territoire : 257 temps pleins de médecins sont nécessaires et il en existe 1100 etpa à l'éducation nationale.

Ainsi, si l'on se réfère à l'annexe 1 de cet arrêté, un bilan infirmier sous quelque forme que ce soit reviendrait à réaliser tout ou partie d'un diagnostic médical.

Si toutefois vous persistiez à maintenir dans votre protocole d'enquête envers les grandes sections de maternelle, la possibilité d'intervention des infirmières sous quelques formes que ce soit nous nous verrons dans l'obligation d'appeler(/ons) nos collègues à boycotter cette enquête.

Conscient des difficultés qui sont les vôtres, nous ne pouvons répondre favorablement à votre sollicitation. L'intérêt de l'enfant n'est pas de la seule responsabilité des infirmières de l'éducation nationale à fortiori quant cette « tâche » ne relève ni de leurs missions, ni de leur responsabilité.

Nous vous prions de croire, Monsieur..., en l'assurance de nos respectueuses salutations.

C.Allemand

Activités-Rencontres

Le SNICS écrit à la DGESCO

Christian Allemand
Secrétaire général SNICS-FSU

Paris, 4 avril 2017

Madame la Directrice de la DGESCO
Ministère de l'éducation nationale
110 rue de Grenelle
75007 PARIS

Madame la Directrice

Nous venons de prendre connaissance d'un courrier adressé aux personnels infirmiers de l'académie de Poitiers leur demandant de remplir par internet, à partir de l'application «Voozanoo», une fiche pour chaque élève vu dans le cadre du dépistage infirmier de la douzième année.

Or, le logiciel SAGESSE est le seul outil réglementaire que l'infirmière se doit de renseigner (Arrêté du 4 mai 2001 NOR : MENE0101004A).

En outre, l'article 2 de l'arrêté précité précise que :

« Le transfert des données statistiques du logiciel SAGESSE aux autorités académiques compétentes en matière de définition et de mise en oeuvre de la politique de santé s'effectue sous la responsabilité du chef d'établissement qui les reçoit de l'infirmier ou l'infirmière ».

Il appartient à chaque rectorat de faire le bilan académique annuel pour les besoins statistiques et le cas échéant si une convention existe, de transmettre à l'ORS, les indicateurs de santé demandés en tant que de besoin.

Il apparaît que les données demandées dans l'application « VOOZANOO » vont au-delà des catégories d'information citées dans l'arrêté.

D'autre part, nous nous étonnons de la méthodologie employée. En effet, en matière de statistiques, il n'est pas nécessaire d'étudier un effectif exhaustif pour évaluer les besoins en santé d'une tranche d'âge.

Nous remarquons qu'une fois de plus, les organisations syndicales représentatives de la profession n'ont pas été consultées sur ce projet.

Nous attirons votre attention sur ces demandes qui ne respectent pas la réglementation.

C'est pourquoi, nous vous demandons Madame la Directrice de bien vouloir mettre un terme à ces pratiques.

En vous remerciant de l'attention que vous porterez à ce courrier, nous vous prions de croire, Madame la Directrice, en l'expression de notre considération distinguée.

C.Allemand

MISSIONS

Infirmière dans un lycée, au collège ou dans le 1er degré!

Nos missions, désormais inscrites dans la loi, sont nées dans les établissements du second degré et singulièrement dans les lycées.

Je voudrais apporter ma réflexion personnelle sur la pratique en lycée dans un moment où la priorité au primaire ferait presque oublier certaines données fondamentales du développement de l'enfant et de l'adolescent.

Je vois, en effet, que les candidats à l'élection présidentielle réclament des moyens pour la « médecine scolaire » en pensant que cela suffit à répondre aux besoins de santé des élèves, niant au passage la spécificité de la santé à l'école et le cœur des missions des infirmières de l'éducation nationale...

Cela veut dire qu'il y a encore du boulot à faire pour se faire entendre !

Le priorité au primaire, d'accord si c'est pour imposer des dispositifs pédagogiques (pour-tant connu par la recherche) plus égalitaires et encore trop peu utilisés malheureusement dans les apprentissages.

Mais la priorité au primaire contamine surtout la conception sur la santé à l'école, réduite encore une fois, à la prétendue « pénurie » de médecins scolaires, jetant aux oubliettes de la pensée politique ce qui constitue les fondamentaux du développement de l'enfant et l'adolescent : à savoir les différentes étapes du développement de l'enfant et ses effets sur la scolarité.

Alors, on répète !: La scolarité du jeune est constituée de la période de latence, c'est la période du premier degré, et du temps où tout se bouscule (et parfois violemment), c'est le temps du second degré !

La question qu'on ne se pose plus est, quelle est l'utilité centrale de l'infirmière de l'éducation nationale, compte tenu de ces données ?

Je sais d'autant plus, pour l'avoir entendu régulièrement ces derniers temps, que nos collègues de lycées râlent un peu. En effet, elles se sentent de moins en moins représentées tant le débat s'est rétréci autour de la visite médicale de la sixième année.

Un certain nombre même ne trouve plus leur place dans nos réunions syndicales....

Alors j'ai pensé qu'il était plus que temps qu'on reparle de nous. Et ce n'est modestement que mon témoignage de terrain...

Ce que je vais décrire est le quotidien d'une infirmière en poste d'externat. Mais pour avoir exercé 11 ans en internat, je sais que mon témoignage pourrait être largement enrichi par celui d'une infirmière de lycée

en poste d'internat et ou en poste en lycée professionnel.

Dans mon lycée, l'accueil à l'infirmerie est rythmé tout au long de l'année, par les différents moments de la vie des élèves. Ce poste à temps plein permet de couvrir pratiquement toute la présence des élèves dans la semaine.

Il y a bien sûr les épidémies d'automne et d'hiver, les allergies de printemps qui peuvent remplir les journées avec leur lot de soins et de conseils individualisés.

C'est l'occasion pour les professionnelles que nous sommes d'observer les modes de vie, la qualité des liens familiaux, l'occasion aussi de créer un lien de confiance si utile durant les 3 années que l'élève passera au lycée.

Il y a également ces élèves déjà identifiés dès le début d'année car porteurs d'un handicap ou d'une maladie chronique qu'il faudra rassurer rapidement par une prise en charge adaptée à la scolarité.

Ceux aussi repérés pour leurs antécédents de fragilité psychologique nécessitant un suivi attentif.

Il y a ces temps si particuliers de fin de trimestre où les élèves expriment des symptômes qui cachent mal la pression scolaire pour les uns et les risques de décrochage pour les autres.



Enfin, nous savons, nous les infirmières, repérer les étapes du développement des adolescents : la recherche parfois désordonnée de l'autonomie, les questions existentielles, les conflits avec les parents, la place du groupe, de l'amitié et de la relation amoureuse.

La question du risque au cœur de ce développement est bien sûr présent, et en même temps, le besoin pour certains de s'assurer qu'un adulte est là pour prendre soin de lui et l'écouter.

Pour les élèves de seconde, l'apprentissage de l'autonomie par rapport au collège est le moment propice pour expérimenter dans les domaines de la sexualité et des conduites addictives.

Ces expérimentations ont des conséquences différentes selon l'histoire singulière de chaque élève, selon l'influence du groupe, selon les histoires familiales.

Elles sont l'occasion parfois de perturbations qui auront des incidences sur le parcours scolaire.

Nous avons notre rôle à jouer pour apporter des soins, un suivi et des conseils personnalisés qui permettront aux élèves de reprendre leur scolarité dans les meilleures conditions et après analyse, de préparer des projets collectifs en conséquence.

Et tout au long de l'année, il faudra accueillir ces élèves qui, par la mise en avant de symptômes les plus courants (céphalées, troubles du sommeil ou douleurs abdominales) nécessitent le travail patient de l'infirmière pour mettre à jour parfois des histoires douloureuses qui demandent un suivi de longue haleine et un travail subtil au sein de l'équipe éducative et pédagogique.

Je pense particulièrement à des épisodes de harcèlement datant du collège qui perturbent durablement les élèves au lycée. De même, ces événements de violences sexuelles parfois anciens, qui se révèlent au lycée parce que le lien de confiance, créé par la présence permanente, facilite la mise en mots des maux. Ils sont très souvent corroborés à d'autres indicateurs de scolarité.

Il arrive que ces révélations surviennent après des passages répétés qui constituent des temps d'approche. La confiance survient parfois après l'accueil d'une élève, prétexte à celle qui l'accompagne d'observer indirectement l'infirmière pour revenir quelques heures plus tard exprimer sa demande.

Du point de vue de l'infirmière, sa présence quotidienne est également propice à l'observation approfondie des élèves

MISSIONS

Infirmière dans un lycée, au collège ou dans le 1er degré!

dans leur milieu de vie principal. Elle renforce, en outre, la compréhension des comportements par le recueil d'informations issues des enseignants, de la vie scolaire, du proviseur, ou du proviseur adjoint.

Cette proximité avec les adultes de l'établissement et les élèves permet de créer des liens de confiance et de respect mutuel, tant auprès des adultes qu'auprès des élèves.

Nous savons aussi que ce travail de qualité n'est possible que si nous parvenons à mobiliser l'ensemble de l'équipe. En effet, des réunions de suivi sont indispensables pour créer de l'intelligence collective où chacun, à sa place, agit au service de la réussite de l'élève.

C'est de cette manière que nous pouvons rendre le rôle de conseil de l'infirmière pleinement concret et conduire des projets collectifs d'éducation à la santé, fondés sur une connaissance approfondie de la vie des élèves, de leurs préoccupations en matière de santé, capables d'apporter des réponses en collaboration avec les enseignants et les CPE.

Une fois ce rôle de conseil bien établi, nous pouvons plus facilement agir pour garantir le respect de l'intégrité des élèves, le recul des préjugés, et travailler collectivement à la réussite de tous les élèves.

Ce volet de nos missions, désormais inscrit dans la loi (article L 121-4-1 du code de l'éducation), est le lot quotidien des infirmières affectées dans les lycées généraux, techniques et professionnels. Il va de soi que cette présence est encore plus essentielle dans les internats et particulièrement dans les zones rurales où l'infirmière est souvent le dernier rempart humain et professionnel à l'absence d'accès aux soins pour les élèves et leur famille.

Béatrice Gaultier



Et au collège?

Pour faire suite à l'article précédent, je tiens de mon côté à apporter aussi mon témoignage concernant mon activité quotidienne auprès de collégiens cette fois-ci. **J'ai découvert le métier d'infirmière dans un lycée technique avec internat avant d'obtenir un poste en collège REP.**

La transition entre les lycéens et les collégiens a été brutale. Au lycée le travail d'écoute est permanent et le silence dans les couloirs est inversement proportionnel au mal être intérieur.

