

## NEGOCIATIONS FPH 26 septembre 2006

Protocole	Commentaires Sud
<p><b>L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL, L'ACTION SOCIALE ET LES STATUTS DES PERSONNELS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE - 2006 - 2009</b></p> <p style="text-align: center;">***</p> <p style="text-align: center;">établi entre les Organisations syndicales ci-dessous signataires et le Gouvernement ***</p> <p>Le service public hospitalier est confronté à de nouveaux défis liés à la mise en œuvre des réformes engagées depuis 2002 : adaptation des organisations et de la gestion hospitalières, réforme des modes de financement prenant en compte l'évolution des modes de prise en charge des patients, des techniques et des métiers ainsi que l'évaluation des pratiques professionnelles.</p> <p>Il doit faire face en outre à des contraintes liées notamment, à la continuité du service, à la pénibilité des tâches assumées par les personnels (un tiers environ des aides-soignants partent en retraite pour invalidité) et aux conséquences de l'évolution démographique (50 % des effectifs partiront à la retraite d'ici 2015).</p> <p>Les Organisations syndicales signataires et le Gouvernement conviennent, dans le respect des grands principes qui déterminent l'unité de la Fonction publique et des moyens alloués à cette fin par le Parlement, de favoriser l'attractivité des métiers de la Fonction publique hospitalière pour répondre aux besoins de santé de la population.</p> <p>Pour appuyer ces évolutions, il est essentiel de faciliter, avec les partenaires sociaux, l'exercice d'un dialogue social de qualité bien articulé avec les problématiques concrètes du milieu sanitaire et social dans le cadre déterminé par le présent protocole. Tous les personnels de la Fonction publique hospitalière, dans le secteur sanitaire comme dans le secteur social et médico-social, sont donc concernés.</p> <p>Il convient également de multiplier les possibilités d'accès des agents à la formation tout au long de leur vie professionnelle, de sécuriser les parcours professionnels, d'améliorer leurs conditions de vie au travail, de dynamiser le déroulement de leur carrière, tout en favorisant une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie familiale.</p> <p>Le Gouvernement et les Organisations syndicales signataires s'engagent conjointement pour la mise en œuvre des mesures contenues dans le présent protocole. A cet effet, le Gouvernement, conscient des efforts à entreprendre, a décidé d'apporter les moyens financiers que requièrent les mesures nécessaires à leur réalisation.</p> <p>Le Gouvernement et les Organisations syndicales signataires engageront sans délai les travaux d'approfondissement des thèmes et actions fixés par le présent protocole, dans le cadre d'un comité national de suivi.</p>	<p>Le cadre général du protocole soumis à signature se situe clairement dans la droite ligne des différentes réformes initiées depuis 2002, dont évidemment le plan hôpital 2007. Les établissements hospitaliers sont soumis à des restrictions budgétaires dont le ministère voudrait nous faire accepter les contraintes.</p> <p>Dès février dernier, au moment de l'ouverture de ces négociations, nous avons critiqué le manque d'ambitions affichées, notamment sur le volet statutaire.</p> <p>Sud santé-sociaux a malgré tout poursuivi sa participation pour tenter de trouver des convergences avec les autres organisations syndicales.</p> <p>Certains sujets ont malgré tout permis des convergences et ont été retirés : mise en place de CAP régionales, les collèges cadres dans les CTE ; Beaucoup de sujets abordés dans ce protocole sont renvoyés à des études futures et des groupes de travail avec les futurs signataires. Nous avons dénoncé le fait que les comités de suivi excluent les non signataires, notamment sur tous les sujets qui n'ont pas fait l'objet de décision.</p> <p>Tous les volets du protocole sont de notre point de vue totalement indigents. Sur les conditions de travail, si les aspects les plus rugueux, comme le déplaçonnement des heures supplémentaires, ont été retirés, néanmoins le ministère a déclaré qu'il prendrait des mesures unilatéralement sur le sujet. Notre analyse de ce texte est donc très critique, et nous avons exprimé au niveau du secrétariat fédéral un rejet net ; vous verrez les commentaires.</p> <p>Cependant, il est important que des débats soient organisés avec les adhérents, avec les salariés afin que la position définitive prise par SUD soit bien le reflet de la majorité de notre organisation.</p> <p>Il faut rechercher dès à présent des possibilités d'actions avec une majorité de syndicats et amener aussi le débat avec les syndicats les plus enclins à signer autour des principales revendications non satisfaites, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- défendre l'emploi</li> <li>- intégration des contractuels permanents dans les cadres statutaires (mise en stage)</li> <li>- défendre la RTT et refuser la flexibilité des horaires</li> <li>- salaires : revalorisation des carrières (refonte de la CII),</li> <li>- nouvelle grille pour les AS,</li> <li>- intégration des primes dans le salaire de base</li> <li>- carrières linéaires sans barrage à l'intérieur d'un même corps,</li> <li>- reclassement des ACH</li> </ul>

## I - MODERNISATION DU DIALOGUE SOCIAL

*Commentaire SUD* : Tout ce volet confirme la position inflexible du ministère dans sa stratégie de nouvelle gouvernance. Le niveau de négociation et de dialogue social est ramené à un mode de fonctionnement favorisant les groupes de travail, associant plus particulièrement les cadres, au détriment des instances. Les organisations syndicales sont davantage informées plutôt qu'associer.

Protocole ministériel	Commentaires Sud
<p>Les organisations syndicales et le Gouvernement conviennent de la nécessité de rénover les relations sociales au sein de la fonction publique hospitalière, à travers la modernisation des instances consultatives et la structuration du dialogue social</p>	
<b>A- Fonctionnement des instances locales</b>	
<u>1 - Les Commissions Administratives Paritaires</u>	
<p>Les organisations syndicales et le Gouvernement conviennent de la nécessité de faire évoluer et d'améliorer le fonctionnement des CAP sur la base des principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- maintenir prioritairement le lien de proximité avec les agents,</li> <li>- assurer l'égalité de traitement des personnels de la Fonction publique hospitalière,</li> <li>- créer les conditions d'un fonctionnement régulier des CAP,</li> <li>- favoriser la participation des personnels en assurant l'anonymat lors des élections.</li> </ul>	<p>On ne voit pas en quoi il y a une évolution ! Ceci est le simple rappel de ce qui devrait déjà exister.</p>
<p>Pour ce faire, il est convenu, compte tenu des modifications liées aux évolutions des statuts particuliers de la FPH, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- réaliser la fusion verticale des sous-groupes 3 et 4 dans la CAP n° 2 et ceux de la CAP n° 9</li> <li>- rendre possible le recours aux enveloppes T (coûts d'affranchissement à la charge de l'établissement) pour faciliter le vote par correspondance.</li> <li>- Etudier la faisabilité au cours du premier semestre 2007, pour une organisation titulaire d'un siège de désigner un élu siégeant dans une autre CAP de même catégorie en cas d'empêchement ou de démission en cours de mandat, pour compléter la composition de la CAP locale ou départementale ou proposer une solution alternative favorisant l'examen des situations individuelles en CAP locale ;</li> <li>- Publier une circulaire pour rappeler les modalités de fonctionnement des CAP, notamment le calendrier de leurs réunions aux niveaux local et départemental. Il sera en outre précisé qu'une réunion devra se tenir au cours du premier semestre et une seconde en fin d'année pour notamment examiner la notation pour l'année en cours et le tableau d'avancement pour l'année suivante.</li> <li>- Présenter un bilan du fonctionnement des CAP,</li> </ul>	<p>SUD avait proposé de revenir au principe de 3 CAP (A, B, C), pour limiter la démultiplication des sous-groupes empêchant les représentants du personnel d'avoir un véritable rôle de délégué du personnel quelque soit leur grade : demande non prise en compte. La fusion de la CAP n°7 n'a pas été retenue. La gestion nationale du corps des directeurs de soins (les sortir de la CAP n°2) a été posée mais non retenue par le ministère.</p> <p>Ce sont les directions locales qui décideront. SUD avait demandé la généralisation du recours aux enveloppes T, les agents ayant la possibilité de l'utiliser ou de se déplacer pour voter.</p> <p>L'étude de faisabilité de mise en place de CAP régionales a été retirée, mais on peut s'attendre à ce que ce projet revienne par une autre porte : nous devons nous y préparer.</p> <p>Simple » rappel de la législation actuelle, non respectée, mais aucune mesures coercitives à l'encontre des administrations qui ne respectent pas la loi.</p>

