

LE BULLETIN



ORGANE du Syndicat National de l'Éducation Physique de l'Enseignement Public - FSU

Pages spéciales au bulletin n° 1035 du 10 octobre 2025

DROITS SOCIAUX ET SANTÉ

Les solidarités pour contrer la marchandisation de la santé



Syndicat National de l'Éducation Physique



Syndicat National
des Enseignements
de Second degré



LE SYNDICAT
DE L'ENSEIGNEMENT
PROFESSIONNEL



Les attaques contre notre modèle social et nos droits sociaux statutaires sont de plus en plus violentes et frontales. La baisse de rémunération des agent·es de la Fonction publique placé·es en arrêt maladie, imposée en mars 2025 par le gouvernement Bayrou, ou encore l'augmentation prévue des franchises médicales et forfaits en sont une illustration révoltante.

À l'inverse de ces décisions nos organisations syndicales SNEP, SNES et SNUEP défendent des droits étendus, permettant de satisfaire les besoins sociaux et instituant des solidarités fortes. Pour cette défense des droits, les mobilisations des personnels sont souvent essentielles, comme celle, massive, de décembre 2024 qui a permis de bloquer l'instauration de deux jours de carence supplémentaires.

Dans un monde constamment secoué par de multiples crises, il est aussi essentiel de défendre et renforcer la Sécurité sociale qui fête cette année ses 80 ans. Pièce centrale de protection sociale et de la démocratie, ses principes fondamentaux doivent être constamment rappelés : une solidarité nationale et universelle pour laquelle chacune et chacun participe selon ses moyens et grâce à laquelle chacune et chacun reçoit selon ses besoins. Au regard de nouveaux enjeux comme la médecine préventive et la perte d'autonomie, le champ de couverture doit être élargi.

Contre l'augmentation des inégalités entre catégories sociales, il est indispensable de renforcer les solidarités en s'opposant à la marchandisation de la santé. En cette année fortement symbolique pour la Sécurité sociale, cela passe notamment par le remboursement à 100 % par la Sécu des soins prescrits.



Sophie Vénitay,
secrétaire générale
du SNES-FSU



Coralie Benech
cosécétaire générale
du SNEP-FSU



Axel Benoist
cosécétaire général
du SNUEP-FSU

Ont contribué à ce supplément : Sébastien Béorchia, Muriel Billaux, Claire Borde, Guy Bourgeois, Alain Durante, Clarisse Laprugne, Hervé Moreau, Daniel Le Cam, Marie-Laurence Moros

SOMMAIRE

Protection sociale PAGES 2-3 ■ **Congés pour raison de santé** PAGES 4-5 ■ **Accidents de service et maladie professionnelle** PAGE 5 ■
Droits familiaux PAGES 6-7 ■ **Prestations familiales** PAGES 8-9 ■ **Handicap et maintien dans l'emploi** PAGES 10-11 ■
Prestations d'action sociale PAGES 12-13 ■ **Les autorisations spéciales d'absence pour raisons familiales ou de santé** PAGE 14 ■
Santé au travail PAGE 15

LA PROTECTION SOCIALE, UN PILIER FONDAMENTAL DE L'ÉTAT SOCIAL

UNE PROTECTION EN PARTIE INTÉGRÉE AU STATUT

Le système de protection sociale est un élément essentiel de notre modèle social. C'est un des trois piliers de l'État social, avec le droit du travail et les services publics. Il est constitué d'un ensemble étendu de droits, de prestations et de dispositifs qui couvrent les membres de la société pour qu'ils puissent faire face aux conséquences financières de risques ou de besoins en santé ou sociaux. Pour que ces droits et prestations soient effectifs, un ensemble de services publics du soin et de l'action sociale accessible à toutes et tous sur tout le territoire est indispensable. En France, la protection sociale inclut bien évidemment la Sécurité sociale qui occupe une place centrale et déterminante. La Sécurité sociale est constituée de cinq branches : assurance maladie (maladie, maternité, invalidité, décès) ; vieillesse (retraite, veuvage) ; famille (dont logement et handicap) ; accidents du travail et maladies professionnelles ; autonomie créée en 2020. La protection sociale couvre un champ plus large : l'assurance chômage, les aides au logement, les minima sociaux, les régimes spéciaux et les régimes d'assurances complémentaires (mutuelles et institutions de prévoyance). Mais la Sécu en reste l'actrice principale. Il faut intégrer à ce champ tous les dispositifs d'action sociale qui constituent eux aussi des droits qui renforcent les solidarités.

Pour les agent-es de l'État et donc de l'Éducation nationale, une partie de cette protection est intégrée au statut, notamment en matière de maintien de la rémunération pendant les congés maladie, ou d'accident du travail et maladie professionnelle. Mais pour éviter des restes à charge de plus en plus importants du fait des déremboursements de la Sécu et des dépassements d'honoraires, il est devenu indispensable de souscrire à une complémentaire santé. Historiquement et la plupart du temps les mutuelles ont proposé à leurs adhérent-es des contrats couvrant simultanément la santé (remboursements complémentaires de consultations, soins et médicaments) et la prévoyance (maintien de revenus en arrêts longs). Mais la réforme de la protection sociale complémentaire qui se met en place cette année (voir les paragraphes suivants), en dissociant les couvertures santé et prévoyance, avec une obligation en santé et une prévoyance facultative, engendre un risque de recul de la couverture collective et solidaire en prévoyance. Il est donc très important de souscrire à un contrat complémentaire en prévoyance pour ne pas se retrouver à mi-traitement au-delà des durées de maintien de rémunération prévues par le statut.

UN SYSTÈME QUI PROTÈGE AU QUOTIDIEN ET EN TEMPS DE CRISE

Le système français de protection sociale fait régulièrement la preuve de son efficacité lors de chaque crise (Covid par exemple). Bien plus qu'un « amortisseur » de crise, il protège au quotidien contre de nombreux risques de l'existence tous les membres de la société (salarié-es, retraité-es ou sans emploi), instaure entre eux une solidarité de haut niveau et réduit sensiblement le taux de pauvreté. Ce système est perfectible et la FSU revendique des droits nouveaux et plus élevés, notamment pour les jeunes, pour les retraité-es, pour les privé-es d'emploi, pour tous les minima sociaux ou pour protéger de la perte d'autonomie. En matière de santé, la FSU revendique un remboursement à 100 % par la Sécu des soins prescrits, seul à même d'instaurer une véritable solidarité entre toutes les catégories d'assuré-es sociaux.

DES RECULS ET DES ATTAQUES FRONTALES DE PLUS EN PLUS VIOLENTES

La protection sociale et notamment la Sécurité sociale sont régulièrement et méthodiquement attaquées et affaiblies par les libéraux qui voudraient limiter les droits de la population à un filet minimum pour les plus démunies, et faire basculer le maximum de remboursements sur des assurances privées lucratives qui sélectionnent par le risque et remboursent en fonction de la capacité financière du client (sic). Les bénéficiaires des arrêts maladie, des minima sociaux, de l'assurance chômage ou même des pensions de retraites sont régulièrement stigmatisés et présentés comme des personnes qui profiteraient du système, afin de justifier une politique d'assèchement des ressources et poursuivre des objectifs de destruction de cette institution. Les menaces et les reculs contre le maintien de rémunération en cas de congé pour raisons de santé sont de plus en plus fréquentes et décomplexées. Les prestations de protection sociales représentent en moyenne tous les ans plus de 30 % du PIB. Les montants en jeu révèlent un haut degré de solidarité mais sont injustement présentés comme des sommes qui seraient ponctionnées sur la richesse produite. Cela n'a aucun sens, car la protection qu'elles permettent est elle-même une richesse et ces « dépenses » sociales ne disparaissent pas du circuit économique : elles sont distribuées en revenus pour une très grande part (pensions de retraite) ou salaires des acteurs du soin et du social. Elles sont dans tous les cas réinjectées dans l'ensemble des activités économiques et participent à la réduction des inégalités. Ce que les libéraux souhaitent en réalité, c'est que ces sommes consacrées aux retraites, à la santé au sens large, ou à l'assurance chômage soient gérées par les banques, la finance et les sociétés d'assurance capitalistes, pour être en partie transformées en dividendes.

LA SÉCURITÉ SOCIALE : UNE CONQUÊTE SOCIALE CONTRE LES MÉFAITS DU CAPITALISME

La Sécurité sociale est une conquête à laquelle les Français-es sont attachés-es. Issue du programme du Conseil national de la Résistance (le véritable CNR !) qui préconisa « *un plan complet de sécurité sociale visant à assurer à toutes et tous, des moyens d'existence dans tous les cas où elles et ils seraient incapables de se les procurer par le travail...* », notre Sécurité sociale est fondée sur un principe essentiel, « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* ». La FSU et ses syndicats luttent ainsi pour sauvegarder, renforcer et étendre ce principe, car c'est le seul moyen de parvenir à une véritable solidarité entre tous les membres de notre société. La Sécurité sociale, avec son financement par la cotisation sociale obligatoire et sa gestion par les représentant-es des assuré-es a institué une démocratie sociale qu'il faut aujourd'hui reconquérir. La FSU revendique pour cela le retour à l'élection directe des représentant-es des assuré-es aux conseils d'administration de la Sécu.

« Vivre sans l'anxiété du lendemain, de la maladie ou de l'accident de travail, en cotisant selon ses moyens et en recevant selon ses besoins. »

La cotisation sociale, partie intégrante du salaire, doit rester la clé de voûte du financement de la Sécurité sociale, en faisant parallèlement contribuer tous les types de revenus pour financer des droits qui se sont universalisés. Ainsi, à la création de la Sécu, l'assurance était liée à l'occupation d'un emploi salarié alors qu'aujourd'hui et notamment depuis 2016, toutes les personnes résidentes (justifiant d'une présence ininterrompue d'au moins trois mois) sont par exemple couvertes par la protection universelle maladie (PUMA), quel que soit leur statut.

LA COTISATION SOCIALE, C'EST DU SALAIRE !

Mais la cotisation sociale est profondément attaquée et érodée. Depuis le début des années 1990, le patronat, aidé par les gouvernements successifs, a tout fait pour réduire et supprimer dans certains cas les cotisations directement payées par les employeurs. Les allègements et exonérations de ces cotisations dites patronales n'ont pourtant jamais fait la preuve de leur efficacité dans la lutte contre le chômage. Emmanuel Macron a poursuivi dans cette voie en faisant croire aux salarié·es que leur pouvoir d'achat pouvait être accru par la baisse des cotisations et des impôts.

À chaque fois que les cotisations sont réduites, le pouvoir de se soigner recule. C'est au contraire par la hausse des salaires bruts sans baisse de cotisations que le pouvoir d'achat et la protection sociale des salarié·es dans leur ensemble doivent être reconquis.

LA BAISSÉ DES COTISATIONS N'EST PAS UN GAIN DE POUVOIR D'ACHAT !

Le recul des cotisations réduit les ressources mais entraîne aussi une fiscalisation dangereuse du financement de la Sécu. Cette fiscalisation a été initiée par la création en 1991 de la CSG (Contribution sociale généralisée), en hausse constante ; elle vient aussi de l'attribution d'une partie de plus en plus importante des recettes de TVA au budget de la Sécu. La FSU dénonce et s'oppose à cette fiscalisation du financement la Sécurité sociale qui provoque une grande porosité entre les budgets de la Sécu et de l'État visant à termes la fusion des deux. La FSU revendique la sanctuarisation des ressources de la Sécurité sociale pour empêcher qu'un gouvernement ne pioche dans les ressources sociales pour financer autre chose. La reconquête de la Sécurité sociale passe par une remise en cause des exonérations et allègements de cotisations et par la requalification en cotisation de la CSG portant sur les revenus du travail. Cela passe dans la période actuelle par la reprise par l'État de la dette sociale liée au Covid : l'ordonnance d'août 2020 a transféré 136 milliards de dette Covid à la Sécurité sociale. Cela passe enfin par l'augmentation des salaires, l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la lutte contre le chômage par la création d'emplois statutaires.