Quand je suis arrivée au collège j'ai été estomaquée par le bruit, les cris, la violence physique entre pairs.

La relation de confiance n'est pas la même, le collégien n'a pas encore assimilé tous les codes pour verbaliser ses difficultés.

Entre 12 et 15 ans, vient se télescoper la puberté, le jeune ne se reconnaît plus, l'autre lui fait peur, il ne trouve pas les mots pour le dire et bien souvent les coups prennent la place du verbe.

En REP, les difficultés sociales se surajoutent. L'accompagnement du jeune mais aussi de sa famille nécessite un travail de longue haleine.

Convaincre de l'utilité des soins, trouver des parades à un système sociétale de santé défaillant pour que le jeune puisse avoir des lunettes, soigner ses caries (ou cratères !), obtenir des rendez-vous médicaux rapidement,... tout cela prend du temps.

Comment aider une jeune obèse de 12 ans dans la prise de conscience de qu'il fait subir à son corps alors que ce n'est pas lui qui fait les courses et remplit les placards ?

Comment convaincre de l'utilité de prendre soin de son corps, de se doucher, de changer de vêtements quand à la maison il n'y a pas de machine à laver, pas de change suffisant ? Le respect de soi, des autres est facile dans le discours mais dans les faits ?

Tout cela c'est notre quotidien, la bobologie n'existe pas, derrière chaque « passage », il y a une consultation et une écoute particulière.

D'un autre côté nous devons faire preuve de patience face à une équipe éducative qui ne comprend pas toujours pourquoi la prise en charge n'est pas plus rapide.

Nous sommes les seuls interlocuteurs de santé au sein des établissements, le pivot comme le dit notre circulaire des missions.

Et pourtant, notre formation initiale d'infirmière n'est pas adaptée à l'exercice infirmier d'écoute, d'empathie, comme semble bien trop souvent le penser nos supérieurs hiérarchiques.

Nous réduire à des bilans systématiques, c'est faire preuve de mépris pour la profession mais aussi des jeunes qui ont droit à un accompagnement individuel adapté.

L'exercice infirmier à l'éducation nationale n'est pas aisé, loin de là.

Quand auront nous droit à une véritable formation qui prenne en compte notre particularité d'exercice du CP au lycée ?

Patricia François

Une journée dans le 1er degré!

Depuis les textes officiels parus en 2015, l'année scolaire 2015-2016 a été consacrée à la mise en place des nouvelles missions, mais surtout à un travail de pédagogie auprès des enseignants du primaire.

Certains regrettent le bilan infirmier systématique d'une classe entière et, comme vous peut-être, j'ai entendu que le bilan des CP et des 6ans reposait sur le bon vouloir de l'infirmier(e). Une belle couleuvre à avaler !!

Aujourd'hui, je joins les orientations académiques parues en juin 2016 à mon avis de passage à l'école, et demande que les enseignants m'adressent les élèves qui les inquiètent pour quelque motif que ce soit.

Lorsque l'enseignant est récalcitrant à m'orienter les élèves au motif qu'il est gêné de cibler, je lui propose alors de revoir les élèves à suivre, c'est-à-dire ceux dépistés il y a 2 années, lorsque le bilan infirmier était parfois imposé aux infirmières en CP.

Comme cela ne représente pas forcément une journée de travail, je propose alors une séance d'éducation à la santé.

Pour lever ce frein, j'ai demandé à rencontrer Monsieur l'IEN en début d'année 2017 en m'appuyant sur l'analyse de mon secteur et le travail réalisé au cours de ce trimestre.

Quel que soient les doléances, je reste fidèle aux missions définies par notre ministre d'autant que nous les avons négociées arduement !!

Valérie Rolland

Profession

Démantèlement du DE?

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a autorisé le Gouvernement, dans les conditions prévues par la Constitution, à prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi ayant pour objet de transposer en droit français des directives européennes relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé.

Est donc parue au JO du 20 janvier 2017, une ordonnance (n°2017-50) qui transpose en droit français trois dispositifs nouveaux mis en place par des directives européennes : la carte professionnelle européenne, l'accès partiel et le mécanisme d'alerte.

Le texte sur l'accès partiel à une activité professionnelle est celui qui aura le plus de conséquences pour notre profession.

Ce dernier avait été rejeté à l'unanimité par le Haut Conseil des Professions Paramédicales HCPP (27 octobre 2016), et dénoncé par toutes les organisations professionnelles représentatives des professions de santé réglementées car en l'état il pourrait instaurer une concurrence déloyale, une déqualification et une déréglementation des soins. Que dit ce texte :

I.-Un accès partiel à une activité professionnelle relevant de la présente partie peut être accordé au cas par cas lorsque les trois conditions suivantes sont remplies :

1° Le professionnel est pleinement qualifié pour exercer, dans l'Etat d'origine membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, l'activité professionnelle pour laquelle il sollicite un accès en France ;

2° Les différences entre l'activité professionnelle légalement exercée dans l'Etat d'origine et la profession correspondante en France sont si importantes que l'application de mesures de compensation reviendrait à imposer au demandeur de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis pour avoir pleinement accès à la profession en France ;

3° L'activité professionnelle pour laquelle l'intéressé sollicite un accès peut objectivement être séparée d'autres activités relevant de la profession en France ; l'autorité compétente française tient compte du fait que l'activité professionnelle peut ou ne peut pas être exercée de manière autonome dans l'Etat membre d'origine.

II.-L'accès partiel peut en outre être refusé si ce refus est justifié par des raisons impérieuses d'intérêt général, s'il est propre à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et s'il ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif.

L'accès partiel est issu de la jurisprudence de la Cour de justice de l'UE. Il permet à un professionnel d'exercer une partie seulement des actes relevant d'une profession à part entière en France. Il autorise donc des ressortissants de l'UE détenteurs d'un diplôme de soins non compensable de réaliser une partie des actes infirmiers.

Un diplôme est considéré comme non compensable quand la différence entre l'activité professionnelle exercée dans le pays d'origine et celle exercée en France est tellement importante qu'elle nécessiterait d'imposer au demandeur de suivre le programme complet d'enseignement et de formation requis pour avoir pleinement accès à la profession en France.

Si ce texte venait à être appliqué, nous verrions apparaître des professions intermédiaires entre aides soignants et infirmières. Une personne qui aurait validé en Europe une compétence « prise de sang » ou « plaie et cicatrisation » pourrait pratiquer en France sans être infirmière.

On verrait alors défiler au près du patient des spécialistes en « un soin » ou « un acte » et dans ce cas que deviendrait la prise en charge globale du patient ?

D'aucun parle de « dubérisation de la santé », ce qui est certain c'est que cette ordonnance prépare le terrain dans une société dominée par les économies et le profit.

Toutefois, pour être appliquée, cette ordonnance devra faire l'objet d'un décret en Conseil d'Etat en effet la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 (article 38) exige que la ratification soit explicite. Les textes d'application des ordonnances devront être pris dans un délai maximal de six mois, ce qui laisse le temps aux organisations syndicales de se mobiliser pour les combattre.

Fabienne Dorckel



Secret partagé?

*Analyse et questionnaire sur le secret partagé

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Ce texte permet désormais de partager le secret avec des professionnels autres que ceux exerçant dans le champ de la santé, plus précisément les professionnels du social. Il permet aussi de partager le secret avec le conjoint de la personne décédée, en ce sens, ce texte est une avancée.

Jusqu'à présent, nous partageons le secret pour assurer la continuité des soins, et à l'Education Nationale, cela se décline sous la forme du PAI, mais nous ne partageons pas forcément avec les assistants de service social et encore moins avec des professionnels sociaux hors éducation nationale.

Si ce texte le permet, il n'en fait pas pour autant une obligation et nécessite d'informer préalablement la personne concernée de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange.

Nous devons nous interroger sur la confiance que l'élève ou l'étudiant nous accorde lorsqu'il se confie lors d'un entretien à l'infirmerie et sur cette garantie que nous lui offrons.

Au sein de l'équipe éducative, peu de professionnels faisant de l'écoute sont soumis au secret, seul le devoir de réserve leur incombe. Désormais, avec le secret partagé élargi aux professionnels sociaux, l'élève ou l'étudiant pourrait perdre de la confiance, or, c'est une des spécificités de notre profession, ne l'oublions pas !

Qu'est ce texte peut nous apporter dans notre pratique ?

L'entretien est classifié relation d'aide et d'écoute, c'est seulement dans cette activité que nous pourrions proposer à l'élève ou l'étudiant de partager ce secret avec un professionnel qui l'accompagne déjà dans le champ préventif ou social.

En conclusion, ce texte ne nous oblige pas, il pourrait même être une avancée à condition de garder la précaution d'informer sur ce qui pourrait être utile à l'élève et avec son accord.

VALERIE ROLLAND

Profession

Vous avez dit secret partagé?

Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

Publics concernés : professionnels de santé et professionnels du secteur médico-social ou social ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; famille et proches d'une personne décédée.

Objet : échange et partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le présent décret détermine les catégories de professionnels du champ social et médico-social habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique des informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, ainsi que les modalités de cet échange et de ce partage.

Commentaires: jusqu'à présent, la notion de secret partagé, pour les professionnels de santé, s'entendait dès lors que nous étions dans une continuité de soins. Ce décret modifie les règles en permettant le partage, et non en le rendant obligatoire, avec des professionnels qui n'appartiendraient pas aux professions réglementées de la santé;

Il tire également les conséquences des nouvelles modalités d'accès aux informations de santé d'une personne après son décès, applicables aux concubins et partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Enfin, il modifie les règles applicables aux mineurs faisant l'objet d'une prise en charge sanitaire et qui refusent que le consentement de leurs parents soit recueilli.

Commentaires: cette dernière notion est essentielle pour nous, dans notre exercice singulier à l'éducation nationale. Il conforte la disposition que nous avons lorsque nous délivrons le «Norlevo» et que la mineure refusait que nous prenions contact avec les parents.

Références : le présent décret est pris pour l'application des articles 7, 96 et 189 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).
Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 113-3, L. 232-3 et L. 312-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1110-4 ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 12 avril 2016 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 12 mai 2016 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,
Décrète :

Article 1

Au chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires), la section 1 est remplacée par les dispositions suivantes :

« Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social

Commentaires: Ces alinéas limitent, de fait, le périmètre des professions avec lesquelles nous pourrions échanger des informations. Ce qui sous entend que jusqu'alors nous n'avions pas le droit.