notamment départementales.	
2 – <u>Le comité technique d'établissement (CTE)</u>	
<p>Afin d'assurer une meilleure représentation des personnels par catégorie A, B et C au sein du CTE il est convenu que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nombre de sièges à pourvoir pour chaque collège sera désormais proportionnel à l'effectif des agents qui en relèvent, et avec pour objectif de ne pas diminuer le nombre de représentants de la catégorie A, en augmentant les autres tranches d'effectifs si nécessaire ;</li> <li>- les tranches d'effectifs seront revues pour la détermination du nombre total de représentants au CTE en fonction de la taille de l'établissement.</li> <li>- lorsqu'une catégorie comporte moins de 5 agents il pourra être envisagé une fusion entre tout ou partie des différentes catégories</li> <li>- les modalités de remplacement quel que soit le motif, d'un élu définitivement empêché ou démissionnaire de son mandat sont précisées</li> <li>- Un bilan social allégé sera expérimenté dans les établissements de moins de 300 salariés</li> </ul>	<p>C'est l'une des rares propositions des OS qui a été reprise... avec toutefois, au final, le maintien d'un nombre minimum de représentants pour le collège A, en complète contradiction avec le principe acté de la proportionnalité, à moins d'avoir des listes pléthoriques pour les autres collèges B et C....</p> <p>L'expérimentation d'un collège cadres a été retirée... et tant mieux, puisque les cadres sont déjà représentés au CTE dans le collège A, à la CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) et aux conseils de pôles.</p>
3 – <u>Comité d'Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail</u>	
<p>Cette instance, dans les établissements qui en sont réglementairement pourvus, a montré son rôle primordial en matière d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels. C'est pourquoi il est convenu que, dans les établissements de moins de 50 agents au sein desquels c'est le CTE qui assure les missions réglementaires dévolues à in CHSCT, les représentants du personnel siégeant dans cette instance bénéficieront, sur la durée mandat, d'un congé de formation d'une durée totale de 7 jours afin de leur permettre de remplir au mieux cette double mission.</p> <p>Il sera procédé à un bilan de la mise en œuvre de cette mesure au plus tard fin 2008.</p> <p>Enfin au delà de la nécessité de transformer l'image du CHSCT et de faire comprendre toute l'importance que revêt cette instance, il convient y compris au plan national, de dégager un certain nombre de priorités en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail.</p> <p>Des sujets tels que la violence, l'amiante, l'utilisation de produits toxiques, l'absentéisme, l'invalidité, les accidents du travail méritent une politique volontariste impulsée, et soutenue au plus haut niveau.</p> <p>A cet égard, la commission spécialisée du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière travaillera sur ces projets, dans le cadre d'un programme d'action annuel.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre des mesures relatives aux instances feront l'objet d'une traduction réglementaire dans les délais compatibles avec le déroulement des prochaines élections prévues en octobre et décembre 2007.</p>	<p>Le ministère a rejeté la demande unanime des OS de mettre en place dans les établissements de moins de 50 salariés un CHSCT indépendant du CTE. Il accorde seulement 7 jours de formation au lieu des 10 jours demandés : 5 jours de formation CTE + 5 jours de formation CHSCT. Ce sujet nous a donné l'occasion de dénoncer l'absence de CTE dans ces établissements.</p>

<p><b>B – Fonctionnement du Conseil supérieur de la FPH</b>  Il est convenu d'assurer la tenue régulière des commissions spécialisées du Conseil supérieur de la FPH (commission de formation, commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et, pour les textes les plus importants, commission des statuts). Les modalités pratiques de simplification de l'examen des textes en séance plénière de cette instance seront définies.  Il est par ailleurs acté d'élaborer un calendrier prévisionnel annuel des réunions de cette instance.</p>	<p>C'est la simple transposition du droit... il est ahurissant que cela soit à rappeler dans le cadre d'un protocole.</p> <p>Le ministère a rejeté le principe d'un paragraphe sur le Conseil Supérieur des Professions Para-Médicales dont il veut se débarrasser, notamment par la mise en place des ordres professionnels.</p>
<p><b>C - Structuration du dialogue social</b>  Il est convenu que des négociations peuvent être conduites au niveau national ou local sur les sujets mentionnés dans le tableau figurant en annexe au présent document. La mise en œuvre des accords nationaux est réalisée par des dispositions législatives et ou réglementaires.  Les accords locaux respectent les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.</p> <p>Au niveau régional, il est convenu que chaque ARH développera, avec les organisations syndicales représentatives, un dialogue portant sur des thématiques ciblées, notamment sur l'évolution de l'organisation de l'offre de soins et de l'allocation des moyens aux établissements. Une instruction ministérielle viendra préciser les sujets qui feront l'objet de ce dialogue régional et en définir le cadre institutionnel.</p>	<p>La dernière phrase verrouille la possibilité que des accords locaux puissent être plus avantageux que les dispositions générales.... En clair, un accord local = application de la loi (point final !)</p> <p>Malgré la demande unanime, aucun droit syndical nouveau n'est accordé pour travailler au niveau régional, y compris au niveau d'autres administrations que les seules ARH (conseil régional, DRASS,...).</p>
<p><b>D – Droit syndical</b>  <u>Au niveau national :</u>  Dans le cadre de la réflexion inter fonction publique, engagée depuis septembre 2006, seront abordés les modalités d'exercice du droit syndical des permanents syndicaux ainsi que les moyens alloués pour développer le dialogue social au sein de la Fonction publique. Des dispositions d'adaptation propres à la Fonction publique hospitalière ainsi que les modalités de financement des mises à disposition nationales seront proposées avant la fin du premier semestre 2007.</p> <p><u>Au niveau local et départemental :</u>  Pour améliorer l'exercice du mandat des délégués syndicaux, des modalités d'aménagement de la mutualisation des heures syndicales seront étudiées, notamment à partir du bilan qui sera présenté au cours du premier trimestre 2007.  En outre, une circulaire rappellera à l'ensemble des établissements relevant de la Fonction publique hospitalière la réglementation existante, relative au fonctionnement des instances représentatives du personnel, aux conditions d'exercice du droit syndical et du droit de grève, aux possibilités d'accès, pour les organisations représentatives, aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.  Elle précisera notamment les conditions dans lesquelles ces instances seront convoquées, ainsi que l'obligation d'établir et de diffuser aux représentants siégeant dans ces instances les procès-verbaux de ces réunions.</p>	<p>SUD avait demandé le renforcement du droit syndical local, du fait des nouvelles organisations sanitaires : cette demande n'a pas été prise en compte</p> <p>Pas de mises à dispo nationale supplémentaires à espérer.</p> <p>Et en cas de non-application de la réglementation, rien n'est prévu pour obliger les directions à appliquer les lois.</p> <p>C'est déjà la réglementation existante... Une rédaction précédente du texte prévoyait que ces documents soient diffusés à l'ensemble des agents : SUD y était favorable</p>

## II - EMPLOI, FORMATION, GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES QUALIFICATIONS

**Commentaire SUD : Rien sur l'emploi en tant que tel, qui propose des mesures concrètes pour répondre à la situation alarmante des effectifs, au recours de plus en plus systématique aux contractuels... les seules mesures proposées sont de l'habillage, pour ne pas aborder les problèmes de fond dans ce volet.**

