

de ' **BUTBLANC** en

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

N° CPPAP 0723 S 07959 - ISSN
1248 9867
Prix : 0,61 €

N°96 janvier - février - mars 2019



**Tou.te.s à Paris
ce 22 janvier !**

Dans la Rue Aujourd'hui pour Rester à l'Ecole Demain

**Parcours 0-6 ans - CAP22 - Rapport
Fonction Publique - Retraites ...**



CONDITIONS DE TRAVAIL



**QUI PEUT CROIRE
QU'UN DEMI-POSTE
PEUT FAIRE LE JOB
D'UN TEMPS PLEIN ?**



Sommaire

- Editorial	P.2
- Elections pro 2018	P.3 à P.7
- Activités-Rencontres	P.8 à P.12
- Contribution parcours 0-6ans	P.13 à P.22
- Situation des personnels	P. 23 à P.26
- Réforme des retraites	P. 27-28
- Bulletin syndicalisation	P. 29-30
- Joindre vos responsables	P.31

Le SNICS poursuit avec vous !

Dans le contexte difficile que nous connaissons, les résultats des élections professionnelles sont sans ambiguïté quant à la légitimité du SNICS à représenter notre profession.

Avec un taux de participation à près de 69 %, les infirmier.ères de l'Éducation nationale ont su se mobiliser pour envoyer deux messages forts en direction du gouvernement.

Nous avons tout d'abord réussi à démontrer notre attachement au dialogue social, aux instances représentatives des personnels et notre refus de voir affaiblir la voix des fonctionnaires.

Cette participation massive et les résultats de ce scrutin sont également un signal fort qui met en évidence la profondeur de nos attentes et notre attachement au concept de Santé à l'École. Notre ministre doit l'entendre !

En ce début d'année, les dossiers à défendre ne manquent pas, nous poursuivons notre plus grand combat. C'est aussi le plus long et il guide les actions du SNICS depuis sa création: la reconnaissance notre spécificité d'exercice.

Ce soin infirmier qui, n'ayons pas peur de le dire, sait répondre aux besoins des élèves, développe leur autonomie et améliore leurs chances de réussir à l'École. Cette présence infirmière au cœur des établissements d'enseignement que certains méconnaissent quand d'autres la déconsidèrent encore aujourd'hui...

Notre participation aux travaux du « parcours de coordination renforcée 0/6ans » nous a permis de mesurer la gravité des dangers qui nous guettent. Les pistes mises en avant vont à l'encontre des missions de 2015 et préconisent même un retour à un « service de santé externalisé sous la responsabilité d'un médecin coordinateur, une sorte de « guichet unique » qui regrouperait les personnels de santé du MEN et ceux de la PMI.

Ces orientations, contre lesquelles nous luttons depuis de nombreuses années, sont inacceptables et marqueraient l'abandon du concept de Santé à l'École et, avec lui, notre spécificité d'exercice.

Nous avons bien entendu fait part de nos propositions d'amélioration du parcours 0/6ans, dans le respect de nos missions et dans l'intérêt des élèves, dans la contribution que vous pourrez lire dans ce BBL. Mais nous savons que les contraintes budgétaires sont fortes et avons conscience qu'une vision avant tout comptable du service public sous-tend les actions de l'actuel gouvernement. Nos propositions resteront lettre morte si nous ne construisons pas ensemble un rapport de force suffisant pour permettre à notre profession bien singulière d'être entendue.

Nous refusons d'accepter l'inertie de notre ministère et, avec elle, l'externalisation progressive de la santé à l'École, ou encore d'attendre que les décisions soient prises pour avoir l'illusion d'agir.

Conscient des enjeux, le SNICS prend ses responsabilités en vous invitant à manifester votre mécontentement dans la rue. Nous affirmerons les avancées des textes de 2015, dénoncerons les inepties des orientations défendues par certains et défendrons notre place au sein des équipes pédagogiques.

Exigeons la reconnaissance de notre spécialité sans plus attendre !

Soyons le plus nombreux-ses possible ce mardi 22 janvier 2019 à Paris,

« DANS LA RUE AUJOURD'HUI POUR RESTER A L'ÉCOLE DEMAIN ».

Bonne année 2019 !

Saphia Guerreschi

Elections professionnelles 2018

Les résultats

Nous tenons tout d'abord à saluer les infirmier.e.s de l'Education nationale pour leur participation aux élections professionnelles. Nous avons été près de 69% à nous mobiliser, nous pourrions être représenté.e.s avec force.

Cette fois encore, vous avez réaffirmé clairement vos choix pour la profession en accordant la première place au SNICS et à la FSU. Vous avez été 62% à voter pour le SNICS-FSU dans les académies et plus de 58% à la CAPN, 90 commissaires paritaires sur 136 sont des élu.e.s SNICS-FSU pour vous défendre au quotidien.

Merci à tous-tes pour votre confiance et votre détermination à porter haut et fort notre profession.

Dans le contexte difficile que nous connaissons, les résultats de ce scrutin sont sans ambiguïté quant à la légitimité du SNICS à représenter notre profession.

Ensemble, nous faisons un pas de plus vers l'émancipation de notre profession, vers l'amélioration de nos conditions de travail et de nos salaires, tout en gardant la réussite des élèves et des étudiant.e.s au cœur de nos préoccupations.

Défendons avec force et conviction la place et le rôle essentiel des infirmier.e.s de l'Education nationale au sein des établissements, au service des élèves et de leur réussite scolaire. Le maintien d'une politique éducative de Santé à l'Ecole sous la gouvernance du MEN est primordial. Obtenons l'application des textes de 2015 pour lesquels nous nous sommes déjà battu.e.s.

Exigeons la reconnaissance de notre spécialité, l'amélioration de nos formations et la catégorie A type pour tous-tes maintenant !

Ce sont ces revendications que le SNICS-FSU portera dans la rue et auprès de notre Ministre lors de la mobilisation qui réunira les infirmier.e.s de l'Education nationale le mardi 22 janvier 2019 à Paris.

Rassemblé.e.s nous gagnerons !

68,82%

Taux de participation
INFENES

5465

Votes

3218

Votes pour
SNICS

90

Commissaires paritaires
SNICS

Elections professionnelles 2018

Les résultats dans la Fonction publique

Entre le 29 novembre et le 6 décembre 2018, les élections professionnelles se sont déroulées pour la deuxième fois simultanément dans les trois versants de la fonction publique (État, territorial et hospitalier), ainsi que pour les fonctionnaires de La Poste, d'Orange et les agents publics d'autres organismes, permettant de déterminer la représentativité syndicale au niveau national au sein de la Fonction publique.

Pour déterminer cette représentativité nationale, les résultats de 7 021 comités techniques au sein desquels sont représentés l'ensemble des agents publics, soit 5,1 millions d'électeurs, sont pris en compte. 2,5 millions d'agents publics ont participé au vote, soit un taux de participation pour l'ensemble de la fonction publique de 49,9 %.

On note une baisse de la participation aux scrutins avec un recul de 3,1 points. **Nous passons un seuil symbolique puisque moins d'un électeur sur deux a participé à l'élection de ses représentants.** Ce faible taux

de votant.es est inquiétant et doit nous amener à nous questionner.

Avec 34,9% des suffrages exprimés, la FSU reste majoritaire à l'Education nationale. Elle est suivie de l'Unsa qui recueille 21,4%. Sur l'ensemble de la Fonction publique, la FSU fait partie des rares fédérations qui progressent en nombre de voix.

La FSU gagne un siège au CCFP.

En ce qui concerne le paysage syndical, il n'y a pas de changements marquants à la suite de ces élections professionnelles dans la Fonction publique. Les équilibres restent globalement à l'identique même si les confédérations perdent beaucoup de voix.

Le changement majeur est au niveau interprofessionnel où la CFDT prend la première place devant la CGT parce qu'elle perd moins de voix (-45 689) que la CGT (-76 287) et Solidaires (-24 849).

La FSU va pouvoir continuer à jouer tout son rôle et à rechercher l'unité pour obtenir de réelles avancées.

Elections Fonction publique : la FSU confortée dans son engagement quotidien !

La FSU sort largement confortée de ces élections professionnelles en étant quasiment la seule organisation qui progresse en voix à l'État comme à la Territoriale.

Elle se félicite de cette progression qui lui permet d'obtenir un 3ème siège au Conseil Commun de la Fonction Publique.

Un signe de vitalité et la marque d'une confiance encore plus grande de la part des agent-es à les représenter, à intervenir et agir avec eux.

Le résultat obtenu par la FSU montre également l'attachement à un syndicalisme qui sait tout à la fois proposer, négocier et agir. Le gouvernement doit entendre ce message.

La FSU va continuer à jouer tout son rôle et à contribuer comme par le passé à construire les actions unitaires les plus larges possibles, tellement nécessaires dans la période, pour obtenir de réelles avancées et de nouvelles conquêtes sociales !

Evolution en voix Fonction publique



Élections professionnelles 2018

J'ai choisi mes élu-es
J'AI VOTÉ FSU

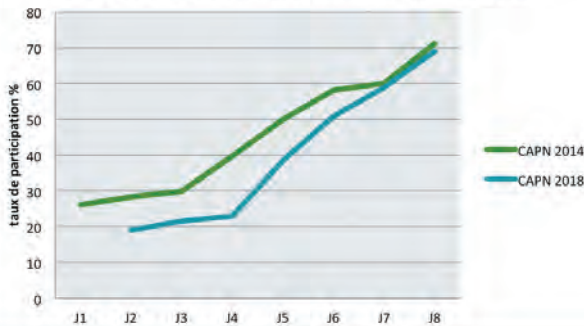


ENGAGÉ-ES
AU QUOTIDIEN

Elections professionnelles 2018

Le SNICS reste majoritaire...

Suivi participation aux scrutins 2014 et 2018



Le SNICS, comme la FSU, est conforté dans sa légitimité à l'issue de ces élections professionnelles.

Ces résultats satisfaisants marquent la reconnaissance du syndicalisme professionnel de lutte et de transformations sociales, un syndicalisme force de propositions qui sait rechercher l'unité et l'action lors des négociations.

Avec un taux de participation à près de 67%, notre profession a marqué sa singularité et montré son attachement aux instances représentatives des personnels de même que son refus de les voir affaiblies comme le prévoit CAP22.

Pourtant, tout avait mal commencé puisque le serveur avait été bloqué une grande partie du 1er jour de vote, décourageant nombre de personnels, certains n'ont pas souhaité faire de nouvelle tentative pour s'exprimer et c'est bien dommage. Comme le montre parfaitement le diagramme ci-dessous, très peu de votes à J1, un début de décrochage à J4 seulement (J3 en 2014) et une montée en puissance sur les derniers jours.

Le SNICS reste l'organisation syndicale majoritaire pour les Infirmières de l'Éducation nationale et de l'enseignement supérieur qui lui ont donné cette fois encore la première place à l'issue des scrutins

Depuis sa création en 1993, en le plaçant au 1er rang, vous faites du SNICS

le syndicat majoritaire.

Par vos votes massif et en faisant le choix du SNICS pour vous représenter, vous venez de réaffirmer :

- **Votre volonté d'ancrer notre profession au cœur de l'Éducation nationale, au sein de l'équipe pédagogique et éducative.**

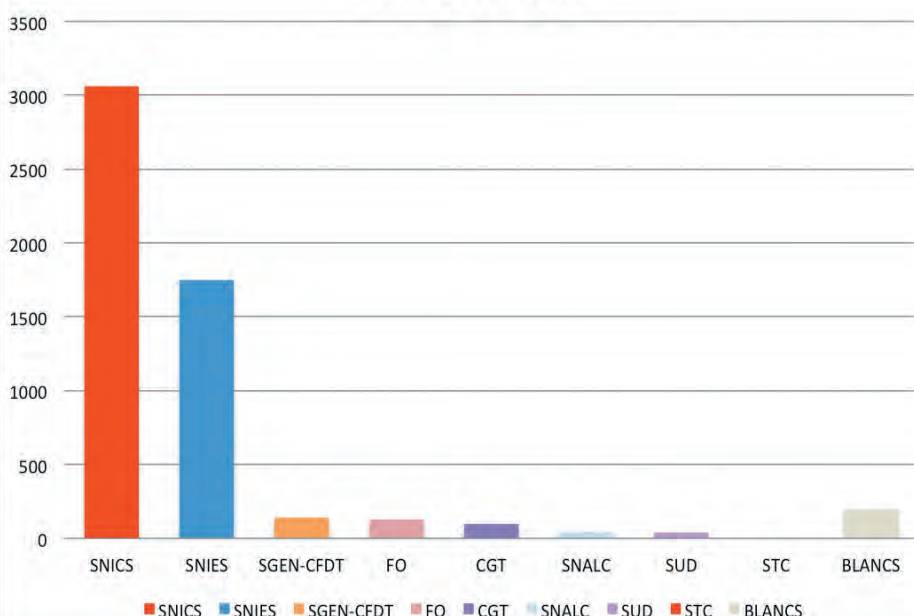
- **Votre refus de tout type de missions qui nous éloigneraient de la réussite scolaire des élèves et étudiant.es**

- **Vous demandez la reconnaissance de la spécialité de notre exercice professionnel à l'Éducation nationale sanctionnée par un diplôme de master II réalisé au sein des écoles du professorat.**

- **Vous revendiquez des créations massives de postes devant élèves pour couvrir les besoins de la maternelle à l'université.**

- **Vous exigez sans plus attendre l'amélioration de nos conditions de travail et la catégorie A type pour tous-tes !**

CAPN 5465 votes

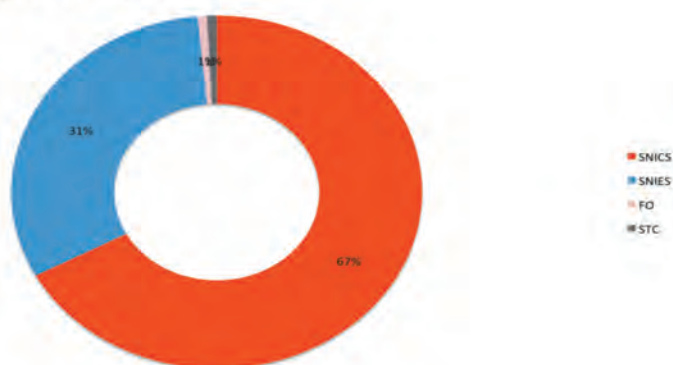


Bien qu'en baisse de 300 voix cette année, la représentativité du SNICS reste très élevée puisque que 62% des votes se sont portés sur le SNICS-FSU dans les académies et plus de 58% à la CAPN. Ce qui se traduit par une forte présence du SNICS dans les instances : 90 commissaires paritaires sur 136 sont des élu.es SNICS-FSU. A la CAPN, les votes sont donc encore majoritairement pour le SNICS, qui remporte 6 sièges sur 9, maintenant sa position de 2014.

Elections professionnelles 2018

...il poursuit avec vous!

Repartition globale des élu.e.s



Depuis sa création, le SNICS est passé à la CAPN de 39,42% des voix à 64% en 2010. Il s'est maintenu à 63,7% en 2014 mais descend à 58,2% en 2018. Nous enregistrons donc une baisse de 5,5 points. Dans le même temps, le SNIES a baissé de 1997 à 2007, pour se stabiliser depuis autour de 33% (+ 0,7 cette année soit 21 voix). En 2018, nous observons aussi une certaine remontée des syndicats de branches.

Les autres syndicats restent minoritaire et n'ont obtenu que 2 sièges mais attention, ils tendent à revenir à leur niveau le plus haut, celui de 1994.

