

Thème : LE STATUT DE L'INFIRMIERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

Notre devenir au sein de l'éducation nationale

Si depuis notre dernier congrès à St Étienne le spectre de la MISSE (Mission Interministérielle Santé Sociale Éducation) qui aurait permis de confier la santé des élèves à une structure extérieure à l'éducation nationale, s'est éloigné suite à nos mobilisations, notre maintien à l'Éducation Nationale est toujours remis en cause.

Les infirmie-res ont exprimé à maintes reprises leur opposition de subordonner le pilotage et la gouvernance de la politique de santé à l'École à une structure extérieure à l'éducation nationale, mais le danger n'est pas pour autant écarté.

En effet en 2015 dans le cadre de la Modernisation de l'Action Publique (MAP) le gouvernement a impulsé une évaluation de la politique de santé à l'école.

La modernisation de l'action publique (MAP) a pour but, à moyen terme, la réforme de l'État et la baisse des dépenses publiques.

La DGESCO affirme que les conclusions du rapport de la MAP sont favorables aux infirmier-ères scolaires alors que le Cabinet de la Ministre prétend ne pas vouloir suivre ces conclusions qui conduiraient à l'externalisation de la santé.

Qui croire ?

Ce rapport dont la publication était prévue pour début 2016 n'est toujours pas sorti.

Ce qui n'empêche pas « les fuites » plus ou moins orchestrées.

Dans la revue Médecine d'octobre 2016, au chapitre « Renforcer t'approche Intersectorielle et interministérielle de la santé », les auteures, toutes deux de la Direction générale de la santé au Ministère des affaires sociales et de la santé écrivent :

« Cette orientation (répondre aux besoins de visions prospectives) se déclinera concrètement en deux objectifs qui sont, d'une part, renforcer la structuration partenariale et la mutualisation avec les autres ministères et, d'autre part, évaluer les impacts des politiques sectorielles sur la santé (et réciproquement).

En premier lieu, le travail partenarial avec les autres ministères gagne avec le temps à se structurer autour d'une gouvernance partagée et ce d'autant que les actions envisagées sont nombreuses et complexes. Il en sera ainsi de l'accord-cadre avec le ministère de l'Education nationale et de l'Enseignement supérieur qui vise notamment à déployer le parcours éducatif de santé au sein des établissements scolaires et qui servira aussi de cadre pour les contractualisations régionales entre les rectorats et les ARS. »

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

De plus, le SNMSU, syndicat majoritaire chez les médecins scolaires, en demande à corps et à cris la publication.

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

La grande loi sur la décentralisation, considérée comme trop technique à l'époque (28 mars 2003), puis poursuivie par une loi d'orientation du 16 décembre 2010, a été découpée en plusieurs textes dont le 1^{er} texte sur la réforme territoriale voté en décembre 2013 a été la Modernisation de l'Action Publique Territoriale et l'Affirmation des Métropoles ou MAPTAM. Le second volet voté en décembre 2014 a vu le redécoupage de 22 régions en 13 régions au 1^{er} janvier 2016. et enfin le

57 dernier volet a été la loi NOTRE, la Nouvelle Organisation Territoriale de la REpublique qui met en
58 avant de nouvelles entités comme les grandes régions, les métropoles et les intercommunalités.
59 Cette nouvelle carte des régions cache, au mépris des intérêts des politiques publiques, un
60 nouveau désengagement de l'État dans ses missions de service public et d'égalité territoriale. Les
61 objectifs sont la réduction des dépenses publiques et par conséquent réduire les missions des
62 services publics et au bout réduire le nombre des agents qui les assument. Tous les services
63 publics sont touchés : par exemple l'Éducation nationale, puisque dans les nouvelles régions, il
64 existe, un rectorat de région et des rectorats académiques avec des réorganisations de services,
65 des fusions, et des mutualisations sous forme de plateformes. Les inspections académiques sont
66 devenues des directions académiques avec des directeurs académiques et des délégations plus
67 importantes. Et pour les infirmières de l'Éducation nationale, le risque existe toujours d'une
68 externalisation vers un corps interministériel : nous faisons partie du ministère de l'Éducation
69 Nationale et de l'Enseignement Supérieur parce que nos missions contribuent exclusivement à la
70 réussite scolaire des élèves et des étudiants-tes. Les citoyens comme les organisations syndicales
71 ont bien du mal à savoir ce qui se passe dans cette nouvelle réorganisation qui affecte non
72 seulement les usagers mais également les agents, obligeant ces derniers dans certains cas à
73 une mobilité pas forcément choisie. Ces nouvelles collectivités locales, régions, métropoles,
74 intercommunalités, peuvent avoir des objectifs divergents selon les élus en place. Les services
75 publics sont mis à mal et on parle plus souvent de maison de services au public.
76 A l'Éducation nationale et dans l'enseignement supérieur, le nombre d'emplois infirmiers entre
77 2008-2009 et 2013-2014 est passé de 7240 à 7916 soit une progression de 676 emplois infirmiers
78 selon les bilans sociaux du MEN et du MESR mais ce n'est pas suffisant au regard de
79 l'augmentation de la population dans certaines régions dites attractives.