« Art. R. 1110-1.-Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

Commentaires: Ces professionnels peuvent et donc ne sont pas dans l'obligation. Par ailleurs, il doit nécessairement y avoir une continuité puisque ces personnels doivent tous être dans la prise en charge de l'élève pour ce qui nous

concerne.

« 1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

Commentaires: Tout ne peut pas et ne doit pas être partagé, cet alinéa le limite à la seule nécessité d'informations utiles au professionnel pour effectuer sa prise en charge. Ce qui de fait impose au professionnel de faire des choix dans les informations à partager et c'est lui qui en répondra.

« 2° Du périmètre de leurs missions.

« Art. R. 1110-2.-Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

Commentaires: Ci dessous la liste des professions ou métiers entre lesquels le partage d'informations est possible mais non obligatoire.

Pour ce qui nous concerne, ce sont bien entendu les autres professionnels de santé, dès lors que nous sommes dans la continuité de soins et de prise en charge.

La nouveauté est donc l'extension à d'autres professions et en particulier celles des assistants sociaux, éducateurs etc.... mais toujours dans le cadre d'une continuité dans la prise en charge de l'élève.

« 1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

« 2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

« a) Assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles ;

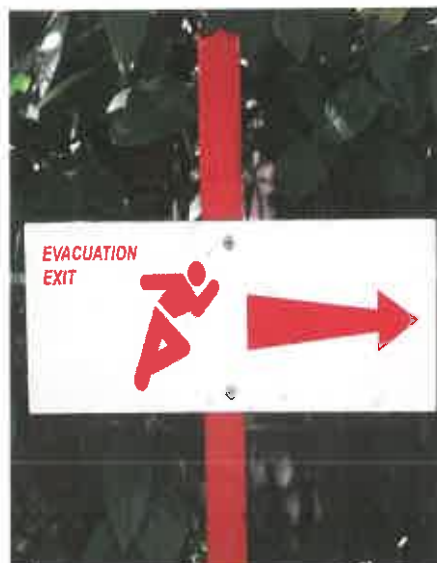
« b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;

« c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;

« d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;

« e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;

« f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations



Profession

Vous avez dit secret partagé?

familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;

« g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;

« h) Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie

« i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.

Commentaires: L'article qui suit est d'une importance capitale, car il précise que la personne prise en charge DOIT être informée que nous allons transgresser la règle du secret professionnel en communiquant à son sujet avec d'autres personnes et que nous devons IMPÉRATIVEMENT obtenir son accord.

« **Art. R. 1110-3.-I.** - Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article R. 1110-2 souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre du II de l'article L. 1110-4, avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

Commentaires: Les deux alinéas suivants ne concernent que les professionnels de santé qui appartiennent à UNE MÊME ÉQUIPE de soins. Encore faut-il être au clair avec la notion d'équipe de soins et son périmètre tout particulièrement à l'éducation nationale où nous exerçons dans une équipe pédagogique.

I.-Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article R. 1110-2, partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans les strictes limites de l'article R. 1110-1 et en informent préalablement la personne concernée. Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

« III.-Lorsque la personne est hors d'état

d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical. »

Article 2

Le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article R. 1111-1 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « son ayant droit », sont insérés les mots : « , son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité » ;

b) Les mots : « le tuteur » sont remplacés par les mots : « la personne en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique habilitée à la représenter ou à l'assister » ;

2° L'article R. 1111-6 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

- les mots : « un traitement » sont remplacés par les mots : « une action de prévention, un dépistage, un diagnostic, un traitement » ;

- après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou la sage-femme » ;

- les mots : « ce traitement » sont remplacés par les mots : « cette action de prévention, ce dépistage, ce diagnostic, ce traitement » ;

Commentaires: Il y a extension de la notion de soins et de prise en charge aux actions de préventions et de dépistages.

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La personne mineure qui souhaite garder le secret sur une action de prévention, un dépistage ou un traitement dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5-1 peut s'opposer à ce que l'infirmier qui a pratiqué cette action de prévention, ce dépistage ou ce traitement communique aux titulaires de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet » ;

Commentaires: Attention à cet alinéa, il encadre très sérieusement, en droit, les conditions d'échanges d'informations dans un secteur qui nous concerne particulièrement. Le choix et la responsabilité reposent sur nous et c'est très clair.

c) Au troisième alinéa, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « , la sage-femme ou l'infirmier » ;

d) Au quatrième alinéa, après les mots : « Tout médecin », sont insérés les mots : « , sage-femme ou infirmier » et les mots : « à l'alinéa » sont remplacés par les mots : « aux deux premiers alinéas » ;

3° Le premier alinéa de l'article R. 1111-7 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « ayant droit », sont insérés les mots : « , le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité » ;

b) La référence au septième alinéa de l'article L. 1110-4 est remplacée par la référence au neuvième alinéa du même article ;

c) Dans la dernière phrase, après les mots : « cet ayant droit », sont insérés les mots : « , ce concubin ou ce partenaire lié par un pacte civil de solidarité ».

C.A



PROTECTION DE L'ENFANCE et SECRET PROFESSIONNEL

Historiquement, la protection de l'enfance trouve son origine dans la prise en charge des enfants trouvés et des orphelins. Saint Vincent de Paul crée en 1638 l'œuvre des enfants trouvés.

A la fin du 19^{ème} siècle, la notion de protection de l'enfance se renforce, lorsque l'enfant commence à être considéré comme un sujet de droit et non plus comme un objet. La puissance paternelle a disparu au profit de l'autorité parentale, cette autorité n'est plus absolue, elle doit respecter les droits de l'enfant à la protection, à l'éducation et au développement.

Au 20^{ème} siècle, le système français de protection de l'enfance a lieu en 1945 avec la loi relative à la création de l'aide sociale à l'enfance, d'un corps de magistrats spécialisés (juges pour enfant, tribunal pour enfants) et de mesures spéciales (enquêtes sociales, mesures de placement). En 1953 apparaît le terme « aide sociale à l'enfance » et avec lui la mise en place dans chaque département d'un service de l'aide à l'enfance.

A partir de 1984, l'ASE est confiée au président du conseil général. La loi du 10 juillet 1989 protège les enfants contre les mauvais traitements et crée le service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée, 119, pour que les enfants en difficulté, leurs camarades ou même des adultes puissent parler librement.

La déclaration des droits de l'enfant est signée en 1959 et la convention internationale des droits de l'enfant est ratifiée par la France en 1990

La loi du 5 mars 2007 a été complétée et renforcée par la loi du mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Elle place l'enfant dans son article 1^{er} au centre de l'intervention. Ainsi la protection de l'enfance vise « *a garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité, et de son éducation dans le respect de ses droits* »

La protection de l'enfance devient une question de société qui concerne l'ensemble des citoyens et des institutions dont l'Education Nationale.

Le corpus législatif est dense, il concerne aussi bien le citoyen que le fonctionnaire et peut être différent selon la fonction qu'il occupe au sein d'une administration.

L'article 434-3 du code pénal stipule que « *le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitement ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou une*

personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende sauf quand la loi en dispose autrement, sont exceptés les dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret prévues par l'article 226-13 ».

On remarquera que l'obligation de dénoncer de tels sévices prévue par cet article n'est pas applicable aux personnes soumises au secret professionnel dont les infirmier-es.

Celles-ci ont donc la possibilité mais non l'obligation de parler.

Pour les fonctionnaires

L'article 40 du code de procédure pénal dit que « *toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès verbaux et actes qui y sont relatifs* ».

Bien que parfois évoqué l'article 40 ne présente aucun caractère obligatoire pour les

fonctionnaires soumis au secret professionnel dont l'infirmier.e.

Pour l'infirmier.e

L'infirmier.e est tenu.e au secret professionnel de part sa fonction. « *La révélation à caractère secret par une personne qui en est dépositaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende* » article 226-13 du code pénal. Cette obligation du secret professionnel s'impose même dans le cadre de procédure judiciaire.

Qu'en est-il dans une situation d'enfance en danger ?

Selon le principe de droit selon lequel les lois spéciales (226-13 du code pénal) sont supérieures aux lois générales (art 40 du Code de procédure pénale), l'infirmier ne risque rien s'il ne respecte pas l'article 40 alors qu'il prend un risque de sanction pénale s'il ne respecte pas l'article 226-13 du code pénal.

Ce principe est important. Il signifie que dans la lecture du droit, il nous faut privilégier la règle spéciale (ici l'obligation du secret professionnel) à la règle générale (ici l'obligation de dénoncer au procureur)

Cependant à l'Education nationale, dès lors qu'un infirmier soupçonne une situation d'enfance en danger, l'infirmier a la possibilité de révéler les faits sans craintes d'être poursuivi. Il est protégé par l'article 226-14 qui précise « *L'article 226-13 n'est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret, en outre il n'est pas applicable au médecin ou tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constaté sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que les violences physiques, sexuelles ou psychiques de tout autre nature ont été commises.*

Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire »

L'article R4312-18, le code de déontologie des infirmiers stipule :

« *Lorsque l'infirmier discerne qu'une personne auprès de laquelle il est amené à intervenir est victime de sévices, de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles, il doit mettre en œuvre, en faisant preuve de prudence et de circonspection, les moyens les plus adéquats pour la protéger.* » s'il s'agit d'un mineur



Profession

PROTECTION DE L'ENFANCE et SECRET PROFESSIONNEL

ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie ou de son état physique ou psychique, l'infirmier doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives. »

La circulaire de missions des infirmier.e.s de novembre 2015 affirme que la protection de l'enfance est une mission fondamentale de l'école.

« En lien avec les équipes éducatives et pédagogiques, l'infirmier.e participe à la politique de protection de l'enfance et agit pour assurer la protection de l'élève, conformément aux articles 226-2-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles en conformité avec le code pénal. Il-elle peut être également dépositaire d'informations et/ou d'observations. Il-elle met en œuvre toutes les mesures pour assurer la protection des élèves ; dans ce domaine, le travail en réseau est primordial, notamment avec l'assistant de service social et le médecin. L'infirmier.e agit en conformité avec le dispositif départemental mis en place par le président du conseil départemental, permettant de recueillir en permanence des informations relatives aux mineurs en danger et de répondre aux situations d'urgence, selon les modalités définies en liaison avec l'autorité judiciaire et les services de l'Etat dans le département. Il convient, selon le cas, de se référer aux textes en vigueur ».