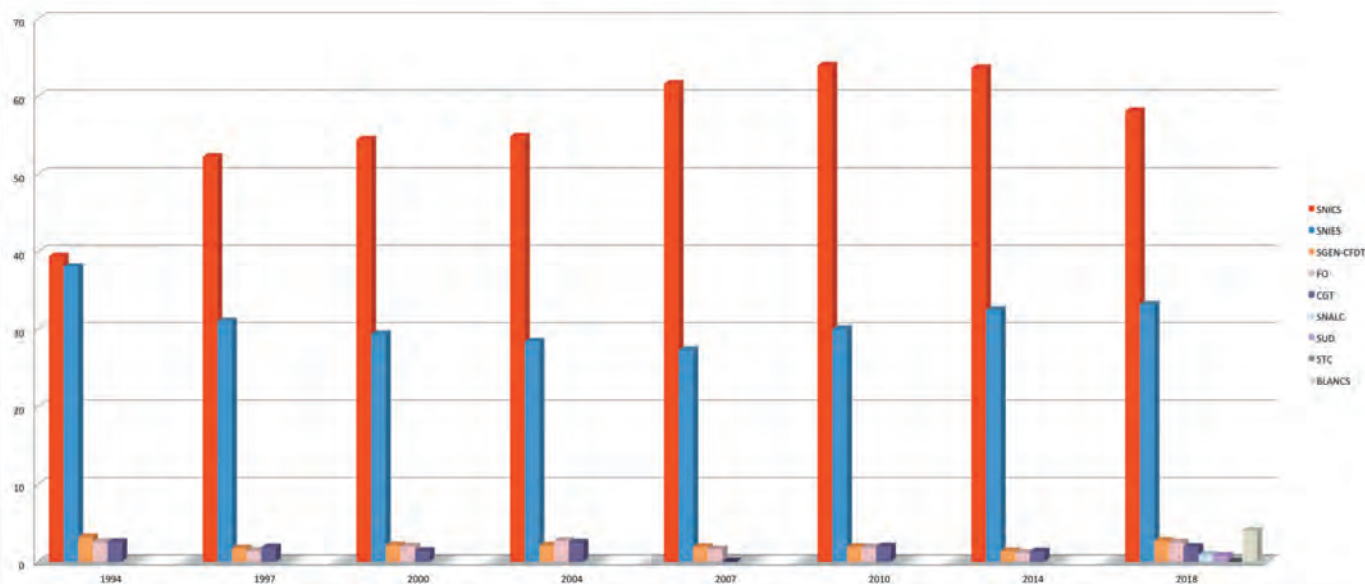
Au niveau des CAPA, le SNICS obtient plus de 50% des voix dans 22 académies sur 30 et avec même plus de 60% dans 19 d'entre elles. Les élu.es SNICS FSU seront donc 84 sur 121 à siéger dans les académies pour représenter leurs collègues et les défendre.

« sonder » vos déceptions et revendications afin d'être au plus près de vos attentes et vos besoins.

Mais, cette baisse tout de même significative de nos résultats doit nous amener à une analyse approfondie sur les raisons de ce recul. En tant que de syndicat majoritaire représentant la profession, nous avons le devoir de

	SNICS	SNIES	SGEN-CFDT	FO	CGT	SNALC	SUD	Blancs
1994	39,42	38,02	3,17	2,52	2,52			
1997	52,21	31,04	1,69	1,37	1,82			
2000	54,47	29,35	2,12	1,95	1,36			
2004	54,87	28,4	2,09	2,7	2,44			
2007	61,65	27,26	1,9	1,61	0			
2010	64,02	30	1,9	1,84	1,96			
2014	63,7	32,51	1,34	1,14	1,3			2,6
2018	58,16	33,22	2,68	2,48	1,88	0,87	0,75	4
diférentiel 2014/2018	-5,54	0,71	1,34	1,34	0,58	0,87	0,75	4

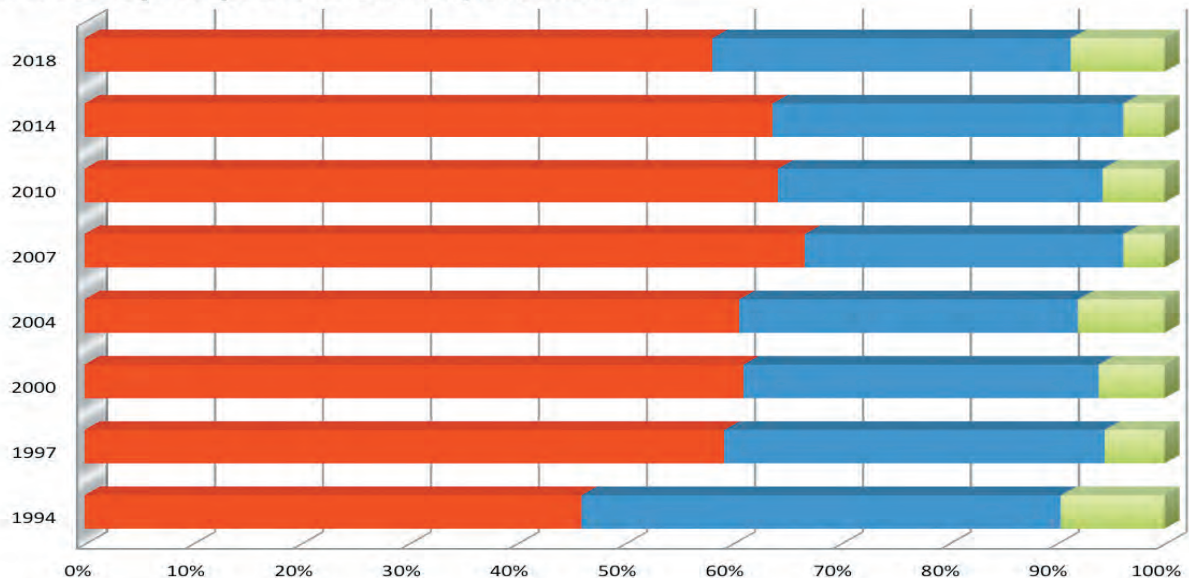
Repartitions des votes de 1994 à 2018



Elections professionnelles

Résultats INFENES

repartition synd. professionnels/branches



	1994	1997	2000	2004	2007	2010	2014	2018
SNICS	39,42	52,21	54,47	54,87	61,65	64,02	63,7	58,16
SNIES	38,02	31,04	29,35	28,4	27,26	30	32,51	33,22
synd branches	8,21	4,88	5,43	7,23	3,51	5,7	3,78	8,66

En votant principalement pour le SNICS et le SNIES, nos collègues ont toujours montré un attachement fort à un syndicalisme professionnel de terrain qui a su, jusque-là, répondre à leurs attentes.

En votant majoritairement pour le SNICS, les deux tiers de nos collègues expriment clairement leur volonté d'être représenté.es par un syndicat où la défense du collectif sert l'individu et non l'inverse.

En 2004, il est intéressant de remar-

quer le parallèle entre la faible progression du SNICS et la remontée des autres syndicats. On peut en déduire que ce sont en majeure partie des collègues qui ont par le passé adhéré à la plateforme du SNICS qui ont voté pour ces syndicats.

Cette année, nous remarquons 200 votes blancs pour la CAPN et 211 pour l'ensemble des CAPA. Cela représente près 4% des participant.es au scrutin contre 2,6 en 2014. Nous n'avons pas les chiffres des blancs des années antérieures. Cette progression est-elle conjoncturelle, liée au mouve-

ment des « Gilets jaunes » concomitant avec les élections ? Cela représenterait-il un signe de défiance institutionnelle voire syndicale et/ou un message que nous envoyent certain.es de nos collègues qui ne se sentent plus représenté.es ?

Notre prochains conseil national en débattrra plus largement. Nous vous invitons à venir débattre de vos remarques et commentaires au sujet de ces résultats auprès de vos représentants départementaux et académiques lors des réunions d'informations syndicales. C'est ce fonctionnement ascendant qui est la « marque de fabrique » du SNICS et qui permet de porter des revendications collectives les plus proches possibles du terrain, de notre travail quotidien en lien direct avec les besoins des élèves et étudiant.es.

Merci encore pour votre confiance !



Le SNICS écrit aux députés membres de la commission Santé à l'École

Paris, le 29 novembre 2018

Mme Saphia Guereschi
Secrétaire générale du SNICS-FSU

Aux
Membres de la Commission Santé à l'École.

Madame, Monsieur le Député,

J'attire votre attention au nom du SNICS-FSU, organisation syndicale majoritaire à 64% chez les infirmiers.ères de l'Éducation nationale, à propos des travaux en cours sur la politique éducative de santé du ministère de l'Éducation nationale.

Le 17 septembre 2018 s'ouvrait le séminaire sur le parcours « santé-accueil-éducation 0-6 ans » dont l'objet est de déployer progressivement des coordinations adaptées à chaque territoire permettant, entre autre, de rendre effective la visite médicale avant 6 ans.

Au niveau du projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous nous interrogeons sur les nouvelles orientations concernant le redéploiement des 20 consultations obligatoires. L'article 37 prévoit de déplacer trois de ces visites de la petite enfance à 8-9 ans, 11-13ans et 15-18ans. Nous partageons l'avis du HCSP qui souligne qu'il n'existe pas d'arguments permettant d'asseoir la pertinence des examens systématiques des 9ème et 15ème années. A ce titre, en 2016, l'article L541-1 du code de l'éducation a été modifié et fixe par arrêté 2 bilans de santé, à 6 ans et 12 ans.

Ces orientations vont à l'encontre de la Loi de refondation de l'École de la République et tendent à reconstituer un « service de santé scolaire » sous la gouvernance du ministère de la Santé. Cette orientation politique nous renvoie 36 années en arrière. Rappelons que cet onéreux service de santé ne participait en rien à l'amélioration de l'état de santé des jeunes. Il a été mis en extinction par la représentation nationale en 1982, car reconnu « obsolète, inefficace et inadapté à l'École et à l'évolution de l'état sanitaire des jeunes ».

Les infirmiers.ères de l'Éducation nationale ne suivront pas cette politique qui aurait inévitablement comme conséquence de voir réduire les sept champs de la promotion de la Santé à l'École à l'unique participation à la politique de prévention sanitaire en faveur des enfants et des adolescents.

.../...

Activités-Rencontres

Le SNICS écrit aux députés membres de la commission Santé à l'École

Plus de 80% des élèves vont bien au regard des indicateurs habituels de santé, moins de 10% d'entre eux présentent une pathologie. Ce public asymptomatique vient librement consulter les infirmières qui dispensent des soins éducatifs, préventifs et curatifs. Ainsi, près de 15 millions de consultations infirmières ont lieu chaque année dans les établissements scolaires.

La Loi de refondation de l'École a également créé « les parcours éducatifs de santé ». Ces derniers prennent pleinement sens avec la nouvelle Loi de santé qui fait, à juste titre, de la santé des jeunes une de ses priorités et pose comme principe la place prépondérante des lieux de vie dans l'impulsion, l'élaboration, l'évaluation et la mise en place des projets de santé. La gouvernance de la santé à l'École doit rester de la compétence du ministre de l'Éducation nationale et notre place doit demeurer au sein de l'équipe pédagogique et éducative pour permettre la réussite scolaire de l'élève.

Nous revendiquons l'application des textes de 2015 et la reconnaissance de notre spécificité d'exercice en spécialité sanctionnée par un diplôme de master.

L'amélioration de la politique éducative de santé de l'Éducation nationale passe par celle de la qualité des réponses apportées aux besoins exprimés des élèves et des étudiants.es de notre pays.

Dans ce contexte, il nous apparaît important de vous rencontrer pour échanger sur une amélioration des réponses apportées aux élèves.

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

Saphia Guereschi



Activités-Rencontres

Parcours de coordination renforcée Accueil-Santé-Education 0-6 ans



Parcours de coordination renforcée 0-6 ans

Ce séminaire dédié avait pour objet d'organiser les premiers échanges autour du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans. Dans la continuité de ce séminaire, des visites de terrains et des ateliers thématiques sont organisés.

Comme vous le savez, le SNICS a été à l'initiative d'une intersyndicale avec le SNIES dès l'annonce du séminaire. Nous avons participé activement aux travaux mais avons dénoncé le non respect de la représentativité de notre profession, les orientations connues des députés qui pilotent ces travaux ainsi que le retour annoncé sur les arbitrages de 2015.

Nous avons par ailleurs été reçus en audience au ministère à ce sujet (Cf. BBL n°94 et n°95). Ainsi, au lendemain du séminaire, nous avons écrit à Mmes Rist et Barthet-Derrien- députées et personnalités qualifiées en responsabilité de ces travaux- pour qu'une audience soit accordée aux syndicats représentatifs de la profession. Aucune réponse à ce jour...

Le SNICS a cependant participé activement à un atelier d'échanges thématiques qui s'est tenu le mercredi 28 novembre dernier.

Cet atelier thématique spécifiquement dédié à l'enfant de 3 à 6 ans réunissait une dizaine de participants (profes-

sionnels de la petite enfance, acteurs du soutien à la parentalité, professionnels de santé, représentants des personnels de l'Education nationale, représentants des familles,...). A ce titre étaient invités : FCPE ; SOFMEN ; ACTIEN ACTeSSEN ; SNUipp ; SNUDI-FO ; SNMPMI ; ARS ; CNAMTS ; SNICS ; SGEN- CFDT.

Ont participé à cet atelier :

- SOFMEN représenté par un médecin de l'Education nationale,
- SNMPMI représenté par un médecin de PMI,
- SNUipp représenté par une directrice d'école maternelle,
- SGEN-CFDT représenté par une INFENES de l'académie de Poitiers- Mme C. Brulé,
- ACTIEN représenté par une INFENES-ICTR de l'académie de Nancy-Metz- Mme R. De Lavenne-,
- SNICS représenté par une INFENES académie de Dijon - Saphia Guereschi.

L'atelier a été animé par Mme Bathet Derrien (députée- médecin de PMI) accompagnée de deux inspecteurs (IGAS et IGEN), Mme RIST y était représentée par son assistante parlementaire.

L'objet annoncé de cet atelier était « d'identifier les coordinations adaptées en vue de les déployer progressivement en fonction des territoires pour permettre d'assurer, entre autres, l'ensemble des dépistages et examens nécessaires aux âges recommandés ».

Les thématiques suivantes étaient portées à la discussion :

- 1- La coopération avec les parents
- 2- Les collaborations entre les professionnels de l'éducation, de l'accueil et de la santé
Les procédures pour assurer une continuité de parcours
- 3- Les échanges d'information entre structures et professionnels
- 4- Le contenu des interventions/ les interventions à développer/ à prioriser

Il y a tout d'abord eu unanimité pour affirmer qu'il fallait renforcer la place des parents au sein de se parcours.

Rendre les parents acteurs de ce parcours permettra d'améliorer leur coopération. Les recours au soins sont insuffisamment observés et tous dénoncent les examens de santé réalisés sans la présence des parents comme inefficaces voir même contre-productifs.

Pour ce qui est des collaborations, nous n'avons pas trouvé d'unité car derrière ce terme se cachent des représentations ou des intentions bien différentes pour chacun des participant.es.

La directrice d'école présente demande une meilleure collaboration entre les personnels de santé, les enseignant.es et les familles. Ils demandent à être informés et accompagnés lorsqu'un élève présente un problème de santé qui risque d'entraver le bon déroule-

Parcours de coordination renforcée Accueil-Santé-Education 0-6 ans

ment de sa scolarité.

Le SNICS signifie que c'est un des objet de l'arrêté du 03 novembre 2015 qui décrit avec précisions dans ses annexes les nécessaires collaboration et retours faits aux familles et aux équipes pédagogiques.

Pour le médecin du MEN, il n'existe pas de collaboration entre les médecins et infirmier.ères à l'Education nationale puisque les infirmier.ères du MEN « refusent de participer à l'examen médical de la 6^{ème} année ».

Il n'entend pas que l'espace de collaboration et le travailler ensemble puisse résider dans une meilleure articulation de nos interventions auprès des élèves dans le respect des missions et responsabilités de chacun.