<p>La formation et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences représentent un enjeu collectif pour les établissements de la Fonction publique hospitalière; la rapidité et la diversité des évolutions de l'environnement amènent chaque professionnel à élaborer un parcours de formation tout au long de sa carrière.</p>	<p>Le terme de «compétence» a été remplacé par celui de «qualification» dans le titre du ce volet, mais pas dans le corps du texte.</p>
<p><b><u>A – Dispositions relatives aux personnels contractuels recrutés sur emplois permanents</u></b>          Les établissements de la Fonction publique hospitalière seront incités à accélérer le processus de mise en stage des personnels contractuels de droit public recrutés sur des emplois permanents, notamment lorsque les intéressés remplissent les conditions pour présenter un concours sur titres. A cette fin, un recensement annuel par région de la situation existante permettra d'identifier les établissements concernés. Un bilan annuel sera présenté dans le cadre du comité de suivi ainsi qu'aux plans régional et local. Des instructions ministérielles viendront préciser les modalités d'application de ce dispositif.</p>	<p><b>Seul paragraphe où l'on parle de l'emploi !!!</b>          Cela sous-entend que le gouvernement autorise les directions à poursuivre le recrutement de personnels contractuels au détriment de celui de stagiaires ou de titulaires.</p> <p>Le gouvernement met en place seulement une incitation, là où la loi prévoit des recrutements statutaires.</p>
<p><b><u>B - Coopération entre professionnels de santé</u></b>          La coopération entre les professionnels de santé consiste à redéfinir l'organisation des compétences médicales et paramédicales. Il sera présenté en 2007, aux organisations syndicales représentatives des personnels de la FPH un bilan des expérimentations qui sera effectué par la Haute Autorité de Santé. Les organisations syndicales seront invitées à participer aux groupes de travail qui seront constitués pour faire connaître leur point de vue sur la coopération entre les professionnels de santé et sur les adaptations réglementaires rendues nécessaires par la poursuite et le développement du processus.</p>	<p>Attention aux dérives liées au transfert des compétences, non maîtrisées, non reconnues, pour le motif d'une pénurie médicale organisée. SUD n'est pas opposé au développement des qualifications, mais avec prise en compte de celles-ci dans le déroulement des carrières et des rémunérations.</p>
<p><b><u>C - Etude prospective</u></b>          Il est nécessaire de mener aujourd'hui une réflexion spécifique sur les principaux facteurs d'évolution de l'hôpital et leur impact sur les personnels et leurs pratiques professionnelles. Cette réflexion permettra d'identifier pour les années à venir, les besoins en personnel de la Fonction publique hospitalière, du point de vue quantitatif et qualitatif, et de faire évoluer les politiques de l'emploi et de formation en conséquence.</p> <p>Les organisations syndicales seront <i>concertées sur</i> cette démarche, notamment dans le cadre des travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière.</p> <p>Une articulation avec les observatoires de branches du secteur sanitaire sera prévue, afin de permettre des échanges et une complémentarité des travaux entrepris.</p>	<p>Cette étude prospective pose carrément les orientations à venir pour le personnel FPH quantitatif et qualitatif : faire plus, avec moins. L'évolution de la politique de l'emploi, c'est un risque de remise en cause des statuts vers des recrutements de droit privé, comme cela s'est produit à la Poste et à France Télécom....</p>
<p><b><u>D –Formations paramédicales</u></b>          La préparation des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales s'inscrit dans le contexte de la décentralisation du financement de ces formations. Il est convenu que les organisations syndicales seront tenues régulièrement informées par les services du Ministère chargé de la santé et de solidarités de l'évolution</p>	

<p>des formations paramédicales, dans le cadre du Conseil supérieur des professions paramédicales (CSPPM) rénové. A cette occasion, les perspectives d'articulation entre le champ professionnel et universitaire (LMD) en lien avec l'évolution des métiers seront étudiées en concertation avec les organisations syndicales de la Fonction publique hospitalière.</p>	<p>Il serait temps.... alors que ce dossier est déjà bien engagé sans aucune consultation des OS.</p>
<p><b>E- Dispositif de formation professionnelle des agents</b>  Compte tenu des conditions de formation tout au long de la vie et des mesures de modernisation de la Fonction publique, plusieurs mesures visant à accompagner les personnels de la Fonction publique hospitalière pour leur permettre de développer ou d'acquérir de nouvelles compétences et d'accéder à des emplois qualifiés seront mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un congé pour validation des acquis de l'expérience professionnelle</li> <li>- un congé pour bilan de compétences</li> <li>- un droit individuel à la formation (DIF)</li> <li>- une obligation déclarative des financements mobilisés au bénéfice des agents hospitaliers sera créée. Un bilan sera réalisé dès la première année de mise en œuvre de cette mesure. Au vu de ce bilan, des dispositions législatives et réglementaires seront prises le cas échéant.</li> <li>- Les ressources collectées par le(s) organisme(s) paritaire(s) collecteur(s) agréé(s) pour la formation des personnels de la Fonction publique hospitalière seront mutualisés, afin d'offrir un plus grand nombre de possibilités de formations aux personnels, notamment ceux exerçant dans de petits établissements.</li> </ul> <p>La réglementation sera modifiée en 2007, pour compléter le dispositif juridique relatif à la collecte et à la mutualisation des fonds de formation et faciliter ainsi l'accès des agents à la formation professionnelle, notamment pour remplir les obligations de formation liées à l'exercice de certaines professions inscrites au Code de la santé publique. La mise en place d'une commission formation, émanant du CTE, au sein de chaque établissement sera généralisée.</p> <p>Des instructions ministérielles seront données aux établissements pour mieux mettre en évidence l'effort consenti au titre des études promotionnelles. Les établissements seront en outre invités à accompagner les personnels dans l'évolution de leur parcours professionnel en développant des moyens de conseil et d'orientation individualisés qui permettent de mesurer les attentes et d'assurer la traçabilité des actions engagées au bénéfice de ces personnels (par exemple dans un passeport formation, en lien avec la réflexion inter-fonction publique)</p>	<p>Ces mesures sont des transpositions du droit privé à la FPH (et cela ne fait que commencer !)  Le DIF, le droit individuel à la formation, c'est 20h par an. Un rapport récent, réalisé à la demande de la CCI (Chambre de commerce de l'Industrie) préconise sa suppression, pour l'inefficacité du dispositif.</p> <p>Malgré nos demandes, le ministère a refusé de préciser dans le texte la garantie du maintien de l'intégralité du salaire, primes comprises, pour les agents en formation et un DIF à 100% sur le temps de travail.</p> <p>Cette commission de formation formalisera une des prérogatives du CTE.</p>
<p><b>F - Ouverture des diplômes du secteur sanitaire à la VAE</b>  Les premiers diplômes du secteur sanitaire s'ouvrent à la VAE. Ce dispositif constitue un mode d'accès supplémentaire aux diplômes qui s'ajoute à la formation initiale et à la formation continue. Les travaux menés ont abouti pour le diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS), le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture</p>	<p>Des travaux sont déjà en cours sur ce sujet... SUD reste vigilant sur les conditions de mise en place et de financement.</p>

<p>(DPAP) et le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière. Ils ont été entamés en 2006 pour le diplôme d'Etat d'Infirmier et celui d'infirmier de bloc opératoire.</p> <p>Ainsi que la législation l'a prévue, l'ouverture des autres diplômes sera poursuivie et intensifiée. En 2007, seront traités en priorité, pour être ouverts à la VAE, le diplôme de cadre de santé et le diplôme d'Etat d'infirmière puéricultrice.</p>	
<p><b><u>G – Activités, compétences, rôle et missions des cadres :</u></b></p> <p>La nouvelle organisation de l'activité et les nouveaux modes de gestion et de décisions de l'hôpital public passent par l'évolution du mode de management actuel.</p> <p>Celui-ci exige désormais que l'encadrement développe des capacités managériales nouvelles qui nécessitent l'évolution des compétences.</p> <p>Les travaux préparatoires à l'ouverture du diplôme de cadre de santé à la VAE et l'élaboration à cette occasion du référentiel d'activités et des compétences de ce métier, en lien avec l'étude prospective citée ci-dessus, conduisent à redéfinir dès 2007 le rôle et les missions des cadres de la Fonction publique hospitalière. Cette démarche à laquelle les organisations syndicales représentatives de la Fonction publique hospitalière seront associées doit s'articuler avec la formation initiale et continue de l'encadrement, pour mieux accompagner l'évolution de la place du cadre dans l'organisation hospitalière.</p> <p>Les établissements de la Fonction publique hospitalière seront encouragés à développer un projet de management, composante de leur projet social.</p>	<p>Pas sûr que cela règle le profond malaise des cadres amenés à gérer des situations de plus en plus contradictoires.</p>
<p><b><u>Promotion des métiers de la Fonction publique hospitalière</u></b></p> <p>Il est convenu de concerter les organisations syndicales représentatives sur la politique que le Gouvernement entend impulser en faveur des métiers de la Fonction publique hospitalière pour favoriser l'orientation des jeunes en direction de ces professions et leur faire connaître les possibilités d'emploi et de carrière dans un champ d'activité en développement du fait notamment du contexte démographique.</p> <p>Cette action de promotion sera également l'occasion de valoriser les personnels en exercice dans l'ensemble des filières professionnelles relevant de la Fonction publique hospitalière.</p>	<p>Les mesures salariales ne seront certainement pas à facteur d'attractivité de nos métiers auprès des jeunes.</p>