80

81

Statut

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

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

Sans faire un inventaire à la Prévert, nous pouvons citer :

Le rapport Desforges sur les concours d'accès à la fonction publique de l'État (février 2008)
recommande en outre un pilotage interministériel de la politique générale de recrutement des
fonctionnaires d'État

L'ouverture de concours ne se ferait non plus par corps, mais par niveau et par filière
professionnelle.

92

93

94

95

96

97

98

99

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

100

101

102

103

104

105

106

107

108

Le rapport sur l'avenir de la fonction publique dit « rapport Pêcheur » a été publié en 2013.
*Il avait pour objectif de repenser les « évolutions des modes de recrutement, de rémunération, de
gestion et d'organisation des carrières ainsi que des parcours professionnels » des agents des 3
versants de la fonction publique et servir de base à une négociation sur les carrières et
rémunérations de ces agents. Marylise Lebranchu, ministre de la Fonction Publique, avait indiqué
à plusieurs reprises que ce rapport servirait de base à une négociation sur les parcours
professionnels, les carrières et les rémunérations des agents.*

109

110

111

112

113

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

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

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

124
125 Les infirmières d'internat logées par NAS devaient un service de permanence sur 5 nuits, de 21 h
126 à 7 h du matin en plus des 41h hebdomadaires.

127 Les infirmier-es sont nommé-ées dans un établissement du 2nd degré (LGT, LP, collège et secteur
128 de recrutement) sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement de la résidence administrative.
129 Elles-ils font partie de l'équipe éducative.

130
131 C'est la raison pour laquelle les infirmières-rs ont tous-tes un horaire hebdomadaire de travail sur
132 36 semaines, calé sur le nombre de semaines de présence des élèves dans les établissements.

133
134 La mise en place de la RTT à l'Éducation Nationale redéfinit le temps de travail des infirmières-rs
135 dans les EPLE.

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

140
141 1600h sur 36 semaines correspondent à 44h hebdomadaires, les infirmières-rs d'établissements
142 faisaient 41h par semaine avant 2001 et la circulaire ARTT prévoyait, comme son nom l'indique,
143 un aménagement mais également une réduction du temps de travail. La réponse fut apportée par
144 la décomposition en 2 quotités du temps de travail

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

147 Mais elle-il présente annuellement au chef d'établissement un bilan de son activité conformément
148 à la circulaire des missions des infirmier(e)s de l'éducation nationale.

149
150 Le rapport Laurent préconise le principe d'une obligation annuelle de travail (OAT) de 1607H. Il fait
151 « la chasse » à toutes les dérogations, autorisations d'absences diverses, jours de congés
152 fractionnés, jours de congé supplémentaires pour certains territoires (COM, Alsace/Moselle,
153 Corse,...). (Recommandation 4, 5 et 6).

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

156 Il préconise également de supprimer la sur rémunération des temps partiels (85,7% pour 80% et
157 91,4% pour 90%).

158
159 Si les conclusions de ce rapport sont appliquées, ce sera :

- 160 – soit la fin d'un emploi du temps sur 36 semaines et des congés scolaires
- 161 – soit l'intégration du forfait de 10% dans le temps de travail donc 44h de travail effectif par
162 semaine.
- 163 – soit l'annualisation avec une modulation hebdomadaire. En effet, le temps de travail des
164 agents de la fonction publique ne peut excéder 48h hebdomadaires mais il peut être
165 modulable, entre 44 et 48h par exemple selon les besoins (réunions CESC, CA,.. etc.) pour
166 atteindre 1607h dans l'année.

167
168 Nous devons continuer à nous battre pour défendre notre statut actuel, pour faire avancer nos
169 mandats mais également pour éviter la régression de notre statut. En effet, c'est notre combat qui
170 a fait que la profession ait sa formation reconnue par un grade de licence même si nous voulions

171 que ce soit un diplôme. Cette reconnaissance nous a permis d'être classés-ées dans un corps de
172 catégorie A mais nous nous devons de continuer la bataille pour obtenir la catégorie A type
173 L'obtention de cette catégorie A type ne peut pas être dissociée de l'universitarisation de la
174 formation d'adaptation à l'emploi des infirmiers-res de l'Éducation Nationale au niveau Master.

