

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

- Congrès de Porticcio du 15 au 18 mai 2017-

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 infirmières-rs 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 l'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'Éducation 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 leurrons 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. Enfin, le dernier volet a été la loi NOTRE, la Nouvelle Organisation Territoriale de la République qui met en avant de nouvelles entités comme les grandes régions, les métropoles et les intercommunalités. Cette nouvelle carte des régions cache, au mépris des intérêts des politiques publiques, un nouveau désengagement de l'État dans ses missions de service public et d'égalité territoriale. Les objectifs sont la réduction des dépenses publiques et par conséquent la réduction des missions des services publics et du nombre des agents qui les assument.

A l'éducation nationale, les nouvelles régions ont engendré une nouvelle organisation : création d'un rectorat de région, réorganisation des services dans les rectorats académiques, entraînant des fusions et des mutualisations sous forme de plateforme. Les inspections académiques sont devenues des directions académiques avec des directeurs académiques et des délégations plus importantes. Et pour les infirmières de l'Education nationale, le risque existe toujours d'une externalisation vers un corps interministériel : nous faisons partie du ministère de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur parce que nos missions contribuent exclusivement à la réussite scolaire des élèves et des étudiants-tes. Les citoyens comme les organisations syndicales ont bien du mal à savoir ce qui se passe dans cette nouvelle réorganisation qui affecte non seulement les usagers mais également les agents, obligeant ces derniers dans certains cas à une mobilité pas forcément choisie. Ces nouvelles collectivités locales, régions, métropoles, intercommunalités, peuvent avoir des objectifs divergents selon les élus en place. Les services publics sont mis à mal et on parle plus souvent de maison de services au public.

A l'Éducation nationale et dans l'enseignement supérieur, le nombre d'emplois infirmiers entre 2008-2009 et 2013-2014 est passé de 7240 à 7916 soit une progression de 676 emplois infirmiers selon les bilans sociaux du MEN et du MESR.

Sur le terrain ces emplois ne sont pas perçus, en raison, sans doute, de leur saupoudrage et de la volonté d'accorder des priorités au 1^o degré dans certaines académies.

Statut

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.

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. »

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* ».

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.

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

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

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

Grâce à la mobilisation syndicale, les infirmières-rs sont nommées-és dans un établissement du 2nd degré (LGT, LP, collège et secteur de recrutement) sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement de la résidence administrative. Elles-ils font partie de l'équipe éducative.

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

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

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

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

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

Mais elle-il présente annuellement au chef d'établissement un bilan de son activité conformément à la circulaire des missions des infirmières-iers de l'éducation nationale. Rappelons à nouveau, que ce calcul du temps de travail ne s'applique pas aux infirmières de l'enseignement supérieur,

notamment dans les centres de santé universitaires. En effet, les textes prévoient 37h30 et 55 jours de congés annuels.

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

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

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

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

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

Nous devons continuer à nous battre pour défendre notre statut actuel, éviter la régression et faire avancer nos mandats. En effet, c'est notre combat qui a fait que la profession ait sa formation reconnue par un grade de licence même si nous voulions que ce soit un diplôme. Cette reconnaissance nous a permis d'être classés-ées dans un corps de catégorie A mais nous nous devons de continuer la bataille pour obtenir la catégorie A type L'obtention de cette catégorie A type ne peut pas être dissociée de l'universitarisation de la formation d'adaptation à l'emploi des infirmières-iers de l'Éducation Nationale au niveau Master.

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

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

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

Trente ans après la loi du 13 juillet 1983, dite loi Le Pors, cette nouvelle loi apporte des modifications au statut général de la fonction publique. Elle a habilité le gouvernement (article 83 de la loi 2016-483) à prendre par ordonnances diverses dispositions destinées à favoriser la mobilité des fonctionnaires et contractuels entre les trois versants de la fonction publique. Sur ce fondement, l'ordonnance n° 2101-543 sur la mobilité des agents publics est parue le 13 avril 2017.

Ce texte (loi 2016-483) prévoit de consacrer certaines valeurs, déjà reconnues par la jurisprudence, qui fondent la spécificité de l'action des agents publics : le fonctionnaire exerce ses fonctions avec dignité, impartialité, intégrité et probité ; est tenu à une obligation de neutralité dans l'exercice de ses fonctions ; exerce ses fonctions dans le respect du principe de laïcité et, à ce titre, s'abstient de manifester ses opinions religieuses ; traite les personnes, notamment les usagers du service public, de manière égale ; respecte la liberté de conscience et la dignité des personnes.