### III - CONDITIONS ET ORGANISATION DU TRAVAIL A L'HOPITAL

Projet protocole	
<p>Soumis à des contraintes particulières de fonctionnement, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ouverts au public de façon ininterrompue sont confrontés à un contexte et à des modalités d'exercice qui requièrent une politique particulière d'amélioration des conditions de travail et de meilleure articulation entre vie professionnelle et vie personnelle. C'est dans ce contexte que sont arrêtées les mesures suivantes :</p>	
<p><b><u>A - Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT)</u></b></p> <p>Compte tenu de l'intérêt du dispositif en matière d'amélioration des conditions de travail, un nouvel élan sera donné aux CLACT. A cet effet, il est convenu que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les actions éligibles aux CLACT feront l'objet d'un cadrage national négocié abordant les thèmes suivants <ul style="list-style-type: none"> <li>- le contenu des CLACT, conformément à la typologie figurant dans les circulaires ministérielles de 2000 et 2001.</li> <li>- La méthodologie : des objectifs avec indicateurs de mesure et de suivi clairement identifiés au niveau local avec le CHSCT, en lien avec le projet social et le projet d'établissement</li> <li>- Le lien entre les CLACT, les projets sociaux et le bilan social, la contribution des CLACT à la réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles ;</li> <li>- La mise en place de commissions régionales de suivi des accords locaux avec les organisations syndicales ;</li> <li>- La réponse de l'établissement à l'appel à projets devra s'inscrire dans une démarche pragmatique venant en complément de son plan d'équipement.</li> <li>- Les CLACT bénéficieront, sur la durée du protocole, d'une enveloppe financière d'un montant total de 40 millions d'euros minimum pour les établissements publics de santé au titre du Fonds pour la modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) ainsi que de 8 millions d'euros au minimum pour le secteur médico-social (3 M€ en 2007, 3 M€ en 2008 et 2 M€ en 2009). Les CLACT feront l'objet d'un co-financement par le FMESPP (secteur sanitaire) ou par des crédits spécifiques (secteur médico-social) et les établissements sur la base d'appels à projet lancés et instruits par les ARH pour le secteur sanitaire et les DDASS pour le secteur médico-social.</li> <li>- L'obtention d'un financement au titre des CLACT est subordonnée à la mise en œuvre du document unique.</li> </ul> </li> </ul> <p>Outre les financements du FMESPP ou les crédits spécifiques, les établissements pourront bénéficier des actions qui seront engagées au niveau national pour accompagner leurs efforts d'investissement au cours de la période de mise en œuvre du présent protocole. Des instructions ministérielles fixeront les modalités de mise en œuvre des nouveaux CLACT.</p>	<p>Face à la dégradation des conditions de travail, le ministère nous ressort régulièrement les CLACT. Ces crédits sont insuffisants, non reconduits d'une année sur l'autre et mettent les établissements en concurrence entre eux.</p> <p>L'enveloppe répartie entre le sanitaire et le médico-social est inférieure à l'enveloppe de 60 M€ des crédits attribués en 2000 et qui n'ont pas réglé les problèmes des conditions de travail. De plus, le protocole prévoit l'étalement de l'attribution de ces crédits sur 3ans, avec rien en 2006 !</p> <p>Nombre d'établissements n'ont pas mis en place le document unique (prévention des risques), pourtant obligatoire de puis 2001.</p>



<p><b>B - <u>Seconde partie de carrière des personnels</u></b></p> <p>Un groupe de travail permettant l'approfondissement du thème de la seconde partie de carrière sera mis en place dès la signature du présent protocole et disposera de six mois pour rendre ses conclusions. Il organisera sa réflexion sur ce thème à l'exclusion des reclassements pour raisons de santé qui feront l'objet d'une étude distincte.</p> <p>Dans ce cadre, il devra proposer des mesures de nature à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- faciliter l'accompagnement des mobilités volontaires (intra et inter établissement puis inter fonction publique),</li> <li>- distinguer la reconversion professionnelle classique de l'acte de changement de métier qui ne peut résulter que d'une démarche individuelle,</li> <li>- repenser l'évolution du contenu des métiers (tutorat) ,</li> <li>- mettre en place une gestion prévisionnelle de la situation des agents en difficulté.</li> </ul> <p>Dans le cadre d'une réflexion inter fonction publique, des mesures seront proposées pour la fluidifier les carrières par le biais de l'organisation de passerelles.</p>	<p>Rien n'est véritablement proposé à la signature des syndicats, sinon un groupe de travail....</p>
<p><b>C – <u>Reclassement pour raison de santé</u></b></p> <p>Un groupe de travail distinct de celui en charge de l'étude sur la seconde partie de carrière permettant l'approfondissement du thème du reclassement pour raisons de santé sera mis en place avant la fin de l'année 2007.</p> <p>Sa réflexion devra permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- identifier les types de situations rencontrées,</li> <li>- encourager l'adaptation des postes de travail,</li> <li>- faciliter le reclassement intra et inter établissements au niveau départemental,</li> <li>- proposer la constitution d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail et leur niveau de mise en place (local, départemental, régional).</li> </ul>	<p>Et un deuxième groupe de travail ...</p> <p>Les reclassements pour raison de santé sont connus pour être difficiles à être gérés. Le ministère se contente d'encourager l'adaptation des postes de travail. SUD a demandé que les reclassements se fassent avec le maintien du salaire.</p>
<p><b>D - <u>Prévention des risques professionnels</u></b></p> <p>1- <u>La santé au travail</u> :</p> <p>Afin de renforcer la prévention des risques professionnels, il est convenu de développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la mise en place d'un service de santé au travail par établissement ou territoire de santé, regroupant plusieurs établissements afin de mettre en commun des moyens humains, techniques et matériels, notamment par la constitution d'équipes pluridisciplinaires en application de la loi de la modernisation sociales du 17 janvier 2002 (Article 193)</li> <li>- Le service régional de médecine de santé au travail, qui aura pour mission le développement de la fonction d'expertise, tout en étant à la fois un recours technique, un coordonnateur et un animateur du réseau régional de médecine au travail.</li> <li>- La mise en œuvre des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET) dans le cadre du plan Santé au travail (2005-2009) destinées à réduire les risques sur les lieux de travail en fournissant toutes informations et expertises sur ces risques.</li> </ul>	

<p>2- Prévention de la violence</p> <p>Le manuel pour l'élaboration d'un plan de prévention de la violence, sera complété et élargi à toute la Fonction publique hospitalière (y compris le social et le médico-social) <i>et</i> diffusé dans les meilleurs délais.</p> <p>Il s'agit de répondre à un triple objectif : la prévention des situations de violence, la gestion des situations de violence et l'accompagnement des agents face aux actes de violence.</p> <p>Ce manuel comprend les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rappel des obligations des patients dans le règlement intérieur,</li> <li>- définition du partenariat avec la police, la justice, l'administration pénitentiaire et les collectivités territoriales (contrats locaux de sécurité),</li> <li>- mise en place de la formation des personnels susceptibles de se trouver en situation d'agression à travers un guide de bonnes pratiques,</li> <li>- développement du soutien et de l'accompagnement des victimes, des familles et de l'environnement professionnel par une équipe pluridisciplinaire externe à l'établissement,</li> <li>- modalités d'articulation entre les comités médicaux et les commissions de réforme,</li> <li>- Insertion d'un plan de prévention des risques dans le projet social.</li> </ul> <p>Il sera rappelé aux établissements l'obligation d'accompagner systématiquement et solidairement l'agent victime d'actes de violence lorsqu'il dépose une plainte. Les établissements devront également veiller à signaler tout incident, conformément aux orientations ministérielles pour assurer une traçabilité des incidents survenus dans les établissements relevant de la Fonction publique hospitalière.</p>	<p>La seule prévention contre la violence est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une formation initiale de qualité</li> <li>- une formation continue</li> <li>- des effectifs suffisants</li> </ul> <p>Est-ce à dire que si les personnels sont agressés, c'est en raison de leurs mauvaises pratiques ???</p> <p>SUD avait demandé que l'hôpital puisse porter plainte à la place et au nom de l'agent. Le ministère motive son refus par des considérations juridiques.</p>
<p>3- <u>Prévention des autres types de risques</u></p> <p>Il est convenu d'adopter la méthodologie suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recenser les risques (amiante, produits chimiques, fluides et gaz médicaux, médicaments et dispositifs médicaux, produits biologiques, bruits, chaleur, froid, risques environnementaux, exposition au sang, élimination des déchets, rayonnement)</li> <li>- recenser les maladies professionnelles ou imputables au service, accidents du travail, troubles musculo-squelettiques)</li> <li>- fixer un ordre de priorité en lien avec la commission hygiène et sécurité du CSFPH,</li> <li>- étudier les modalités de développement d'une politique de prévention,</li> <li>- recourir à des appels à projets en privilégiant le niveau local et le rôle du CHSCT,</li> <li>- Impliquer la médecine du travail (locaux, personnels, équipe pluridisciplinaire),</li> <li>- développer des moyens et des outils pertinents, en fonction des risques : document unique, partenariats, guide de bonnes pratiques, formation, rôle de la médecine du travail et recours à l'expertise externe et à la mutualisation des moyens mis à disposition des services de médecine du travail ;</li> <li>- proposer un accompagnement par type de risque,</li> <li>- développer les expérimentations et la recherche,</li> <li>- assurer un suivi et une évaluation.</li> </ul>	<p>Le recensement des risques est déjà ce qui est prévu dans le document unique !</p>