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

178 Depuis le dernier congrès, le statut général des fonctionnaires a été modifié par les différentes
179 réformes gouvernementales entreprises depuis plusieurs années.

180 La loi n° 2016-483 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires a été
181 définitivement adoptée par l'Assemblée nationale et par le Sénat début avril 2016 et promulguée
182 le 20 avril de cette même année, 3 ans après la présentation du projet au Conseil des Ministres.

183 Trente ans après la loi du 13 juillet 1983, dite loi Le Pors, cette nouvelle loi apporte des
184 modifications au statut général de la fonction publique.

185
186 Le texte prévoit de consacrer certaines valeurs, déjà reconnues par la jurisprudence, qui fondent la
187 spécificité de l'action des agents publics : le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité,
188 impartialité, intégrité et probité ; est tenu à une obligation de neutralité dans l'exercice de ses
189 fonctions ; exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité et, à ce titre, s'abstient de
190 manifester ses opinions religieuses ; traite les personnes, notamment les usagers du service
191 public, de manière égale ; respecte la liberté de conscience et la dignité des personnes.

192
193 Le fonctionnaire veille à faire cesser immédiatement ou à prévenir les situations de conflit
194 d'intérêts dans lesquelles il se trouve ou pourrait se trouver.

195
196 Un dispositif de protection des "lanceurs d'alerte" sera créé afin qu'un agent puisse signaler sans
197 crainte l'existence d'un conflit d'intérêt.

198
199 La protection fonctionnelle dont peuvent bénéficier les agents à l'occasion des attaques dont ils
200 sont victimes dans l'exercice de leurs fonctions est renforcée et étendue aux conjoints et enfants
201 lorsqu'ils sont eux-mêmes victimes d'agressions du fait des fonctions de l'agent.

202 Le texte transcrit le protocole d'accord du 8 mars 2013 relatif à l'égalité professionnelle entre les
203 femmes et les hommes, signé par l'unanimité des organisations syndicales représentatives de la
204 fonction publique. L'obligation de nominations équilibrées dans les postes de cadres dirigeants est
205 étendue.

206
207 Deux dispositions ont un impact direct sur la carrière de certains collègues :

208
209 1) l'article 60 de la loi 84-16 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État
210 est renforcé dans sa rédaction au bénéfice de la sécurisation juridique des barèmes de mutation
211 comme mesure préparatoire aux mouvements. Le recours à un tel barème constitue une mesure
212 préparatoire et ne peut se substituer à l'examen de la situation individuelle des agents. Il ne peut
213 déroger au respect des priorités légales (fonctionnaires séparés de leur conjoint pour des raisons
214 professionnelles, fonctionnaires séparés pour des raisons professionnelles du partenaire avec
215 lequel ils sont liés par un PACS lorsqu'ils produisent la preuve qu'ils se soumettent à l'obligation
216 d'imposition commune, fonctionnaires handicapés et fonctionnaires qui exercent leurs fonctions,
217 pendant une durée et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, dans un quartier
218 urbain où se posent des problèmes sociaux et de sécurité particulièrement difficiles).

219 La modification de l'article 60 légalise la notion de barème comme mesure préparatoire aux
220 mutations, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Cette nouvelle disposition va nous permettre
221 de continuer le combat pour l'obtention d'un barème national.

222
223 En outre, y est ajoutée la possibilité pour un ministre d'édicter une ligne directrice pour reconnaître
224 la prise en compte pour les fonctionnaires des centres d'intérêts matériels et moraux (CIMM)
225 tels que définis dans la circulaire de la DGAFP n° 02129 du 3 janvier 2007 pour les collectivités et
226 départements d'outre-mer.

227

228 Les centres d'intérêts moraux et matériels sont une notion juridique déjà éprouvée puisqu'un arrêt
229 du Conseil d'État du 7 avril 1981 en précisait déjà les critères. Les critères de détermination des
230 CIMM ainsi précisés ne sont toutefois pas exhaustifs ni nécessairement cumulatifs ; plusieurs
231 d'entre eux, qui ne seraient pas à eux seuls déterminants, peuvent se combiner.