Le SNICS demande par exemple que les médecins communiquent, le cas échéant, aux infirmier.ières en aval de ces examens pour qu'ils-elles puissent en tant que de besoin en assurer le suivi et l'accompagnement des élèves et de leurs familles.

Ce médecin du MEN ne propose rien en ce sens mais persiste à dire que les infirmier.ères de l'Education nationale refusent de travailler avec les médecins. Le SNICS intervient contre cette posture et démontre que les infirmier.ères travaillent presque quotidiennement avec les médecins du MEN ou d'autres médecins. Nous faisons appel au corps médical à chaque fois qu'un diagnostic médical est nécessaire et nous leur transmettons les informations dont nous disposons qui peuvent être utiles au diagnostic.

Ce médecin campe sur ses positions, **il demande au SNICS «pourquoi les infirmier.ères ne participent pas réunions des équipes éducatives (ESS) alors que les médecins eux font l'effort de leur présence ?!»**

C'est pour lui la preuve de l'absence de collaboration entre médecins et infirmier.ères!!! Le SNICS intervient bien entendu pour défendre notre profession mais demande à ce médecin de poser la vraie question que sous-entend son propos.

Non ! Cher collègue, les infirmier.ères ne bullent pas, ils-elles travaillent avec acharnement pour répondre aux besoins des élèves de la maternelle à l'université sans compter que certain.es sont occupé.es, en plus de leurs mis-

sions, à effectuer les missions que les médecins du MEN refusent de faire.

Il est vrai que, depuis 2013, les médecins ont réinvesti certaines de leur missions comme la participation à de multiples réunions (Cellules de veilles, CESC, ESS, CDESC, ARS, CLS etc) ou encore des permanences dans certains établissements d'enseignement au détriment de la réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année où leur diagnostic est pourtant primordial, contrairement aux réunions qu'ils occupent. C'est désolant !

Mais plus affligeante encore est la position du SGEN-CFDT qui est intervenu en soutenant qu'elle ne comprenait pas pourquoi il existe un problème de collaboration entre médecins et infirmier.ères à l'Education nationale, difficulté qui n'existe nulle par ailleurs selon elle...

Elle est soutenue par le médecin de la PMI qui affirme qu'aucun problème de ce genre n'existe à la PMI.

Le SNICS interroge le médecin de PMI pour savoir pourquoi le bilan des 3-4ans réalisé par les infirmières de PMI ne leur est pas confié en responsabilité, à l'image du 12 ans à l'EN qui a permis de « libérer » du temps médical... Cette question en PMI ne se pose pas, les médecins PMI souhaitent conserver la responsabilité de ce bilan qu'ils ne réalisent pas !...

Le médecin de l'Education nationale intervient pour demander que l'organisation de travail retenue à la PMI serve d'exemple puisqu'elle permet une meilleure collaboration et demande la création d'un service unique où seraient réunis les personnels de santé de l'Education nationale et ceux de la PMI.

Le SNICS ne peut accepter ces propositions qui reviennent à recréer un service de santé en périphérie de l'Ecole avec un lien de subordination entre médecins et infirmier.ères et une structuration de type « service ». Proposition soutenue par le SGEN-CFDT.

L'ACTIEN plaide également en faveur du « service universel de prévention » proposé et intervient pour demander que les infirmier.ères « interviennent en amont de la visite médicale de la 6^{ème} année pour réaliser un bilan infirmier qui est de leur compétence... seuls les élèves qui en ont besoin seraient orientés vers les médecins du MEN ».

Pour le SNICS, cette proposition reviendrait à revenir à une situation antérieure et priverait les élèves de leur droit à une visite médicale. Un diagnostic médical n'est pas un diagnostic infirmier et inversement.

Le renforcement du parcours 0-6ans doit permettre d'aller vers plus de droit et non l'inverse.

Mme Barthet Derrien, le médecin de PMI qui co-pilote ce projet, a annoncé que « la création d'un service universel de prévention où seront enfin réunis tous les acteurs qui concourent à la prévention est une question qui se pose et qui sera posée dans leur rendu puisqu'elle est remontée par multiples acteurs... mais attention c'est difficile...commençons déjà par les acteurs du 0-6 ans ».

Sans vouloir retracer les trois heures pendant lesquelles se sont déroulés ces échanges, nous voyons bien qu'il existe une certaine connivence ou concordance entre les projets des acteurs assis à la table de cet atelier ; les médecins de PMI qui voient leur action renforcée, les médecins de l'Education nationale qui deviendraient des médecins de prévention coordinateurs, les ICT qui retrouveraient un lien hiérarchique avec les infirmier.ères.

La territorialisation des politiques va dans ce sens, l'Education nationale participerait à l'effort collectif en se soulageant à terme de plus de 9000 emplois qui reviendraient au département, renforçant ainsi ses moyens.

Seul l'intérêt des élèves et de leurs familles et la détermination des infirmier.ères de l'Education nationale vont à l'encontre de cette orientation.

Le SNICS est évidemment intervenu avec force et détermination pour démontrer l'absurdité du retour à un service sanitaire de santé scolaire, pour défendre les compétences des infirmier.ères de l'Education nationale et notamment l'importance de nos missions d'accueil et d'écoute au sein des établissements ainsi que notre rôle éducatif au service de la réussite scolaire etc...

Les participants à cet atelier ont pourtant tous pointé le défaut de prise en compte de la santé des élèves par notre ministère. Ce qui est navrant, c'est que la solution qu'ils proposent

Activités-Rencontres

Parcours de coordination renforcée Accueil-Santé-Education 0-6 ans

soit la création d'un service de santé en périphérie de l'école !?

Nous maintenons, plus que jamais, que seule une politique éducative de santé sous la responsabilité pleine et entière du MEN, avec la présence de professionnels de santé en son sein permet à l'Education nationale de prendre la mesure de l'importance de la santé et du bien être dans la réussite scolaire des élèves.

La santé est un des déterminants d'une possible réussite scolaire, elle doit, à ce titre, rester une des missions de l'Ecole. Voilà ce que préconisent et affirment les textes de 2015, et voilà pourquoi nous défendons leur application bec et ongles !

Vous trouverez dans la suite de ce bulletin la contribution écrite du SNICS pour ces travaux et un courrier de demande d'audience envoyé à l'ensemble des parlementaires de la commission santé à l'Ecole.

L'audience avec M. Ledroit le 15 octobre dernier (cf. compte rendu dans le dernier BBL p 11/12) ne nous a donné aucune assurance, si ce n'est **« l'ouverture d'un cycle de dialogue social à l'issue des conclusions du séminaire 0/6 ans au cas où cela s'avérerait nécessaire »**... A ce jour rien n'est écrit ... L'annonce d'un possible dialogue social n'a rien de rassurant ... Comprenez ici que le gouvernement ne s'empêcherait pas de revenir sur nos textes ou sur notre cadre d'exercice s'il adhère à certaines propositions issues du séminaire !

Seule notre profession est en capacité de défendre ses intérêts et le concept de santé à l'Ecole. Ils ne pourront aller plus loin si nous persistons dans notre refus.

Pour mettre un terme à ces projets régressifs, notre capacité à mobiliser la profession le 22 janvier prochain sera déterminante !

**N'attendez plus
inscrivez -vous!**
Pour en connaître les
modalités contactez nos
responsables académiques.

Du nouveau du côté des frais de missions :

A partir de janvier 2019, le barème de l'indemnité kilométrique est augmenté de 17%.

Avec la grogne qui monte contre les augmentations des taxes des carburants, des hausses liées au stationnement, du 80 km heure et des amendes qui vont avec...on attendait cela depuis 2006, il était temps !! Mais, on est encore loin du compte, loin du barème fiscal. 17% ce n'est que le cumul lié à l'inflation de cette période. Mais c'est aussi reconnaître que les agents concernés ont été pénalisés pendant toutes ces années de gel du barème.

Aucune revalorisation des frais de repas (toujours 15,25 euros).
L'indemnité de nuitée passe de 60 euros actuellement à 70 euros en métropole, 90 euros dans les grandes villes et 110 euros à Paris, 70 dans les DROM et 90 euros dans les COM.
°°BS°°.

Le nouveau site du SNICS est arrivé

Comme vous l'avez peut être remarqué, le nouveau site du SNICS a été mis en ligne courant octobre. Une refonte totale, tant du point de vue du design que de celui de l'accessibilité. Plus simple, plus intuitive, un menu court vous permet de accéder rapidement aux informations.

Le site est encore en construction donc tout n'est pas définitivement en place. La page « FAQ » va évoluer, tant sur le fond que la forme, avec notamment un onglet « Dossiers Thématiques » qui regroupera des informations plus fournies et complètes que les simples réponses aux questions de la « foire aux infos ».

Autre nouveauté à venir, une page dédiée à chaque académie dans laquelle apparaîtront notamment : la composition du Bureau Académique, la liste des commissaires paritaires fraîchement élu.es et un espace permettant de diffuser les actualités propres à l'académie.

Bonne visite!



Depuis sa création en 1993, le SNICS FSU a toujours participé activement à la prise en compte de la promotion de la santé par les acteurs publics et politiques et plus particulièrement au développement et à l'évolution du concept de santé à l'École.

Le SNICS-FSU est le syndicat majoritaire à 64% des infirmier.ères de l'Éducation nationale, ce qui légitime son expertise dans le cadre du parcours de coordination renforcé "santé-accueil-éducation de 0 à 6 ans". Nous sommes un syndicat professionnel qui a toujours été force de propositions dans les politiques de prévention, en direction des jeunes de notre pays.

Le SNICS-FSU se félicite de la volonté présidentielle d'entrer dans une politique de prévention. L'ouverture de ce séminaire par les ministres des solidarités et de la santé et de l'éducation nationale marque le choix d'une dynamique partenariale, c'est un message fort que nous accueillons favorablement. Ce "copilotage" interministériel, choisi par le premier ministre, soulève cependant quelques interrogations compte tenu des exigences liées à l'histoire de notre profession, nous les développerons plus largement dans la suite de cette contribution.

L'exercice de notre profession au sein d'EPLÉ, en direction d'un public majoritairement en bonne santé et asymptomatique, place l'infirmier.ère de l'Éducation nationale comme acteur privilégié en matière d'éducation, de prévention et de promotion de la santé au service de tous les enfants en âge de scolarisation.

Si la dimension partenariale de notre exercice est quotidienne, la contribution du SNICS-FSU se limitera à l'expertise déve-

loppée dans le cadre de notre exercice à l'Éducation nationale, c'est à dire dans la « prise en charge » holistique des enfants scolarisés. Sans mettre en doute la légitimité des professionnels de ce séminaire dans leur domaine de compétences respectif, nous nous attacherons à limiter nos propositions aux pratiques professionnelles des acteurs du parcours de 3 à 6 ans.

1. Perception/avis sur le projet parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans.

Comme nous l'avons précisé dans notre "préambule", le SNICS a toujours participé activement au développement des politiques de promotion de la santé avec un attachement particulier au service public d'éducation et à son efficience.

Contrairement à certaines représentations énoncées publiquement, **les infirmier.ères de l'Éducation nationale ne travaillent ni en "silo" ni de "façon cloisonnée"**. Notre spécificité d'exercice et le sens de notre recrutement restent trop souvent incompris voire méconnus.

Les missions des infirmier.ères de l'Éducation nationale sont d'assurer des soins infirmiers éducatifs, préventifs et curatifs ainsi que la prévention des problèmes essentiels que peuvent rencontrer les jeunes (échec scolaire, difficultés relationnelles, harcèlement, mal-être) qui nécessitent des réponses adaptées et personnalisées.

Notre mission première est donc d'accueillir, d'écouter, de conseiller et d'orienter si besoin tout élève qui nous sollicite pour quelque motif que ce soit. Cette consultation infirmière

Parcours Santé- Accueil-Education entre 0 - 6 ans

que nous réalisons à la demande de l'élève ou des membres de la communauté éducative permet d'accompagner l'élève ou l'étudiant.e dans la prise en charge de ses maux/mots afin qu'il puisse réinvestir au plus vite sa scolarité. Nous participons ainsi activement à la réduction des inégalités sociales et de santé, au service de la réussite scolaire.

Nos postes sont implantés au plus près des besoins des élèves, dans les établissements scolaires, au coeur d'un service éducatif, et non dans un service de soins (sous hiérarchie médicale).

L'éducation à la santé fait partie de notre champ professionnel, que ce soit dans une dimension individuelle ou collective par nos apports et expertise dans le cadre des Parcours Educatifs et de Santé (PES). **Nous concourons chaque jour à la mission émancipatrice de l'école. Nous participons donc très largement à la politique de promotion de la santé de notre pays en accompagnant les élèves chaque jour vers la maîtrise de leur propre santé et les moyens de l'améliorer.**

C'est bien **au sein d'une équipe pluri-professionnelle**, l'équipe pédagogique et éducative que nos missions prennent tout leurs sens pour favoriser la réussite scolaire de tous les élèves.

Nous travaillons aussi au quotidien avec d'autres professionnels sociaux et de santé (dont les médecins scolaires, PMI, médecins généralistes, pédiatres...) et avec les familles.

Nos missions s'inscrivent dans le cadre de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves du ministère de l'Education nationale. Cette **politique éducative s'articule avec d'autres volets de l'action gouvernementale, en partenariat avec les collectivités territoriales**. Elle est mise en oeuvre par tous les personnels (enseignants, personnels éducatifs, sociaux et de santé...). Cette collaboration, dans le respect des compétences et de l'exercice professionnel de chacun, doit permettre la prévention et le repérage précoce des difficultés susceptibles d'entraver les apprentissages et compromettre le déroulement de la scolarité.

Les partenariats et les collaborations existent. Elles sont notamment décrites dans la circulaire n°2015-117 relative à la politique éducative et de santé en faveur des élèves. Cette politique éducative est menée en cohérence avec d'autres politiques publiques. Elle s'articule avec la politique de santé publique (stratégie nationale de santé) par la promotion de la santé qui associe le milieu scolaire et les divers professionnels intervenant au sein des écoles et des établissements, la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé, la logique de continuité du suivi.. Elle s'articule également avec les politiques sociales et familiales et la politique de la ville.

Lors des travaux de la Loi d'orientation et de programmation pour la **Refondation de l'Ecole de la République (2013-2015)**, la **politique de santé à l'école a amélioré sa gouvernance et renforcé sa dynamique partenariale**, le SNICS y a largement contribué. Vous trouverez en annexe un bref historique de notre profession ainsi que les évolutions présentes dans les textes de 2015.

Le parcours de coordination renforcé santé-accueil-éducation 0-6 ans affiche comme objectif de déployer progressivement des coordinations adaptées à chaque territoire permettant entre autres de rendre effective la visite médicale avant 6 ans.

Plusieurs points de cet objectif nous posent question.

Pour le SNICS, il est important de signifier au préalable **le sens du "parcours"** à l'Education nationale. Un parcours existe déjà,

le Parcours Educatif de Santé défini par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016.

Un parcours ne peut se résumer à une succession d'examens de santé ou de dépistages obligatoires. Nous pensons qu'il est nécessaire d'entrer dans une vision plus holistique. En plus des examens périodiques de santé, ce parcours doit intégrer les entretiens individuels ainsi que les actions de prévention et d'éducation à la santé.

L'implication des parents dans ce parcours devrait être un élément d'attention permanent.

Dans son avis sur "la médecine scolaire", le HCSP précise: "*le dépistage, loin d'être une fin en soi, ne prend sens que s'il permet d'offrir une prise en charge adaptée*".

Au delà de l'effectivité des examens, les prescriptions qui en découlent sont des éléments essentiels qu'il conviendrait d'analyser. Combien d'avis sont suivis de recours aux soins?