PROTÉGER CONTRE LA PERTE D'AUTONOMIE : DE NOUVEAUX DROITS À INTÉGRER À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette reconquête est aussi indispensable pour faire face à l'accroissement des besoins en matière de prise en charge de la perte d'autonomie. Actuellement personnes concernées et personnels vivent une situation catastrophique. Or, la création de la cinquième branche en 2020, que la FSU conteste, avec un financement et une gestion spécifiques, remet en cause les principes fondateurs de la Sécurité sociale. La gestion par la CNSA (Caisse nationale de solidarité et d'autonomie), dont la composition minore la représentation syndicale, renforce l'étatisation de la Sécurité sociale. Le financement est assuré par des mesures inscrites dans le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité sociale), par la CSG à 90 %, par la contribution solidarité autonomie (CSA) et la Contribution additionnelle de solidarité à l'autonomie (CASA) que seules les retraité·es imposé·es paient depuis 2024, et par des financements privés, non par la cotisation. L'introduction de l'assurantiel est aussi une attaque lourde. Pour la FSU, la perte d'autonomie est un aléa de la vie et à ce titre devrait s'intégrer naturellement dans la branche santé de la Sécurité sociale avec une prise en charge à 100 %. La FSU revendique également un grand service public national de l'autonomie, porteur d'équité et de qualité de soins avec des personnels formés, bien rémunérés et en nombre suffisant.

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE : UNE RÉFORME QUI NE CORRESPOND PAS À CE QUE PORTE LA FSU

L'organisation de l'assurance maladie en deux compartiments, avec d'une part les remboursements de la Sécurité sociale et d'autre part ceux des assurances complémentaires (notamment les mutuelles) est inégalitaire, coûteuse et complexe. Cela ne correspond pas au modèle que défendent nos organisations syndicales.

La réforme de la protection sociale complémentaire qui sera mise en œuvre effectivement au printemps 2026 ne correspond donc pas plus à ce que nous revendiquons et la FSU n'a pas approuvé l'ordonnance Montchalain de février 2021 qui a instauré cette réforme.

Elle institue une participation de l'employeur en moyenne à 50 % du coût de la couverture en santé pour les fonctionnaires et contractuelles en activité, par un contrat à adhésion obligatoire choisi par l'employeur. Les retraité·es sont exclu·es de cette participation financière de l'employeur. L'accord du 20 octobre 2023 sur la prévoyance a acté des évolutions réglementaires pour les agent·es en activité, améliorant les garanties statutaires pour les personnels en situation d'incapacité et, pour les contractuel·es de droit public la généralisation de la mise en œuvre de la subrogation des indemnités journalières. Cependant, la prévoyance complémentaire facultative, risque d'avoir des conséquences redoutables pour les agent·es qui n'y auront pas souscrit.

LA RÉFORME INSTAURE UN NOUVEAU MODÈLE

Entre octobre 2025 et avril 2026, chaque agent·e en activité aura l'obligation, sauf situation permettant d'en être dispensé·e, de souscrire au contrat et à l'opérateur choisi par le ministère. Le panier de prestations du futur contrat a été négocié et fixé à un niveau relativement élevé par un accord interministériel signé par toutes les organisations syndicales représentatives. Mais, sauf situations permettant d'en être dispensé·e, les agent·es ne seront plus libres de choisir ou non d'adhérer à une complémentaire.

La FSU continue de revendiquer la liberté de choix et d'adhésion des agent·es. Il revendique aussi le recouplage de la santé avec la prévoyance pour une plus grande solidarité envers les personnes ayant de graves problèmes de santé.

Par ailleurs, le nouveau régime fait reculer les solidarités entre niveaux de revenus, familiales, et instaure une rupture intergénérationnelle entre actifs, actives et retraité·es. Ces dernier·ières pourront adhérer au contrat collectif sélectionné par le ministère, mais ne bénéficieront pas de la participation employeur. Leur cotisation sera plafonnée à partir de 75 ans, mais atteindra 175 % de la cotisation d'équilibre après la sixième année de retraite sans pouvoir augmenter. Sinon, elles et ils pourront adhérer à la complémentaire de leur choix ou y renoncer. Ce régime va se mettre en place dans un contexte où les solidarités entre générations sont de moins en moins assurées par le monde mutualiste, qui renforce déjà les tarifications à l'âge.

La réforme de la protection sociale complémentaire (PSC) ne peut être que transitoire, dans la perspective d'obtenir le remboursement à 100 % des soins prescrits par la Sécu. Dès lors qu'il y a obligation d'adhésion et cotisation patronale, les prestations complémentaires doivent être portées par la Sécurité sociale et leur financement assuré en partie par le transfert des cotisations des agent·es et des employeurs.

CONGÉS POUR RAISON DE SANTÉ

Les agent-es ont statutairement droit à différents types de congés pour raisons de santé avec maintien de rémunération. La durée de ces congés dépend de la gravité et des pathologies. Mais ce droit a été profondément remis en cause par le passage de 100 % à 90 % du maintien de traitement en cas d'arrêt maladie ordinaire, décidé par le gouvernement et mis en oeuvre depuis le 1^{er} mars 2025. Le SNES, le SNEP et le SNUEP, avec la FSU, dénoncent cette mesure inique et demandent le retour du plein traitement, tout comme ils exigent la suppression du jour carence, et des trois jours de carence pour les contractuel-les ayant moins de quatre mois d'ancienneté.

TRANSMISSION DES ARRÊTS MALADIE

L'avis d'arrêt de travail ou son renouvellement, prescrit par le médecin, doit être adressé à l'administration, dans les 48 heures.

JOUR DE CARENCE

Depuis 2018, la rémunération des agent-es de la Fonction publique n'est plus maintenue le premier jour de congé pour raison de santé, sauf dans les cas suivants :

- Congé pour accident de service ou pour maladie professionnelle.
- Congé de longue maladie ou congé de longue durée (fonctionnaire et stagiaire).
- Congé de grave maladie (pour les contractuel-les).
- Congé de maternité ou congés pathologiques résultant de la grossesse ou des suites de couches.
- Congé de maladie accordé postérieurement à la déclaration de grossesse et avant le début du congé de maternité.
- En cas d'affection de longue durée (ALD), un jour de carence est appliqué une seule fois tous les trois ans.

En cas de prolongation d'un arrêt pour la même maladie, le jour de carence n'est pas décompté, mais il faut pour cela :

- que le médecin ait bien coché la case prolongation de l'arrêt ;
- qu'il n'y ait pas plus de 48 heures entre la fin de l'arrêt initial et le début de l'arrêt de prolongation.

Attention, pour les contractuel-les dont l'ancienneté est inférieure à quatre mois de service, le délai de carence est de trois jours.

CONGÉS MALADIE DITS « ORDINAIRES »

Pour les titulaires et les fonctionnaires stagiaires

Durée maximale de 12 mois : 3 mois à 90 % de traitement, 9 mois à demi-traitement complété par des allocations journalières pour les adhérent-es à une prévoyance (soit environ 77 % du traitement brut au total).

Après six mois d'arrêts consécutifs, l'administration fait procéder à un examen de santé de l'agent-e par un médecin agréé. Le passage du dossier devant le conseil médical n'est pas systématique : il est possible en cas de contestation des conclusions du médecin agréé.

Après douze mois consécutifs de congé ordinaire, la reprise de fonction dépend d'un avis favorable du conseil médical.

Pour les contractuel-les

- Moins de 4 mois de service dans la Fonction Publique :
Congé sans traitement mais l'agent-e perçoit des indemnités journalières de sa CPAM après un délai de carence de trois jours.
- Après quatre mois de services dans la Fonction publique :
 - trois mois à 90 % de traitement ;
 - neuf mois à demi-traitement.

Lorsque l'agent-e contractuelle est toujours temporairement inapte à la fin du congé de maladie ordinaire (douze mois), il ou elle est placé-e en congé non rémunéré durant un an maximum, avec possibilité de prolongement pendant 6 mois si un avis médical atteste d'une possibilité de reprise pendant cette période. Si l'agent-e est définitivement inapte, il ou elle est reclassée dans un autre emploi ou licenciée si ce reclassement n'est pas possible.

NB : Le passage à mi-traitement s'effectue après 90 jours d'arrêts répartis sur les 12 derniers mois (ou 300 jours en cas de services discontinus). Si, par exemple, l'agent-e a eu plusieurs arrêts de travail pour un total de 90 jours à partir du 1^{er} janvier 2024, il ou elle ne pourra à nouveau prétendre à un arrêt avec plein traitement avant le 1^{er} janvier 2025 et passe automatiquement à mi-traitement.

CONGÉ LONGUE MALADIE (CLM) OU CONGÉ GRAVE MALADIE (CGM)

Le droit à ces congés est ouvert en cas d'affection dûment constatée, mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité pendant au moins 3 mois, nécessitant un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

Les titulaires et les stagiaires, à partir d'un jour d'ancienneté, peuvent bénéficier d'un Congé de Longue Maladie et les contractuel-les en activité et comptant au moins quatre mois de service d'agent public, peuvent bénéficier d'un Congé de Grave Maladie

■ Durée maximale : trois ans

■ Plein traitement : un an

■ 60 % de traitement : deux ans (complété à environ 77 % par la couverture prévoyance souscrite par l'agent)

Le congé peut être accordé par période de trois à six mois, dans la limite de 3 ans maximum. Si la demande de CLM ou CGM est présentée au cours d'un congé de maladie ordinaire, la première période de CLM ou CGM part du jour de la 1^{ère} constatation médicale de la maladie. L'agent-e qui a épuisé tous ses droits à un CLM ou CGM (3 ans) ne peut bénéficier d'un autre congé de cette nature que s'il ou elle a repris l'exercice de ses fonctions pendant au moins un an.

Le paiement des HSA est maintenu pendant l'année scolaire de début d'arrêt, à 33 % pendant le plein traitement et à 60 % pendant la période de traitement à 60 %.

Les modalités de demande consistent en un courrier comportant :

■ une lettre de l'agent-e au rectorat s/c du chef d'établissement, accompagnée d'un certificat (non détaillé car lu par l'administration) d'un généraliste justifiant la demande et précisant la durée (3 mois, 6 mois...);

■ complétée d'un certificat médical plus détaillé établi par un spécialiste, adressé sous pli cacheté aux médecins du conseil médical du département.

À la fin d'un CGM ou CLM, il faut effectuer une demande de reprise et être convoqué-e à une visite médicale d'aptitude.

Attention, pour les contractuel-les, le CGM ne peut excéder la durée du contrat.

CLM ET CGM FRACTIONNÉ

Un CLM ou un CGM peut être fractionné en fonction de la pathologie, pour soins périodiques (dialyses hebdomadaires, chimiothérapies régulières bien supportées, séances de kiné ou orthophonistes régulières...).

L'intérêt d'un CLM ou CGM fractionné est double : se soigner et bénéficier de son plein traitement plus d'un an, selon la quotité de fractionnement. Comme pour tout CLM ou CGM, le conseil médical départemental donne un avis et préconise une quotité de CLM fractionné. Par exemple un CLM fractionné à 80 % équivaut pour un certifié 14,24 heures.

CONGÉ DE LONGUE DURÉE

Pour les stagiaires et titulaires uniquement

Le congé longue durée (CLD) peut être demandé en cas de tuberculose, poliomyélite, VIH, cancer, maladies mentales après un an de CLM. Il peut durer 5 ans au maximum : 3 ans à plein traitement, 2 ans à demi-traitement complété à hauteur de 77 % environ par la prévoyance de l'agent-e le cas échéant.

Le choix entre CLM et CLD s'effectue avant la fin de la première année de CLM qui, le cas échéant, est considérée comme la première année du CLD.

À la fin d'un CLD, il faut effectuer une demande de reprise et être convoqué-e à une visite médicale d'aptitude.

TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE (TPT)

Tout-e agent-e peut bénéficier d'un service à temps partiel pour raison thérapeutique, prescrit par un médecin, pendant au maximum un an (même

sans avoir été en arrêt maladie au préalable) dès lors que le travail à temps partiel permet :

- soit le maintien ou le retour à l'emploi de l'intéressé-e en visant à une amélioration de son état de santé ;
- soit à l'intéressé-e de bénéficier d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour retrouver un emploi compatible avec son état de santé. L'agent-e titulaire ou stagiaire, lorsqu'il ou elle est en TPT, est rémunéré-e à plein traitement, même lorsqu'il ou elle était à temps partiel avant le passage en TPT. L'agent-e contractuelle reçoit le traitement correspondant à la quotité travaillée, complété, pour la quotité restante, par des Indemnités Journalières. Le droit à TPT se reconstitue après un retour en activité pendant au moins un an ; un-e agent-e qui aura repris une activité (à temps complet ou à temps partiel sur autorisation) pendant un an pourra bénéficier de nouveau d'un TPT.