232 A savoir :

- 233 - le lieu de résidence des membres de la famille de l'agent, de leur degré de parenté avec lui, de
234 leur âge, de leurs activités, et le cas échéant de leur état de santé ;
- 235 - le lieu où le fonctionnaire est titulaire de comptes bancaires, d'épargne ou postaux ;
- 236 - la commune où le fonctionnaire paye certains impôts, en particulier l'impôt sur le revenu ;
- 237 - les affectations professionnelles ou administratives qui ont précédé son affectation actuelle ;
- 238 - le lieu d'inscription de l'agent sur les listes électorales.
- 239 - le lieu de naissance des enfants ;
- 240 - les études effectuées sur le territoire considéré par l'agent et/ ou ses enfants ;
- 241 - la fréquence des demandes de mutation vers le territoire considéré ;
- 242 - la fréquence des voyages que l'agent a pu effectuer vers le territoire considéré ;
- 243 - la durée des séjours dans le territoire considéré.

244
245 Il faut savoir également que chaque recteur décide de la bonification attribuée aux fonctionnaires
246 à gestion déconcentrée comme les infirmières qui font valoir des CIMM pour une mutation.
247 Faire valoir des centres d'intérêts matériels et moraux pour une mutation n'est pas sans
248 conséquences sur le traitement et les indemnités.

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

251 De ce fait, ne sont plus applicables à compter du 1er janvier 2017 aux fonctionnaires titulaires et
252 stagiaires de l'État et aux magistrats dont le centre des intérêts matériels et moraux se situe à
253 Mayotte :

- 254 - le taux de majoration applicable au traitement indiciaire de base (+40%)
- 255 - l'indemnité de sujétion géographique (20 mois du traitement indiciaire)
- 256 - l'indemnité d'éloignement

257
258 2) la prolongation du dispositif « Sauvadet » de deux ans, jusqu'en 2018. La loi du 12 mars 2012
259 dite loi « Sauvadet » permet aux contractuels de la fonction publique d'obtenir une titularisation ou
260 un CDI, sous conditions, via des recrutements réservés (avec ou sans concours) ou des examens
261 professionnels.

262 .Les conditions d'application sont modifiées en conséquence et les critères d'éligibilité à la
263 « CDIisation » ou à l'accès à l'emploi titulaire demeurent inchangés

264
265 A ce jour dans la FPE, 13 300 agents contractuels ont été titularisés sur 23 800 postes ouverts
266 pour 38 000 agents éligibles.

267 En ce qui concerne l'Education nationale, les chiffres du bilan social donnent pour 2014-2015 1204
268 contractuels de santé (infirmières-iers et médecins) sans qu'il soit fait de distinction par corps pour
269 927 ETP soit 1,9 % du total des effectifs de la filière santé.

270 La rémunération de ces agents est fixée contractuellement.

271
272 De manière générale, il ressort que le temps partiel est largement répandu et que le salaire
273 moyen des contractuel-les est plus faible que celui des agents titulaires.

274 Aucun principe n'impose au Gouvernement de fixer par voie réglementaire les conditions de
275 rémunération des agents contractuels ni les règles d'évolution de ces rémunérations.

276 Il ressort de la jurisprudence administrative que cette rémunération doit être fixée par référence à
277 celle que percevrait un fonctionnaire qui assurerait les mêmes fonctions à niveaux de qualification
278 et d'expérience professionnelle équivalents. Les agents contractuels sont en effet recrutés par
279 dérogation au principe selon lequel les emplois permanents de l'État sont occupés par des
280 fonctionnaires.

281 Ainsi le Conseil d'état en avril 2013 a précisé qu'il appartenait à l'administration « de fixer, au cas
282 par cas, la rémunération de ces agents en prenant en compte principalement la rémunération
283 accordée aux titulaires qu'ils remplacent et à titre accessoire, d'autres éléments tels que le niveau
284 de diplôme et l'expérience professionnelle des non-titulaires ainsi recrutés ». Ce qui devrait limiter

285 les abus dans certaines académies qui vont jusqu'à recruter sur une grille de B.
286 Cependant il ne peut y avoir une évolution automatique de rémunération à l'ancienneté à l'instar
287 des grilles indiciaires des fonctionnaires pour les contractuels en CDD. La jurisprudence
288 administrative considère en effet que l'organisation de perspectives d'avancement dans une grille
289 de rémunération pour des agents en CDD contrevient à la volonté du législateur qui n'a autorisé
290 qu'à titre dérogatoire et temporaire le recrutement d'agents contractuels.
291 Pour les agents en CDI, la situation s'avère différente car ils bénéficient depuis la loi dite Dutreil
292 du 26 juillet 2005, de droits spécifiques (avancement, réexamen de la rémunération tous les trois
293 ans....).