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

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

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

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

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

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

La modification de l'article 60 légalise la notion de barème comme mesure préparatoire aux mutations, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Cette nouvelle disposition va nous permettre de continuer le combat pour l'obtention d'un barème national. Rappelons à nouveau que l'affectation des infirmières dans les centres de santé de l'enseignement supérieur, ne répond pas à l'application d'un barème, puisque la loi LRU du 10/08/2007 dispose que « nul ne peut être affecté dans une université si le Président s'y oppose ».

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

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

A savoir :

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

Il faut savoir également que chaque recteur décide de la bonification attribuée aux fonctionnaires à gestion déconcentrée comme les infirmières qui font valoir des CIMM pour une mutation.

Faire valoir des centres d'intérêts matériels et moraux pour une mutation n'est pas sans conséquences sur le traitement et les indemnités.

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

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

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

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

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

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

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

La rémunération de ces agents est fixée contractuellement.

De manière générale, il ressort que le temps partiel est largement répandu et que le salaire moyen des contractuelles-ls est plus faible que celui des agents titulaires.

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

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

Ainsi le Conseil d'état en avril 2013 a précisé qu'il appartenait à l'administration « *de fixer, au cas par cas, la rémunération de ces agents en prenant en compte principalement la rémunération accordée aux titulaires qu'ils remplacent et à titre accessoire, d'autres éléments tels que le niveau de diplôme et l'expérience professionnelle des non-titulaires ainsi recrutés* ». Ce qui devrait limiter les abus dans certaines académies qui vont jusqu'à recruter sur une grille de B.

Cependant il ne peut y avoir une évolution automatique de rémunération à l'ancienneté à l'instar des grilles indiciaires des fonctionnaires pour les contractuels en CDD. La jurisprudence administrative considère en effet que l'organisation de perspectives d'avancement dans une grille de rémunération pour des agents en CDD contrevient à la volonté du législateur qui n'a autorisé qu'à titre dérogatoire et temporaire le recrutement d'agents contractuels.

Pour les agents en CDI, la situation s'avère différente car ils bénéficient depuis la loi dite Dutreil du 26 juillet 2005, de droits spécifiques (avancement, réexamen de la rémunération tous les trois ans...).

Le SNICS demande un plus grand nombre de recrutements de personnels infirmiers par concours chaque année dans toutes les académies ce qui permettrait de limiter le recours aux contractuels. Le SNICS revendique que les contrats de recrutements soient établis sur 12 mois et que ces agents contractuels puissent bénéficier d'une formation professionnelle à l'égal des infirmiers de l'EN (accès au stage d'adaptation à l'emploi de la profession).

En ce qui concerne plus particulièrement les infirmières, un code de déontologie des infirmiers

sous forme du décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 a été publié au journal officiel le dimanche 27 novembre.

Ce code fixe les règles d'exercices de la profession infirmière et régit notamment les relations entre les infirmières-rs, les patients et les autres professionnels de santé.

Les infirmières-rs disposent maintenant d'un code énonçant les règles qui dictent leur exercice professionnel, en somme un code de bonne conduite et de probité infirmière. Ce code se substitue désormais à l'ensemble des règles destinées aux infirmiers incluses dans le Code de la santé publique.

Et aujourd'hui, où en est-on ?

1) Carrière

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

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

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

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

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

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

Retour sur la fin des années 80 :

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

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

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

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

Il faudra attendre juillet 2003 pour la transposition en deux grades avec les grilles pour la FPE,

En 2007, le taux d'infirmières de classe supérieure est porté à 40% à la FPH et reste à 30% à la FPE. Compte tenu de la pyramide des âges différente entre la FPH et la FPE, une collègue de la FPH passe beaucoup plus rapidement infirmière de classe supérieure que les infirmières de l'EN puisque dans ce secteur le « *corps est plus âgé* ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2) Missions

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

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

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

Ces textes sont également menacés par le rapport de la MAP (Modernisation de l'Action Publique) qui préconise une externalisation de la mission de promotion de la santé des élèves dans un regroupement des professionnels de santé au sein d'un corps interministériel avec la création d'un service de prévention et de santé publique et bien sûr une hiérarchie médicale et une affectation en secteurs ou en réseaux pour les infirmières : un retour en arrière, bien pire que la circulaire de Bagnolet !

Dans un contexte d'incertitudes politiques, de menaces sur les fonctionnaires, nos missions et notre place à l'Éducation Nationale sont belles et bien menacées.