Ce constat a amené les ministères de l'éducation nationale et de la santé à recentrer la priorité sur deux bilans de santé au lieu de cinq, la visite médicale de la 6ème année par les médecins et le bilan de la 12ème année par les infirmières de l'Education nationale. La réalisation de la visite médicale de la 6ème année permet à l'infirmière de l'Education nationale de s'appuyer sur un diagnostic médical pour effectuer l'accompagnement et le suivi si besoin.

Le parcours éducatif de santé, mais plus largement le parcours de santé, ne peuvent pas être focalisés uniquement sur la réalisation d'un examen de dépistage. Ils doivent s'inscrire dans un ensemble plus global construit à partir des besoins exprimés des usagers.

Qu'entend-on par "coordinations adaptées"?

Pour les infirmières de l'Education nationale, la nécessaire cohérence ou "coordination" entre les différentes politiques publiques ne fait aucun doute surtout lorsqu'on fait le constat de 47% de réalisation de la visite médicale de la 6ème année.

Nous ne sommes pas opposés à l'idée d'un parcours de coordination renforcée de l'enfant de 0 à 6 ans à partir du moment où il s'agit bien de coordination et non de redéfinition des missions des différents acteurs, et particulièrement à l'Education nationale.

Les infirmières de l'Education nationale sont très attachées à faire reconnaître la spécificité de leur profession au sein d'une équipe éducative et pédagogique, au service des élèves, et non au service des médecins.

Nous refusons de voir resurgir ces équipes de « santé scolaire » qui concentreraient les moyens en personnel sur une tranche d'âge au détriment de tous les autres élèves et les obligeraient à fonctionner en doublon. Ce serait un véritable gâchis, tant en moyens qu'en efficacité.

Le modèle défendu par les représentants des médecins de l'Education nationale n'est ni plus ni moins le modèle de « service de santé scolaire » qui a prévalu au ministère de la santé de la fin de la 2ème guerre mondiale jusqu'au milieu des années 80.

Ce service de santé scolaire avait été jugé « inefficace, obsolète et inadapté à l'évolution des besoins des élèves » par la représentation nationale. A la suite de cette redoutable évaluation, ce service avait été dissout.

Contribution du SNICS-FSU pour parcours 0-6 ans

La place réservée aux infirmier.ères de l'EN dans ces projets de type "service de santé" est à l'opposé de la conception qu'ils.elles se font de leur métier.

Nous l'avons exprimé à plusieurs reprises dans la rue (par cinq fois lors des derniers travaux). Malgré le retard pris dans l'application des textes parus en novembre 2015, les infirmier.ères que nous représentons sont plus que jamais convaincu.es de la pertinence de cette orientation politique.

Le rapport de l'académie de médecine sur la santé à l'école, cité en référence bibliographique du séminaire, affirme que « **Le fonctionnement de l'équipe n'est pas défini dans les textes alors qu'une réorganisation de ce fonctionnement entre toutes ces professions de santé serait nécessaire.** »

C'est Faux ! Le fonctionnement de l'équipe est défini dans les textes, tant dans ceux des missions des personnels médecins ou infirmiers que dans les textes sur les parcours éducatifs de santé.

Qu'ils ne satisfassent pas les médecins de l'Education nationale qui ont peur d'y perdre « du pouvoir » est une chose, mais on ne peut pas affirmer que le fonctionnement n'est pas défini.

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

A l'Education nationale, existe-t-il une "Absence de coordinations" (et/ou de coopération) ou un défaut de gouvernance?

Pour le SNICS, à l'Education nationale, la coordination, la coopération et la gouvernance existent. Ils sont définis avec précision dans les textes issus de la Loi de refondation de l'école et de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Le préalable à l'existence de coordinations adaptées est la connaissance, le respect des missions et compétences de chacun des professionnels qui concourent à ce parcours.

A l'Education nationale, **les récents textes de 2015 participent à l'amélioration des " coordinations "** de cette politique :

- **En interne**, en ce qu'il définissent clairement les missions de chacun des professionnels de santé de l'EN , mais aussi parce qu'ils placent la politique de santé à l'école comme une des missions de l'École avec une dynamique partenariale renforcée. Ainsi, chacun des professionnels est invité à participer activement au parcours éducatif de santé de chaque élève en le plaçant, avec sa famille, au centre des attentions. La gouvernance et les instances de coordination institutionnelles sont renforcées (cellule académique en charge de la politique éducative et de santé, Volet santé dans les projets ministériel, académiques et dans chaque établissement: CAESC, CDESC, CESC, CESC inter degré ou inter-établissement).

- **Vers externe**, par la participation des partenaires extérieurs aux instances institutionnelles mais également en réaffirmant une nécessaire dynamique partenariale : cohérence des politiques publiques, tant dans leurs définitions que dans leur application (notamment SNS, conventions ARS, CLS etc). De plus, à l'image de l'arrêté du 03 novembre 2015, les nécessaires coordinations sont inscrites de façon précise dans les textes réglementaires.

Un ensemble cohérent de textes organisent pourtant ces coordinations, coopérations et collaboration (lois-arrête-circulaires):

•L541-1 du code de l'éducation

*Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée. Les médecins de l'éducation nationale travaillent **en lien** avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites . Les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé déterminent conjointement, par voie réglementaire, pour les visites médicales et les dépistages obligatoires, la périodicité et le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage, ainsi que **les modalités de COORDINATION** avec les missions particulières des médecins traitants mentionnés au deuxième alinéa de l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale »*

•L 121-4-1 du code de l'éducation

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

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

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

•L'arrêté interministeriel du 03 novembre 2015

Il décline la périodicité et le contenu des deux bilans de santé dont chaque élève doit pouvoir bénéficier - une visite médicale réalisée par un médecin (ville, pédiatre, médecin scolaire...) dans la sixième année de l'enfant et un examen de dépistage réalisé par un.e infirmier.ère de l'Education nationale dans la douzième année. Ses annexes I et II définissent précisément le contenu des bilans et fixent les partenariats et les collaborations.

Annexe I VISITE MÉDICALE DE LA SIXIÈME ANNÉE

-analyse des antécédents de l'enfant à partir des données, notamment du document de liaison prévu par l'article L. 2112-5 susvisé du code de la santé publique pour les enfants ayant bénéficié du bilan de santé entre 3 et 4 ans en école maternelle (1) ou du carnet de santé de l'enfant avec l'accord des parents ;

-lorsque les enfants ont bénéficié d'une visite médicale par le médecin qui suit l'enfant en application de l'article L. 541-1, les parents, s'ils en sont d'accord, transmettent à la demande du médecin de l'éducation nationale, dans le cadre du suivi du parcours de santé à l'école, le carnet de santé de leur enfant sous enveloppe cachetée à son intention. Si les parents ne souhaitent pas présenter le carnet de santé, ils devront être en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de l'état de santé physique et psychologique de leur enfant a été assuré par un professionnel de santé de leur choix (art. L. 541-1 du code de l'éducation) ;

-entretien avec les parents de l'enfant portant notamment sur ses conditions de vie, son développement et d'éventuelles pathologies. Lorsque l'enfant présente un handicap ou une affection chronique, le professionnel de santé analyse ses besoins et, le cas échéant, impulse avec l'accord des parents les démarches nécessaires ;

Contribution du SNICS-FSU pour parcours 0-6 ans

-prise en compte d'éventuelles observations recueillies auprès de l'enseignant de l'enfant et des personnels intervenant au sein de l'école ;

-vérification des vaccinations au vu du calendrier vaccinal en vigueur (2) ;

-examen statur pondéral avec calcul de l'IMC, report des données et traçage sur les courbes du carnet de santé ;

-examen clinique ;

-dépistage des troubles auditifs comprenant la vérification de l'acuité auditive avec un appareil audio vérificateur ;

-dépistage des troubles visuels ;

-bilan du langage ;

-bilan du développement psychomoteur ;

-examen bucco-dentaire ;

-transmission aux parents des conclusions de ces examens et dépistages incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, en tant que de besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant. Le médecin qui l'effectue veille au respect de la confidentialité de cette transmission ;

-rencontre avec l'enseignant de l'élève et le directeur d'école afin de faire le point sur le suivi et l'accompagnement pédagogique à mettre en place dans le cadre de la réussite scolaire.

Cette liste n'est pas limitative. Chaque professionnel de santé, dans le cadre de ses compétences, poursuivra les examens en fonction des constatations qu'il aura effectuées.

Article L. 2112-5 du code de la santé publique susvisé et arrêté du 18 août 1997 pris pour son application relatif au modèle d'imprimé servant à établir le dossier médical de liaison entre le service départemental de protection maternelle et infantile et le service de promotion de la santé en faveur des élèves pour les enfants suivis en école maternelle.

Calendrier des vaccinations publié par le ministère chargé de la santé et consultable sur www.sante.gouv.fr.

NOTA : Conformément à l'article 1er de la décision du Conseil d'Etat, n° 395858 du 24 novembre 2017, l'arrêté du 3 novembre 2015 est annulé en ce qu'il comporte à ses annexes I et II la disposition suivante : " -mise à disposition des données issues de cette visite aux personnels de l'éducation nationale en charge du suivi de l'élève concerné, dans le respect du secret professionnel »

A l'Education nationale aujourd'hui, un défaut d'application des textes empêche l'efficacité la politique de santé à l'école, et ce n'est pas un problème de manque de coordination.

Les textes de 2015 s'appliquent de façon disparate au sein du territoire national.

Une disparité entre académies qui peut partiellement s'expliquer par la sortie tardive des textes fin novembre 2015, en cours d'année scolaire, et par un manque de volonté de l'institution de les faire appliquer.

A cela s'ajoutent la déception et le blocage de l'application des textes par les médecins de l'Education nationale qui souhaitaient déjà la réapparition d'un service de santé scolaire.

Au cours de l'année scolaire 2016-2017, à la suite de la mobilisation des infirmier.ères de l'Education nationale, les textes commencent à s'appliquer mais un changement de gouvernement laissera ces travaux au milieu du gué.

Les axes d'amélioration des "coordinations adaptées" existent, il s'agit de les mettre en oeuvre mais qu'entend-on par territoire ?

Le territoire est une étendue géographique qui, pour exister, a besoin de contours clairement définis. Pour éviter les "millefeuilles" ou les inégalités au sein du territoire ainsi que le désinvestissement des différents acteurs, un cadrage national doit être proposé.

Pour le SNICS, le territoire le plus adapté à l'amélioration du parcours des enfants scolarisés est celui du lieu de vie, c'est à dire l'établissement scolaire du second degré et son secteur (écoles primaires) de rattachement pour plusieurs raisons.

Tout d'abord parce que cette zone est clairement définie. Elle est le fruit du dialogue entre les différents représentants de l'Etat. Elle correspond souvent à des bassins de vie propices aux déplacements et au sentiment de proximité nécessaire aux élèves et à leurs familles.

Cet espace géographique est raisonnablement étendu : il permet un suivi individualisé et un accompagnement par les équipes éducatives et pédagogiques dont les professionnels de santé. Mais également la présence d'une pluralité "raisonnable" d'acteurs externes (pluridisciplinarité et inter-professionnalité) ce qui permet à la mise en place de relations de confiance et communication adaptées pour assurer l'accompagnement et la prise en charge vers une réussite scolaire de tous les élèves.

Il existe déjà des instances permettant de réunir l'ensemble des acteurs, dont les familles, le CESC et CESC inter-degré, le CDESC, qui constituent le dispositif opérationnel d'impulsion et d'animation au sein des établissements d'enseignement.

Un professionnel de santé est déjà affecté sur l'ensemble de ce territoire. En effet les infirmier.ères de l'Education nationale, lorsqu'ils-elles sont affecté.es sur des postes inter-degré, sont en responsabilité et accompagnent l'ensemble des élèves de ce territoire (collège et son secteur de rattachement).

Les orientations politiques de 2015 placent l'infirmier.ère de l'Education nationale au coeur de la politique éducative sociale et de santé du MEN : elle est identifiée comme le pivot de la santé des élèves qu'elle accompagne de la maternelle à l'université.

"Rendre effective la visite médicale des 6 ans" ?

Les chiffres annoncés sont alarmants. Nous l'avons déjà pointé, les textes de 2015, en plus d'être récents, ont souffert d'un blocage institutionnel et du refus des représentants des médecins de l'EN de les appliquer.

On peut aussi regarder le chiffre de 47% sous un autre angle et se dire que nous avons réussi à augmenter de façon exponentielle le respect des droits des élèves puisque nous sommes passé de 3 à 47% de visites médicales.

Si le gouvernement souhaite changer la politique éducative et de santé mise en oeuvre à l'Education nationale avant même de l'avoir appliquée et évaluée, on pourrait penser qu'avec la coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant de 0 à 6 ans et à l'issue de ces travaux, la visite médicale prévue par la loi pourrait être effective!

La focalisation sur la visite des 6 ans est emblématique mais qu'en est-il des autres visites avant 6 ans ?

Parcours Santé- Accueil-Education entre 0 - 6 ans

Pourquoi mettre l'accent uniquement sur la visite médicale 6ème année de l'enfant? On sait, et vous le signalez aussi, dans le préambule du séminaire que **" les inégalités de santé s'installent avant l'âge de 6 ans, voire dès l'âge de trois ans"**? Alors pourquoi focaliser notre action sur l'effectivité de la visite médicale de la 6ème année de l'enfant au risque d'accentuer d'autres inégalités d'accès aux soins?

Lors des travaux de la Loi de refondation de l'école, les médecins de l'EN ont brandi à plusieurs reprises leur surcharge de travail, les difficultés statutaires qu'ils rencontrent (attractivité de leur métier) et les déserts médicaux, pouvant leurrer un public non averti. En témoigne le rapport de l'Académie de médecine sur la médecine scolaire, pour le moins incorrect voire inexact, qui a pourtant trouvé un certain écho. Comme vous le citez en référence bibliographique, nous vous adressons en annexe la lettre du SNICS faite au président de l'Académie nationale de médecine sous forme de contre rapport.

Nous connaissons les revendications corporatistes et professionnelles de nos collègues médecins, mais notre analyse se heurte au principe de réalité, surtout, lorsqu'il s'agit d'action publique.

Dans le cadre de la visite médicale de la 6ème année, les propositions des médecins de l'EN consistent à faire faire aux infirmières ce qu'ils refusent de faire!

Ainsi, lors du séminaire, nous n'avons pas été surpris d'entendre toujours le même postulat, manque de médecins, manque de coordination, collaboration, coopération des infirmières, etc... sans que soit présenté d'analyse ou de diagnostic précis et chiffré.

Effectivité de la visite médicale de la 6ème année et pénurie de médecins:

Abordons la gestion des ressources humaines et la charge de travail des médecins de l'Education nationale relevant de certaines étapes obligatoires dans la scolarité : visite de la 6ème année et visite préalable à l'affectation de l'élève mineur aux travaux réglementés.

Suite aux travaux liés à la Loi de refondation de l'école, plusieurs mesures sont venues soulager la charge de travail des médecins de scolaires et améliorer l'attractivité de leurs emplois.

La mise en place des PAP et le passage au dossier médical informatisé ont libéré du temps médical.

Leurs missions à l'EN sont avant tout à visée diagnostique: *"Les médecins de l'Education nationale apportent une démarche clinique qui permet l'identification des difficultés rencontrées par les élèves, l'évaluation des situations pathologiques susceptibles d'entraver leur scolarité, notamment en cas de troubles des apprentissages et/ou des comportements, afin d'assurer l'orientation et la prise en charge adaptée, ainsi que le suivi en milieu scolaire"* (extrait fiche 41 MEN, juillet 2015).

Le décret n°91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'Education nationale et à l'emploi de médecin de l'Education nationale-conseiller technique précise: *" Ils réalisent le bilan de santé obligatoire lors de l'entrée à l'école élémentaire, le bilan exigé lors du passage dans le cycle secondaire et le bilan d'orientation scolaire ou professionnelle "*

Un médecin de l'Education nationale a une obligation de travail annuelle devant élèves de 1447 heures.