<p>Des financements spécifiques fléchés dans le cadre des plans nationaux d'investissement qui seront développés dans la période d'application du présent protocole pourront être mobilisés notamment pour les locaux, les équipements de sécurité. Une attention particulière sera portée pour assurer le financement prioritaire d'actions de prévention contre la violence dans le cadre des CLACT. Il conviendra également de soutenir la formation des personnels pour prévenir les risques professionnels dans le cadre des actions de formations financées par les organismes paritaires collecteurs agréés à cet effet (OCPA).</p>	
<p><b>E - Vie au travail</b>  Pour mieux concilier la vie professionnelle et personnelle de leurs agents, les établissements seront invités à mettre en place des processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer les rythmes de travail pour faciliter l'exercice professionnel.  Ils pourront solliciter auprès des services ministériels des missions d'expertise et de conseil méthodologiques..</p>	<p>Il s'agit plus simplement d'optimiser la présence des personnels au travail !  Ces expérimentations locales dérogeront forcément au droit commun, avec un risque de remise ne cause des 35h qui se profile.</p>
<p>E- Temps de travail  Sur la base des premiers éléments du bilan réalisé sur l'utilisation du Compte épargne temps (CET) dans les établissements publics de santé, il est convenu d'étudier avec les organisations syndicales signataires du présent protocole les modalités d'assouplissement des conditions d'utilisation du CET dans la Fonction publique hospitalière, notamment les conditions de reversement des jours épargnés aux ayants droit.  Un groupe de travail sera mis en place à l'effet de traiter les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les séjours et déplacements thérapeutiques</li> <li>- les équivalences</li> <li>- les transferts thérapeutiques</li> <li>- les astreintes à domicile</li> <li>- les permanences</li> </ul> <p>Les conclusions de ces réflexions donneront lieu à des instructions ministérielles pour faciliter leur mise en œuvre dans les établissements relevant de la Fonction publique hospitalière.</p>	<p>Non seulement, il n'y a rien sur l'emploi dans ce protocole, mais pour pallier les problèmes d'effectif, le ministère propose l'assouplissement d'utilisation du CET.  Ces modalités ne sont pas déclinées dans le protocole, c'est un chèque en blanc donné au ministère et aux OS signataires. La seule mesure positive est le reversement des jours aux ayant-droits.... à condition que ces jours soient payés.</p>

<p><b>G - Action sociale</b></p> <p>Pour concilier les attentes des personnels en infrastructures sociales avec les contraintes spécifiques du service public hospitalier fonctionnant en continu, les pouvoirs publics intensifieront les actions sociales en faveur des personnels et faciliteront leur exercice professionnel. Dans ce cadre plusieurs mesures sont prévues :</p> <p><u>1- Places de crèche</u></p> <p>a) Amélioration du suivi des réservations de places de crèches pour en optimiser le parc</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recensement auprès des Préfets des places actuellement réservées dans les crèches</li> <li>- participation des établissements relevant de la FPH au système de suivi au moyen de plates-formes dans chacune des régions dans le cadre de la déconcentration de l'action sociale.</li> <li>- mutualisation de places de crèches hospitalières avec les crèches relevant de l'Etat ou des collectivités territoriales.</li> <li>- développement des financements mixtes (privé-public)</li> </ul> <p>Une étude sera engagée avec le CGOS ou tout autre organisme agréé pour la mise en place, sur Internet, d'une bourse des places en crèches disponibles avec l'appui d'un prestataire de service.</p> <p>b) Augmentation du nombre de places</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- une étude sur la faisabilité de création de places de crèches sera systématiquement demandée aux établissements qui s'engagent dans une opération de restructuration ou de construction ;</li> <li>- une étude sur les besoins dans chaque établissement de la FPH (bilan et perspectives) sera réalisée, tenant compte des données démographiques et des capacités de prise en charge individuelle et collective ;</li> <li>- la problématique de l'accueil des enfants quel que soit le mode de garde figurera dans le projet social des établissements ;</li> <li>- les différentes incitations pouvant faciliter l'investissement et le fonctionnement des crèches hospitalières seront étudiées.</li> <li>- Les partenariats entre les différents administrations (Etat/ collectivités territoriale/ hospitalière) et / ou entre hôpitaux et CAF devront être encouragés pour favoriser le développement ou la création des crèches hospitalières.</li> </ul>	<p>Les mesures déjà préconisées dans les protocoles précédents et n'ont eu que très peu de concrétisation sur le terrain.</p> <p>Le ministère n'ayant pas pris contact avec la CAF, il est fort à parier qu'il n'y aura aucun financement pour 2007 !</p>
<p><u>2- Logement :</u></p> <p>a) Aide à l'installation des personnels : Il est convenu de demander au CGOS ou à tout autre organisme d'étudier la faisabilité d'un rapprochement avec le nouveau dispositif applicable aux fonctionnaires de l'Etat.</p> <p>b) Aide au financement du dépôt de garantie et frais d'agence. Il sera recommandé au CGOS d'assurer la pérennité de la nouvelle prestation logement d'aide au paiement du dépôt de garantie pour faciliter l'installation et la mobilité des personnels de la Fonction publique hospitalière.</p> <p>c) Construction :</p>	

<p>il est convenu de reprendre l'expérimentation visant la construction de logements spécifiques pour les agents de la FPH dans les régions à loyer élevé ou présentant des difficultés particulières en matière de démographie des personnels soignants, par le biais d'un partenariat public-privé sur les investissements (caisse des dépôts et consignation, établissements, CGOS...)</p> <p>L'expérimentation d'un partenariat public-privé en matière d'investissement pour la construction de logements au bénéfice des agents de la FPH sera engagée dans cinq régions, en lien avec la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH)</p> <p>Il est convenu que les services ministériels poursuivront la réflexion inter fonction publique dans le cadre des dispositifs d'accompagnement à l'installation des agents de la Fonction publique hospitalière.</p>	
<p><u>3- Mise en place du chèque emploi service universel (CESU)</u></p> <p>d) le chèque emploi service universel (CESU) sera mis en place pour les frais de garde des jeunes enfants.. Il sera géré par le CGOS ou tout autre organisme agréé et fera l'objet d'un accompagnement financier spécifique du Ministère chargé de la santé et des solidarités.</p> <p>e) La faisabilité d'une extension du CESU à d'autres types de prestations tels que le ménage ou le repassage, sera étudiée compte tenu des spécificités de fonctionnement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des horaires atypiques applicables à une grande majorité de personnel qui exercent.</p>	
<p><u>4- Changement de résidence</u></p> <p>Des modalités d'assouplissement du dispositif de changement de résidence seront étudiées pour faciliter l'installation ou la réinstallation des personnels de la fonction publique hospitalière</p> <p>Par ailleurs, les établissements et le CGOS seront invités à accompagner socialement et financièrement la mobilité des personnels (aide à la recherche de logement en cas de mutation ou de promotion professionnelle, participation au financement, etc..)</p>	
<p><u>5- Restauration :</u></p> <p>L'accès des agents aux structures de restauration sera facilité notamment par le renforcement des coopérations ou des partenariats entre les administrations hospitalières, l'Etat, les collectivités territoriales et/ou le secteur privé (conventionnement)</p>	