Et dans tout cela, que deviennent les régimes indemnitaires ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour ce qui concerne la technicité, l'expertise ou les qualifications nécessaires, elles sont le fait du diplôme d'état d'infirmière, reconnu au grade de licence, de la nécessité du concours sur titre et sur épreuves et de la nécessaire formation d'adaptation à l'emploi qui permet de prendre en compte les spécificités de notre exercice singulier en milieu scolaire.

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

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

En ce qui concerne le complément indemnitaire annuel (CIA) lié à l'engagement professionnel et à

la manière de servir, notre profession qui est réglementée ne peut y prétendre, puisque ce complément serait incompatible avec les textes de loi encadrant l'exercice de la profession infirmière. Le code de la santé publique est clair à cet effet, notamment son article R-4312-9 qui stipule que « *l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Elle ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.* »

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

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

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

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

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

- La garantie d'un déroulement de carrière sur au moins deux grades pour toutes et tous
- Le transfert prime/points

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

- Un cadencement unique d'avancement d'échelon au 1er janvier 2016 c'est à dire la fin des mois de réduction d'ancienneté distribués selon des critères très opaques. La durée dans le nouveau grade est alignée sur la durée maximale qui existait antérieurement : HC 26,5 ans au lieu de 27 ans, CS identique à 21 ans et CN 21 ans au lieu de 22 ans.
- une nouvelle structure de carrière au 1er janvier 2017 (corps en trois grades comportant respectivement 8 échelons pour le 1er grade, 7 échelons pour le 2ème grade et 10 échelons pour le 3ème grade) ainsi que les modalités de reclassement des agents dans la nouvelle structure de carrière

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	

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	

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 6 mois
	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	

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€*.

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

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

Rappel de nos mandats et combats depuis la création du SNICS

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

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

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

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

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

- A minima les mêmes statutaires que les infirmières de la FPH
- L'intégration de tous-tes les infirmières-rs en catégorie A type de la FP.
- Une formation universitaire pour l'exercice à l'EN et l'ES validante et qualifiante en Master
- Un avancement uniquement à l'ancienneté.
- La création de postes infirmiers pour répondre aux besoins des élèves et des étudiants et pour chaque ouverture d'établissement dans l'Éducation nationale et dans l'Enseignement Supérieur.
- Un recrutement exclusif par concours sur titre et sur épreuves.
- Le recrutement par détachement doit rester exceptionnel car il s'oppose fondamentalement à la création d'un corps particulier .
- Une IFSE pour toutes-tous les infirmières-iers d'externat et d'internat identique d'une académie à une autre et quel que soit le lieu d'exercice et la transformation de ce régime indemnitaire en traitement indiciaire.
- Les mutations de toutes les infirmier(e)s, Éducation nationale et enseignement supérieur, doivent être traitées selon les modalités des tableaux périodiques de mutations, tel que le prévoit la nouvelle rédaction de l'article 60 de la loi 84-16 et après l'avis de la CAP compétente.
- La conservation des services actifs effectués antérieurement avec une bonification d'une année pour 5 ans effectifs pour faire valoir les droits à pension.
- L'intégration et la titularisation des infirmières-rs non titulaires par l'organisation d'un concours spécifique

Le SNICS revendique que toutes les infirmières-ers contractuelles-le soient au moins rémunérées-s au 1^o échelon du 1^o grade du A «

-
- L'utilisation systématique des moyens financiers dégagés (temps partiels, postes vacants, missions administratives,) pour des postes infirmiers devant élèves.
- Le maintien du temps de travail sur 36 semaines, en lien avec la présence des élèves le maintien des valorisations pour les internats (1.2 pour les permanences entre 19h-21h), pour les interventions de nuit en internat (1.5 à récupérer au plus tard dans le trimestre), de

la prise en compte, pour les postes inter degré ou de postes partagés, du temps de déplacement (à concurrence de 2h maximum), la prise en compte d'une journée de travail (permanence de soirée comprise) pour une journée de formation,

-
- Le maintien des 10% et son utilisation à l'initiative et **sous la responsabilité** de l'infirmière dans le supérieur et à l'EN.
- Le SNICS revendique la possibilité de validation des années d'études d'infirmières .
- Le SNICS revendique le maintien du chef d'établissement comme seul et unique supérieur hiérarchique administratif
- Le maintien de la compétence exclusive du ministre de l'EN pour la politique, la gouvernance et l'évaluation de la santé à l'École
-

Le SNICS se donne aussi mandat de travailler sur la possibilité pour notre corps de bénéficier d'affectation sur poste adapté quand l'état de santé ne permet plus d'exercer nos missions auprès des élèves.

Votes : Unanimité