Pour les fonctionnaires :

Les trois premiers mois de TPT constituent un temps partiel de droit.

Procédure pour bénéficier de la première fraction de TPT : envoi d'un courrier au recteur (par voie hiérarchique) informant de la prescription d'un TPT pour une durée de 1 à 3 mois à l'appui d'un certificat médical précisant la durée, la quotité et les modalités d'exercice.

Le TPT débute dès réception de la demande par l'administration (secrétariat de l'EPL). En cas de prolongation au-delà de trois mois du TPT, l'administration fait procéder à une expertise.

Pour les contractuel·les :

Procédure pour bénéficier du TPT : il faut adresser la prescription de TPT établie par le médecin à la CPAM de rattachement (volets 1 et 2) et selon la même procédure que les titulaires le volet 3 à l'employeur. Mais le temps partiel ne peut débuter que lorsque le médecin conseil de la CPAM a rendu un avis favorable au paiement d'indemnités journalières. Dès cet avis rendu, l'administration autorise le TPT qui peut aussitôt commencer. En cas de prolongation du TPT au-delà de trois mois, l'agent-e contractuelle n'a pas besoin de se soumettre à un examen médical par un médecin agréé. La prolongation est subordonnée à l'accord d'indemnisation de la CPAM à laquelle il ou elle est affilié-e. Le temps passé en service à temps partiel pour raison thérapeutique ne prolonge pas la durée du contrat.

Ne pas hésiter à contacter sa section syndicale académique pour être accompagné-e dans ses démarches.

INAPTITUDE POUR RAISONS DE SANTÉ

Si l'agent-e est toujours inapte aux fonctions après sa période de CMO, CLM, CLD ou CITIS, il ou elle peut bénéficier d'une période de préparation au reclassement (voir page 11), ou être directement reclassé-e sur un emploi compatible avec son état de santé. Si l'état de santé ne permet pas de reprendre le travail et si le conseil médical juge que l'état de santé va évoluer favorablement, l'agent-e peut être placé-e en disponibilité pour raison de santé. Si l'inaptitude définitive à l'exercice de tout emploi est prononcée, l'agent-e titulaire est mis-e à la retraite pour invalidité et l'agent-e contractuel·le est licencié-e pour inaptitude physique.

RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE DES AGENT-ES : LA COUVERTURE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

Pour éviter des pertes importantes de revenus en cas d'arrêts maladie longs, la couverture statutaire doit être renforcée par l'adhésion à une complémentaire prévoyance.

La réforme de la protection sociale complémentaire a instauré une séparation des couvertures complémentaire santé (remboursement des soins) et prévoyance (maintien de revenu). Alors que la souscription à la couverture santé devient obligatoire, la couverture en prévoyance reste facultative et sur un contrat distinct.

Le ministère devra proposer cette adhésion de sorte que la couverture débute en mai 2026, en même temps que la couverture santé.

L'adhésion au contrat sélectionné par le ministère se fera sans questionnaire de santé et sans tarification au risque mais à condition d'y avoir souscrit dans les 6 mois après son entrée en vigueur ou 6 mois après être entré-e en fonction à l'Éducation nationale.

Le ministère participera à hauteur de 7 € par mois pour la couverture des congés longue et grave maladie.

La couverture pour congé maladie ordinaire et longue durée sera aussi possible mais en option, alors qu'elle devrait être prise en charge intégralement

par notre employeur.

Les agent-es ayant une autre couverture, individuelle, seront libres de la conserver, mais dans ce cas ils et elles ne bénéficieront pas de la participation employeur de 7 € mensuels.

Le SNES-FSU, le SNEP-FSU et le SNUFP-FSU avec la FSU se sont opposés au découplage des contrats santé et prévoyance dans les accords PSC. Ils alertent la profession sur les lourdes conséquences pour les agent-es qui choisiraient de ne pas se couvrir contre les risques de perte de revenus liés à une incapacité de travail prolongée ou à une invalidité.

ACCIDENTS DE SERVICE ET MALADIES PROFESSIONNELLES

Le fonctionnaire en activité a droit à un congé pour invalidité temporaire imputable au service (CITIS) lorsque son incapacité temporaire de travail est consécutive à un accident reconnu imputable au service, à un accident de trajet ou à une maladie professionnelle.

L'ACCIDENT DE SERVICE

L'accident de service est pour les agent-es de la Fonction publique l'équivalent de l'accident du travail des salarié-es du privé. Est un accident de service tout accident occasionnant au moins une lésion survenu dans le temps de travail de l'agent-e, au sein de son service d'affectation, mais aussi en dehors du temps et du lieu de service si l'activité exercée par le ou la fonctionnaire au moment de l'accident constitue un prolongement normal de l'exercice de sa fonction. L'accident ne doit cependant pas résulter d'une faute ou de toute circonstance détachant l'accident du service. Il y a présomption d'imputabilité au service (l'agent-e n'a pas la charge de la preuve) lorsque l'accident survient dans ces conditions et lorsque l'agent-e déclare cet accident dans un délai de 15 jours à compter de la date de l'accident. Pour demander l'imputabilité, il faut obtenir un certificat médical décrivant la ou les lésions et les séquelles éventuelles de l'accident et compléter le formulaire type qui doit être accessible sur le site du rectorat ou de la DSDEN. Les agent-es peuvent aussi être victimes d'un accident de trajet, entre la résidence habituelle et le lieu d'exercice, sur un itinéraire normal et sans détour, sauf dans le cas de nécessité de la vie courante (crèche, établissement scolaire d'un enfant, covoiturage habituel). Délais supplémentaires possibles pour la déclaration : si l'impact d'un accident sur la santé n'est pas immédiatement décelé, l'agent-e dispose de deux ans pour le déclarer et en demander l'imputabilité au service, mais cette demande doit être effectuée dans un nouveau délai de 15 jours à partir du constat médical. Attention : ne pas confondre la transmission de l'arrêt maladie (48 heures) et la transmission de la déclaration d'accident (15 jours). Pour les agent-es contractuelles, parallèlement à la déclaration auprès de l'employeur, il faut aussi effectuer une déclaration auprès de la CPAM à laquelle chaque agent-e contractuelle doit être affilié-e.

LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Les maladies professionnelles résultent d'une exposition prolongée ou habituelle à un risque ou à une substance toxique à action lente. La liste des maladies professionnelles est fixée par décret dans un tableau qui précise pour chaque pathologie identifiée les conditions professionnelles d'exposition (liste des travaux exposant au risque) et le délai de prise en charge (délai entre l'exposition au risque et les symptômes). Lorsqu'un-e agent-e touché-e remplit toute les conditions fixées par le tableau, la reconnaissance en maladie professionnelle doit être automatique. Il est cependant possible de faire reconnaître l'imputabilité d'une maladie en apportant la preuve du lien avec l'activité professionnelle.

LES EFFETS DU CONGÉ POUR INVALIDITÉ TEMPORAIRE IMPUTABLE AU SERVICE (CITIS)

Un-e agent-e en CITIS bénéficie du plein traitement, des primes et indemnités, des avantages familiaux et de son indemnité de résidence jusqu'à ce qu'il soit en mesure de reprendre son service ou jusqu'à sa mise à la retraite. Il peut cependant perdre son poste s'il est arrêté plus d'un an. Les frais et soins mis en œuvre pour traiter les conséquences sur l'état de santé sont pris en charge par

DROITS FAMILIAUX

CONGÉS LIÉS À LA FAMILLE

CONGÉ MATERNITÉ

Une femme enceinte en activité bénéficie du congé maternité, qu'elle soit fonctionnaire, stagiaire ou contractuelle. Ce congé de droit est accordé sur demande faite auprès du chef de service. La demande doit être accompagnée d'un certificat établi par le ou la professionnel·le de santé qui suit la grossesse, attestant de l'état de grossesse et de la date présumée de l'accouchement. Pendant le congé maternité, la fonctionnaire est rémunérée à plein traitement, même si elle travaillait à temps partiel avant le congé maternité.

CONGÉ MATERNITÉ ET JOUR DE CARENCE

Le jour de carence ne s'applique pas aux congés maladie ordinaires pris durant la période de grossesse dès lors que la grossesse a été déclarée à l'employeur.

DURÉE DU CONGÉ MATERNITÉ

Il comprend le congé prénatal (en fin de grossesse) et le congé postnatal (après l'accouchement). La durée du congé dépend du rang et du nombre d'enfants :

- **premier ou deuxième enfant** : 16 semaines (6 semaines avant et 10 après la naissance) ;
- **troisième enfant ou plus** : 26 semaines (8 semaines avant et 18 après la naissance) ;
- **jumeaux** : 34 semaines (12 semaines avant et 22 après la naissance) ;
- **triplés ou plus** : 46 semaines (24 semaines avant et 22 après la naissance).

Possibilité de report d'une partie du congé prénatal après l'accouchement

À la demande de la fonctionnaire, avec un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse.

Toutefois, lorsqu'elle se voit prescrire un arrêt maladie du fait de son état de santé pendant la période de congé prénatal qui a été reportée en congé postnatal, la fonctionnaire est placée en congé de maternité. La période initialement reportée est donc réduite d'autant.

Un congé supplémentaire lié à un état pathologique résultant de la grossesse peut être accordé sur présentation d'un certificat médical : deux semaines maximum avant le début du congé prénatal et quatre semaines après le congé postnatal. Il s'agit d'un allongement du congé maternité pour raisons pathologiques, en conséquence ce congé ne diminue pas les droits aux congés maladie ordinaires.

CONGÉ DE NAISSANCE

À la naissance d'un enfant, le parent n'ayant pas eu le droit à un congé de maternité, ou le/la conjoint·e ou partenaire de PACS de la mère ayant eu un congé maternité, ou vivant maritalement avec elle, bénéficie d'un congé de naissance de trois jours ouvrables.

CONGÉ PATERNITÉ ET D'ACCUEIL DE L'ENFANT

Ce congé s'ajoute au congé de naissance. Il est de droit mais doit être demandé à l'avance au moins un mois avant la date présumée d'accouchement. Il est d'une durée totale de 25 jours calendaires pour la naissance d'un·e enfant et 32 jours calendaires à l'occasion de naissances multiples (deux enfants ou plus). Les quatre premiers jours de ce congé de paternité doivent être obligatoirement pris dans le prolongement immédiat du congé de naissance. Les autres jours doivent être pris dans les six mois qui suivent la naissance et peuvent être fractionnés en deux périodes d'une durée minimale de cinq jours chacune. Des dispositions spécifiques sont prévues en cas de naissance avant la date prévisionnelle, d'hospitalisation de l'enfant ou de décès de la mère.

LES CONGÉS LIÉS À L'ADOPTION

Lors d'une adoption, chaque parent adoptif fonctionnaire, contractuel·le ou stagiaire, peut bénéficier d'un congé de trois jours ouvrable appelé congé

pour l'arrivée d'un enfant en vue de son adoption. Ce congé est de droit suite à sa demande écrite comportant les pièces justifiant qu'un·e enfant vous est confié·e par un organisme français autorisé pour l'adoption. Ce congé peut être pris de manière continue ou fractionnée dans les quinze jours entourant l'arrivée de l'enfant.

Le congé pour l'arrivée d'un·e enfant est cumulable avec le congé d'adoption. C'est un congé de droit qui doit faire l'objet d'une demande écrite au chef de service. Ce dernier peut être accordé à l'un ou l'autres des parents adoptifs. Si l'autre parent est aussi fonctionnaire, contractuel·le ou stagiaire, le congé peut être réparti entre les deux. La durée du congé d'adoption varie selon le nombre d'enfants adopté·es, ceux que l'agent·e a déjà en charge et selon la répartition du congé.