1° Charge de travail des médecins scolaires et réalisation de la visite médicale de la 6ème année:

Rappelons que, depuis 2015, la priorité donnée au 1er degré a entraîné un recentrage du travail des médecins scolaires sur la visite médicale de la 6ème année.

Le bilan de la sixième année est réalisé conformément à l'article L. 541-1 du code de l'éducation et en application de l'arrêté interministériel qui en fixe le contenu. Ce bilan s'effectue avec la collaboration de la famille et la participation des membres de l'équipe éducative qui concourent à la scolarisation : infirmière, enseignant.e, psychologue scolaire, et, le cas échéant, professionnel du soin afin que, pour chaque élève, un repérage, un diagnostic puis une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés.

L'analyse, notamment des compétences neurosensorielles et développementales de l'enfant, est réalisée dans la logique d'un repérage précoce des difficultés éventuelles de l'enfant à entrer dans les apprentissages. Dès l'école maternelle, la détection précoce des difficultés des élèves doit être privilégiée. Il convient de renforcer les actions de dépistage et la continuité entre la protection maternelle et infantile et la médecine de l'Education nationale.

Le médecin s'appuie sur le carnet de santé de l'enfant, la fiche de liaison transmise par les services de protection maternelle et infantile (PMI) et toute autre observation communiquée par les personnels ou la famille, pour effectuer son examen médical et éventuellement orienter vers un diagnostic approfondi et/ou une prise en charge.

Les spécialistes de l'enfance estiment qu'il faut 1/2h pour réaliser une visite médicale. C'est sans compter la charge administrative et la mise en place d'un suivi, même si ce dernier ne concerne pas tous les élèves.

Par ailleurs, les familles peuvent faire réaliser cet examen médical par un médecin de leur choix. Notons également que plusieurs municipalités ou agglomérations, et non des moindres (Amiens, Bordeaux, Paris, Lyon, Lille, Grenoble, Nantes, Amiens, Strasbourg) continuent de prendre en charge des prestations de santé scolaire et bénéficient de subventions pour un montant total de 2 790 296 €.

En dépit de tout cela, partons du postulat que les médecins de l'Education nationale aient à voir TOUS les élèves de 6 ans et qu'il leur faille une heure pour la réalisation d'un seul bilan:

➤ **En 2011**, il y avait 790 798 élèves de 6 ans ce qui, à raison de la quotité annuelle de temps de travail médecin, nécessitait 532 postes de médecins pour réaliser la visite médicale obligatoire qui s'imposait à eux de fait prioritairement à eux. Il y avait, en 2011, 1489 postes de médecins devant élèves. Ce n'est pas le manque de postes qui explique le faible taux de réalisation des VA à cette époque, taux inférieur à 70%.

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

➤ **A la rentrée 2017**, 838 489 élèves étaient dans leur 6ème année. A raison d'une heure par examen médical, il fallait 838 489 heures de temps médical pour atteindre l'objectif, soit **521 ETPA de médecins**.

Contribution du SNICS-FSU pour parcours 0-6 ans

2° Charge de travail des médecins scolaire et avis médical obligatoire pour travail sur machines:

A priori, et comme certains l'affirment, l'avis médical sur l'obligation de suivi des élèves relevant de dérogation pour travail sur machines dangereuses serait extrêmement lourd.

En 2016, nous avons 134 675 élèves scolarisés dans les filières de l'enseignement public et privé sous contrat éligibles à cette réglementation. Ces élèves étaient scolarisés en CAP, 2nd, 1ère et Terminal Bac pro. Les élèves majeurs représentant près de 20% de cet effectif, 108 000 devaient bénéficier de cette visite médicale.

Suivant le même principe que celui de l'évaluation du nombre d'ETPT employé pour les visites de 6 ans et à raison d'une heure par élève (charge administrative et de suivi comprise pour tous les élèves) il y avait besoin de seulement **72 postes de médecins sur la France entière**.

Nous voyons bien que certaines allégations s'avèrent infondées. Ces chiffres sont théoriques et ne reflètent pas toujours la réalité du terrain mais incitent à la réflexion.

Depuis 2013, le glissement de tâches observé pour la visite médicale de grande section de maternelle (plus de 80% étaient seulement des bilans infirmiers) tend à s'étendre sur les visites médicales pour machines dangereuses.

Donc, si l'Education nationale se donnait les moyens de mettre en oeuvre les textes de 2015 en faisant réaliser en priorité et à 100% les deux seuls diagnostics médicaux obligatoires durant la scolarité de l'élève, il faudrait en tout et pour tout 593 ETPTA de médecins (521 + 72 = 593 ETPTA). A la rentrée 2017, on dénombre près de 1000 médecins titulaires de l'Education nationale et entre 170 et 200 contractuels ou vacataires.

Nous persistons à dire qu'il n'y a pas de problème de moyens pour réaliser ces deux visites médicales obligatoires dont celle de la sixième année mais certainement un problème de répartition de ces moyens, qui n'ont pas été redéfinis au regard de leurs nouvelles missions, et une absence d'évaluation de leur utilisation par une véritable Inspection Générale de l'Education nationale.

Lors du séminaire, plusieurs arguments ont été liés la pénurie de médecins, nous savons que cette difficulté impacte l'ensemble de notre système de santé. Mais il conviendrait, là encore, d'y apporter une certaine objectivité : quels sont les territoires impactés ? Quelles sont les zones dites « blanches » qui souffrent d'une pénurie médicale ? La répartition des postes des médecins fonctionnaires de l'Education nationale ou de ceux de la PMI a-t-elle été faite en fonction de ces territoires à besoins particuliers ?

La notion de désert médical a servi de levier à de nombreuses politiques publiques. Il convient d'y apporter une certaine pondération puisqu'en 2016, une étude approfondie de la DRESS tente de définir et relativiser la notion de déserts médicaux : « seuls 8,6% des français habitent dans une zone sous-dense- et 98% des français ont accès à un médecin généraliste à moins de 10 minutes en voiture ».

Pour rendre effective la visite médicale de la 6è année, il serait nécessaire de mettre en oeuvre l'arrêté du 03 novembre 2015 qui ouvre la réalisation de cette visite à d'autres médecins: généralistes, pédiatres etc... Il faut en tout et pour tout 521 ETPTA de médecin pour rendre effectif cet examen. Pourquoi attendre alors que la France dispose

de plus de 102 000 médecins généralistes et de plus de 8000 pédiatres (sans compter les médecins salariés des structures accompagnant les politiques de la ville) ?

Le collège de médecine générale, présent lors du séminaire, s'est prononcé clairement sur leur capacité et volonté de réaliser cet examen. **Les médecins de ville n'attendraient que la « codification » de cet examen de santé pour le pratiquer « en masse ».**

Pour répondre au projet envisagé lors du séminaire de créer d'un **guichet d'accueil unique incluant les personnels sociaux et de santé de l'Education nationale, et ceux de la PMI**, peut être séduisant de prime abord, mais une connaissance plus approfondie de la problématique et un regard sur l'histoire nous démontrent son inefficacité.

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

Ce service de santé scolaire avait été jugé « inefficace, obsolète et inadapté à l'évolution des besoins des élèves » par la représentation nationale. A la suite de cette redoutable évaluation, il avait été dissout !

Il est important de répondre à la multiplicité des besoins en multipliant les accueils possibles, en conservant les spécificité des acteurs et en conservant un accueil et une écoute des élèves et de leurs familles au sein des lieux de vie que sont les établissements d'enseignements.

2. Quelle méthodologie pour construire des partenariats pertinents et des coopérations efficaces ?

- Méthodologie d'une **démarche de projet** dont le préalable est de partir d'un diagnostic fiable, partagé et incontestable réalisé avec l'ensemble des acteurs.

- Etablir un travail objectif et une **présence équilibrée de l'ensemble des partenaires**.

En ce point, le séminaire est contestable, les groupes de travail n'étaient ni représentatifs, ni équilibrés. Pré-inscrites arbitrairement sur les GT 0-3 ans, les organisations syndicales représentatives des infirmières de l'Education nationale ont dû s'affranchir des directives qui leur ont été données afin de se répartir de façon plus équilibrée dans les différents groupes. Vous conviendrez qu'il ne s'agit pas là d'une coordination efficace!

Réunir de multiples acteurs est une idée pertinente sauf si l'on sursoit à la représentativité des acteurs et notamment des organisations syndicales. Nier ainsi sur la représentation des personnels, c'est alors mettre un voile sur la démocratie.

A l'issue du séminaire de lancement, nous avons été nombreux à constater et dénoncer cette mascarade de dialogue et de concertation. Les organisations syndicales représentatives des infirmières de l'EN ont écrit des courriers au cabinet et aux pilotes des travaux pour obtenir des audiences et rétablir un climat propice au dialogue.

3. Comment construire une culture commune ?

- Une culture commune débute par un **diagnostic partagé**,
- Une **représentation équilibrée** des différents acteurs du parcours,
- La définition d'**objectifs communs**,
- Des temps d'échanges et **travail collectif**.
- En préalable aux points précédents: **un corpus de connaissance solide et un respect mutuel**.

Nous pensons que les formations des infirmier.ères de l'Education nationale sont insuffisantes. **L'amélioration des formations des professionnels de santé est nécessaire** pour permettre de répondre aux besoins de santé et permettre l'émergence d'une expertise fiable et réactualisée périodiquement.

La mise en place de formations pluriprofessionnelles autour d'objectifs communs.

Comme le soulignait déjà en 2013 le rapport du HCSP sur la médecine scolaire, l'Education nationale devrait se saisir des ESPE et des partenariats déjà existants pour développer une culture commune en son sein:

“La création des Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE) représente une opportunité réelle pour développer une culture commune aux personnels de santé publique. Les ESPE ont vocation à former les personnels de santé et sociaux sur la base d'un partenariat étroit avec les départements de santé publique et l'Ecole des hautes études en santé publique (logique décentralisée par groupes d'académies) mais également avec les différents spécialistes de l'enfant (pédiatrie, pédopsychiatrie, etc.). Des collaborations existent déjà autour de masters « éducation et santé publique » et de licences professionnelles « intervention en promotion de la santé ».

C'est sur la base de ces partenariats déjà existants entre équipes de santé publique et de sciences de l'éducation que le dispositif de formations initiale et continue des médecins et infirmiers scolaires doit être conduit, en lien avec celles des autres professionnels de l'éducation formés eux aussi dans les ESPE, notamment les enseignants spécialisés et les psychologues scolaires.

La formation d'adaptation à l'emploi doit inclure trois volets : un commun à tous les personnels, un volet spécifique aux personnels de santé et sociaux et un propre à chaque catégorie professionnelle (infirmiers et médecins).

La formation continue doit également être développée sous forme de dispositifs ouverts à l'ensemble des personnels d'un établissement et de dispositifs spécifiques à une catégorie professionnelle déterminée. ”

Au regard de la spécificité de leur exercice, et notamment de leur rôle éducatif, des besoins des élèves et des responsabilités qui leur incombent, les infirmier.ères de l'Education nationale revendiquent la mise en place d'un master au sein des écoles du professorat.

Il conviendrait de **renforcer les formations des professionnels de santé par le biais du DPC** (Développement Professionnel Continu), avec une offre propre à chaque profession et aussi une offre commune. Là encore, il est à noter que les infirmier.ères de l'Education nationale attendent la mise en place d'un DPC spécifique à leur exercice.

4. Quels sont les freins et obstacles à prendre en compte pour la mise en oeuvre du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans ?

• Blocages corporatistes à la mise en oeuvre des politiques du MEN et des textes de 2015.

Nous observons, par des intrusions très corporatives, que la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves n'est pas mise en place dans certaines académies.

En effet, l'opposition frontale des syndicats de médecins relayée par les médecins conseillers technique y a largement contribué.

Il persiste une réelle difficulté pour nos collègues médecins à s'ancrer au coeur d'une politique éducative sociale et de santé conduite au sein des établissements d'enseignement par l'ensemble de l'équipe pédagogique et éducative.

Là encore, une formation commune au sein des ESPE pourrait améliorer cet état de fait, d'autant plus que cette problématique n'est pas nouvelle. De manière constante depuis 1984, date de dissolution de la santé scolaire, les médecins ont toujours refusé que le ministre de l'Education nationale soit responsable de la santé des élèves avec des conséquences évidentes en matière de structuration, de hiérarchie et de "rendre compte" inexistant, contrairement aux infirmier.ères qui, depuis 1947, œuvrent au quotidien au sein des établissements scolaires au service de la réussite scolaire.

• **Volonté affichée des médecins scolaires de détourner les infirmier.ères de l'Education nationale de leurs missions** d'accueil et d'expertise dans les projets de prévention afin de les cantonner à un rôle de secrétaire ou d'assistant.e médical.e pour répondre à leurs difficultés professionnelles et statutaires. Cette posture entraîne, sur le terrain, des tensions corporatistes génératrices de conflits.

• **Défaut de gouvernance** et d'impulsion de la réforme de la politique éducative sociale et de santé.

• **Défaut de formations** professionnelles et pluriprofessionnelles

• **Mise en place d'une réforme ambitieuse sans réflexion sur la répartition des moyens** dont dispose le MEN.

• **Absence d'indicateurs fiables** permettant de mesurer la mise en oeuvre de cette réforme et son impact sur la santé des élèves et leur réussite scolaire. Appliquons la loi, et ensuite mesurons là, et nous pourrions, à ce moment seulement, proposer des réadaptations. A contrario, nous sommes devant des propositions de modèles que nous avons déjà largement connus et qui ont démontré leur inefficacité tant en matière de dépistage que d'éducation à la santé, et à fortiori en matière de promotion de la santé qui s'appuie sur un ensemble d'acteurs qui ne sont pas que des professionnels de santé, fussent-ils médecins et infirmier.ères.

• **Manque de professionnels de santé**, manque criant d'infirmier.ères de l'Education nationale pour répondre aux besoins exprimés des élèves.

Moyens infirmiers à l'éducation nationale:

Pour répondre aux besoins de santé des élèves, les créations de postes d'infirmiers ont eu lieu de manière constante au cours de ces années avec des amplitudes variables selon les gouvernements.

Il est à noter que les plus grandes vagues ont eu lieu entre 2003 et 2012 avec 1550 créations de postes. En 1999, soit 8 ans après la création du Service de Promotion de la santé,

Activités-Contribution

Contribution du SNICS-FSU pour parcours 0-6 ans



nous avons 5932 infirmier.ères en poste et nous en avons 7743 devant élèves en 2016 plus 141 postes administratifs.

Alors que les textes de 2015 ont renforcé le rôle "pivot" des infirmier.ères de l'Education nationale tant dans la dimension individuelle (consultations à la demande) que dans la dimension collective (expertise projet de santé et parcours éducatif de santé, dimension partenariale renforcée), seulement 100 postes ont été créés depuis 2015, alors que les moyens faisaient déjà défaut sur le second degré et que la présence des infirmier.ères de l'EN sur le premier degré nécessiterait des moyens supplémentaires.

Les infirmier.ères de l'EN ont une obligation de travail annuelle devant élèves de 1447 heures.

Ils.elles sont nommé.es obligatoirement dans des établissements du second degré public, non pas pour exercer des missions de type "dépistages systématiques" comme « au bon vieux temps » de la santé scolaire, mais pour répondre aux besoins des élèves qui viennent les consulter dans leurs infirmeries et pour apporter leur expertise et leur soutien au développement des projets éducatifs de santé au sein des établissements d'enseignement.

Ainsi, leur première mission est : *"La mission de l'infirmier-ière est d'accueillir et d'écouter les élèves qui lui sont confiés afin de déterminer leurs besoins de santé, de contribuer à leur éducation en vue de leur insertion sociale et professionnelle. Elle les aide à développer leur esprit critique, à construire leur autonomie et à élaborer un projet personnel en matière de santé. Elle se préoccupe également de développer la réflexion des élèves sur le sens et la portée des valeurs qui sont à la base de nos institutions, et de les préparer au plein exercice de la citoyenneté."* (cf.circulaire n°119-2015).