La seule obligation de l'infirmier.e est l'obligation de porter secours et de protection de l'enfant.

Si la révélation aux autorités compétentes (selon le protocole départemental et rectoral en vigueur) est le seul moyen de protéger l'élève alors l'infirmier.e procédera à la transmission d'une information préoccupante à la cellule départementale pour alerter le président du conseil départemental sur l'existence de danger ou risque de danger pour un mineur ou procédera à un signalement si il y a un danger grave et imminent.

Le chef d'établissement ne peut pas obliger le personnel infirmier à lever le secret professionnel. C'est à l'infirmier.e de décider de ce qu'elle peut ou ne peut pas dire dans l'intérêt de l'élève pour assurer une meilleure prise en charge. (exemple : si la police vient dans l'établissement pour un interrogatoire).

Tout personnel de l'Education nationale peut, ou doit selon les circonstances, effectuer une IP ou saisir le procureur de la République.

Carole pourvendier

Protection de l'enfance : les textes !

1 Tout d'abord la LOI

En MARS 2016 celle ci a été modifiée et plus particulièrement un article a défini de manière plus explicite les modalités de l'évaluation de la situation concernant l'enfant mineur.

Article 9

Après le deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. A cette occasion, la situation des autres mineurs présents au domicile est également évaluée. Un décret précise les conditions d'application du présent alinéa. »

Commentaires : Cet article parle d'une équipe pluridisciplinaire qui est identifiée, c'est à dire nommée officiellement par l'autorité en charge de la protection de l'enfance dans le cadre des informations préoccupantes, c'est à dire les Présidents des Conseils Généraux. Mais cette évaluation ne concerne pas seulement l'enfant pour lequel un signalement aura été effectué mais également tous les enfants MINEURS vivant sous le même toit.

Créé par Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 15 JORF 6 mars 2007

Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours **sont autorisées à partager** entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. **Le partage**



des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Commentaires : La loi est très explicite, elle n'impose pas la levée du secret professionnel, elle permet tout au plus, si les professionnels l'estiment nécessaire, de partager uniquement les informations nécessaires à la protection du MINEUR. La loi impose également l'information du mineur, sous conditions, et celle des parents également sous conditions. Nous sommes en fait dans un domaine très encadré et limitatif. Il n'est pas question de déroger au secret professionnel en livrant toutes les informations qui sont en notre possession mais uniquement celles qui sont utiles, selon nous, à la protection de cet enfant.

L'extension du «secret partagé» à d'autres professionnels, hors continuité de soins, a désormais une base légale.

Mais cette loi a besoin pour s'appliquer de la publication d'au moins un décret. C'est ce qui a été fait avec la publication de juillet 2016 relatif au secret partagé (page supra), et d'un autre décret définissant la notion d'équipe pluridisciplinaire, sa composition, les liens hiérarchiques, les responsabilités individuelles et les responsabilités des différentes administrations.

C'est le sens du décret de Mars 2016 relatif à l'évaluation des mineurs à partir d'une IP (Information préoccupante).

Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels

Publics concernés : présidents des conseils départementaux.

Commentaires :Ce texte définit d'emblée que celui qui en est le responsable est le Président du Conseil Général.

Objet : évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante. Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Profession

Protection de l'enfance : les textes !

Notice : la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant prévoit que l'évaluation de la situation d'un mineur à partir d'une information préoccupante est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels identifiés et formés à cet effet. L'équipe pluridisciplinaire évalue également la situation des autres mineurs présents au domicile. Le décret précise les conditions de mise en œuvre de cette évaluation, afin de disposer de références partagées, d'harmoniser et de fiabiliser les résultats de l'évaluation des situations.

Références : le décret est pris en application de l'article 9 de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

Le Premier ministre,
Sur le rapport de la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes,
Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 226-3 ;
Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 8 septembre 2016,

Décète : Article 1

À la fin de la section 2 bis du chapitre VI du titre II du livre II du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté cinq articles ainsi rédigés :

« **Art. D. 226-2-3.-I.** L'évaluation prévue à l'article L. 226-3 porte sur la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante et sur celle des autres mineurs présents au domicile.

« **II.-L'évaluation mentionnée au I a pour objet :**

« 1° D'apprécier le danger ou le risque de danger au regard des besoins et des droits fondamentaux, de l'état de santé, des conditions d'éducation, du développement, du bien-être et des signes de souffrance éventuels du mineur. Elle n'a pas pour objet de déterminer la véracité des faits allégués ;

« 2° De proposer les réponses de protection les mieux adaptées en prenant en compte et en mettant en évidence notamment la capacité des titulaires de l'autorité parentale à se mobiliser pour la protection du mineur, leurs ressources et celles des personnes de leur environnement.

« Cette évaluation est menée indépendamment des procédures judiciaires éventuellement en cours.

« **III.-Au regard de l'ensemble de ces finalités, l'évaluation de l'information préoccupante porte sur :**

« 1° L'existence, la nature et la caractérisation du danger ou risque de danger encouru

par le mineur ;

« 2° La capacité des titulaires de l'autorité parentale et des personnes de l'environnement du mineur à se mobiliser pour répondre à ses besoins ;

« 3° Les aides et le soutien mobilisables pour le mineur et sa famille, et leur aptitude à s'en saisir. »

« **IV.-Sont pris en compte au cours de cette évaluation :**

« 1° L'avis du mineur sur sa situation ;

« 2° L'avis des titulaires de l'autorité parentale sur les besoins du mineur, leurs difficultés éventuelles, leur compréhension de la situation et les propositions qu'ils pourraient formuler ;

« 3° Les éventuelles informations préoccupantes reçues antérieurement.

Commentaires : Que ce soient le contenu, les modalités de l'évaluation ils l'ont défini de manière très explicite, ce qui devrait éviter certains débordements intempestifs individuels qui de fait, exposeraient les professionnels qui viendraient à déroger à cet article.

« **Art. D. 226-2-4.-I.** Dès lors qu'une première analyse d'une information reçue à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation mentionnée à l'article L. 226-3 fait apparaître qu'il s'agit d'une information préoccupante au sens de l'article R. 226-2-2, le président du conseil départemental

Commentaires : Celui qui est aux commandes, c'est uniquement le président du Conseil Départemental ce qui signifie que de fait, il aura autorité sur tous les personnels contribuant, participant à cette évaluation.

« 1° Confie l'évaluation de la situation du mineur à l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 226-3 ;

« 2° Le cas échéant, saisit l'autorité judiciaire des situations de danger grave et immédiat, notamment dans les situations de maltraitance, conformément aux dispositions de l'article L. 226-4.

« **II.-L'évaluation est réalisée sous l'autorité du président du conseil départemental** dans un délai de trois mois à compter de la réception de l'information préoccupante. Ce délai est réduit en fonction de la nature et de la caractérisation du danger ou risque de danger et de l'âge du mineur, notamment s'il a moins de deux ans.

« Lorsque l'évaluation en cours fait apparaître une situation visée à l'article L. 226-4, le président du conseil départemental saisit l'autorité judiciaire.

« **Art. D. 226-2-5.-I.** La composition de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 226-3 est déterminée en fonc-

tion de la situation du mineur et des difficultés qu'il rencontre.

Cette équipe est composée d'au moins deux professionnels exerçant dans les domaines de l'action socio-éducative, de l'action sociale, de la santé ou de la psychologie.

« Les professionnels composant cette équipe relèvent des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile, du service social départemental ou de la cellule mentionnée à l'article L. 226-3.

« **Des professionnels issus d'autres services, institutions ou associations, concourant à la protection de l'enfance, notamment le service de promotion de la santé en faveur des élèves et le service social en faveur des élèves, réalisent en cas de besoin l'évaluation ou y participent.**

Commentaires : Cet alinéa peut poser problème et interroge à tout le moins. Tout d'abord, il cite les personnels d'un service qui n'existe plus (Service de promotion de la santé en faveur des élèves) puisqu'il s'agit d'une mission.

Mais en tout état de cause, nous faisons partie de ce périmètre, et nous pourrions ainsi faire partie de cette équipe d'évaluation et ainsi de manière momentanée être sous les ordres du Président du Conseil Départemental, autrement dit, collaborer et être sous les ordres d'une autorité d'une autre fonction publique, la Fonction Publique Territoriale. Il est



Profession

Protection de l'enfance : les textes !

important de rappeler qu'au sein de chaque CG, il existe un Service, avec un chef de service, de la protection de l'enfance.

Au delà donc, de ce transfert d'autorité, les personnels de santé, médicaux et infirmiers de l'éducation nationale pouraient faire partie de ces équipes d'évaluation.

« Lorsque l'évaluation en cours fait apparaître une problématique spécifique, relevant éventuellement du handicap, et nécessite d'être complétée, l'équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité du président du conseil départemental, recourt à des experts ou services spécialisés.

« Les professionnels chargés de l'évaluation sont, sauf exception, différents de ceux chargés du suivi de la famille.

Commentaires : Traduisons de manière pragmatique cet alinéa. Ainsi, l'infirmière du collège A ne peut pas participer à la cellule d'évaluation pour un élève du collège A mais elle peut pour tous les autres collèges. Le médecin de l'EN ne peut pas pour les élèves de son secteur ainsi que les AS si leurs secteurs sont définis;

« II.-Les professionnels chargés de l'évaluation d'une information préoccupante disposent d'une formation et de connaissances spécifiques portant sur le développement et les besoins fondamentaux de l'enfant en fonction de son âge, la fonction parentale et les situations familiales. Ils sont notamment formés aux conséquences des carences, négligences et maltraitements.

« Ces professionnels sont également formés aux méthodes d'évaluation des situations individuelles. Ils s'appuient sur des outils et cadres de référence définis et partagés au sein du conseil départemental et au niveau national.

« Les connaissances de ces professionnels sont actualisées.

Commentaires : ces alinéas mettent à la fois l'accent sur la nécessaire formation mais pas seulement, de facto, ils définissent des champs de missions très spécifiques. La question à se poser est la suivante: Est ce que cela rentre dans nos missions, en totalité ou pour partie? La réponse n'est pas aussi simple, car nous sommes formés au développement etc.... mais à l'évaluation pas à l'une situation familiale ou de la fonction parentale?

« III.-Le partage d'informations entre les professionnels mentionnés au I aux fins d'évaluer la situation s'effectue dans les conditions fixées à l'article L. 226-2-2.

Commentaires : Cf supra sur le secret partagé et la loi.

« Art. D. 226-2-6.-I.-Sauf intérêt contraire du mineur, les titulaires de l'autorité parentale sont informés par le président du conseil départemental de la mise en place d'une évaluation.