294
295 Le SNICS demande un plus grand nombre de recrutements de personnels infirmiers par concours
296 chaque année dans toutes les académies ce qui permettrait de limiter le recours aux contractuels.
297 Le SNICS revendique que les contrats de recrutements soient établis sur 12 mois et que ces
298 agents contractuels puissent bénéficier d'une formation professionnelle à l'égal des infirmiers de
299 l'EN (accès au stage d'adaptation à l'emploi de la profession).
300 Le SNICS revendique pour les contractuels infirmiers que la rémunération de ces agents soit
301 égale à celle des agents titulaires qu'ils remplacent.

302
303 En ce qui concerne plus particulièrement les infirmières, un code de déontologie des infirmiers
304 sous forme du décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 a été publié au journal officiel le
305 dimanche 27 novembre.
306 Ce code fixe les règles d'exercices de la profession infirmière et régit notamment les relations
307 entre les infirmiers, les patients et les autres professionnels de santé.
308 Les infirmiers disposent maintenant d'un code énonçant les règles qui dictent leur exercice
309 professionnel, en somme un code de bonne conduite et de probité infirmière. Ce code se substitue
310 désormais à l'ensemble des règles destinées aux infirmiers et est incluse dans le Code de la santé
311 publique.

312 **Et aujourd'hui, où en est-on ?**

313 1) Carrière

314
315 Depuis la création du SNICS en 1994, nous avons œuvré pour la reconnaissance de notre métier,
316 pour une reconnaissance de la spécificité de l'exercice à l'EN et pour obtenir à minima l'égalité de
317 carrière avec la FPH.
318

319
320 Durant 5 ans (de 2003 à 2008) le SNICS s'est battu pour mettre fin à une injustice qui frappait les
321 infirmier-ères de l'éducation nationale recrutées avant le 1er août 2003.

322 Ces collègues ne pouvaient prétendre à la prise en compte de la totalité des services infirmiers
323 effectués antérieurement à leur recrutement contrairement aux infirmier-ères recruté-ées après
324 cette date.

325 Dès le début, le SNICS a mené l'action en interpellant le Conseil d'État, les différents Ministres
326 successifs, la représentation nationale..... A son appel, les infirmier-ères de l'Education nationale
327 sont descendu-es massivement dans la rue par deux fois.

328 Et nous avons gagné ! Le décret permettant à nos collègues recruté-ées avant 2003 de bénéficier
329 des mêmes conditions de reprises d'ancienneté que leurs collègues recruté-ées après cette date,
330 est paru le 7 octobre 2008.

331
332 Depuis plus de 30 ans, les retards d'applications des statuts à la FPE induisent des retards et des
333 écarts de carrières qui se cumulent et les infirmières qui ont la plus grande ancienneté à
334 l'Education nationale sont celles qui cumulent les plus grands retards de carrière.

335 Retour sur la fin des années 80 :

336 Les infirmières de la FPH étaient gérées par un décret de 1988 (n°88-1077), celles de l'EN par un
337 décret de 1989, n°89-773 du 19 octobre 1989. Il a fallu attendre un an pour que les dispositions
338 statutaires en matière d'avancement et de grille soient effectives à l'Education nationale.

339 **En 1991**, la FPH se voit revalorisée par un décret du 24 avril et ensuite une nouvelle fois en mars
340 1993 avec les accords Durafour et il faudra attendre juillet 1994 pour obtenir cette transposition à
341 l'EN.

342 **En janvier 1994** changement de statut à la FPH et transposition en novembre à la FPE soit 10
343 mois de plus.

344 **En décembre 2001**, suppression des grades d'infirmières principales et d'infirmières en chefs à la
345 FPH, nouvelle structuration du corps en deux grades avec 30% du corps dans le grade d'infirmière
346 de classe supérieure et passage des Infirmières en chef dans le corps des cadres (petit A).

347 **Il faudra attendre juillet 2003** pour la transposition en deux grades avec les grilles pour la FPE,
348 **En 2007**, le taux d'infirmières de classe supérieure est porté à 40% à la FPH et reste à 30% à la
349 FPE. Compte tenu de la pyramide des âges différente entre la FPH et la FPE, une collègue de la
350 FPH passe beaucoup plus rapidement infirmière de classe supérieure que les infirmières de l'EN
351 puisque dans ce secteur le « *corps est plus âgé* ».