Ainsi si l'agent·e a jusqu'à un·e enfant à charge, comprenant l'enfant adopté·e, la durée du congé est de 16 semaines s'il est pris par un seul parent, 16 semaines plus 25 jours s'il est réparti entre les deux parents. Si l'agent·e a deux enfants ou plus le congé passe à 18 semaines s'il est pris par un seul parent et 18 plus 25 jours semaines s'il est réparti entre les deux parents.

Si l'adoption porte sur plus d'un enfant la durée du congé est de 22 semaines s'il est pris par un seul parent et 22 semaines plus 32 jours s'il est réparti.

En cas de répartition entre les deux parents le congé ne peut excéder 16 ou 18 semaines pour chaque enfant.

CONGÉ DE PRÉSENCE PARENTALE

Pour un·e enfant gravement malade, accidenté·e ou handicapé·e, ce congé de droit est accordé au fonctionnaire qui en fait la demande écrite lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un·e enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Ce congé ne peut dépasser trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Il peut être fractionné ou pris sous la forme d'un temps partiel. Le ou la fonctionnaire en congé de présence parentale n'est pas rémunéré·e mais peut bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

CONGÉ DE SOLIDARITÉ FAMILIALE

Le congé de solidarité familiale pour accompagner un proche en fin de vie s'applique aux fonctionnaires et agent·es non titulaires. Il est de droit pour accompagner un·e ascendant·e, descendant·e, frère, sœur, ou une personne partageant le même domicile (ou qui a désigné l'agent·e sollicitant le congé comme sa personne de confiance) qui souffre d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause.

Il peut être accordé sur demande écrite de l'agent·e :

- pour une période continue d'une durée maximale de trois mois, renouvelable une fois ;
- par périodes fractionnées d'au moins sept jours consécutifs, dont la durée cumulée ne peut être supérieure à six mois ;
- sous forme d'un service à temps partiel dont la durée est de 50 %, 60 %, 70 % ou 80 %.

Ce congé de solidarité familiale n'est pas rémunéré mais une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie (AJAP) est versée à sa demande au fonctionnaire en congé, elle est de 64,41 € brut par jour entier de congé pour 21 jours maximum (42 jours en cas de temps partiel avec une allocation journalière de 35,21 €). Le congé de solidarité familiale prend fin soit au terme de sa durée maximale, soit dans les trois jours qui suivent le décès de la personne accompagnée, soit à une date antérieure.

CONGÉ DE PROCHE AIDANT (HANDICAP OU PERTE D'AUTONOMIE)

Tout·e agent·e en activité a droit à un congé de proche aidant de trois mois, fractionnable et renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière pour s'occuper d'une personne handicapée ou faisant l'objet d'une grave perte d'autonomie. L'agent·e peut demander de cesser temporairement son activité professionnelle ou de travailler à temps partiel. L'agent·e adresse une

demande écrite, au moins un mois avant le début du congé. Le délai ne s'applique pas lors de certaines situations d'urgences. Ce congé peut être fractionné ou pris sous forme d'un temps partiel, il n'est pas rémunéré mais une allocation journalière du proche aidant (AJPA) peut être perçue sous certaines conditions dans la limite de vingt-deux jours par mois (65,80 € par jour). L'AJPA est versée jusqu'à 66 jours par personne aidée, dans la limite de 4 personnes tout au long de la carrière professionnelle soit 264 jours au total. (Montant de la 1/2 AJPA : 32,90 € par demi-journée).

ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Versée aux parents pour les aider à faire face aux dépenses liées à l'arrivée d'enfant(s) dans la famille, la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est une aide financière qui s'adapte en fonction de chaque situation. Elle comprend la prime à la naissance (ou à l'adoption) et l'allocation de base (toutes deux versées sous condition de ressources), un éventuel complément de libre choix du mode de garde (CMG) ou la Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE).

PRIME À LA NAISSANCE OU À L'ADOPTION

Sous conditions de ressources, elles sont cumulables avec les autres prestations familiales (voir tableau ci-dessous).

- **Prime à la naissance** : d'un montant net de 1084,43 € est versée au début du septième mois de grossesse, autant de fois qu'il y a d'enfants à naître (jumeaux, triplés...).
- **Prime à l'adoption** : d'un montant net de 2168,84 € est versée, en une seule fois, à compter du mois d'arrivée de l'enfant.

ALLOCATION DE BASE DE LA PAJE

Elle est versée sous condition de ressources (voir tableau ci-dessous) à compter du premier jour du mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'au dernier jour du mois précédant ses 3 ans. En cas d'adoption, elle est versée dès l'arrivée au foyer pendant douze mois minimum dans la limite des 20 ans de l'enfant. Elle est cumulable avec l'allocation de soutien familial. En cas de naissances multiples ou d'adoptions multiples simultanées, elle est attribuée pour chaque enfant. Elle n'est pas cumulable avec le complément familial.

Dans les DROM, l'allocation de base n'est par ailleurs pas cumulable avec les allocations familiales et leurs majorations pour âge versées au titre d'un-e seule enfant à charge.

Situation familiale	1 enfant	2 enfants	Par enfant supplémentaire
---------------------	----------	-----------	---------------------------

Pour bénéficier de la prime à la naissance, à l'adoption et du taux partiel de l'allocation de base :

- Couple avec un seul revenu	36 461 €	43 753 €	8 751 €
- Parent isolé ou couple avec deux revenus	48 186 €	55 478 €	8 751 €

Pour bénéficier du taux plein de l'allocation de base :

- Couple avec un seul revenu	30 518 €	36 621 €	8 751 €
- Parent isolé ou couple avec deux revenus	40 330 €	46 333 €	8 751 €

Depuis 2014, l'allocation de base de la PAJE est recentrée sur les familles les plus en difficulté car son montant (à taux plein) est divisé par deux (taux partiel) quand les revenus du foyer dépassent un certain plafond. Les montants ont par ailleurs été sensiblement diminués pour les enfants nés à partir du 01/04/2018 et les plafonds de ressources ont été abaissés en parallèle :

- **Taux plein** : 196,60 €
- **Taux partiel** : 98,30 €

COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE (CMG)

Le CMG s'adresse aux familles qui travaillent et font garder leur(s) enfant(s) de moins de 6 ans par un-e assistant-e maternelle agréé-e, une personne à domicile, éventuellement dans le cadre d'une association ou d'une entreprise habilitée ou dans une micro-crèche. Pour connaître le détail des conditions d'attribution, les montants de ces compléments et les plafonds de ressources, consulter le site de la CAF.

CONGÉ PARENTAL

Congé non rémunéré qui permet à un-e agent-e de cesser totalement son activité professionnelle pour élever son enfant né-e ou adopté-e. Un-e agent-e contractuelle peut en bénéficier s'il ou elle justifie d'au moins une année continue de services à la date d'arrivée de l'enfant.

Le congé parental peut être pris par l'un des deux parents ou par les deux (successivement ou simultanément). Il peut donner droit à une prestation familiale limitée dans le temps (PreParE).

La demande doit être adressée au recteur, par voie hiérarchique, au moins deux mois avant la date choisie pour le début du congé. Il est de droit et accordé par périodes de deux à six mois, renouvelables jusqu'au 3ème anniversaire de l'enfant. En cas d'adoption, dans la limite de trois ans pour l'arrivée au foyer d'un-e enfant de moins de 3 ans, dans la limite d'un an pour l'arrivée au foyer d'un-e enfant entre 3 et 16 ans.

Les droits à l'avancement sont conservés en totalité la première année puis réduits de moitié (six mois de congé valent pour trois mois d'avancement). Le congé est pris en compte pour la constitution des droits à pensions de retraite selon des conditions variables selon que l'agent-e est fonctionnaire ou contractuelle.

Pour le ou la fonctionnaire stagiaire, le stage est prolongé et la date de titularisation reportée d'autant de jours que de congés accordés.

PRESTATION PARTAGÉE D'ÉDUCATION DE L'ENFANT (PREPARE)

Cette prestation est versée dès le premier enfant âgé de moins de 3 ans, et pour chaque nouvel enfant, si l'un des parents a cessé ou réduit son activité professionnelle pour élever cet (ou ces) enfant(s) dès lors qu'il a cotisé au moins huit trimestres pour la retraite.

Le montant ne dépend que de la situation choisie.

Situation du parent	Montant net mensuel au 01/04/2024
Activité totalement interrompue	456,05 €
Temps partiel de 50 % maximum	294,81 €
Temps partiel entre 50 et 80 %	170,07 €

La PreParE peut être attribuée aux deux parents successivement ou simultanément jusqu'à la limite applicable en fonction du rang et de l'âge des enfants. En cas de partage simultané, le montant total des deux prestations ne peut pas dépasser 456,06 €. Si vous avez au moins trois enfants, vous pouvez choisir de bénéficier de la PreParE majorée. (Il n'est pas possible de percevoir la PreParE majorée en cas de travail à temps partiel.) D'un montant de 745,45 €, celle-ci est versée sur une durée plus courte que la prestation de base : jusqu'au premier anniversaire de l'enfant le plus jeune et ce, pendant huit mois maximum pour chacun des parents si vous vivez en couple. Le choix entre prestation de base et prestation majorée est définitif.

PREPARE PROLONGÉE

Si, à la date anniversaire de ses 3 ans, votre enfant n'est pas accueilli-e à l'école maternelle (ou dans un établissement d'accueil du jeune enfant), vous pouvez continuer de percevoir la PreParE, dès lors que vous avez au moins deux enfants à charge, et si vos ressources ne dépassent pas un certain plafond (www.caf.fr).

SUPPLÉMENT FAMILIAL DE TRAITEMENT

Il est attribué en plus des prestations familiales aux agent-es (fonctionnaires ou contractuelles) qui en font la demande. Les droits partent de la naissance du premier enfant et le versement est perçu tant que l'enfant reste à charge. Dès qu'un-e étudiant-e bénéficie d'une allocation logement, il ou elle n'est plus considéré-e à la charge de ses parents au sens de la Sécurité sociale, avec pour conséquences une diminution du montant des prestations familiales et du supplément familial de traitement (SFT). Pour un couple d'agent-es (marié ou vivant en concubinage), assumant la charge du ou des mêmes enfants, le choix du bénéficiaire du SFT est ouvert à celui désigné d'un commun accord (il est financièrement préférable de désigner celui qui bénéficie de l'indice le plus élevé). Le choix ne peut être revu qu'au terme d'un délai d'un an.

PRESTATIONS FAMILIALES (MONTANTS AU 1^{ER} AVRIL 2025)

Toutes et tous les agent-es de la Fonction publique ont un « interlocuteur unique » pour la gestion de leur dossier « prestations familiales » : la Caisse d’allocations familiales (CAF) à laquelle ils ou elles sont rattaché-es. La déclaration de revenus est directement transférée aux CAF par les services des impôts pour le calcul des droits aux prestations. L’année de référence est l’avant-dernière année civile précédant la période de paiement, soit les revenus de 2023 pour les prestations versées en 2025. Les agent-es ont par ailleurs accès à tous les équipements collectifs subventionnés par les CAF (crèches collectives, haltes-garderies, centres aérés...) dans les conditions tarifaires préférentielles appliquées aux ressortissant-es des CAF. Le paiement des prestations s’effectue le 5 du mois suivant celui où les droits sont ouverts. Un-e enfant est considéré-e à charge pour le versement des prestations jusqu’au mois précédant ses 20 ans. S’il ou elle travaille, sa rémunération nette mensuelle ne doit pas dépasser 78 % du SMIC net. Tous les montants nets indiqués ici sont ceux valables à compter du 01/04/2025.

La base mensuelle des allocations familiales qui sert à calculer la plupart des prestations familiales (allocations familiales, allocation rentrée scolaire, PAJE...) est réévaluée tous les ans mais elle ne suit même pas l’inflation. Ainsi, en 2025, elle a été revalorisée de 1,7%, alors que l’inflation constatée l’année passée avait été de 2%, et en 2024 elle avait été revalorisée de 4,6% pour une inflation en 2023 de 4,9%. Le pouvoir d’achat des prestations chute donc régulièrement ce qui est particulièrement injuste et scandaleux. Il convient en outre de remettre en cause le principe d’indexation des prestations familiales sur les prix car ces dernières progresseraient moins vite que le pouvoir d’achat du salaire moyen. Il faudrait au contraire faire évoluer les prestations familiales au même rythme que le revenu médian.