« II.-Au cours de l'évaluation, l'équipe pluridisciplinaire recueille l'avis du mineur, des titulaires de l'autorité parentale, ainsi que des personnes de leur environnement.

« L'avis des professionnels qui connaissent le mineur dans son quotidien, dans le cadre de soins ou d'un accompagnement, est également recueilli.

Commentaires : Il est évident que nous aurons à rencontrer, et c'est souvent le cas déjà, les membres de cette équipe d'évaluation. mais il est patent que ce seront les AS de l'EN et peut être les médecins de l'EN qui viendront nous rencontrer pour nous interroger. Il sera alors utile de se souvenir des limites du partage d'informations que la loi vient de re-définir.

« Un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire rencontrent le mineur et les titulaires de l'autorité parentale au moins une fois à leur domicile. En fonction de son âge et de son degré de maturité, une rencontre est organisée avec le mineur sans les titulaires de l'autorité parentale, avec l'accord de ces derniers.

« Au cours de l'évaluation, l'impossibilité de rencontrer le mineur, seul ou en présence des titulaires de l'autorité parentale, conduit

à la saisine de l'autorité judiciaire.

« **Art. D. 226-2-7.-I.-**Un rapport est élaboré à l'issue de l'évaluation sur la base des contributions, de l'analyse de chaque professionnel de l'équipe pluridisciplinaire, et de l'avis du mineur, des titulaires de l'autorité parentale, et des personnes de leur environnement, afin de disposer d'une vision d'ensemble de la situation.

« Ce rapport comporte les informations relatives à la situation du mineur faisant l'objet d'une information préoccupante, des autres mineurs présents au domicile et des titulaires de l'autorité parentale.

« Si l'un des titulaires de l'autorité parentale ne peut pas être rencontré, le rapport en précise les raisons.

« II.-La conclusion unique et commune du rapport d'évaluation confirme ou infirme l'existence d'un danger ou d'un risque de danger au sens des articles L. 221-1 et R. 226-2-2, et de l'article 375 du code civil. Elle fait apparaître les éventuelles différences d'appréciation entre les professionnels.

« La conclusion formule les propositions suivantes :

« 1° Soit un classement ;

« 2° Soit des propositions d'actions adaptées à la situation, telles qu'un accompagnement de la famille, une prestation d'aide sociale à l'enfance ;

« 3° Soit la saisine de l'autorité judiciaire, qui est argumentée.

« III.-Le rapport est transmis au président du conseil départemental pour les suites à donner à l'évaluation. Si nécessaire, celui-ci peut demander des compléments d'information et d'évaluation.

« Sauf intérêt contraire du mineur, ce dernier ainsi que les titulaires de l'autorité parentale sont informés du contenu du rapport et des suites données à l'évaluation. »

Article 2 En savoir plus sur cet article...

Commentaires : La circulaire de missions des Assistants sociaux de l'éducation nationale vient d'être publiée. Leur syndicat, le SNUASFP-FSU, a fait part de son mécontentement et notamment sur leur redéploiement vers le 1er degré.. Mais pour autant, cette participation aux équipes d'évaluation est dans leurs missions directement. Mais rappelons (Cf article supra), que la participation à la protection de l'enfance est également dans nos missions mais uniquement dans les conditions compatibles avec le secret professionnel (Voir article supra).

La ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

C.Allemand





LA FONCTION PUBLIQUE :

UNE CHARGE ? NON, UNE CHANCE !

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

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

A suivre sur : facebook.com/fiers.du.service.public



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

TEMPS DE TRAVAIL.....Des négociations

Compte rendu de la réunion DGAFP du 23 mars 2017

Deux projets de circulaires, l'une sur le temps de travail et l'autre sur l'absentéisme, étaient présentés le 23/03/17 lors d'un groupe de travail ou plutôt « d'un point information » du Conseil Commun de la Fonction Publique. L'atmosphère était tendue car les organisations syndicales n'ont été consultées qu'au dernier moment alors les circulaires présentées auraient mérité plusieurs groupes de travail comme cela avait été promis après la publication du rapport Laurent sur le temps de travail.

L'ensemble des organisations présentes demande à l'administration de retirer ces deux projets de circulaires qu'elles jugent insuffisamment préparées et surtout à charge contre les fonctionnaires des trois fonctions publiques dans le contexte politique actuel. L'administration refusant le retrait des deux textes, la CGT, FO, Solidaires et FA-FP quittent la séance.

La FSU, la CGC, la CFDT, la CFTC et l'UNSA regrettent l'absence totale de dialogue social à propos de ces deux textes mais poursuivent néanmoins les échanges avec la DGAFP afin de réduire les impacts de ces circulaires même si d'emblée, l'administration précise qu'aucun amendement ne sera examiné, que la Ministre tient à la publication de ces circulaires avant la fin de la mandature.

Le projet de circulaire « relatif à l'application des règles en matière de temps de travail dans les trois versants de la fonction publique » rappelle la réglementation en vigueur (décret 2000-815 sur l'ARTT).

La Ministre, dans cette circulaire, « invite fermement les employeurs publics (...) à réexaminer les dispositifs en place sur le temps de travail... ». Et voilà, le ton de cette circulaire est donné !

Le rappel à la réglementation ne va que dans le sens d'un accroissement du temps de travail pour les agents en oubliant les négociations de 2000 sur l'ARTT. L'administration souhaite renégocier les régimes dérogatoires au 1607H. Pour les organisations présentes, les dispositifs dérogatoires ne doivent pas être remis en question, ils correspondent à des particularités d'emploi (travail de nuit, horaire décalé, travail le dimanche, astreintes ...).

L'administration souhaite « réguler » les demandes d'autorisations spéciales d'absence (ASA) qui « seraient » en hausse constante depuis ces quinze dernières années. L'intérêt du service doit être pris compte avant les situations personnelles des agents (ou tout du moins il faut essayer

de faire coïncider continuité du service et situations personnelles). L'administration rappelle au chef de service la réglementation en vigueur en matière d'ASA (privilégier les RTT aux ASA, les ASA ne sont pas considérées comme temps de travail, les ASA ne sont pas reportables, etc)

Pour mémoire, les ASA sont de droit pour certaines et sur autorisation pour les autres. Il y a des ASA pour les mandats d'élus (campagne électorale ou mandat d'élus), pour des mandats syndicaux, pour des mandats autres que syndicaux (parents d'élèves membres de comité ou Conseils d'école ou ..., juré devant un tribunal) et toutes les ASA pour événements familiaux (mariage, décès, naissance, enfants malades, fêtes religieuses, ...).

La volonté affichée est de jeter le discrédit sur toutes les ASA (de droit et les autres mais toujours « au bon vouloir du chef de service » ce qui n'est pas toujours de sa compétence) et qui se verraient réduire dans l'intérêt du service.

La CFDT souhaite, comme toutes les organisations syndicales présentes, que soit amendé ce texte par la notion du « droit à la déconnexion ». La multiplication des nouvelles technologies voudrait que les agents restent connectés en permanence brouillant ainsi la frontière entre vie privée et vie professionnelle. Les chartes du temps ne sont pas assez précises en la matière.

Le projet de circulaire « relatif au renforcement de la politique de prévention des absences pour raisons de santé dans la fonction publique » aurait pu avoir l'ambition d'une vraie politique de prévention or il n'en est rien ! La réalité de la circulaire développe plutôt le volet « contrôle » des absences pour raisons de santé et non pas le volet prévention des arrêts de travail.

Encore une fois, cela semble être plus un rappel à l'ordre qu'un simple rappel à la loi de la part de l'administration envers les chefs de service des trois fonctions publiques.

Le premier paragraphe aborde la prévention sans vraiment citer les outils de prévention (DUR, médecine de prévention, etc) mais mettant plutôt l'accent sur des pratiques managériales qui peuvent être à l'origine d'arrêt de travail. Cependant rien n'est dit sur les injonctions et les contraintes qui pèsent sur ces hiérarchies intermédiaires orientant ainsi leurs modes de management.

Le deuxième paragraphe fait la part belle aux moyens de contrôle des absences. On y rappelle les obligations pour les agents de justifier, par des certificats médicaux, leurs absences sous peine de sanctions financières. On y rappelle aussi tous les moyens de contrôles dont dispose l'administration afin de vérifier le « bien-fondé médical » des arrêts de travail (comme si

l'agent pouvait être responsable de la décision d'arrêt de travail prise par un médecin). L'administration, par cette circulaire, entretient la suspicion concernant les possibles arrêts de travail illégitimes des agents.

Une enquête de la DARES (Direction pour l'Animation de la Recherche et des Statistiques) rappelle, au contraire, que plus de la moitié des agents disent être aller travailler dans l'année alors qu'ils auraient dû « rester à la maison parce que malades ».

On voit bien qu'en matière de prévention on ne peut se cantonner qu'aux absences constatées.

Enfin, le dernier paragraphe ne fait référence qu'aux indicateurs de suivi des absences à travers les bilans sociaux et ne fait pas référence à une véritable politique de prévention.

Beaucoup de précipitations, d'inexactitudes dans la rédaction de ces deux circulaires de la part d'un gouvernement en fin de mandature.

Mais, malheureusement, des circulaires qui risquent d'impacter gravement nos conditions de travail. La remise en cause de notre régime dérogatoire, probable remise en cause des 36 semaines de travail ou probable remise en cause du 90-10% ne reconnaissant plus notre travail invisible.

Brigitte STREIFF



ENTRETIEN PROFESSIONNEL

Période de référence du 1er septembre 2016 au 31 août 2017

Textes de référence :

Décret n° 2010-888 du 28-7-2010 modifié
Circulaire n° 2013-080 du 26-4-2013

L'entretien professionnel ne concerne que les titulaires, y compris les fonctionnaires détachés, pas les stagiaires après concours. Il est obligatoire chaque année scolaire ou universitaire.

Pour celles en congé pour maternité il est précisé que l'entretien professionnel peut être sous toute forme possible (notamment téléphonique), sous réserve de leur accord.

Une durée de présence effective suffisante au cours de l'année est requise (on demande 6 mois de présence en général).

Vous êtes informé(e) au moins 15 jours à l'avance de la date, de l'heure et du lieu de l'entretien.

La convocation doit, soit comporter en pièce jointe le modèle de compte rendu de l'entretien professionnel, soit mentionner le lien internet permettant de le consulter sur le site de l'académie ou de l'établissement.

L'entretien professionnel est individuel (pas d'autres personnes présentes).