352
353 Ainsi une infirmière recrutée à l'Education nationale dans les années 1990 a accumulé 127 mois
354 de retard de carrière soit un peu plus de 10 ans et par voie de conséquence au moins 4 échelons
355 de retard sans parler du grade.

356 Pour une infirmière recrutée en 1993, ce seront près de 115 mois de retard soit plus 9 ans et
357 environ 3 échelons.

358 Pour une infirmière recrutée en 2001, ce sont près de 29 mois de retards accumulés à ce jour et
359 au moins 1 échelon.

360 A cela s'ajoute, le retard de transposition du A chez les infirmières de la FPE. Les infirmières de la
361 FPH sont en catégorie A depuis décembre 2010, en ce qui concerne les infirmières de l'EN le
362 décret a été publié en mai 2012 !

363 Malgré une structuration du corps qui ne satisfaisait pas les infirmières de l'Éducation nationale, en
364 raison de l'introduction de deux classes dans le premier grade, nous avons obtenu l'assurance
365 d'une homothétie de carrière entre la fonction publique hospitalière et la fonction publique état.

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

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

371 Il se trouve que les règles de répartition de promotion, fondées exclusivement sur l'ancienneté
372 conservée dans l'échelon et les critères de répartition définis par le Ministre entre les académies,
373 ne sont même pas respectées.

374 Dans ces conditions, la fusion des 2 classes du 1er grade ne pourra pas se faire dans le temps
375 imparti et ce n'est pas en 2022 que nous aurons une parité de carrière avec la FPH.

376
377 Le PPCR (Parcours Professionnels - Carrières et Rémunérations), mis en place en 2016 pour les
378 infirmières, a pour but de mieux reconnaître la qualification des fonctionnaires et leur garantir des
379 carrières plus valorisantes.

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

382

383 2) Missions

384 Les textes d'application, arrêté et circulaires, de la loi de refondation de l'école, relatifs à la santé
385 à l'École ont été publiés en novembre 2015.

386 Ce fût un très long combat. Les infirmières-rs sont descendu-es par 3 fois dans la rue. Les textes
387 sont publiés mais nous devons nous battre désormais pour que la loi s'applique

388

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

395

396 Ces textes sont également menacés par le rapport de la MAP (Modernisation de l'Action
397 Publique) qui préconise une externalisation de la mission de promotion de la santé des élèves
398 dans un regroupement des professionnels de santé au sein d'un corps interministériel avec la

399 création d'un service de prévention et de santé publique et bien sûr une hiérarchie médicale et une
400 affectation en secteurs ou en réseaux pour les infirmières : un retour en arrière, bien pire que la
401 circulaire de Bagnolet !
402 Dans un contexte d'incertitudes politiques, de menaces sur les fonctionnaires, nos missions et
403 notre place à l'Éducation Nationale sont belles et bien menacées.

404 405 **Et dans tout cela, que deviennent les régimes indemnitaires ?** 406

407 Petit rappel, depuis l'intégration de notre corps en catégorie A (1er juin 2012) les infirmières-rs de
408 l'EN ne relevaient plus que du seul régime indemnitaire des IFTS (indemnité forfaitaire pour
409 travaux supplémentaires) d'où étaient écartés les agents logés par nécessité absolue de service
410 ce qui était foncièrement injuste pour nos collègues en internat.

411 D'autant que le régime indemnitaire des IAT (indemnité d'administration et de technicité) auquel
412 certaines d'entre elles pouvaient prétendre jusqu'à notre intégration dans le corps du A ne peut
413 plus leur être alloué. En effet, cette indemnité ne peut être attribuée qu'aux agents de catégorie C
414 et ceux de catégorie B dont l'INM est au plus égal à 380.

415 De plus, malgré notre intégration en catégorie A et les nouvelles grilles indiciaires qui en
416 découlent, le montant des IFTS qui nous sont octroyées n'a pas fait l'objet d'une actualisation en
417 adéquation avec les nouveaux indices sommitaux de la nouvelle grille du A.

418 Ce régime indemnitaire était inéquitable et dans certaines académies le montant de l'IFTS des
419 ICTR ou D n'était pas connu, certaines recevaient également des « primes de fin d'année »
420 (reliquats des IFTS) plus importantes que les autres.

421 Mais ce qui change avec le nouveau régime indemnitaire (RIFSEEP : Régime Indemnitaire tenant
422 compte des Fonctions, des Sujétions, de l'Expertise et de l'Engagement Professionnel), c'est
423 l'institutionnalisation de ces différences.

424 Ce nouvel outil indemnitaire de référence remplace la plupart des primes et indemnités existantes
425 dans la Fonction Publique de l'État.