* Sont exonérés de CRDS l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé et ses compléments ainsi que le RSA de parent isolé.

ALLOCATIONS FAMILIALES

Cette prestation est versée aux personnes ayant au moins à charge deux enfants de moins de 20 ans. Son montant est modulé en fonction des ressources du foyer et du nombre d’enfants : trois tranches valables en métropole et dans les DROM à l’exception de Mayotte.

Tranche de revenus annuels en fonction de la composition du foyer	Tranche 1	Tranche 2	Tranche 3
Pour une famille avec deux enfants	Ressources inférieures ou égales à 78 565 €	Ressources supérieures à 78 565 € et inférieures ou égales à 104 719 €	Ressources supérieures à 104 719 €
Par enfant supplémentaire	6 546 €	6 546 €	6 546 €

Les parents séparé-es ou divorcé-es qui ont un ou plusieurs enfants en résidence alternée peuvent opter pour le partage des allocations familiales.

Nombre d’enfants	Montant net de base pour la tranche de revenu la plus basse
2	151,05 €
Par enfant supplémentaire	193,53 €

Le montant mensuel ci-dessus est divisé par 2 (ou 4) si les ressources du foyer sont dans la tranche 2 (ou 3). Au montant de base s’ajoute une majoration unique de 75,53 € (divisée par 2 ou 4 suivant les tranches de ressource du foyer) pour chaque enfant âgé de plus de 14 ans (sauf s’il s’agit de l’aîné d’une famille de deux enfants). Une allocation familiale est versée dès le premier enfant aux résidents dans les DROM. Son montant s’élève à 27,43 €, quelles que soient les ressources du foyer. À ce montant de base, s’ajoute une petite majoration quand votre enfant atteint 11 ans puis 16 ans. Il n’est pas modulé en fonction des ressources du foyer.

Pour Mayotte, voir www.caf.fr.
Pour les familles de trois enfants et plus, une allocation forfaitaire mensuelle peut être perçue pour tout enfant à charge âgé-e entre 20 et 21 ans. Son montant dépend des ressources du foyer et peut atteindre 95,51 €.

N. B. : les parents séparé-es ou divorcé-es qui ont un ou plusieurs enfants en résidence alternée peuvent opter pour le partage des allocations familiales.

ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL (ASF)

Elle est versée au parent qui élève seul son enfant ou à la personne qui a recueilli un-e enfant (qu’elle vive seule ou en couple) ou lorsqu’au moins l’un des deux parents ne fait pas face à ses obligations alimentaires. Son montant s’élève à 199,18 € en cas de carence parentale totale.

PARENT ISOLÉ (RSA)

Un parent isolé dont les revenus (prestations familiales comprises) sont inférieurs à un certain montant, peut prétendre au bénéfice du revenu de solidarité active (RSA).
Le montant du RSA est calculé selon la formule suivante : montant forfaitaire (qui varie selon le nombre d’enfants à charge) – ressources du foyer (y compris allocations familiales et aide au logement) :

Nombre d’enfants	Montant
Femme enceinte sans enfant	830,21 €
1 enfant	1 106,94 €
Par enfant supplémentaire	276,73 €

AIDES AU LOGEMENT

Les aides au logement sont prises en compte de façon forfaitaire. Lorsqu’une aide au logement est perçue, ou en l’absence de charges de logement, le RSA est réduit d’un montant forfaitaire de :

Situation familiale	Montant
Personne seule	77,58 €
2 personnes	155,16 €
3 personnes et plus	192,02 €

* Sont exonérés de CRDS l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé et ses compléments ainsi que le RSA de parent isolé.

ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE (AJPP)

Le parent d'un-e enfant de moins de 20 ans atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants peut bénéficier d'un congé de présence parentale.

Il suffit d'informer par écrit le service gestionnaire dans un délai de quinze jours avant le début du congé (ou de la réduction d'activité) en fournissant une attestation du médecin certifiant que la gravité de l'état de santé de l'enfant (appréciée en fonction des contraintes engendrées pour les parents et non d'une liste de pathologies pré-établie) rend nécessaire la présence de l'un de ses parents auprès de lui.

Ce congé peut être pris sous forme de journées d'absence éventuellement fractionnables en demi-journées, dans la limite de 310 jours ouvrés sur une période maximale de trois ans. La durée initiale du congé sera égale à la durée prévisible des soins figurant dans le certificat médical. Chaque jour d'absence ouvre droit à une « allocation journalière de présence parentale » dans la limite de vingt-deux allocations par mois, dont le montant est de 65,80 € par jour pour un couple ou une personne seule (fractionnable en demi-journée, 32,90 €). Si la maladie de l'enfant entraîne des dépenses importantes, un complément mensuel forfaitaire pour frais de 128,34 € est attribué. Sous certaines conditions de ressources notamment (voir plafonds tableau ci-dessous). À Mayotte, le montant de l'AJPP par journée est de 56,35 € et par demi-journée de 28,17 €.

Plafonds de ressources (métropole et drom hors mayotte) pour complément familial et AJPP (tableau 1)

Nombre d'enfant(s)	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec deux revenus
1 enfant	30 518 €	40 330 €
2 enfants	36 621 €	46 433 €
Par enfant supplémentaire	7 325 €	7 325 €

ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ-E (AEEH)

Cette prestation est accordée pour tout enfant de moins de 20 ans ayant un handicap dont le taux d'incapacité a été reconnu à 80 % par la Commission départementale des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ou entre 50 % et 79 % s'il fréquente un établissement spécialisé ou s'il bénéficie de soins à domicile). Son montant de base s'élève à 151,80 €. Il peut être augmenté d'un complément allant de 113,85 € à 1 288,13 € selon le recours à une tierce personne rémunérée, la situation familiale, l'interruption totale ou partielle de l'activité professionnelle de l'un des parents et l'importance des dépenses liées au handicap de l'enfant (voir le détail sur le site de la CAF).

ALLOCATION EN CAS DE DÉCÈS D'UN-E ENFANT

Cette allocation d'un montant de 1 082 € ou de 2 163 €, selon les ressources du foyer, est versée aux familles touchées par le décès d'un-e enfant de moins de 25 ans présent-e au sein du foyer.

Voir sur le site de la CAF les plafonds de ressources (qui dépendent du nombre d'enfants à charge).

COMPLÉMENT FAMILIAL

En métropole, il est versé sous conditions de ressources aux personnes ayant au moins trois enfants à charge, tous âgés de plus de 3 ans et de moins de 21 ans. Le montant de base s'élève à 196,60 €/mois pour les revenus inférieurs aux plafonds indiqués dans le tableau. Il est majoré et s'élève à 294,91 € si les revenus du foyer sont inférieurs aux plafonds du tableau ci-dessous.

Plafonds de ressources (métropole) pour le taux majoré du complément familial

Situation familiale	Couple avec un seul revenu	Parent isolé ou couple avec deux revenus
3 enfants	21 978 € ou moins	26 884 € ou moins

L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

Accordée sous conditions de ressources pour des enfants ayant entre 6 et 18 ans. Son montant est déterminé au printemps pour la rentrée suivante et dépend de l'âge de chaque enfant.

CAPITAL DÉCÈS ET RENTE ÉDUCATION

Les rentes et le capital décès sont des droits statutaires, qui ne dépendent pas de la CAF mais de l'employeur, et quels que soient l'origine, le moment ou le lieu du décès et lorsque l'agent-e était en position d'activité ou certaines situations de détachement, en disponibilité pour raison de santé ou en congé parental.

Rente éducation

Au bénéfice de l'enfant, de l'enfant à charge effective ou à naître d'un-e agent-e fonctionnaire ou contractuel-le.

Perçue sans condition jusqu'à son 18^e anniversaire et jusqu'au 26^e anniversaire lorsqu'il ou elle poursuit ou reprend des études ou lorsqu'il ou elle est titulaire d'un contrat d'apprentissage.

Le montant mensuel de la rente d'éducation est fixé à :

- 5 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale, pour les ayants droit de moins de 18 ans, soit 196,25 € ;
- 15 % de ce même plafond, soit 588,75 € pour les autres..

Une rente viagère pour handicap est de droit pour l'enfant dans les mêmes conditions, lorsque son handicap ouvrirait le droit à l'allocation adulte handicapé-e, ou lorsque ce droit est ouvert pour le ou la représentant-e légal-e. Cette rente est de 15 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Capital décès

Le ou les ayants droit d'un-e agent-e décédé-e ont droit à un capital décès. Ce capital est égal à 12 mois de rémunération brute.

Pour les fonctionnaires, le montant est calculé à partir de l'indice détenu par le fonctionnaire le jour de son décès.

Pour les contractuel-les, le capital décès est égal au montant des douze derniers mois de rémunération brute, ou une somme correspondant à une année lorsque l'agent-e décède avant d'avoir exercé au moins 12 mois.

Le capital est triplé lorsque le décès est imputé au travail, lié à un attentat ou à un acte de dévouement.

HANDICAP ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI

LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Art. L. 114. du CASF). Environ 80% des situations de handicap interviennent au cours de la vie.

Les droits sont différents selon l'âge : moins de 15 ans, de 15 à 20 ans, plus de 20 ans.

Pour que la situation puisse être traitée et passée en évaluation, le dossier déposé à la MDPH ou MDA (selon le département) doit comprendre les pièces suivantes :

- le formulaire de demande Cerfa 15692*01 ;
- un certificat médical (Cerfa 15695*01) de moins de 12 mois prévu pour les demandes MDPH ;
- une photocopie d'un justificatif d'identité de la personne en situation de handicap et, le cas échéant, de son ou sa représentant-e légale ;
- pièce d'identité en vigueur, ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France ;
- une photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (pour les enfants, joindre le justificatif de domicile du ou de la représentant-e légale, pour les personnes hébergées par un tiers, joindre le justificatif de domicile et l'attestation sur l'honneur de l'hébergeant) ;
- une attestation de jugement en protection juridique, le cas échéant.

Pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes en situation de handicap, la CDAPH se réfère au barème de référence annexé au décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007.

LES BÉNÉFICIAIRES DE L'OBLIGATION D'EMPLOI

Les personnes bénéficiaires de cette obligation d'emploi sont :

- les travailleurs ou travailleuses reconnu-es handicapé-es par la CDAPH et ceux ayant une RQTH ;
- les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressé-es réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- les bénéficiaires d'un emploi réservé mentionnés à l'article L. 241-2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre ;
- les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité ;
- les agent-es ayant changé de poste suite à une inaptitude à la fonction ;
- les agent-es reclassés statutairement ;
- les agent-es bénéficiant d'une période de préparation au reclassement ;
- les agent-es qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité ;
- les titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité-inclusion ;
- les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés.

LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE TRAVAILLEUR OU TRAVAILLEUSE HANDICAPÉ-E (RQTH)

La RQTH sert à montrer que la personne peut travailler mais qu'elle ne peut pas faire certaines choses à cause de son handicap. Est considéré-e comme travailleur ou travailleuse en situation de handicap toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

La RQTH est attribuée pour une durée d'un à dix ans ou à vie si la personne peut travailler mais qu'elle ne pourra pas faire certaines choses toute sa vie à cause de son handicap.

Le demandeur ou la demanderesse de la RQTH doit être âgé de plus de 16 ans.

Principaux avantages découlant de la RQTH :

- ouvrir l'accès aux dispositifs spécifiques à l'emploi des travailleurs ou travailleuses handicapé-es, comme des stages de réadaptation, de rééducation ou de formation professionnelle ;
- bénéficier du soutien du réseau de placement spécialisé Cap Emploi, lorsqu'elle s'accompagne d'une décision d'orientation en milieu ordinaire ;
- bénéficier d'un allègement de service sur préconisation du médecin du travail pour une année scolaire ;
- bénéficier d'aides proposées par le FIPHFP (formations spécifiques, prise en charge de matériel spécifique, aménagement de poste, aménagements d'horaires...) ;
- bénéficier d'un poste adapté de courte durée (PACD) pour un an renouvelable deux fois, ou de longue durée (PALD) pour une durée de quatre ans sans limitation de renouvellement (pour la procédure et le calendrier de demande, voir les circulaires académiques).