Le supérieur hiérarchique direct a l'obligation de conduire l'entretien professionnel :

- c'est votre chef d'établissement d'affectation dans le secondaire. Si vous avez un poste lié, les chefs d'établissement doivent se concerter.

- le Président ou le Secrétaire Général pour les universités, le médecin directeur pour le SIUMPPS

- le Directeur d'établissement pour les établissements hors université

- le Secrétaire Général pour le Rectorat.

L'entretien professionnel porte sur les objectifs initiaux fixés sur le compte rendu de l'entretien professionnel de l'année précédente, en tenant compte des conditions réelles d'organisation.

Pour les agents titularisés, mutés, au 1er septembre, ou ceux réintégrés en cours d'année, votre chef d'établissement fixe les objectifs au plus tard dans le mois qui suit votre arrivée ou votre titularisation.

Dans le cas d'un changement de supérieur hiérarchique direct en cours d'année, le compte-rendu peut être complété par votre ancien chef d'établissement.

Au cours de l'entretien, vous pouvez, à votre initiative, faire une présentation succincte de votre activité qui est alors annexée au compte rendu de l'entretien professionnel si vous le demandez.

Pour les personnels infirmiers compte tenu de la spécificité de leur profession, l'appréciation du supérieur hiérarchique ne doit porter que sur la manière de servir de l'agent et ses capacités d'adaptation à l'environnement scolaire.

De même les critères pouvant faire référence au secret professionnel ne sont pas retenus.

C'est la demande du SNICS-FSU lorsque les textes sur l'évaluation professionnelle sont sortis. Les médecins ont bénéficié aussi de notre demande.

En conséquence, la partie 3-1-1 n'est pas à remplir. Dans la partie 3-1-2 le partage d'information est un critère non pertinent.

Dans la partie 3-1-4, vous pouvez mentionner si c'est le cas, l'encadrement d'étudiants en IFSI. ATTENTION, les coordinatrices de bassin n'ont pas de fonction d'encadrement, tout comme l'infirmier(e) conseiller technique du recteur. Idem pour les tuteurs ou tutrices des lauréats du concours.

Votre chef d'établissement rédige ensuite le compte rendu de l'entretien professionnel, et le signe.

Il vous le remet (vérifiez bien sur le compte rendu la date à laquelle il vous le remet rédigé).

VOUS NE LE SIGNEZ PAS A CE STADE. Vous avez une semaine pour écrire vos observations si le compte rendu ne vous convient pas.

Votre chef d'établissement peut consentir à modifier votre compte rendu. S'il refuse, (ou que les modifications ne vous conviennent toujours pas) et que le compte-rendu est préjudiciable pour vous, vous le signez en joignant « Demande de recours ».

Le compte rendu est un acte administratif, juridiquement opposable. En effet, il peut faire obstacle à une promotion à une classe supérieure.

Vous faites une lettre au Recteur pour demander la révision du compte rendu. Vous avez 15 jours pour le faire à partir de la date où le compte rendu vous a été donné (date précisée sur le document). Donc si votre chef d'établissement tarde à écrire les modifs qu'il consent à faire, vous entamez la procédure de recours pour ne pas dépasser le délai.



Carrières-Salaires

ENTRETIEN PROFESSIONNEL

Cette lettre de recours (datée et signée) est envoyée au rectorat avec le compte rendu de l'entretien par votre chef d'établissement. Le Recteur, qui est l'autorité compétente, a 15 jours pour répondre quand il reçoit votre demande de révision.

Pour le SIUMPPS, le compte rendu avec la lettre de recours sont envoyés au Président (ou Secrétaire Général) de l'université qui est l'autorité compétente.

À compter de la date de la réponse de l'autorité compétente, si aucune modification n'est proposée, vous saisissez la CAPA dans un délai d'un mois. La CAPA peut alors demander à l'administration la révision du compte rendu.

Votre compte rendu définitif, signé par l'autorité compétente, vous sera envoyé après la CAPA et vous le signerez pour en accuser réception.

Pour les collègues en détachement, une copie du compte rendu de l'entretien professionnel est transmise à votre administration d'origine.

ENTRETIEN DE FORMATION

L'entretien professionnel porte également sur le bilan des actions de formation suivies et sur vos demandes de formations souhaitées.

Les parties 2 et 3 du compte-rendu de l'entretien de formation ne concernent pas notre profession.

Vous devez être informé(e) des droits acquis qui vous restent.

Depuis l'Ordonnance n°2017-53 du 19 janvier 2017, le Droit Individuel de Formation (DIF) est remplacé par le Compte Personnel de Formation (CPF). Il octroie un peu plus d'heures que le DIF.

Il est à présent ouvert aussi aux agents contractuels. Vos droits vous suivent, que vous choisissiez de changer de fonction publique ou de travailler dans le privé.

Il pourra être utilisé en combinaison avec le congé de formation professionnelle.

À la fin de chaque année civile de travail (du 1er janvier au 31 décembre), vous avez 24h par an pour un temps complet ou un temps partiel de droit. Si vous ne les avez pas consommés, vous pouvez cumuler jusqu'à 120h. Dans ce cas, vous continuez à avoir un crédit de 12h par an, jusqu'à obtenir un plafond maximum de 150h.

Si vous êtes à temps partiel, il est calculé au prorata de votre temps de travail.

Sont pris en compte comme une durée de temps complet les périodes de congés maladie et de congé parental.

Dans l'attente des décrets d'application, les heures de DIF non consommées au 31 décembre 2016 sont automatiquement transférées dans votre CPF.

Pour rappel, les heures de DIF octroyées étaient de 20h par année civile travaillée.

Seuls s'imputent sur votre crédit d'heures les actions réalisées à votre demande, donc hors convocation administrative et hors formation d'adaptation à l'emploi.

Tout refus à une demande de formation doit être motivée et vous pouvez la contester en saisissant la CAPA.

IL EST IMPORTANT DE REMPLIR LES FORMATIONS QUE L'ON SOUHAITE COMME TENU DE NOTRE OBLIGATION REGLEMENTAIRE DE FORMATION CONTINUE EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE SANTE.

QUELQUES EXEMPLES EN RAPPORT AVEC NOS MISSIONS :

Les colloques font partie des formations.

- Mise à jour des connaissances par des praticiens hospitaliers : diabétologie, neurologie notamment la migraine chez les adolescents, traumatisme notamment sportive, gastro-entéro...
- Mise à jour des connaissances sur la contraception ; Colloque annuel de l'Association Française pour la Contraception
- Ethnomédecine, ethnopsychiatrie (étude des processus mis en jeu par la rencontre de personnes d'origines culturelles différentes, image du corps, de la santé, de la réussite sociale à travers les cultures...)
- Approche comportementale et cognitive dans l'aide et le soutien psychologique
- Analyse des pratiques professionnelles
- Médiation, Gestion des conflits
- Gestion d'un événement psycho-traumatisant en milieu scolaire
- Les usages des réseaux sociaux chez les adolescents
- Les besoins des élèves en situation de handicap pour leur réussite scolaire
- Sur les gestes d'urgence, nous avons une formation spécifique qui est l'AFGSU. Conformément à l'Arrêté du 3 mars 2006, l'AFGSU est destinée aux professionnels de santé.

C.Chantoiseau

Prime d'installation

Nouveau texte concernant la prime spéciale d'installation attribuée à certains fonctionnaires débutants de l'état.

Le décret 2017-420 du 27 mars 2017 modifie le décret n°89-259 du 24 avril 1989 (l'article 1) suite à la revalorisation indiciaire des grilles salariales consécutives au PPCR (protocole sur le parcours professionnel carrière et rémunération).

Cette modification s'applique sur les indices de référence pour l'attribution de cette prime. À partir du 1er janvier 2017 seuls les agents nommés dans un grade dont l'indice afférent au premier échelon est au jour de la titularisation des intéressés inférieur à l'indice brut 435 et dont l'indice afférent au dernier échelon est égale au plus à l'indice 821 peuvent prétendre à cette prime.

Ces indices seront revus au 1er janvier 2018 (indice brut 435 sera remplacé par indice 442) et au 1er janvier 2019 (indice brut 442 sera remplacé par indice 445).

Les conditions d'attribution pour les fonctionnaires débutants restent identiques à l'ancien texte : affectation dans l'une des communes de la région Ile de France ou dans les communes énumérées à l'article 1er du décret du 11 septembre 1987 délimitant le périmètre de l'agglomération de Lille. Le droit à la prime est ouvert sous réserve que les intéressés n'aient pas perçu cette prime antérieurement ou s'ils l'ont perçue qu'ils en aient remboursé le montant. L'infirmier(ère) ne peut prétendre à cette prime si elle ou son conjoint ont un logement par nécessité ou utilité absolue de service.

Ce nouveau décret 2017-420 du 27 mars permet aux anciens agents contractuels de la FP titularisés de pouvoir prétendre à cette prime spéciale d'installation sous réserve que leur nouvelle résidence administrative diffère de celle de leur dernière affectation avant nomination dans le corps.

Ce décret 2017-420 du 27 mars modifiant le décret n°89-259 du 24 Avril 1989 s'applique aux infirmières de l'EN qui entrent dans les critères d'attribution et aux collègues contractuelles qui sont titularisées (à partir de janvier 2017)

Les autres articles du décret n°89-259 n'ont pas été modifiés et restent applicables. Nous restons à votre disposition pour tout renseignement.

Patricia Braive



Carrières-Salaires

Respect de la vie privée

Il y a eu un avant Charlie, 13 novembre 2015, Nice, Berlin ou plus récemment Grasse et un après... Un après, où l'on songe à nos enfants, nos établissements et si demain une telle situation se produisait chez moi, à proximité de chez moi, ...

Les recteurs, les IADASEN, ont, quant à eux, bien réfléchi à la question et mettent en place des procédures, des exercices en collaboration avec les services préfectoraux, les SDIS, les services de police ou de gendarmerie. A cet effet, ils légitiment, ainsi, le droit de demander aux agents de fournir leur adresse personnelle et leur numéro de portable personnel.

Et un peu partout, dans les DSDEN, on élabore des « listes » de personnels avec des éléments privés pour « mobiliser » rapidement en cas d'attaques terroristes, de prises d'otages, d'incidents majeurs,... Alors dans un élan de civisme, on communique nos coordonnées personnelles mais sans vraiment s'interroger sur la finalité de ces listes ou sur leur légalité. Pourtant, on se devrait d'adopter une posture plus « réflexive » et s'interroger sur la pertinence de ces demandes.