Les missions des IDE telles que définies par la circulaire N° 119-2015 de novembre 2015 sont en rapport avec les 15 millions d'élèves qui viennent librement les consulter dans les infirmeries.

Seulement 7743 postes d'infirmier.ères de l'EN devant élèves pour :

- **Accueillir, accompagner et répondre aux besoins de santé:**
- de **5 842 700 élèves du 1er degré public,**
- de **4 436 900 élèves du second degré public**
- de plus de **2 300 000 étudiant.es.**

➤ **Couvrir et accompagner les équipes et les projets éducatifs de santé**

- des **7815 établissements** publics du second degré
- des 45 401 écoles publiques
- de toutes les universités.

➤ **Effectuer un bilan de santé de droit à tous les élèves dans leur douzième année.**

L'effectif des enfants de 12 ans scolarisés dans l'enseignement public s'élevant à **598 327 élèves**, cela représente (selon les mêmes modalités et charges que pour les médecins) 598 327 heures travaillées, soit **402 ETPTA** qui doivent être consacrés à cet examen de dépistage obligatoire.

Il est sans doute important de noter ici, que les INFENES n'ont pas de secrétaire pour les aider à la réalisation de ces bilans (constitution des dossiers, coordination, prise de RDV, informations en direction des enseignant.es et des écoles, compte rendu, suivi des dossiers, relance et communication, contact avec partenaires internes et externes etc).

5. Quels seraient les leviers mobilisables pour réussir la mise en oeuvre du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans?

• **Etablir un diagnostic et/ aller vers une évaluation fiable des politiques existantes:**

⇒ **moyens RH**, activité et répartition des acteurs, recours aux soins suite aux dépistages, impact réel des politiques en cours et notamment des examens de dépistage ...

⇒ **Se doter d'indicateurs fiables**

A l'Education nationale, les objectifs politiques sont définis dans une norme réglementaire exhaustive, les outils existent, reste la volonté de les faire vivre. Là effectivement, il y a carence, et ce depuis 2001, la Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO) se refusant à réaliser les collectes et analyses statistiques d'une part et d'autre part les indicateurs de la LOLF étant réduits, en ce domaine, à leur plus simple expression. Améliorons les outils de collecte des indicateurs et dotons nous d'indicateurs fiables.

• **Eviter une focalisation sur le bilan de dépistage à 6 ans au détriment des autres bilans qui ont lieu plus précocement ou des autres piliers de la réussite d'un parcours de santé comme les recours aux soins.**

• **Renforcement des moyens RH à l'Education nationale pour permettre d'atteindre une meilleure efficacité:**

⇒ Une **création massive d'emplois infirmiers** pour permettre un accompagnement et un suivi infirmier des élèves dès leur entrée dans la scolarité.

⇒ **Reconnaitre et améliorer la capacité des infirmier.ères de l'EN à répondre aux besoins des élèves.** Il est également à noter que la revendication du SNICS FSU, depuis sa création en 1992, est une formation universitaire en ESPE pour tous.tes les infirmier.ères de l'Education nationale combinant des apports professionnels spécifiques à notre profession et des formations communes avec les autres personnels enseignants. Par ailleurs, les textes sur le parcours éducatif de santé renforcent la nécessité de ces formations communes. Nous souhaitons que cette formation des infirmier.ères soient validée et reconnue par un diplôme de master et que notre exercice à l'éducation nationale soit reconnue comme une spécialité.

Parcours Santé- Accueil-Education entre 0 - 6 ans

• **Renforcer les dispositifs d'accompagnement à la parentalité et d'aide sociale.** L'école a vocation de permettre la réussite de tous les élèves quelles que soient leurs situations sociales et territoriales. Elle doit pouvoir envisager l'enfant ou l'adolescent dans sa globalité et traiter les questions sociales en son sein et en lien avec ses partenaires, pour amorcer des pistes de solutions et, le cas échéant, proposer un accompagnement social à l'élève et sa famille.

⇒ Favoriser l'accès aux droits (CPAM, CAF, CMU, fonds sociaux, etc...)

⇒ Favoriser l'intervention précoce des services spécialisés

⇒ Soutenir et accompagner les parents dans leur rôle éducatif

• **Renforcer la réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année:**

⇒ en mettant en oeuvre les textes de 2015 dont l'arrêté du 03 novembre et en ouvrant la réalisation de cet examen de santé à la médecine de ville (lettre d'olivier de Noblecourt du 09 novembre 2016)

⇒ Codifier les bilans de la 6^{ème} année pour permettre la réalisation concrète par les médecins généralistes et prévoir le DPC à ce sujet

⇒ Mettre les moyens médicaux en face des besoins :

o Etablir une carte fiable des territoires où il existe des zones de tensions// désert médicaux etc... Attention disparité cachée, beaucoup de moyens médicaux en ville et zones péri-urbaines au détriment des zones rurales

o Rechercher une meilleure couverture par l'amélioration de la répartition des moyens. Eviter les chevauchements inutiles, les doublons.

o Etablir une nouvelle carte des postes de médecins de l'Education nationale au regard du nombre d'élèves dans leur 6^{ème} année.

o Coordonner la répartition des moyens entre PMI et médecins de l'Education nationale

o Développer l'accueil d'internes en médecine à l'EN pour venir en appui aux médecins scolaires. (NB: Les internes en médecine accueillis dans les maisons de santé réalisent des journées entières de consultations médicales rémunérées sans la participation du médecin. Les stages d'internes pourraient à eux seuls couvrir une partie des besoins)

o En cas de besoin, mettre en place des conventions avec les centres de santé mutualistes et ceux de la CPAM et/ou utiliser des conventions incitatives auprès des maisons de santé pluri-professionnelles (médecins libéraux - internes en médecine).

• Favoriser le travail en réseau:

⇒ Amélioration des formations professionnelles et pluri-professionnelles de l'ensemble des acteurs du parcours

⇒ Améliorer la connaissance du fonctionnement de la mission de promotion de la santé à l'Ecole par différents supports d'information et /ou dispositifs.

o Formation des professionnels de santé mais aussi des professionnels de l'accueil et de l'éducation.

o Actions de formation et d'information en direction des enseignants du 1^{er} degré: clarification des missions de chacun, outils de communication et transmission d'informations, entretiens à la demande, possibilité de permanences etc... ,

o Et surtout, en direction des parents.

La malette des parents ne comprend aucune information sur les missions des professionnels de santé de l'Education nationale ni sur les moyens de les rencontrer.

Les parents et les élèves ont accès gratuitement à leur demande

et pour quelques motifs que ce soit à un professionnel de santé. L'infirmier.ère de l'Education nationale est disponible tout au long de la scolarité de leur enfant et sur le lieu même de scolarisation ou directement à proximité (Collège de secteur et écoles de rattachement).

D'une manière plus générale, il convient de (re)mettre les parents au coeur du dispositif en leur reconnaissant une véritable place d'acteurs dans le parcours de leurs enfants.

Avec l'accord des parents, le signalement d'un risque doit faire l'objet d'une transmission et d'un suivi vers le professionnel compétent.

• **Améliorer et renforcer la communication entre les acteurs de ce parcours et limiter la perte d'informations et les avis contradictoires.**

⇒ Renforcer l'utilisation du carnet de santé pour permettre une meilleure coordination des acteurs, éviter les doublons, les conseils ou orientations qui peuvent parfois être ou sembler contradictoires par défaut de communication. Eviter les doublons de saisie sur d'autres supports.

⇒ Créer des outils et méthodes de communication et de coordination de l'ensemble des acteurs de ce parcours dans le respect des règles professionnelles.

⇒ Améliorer les liaisons et partenariats entre les acteurs de ce parcours et notamment entre le médecin traitant de l'enfant et l'infirmier.ère de l'Education nationale.

⇒ Harmoniser les outils informatiques entre la PMI et l'Education nationale pour la transmission des examens de santé de la 4^{ème} année de l'enfant, depuis la PMI vers les médecins de l'Education nationale.

Chaque académie et chaque département ayant opté pour des outils différents, il en résulte dans un grand nombre de cas une incompatibilité des logiciels informatiques qui amène ces services à repasser par le format papier pour la transmission des données des examens et pour le suivi des avis. Un véritable gachis, économique, écologique et humain sans compter que les informations arrivent parfois après la réalisation de la visite médicale de la 6^{ème} année .

⇒ Moderniser les outils et techniques de travail des secrétaires médicoscolaires (outils numériques à mettre en place)

• **Renforcer les instances de travail, de rencontre et de coordination des professionnels :**

o A l'Education nationale, favoriser la mise en oeuvre du parcours éducatif de santé (PES) et renforcer le fonctionnement et le rôle des CESC et des CESC interdégré.

o Favoriser la participation des professionnels sociaux et de santé du bassin d'éducation à ces instances en le reconnaissant comme un temps de travail pour les salariés et en mettant en place le financement pour les libéraux.

o Renforcer la dimension partenariale du travail des infirmier.ères de l'Education nationale (renforcement des moyens humains et reconnaissance de la nécessité du travail en réseau)

• **Maintenir 20 examens de santé de 0 à 6 ans .** Cette période de développement est déterminante pour le bon développement de l'individu. **Nous ne soutenons pas l'article 37 du PLFSS** en l'état car rien ne justifie le déplacement de trois examens de santé de la petite enfance vers un âge plus avancé (9 ans age de latence, 12 ans examen réalisé par les infirmier.ères de l'Education nationale et 15 ans devrait être effectué en sus et non à la place de...)

6. Quelle serait la gouvernance du dispositif la plus efficace et pertinente?

Contribution du SNICS-FSU pour parcours 0-6 ans

Partir de cette question, c'est déjà avoir acté le postulat qu'aucune gouvernance n'existe ou qu'elle est non opérationnelle ce qui, à défaut d'être totalement erroné, n'est pas une vérité.

Pour les enfants de 3 à 6 ans, une gouvernance existe, celle du ministre de l'Education nationale.

Un ensemble cohérent de textes (lois, arrêtés et circulaires) acte la responsabilité du ministre de l'Education nationale en matière de santé des élèves dans le but de réduire les inégalités sociales constatées, en lien direct avec la réussite scolaire de tous les élèves.

Afin d'accompagner cette politique éducative sociale et de santé, une gouvernance rénovée est instaurée à tous les échelons du système éducatif afin de gagner en lisibilité :

- **A l'échelon national** : la gouvernance et le pilotage de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves relèvent exclusivement de la compétence du ministre chargé de l'Education nationale.

La DGESCO est chargée d'impulser la politique nationale, de la coordonner et d'en établir le bilan.

- **A l'échelon académique** : le recteur élabore la politique sociale et de santé en tenant compte des priorités nationales, du contexte local et des spécificités des territoires dans le cadre de son projet académique. Il définit ses priorités à partir de la réalisation d'un diagnostic et se dote d'indicateurs de suivi en s'appuyant sur une cellule réunissant notamment ses conseillers techniques.

- **A l'échelon départemental** : sous l'autorité du directeur académique des services de l'Education nationale, la politique sociale et de santé en faveur des élèves définie au niveau académique est mise en oeuvre en fonction des spécialités locales des acteurs de cette politique.

Une coordination fonctionnelle entre les niveaux départemental et académique est conservée.

Un bilan de l'action est présenté annuellement au comité technique départemental (CTSD) et au conseil départemental de l'Education nationale (CDEN)

- **A l'échelon local** : la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves trouve sa déclinaison au plus près de l'élève dans le cadre du projet d'école et du projet d'établissement. L'organisation en réseaux est à privilégier, réseaux inter-établissements et réseaux école-collège.

En ce sens, sous peine de perte de cohérence, la politique éducative sociale et de santé du MEN doit relever de la compétence du ministre de l'Education nationale, s'appuyer sur la gouvernance de celle-ci et être de la responsabilité des différents échelons décisionnels de ce ministère, Administration centrale, Rectorats, Chefs d'établissements et I.E.N (Inspecteurs de l'Education Nationale).

Toute hiérarchie parallèle viendrait fragiliser, déresponsabiliser les différents échelons et ainsi donner à voir que le lien entre réussite scolaire et santé à l'école n'existe que très partiellement.

Une gouvernance efficace et pertinente existe à condition qu'elle soit mise en oeuvre. Ce qui nécessite, en plus d'un courage politique, une impulsion volontariste et la levée des freins.

7. Expériences/dispositifs/initiatives transférables et potentiellement généralisables, à porter à la connaissance de la mission, pour réussir la mise en oeuvre du parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation de l'enfant entre 0 et 6 ans

⇒ **Mise en oeuvre au sein des Rectorats des textes de 2015 et de la Lettre du 09 novembre d'Olivier de Noblecourt-**

ancien directeur de cabinet du MEN qui préconise une coordination entre la médecine de ville et l'Education nationale pour la réalisation de la visite médicale de la 6ème année "**en cas de manque de médecins de l'Education nationale**", cf annexe III.

⇒ **Mise en place de contrat d'objectifs tripartites** : Ministère Education nationale-Ministère des solidarités et de la santé et les collectivités territoriales.

⇒ **Financement des formations professionnelles et des instances de travail par l'ARS** (accès promotion de la santé et prévention et contrats locaux de santé)

⇒ **Conventionnement ARS** pour améliorer le financement de la médecine de ville pour la réalisation du bilan de la 6ème année.

8. Divers

- annexe I : historique exercice infirmier à l'éducation nationale et apports des textes de 2015

- annexe II : lettre du Directeur cabinet du MEN novembre 2016 " en cas d'absence de médecins"

- annexe III : lettre du SNICS au Président de l'académie de médecine

°Textes disponible sur notre site internet www.snics.org°

Rien de nouveau « sous le soleil » de l'ordre infirmier.

Comme nous vous le conseillions dans le précédent BBL, il est toujours urgent d'attendre puisque c'est l'employeur (donc le Recteur) qui doit communiquer à l'ordre la liste nominative des infirmier.ères de son académie, remontée initialement prévue par les textes pour le 1er octobre 2018.

Avant de procéder à cet envoi, le Recteur doit vous en informer et vous pouvez refuser que certaines informations personnelles y figurent : votre adresse personnelle (en référence à l'article 40 de la loi n°78-17) ou votre adresse mail personnelle (le décret n°2018-596 du 10/7/18 prévoit que soit fournie « l'adresse électronique à laquelle vous souhaitez être joint par l'ordre pour la transmission des informations »).

Une prochaine réunion de l'intersyndicale anti-ordre se tiendra dès janvier 2019. Nous refusons payer pour travailler et continuons le combat contre un ordre infirmier qui ne reconnaît pas le cadre spécifique d'exercice des infirmier.ère.s de l'Education nationale et qui remet en cause notre capacité à délivrer des médicaments d'usage courant.

En cas de difficultés, contactez le SNICS FSU de votre académie.

Situation des personnels

CAP22 chantier 2 & 3



Cap ou pas cap, la suite de CAP 22 avec les chantiers 3 et 4

Dans le BBL numéro 94, nous vous proposons un éclairage sur CAP22, en mettant l'accent sur les chantiers N° 1 et N° 2 avec leur lot de réduction du dialogue social et le recours accru aux contrats. Comme convenu dans ce numéro nous poursuivons avec les deux autres chantiers en cours : la rémunération et la mobilité.

Chantier 3 : la rémunération

Ce chantier prévoit de « faire évoluer » la/les politique(s) de rémunération des fonctionnaires.

Mais de quoi parle-t-on quand on parle de la rémunération des fonctionnaires ?

Le fonctionnaire perçoit un traitement et non un salaire.