LES ACCOMPAGNANTS DES PERSONNELS EN SITUATION DE HANDICAP

Le ou la correspondant-e handicap et le ou la référent-e handicap

Référent-e handicap et correspondant-e handicap ont fondamentalement les mêmes missions.

Au ministère de l'Éducation nationale, un-e correspondant-e handicap est présent-e dans chaque académie et à l'administration centrale afin d'accompagner les personnels dans leurs démarches. La liste des correspondant-es handicap est disponible sur le site du ministère. Un relais de ce ou cette correspondant-e handicap doit être désigné dans chaque direction des services départementaux de l'éducation nationale. Les correspondant-es handicap sont en lien avec le comité local du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP).

Tout-e agent-e public a le droit de consulter un référent-e handicap, chargé-e de l'accompagner tout au long de sa carrière et de coordonner les actions menées par son employeur.

Le référent-e handicap a pour missions au nombre de :

- favoriser l'insertion, le maintien dans l'emploi et accompagner les agent-es tout au long de leur carrière ;
- suivre les actions de l'employeur en matière d'accueil, d'insertion et de maintien dans l'emploi ;
- informer et communiquer sur les handicaps, les dispositifs mobilisables et les actions réalisées par l'employeur ;
- favoriser le recrutement des personnes en situation de handicap.

contribuer à la gestion administrative et financière de la politique d'inclusion le cas échéant dans le cadre des partenariats conclus avec le FIPHP.

Les personnes en situation de handicap peuvent être assistées dans leur activité professionnelle d'un-e accompagnant-e des personnels en situation de handicap (APSH).

Attention ! La personne en situation de handicap n'est pas obligée de se prévaloir de sa décision de RQTH, elle n'est par ailleurs jamais obligée d'en informer son employeur.

Dès lors qu'elle a été déposée avant l'échéance du droit en cours, toute demande de renouvellement de la RQTH auprès de la MDPH proroge les effets du bénéfice de la reconnaissance de cette qualité, jusqu'à ce qu'il soit statué à nouveau sur son renouvellement, avant l'expiration du délai de 4 mois.

Pour plus d'informations :

<https://fsu.fr/guide-les-personnels-en-situation-de-handicap/>

DROITS AU MAINTIEN DANS L'EMPLOI

Les agent-es reconnu-es travailleurs ou travailleuses handicapé-es peuvent obtenir des compensations permettant de poursuivre leur activité. Il leur faut pour cela déclarer leur situation en prenant notamment contact avec le ou la correspondant-e handicap de l'académie.

Ils et elles peuvent saisir le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique (FIPHP) pour demander un financement de l'aménagement de leur poste ou pour la rémunération d'un-e agent-e chargé-e de les accompagner (voir toutes les possibilités sur le site du FIPHP).

Les personnes en situation de handicap peuvent aussi obtenir directement de l'employeur un aménagement du poste de travail, un aménagement des horaires, un temps partiel (après avis du médecin du travail) ou un suivi médical particulier. L'aménagement d'horaire peut aussi être obtenu pour accompagner un proche en situation de handicap (conjoint-e, ascendant-e, enfant...).

Pour faire valoir ces droits, il faut au préalable demander et obtenir une reconnaissance de travailleur ou travailleuse handicapé-e (RQTH) auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

DROIT AU RECLASSEMENT POUR INAPTITUDE AU POSTE

Lorsque l'état de santé d'un-e agent-e ne lui permet plus d'exercer ses fonctions, il ou elle peut demander un aménagement de poste.

Pour les fonctionnaires, lorsque cette adaptation du poste n'est pas possible, l'administration peut, après avis du médecin du travail ou du conseil médical s'il a été saisi, affecter l'agent-e concerné-e dans un autre emploi lui permettant d'effectuer les fonctions correspondant à son grade.

Pour occuper un autre emploi, le ou la fonctionnaire peut bénéficier d'une période de préparation au reclassement pour une véritable transition professionnelle.

Cette préparation au reclassement doit être proposée par l'administration lorsque le conseil médical déclare un-e fonctionnaire inapte à ses fonctions sans pour autant interdire toute activité. Cette préparation peut durer un an. Pendant cette période, l'agent-e doit pouvoir obtenir une qualification nécessaire à l'exercice de nouvelles fonctions (formation, observations, mises en situations...). Le contenu de cette préparation doit être défini conjointement par l'administration et l'agent-e. Le FIPHP (Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la Fonction publique) peut financer la formation nécessaire au reclassement. L'administration doit engager avec l'agent-e la recherche d'un emploi dans un autre corps ou cadre d'emploi pour le reclassement.

Attention, le ou la fonctionnaire doit :

- donner son accord pour cette préparation au plus tard quinze jours après la définition conjointe du projet ;

- à l'issue de la période de préparation, demander le reclassement.

Pendant cette période, l'agent-e est maintenu-e en position d'activité dans son corps d'origine et continue de percevoir sa rémunération.

Les agent-es contractuel-les en CDD ou en CDI sur un emploi permanent ont aussi droit au reclassement (au sein du ministère de l'Éducation nationale) pour inaptitude physique définitive dûment constatée par un médecin agréé. La demande doit être effectuée par l'agent-e dès la notification du licenciement pour inaptitude.

RETRAITE POUR INVALIDITÉ

Dispositif permettant à un fonctionnaire devenu « définitivement inapte à toute fonction » de partir en retraite sans devoir attendre d'avoir atteint l'âge d'ouverture des droits. Il s'agit d'un dispositif spécifique à la FP et à d'autres régimes spéciaux, il n'est donc pas ouvert aux non-titulaires, lesquels relèvent du régime général et bénéficient d'un dispositif différent en cas d'invalidité grave et d'inaptitude.

Ce régime va être réformé à l'horizon du 1^{er} janvier 2027.

Mode de calcul de la pension

Lorsque le ou la fonctionnaire est mis-e en retraite pour invalidité, son taux de pension est calculé à partir des trimestres qu'il détient dans le régime FP. Ce taux pouvant être porté à 50 % si le taux d'incapacité de l'intéressé atteint au moins 60 %.

Même s'il est calculé sans décote, ce taux de pension reste souvent en-deçà des 75 %, une mise en retraite pour invalidité interrompant en général une carrière avant son terme.

La cessation prématurée d'activité pèse aussi sur la base de calcul de la pension puisque l'on s'appuie sur le traitement indiciaire brut afférent à l'indice détenu durant les six derniers mois de la carrière.

Lorsque l'inaptitude est imputable au service, la condition des 6 mois ne s'applique pas et la pension de retraite est majorée d'une rente viagère en fonction du taux d'incapacité causé par l'accident.

Les fonctionnaires polypensionnés devront attendre d'avoir atteint l'âge légal pour faire liquider leurs autres pensions. Celles-ci pouvant être amputées d'une décote si leur durée d'assurance tous régimes est insuffisante.

Procédure

La demande de mise en retraite pour invalidité peut être formulée par le ou la fonctionnaire lui-même ou par l'administration.

Celle-ci se fait par formulaire papier, disponible en ligne ou auprès du rectorat. L'instruction de cette demande est longue car nécessitant expertises médicales et consultation du conseil médical.

Durant cette période, si le ou la fonctionnaire a épuisé-e ses droits à congés, il ou elle est placé-e en disponibilité d'office et bénéficie du maintien du traitement qu'il ou elle avait lors de la période d'activité précédente. Celui-ci devra être remboursé lorsque la mise en retraite sera prononcée et que la pension viendra s'y substituer.

Dans le cadre de la réforme en cours, un dispositif transitoire doit être mis en place pour permettre le maintien en disponibilité dans l'attente du bénéfice du nouveau régime, qui sera plus favorable aux agent-es que la retraite pour invalidité actuelle.

Pour les contractuelles, la pension d'invalidité de la Sécurité sociale n'est pas une retraite, mais une allocation temporaire, versée aux assuré-es dont la capacité de travail est réduite d'au moins 66 %. Celle-ci peut être révisée, voire supprimée, en fonction de l'évolution de l'état de santé de son ou sa bénéficiaire. Son versement prend fin, au plus tard, à l'âge d'ouverture de ses droits à retraite.

Les agent-es contractuel-les non titulaires, victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, peuvent obtenir le versement d'une rente viagère.

Les périodes au cours desquelles l'assuré a perçu une rente pour une incapacité permanente au moins égale à 66 % sont assimilées à des trimestres d'assurance.

PRESTATIONS D'ACTION SOCIALE

L'action sociale vise à l'amélioration des conditions de vie des agent-es de l'État. Elle est loin de connaître dans la Fonction publique le développement des services sociaux des grandes entreprises et l'Éducation nationale est l'un des ministères le moins doté au regard du nombre de ses personnels. Mais ces droits existent ! Ils sont statutaires et mis en œuvre à la demande expresse de chaque intéressé-e. Voici vos droits ; faites-les valoir !

LOISIRS, CULTURE, VACANCES

Chèques-vacances

Bonifications de l'épargne (10 %, 15 %, 20 %, 25 %, 30 %, 35 %) en fonction des tranches de revenu (+ quotient familial). Revenu fiscal de référence de l'année N-2 (RFR 2022) plafonné à 28 047 € pour la première part de quotient familial, majoré de 3 334 € par 0,25 part supplémentaire. Sur proposition de la FSU, le Comité interministériel d'action sociale (CIAS) a ouvert l'accès aux chèques-vacances aux assistant-es d'éducation.

Attention : depuis le 1er octobre 2023, seuls les agent-es en activité ont droit au Chèque-vacances. Les retraité-es sont exclu-es du dispositif. Compte-tenu du plafond de ressources, cette mesure touche les retraité-es les plus pauvres et constitue une nouvelle attaque contre le statut de la Fonction publique car

l'action sociale concerne l'ensemble des fonctionnaires. Malgré un premier recours gagné au Conseil d'État, le ministère de la Fonction publique a maintenu cette mesure en publiant une nouvelle circulaire, au mépris du dialogue social. Majoration de 30 % pour les agent-es handicapé-es.

Tranche de bonification de 35 % pour tous les bénéficiaires âgé-es de moins de 30 ans au moment du dépôt de la demande.

Site Internet : www.fonctionpublique-chequesvacances.fr

Prestations interministérielles pour séjour d'enfants

Les prestations interministérielles pour séjours d'enfants sont des aides financières, versées sous conditions de ressources aux agent-es pour le financement de dépenses liées aux séjours et centres de loisirs de leur(s) enfant(s). Leur barème est fixé chaque année par circulaire.