En communiquant nos coordonnées personnelles, de manière volontaire, l'administration peut nous mobiliser H24 et 7 jours/7. La frontière entre vie privée, vie professionnelle, devient un peu plus floue, plus

poreuse. On vient d'accorder, à notre hiérarchie (ou plutôt aux IADASEN, aux ICT), le droit de nous déranger sur notre temps de repos. Est-ce vraiment en toute connaissance ? Je n'en suis pas certaine ! Alors ce qui peut paraître anodin pour certaines, ne l'est pas pour beaucoup de collègues qui luttent au quotidien pour faire respecter leurs temps de repos, leurs vies privées. (le respect de la pause méridienne, le respect des quatre autres nuits, le respect des temps de repos,...).

Il n'existe pourtant aucune obligation légale pour un salarié du secteur public de fournir un numéro de téléphone personnel fixe ou portable à son employeur.

La loi est très claire à ce sujet : « Un salarié, en dehors de son temps de travail effectif, a droit au respect de sa vie privée et dispose du droit à ne pas être dérangé par son employeur sur son temps de repos » L'article 8 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance... »

L'article 9 du code civil : « Chacun a droit au respect de sa vie privée. »

L'article 432-4 du Code Pénal « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de ser-

vice public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende.

L'arrêt N°01-45889 de la Cour de Cassation du 17 février 2004 a indiqué qu'un employeur ne peut pas sanctionner ni licencier un salarié qui n'avait pas répondu aux appels téléphoniques de son employeur sur son téléphone portable pendant son temps de repos. Ainsi, le fait pour un salarié de n'avoir pu être joint en dehors des horaires de travail sur son téléphone portable personnel est dépourvu de caractère fautif et ne permet donc pas de justifier un licenciement disciplinaire pour faute grave.

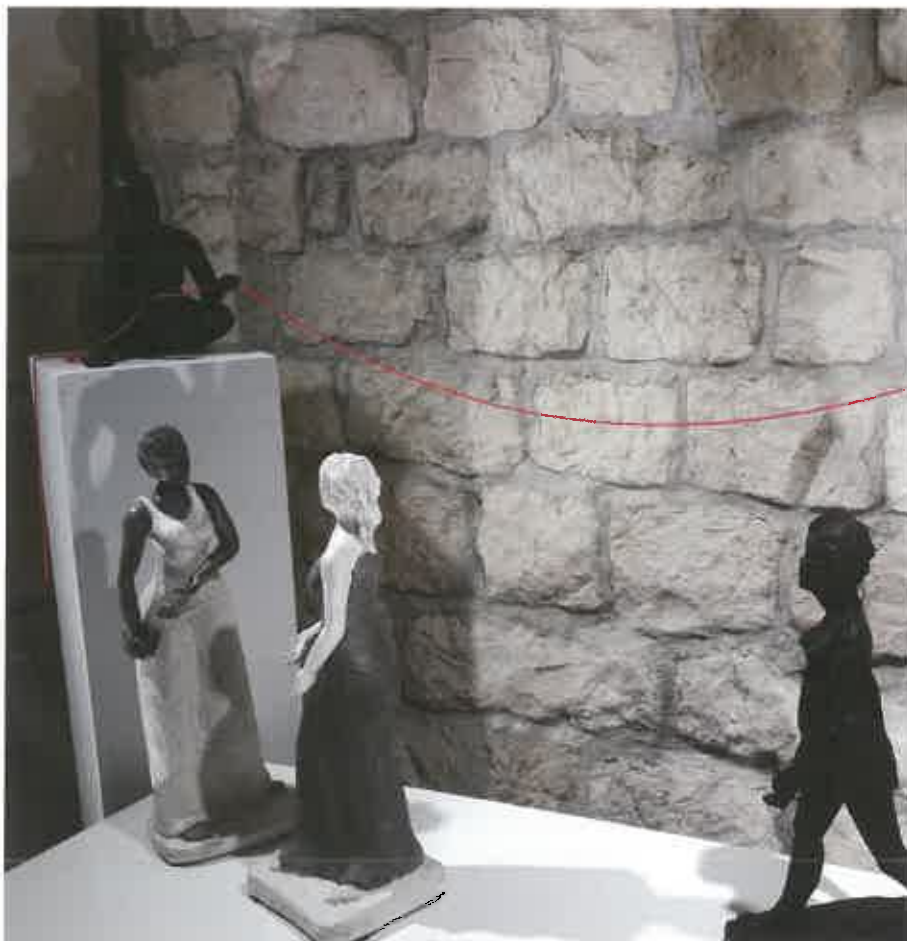
L'administration a-t-elle vraiment besoin de nos coordonnées personnelles ? Le doute est permis. Ce qui est certain, c'est qu'elle a été très inventive, culpabilisante aussi par rapport aux collègues qui opposaient des réticences, et injonctive avec de nombreux mails de rappel, pour arriver à constituer cette liste. Les infirmières à l'Education Nationale ne sont pas des électrons libres, elles ont des supérieurs hiérarchiques directs qui connaissent leur emploi du temps et peuvent ainsi les alerter, les mobiliser en cas d'urgence.

En communiquant nos données personnelles aux DSDEN, on passe par-dessus l'échelon hiérarchique direct qu'est, pour nous, le chef d'établissement et les répercussions peuvent être importantes notamment en cas d'accident de service (comment serons nous couvert(e)s puisque le chef d'établissement n'aura pas été informé de notre pseudo réquisition ?), ou de responsabilité professionnelle (en cas d'appel, nous a-t-on dit, nous devons nous rendre immédiatement à l'endroit indiqué et cela même si nous avons des élèves en charge), voir d'abandon de poste et je n'évoquerai même pas l'ingérence dans nos vies privées... Beaucoup d'interrogations et peu de réponses !

Alors que dans le secteur privé, la nouvelle loi du travail (L2242-8 du Code du travail) préconise un droit à la « déconnexion », à l'Education Nationale, on irait à contre courant... On verrait ainsi apparaître une nouvelle notion en matière de temps de travail : celui où le salarié n'est pas en activité mais simplement disponible dans un autre lieu que son lieu de travail.

Un énorme bond ... en arrière ! Les bonnes intentions peuvent nous entraîner très très loin...

Brigitte STREIFF



Carrières-Salaires

Quelques questions de statut.....

Le congé de présence parentale: les conditions et le régime

Certaines situations particulières et souvent douloureuses peuvent malheureusement parfois être rencontrées au cours de notre vie.

Parlons particulièrement de cette situation terrible qui est celle d'avoir un enfant gravement malade ou atteint d'un handicap ou victime d'un accident qui nécessite la présence du père ou de la mère à ses côtés.

Dans ces cas précis, le congé de présence parentale peut être une solution pour une mère ou un père infirmier.

Le congé de présence parentale est un droit, qui ne peut être ni refusé, ni reporté. Il est en effet accordé de droit sur demande.

Cette demande doit être formulée par écrit au moins 15 jours avant le début de ce congé, et doit bien entendu être accompagnée d'un certificat médical qui atteste l'état de santé de l'enfant et démontre sa gravité.

A noter qu'en cas d'urgence, (accident par exemple) le congé peut débiter alors dès la date de la demande et le certificat médical doit être transmis dans un délai de 15 jours.

La durée de ce congé de présence parentale ne peut dépasser 310 jours ouvrés sur une période de 3 années.

C'est le certificat médical qui définira la durée pendant laquelle la présence parentale est nécessaire et le nombre de jours qui composera le congé de cette présence parentale.

Toutefois, tous les 6 mois, un nouvel examen de la situation sera effectué et un nouveau certificat médical sera à nouveau établi pour en redéfinir les besoins de présence.

Statutairement, au cours de ce congé, l'infirmier(ière) reste affecté sur son poste.

Pour les droits liés à l'avancement et à la formation, les jours de congé utilisés sont considérés comme des jours d'activité à temps plein.

Financièrement, durant ce congé, il n'y a pas de rémunération.

Vos secrétaires académiques ainsi que les commissaires paritaires du SNICS sont à votre disposition pour vous aider dans ces démarches.

Jean Lamoine

TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION :

Effets sur la rémunération et sur la retraite, surcotation.

Un petit rappel sur l'exercice de notre profession à temps partiel et les effets sur la rémunération et sur la pension de retraite.

Temps partiel sur autorisation : Les infirmières peuvent demander à travailler avec des quotités de 50, 60, 70, 80, ou 90%.

Effets sur le salaire

Leur rémunération sera proratisée, tant sur le traitement indiciaire que sur l'indemnité de résidence ou le régime indemnitaire et encore sur le supplément familial de traitement.

Ce tableau résume tout cela

Quotité travaillée	Taux de rémunération
50%	50%
60%	60%
70%	70%
80%	85,7% soit 6/7 ème
90%	91,4% soit 32/35 ème

Effets sur la retraite

Les périodes accomplies à temps partiel sont comptabilisées comme du taux plein pour la constitution du droit à pension de retraite.

Par contre, ces mêmes périodes accomplies

à temps partiel sont comptabilisées au prorata de la quotité travaillée dans la durée des services pour la liquidation de la pension.

Possibilité de surcotation

Une possibilité de surcotation est donnée au fonctionnaire pour que la période de temps de travail à temps partiel soit assimilée à du travail à temps plein, ce qui permettra à ce que le montant de la pension lors de la liquidation soit plus élevé.

Toutefois, la durée « récupérable » pour la liquidation ne pourra excéder 4 trimestres.

Exemple : une infirmière exerçant à temps partiel 80% pendant 5 années; si elle surcote durant ces 5 années, ne sera pas affectée lors de la liquidation de la retraite.

En effet, en surcotisant ces 5 années, c'est comme si elle avait travaillé à 100% ces 5 années et donc récupéré 5 X 20% soit une année prise en compte pour la liquidation.

Mais elle ne pourra pas « récupérer » plus d'une année au titre de la liquidation de la retraite.

Pour les autres cas de travail à temps partiel, notamment de droit, si les effets sur la rémunération sont similaires, les effets sur la retraite sont différents.

Nous vous invitons à vous rapprocher des représentants du SNICS pour obtenir de plus amples renseignements.

Jean Lamoine



Carrières-Salaires

Fiscalité

Lors de la dernière réunion du secteur SP et Alternatives économiques, le 25 janvier 2017, un camarade de Solidaires Sud Finances, ancien inspecteur des impôts, Denis Turbet-Delof, est venu nous apporter un éclairage sur les questions fiscales.