Un gouvernement qui lui met en avant la valeur « travail » au centre de ses politiques donne à réfléchir : le salaire désigne toute rémunération concernant le travail. Son montant est calculé soit de manière forfaitaire soit par la quantité de travail fournie.

Le traitement quant à lui désigne la rémunération versée aux fonctionnaires.

La rémunération des fonctionnaires dépend de l'indice mais aussi de divers suppléments liés à la situation de famille (supplément familial), au lieu d'exercice (indemnité de résidence, prime REP ou REP+), à la spécificité d'exercice (NBI internat, NBI pour les conseillères techniques, NBI handicap) et de la manière de servir à travers le RIFSEEP et l'IFSE.

On voit très vite où l'évolution envisagée peut nous conduire, à savoir que seule la manière de servir permette « d'évaluer » le fonctionnaire sur le critère « travail » si cher à ce gouvernement.

Le SNICS a longuement démontré et défendu que notre profession ne pouvait être évaluée que sur la manière de servir et en aucun cas sur la qualité des soins que nous dispensons auprès des élèves et des étudiants.

Nous avons tout mis en œuvre pour obtenir que le RIFSEEP n'entraîne pas d'inégalités de traitement entre les collègues.

Lors de tous les groupes de travail pour mettre en place le RIFSEEP, le SNICS a toujours défendu et défend encore UNE même IFSE pour tous.tes que l'on exerce en internat, en externat, auprès des IADASEN ou recteurs alors que d'autres organisations syndicales étaient favorables à différencier les missions des infirmier.ères et attribuer plus à certain.es et moins à d'autres sur des critères forts tendancieux...

Sur le terrain, à ancienneté égale, la différence de salaire peut être énorme.

Des exemples pour comprendre : Une infirmière CS au 6^o échelon de l'académie X sans enfant à charge exerçant en internat gagne environ 2260 euros (traitement, IFSE, NBI internat), sa collègue CS au 6^o échelon sans enfant à charge mais exerçant en externat en REP+ gagne environ 2628 euros (traitement, indemnité de résidence, IFSE, indemnité REP+).

La différence de rémunération est de 16% entre ces deux collègues qui exercent pourtant la même profession et ont une carrière identique.

Les conditions de travail sont certes un peu différentes mais rien ne justifie un tel écart.

Et pourtant ça peut être encore plus injuste!

Dans certaines académies, l'écart de l'IFSE est abyssal. On passe de 141 euros pour une collègue en internat à 1043 euros pour la collègue ICT soit 639% de différence !

Il n'y a pourtant pas de fonctionnalité entre infirmier.ères de l'Education nationale et chacun.e PEUT exercer sur tout poste (internat, externat, interdegré, université, ICT). La rémunération ne devrait pas présenter de telles différences. De plus, la difficulté à recruter se situe davantage dans les internats que dans les REP+ et pourtant c'est là où la rémunération est la plus faible.

Les primes ne sont soumises que partiellement aux cotisations retraite et n'entrent pratiquement pas dans la pension versée. La plus grande part de ce qui est perçu à la retraite vient de l'indiciaire.

Une évaluation du coût financier pour l'État de toute la durée de la vie d'un fonctionnaire (de sa prise de fonction à son décès) a été établie à 3,5 millions d'euros. Ce chiffre tient compte de la rémunération, des charges, des frais

Situation des personnels

CAP22 chantier 2 & 3

de formation, de transport, de la retraite et éventuellement de la pension de réversion.

On comprend mieux l'intérêt du gouvernement à faire évoluer la politique de rémunération. Un chantier d'envergure donc que le chantier 3 de CAP22, qui entend « ré-interroger » les composantes de la rémunération des agents publics, dans un esprit de réduction de la masse salariale de l'état. On s'oriente vers plus de « mérite » et une individualisation des carrières.

Vouloir prendre en compte le mérite c'est placer sur une échelle ce qui est bien, moins bien, moyen... Or, on ne peut attribuer du mérite aux actes infirmiers qui sont déterminés par le Code de la Santé Publique.

L'art R4312-6 du Code de déontologie des infirmières rappelle également que « **L'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit** ».

L'art R 4312-63 précise que « *L'infirmier, quel que soit son statut, est tenu de respecter ses devoirs professionnels et en particulier ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance l'infirmier ne peut accepter, de la part de son employeur, de limitation à son indépendance professionnelle. Quel que soit le lieu où il exerce, il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique, des personnes et de leur sécurité* »
Ce qui implique que le mérite ne peut s'appliquer aux infirmières.

Par ailleurs, pour être attractif, le mérite ne doit concerner qu'un petit nombre d'individus à qui on octroie une prime conséquente.

Imaginons que 10% de collègues seulement pourraient prétendre à 30% de salaire en plus (c'est le schéma retenu par d'autres pays pour garantir l'attractivité du métier). Cela voudrait dire qu'à Nancy-Metz seulement 32 IDE, et en Corse seulement 3 IDE pourraient avoir un salaire très valorisé par le « mérite ».

Comment se définiraient les critères de choix ?
Devrait-on compter dans les entretiens professionnels le nombre de « remarquable », d'« exceptionnel »...

On voit très vite la limite de ce système et inévitablement l'effet tunnel de la méthode afin de coller le plus possible aux critères de « mérite » oubliant au passage le sens de notre métier !

Mais on voit bien aussi poindre d'autres critères comme avec les REP+ et la majoration de la prime cette année : 1000 euros supplémentaires/an avec une « carotte » de 2000 euros supplémentaires pour les établissements les plus « remarquables » probablement dès l'an prochain.

L'évolution des rémunérations serait due pour 52% à des mesures générales (augmentation du point d'indice, GIPA (garantie individuelle du pouvoir d'achat)), pour 25% à des mesures individuelles, pour 23% à des mesures catégorielles (grilles indiciaires, indemnités).

On comprend mieux les propositions d'Emmanuel Macron, lors de la conférence des territoires le 17 juillet 2017, à savoir différencier le point d'indice entre les trois versants de la Fonction publique.

Pour le Président, il est indispensable de ne pas avoir la même gestion des FP car les réalités y sont différentes.

La décorrélation du point d'indice remet en cause deux principes fondamentaux du statut du fonctionnaire:

- Egalité de traitement entre fonctionnaires
- La mobilité entre les trois versants de la Fonction publique

Actuellement, le point d'indice a une valeur de 4,6860 euros brut. Cette valeur est applicable à tous les fonctionnaires quel que soit leur lieu d'exercice. Il n'y a que le point d'indice qui permet un avancement égalitaire.

Toutes ces annonces, ces mesures sont autant d'attaques contre le statut du fonctionnaire. On détricote les grilles, on différencie les fonctions publiques, on y met plus de critères, plus de profils, plus d'objectifs, plus de rendement, du mérite... et **on vide de sens le statut qui permet, ne l'oublions pas, la continuité de l'état et la neutralité de l'administration.**

Interrogeons-nous sur le credo de M Philippe « **donner plus à ceux qui s'investissent le plus dans leur mission** ». Mais que veut donc dire « **faire plus que son travail** » !?

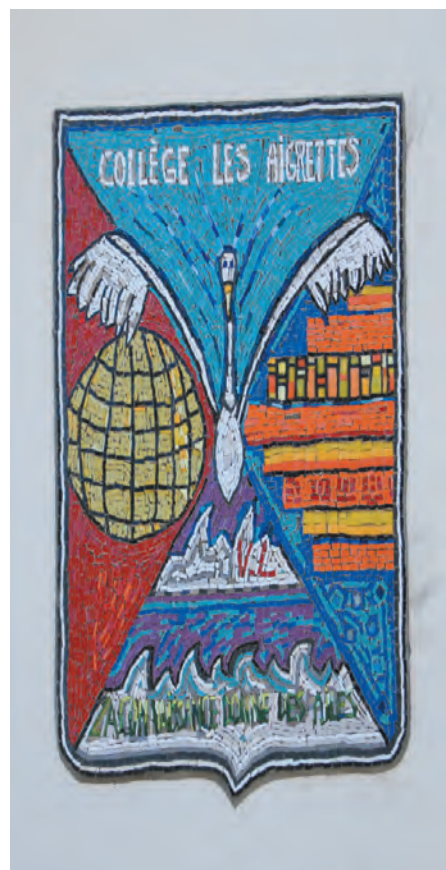
Si toutes ces mesures voient le jour, l'impact pour notre profession sera énorme.

Cela pourra signifier que nos collègues hospitaliers verraient leur traite-

ment croître par l'augmentation du point d'indice et nous subirions encore une fois un décrochage de salaire. Actuellement, si les indices de bas de grille et les indices terminaux sont les mêmes qu'à l'hôpital, nous sommes bloqué.es dans notre avancement par le pallier que représente le passage en CS. A l'hôpital, il n'y a que deux grades dans l'avancement de carrière d'un.e infirmière comme à l'Education nationale mais avec la subtilité, pour nous, d'avoir 2 classes dans le premier grade... et en matière d'avancement la classe équivaut au grade...

N'oublions pas que nous avons déjà été, par le passé, freiné.es dans nos carrières avec la non-reconnaissance de la catégorie A. Il nous a fallu dix-huit mois et trois manifestations pour l'obtenir. Combien de combat allons nous devoir mener pour viser à minima l'égalité!

Le SNICS/FSU revendique la reconnaissance de l'exercice de la profession d'infirmière à l'Education nationale comme une spécialité avec la reconnaissance salariale du niveau master, la même IFSE pour tous.tes (que l'on soit logé.e ou non, que l'on travaille auprès des recteurs, des IADASEN ou dans les établissements).



Situation des personnels

CAP22 chantier 2 & 3

Chantier 4: La mobilité

Ou, comme le prévoit ce gouvernement, le renforcement de l'accompagnement des agents en matière d'évolution de carrière, afin de former les agents aux nouveaux métiers et de faciliter les mobilités au sein des trois versants de la fonction publique et hors de la Fonction publique (notamment dans le cadre de plans de départ volontaire)

Extrait de l'interview du candidat Macron le 13 avril 2017:

"Tout comme il n'a pas suffi de rebaptiser "DRH" les anciens services du personnel des entreprises pour y faire progresser la gestion des ressources humaines, faire de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) la "DRH de l'État" ne sera que de l'affichage si les méthodes ne sont pas revues en profondeur. Pour passer d'une logique de gestion administrative du personnel à une véritable politique de ressources humaines, il faut d'abord renforcer la gestion de proximité, le rôle de l'encadrement local et l'accompagnement personnalisé."

De quoi parle-t-on vraiment? Parle-t-on de mutation?

Si c'est le cas, cela existe déjà et est bien encadré par le statut (article 60 de la loi 84-16) mais il est vrai aussi que cette réforme prévoit de donner plus de pouvoir aux hiérarchies intermédiaires et de s'affranchir des règles de mutation.

On l'entrevoit dans certains recrutements, comme pour certaines universités qui ont recours au recrutement par le biais de la BIEP (bourse interministérielle de l'emploi), mais aussi certains recteurs. trices quand il s'agit de recruter les ICT ou dans le recrutement "profilé" pour certains territoires (COM et Mayotte). Des critères de recrutement opaques et arbitraires, une forme inacceptable de clientélisme que nous dénonçons depuis de nombreuses années.

Parle-t-on de détachement?

Le détachement est prévu par le statut et certains collègues choisissent ce mode de recrutement pour intégrer l'Education nationale ou pour en sortir et travailler en PMI, en crèche, à l'hôpital, en EHPAD... D'autres choisissent de devenir enseignants et demandent à intégrer le corps des PLP.

La mobilité est largement possible et encouragée par le statut, ce parcours professionnel diversifié peut même faire l'objet de critères positifs pour certaines primes.

Développer les dispositifs et aides au départ vers le secteur privé: *un plan de départ volontaire quand il manque d'infirmier.ères dans les hôpitaux et les EHPAD...*

On parle d'accompagnement, d'évolution de carrière vers de nouveaux métiers...

Le choix pour les infirmier.ères est très contraint. Ils.elles évoluent en grande partie dans la fonction publique hospitalière et la mobilité reste donc très limitée.

Il faudrait rendre attractif le fait de travailler pour l'intérêt général et on rend attractif le fait de le quitter! Tout un programme!

A travers CAP22, l'objectif poursuivi est bien de réduire le coût des fonctions publiques, les éléments de langage sont ceux des managers des entreprises privées.

On ne retrouve jamais aucune référence à l'intérêt général. C'est pourtant l'origine même de la fonction publique qui garantit l'égalité d'accès et de traitement sur tout le territoire pour les usagers, l'indépendance des fonctionnaires (je suis propriétaire de mon grade et l'état doit bien m'employer) et leur responsabilité (je dois tout mettre en oeuvre pour réaliser ma mission).

Ce n'est pas dans l'air du temps, on voudrait nous emmener vers la marchandisation, la rentabilité au détriment de la qualité. Le règne de l'individualisme, ce concept qui estime que la somme des besoins individuels définit le collectif (individu avant le collectif et non l'inverse) Autant de concepts que le SNICS FSU combat car ils ne mettent pas l'humain et l'intérêt général au cœur des projets. Sans projet societal supérieur, la somme des intérêts individuels ne peut définir et encore moins servir l'intérêt du collectif.

Brigitte Streiff

En Bref..

Intervention CHSCTM

Le SNICS est intervenu le 27 novembre dernier lors d'un CHSCTM pour défendre les intérêts de notre profession et ceux des agents.

Sujet abordé : guide **infirmier de prévention en santé au travail** qui encourage les académies à doter le service de médecine prévention de personnel infirmier.

Ce guide a été rédigé en reprenant les fiches de poste déjà mises en place dans certaines académies.

Le SNICS, s'il est favorable à une véritable médecine de prévention, a porté des amendements pour obtenir la création d'un corps spécifique d'infirmier(e)s de santé au travail, il semble que ce soit plutôt celle d'un corps interministériel Fonction publique qui soit retenue.

Il était aussi important de garantir que, dans cette nouvelle organisation envisagée, l'infirmier(e) puisse exercer ses missions au cœur de la consultation infirmière et non être occupé(e) à des tâches administratives chronophages et très éloignées de l'autonomie des personnels de catégorie A (convocations, gestion administrative des dossiers...). Nous avons rappelé que l'infirmier(e) n'est pas un(e) secrétaire médical(e) !

Le SNICS a aussi dénoncé les dérives de certaines académies qui recrutent déjà des infirmier(e)s de prévention sur le budget « vie de l'élève » (BOP 230) sous couvert de postes de « chargé(e)s de mission », privant ainsi les élèves de la présence infirmière à laquelle ils ont droit au sein des établissements.

Le recrutement des infirmier(e)s de prévention doit se faire à partir d'une ligne budgétaire spécifique, seule garante de la non fongibilité des moyens infirmiers devant élèves.

Les besoins en santé du personnel ne doivent pas être pris en charge au détriment des besoins en santé des élèves.

La DGRH comprend la demande du SNICS. Le SNICS insiste pour que ces postes soient créés sur une ligne budgétaire spécifique.

Le SNICS interviendra lors du prochain CTM afin d'obtenir des postes spécifiques « infirmier(e) de prévention », avec une formation en santé au travail à l'issue du recrutement ou avec un DIUST à l'embauche.

La revendication pour la création d'une véritable médecine prévention au sein de la Fonction publique, avec une ligne budgétaire spécifique et la création d'un corps « infirmier(e) en santé au travail » pour la Fonction publique sera aussi portée à la DGAFP.

Patricia Braive

Situation des personnels

Rapport annuel sur l'état de la Fonction publique

Le rapport annuel sur l'état de la Fonction publique présenté ce lundi 12 novembre au conseil commun de la Fonction publique et dont la version projet est publiée en ligne par l'administration ici : <https://www.fonction-publique.gouv.fr/rapport-annuel-sur-letat-de-la-fonction-publique-edition-2018> met à disposition de l'ensemble des citoyens des données utiles au débat public.