Séjours d'enfants	Conditions d'attribution Moins de 18 ans et quotient familial	Montants en 2025
Centres de vacances avec hébergement, colonies de vacances, centre pour préadolescents et adolescents	Centres de vacances agréés par le ministère de la Jeunesse et des Sports, séjours en France ou à l'étranger	– de 13 ans : 8,40 € / jour de 13 à 18 ans : 12,70 € / jour
Séjours linguistiques	+ Séjours découverte linguistique et culturelle	– de 13 ans : 8,40 € / jour 13 à 18 ans : 12,71 € / jour
Centres de loisirs sans hébergement		6,06 € / journée complète 3,06 € / demi-journée
Séjours avec parents en centres familiaux agréés et gîtes de France	Quarante-cinq jours par an et par enfant avec leurs parents, centres familiaux ou établissements agréés	8,84 € / journée si pension complète 8,40 € / journée si autre formule
Classe de neige, mer, nature, séjours mis en œuvre dans le cadre éducatif	Enfant de moins de 18 ans au début de l'année scolaire	de 1 à 21 jours : 4,14 € / jour 21 jours ou + par an : forfait de 87,05 €

Type d'aide	Conditions d'attribution	Montants en 2025
Aides aux familles au titre des enfants	Pas de plafond indiciaire.	
▪ Aide aux parents en repos	Séjour en maisons de repos agréées par la Sécurité sociale pour personnels féminins + enfants en séjour médicalement prescrit. Enfant de moins de 5 ans.	▪ 26,16 € / jour
▪ Garde des enfants 0-3 ans et 3-6 ans (chèques emploi-service universel (CESU)*) Site Internet : www.cesu-fonctionpublique.fr	Versés pour enfant(s) de 0 à 6 ans placé(s) chez une assistante maternelle agréée, en crèche, jardin d'enfants, halte garderie... y compris accueil hors des horaires de l'école maternelle ou primaire pour les enfants scolarisés. Aide annuelle versée selon les tranches de RFR (n-2) et les parts fiscales. Attention ! Assurez-vous des conditions de recevabilité du CESU : tous les organismes (crèches, associations...) ne les acceptent pas en tant que titre de paiement.	RFR pour 1,25 part fiscale (ajouter 550 € / 0,25 part supplémentaire) : ▪ jusqu'à 28 350 € : 700 € ▪ 28 351 à 37 799 € : 400 € ▪ 37 800 à 46 098 € : 200 € Familles monoparentales : ▪ jusqu'à 28 350 € : 840 € ▪ 28 351 à 37 799 € : 480 € ▪ à partir de 37 800 : 265 €
Aides aux familles au titre des enfants handicapé-es	Pas de plafond indiciaire	
▪ Allocation aux parents d'enfants handicapés de moins de 20 ans	Versée aux seules bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale.	▪ 183 € / mois
▪ Allocation spéciale pour jeunes de 20 à 27 ans	Incapacité de 50 % au moins, poursuite d'études ou d'un apprentissage. Elle n'est pas versée aux bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés.	▪ 30 % de la base mensuelle de calcul des prestations familiales. 139,94 € / mois
▪ Séjours en centres de vacances spécialisés	Limite annuelle de quarante-cinq jours, pas de limite d'âge.	▪ 23,96 € / jour

LOGEMENT

Aides au logement de la CAF

Les néorecrutés peuvent souvent prétendre aux aides au logement car les revenus pris en compte sont ceux de la déclaration de l'année antérieure. Les renseignements sont en ligne sur www.caf.fr. On peut y simuler le calcul de l'aide.

Aide à l'Installation des Personnels (AIP)

Destinée à aider les agent-es nouvellement affecté-es, réservée à l'installation dans un logement locatif (premier mois de loyer, provision pour charge comprise + frais d'agence et de rédaction de bail...).

■ Montant maximum (zone ALUR) : 1 500 €.

■ Autres zones : 700 €.

■ Double condition d'attribution : être néorecruté-e dans la Fonction publique de l'État et avoir déménagé directement à la suite de son recrutement.

■ Condition de ressources : RFR de l'année n-2 (2023) inférieur ou égal à 28 047 € (un seul revenu au foyer demandeur) ou 41 383 € (deux revenus au foyer).

Grace à l'action syndicale le gouvernement a renoncé à supprimer cette prestation.

www.aip-fonctionpublique.fr

www.service-public.fr/simulateur/calcul/zones-tendues

Logement social

Très en deçà des besoins, l'offre de logement locatifs s'inscrit dans la réglementation générale des logements sociaux concernant les ressources familiales et les plafonds de ressources (HLM, PLI, etc.).

Crédit social des fonctionnaires : www.csf.fr

AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE DES RETRAITÉ·ES

La création de l'Aide au maintien à domicile (AMD) est le fruit d'une bataille syndicale de très longue haleine menée par les syndicats de la FSU, et initiée lorsqu'au lendemain de la canicule meurtrière de 2003, le gouvernement avait successivement supprimé les aides spécifiques aux retraité·es (Aides à l'amélioration de l'Habitat, Aide ménagère à domicile).

L'aide au maintien à domicile nouvelle comporte deux volets :

■ Un plan d'action personnalisé (PAP) pour les personnes âgées relativement autonomes (GIR 5 ou 6) mais nécessitant un soutien du fait de leur âge, de leur santé, de leurs ressources et de leurs conditions de vie à domicile. Bénéficiaires retraité·e à titre principal relevant du code des pensions civiles et militaires, y compris les pensions de réversion, à partir de 55 ans, aide non cumulable avec les aides de même nature des conseils généraux, ni celles versées au titre du handicap.

■ L'aménagement du logement afin de permettre le maintien à domicile depuis le 1^{er} janvier 2024, Ma PrimeAdapt[®] est devenue la nouvelle aide unique pour les travaux d'adaptation des logements, remplaçant l'ensemble des aides actuelles de l'Anah et de la Caisse nationale d'assurance retraite (Habitat et Cadre de vie) ainsi que le crédit d'impôt.

Cette aide bénéficie aux locataires et propriétaires occupants du parc privé à partir de 70 ans, sans condition de perte d'autonomie, dans une logique de prévention. Elle est également ouverte aux personnes entre 60 et 69 ans en perte d'autonomie précoce ainsi qu'aux personnes en situation de han-

dicap, quel que soit leur âge, justifiant d'un taux d'incapacité supérieur à 50 ou éligibles à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Montants

La participation de l'État est variable en fonction des prestations, des ressources et de la situation de famille.

Plafond d'aide annuel

■ Au titre du PAP : 3 000 €.

■ Au titre du soutien ponctuel en cas de retour d'hospitalisation ou de période de fragilité physique ou sociale (pour une durée maximale de trois mois effectifs) : 1 800 €.

■ Au titre de Ma primeAdapt[®] : la prise en charge financière varie selon les revenus et les régions et selon un plafond.

Faire sa demande auprès de la structure locale de la CNAVTS qui prendra en charge l'évaluation des besoins, notifiera le plan retenu, mettra en œuvre le dispositif et les modalités de paiement.

Site Internet : www.fonction-publique.gouv.fr/amd

RESTAURATION (PRESTATION « REPAS »)

Participation de l'administration au prix des repas servis dans les restaurants administratifs et interadministratifs 1,47 €/repas, jusqu'à l'indice 539 inchangé depuis janvier 2024.

SECOURS EXCEPTIONNELS : AIDES ET PRÊTS

Les assistant·es de service social chargé·es des personnels assurent des permanences dans les rectorats et les inspections académiques. Leur rôle est d'aider les intéressé·es à évaluer les difficultés rencontrées et les solutions qui peuvent être apportées. Destinés aux personnels en activité ou en retraite rencontrant des difficultés passagères, notamment d'ordre budgétaire, des aides (non-remboursables) ou des prêts à court terme et sans intérêt peuvent être accordés après constitution du dossier de demande et avis des commissions académique (CAAS) ou départementale (CDAS) d'action sociale dans lesquelles siègent des représentant·es des personnels et de la MGEN. Dans ce cadre, les privé·es d'emploi peuvent à titre dérogatoire voir leur demande examinée, même s'ils et elles ne remplissent plus les conditions d'accès aux prestations.

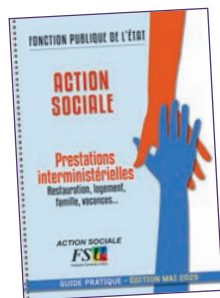
LES PRESTATIONS SOCIALES D'INITIATIVE ACADÉMIQUE

Ces prestations sont spécifiques à l'Éducation nationale. Elles sont différentes selon les rectorats qui en publient la liste chaque année. Les conditions d'ouverture varient selon les académies.

Suite aux demandes répétées des représentant·es des personnels dans les instances d'action sociale, les services sociaux des rectorats (ou des inspections académiques) publient souvent des brochures annuelles relatives aux prestations sociales. Consultez ces publications pour savoir quelles sont les prestations propres à chaque académie ou à chaque Région : contactez le service académique de l'action sociale.

[Circulaire DGRH-CI-3 n° 2007-121 du 23/07/2007, BOEN n° 30 du 30/08/2007]

Le SNES-FSU revendique la généralisation nationale des prestations locales et la création de nouvelles prestations répondant pleinement aux besoins des personnels.



Un combat syndical vigilant et persévérant

Depuis une quinzaine d'années, les prestations d'action sociale, leur principe, les montants et conditions de gestion et d'attribution sont régulièrement placés sur la sellette par les gouvernements successifs.

Dernière manœuvre en date : la création par l'ancien ministre, fin 2021, de la pseudo « association » PREAU. Présenté par le ministère comme un complément à l'action sociale avec quelques « avantages » de type « coupons sport » ou de la presse gratuite, PREAU persiste à n'être qu'une vitrine publicitaire pour quelques grands groupes industriels de loisirs choisis en toute opacité et gouverné en dehors des instances d'action sociale.

L'action sociale est la propriété des personnels, qui la gèrent librement à travers des commissions et comités, instances reconnues statutairement : les CAAS, la CNAS, le CIAS... dans lesquels siègent les représentant·es des personnels issus des élections professionnelles.

Par exemple, à l'échelon gouvernemental, le Comité interministériel de l'action sociale (CIAS) pilote la mise en œuvre des prestations communes à tous les fonctionnaires de l'État (Chèques-Vacances, CESU-garde des enfants, AIP...). Nous y avons ainsi obtenu la création d'une nouvelle prestation d'aide au maintien à domicile pour les agent-es retraité·es, le maintien et l'amélioration de l'Aide à l'installation (AIP),

ainsi que l'ouverture d'une tranche de bonification de 35 % des chèques-vacances pour tous les bénéficiaires âgé·es de moins de 30 ans.

Répondre aux besoins réels des agent-es suppose d'ouvrir largement l'accès à l'action sociale, notamment en terme de prestations individuelles, mais aussi d'investir massivement dans les structures collectives : logements, crèches et haltes-garderies, restauration, maisons de retraite, sites de vacances... Vigilance et persévérance restent donc les mots d'ordre de l'action syndicale.

LES AUTORISATIONS SPÉCIALES D'ABSENCE POUR RAISONS FAMILIALES OU DE SANTÉ

Les agent-es peuvent bénéficier, sous réserve de nécessités de services, d'autorisations spéciales d'absence (ASA) liées à la parentalité, à certains événements familiaux ou à la santé au travail. Attention, une grande partie de ces autorisations d'absence ne sont pas de droit. Si des ASA sont refusées, il ne faut pas rester isolé-e. Il faut en informer les représentant-es des personnels.

AUTORISATIONS D'ABSENCE À LA DISCRÉTION DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT

GARDE D'ENFANT

Il est possible de bénéficier d'autorisations d'absence pour garder et soigner un-e enfant malade et ne pouvant pas être accueilli-e en crèche ou à l'école, ou lorsque le mode de garde habituel est exceptionnellement fermé.

L'enfant doit avoir 16 ans maximum ou être handicapé-e (quel que soit son âge). Le nombre annuel de jours d'ASA est le même quel que soit le nombre d'enfant au domicile, mais varie en fonction de la situation conjugale et de la quotité de travail.

À temps plein, avec un-e conjoint-e bénéficiant du même nombre d'ASA, il peut être accordé sur l'année deux fois le nombre de jours travaillés hebdomadairement, soit 6 jours par an par parent si le plein temps est sur 5 jours. Ces ASA peuvent être fractionnées en demi-journées, mais lorsqu'elle ne le sont pas, le nombre de jours est porté à 8.

À temps partiel, avec un-e conjoint-e bénéficiant d'ASA, il est possible de bénéficier sur l'année de 6 jours x la quotité de travail. Soit pour un-e agent-e à mi-temps : 3 jours par an. Sans possibilité de fractionnement ce nombre est porté à 4.

Les deux parents peuvent se répartir les autorisations d'absence, mais si l'un des parents dépasse le quota annuel, il doit en fin d'année fournir à son employeur une attestation précisant le nombre de jours pris par la ou le conjoint-e.

À temps plein mais avec un-e conjoint-e en recherche d'emploi ou en emploi mais ne bénéficiant d'aucune ASA, l'agent-e peut bénéficier de 12 jours (majorés à 15 s'il n'est pas possible de fractionner).

Si le ou la conjoint-e a droit à un nombre d'ASA inférieur, l'agent-e peut bénéficier d'une majoration portant le total du couple au nombre de jours dont dispose un couple d'agent-es disposant tout les deux du quota fixé pour la Fonction publique, soit 12 jours annuels.

Un-e agent-e vivant seule et travaillant à temps plein sur 5 jours bénéficie de 12 jours portés à 15 en l'absence de possibilité de fractionnement en demi-journées.