#### IV - MESURES STATUTAIRES

<p>Les orientations de la politique statutaire dans la Fonction publique hospitalière reposent sur des principes forts qui favorisent la promotion sociale et professionnelle de ses agents.</p> <p>Ces principes s'inscrivent dans le cadre des mesures négociées par les trois fonctions publiques et trouvent leur illustration dans des dispositifs qui améliorent l'organisation des carrières des personnels, simplifient et valorisent les filières professionnelles, introduisent plus de fluidité et d'attractivité dans le déroulement des parcours professionnels.</p>	
<p><b>Une organisation des carrières rénovée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en catégorie C, les carrières vont être organisées en 3 ou 4 grades (échelle 3 à échelle 6), compte tenu des recrutements sans concours ; des niveaux de recrutement différenciés seront prévus au sein des nouveaux corps, pour tenir compte des différents niveaux de qualification des agents concernés.</li> <li>- En catégorie B type, l'indice plancher des corps sera porté de l'indice majoré 290 à l'indice majoré 296</li> <li>- En catégorie A, le corps des attachés sera modernisé et les grades d'ingénieur en chef de 1ère catégorie seront réorganisés.</li> </ul>	<p>C'est la transposition des mesures adoptées le 25 janvier dernier à la Fonction publique d'Etat</p>
<p><b>Des filières simplifiées et valorisées :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans la filière soignante : en catégorie C, une nouvelle articulation entre plusieurs corps regroupés va permettre un recentrage et une meilleure cohérence pour l'exercice de fonctions diversifiées.</li> <li>- Dans la filière ouvrière : en catégorie C, il est nécessaire de clarifier l'architecture des corps pour la rendre plus lisible et mieux reconnaître les métiers exercés ainsi que la place de la maîtrise ouvrière</li> <li>- Dans la filière administrative : en catégorie C, une structure également simplifiée sera mise en place en prenant en considération les fusions rendues possibles par l'évolution du travail et l'équipement des établissements de la fonction publique hospitalière.</li> </ul>	
<p><b>Des parcours professionnels plus fluides et plus attractifs :</b></p> <p>La fluidité et l'attractivité des parcours professionnels résultent notamment des possibilités de promotion ouvertes aux personnels hospitaliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par le recours, pour certains corps, au ratio « promus-promouvables » et à la clause de sauvegarde pour l'avancement des personnels.</li> <li>- Par l'amélioration des débouchés de la catégorie C en catégorie B</li> <li>- Par la promotion interne de la catégorie B vers la catégorie A</li> <li>- Par la possibilité d'introduire, dans les statuts particuliers qui en justifient, une modalité de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle pouvant se substituer à une épreuve du concours de recrutement.</li> </ul>	<p>Devant le bilan négatif du ratio «promus/promouvables» des 3 dernières années dans la fonction publique hospitalière (notamment pour les aides-soignants la catégorie la plus nombreuse) par rapport aux anciens quotas, <b>Sud a rappelé son exigence de carrière sans barrage à l'intérieur d'un même corps.</b></p> <p>Sud a rappelé que cela avait été obtenu pour certaines professions (infirmiers spécialisés)</p>

<b>CATEGORIE C</b>	
<p>1. Réforme de la catégorie C :</p> <p>Au delà de la fusion des échelles 2 et 3, une deuxième étape s'avère nécessaire pour résoudre la coexistence au même niveau de recrutement, de corps exigeants des qualifications différentes et pour redonner un véritable déroulement de carrière au sein de la catégorie C.</p> <p>Des dispositions transitoires élaborées en inter fonction publique permettront de traiter les effets liés à la mise en œuvre de la première étape de la fusion des échelles 2 et 3.</p> <p>La réflexion de la construction de la catégorie C de la Fonction publique hospitalière sera conduite en tenant compte de la spécificité de la FPH et notamment de :</p>	<p>Les différentes réformes de la catégorie C ont eu comme conséquence principale de niveler vers le bas les débuts de carrière, notamment entre l'échelle 3 (nouvelle échelle pour les recrutements sans diplôme) et l'échelle 4 (niveau CAP ou BEP)</p> <p><b>Seulement deux points d'indice de différence en début de carrière soit moins de 10 euros</b></p>
<p>1.1 – <u>la filière soignante : corps des aides-soignants, (aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques)</u> (196 000 agents) :</p> <p>a/ reclassement des aides-soignants de classe normale en échelle 4, des aides-soignants de classe supérieure en échelle 5 et des aides-soignants de classe exceptionnelle en échelle 6 (IB terminal 479). Ce reclassement s'effectuera à l'indice immédiatement supérieur et sera réalisé en deux ans pour s'achever avant fin 2008.</p> <p>Le reclassement ainsi proposé garantit la conservation d'ancienneté des agents au prorata de la durée d'échelon de reclassement lorsque l'indice de classement dans l'échelle d'accueil procure un gain indiciaire inférieur à celui qu'ils auraient obtenu à la faveur d'un avancement d'échelon dans l'échelle d'origine.</p> <p>b/ amélioration du ratio « promus/promouvables » pour le corps des AS, avec un ratio fixé par arrêté à 15% pour la classe normale et à 20% pour la classe supérieure en 2008 et 2009. En 2007 ce ratio sera porté respectivement à 20% et 25% avec effet au 1<sup>er</sup> juillet 2007.</p> <p>Ces évolutions prennent en compte l'évolution de la formation de ces personnels et l'instauration d'un diplôme d'Etat d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture ; le diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique ayant été mis en place.</p>	<p>Les aides-soignants (et auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques dont la situation statutaire n'a guère progressé ces 20 dernières années alors que leurs rôles ont évolué sont les grands perdants de ce protocole malgré les déclarations granguignolesques du ministère.</p> <p>Leur progression d'une seule échelle (échelle 3 à 4, échelle 4 à 5, échelle 5 à 6) à l'indice immédiatement supérieur ne procurera un gain de quelques points (parfois 1 seul)</p> <p>SUD revendique depuis des années une grille spécifique intégrant les primes de fonction. La prime « Veil » (15,24€) attribuée en 1975 n'a jamais été réévaluée depuis 31 ans !</p> <p>A minima le reclassement aux échelles supérieures aurait dû s'établir à échelon identique avec ancienneté conservée dans l'échelon. <u>L'accès au dernier échelon de l'échelle 6 leur est refusé.</u></p> <p>De plus ce reclassement se fera sur 2 ans.</p> <p>L'augmentation des ratios en 2007 ne comblera pas les réductions d'avancements depuis 2004 par rapport aux anciennes règles.</p> <p>SUD poursuivra son combat pour une carrière linéaire sans barrage ;</p> <p>Le diplôme d'Etat est certes confirmé mais sans en tirer toutes les conséquences sur le plan statutaire.</p>
<p>1-2 <u>La filière médico-technique (1400 agents) :</u></p> <p>Des passerelles seront étudiées pour permettre aux personnels de la filière médico-technique constitués en cadre d'extinction d'accéder à d'autres filières professionnelles éligibles aux échelles 5 et 6.</p>	
<p>1-5- <u>La filière socio-éducative (dont 415 moniteurs d'atelier) :</u></p> <p>Les missions des moniteurs d'atelier sont proches de celles confiées aux éducateurs techniques spécialisés (ETS). Il est convenu de mettre en extinction le corps des moniteurs d'atelier et de recruter exclusivement des ETS.</p>	<p>Le reclassement aurait dû s'effectuer sur la grille B type</p>