426 Il se compose d'une indemnité principale versée mensuellement IFSE (Indemnité de Fonctions, de
427 Sujétions et d'Expertise) auquel s'ajoute un Complément Indemnitaire Annuel (CIA) versé en
428 fonction de l'engagement professionnel et de la manière de servir.

429 En ce qui concerne les infirmières-rs, le décret est paru le 11 mai 2016.

430 Il s'agit du décret n° 2016-583 du 11 mai 2016 qui modifie le décret n° 2012-762 du 9 mai 2012.

431 Le SNICS était plus que réticent vis-à-vis de ce nouveau régime qui comme la PFR fait la part
432 belle au mérite et est inadapté à notre profession réglementée. Les infirmier(e)s ne peuvent,
433 légalement, lier leur activité à des obligations de résultats ou de performance.

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

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

440 En effet, tout-e infirmier-re, quelque soit son grade ou sa classe, peut indifféremment occuper tout
441 poste infirmier au sein de l'Éducation Nationale et de l'Enseignement Supérieur (décret n° 2003-
442 695 du 28 juillet 2003).

443 Dans la circulaire des missions de novembre 2015, il est rappelé que tous-tes les infirmier-ères de
444 l'Éducation nationale où qu'elles-ils soient nommé-ées ont des missions de conception, de pilotage
445 et de coordination en matière de politique de santé et d'actions de santé, ce qui correspond à la
446 modification de l'article L 541-1 du code de l'éducation voulue par le législateur lors du débat sur la
447 refondation de l'école.

448 Pour ce qui concerne la technicité, l'expertise ou les qualifications nécessaires, elles sont le fait
449 d'une part du diplôme d'état d'infirmière, reconnu au grade de licence, et d'autre part de la
450 nécessaire formation d'adaptation à l'emploi qui permet de prendre en compte les spécificités de
451 notre exercice singulier en milieu scolaire.

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

454 Nous ne pouvons accepter de telles différences de traitement. Nous avons toujours revendiqué qu'un
455 seul et unique montant de l'IFSE soit attribué à tous-tes les infirmières-rs de l'Éducation Nationale,

456 quelque soit leur lieu d'exercice, en EPLE, logés-ées ou non logés-ées, ou dans les services
457 académiques ou dans les rectorats.

458

459 En ce qui concerne le complément indemnitaire annuel (CIA) lié à l'engagement professionnel et à
460 la manière de servir, notre profession qui est réglementée ne peut y prétendre, puisque ce
461 complément serait incompatible avec les textes de loi encadrant l'exercice de la profession
462 infirmière. En effet, le code de la santé publique est clair à cet effet, notamment son article R-4312-
463 9 qui stipule que « *l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque
464 forme que ce soit. Elle ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de
465 rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette
466 indépendance.* »

467

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

473

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

477

478

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

482

483 Pour notre profession, c'est le décret n° 2016-583 du 11 mai 2016 qui modifie le décret n° 2012-
484 762 du 9 mai 2012 modifié portant dispositions statutaires communes aux corps d'infirmiers de
485 catégorie A des administrations de l'État en prévoyant, pour les trois corps concernés (corps des
486 infirmiers de l'État, corps des infirmiers de la défense et corps des infirmiers de l'Education
487 Nationale et de l'Enseignement Supérieur) une cadence unique.

488

489 Les conséquences du PPCR (Parcours professionnels, carrières et rémunérations) sont :

490 - La garantie d'un déroulement de carrière sur au moins deux grades pour toutes et tous

491 - Le transfert prime/points

492 Cette transformation prime/points a été de 4 points en 2016 et sera de 5 points en 2017. Ce qui
493 explique que les collègues sur les fiches de salaires ont vu apparaître une ligne en positif et une
494 ligne en retenue avec des montants identiques.

495 - Un cadencement unique d'avancement d'échelon au 1er janvier 2016 c'est à dire la fin des
496 mois de réduction d'ancienneté distribués selon des critères très opaques. La durée dans
497 le nouveau grade est alignée sur la durée maximale qui existait antérieurement : HC 26,5
498 ans au lieu de 27 ans, CS identique à 21 ans et CN 21 ans au lieu de 22 ans.