AUTORISATIONS D'ABSENCE LIÉES À L'ANNONCE D'UNE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU D'UN CANCER DE L'ENFANT

Des autorisations d'absence rémunérées peuvent être accordées lors de l'annonce qu'un-e enfant souffre d'une pathologie chronique nécessitant un apprentissage thérapeutique, ou d'un cancer.

DÉCÈS D'UN PARENT

ASA pour décès du ou de la conjoint-e, d'un parent (père ou mère) : 3 jours, auxquels il est possible d'ajouter 48 heures pour prendre en compte les délais de route.

DÉCÈS D'UN-E ENFANT : UNE AUTORISATION D'ABSENCE DE DROIT

(article L 622-2 du code général de la Fonction publique)

Les agent-es bénéficient, de droit, d'une autorisation spéciale d'absence de cinq jours ouvrables pour le décès d'un-e enfant. Si l'enfant décédé-e est âgé-e de 25 ans ou plus, la durée de l'autorisation spéciale d'absence est fixée à 12 jours ouvrables. Cette durée est portée à 14 jours ouvrables lorsque l'enfant est âgé-e de moins de 25 ans ou en cas de décès d'une personne âgée de moins de 25 ans dont le fonctionnaire a la charge effective et permanente. Les agent-es publics bénéficient, dans les mêmes conditions, d'une autorisation spéciale d'absence complémentaire de huit jours, qui peut être fractionnée et prise dans un délai d'un an à compter du décès.

AUTORISATIONS D'ABSENCE DE DROIT EN LIEN AVEC LA MÉDECINE DE PRÉVENTION

Des autorisations d'absence doivent être accordées pour permettre aux agent-es de bénéficier d'un examen médical dans les cas suivants :

- lorsque le médecin du travail prescrit ou recommande des examens médicaux pour :
 - déterminer la compatibilité entre le poste de travail et l'état de santé de l'agent-e, notamment pour dépister des affections pouvant entraîner une contre-indication à ce poste de travail ;
 - dépister une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle de l'agent-e ;
 - dépister des maladies dangereuses pour l'entourage professionnel de l'agent-e.
- pour les visites de surveillance médicale particulière exercées obligatoirement par la médecine du travail à l'égard :
 - des personnes en situation de handicap ;
 - des femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitantes ;
 - des agent-es réintégré-es après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
 - des agent-es occupant des postes définis à l'article 15-1 ci-dessus ;
 - et des agent-es souffrant de pathologies particulières déterminées par le médecin du travail.

Une autorisation d'absence doit aussi être accordée pour bénéficier :

- tous les cinq ans d'une visite réglementaire d'information avec la médecine du travail ou un-e infirmier-e du service de médecine de prévention ;
- à la demande de l'agent-e, d'une visite avec la médecine du travail ou un-e membre de l'équipe pluridisciplinaire sans que l'administration n'ait à en connaître le motif ;
- d'une visite avec la médecine du travail à la demande de l'administration.

Sur avis du médecin du travail et si les nécessités de service le permettent, une agente publique peut bénéficier d'une ASA d'une heure par jour à partir du troisième mois de grossesse pour :

- assister aux séances de préparation à l'accouchement qui ne peuvent pas avoir lieu en dehors de ses heures de travail ;
- se rendre aux examens médicaux obligatoires antérieurs ou postérieurs à l'accouchement prévus par l'Assurance maladie ;
- allaitement dans la limite d'une heure par jour à prendre en 2 fois si l'administration dispose d'une crèche. En l'absence de crèche, l'administration peut aussi accorder des autorisations d'absence pour allaitement si la proximité du lieu de garde de l'enfant le permet.

AUTORISATIONS D'ABSENCE DANS LE CADRE D'UNE ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (PMA)

Une agente publique qui reçoit une assistance médicale à la procréation (PMA) peut bénéficier d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires. L'agent-e conjoint-e de la femme qui reçoit cette assistance médicale à la procréation, ou lié-e à elle par un pacte civil de solidarité, ou vivant maritalement avec elle, peut bénéficier aussi d'une autorisation d'absence, pour prendre part à, au plus, trois des actes médicaux nécessaires à chaque protocole d'assistance médicale à la procréation. La durée de l'absence est proportionnée à la durée de l'acte médical regu. Ces autorisations d'absence sont rémunérées. Ces ASA découlent d'une circulaire Fonction publique du 24 mars 2017. Elle invite les employeurs publics à accorder aux agent-es les mêmes droits que ceux qui sont fixés par le code du travail pour les salarié-es du privé.

SANTÉ AU TRAVAIL

PROTÉGER LA SANTÉ AU TRAVAIL : UNE OBLIGATION DE L'EMPLOYEUR

Le travail ne doit pas porter atteinte à la santé, et quand on parle de santé il faut la comprendre au sens large telle qu'elle est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé : « la santé est un état de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Défendre la santé au travail, c'est donc faire en sorte que l'organisation et les conditions de travail ne provoquent ni accident ni maladie, mais c'est aussi faire que l'activité professionnelle favorise « un état de bien-être physique, mental et social ».

Tous les employeurs ont l'obligation de protéger et favoriser la santé des salarié·es ou des agent·es qui sont sous leur responsabilité. Cette obligation est fixée et précisée dans de nombreux textes (lois et décret) qui peuvent être rappelés au quotidien.

La partie du code du travail relative à la santé au travail s'applique à la Fonction publique. Elle est complétée et précisée dans le code général de la Fonction publique et plusieurs décrets.

Ces textes et les obligations qu'ils fixent sont trop souvent ignorés.

Ainsi, selon l'article 4121-1 du code du travail, chaque employeur doit prendre « les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent :

1° Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ;

2° Des actions d'information et de formation ;

3° La mise en place d'une organisation et des moyens adaptés. »

L'article suivant du code du travail précise entre autre que l'employeur doit :

« 1° Éviter les risques ;

2° Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;

3° Combattre les risques à la source ;

4° Adapter le travail à l'Homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ».

Le code général de la Fonction publique rappelle que des « conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents publics durant leur travail » (article L 136-1).

Cette obligation est précisée par la réglementation : « Dans les administrations et établissements [...] les locaux doivent être aménagés, les équipements doivent être installés et tenus de manière à garantir la sécurité des agents et, le cas échéant, des usagers. Les locaux doivent être tenus dans un état constant de propreté et présenter les conditions d'hygiène et de salubrité nécessaires à la santé des personnes. »

QUI EST RESPONSABLE DANS L'ÉTABLISSEMENT ?

« Les chefs de service sont chargés, dans la limite de leurs attributions et dans le cadre des délégations qui leur sont consenties, de veiller à la sécurité et à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité ». Dans le second degré, le chef d'établissement, en qualité de représentant de l'État « prend toutes dispositions, en liaison avec les autorités administratives compétentes, pour assurer la sécurité des personnes et des biens, l'hygiène et la salubrité de l'établissement » (article R421-10 -§3 du Code de l'éducation).

COMMENT AGIR AU NIVEAU DE L'ÉTABLISSEMENT ?

La Commission d'hygiène et de sécurité qui doit être installée par le Conseil d'administration (CA) de l'établissement (articles L421-25 et D421- 151 à 159 du code de l'éducation) est compétente pour traiter toutes les questions liées à la sécurité et à l'hygiène : équipements, machines, locaux, plan de sécurité en cas de travaux, programme de formation et de prévention des risques, suivi des registres, mise en place du PPMS*, suivi des visites de l'inspection du travail qu'elle peut demander, de la commission d'accessibilité... La commission peut faire des propositions visant l'amélioration des conditions de travail dans l'établissement.

COMMENT SIGNALER UN RISQUE POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL ?

Le Registre Santé et Sécurité au Travail (Registre SST) est obligatoire dans tous les établissements.

Il doit être à la disposition des personnels qui peuvent l'utiliser pour signaler toutes les situations de travail dégradées ou dangereuses et tout ce qui permettrait d'améliorer les conditions de travail. Attention : ce registre ne se substitue pas aux rapports d'incidents, ou dans les cas les plus graves au dépôt de plainte. Parallèlement à d'autres modalités d'interventions, il facilite l'identification et la traçabilité des risques professionnels, permet le débat sur le travail dans un but d'amélioration et de prévention.

LE REGISTRE DE SIGNALEMENT D'UN DANGER GRAVE ET IMMINENT IMPOSE À L'ADMINISTRATION UNE RÉPONSE RAPIDE

Un·e agent·e peut se retirer de toute situation de travail dont il a un « motif raisonnable » de penser qu'elle présente un danger grave ET imminent pour sa vie ou sa santé ou lorsqu'il ou elle constate toute défectuosité dans les systèmes de protection. Seul l'agent·e ou les agent·es individuellement concerné·es directement par un danger ont la possibilité de se retirer. C'est donc un droit individuel, qui ne doit pas mettre d'autres personnes en danger.

Une fois mis en sureté, il faut signaler la situation à un·e représentant·e des personnels en F3SCT.

Il faut aussi alerter lorsqu'un·e agent·e identifie un danger grave sans être personnellement concerné·e (sans avoir donc à exercer un droit de retrait).

Qu'est-ce qu'un danger grave ?

Une situation susceptible de provoquer un accident ou une maladie provoquant la mort, ou une incapacité permanente ou temporaire prolongée. L'origine du danger n'est pas forcément extérieure en totalité à l'individu, elle peut provenir d'une évolution de son état de santé rendant la situation « dangereuse ».

Qu'est-ce qu'un danger imminent ?

L'événement dangereux est susceptible de se produire dans un avenir très proche ou immédiat. Mais les conséquences sur la santé peuvent être décalées, différées dans le temps. Ainsi l'exposition immédiate à un produit cancérigène ne produit ses effets que bien des années plus tard. Il s'agit donc d'un danger imminent.

PROTECTION DES AGENT·ES : LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

Les agents publics et agent·es publiques peuvent être confronté·es à des violences physiques, verbales, à du harcèlement, à de la diffamation ou des outrages qui peuvent avoir des effets particulièrement délétères notamment sur leur santé. L'administration a dans ce domaine des obligations qui sont fixées par les articles L134-1 à L134-12 du code général de la Fonction publique. Ainsi, la « collectivité publique est tenue de protéger l'agent public contre les atteintes volontaires à l'intégrité de sa personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont il pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée. Elle est tenue de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté. » (article L 134-5) Par ailleurs, « lorsqu'elle est informée, par quelque moyen que ce soit, de l'existence d'un risque manifeste d'atteinte grave à l'intégrité physique de l'agent public, la collectivité publique prend, sans délai et à titre conservatoire, les mesures d'urgence de nature à faire cesser ce risque et à prévenir la réalisation ou l'aggravation des dommages directement causés par ces faits.

Ces mesures sont mises en œuvre pendant la durée strictement nécessaire à la cessation du risque. » (article L 134-6)

Il ne faut pas hésiter à faire valoir l'ensemble de ces droits, à prendre contact avec la section syndicale académique et avec les représentant·es de la FSU en Formation Spécialisée SSCT. Aucune forme de violence ne doit être acceptée.

Vous aussi, syndiquez-vous !

Pour gagner la revalorisation de nos métiers, nous avons besoin de syndicats forts. Chacune et chacun d'entre nous peut agir en renforçant les syndicats de la FSU.

**Adhérer à un syndicat de la FSU
c'est lutter pour nos métiers, nos salaires.**



[https://lesite.snepfusu.fr/
sujets/le-snep-fsu/
adherer-pourquoi-comment/](https://lesite.snepfusu.fr/sujets/le-snep-fsu/adherer-pourquoi-comment/)



[www.snes.edu/
adherer-maintenant/](http://www.snes.edu/adherer-maintenant/)



[https://snuep.fr/
adhrere-snuep-fsu/](https://snuep.fr/adhrere-snuep-fsu/)

Vous avez la possibilité de renseigner et éditer votre bulletin d'adhésion, l'imprimer pour le remettre au trésorier de votre établissement ou d'effectuer le paiement en ligne si vous le souhaitez.

Nos syndicats ne fonctionnent que grâce aux cotisations des adhérent-es.

La cotisation donne droit à un crédit d'impôt de 66 % de son montant dont bénéficient tous les adhérent-es, qu'ils soient imposables ou non.