<p>Pour les moniteurs d'atelier actuellement en fonction, il sera procédé à un reclassement sur la grille des moniteurs d'atelier dotée d'un nouvel échelon (11<sup>ème</sup> échelon, IB 479).</p>	
<p><u>1-4- La filière administrative (43 212 agents) :</u>  a/ reclassement des personnels concernés dans les nouvelles grilles correspondantes E3, E4 et E5, échelon pour échelon et reclassement spécifique pour la nouvelle échelle 6. Ce reclassement sera réalisé en deux ans pour s'achever avant fin 2008.  b/ intégration du corps des agents administratifs et du corps des standardistes dans le futur corps des adjoints administratifs</p>	<p>Reclassement d'échelon à échelon sauf pour l'accès à l'échelle 6.  <u>L'accès au dernier échelon de l'échelle 6 leur est refusé.</u></p> <p>Les chefs de standard et les permanenciers SMUR n'ont pas de reclassements</p>
<p><u>1-5 - La filière ouvrière et technique (76 885 agents) :</u>  Actuellement la filière ouvrière est organisée en dix corps. Cette filière sera structurée en proposant la revalorisation du corps de débouché (agents chefs) :</p> <p>a) reclassement des personnels concernés dans les nouvelles grilles correspondantes E3, E4 et E5, échelon pour échelon et reclassement spécifique pour la nouvelle échelle 6. Cette mesure concerne également les dessinateurs qui relèvent de la filière technique. Ce reclassement sera réalisé en deux ans pour s'achever avant fin 2008.</p> <p>b) reclassement en E4 des ouvriers professionnels spécialisés et des conducteurs d'automobile à l'instar des deux autres fonctions publiques.</p> <p>c) revalorisation de 10 points de la NBI des conducteurs ambulanciers affectés en SMUR.</p> <p>d) révision de la situation des agents de service mortuaire et de désinfection.  Eu égard à l'évolution des métiers, de la réglementation et des exigences des usagers, ce corps classé en E3 et E4 sera placé en cadre d'extinction. Les activités de désinfection seront désormais assurées par les agents de service hospitalier qualifiés ou les agents d'entretien qualifiés, celles d'agent mortuaire par des aides-soignants qui bénéficieront d'une formation d'adaptation à l'emploi. Les agents classés actuellement en E3 seront reclassés en E4 du fait de leur mise en extinction avec maintien de la possibilité pour eux d'accéder aux différents corps de la filière ouvrière rénovée.</p> <p>e) amélioration du régime indemnitaire des agents affectés à la sécurité incendie  .Les équipes de sécurité incendie ont nécessairement une qualification définie par le Ministère de l'intérieur. Les agents chargés, à titre exclusif, de la sécurité incendie dans les IGH, perçoivent une NBI de 10 points majorés. Il est envisagé d'étendre cette NBI aux personnels chargés, à titre exclusif, de la sécurité incendie dans les ERP de 1<sup>ère</sup> catégorie recevant du public.</p> <p>f) harmonisation du régime indemnitaire de la maîtrise ouvrière : (corps actuels de contremaîtres, chefs de garage et agents techniques d'entretien). Une</p>	<p>Sud a demandé le reclassement de la maîtrise ouvrière en catégorie B (grille B type) .. refus du Ministère !</p> <p>Le dernier échelon de l'échelle 6 n'est accessible qu'aux grades d'encadrement. Le reclassement s'effectue sur 2 ans.... !!</p> <p>Cette mesure avait déjà été actée l'année dernière et est très insuffisante</p> <p>Extinction du corps des agents de services mortuaire et de désinfection... dont les tâches seront désormais réalisées par les Aides-soignants !</p> <p>Il n'y a aucun délai pour la formation d'adaptation à l'emploi de ces agents</p> <p>Là aussi reconnaissance à minima et non prise en compte des sujétions particulières de ces professions</p> <p>Quel effort : la NBI augmente de 2 points (9 €)</p>



<p>harmonisation de la NBI à hauteur de 15 points mensuels est allouée à ceux des personnels qui assurent des fonctions d'encadrement.</p> <p><b>2 – Dispositif de promotion sociale</b>  Les établissements relevant de la Fonction publique hospitalière seront invités à intensifier leurs actions de formation en faveur notamment des agents des services hospitaliers qualifiés, des agents des services mortuaires et de désinfection et des aides-médico-techniques en vue de leur permettre d'accéder à des niveaux d'emplois plus qualifiés.</p>	<p>De belles intentions qui ne résistent pas aux restrictions locales. On constate partout que les moins qualifiés ont souvent peu d'accès aux formations qualifiantes (manque de crédits pour les remplacements) Aucune mesure concrète n'est actée !</p>
<p><b>3/ Dispositif « promus/ promouvables » :</b>  A partir du bilan du dispositif « promus/ promouvables » qui existe pour certains corps de la Fonction publique hospitalière depuis 2002 portant notamment sur l'application de cette mesure en 2004 et 2005 avant d'envisager de l'étendre à d'autres corps, il sera proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'une part de déterminer, pour chaque corps concerné, un taux de promouvabilité fixé par arrêté ;</li> <li>- d'autre part, de basculer dans le dispositif « promus/ promouvables », prioritairement, les corps de catégorie C dont les statuts particuliers vont être revus dans les conditions comparables au dispositif inter fonction publique ;</li> <li>- enfin, d'étudier la faisabilité, au cours d'une même année, d'un accès à la promotion d'un agent inscrit sur le tableau d'avancement par substitution à un agent déjà promu qui part à la retraite la même année, dans le respect de l'enveloppe budgétaire.</li> </ul>	<p>Le ministère semble vouloir monter une « usine à gaz » avec des modalités d'avancement qui pourraient être modulables d'une année sur l'autre mais aussi pourquoi pas par établissement.</p> <p>D'où la nécessité d'imposer des carrières linéaires sans barrage à l'intérieur d'un même corps.</p>
<p><b>B . CATEGORIE B :</b></p>	
<p><b>1. Accès aux corps en catégorie B (hors professions réglementées) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP),</li> <li>- intégration des détachements dans l'assiette de calcul des postes à pourvoir au choix,</li> <li>- remplacement des quatre ans de services publics exigés pour le concours interne par trois ans,</li> <li>- intégration d'une clause de sauvegarde pour la promotion de corps de catégorie C en B.</li> </ul>	<p>Si il est positif de faciliter les accès à la catégorie B, il faudrait aussi augmenter le nombre d'emplois dans cette catégorie, ce qui n'est pas le cas !</p>
<p><b>2. Bonification indemnitaire (28 719 agents) :</b>  Attribution de la bonification indemnitaire de 400 € annuels pendant trois ans (2006-2008) au bénéfice des personnels relevant de la catégorie B, conformément aux modalités d'application définies en inter fonction publique ; ces dispositions s'appliquent dès 2006 pour les personnels classés en CII.</p>	<p>Cette disposition, issue de l'accord fonction publique d'Etat va permettre aux agents ayant été reclassés au 1<sup>er</sup> janvier 2002 de bénéficier quand même de cette mesure dès cette année (qui prévoyait qu'il ne fallait pas avoir eu d'évolution de carrière depuis 5 ans et se trouver au sommet de son corps)</p>
<p><b>3. Filière soignante, médico-technique et de rééducation (240 392 agents) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relèvement en trois ans du quota statutaire existant pour le passage de la classe normale à la classe supérieure pour le porter de 30% à 40% (2007 : 34%, 2008 : 37%, 2009 : 40%), en tenant compte prioritairement de la situation des agents ayants atteints le dernier échelon de la classe normale depuis au moins 4ans.</li> <li>- revalorisation de la prime spécifique de 76,22€ mensuelle fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992, en la</li> </ul>	<p>Beaucoup d'agents sont bloqués depuis bien plus de 4 ans, notamment les techniciens de labo. Le relèvement du quota est insuffisant pour permettre un déroulé de carrière de tous ceux qui sont bloqués au sommet de la classe normale  D'où l'urgence d'obtenir des carrières vraiment sans barrage</p> <p>Cette prime n'avait pas été revalorisée depuis 1992</p>