L'édition 2018 comporte les statistiques complètes relatives à l'emploi et aux salaires des agent-es de la Fonction Publique pour l'année 2016.

Ce rapport est un document utile qui montre la réalité du quotidien des fonctionnaires et des agent-es non titulaires. Il déconstruit nombre d'idées fausses.

La Fonction publique ce sont aujourd'hui 5,48 millions de personnes (20% de l'emploi en France) parmi lesquelles 967 000 ne sont pas titulaires qui sont engagés au quotidien pour faire fonctionner les services publics.

Le nombre d'agents a augmenté de 0,5% en 2016 mais le taux d'administration stagne. Cela signifie que l'augmentation de la population, et donc de ses besoins, n'est pas prise en compte avec un nombre équivalent d'agents publics.

Par ailleurs, le nombre de fonctionnaires baisse. **Le rapport relève ainsi une augmentation de la part des contractuel-le-s** dans l'emploi public (+ 2,8%). Et le gouvernement annonce vouloir aller encore plus loin !

Nous revendiquons plus que jamais un plan de titularisation et l'ouverture de discussions sur la question des recrutements d'agent-es titulaires.

Concernant les rémunérations, le rapport annuel fait le portrait d'une Fonction Publique affaiblie par les politiques d'austérité menées successivement. Il montre aussi que l'entrée en application de la première tranche du protocole PPCR contrarie un peu ce mouvement avec des gains évidents pour toutes et tous les agent-es. Pour la FSU, il s'agit de revaloriser davantage toutes et tous les agent-es et de reconnaître mieux leurs missions et qualifications.

La part des primes dans les traitements continue son augmentation. Si le rythme en est moins rapide en 2016 (+0,4 point), cela confirme que l'attribution de primes continue à compenser la perte relative de pouvoir d'achat du traitement indiciaire, et qu'elle se fait seulement au bénéfice de certains.

La FSU maintient sa **revendication de revalorisation indiciaire de toutes et tous et d'intégration des primes dans les salaires.** Cela est d'autant plus important à la veille d'une réforme des retraites qui risque d'être préjudiciable aux fonctionnaires compte tenu de la politique salariale menée.

Le salaire net mensuel des femmes est inférieur de 12,9% à celui des hommes dans l'ensemble de la Fonction publique, rendant urgentes l'application de mesures contraignantes pour atteindre l'égalité.

Les indicateurs sur les structures par âge des personnels marquent un vieillissement de la Fonction Publique. Les départs en retraite sont toujours plus tardifs et l'entrée dans la Fonction Publique toujours plus tardive (le nombre de fonctionnaires de moins de 30 ans est toujours en baisse). A cela s'ajoute une politique de recrutement insuffisante.

Le cliché du « rond de cuir » est battu en brèche. Le rapport note que 36% des fonctionnaires travaillent le dimanche (25% dans le privé), 17% travaillent de nuit (15% dans le privé). Loin des caricatures faites parfois, les agent-es travaillent dans des conditions parfois difficiles et mal reconnues pour assurer l'efficacité et la continuité du service public.

Le nombre de jours d'absence pour maladie est sensiblement le même dans la fonction publique que dans le privé (33% dans le public et 30% dans le privé et pour 52% des agent-es il s'agit d'un arrêt de moins de 8 jours, c'est le cas aussi pour 49% des salarié-e-s du privé). La FSU continue d'exiger la fin de la journée de carence tout aussi injuste qu'inefficace.

La FSU s'appuiera sur ce rapport pour faire reconnaître mieux l'engagement professionnel de toutes et tous les agent-es et obtenir de meilleures conditions de travail.

C'est une question de justice sociale pour les agent-es et c'est indispensable au bon fonctionnement des services sur l'ensemble du territoire.

Extrait CP FSU 21/12/2018

Situation des personnels

Du côté des retraites



Le 24 octobre dernier, le Parlement auditionnait Jean-Paul DELEVOYE, Haut-Commissaire chargé de la réforme des retraites.

Il a essayé de rassurer son auditoire; « *il nous faudrait regarder ce projet non pas comme une réforme des retraites mais plutôt comme la mise en place d'un système universel de retraite où 1 euro cotisé donne les mêmes droits à chaque citoyen. Chaque « travailleur » alimentera, tout au long de sa carrière, un « compte virtuel de points ». La retraite deviendra le juste reflet des efforts fournis au travail.*

Actuellement 42 régimes de retraite cohabitent, déclarés « obsolètes » par M. Delevoye. L'universalité des retraites doit être la règle, les 42 régimes ne vont pas « disparaître », ils vont « converger » pour ne plus former qu'un seul et unique système de retraite, décloisonnant ainsi secteur privé et public.

Un seul régime pour tous ?

Ce n'est pas tout à fait vrai car on estime que 4% de citoyens vont échapper à ce régime « universel » : sportifs de haut niveau, certaines professions libérales, grands patrons dont les revenus sont supérieurs à 160000 euros et sans doute quelques autres « dérogations » qu'on verra apparaître.

Il se veut rassurant : ce gouvernement n'a pas prévu de modifier l'âge de la retraite, à 62 ans, ni le montant des pensions. Promesse toute relative puisque la réforme se mettra en place sur plusieurs années.

Une fois la réforme effective, le montant des pensions pourrait bien varier. En effet, **dans un régime par points, le montant des retraites n'est pas garanti puisqu'il change en fonction**

de la « valeur du point ».

A court terme, sur le temps du quinquennat il est vrai que le montant semble garanti. Mais cela reste relatif car, avec l'augmentation de la CSG et la désindexation du calcul des pensions, les actuels retraités ont commencé à voir baisser les montants de leurs pensions.

Cette réforme impactera seulement les futurs retraités, les pensions déjà liquidées ne seront pas recalculées.

De quoi parle-t-on exactement quand on parle retraite, retraite par points ?

Actuellement, tous les régimes de retraite dépendent de la durée d'activité, des salaires perçus et de l'âge de départ. Mais c'est la manière de prendre en compte ces éléments qui fait débat.

Dans un régime en annuités, l'assuré cotise pendant une certaine durée (entre 161 et 172 trimestres).

Lorsqu'il atteint l'âge minimum légal (62 ans), sa pension est calculée en fonction d'un salaire moyen de référence sur une période variable (par exemple les six derniers mois ou les X « meilleures années »).

Dans ce système, il est possible de partir en retraite à l'âge légal sans pour autant avoir cotisé le nombre de trimestre requis. S'appliquent alors des « décotes » et, en tout état de cause, le taux plein est perçu à 67 ans.

La réforme prévoit de basculer dans un autre système, un autre mode de calcul.

Les régimes par points ou en comptes notionnels changent cette logique en

fondant le calcul de la pension, non plus sur un nombre de trimestres cotisés et un salaire de référence, mais sur **l'accumulation de points tout au long d'une carrière, créant donc un capital virtuel de points convertible en rente.**

Chaque euro cotisé donnera alors des points et, au moment de la retraite, ces points ou ces droits accumulés seront transformés en une pension dont le montant dépendra d'un coefficient de conversion (valeur de rachat du point).

Plus on aura de points, meilleur sera le montant de cette pension. Il est donc impossible d'évaluer le montant des futures retraites et de se projeter dans l'avenir.

Dans ce système, plus de décote ni de surcote mais un coefficient de conversion qui inciterait globalement à travailler plus longtemps.

Ce qui ne changera pas : il s'agira toujours d'un système dit par « répartition ». Ce seront toujours les cotisations des actifs qui financeront les pensions des retraités. De ce fait, affirmer qu'un système par points ou par comptes notionnels permettrait de « ne pas transmettre de dette à la génération suivante » est parfaitement absurde voir mensonger.

La philosophie de ce régime est de mettre le travail au centre et donc de mettre en avant la contributivité (existence d'un lien entre contributions et droits).

La solidarité, la pénibilité, l'égalité entre les hommes et les femmes, la parentalité, la maladie, les périodes de chômage, la reversion ...n'ont alors plus aucune importance.

La véritable grande inconnue réside dans les droits à la retraite dits "non contributifs" ou de solidarité, ceux qui

Situation des personnels

Du côté des retraites



ne découlent pas des cotisations. Aujourd'hui, les périodes de chômage, maladie et maternité comptent. Avoir éduqué des enfants aussi, ou encore s'être occupé d'un proche malade, mais de façon très variée, en fonction des régimes. Comment tout cela sera-t-il comptabilisé à l'avenir ? Qui aura droit à un traitement dérogatoire parce qu'elle a commencé à travailler jeune, souffre d'un handicap, a exercé un métier pénible ? Dans quelles conditions et comment sera calculée la retraite minimale ? Quelles pensions les veufs et veuves toucheront-ils ? Comment seront financés ces dispositifs de solidarité ?

Les questions sont nombreuses et, malheureusement, M. Delevoye n'apporte aucune réponse lors de son audition.

Cette « réforme » est programmée en milieu d'année 2019 (premier, second semestre ?) avec effet prévu à l'horizon 2025... (Rien ne changera donc pour les 5 prochaines années !). C'est ensuite que les choses se compliquent : un lissage reste envisagé sur une période de 10 ans après la mise en place de cette réforme. Mais va-t-on figer ou convertir les droits à pensions en 2025 ? Comment estimer des droits à la retraite en milieu de période ? Beaucoup de questions là encore sans réponses ou des réponses, des hypothèses invouvables !

Ce qui est certain, c'est que les fonctionnaires seront les premiers perdants de cette réforme.

La retraite du fonctionnaire est un salaire continué et un pilier du statut. Les salaires des fonctionnaires sont souvent inférieurs à ceux du secteur privé, la contrepartie étant d'avoir une retraite qui prend en compte le salaire de référence des 6 derniers mois. Supprimer cette règle sans compensation financière plomberait, de fait, toutes les retraites des fonctionnaires, ce que reconnaît du bout des lèvres M. Delevoye !

La réalité est déjà faussée puisque, dans les faits, un fonctionnaire part avec 75% de son dernier traitement indiciaire mais pas avec 75% de son dernier salaire !

Un(e) infirmier(e) en fin de carrière perçoit environ 2200 euros nets hors primes et/ou NBI.

Pour une retraite à taux plein, il-elle touchera 75% de son dernier traitement indiciaire soit 1650 euros. Or, en fonction de son lieu d'exercice, l'infirmier(e) de l'Education nationale peut toucher l'IFSE, la prime REP ou REP+.

Des exemples :

Un(e) infirmier(e), exerçant en poste inter-dégré, avec une IFSE de 329 euros partira toujours à la retraite avec environ 1650 euros mais cela ne représentera que 68% de son dernier salaire

Un(e) infirmier(e), exerçant en poste inter-dégré REP+, avec une IFSE de 329 euros, la prime REP+ de 192 euros partira toujours à la retraite avec environ 1650 euros soit seulement 61% de son dernier salaire.

Un(e) infirmier(e) exerçant en internat, avec une IFSE de 164 euros, partira toujours à la retraite avec environ 1650 euros soit 71% de son dernier salaire. Le taux de remplacement est très variable entre infirmier(e)s d'un même corps et il est fonction des primes perçues.

Nous cotisons au régime additionnel (RAFP) pour les primes, ce régime est déjà un système de retraite compensatrice à points.

Alors un avant-goût de la réforme avec le RAFP ? Il est intéressant d'en savoir plus sur le RAFP : La valeur « d'acquisition du point » est de 1,2123 euros pour 2018. La valeur « de liquidation du point » est de 0,04465 euros, **soit 96,32% de différence entre la valeur d'achat et de liquidation !**

Et pour reprendre notre exemple précédent, pour 329 euros de prime on cotise $17,65 \times 2 = 35,30$ (salarié et employeur) pour 42 points/mois soit 513 points/an.

Reprenez vos fiches de salaire et calculez vos points RAFP. La rente RAFP n'est versée qu'au-delà de 5124 points, en deçà, c'est un capital versé en une seule fois pour solde de tout compte. Le régime RAFP a été mis en place le 1 janvier 2005. La valeur d'acquisition et de liquidation du point sont fixées chaque année par l'ERAFP (Etablissement de Retraite Additionnelle de la Fonction Publique).

Il est impossible, pour l'administration, de faire un « état des lieux » des primes perçues avant 2003.

C'est une injustice de plus à « digérer » pour les fonctionnaires, avec ce nouveau projet de retraite car toutes les « primes » perçues avant 2003 ne pourront pas être prises en compte !

Avec un système de retraite par points, on devine la variable d'ajustement pour rester à l'équilibre : augmenter la valeur d'acquisition et/ou diminuer la valeur de liquidation du POINT ! Plus de dialogue social, des enjeux sociétaux réduits à une gestion arithmétique ...
Brigitte Streiff

Bulletin d'adhésion ou de renouvellement 2018/2019

Académie :				Département :			
Nom:		Prénom:		Date de naissance:			
Adresse personnelle :			Téléphone :				
Code postal :		Ville :		Mail :			
Adresse administrative :				Téléphone :			
Code postal :		Ville :		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 2018 / 2019

Infirmièr(e) en catégorie A

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

Infirmièr(e) en catégorie B

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

Auxiliaire, contractuel(le), Vacataire : 60 euros - 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 NOS RESPONSABLES ACADÉMIQUES SNICS

Aix-Marseille

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

Amiens

Audrey Horde : 06 20 41 53 10
sa.amiens@snics.org

Besançon

Charline Roy : 06 73 53 97 96
sa.besancon@snics.org

Bordeaux

Yannick Lafaye : 06 81 98 38 15
Véronique Magnanou : 06 29 55 78 64
sa.bordeaux@snics.org

Caen

Patricia François : 06 69 79 56 80
sa.caen@snics.org

Clermont-Ferrand

André Marol : 06 59 35 21 11
sa.clermont-ferrand@snics.org

Corse

Stéphanie Garcia : 06 98 87 43 81
Catherine Cuntzmann : 06 47 52 91 28
sa.corse@snics.org

Créteil

Carole Pourvendier : 06 84 98 96 09
sa.creteil@snics.org

Dijon

Saphia Guerreschi : 06 87 89 13 34
sa.dijon@snics.org

Grenoble

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

Guadeloupe

Brigitte Derussy : 06 90 30 16 12
Marie Louise Causeret : 06 90 39 33 49
sa.guadeloupe@snics.org

Guyane

Sylvie Audigeos : 06 94 42 98 99
sa.guyane@snics.org

Lille

Valérie Gressier : 06 75 72 21 58
sa.lille@snics.org

Limoges

Laurence Féret-Tesseyre :
06 81 64 08 14
Valérie Jacobée : 06 31 88 27 65
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 : 06 16 88 49 69
sa.montpellier@snics.org

Nancy-Metz

Brigitte Streiff : 06 22 50 90 84
sa.nancy-metz@snics.org

Nantes

Sylvie Magne : 06 08 90 22 31
sa.nantes@snics.org

Nice

Christophe Lusbaz : 06 44 39 08 60
sa.nice@snics.org

Orléans-Tours

Marielle Joyeux : 06 48 14 91 33
Joëlle Barakat : 02 47 23 46 15
sa.orleans-tour@snics.org

Paris

Chantal Chantoiseau : 07 70 32 94 17
sa.paris@snics.org

Poitiers

Fabienne Dorckel : 06 88 71 35 05
sa.poitiers@snics.org

Reims

Martine Thumy : 06 43 71 43 16
sa.reims@snics.org

Rennes

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

Réunion

Odile Lausin : 06 93 92 57 26
sa.reunion@snics.org

Rouen

Mélanie Dhaussy : 06 68 38 29 13
sa.rouen@snics.org

Strasbourg

Laurence Cascaïl : 06 20 30 37 17
Valérie Heckel : 06 20 27 06 61
sa.strasbourg@snics.org

Toulouse

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

Versailles

Patricia Braive : 06 61 14 50 98
sa.versailles@snics.org

Mayotte

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