En effet, avec la réforme territoriale et le transfert de compétences, de nombreuses communes se plaignent de ne plus pouvoir investir et boucler leur budget du fait du désengagement de l'Etat. Nous avons commencé par la définition des prélèvements, la fiscalité et enfin la fiscalité directe locale par rapport à la réforme territoriale.

Des prélèvements obligatoires existent dans tous les pays. En France, nous avons d'une part, des cotisations sociales ou prélèvements sociaux pour financer la protection sociale et d'autre part, la fiscalité avec les impôts pour assurer le fonctionnement de l'Etat et par conséquent des services publics.

Les prélèvements obligatoires sont un choix de société, son enveloppe globale se monte à 307 milliards d'euros, la protection sociale est de 457 mds d'euros soit 24 % du PIB, la fiscalité de 14 % et les recettes des collectivités territoriales sont de 6 % : cela représente le budget 2017.

C'est un bien collectif mais on ne parle pas ou très peu des besoins de la population. Une question importante à se poser est celle-ci : faut-il avoir un déficit de budget de 3 % seulement ?

La fiscalité représente différents impôts et elle est inscrite dans l'article 13 de la déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : "Pour l'entretien de la force Publique et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable: elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés."

Nous avons deux grandes familles, les impôts progressifs (ou directs) et les impôts proportionnels (ou indirects) avec le même taux pour tout le monde.

- **Impôts progressifs (article 13) :**
impôt sur le revenu et sur la fortune: pour ce dernier, peu de gens connaissent le niveau pour lequel on paye un impôt sur la fortune.

impôt sur les sociétés : l'objectif de ce gouvernement et des précédents est de le réduire au maximum tout le temps.

Avant il existait 13 tranches d'imposition et depuis 1990, tous les gouvernements ont progressivement réduit le nombre de tranches pour arriver à 5 tranches. L'impôt est de moins en moins progressif, et forcément de moins en moins juste.

En ce qui concerne la fiscalité des personnes, le système des cinq tranches pénalise fortement la classe moyenne, puisse qu'il existe des écarts importants de revenus dans cette classe "dite" moyenne.

Les entreprises du CAC 40 (les 40 premières entreprises françaises en termes de chiffres d'affaires) représentant 33,33 % des impôts ont seulement un niveau d'imposition de 8 %.

- **Impôts proportionnels :** ce sont la TVA à 20 % et à 7 % sur les produits de première nécessité, la taxe d'enregistrement sur l'immobilier, la TICPE ou taxe interne de consommation sur les produits énergétiques (cette TICPE remplace depuis 2011 la TIPP, Taxe Interne de consommation sur les Produits pétroliers). En 2015, cette TICPE rapportait à l'Etat 14 milliards d'euros soit 3,7 % des recettes fiscales et c'est la 4ème recette après la TVA qui rapporte 204 mds d'euros, l'impôt sur le revenu, 78 mds (45,6% des français payent des impôts), et l'impôt sur les sociétés avec 59 mds dus aux mesures de défiscalisation pour ces dernières.

Quand il n'y a pas assez d'argent dans les caisses, l'Etat s'oriente vers la TVA, et c'est l'ensemble des citoyens et toute leur vie durant qui subit une taxation : en réalité, cette fiscalité est totalement injuste. En effet, un-e millionnaire paie la même TVA sur sa baguette qu'un-e demandeur d'emploi. Parallèlement, chaque année la fraude fiscale se

situe entre 60 et 80 milliards d'euros, cela représente le montant du déficit de l'Etat et Monsieur Sapin, il n'y a pas si longtemps, était fier d'annoncer que ses services ont récupéré 2 milliards d'euros de fraude....

Il y a effectivement un manque à gagner important avec les 400 niches fiscales qui représentent à elles seules 900 mds d'euros dont 500 mds par rapport au revenu : exemple des constructions immobilières dans les DOM-TOM. Ces 400 niches devraient subir un toilettage mais il existe un lobby puissant et c'est un vrai combat politique à mener. La question que l'on peut se poser : est-ce normal que la moitié de la population ne paye pas d'impôts ?

Sur la fiscalité directe locale, en premier, nous avons la taxe d'habitation qui concerne les propriétaires et les locataires.

Ensuite la taxe foncière pour les propriétaires, la taxe foncière non bâtie (terrains), la taxe professionnelle remplacée depuis 2010 par la CET, Contribution Economique Territoriale versée par les entreprises. Toutes ces taxes contribuent au budget des collectivités territoriales, c'est à dire de la commune à la région, chacune a ses propres ressources et possède sa capacité de budget.

Plusieurs strates pour cette fiscalité locale : la taxe d'habitation et la taxe foncière sont versées à la commune où on habite, la taxe foncière non bâtie aux intercommunalités et le département et le CET à la région. Comme l'Etat a baissé la dotation globale



Carrières-Salaires

Fiscalité

de fonctionnement des Collectivités Territoriales de manière conséquente pour financer entre autres le CICE (Crédit d'impôt Compétitivité Emploi dont l'essentiel des bénéficiaires sont les grands groupes), certaines communes réduisent leur budget et n'assurent plus certaines missions. Souvent cela commence par la culture, les associations, la salle de sports,... La richesse étant inégalement répartie sur le territoire, un système de péréquation verticale s'est mis en place.

L'Etat reverse là où il faut, environ 8 milliards d'euros ainsi qu'une péréquation horizontale, les Collectivités Territoriales riches donnent aux CT pauvres autour de 11 milliards d'euros. La fiscalité locale directe ne permet pas un développement harmonieux. Depuis le 1er janvier 2016, la commune et le département sont des niveaux qui vont disparaître au bénéfice des intercommunalités, régions et métropoles, ce qui va entraîner une inégalité de traitement entre les territoires.

Le dogme des 3 % de déficit est purement théorique : certaines études ont démontré que la productivité augmente tous les ans. Ce sont des biens communs qui sont produits au service de toute la population et chacun-chacune a droit à tous les services, c'est un choix de société.

Quelques questions soulevées dans le débat

Par exemple sur le CICE qui n'est pas nécessaire socialement (40 milliards d'euros en 2015, c'est une niche fiscale) et qui est versé sans conditions aux entreprises. Des questions également sur le quotient familial, sur la CSG qui se rapproche d'un impôt affecté aux caisses de la sécurité sociale mais en cas de fusion entre l'impôt sur le revenu et la CSG, les caisses de sécurité sociale ne seront pas forcément alimentées.

En France, la fiscalité directe est basée sur la famille et non sur l'individu. Il est question au 1er janvier 2018, que l'impôt sur le revenu 2016 soit retiré directement à la source, c'est l'employeur qui va payer ou reverser l'impôt. Il existe un risque que certaines entreprises organisent leur insolvabilité ou gardent l'argent : d'où la nécessité de créer des postes de contrôleurs des finances. Au 1er janvier 2018 il y aura forcément une baisse de salaire avec un taux d'impôt de 5 à 45 % étalé sur les 12 mois.

En 2017, si vous avez divorcé, avez un enfant... à vous d'être vigilant si votre situation personnelle a changé sachant que l'employeur ne doit connaître que le taux mais il est possible qu'à la longue il finisse par connaître des éléments de la vie personnelle de ses salariés.

Cette réforme d'impôt prélevé à la source va changer la vie des contribuables par rap-

port à des impôts prélevés tous les trimestres.

Les organisations syndicales devraient réfléchir sur la fiscalité dégressive : peut-on imaginer que 100% de la population paye des impôts sur le revenu même si c'est très symbolique pour les personnes ayant peu de revenus ? Cela impliquerait en contrepartie que l'impôt indirect comme la TVA doit baisser et donc définir les produits de première nécessité.

La France peut se targuer d'avoir 40 milliards sur son sol ; il faut noter que les deux personnes les plus riches, Lagardère et Bettencourt, possèdent plus que les 20 millions des personnes les plus pauvres, on parle de captation de la richesse par une oligarchie.

Faut-il choisir entre revenu universel ou gratuité des biens publics ? Faut-il revoir le quotient familial ? Le financement de la perte d'autonomie des personnes et la solidarité entre les générations ?

Sur la fiscalité, de nombreuses questions se posent et il serait intéressant que le SNICS-FSU, en lien avec la FSU, s'en empare et réfléchisse sur le choix de société, les services publics et leur avenir.

Maryse Lecourt



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

Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2016/2017

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 2016 / 2017

Infirmièr(e) en catégorie A

Echelon	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème	10ème	11ème
Classe normale											
Cotisation	95€	99€	104€	109€	115€	123€	132€	137€	141€		
Classe supérieure											
Cotisation	115€	124€	132€	138€	143€	149€	153€				
Hors Classe											
Cotisation	106€	109€	114€	119€	125€	131€	137€	143€	150€	157€	164€

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

Echelon	1er	2ème	3ème	4ème	5ème	6ème	7ème	8ème	9ème
Classe normale									
Cotisation	89€	90€	94€	100€	107€	114€	122€	131€	139€
Classe supérieure									
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.

JOINDRE VOS RESPONSABLES ACADÉMIQUES SNICS

AixMarseille : Etienne Herpin 06 40 55 82 58
sa.abx-marseille@snics.org

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

Besançon : Catherine DUTY Tél 06 18 23 85 08 ou 03 84 73 02 78
sa.besançon@snics.org

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

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

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

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

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

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

Grenoble : Catherine SANZ 06 70 48 17 80
sa.grenoble@snics.org

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Réunion : Hélène LEPAPE 02 62 22 14 15 sa.reunion@snics.org

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

Strasbourg : Laurence CASCAIL 06 20 30 37 17
Nathalie MONTEILLET 06 11 07 59 26
sa.strasbourg@snics.org

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

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

Mayotte : Nicole FILLIUNG 06.39.60.98.17
sa.mayotte@snics.org



PENDANT QUE SARAH, INFIRMIÈRE, VEILLE SUR NOTRE SANTÉ, NOUS VEILLONS SUR SON AVENIR.

PROTECTION REVENU
**MAINTIEN DE VOTRE
NIVEAU DE VIE**
EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

OFFRE RÉSERVÉE AUX
MÉTIER S DE LA SANTÉ :

-10% SUR LES CONTRATS
D'ASSURANCE AUTO*

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

Appelez le 0 970 809 809 (numéro non surtaxé)
Connectez-vous sur www.gmf.fr ou depuis votre mobile sur m.gmf.fr

*Offre réservée aux personnels de la santé et du social, la 1^{re} année à la souscription d'un contrat d'assurance auto, valable jusqu'au 31/12/2017.
LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie
par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret et sa filiale GMF ASSURANCES.
Adresse postale : 45930 Orléans Cedex 9.