499 - une nouvelle structure de carrière au 1er janvier 2017 (corps en trois grades comportant
500 respectivement 8 échelons pour le 1er grade, 7 échelons pour le 2ème grade et 10
501 échelons pour le 3ème grade) ainsi que les modalités de reclassement des agents dans la
502 nouvelle structure de carrière

503

504

INFENES CN catégorie A

Ancienne situation			Modalité de passage	situation au 1 ^{er} janvier 2017			
	échelon	indice majoré			échelon	indice majoré	durée
	1	353	Même échelon, sans ancienneté		1	373	2 ans
	2	367	ancienneté acquise		1	373	2 ans
	3	386	ancienneté acquise		2	392	3 ans

	4	406	ancienneté acquise		3	412	3 ans
	5	428	ancienneté acquise		4	434	3 ans
	6	458	ancienneté acquise		5	464	3 ans
	7	490	ancienneté acquise		6	496	3 ans
	8	509	ancienneté acquise		7	515	4 ans
	9	524	ancienneté acquise		8	530	

505
506
507
508
509

INFENES CS catégorie A

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

510
511
512

INFENES HC catégorie A

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

513
514
515
516
517
518
519
520
521
522

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

Les projections et simulations effectuées par les syndicats de la fonction publique font apparaître une amélioration non négligeable de la pension de retraite de base à l'horizon 2020.

Pour un agent en HC ayant atteint le dernier échelon (INM 627) qui ferait valoir ses droits à la retraite à cette date, avec un taux plein de 75 %, le gain serait de 81€*.

Pour un agent en CS ayant atteint le dernier échelon (INM 592) qui ferait valoir ses droits à la retraite à cette date, avec un taux plein de 75 %, le gain serait de 91€*.

523 Pour un agent en CN ayant atteint le dernier échelon (INM 540) qui ferait valoir ses droits à la
524 retraite à cette date, avec un taux plein de 75 %, le gain serait de 77€*.

525 * gain d'indice entre la grille précédente et la nouvelle au dernier échelon x valeur du point d'indice majoré
526 au 1er février 2017 (4,6860€) x 75%, à compter du 1^{er} janvier 2019.

527

528 **Rappel de nos mandats et combats depuis la création du SNICS**

529

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

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

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

536 A force de mobilisations, d'interventions, nous avons obtenu l'intégration des études infirmières
537 dans le système LMD et un grade de licence pour toute la profession, ce qui nous a permis d'être
538 dans un corps de catégorie A mais sans obtenir la même grille que les collègues de
539 l'hospitalière avec une contrainte d'une durée de 10 ans, 2022, pour l'obtenir. C'est une première
540 étape vers la catégorie A type. Nous avons également obtenu une nouvelle circulaire des
541 missions (novembre 2015) au regard de nos nouvelles compétences : consultation infirmière,
542 catégorie A, autonomie professionnelle,...

543

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

546

- 547 - les mêmes grilles indiciaires que les infirmières de la FPH
- 548 - L'intégration de tous-tes les infirmières-iers en catégorie A type de la FP.
- 549 - Une formation universitaire pour l'exercice à l'EN et l'ES validante et qualifiante en Master2
- 550 - Un avancement uniquement à l'ancienneté
- 551 - la création de postes infirmiers pour répondre aux besoins des élèves et des étudiants et
552 pour chaque ouverture d'établissement dans l'Education nationale et dans l'Enseignement
553 Supérieur.
- 554 - Un recrutement exclusif par concours sur épreuves et sur titre. Le recrutement par
555 détachement doit rester exceptionnel car il s'oppose fondamentalement à la création d'un
556 corps particulier.
- 557 - Une IFSE pour tous-tes les infirmier(e)s d'externat et d'internat identique d'une académie à
558 une autre et quel que soit le lieu d'exercice
- 559 - Les mutations de toutes les infirmier(e)s doivent être traitées selon les modalités des
560 tableaux périodiques de mutations, tel que le prévoit l'article 60 de la loi 84-16 et après
561 l'avis de la CAP compétente.
- 562 - La conservation des services actifs effectués antérieurement avec une bonification d'une
563 année pour 5 ans effectifs pour faire valoir les droits à pension.
- 564 - L'intégration et la titularisation des infirmières-rs non titulaires par l'organisation d'un
565 concours spécifique et qu'elles-ils soient rémunérées-és sur la grille indiciaire du A dans
566 toutes les académies.
- 567 - L'utilisation systématique des moyens financiers dégagés (temps partiels, postes vacants,
568 missions administratives,...) pour des postes infirmiers devant élèves.
- 569 - Le maintien des 10% et son utilisation à l'initiative de l'infirmière dans le supérieur et à l'EN.
- 570 - Le maintien de la compétence exclusive du ministre de l'EN pour la politique, la
gouvernance et l'évaluation de la santé à l'Ecole.