<p>portant à 90 €/mois. Cette mesure prend effet au 1<sup>er</sup> mars 2007.</p> <p>- Bonification de 6 mois d'ancienneté en début de carrière pour les personnels paramédicaux (personnels infirmiers, médico-techniques et personnels de rééducation) classés en CII au 2<sup>ème</sup> échelon de la classe normale. Cette mesure sera répartie sur deux exercices (2007 et 2008).</p>	<p>Sud revendique son intégration dans le salaire de base</p> <p>Le ministère ayant refusé toute revalorisation de la grille CII, a trouvé cet artifice pour accélérer légèrement l'accès au 3<sup>ème</sup> échelon</p>
<p><u>4. Filière socio-éducative (15 512 agents) :</u></p> <p>a) bonification de 12 mois d'ancienneté pour les agents du corps des assistants socio-éducatifs, du corps des éducateurs des jeunes enfants et du corps des éducateurs techniques spécialisés ;</p> <p>b) reprise totale des services antérieurs sans limitation de durée pour les personnels nouvellement recrutés ;</p> <p>c) ouverture aux titulaires du Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BP-JEPS) de l'accès au corps des animateurs pour diversifier les emplois de ce corps et notamment permettre de développer l'animation sportive ;</p> <p>d) reclassement des Educateurs Techniques Spécialisés en CII en deux grades :</p> <p>Le diplôme exigé pour l'accès au corps des éducateurs techniques spécialisés vient d'être rénové (décret n° 2005-1376 du 3 novembre 2005) : il est désormais aligné sur la plupart des diplômes en travail social : accessible aux titulaires du bac (professionnel ou technologique) et s'obtient après 3 années d'études. C'est pourquoi il sera procédé au reclassement de ces personnels en CII ;</p> <p>e) classement dans un corps en deux grades des éducateurs de jeunes enfants actuellement classés en CII à trois grades.</p>	<p>C'est une décision totalement injuste de refuser cette mesure aux agents en fonction</p> <p>Un petit effort vers une carrière à un seul grade pour cette profession</p>
<p><u>5. Filière administrative (29 190 agents)</u></p> <p>Les agents de catégorie B relevant de la grille qui va de l'IB 298 à l'IB 612 bénéficieront de la grille B type rénovée en inter fonction publique</p> <p>a) revalorisation de l'IFTS des adjoints des cadres hospitaliers :</p> <p>Le montant de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires des adjoints des cadres hospitaliers sera augmentée de 20%.</p> <p>b) création d'un cycle préparatoire pour l'accès au corps des attachés d'administration hospitalière.</p> <p>Le décret n° 2001-1207 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière a prévu la création d'un cycle préparatoire au concours interne de recrutement des attachés d'administration hospitalière pour les agents bénéficiant de quatre ans de services publics effectifs. L'arrêté annoncé à l'article 7 dudit décret sera rédigé sur la base d'un cycle ouvert à 100 agents (d'une durée de 3 mois pour 25 agents, de 6 mois pour 75 agents).</p> <p>c) valorisation des fonctions d'encadrement des adjoints des cadres hospitaliers et des secrétaires médicaux</p> <p>La NBI des adjoints des cadres encadrant au moins cinq personnes et des secrétaires médicaux exerçant des fonctions de coordination des secrétariats médicaux ou encadrant au moins cinq personnes sera majoré de 10 points.</p>	<p>C'est la transposition de l'accord fonction publique. Mais malgré ce relèvement, le début de cette grille démarre seulement à 20 points d'indice au dessus du salaire minimum.</p> <p>Une misère alors que la revendication unanime de la profession est le reclassement en CII ; Plus de 60% des ACH ne touchent pas cette indemnité qui n'est versée qu'à partir du 8<sup>ème</sup> échelon</p> <p>Les postes sont peu nombreux au regard du nombre du nombre d'ACH candidats à une promotion</p> <p>Encore une NBI qui ne concernera pas tous les professionnels, notamment ceux exerçant dans les petits établissements et encadrant moins de 5 agents.</p>

<p><u>6. Filière ouvrière (dont 1625 agents-chefs)</u>  Les agents chefs dont le corps est actuellement classé à l'IB terminal 579 seront reclassés en catégorie B type ;  Ce nouveau classement permettra un recrutement de ces personnels par concours externe au niveau du Bac professionnel à raison d'au moins un 1/3 des places ouvertes au concours externe et avec maintien d'un recrutement par concours interne.</p>	<p>Une des seules professions qui obtient un reclassement (même si leur grille de salaire était déjà proche de la B type) Il faudrait aussi intégrer les contremaîtres dans le même corps</p>
<b>C. CATEGORIE A</b>	
<p><u>1. Accès au corps en catégorie A (hors professions réglementées et personnels socio-éducatifs) :</u>  - reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP) ;  - intégration des détachements dans l'assiette de calcul des postes à pourvoir au choix ;  - remplacement des 4 ans de services publics exigés pour le concours interne par 3 ans,  - intégration d'une clause de sauvegarde pour la promotion de corps de catégorie B en A.</p>	
<p><u>2. Bonification indemnitaire : (7161 agents) :</u>  Attribution de bonification indemnitaire de 700€ annuels pendant trois ans (2006-2008) au bénéfice des personnels relevant de la catégorie A conformément aux modalités d'application définies en inter fonction publique.</p>	<p>C'est la transposition de l'accord fonction publique...</p>
<p><u>3. Filière soignante : cadres soignants (25 000 agents) :</u>  - revalorisation en 2007 de la prime d'encadrement des cadres soignants de 15 € par mois.  - revalorisation de la prime spécifique de 76,22 € mensuels fixée par l'arrêté du 2 janvier 1992, pour la porter à 90 €/mois ; cette mesure prend effet au 1<sup>er</sup> mars 2007.</p>	<p>Même constat sur ces primes : leur intégration réglerait une fois pour toute leur revalorisation qui n'est jamais à la hauteur des revalorisations indiciaires</p>
<p><u>4. Filière socio-éducative : cadres socio-éducatifs (967 agents) :</u>  - attribution d'une prime d'encadrement d'un montant de 76,22 € mensuels aux personnels exerçant ces fonctions.</p>	<p>Régularisation d'une mesure d'équité avec 6 ans de retard</p>
<p><u>5. Filière administrative : attachés d'administration hospitalière (2827 agents) :</u>  - alignement du statut des attachés d'administration hospitalière sur le statut des attachés des autres fonctions publiques.  Les attachés d'administration hospitalière constituent un corps de catégorie A de la filière administrative en deux grades pyramidés, IB 379-966.  A l'occasion de la révision en cours du statut des attachés dans les deux autres fonctions publiques, il est prévu de fusionner les deux classes du grade d'attaché principal.  Le statut des attachés d'administration hospitalière est calqué sur celui des attachés territoriaux, dès publication du texte de la fonction publique territoriale, sa teneur et sa portée seront analysées pour rechercher puis définir les conditions de sa transposition.  - instauration d'un ratio pour les attachés d'administration hospitalière :  Instauration d'un ratio promu promouvables pour le corps des attachés d'administration hospitalière avec un taux fixé par arrêté à 20% pour l'accès à la classe supérieure pendant la durée du présent protocole.  ' par ailleurs, une réflexion sera menée sur les modalités de concours et d'affectation des attachés d'administration hospitalière ainsi que sur le statut d'élève à l'EHES et sur la création d'un emploi de débouché en lien avec</p>	<p>Fusion partielle des grades (uniquement le principalat)...</p>

l'évolution de la démographie et du statut des directeurs d'hôpital et des DES et DESS.	
<p><u>6. Filière technique (1337 agents)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fusion des deux grades des ingénieurs en chef de 1<sup>ère</sup> catégorie 1<sup>ère</sup> classe et de 1<sup>ère</sup> catégorie hors classe à l'instar de leurs homologues de la Fonction publique territoriale (avec un IB terminal HEB accessible dans certains établissements – arrêtés du 12 décembre 2005 fixant les listes des établissements dont les emplois de directeurs sont des emplois fonctionnels),</li> <li>- rénovation de la grille des ingénieurs en chef de 1<sup>ère</sup> catégorie 2<sup>ième</sup> classe (10 échelons au lieu de 8), ce qui conduira à un corps d'ingénieurs hospitaliers en 4 grades et un emploi fonctionnel.</li> <li>- revalorisation du régime indemnitaire des ingénieurs généraux qui passe de 45% à 60%. La grille de rémunération des ingénieurs généraux culmine à l'IB terminal HEB. Il s'agit d'un emploi fonctionnel correspondant à des fonctions techniques de haut niveau et de coordination qui justifie cette mesure.</li> <li>- suppression du plafond des crédits affectés au paiement de la prime de technicité actuellement fixé par l'article 3 du décret 91-870 du 5 septembre 1991 modifié).</li> </ul>	<p>Les ingénieurs hospitaliers subdivisionnaires (les plus nombreux) n'ont aucune revalorisation</p> <p>Les discussions se sont éternisées des heures pour un grade de fin de carrière qui ne comprend qu'une vingtaine de personnes au niveau national</p>
<p><u>7. Personnels sous statuts locaux, notamment les informaticiens (3977 agents)</u></p> <p>Compte tenu de la modification des compétences des conseils d'administration des établissements publics de santé (ordonnance du 2 mai 2005), la possibilité de recruter, selon les règles définies localement par ces instances, des personnels a disparu, ce qui a pour effet de figer ces règles. Les intéressés, relevant d'un dispositif prévu législativement, détiennent cependant la qualité de fonctionnaire. Ils peuvent donc être détachés dans des statuts nationaux qui, eux, sont évolutifs. Toutefois, compte tenu des situations créées localement, il convient d'apporter une modification législative à l'article 8 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la Fonction publique hospitalière pour mettre fin à tout recrutement selon des règles locales et simultanément conserver, à titre transitoire, pour les agents qui y trouveraient avantage le maintien des dispositions s'appliquant à leur situation actuelle.</p> <p>Un bilan évaluant le nombre et la nature des emplois occupés par les personnels recrutés sous statuts locaux sera présenté avant le premier semestre 2007 au CSFPH.</p>	
<p><u>8. Radio-physiciens (100 agents) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- instauration d'une grille de rémunération linéaire de 12 échelons (IB 587- HEA) en substitution aux trois grilles actuelles prévues dans la circulaire du 25 mars 1991. Cette grille, dont l'indice borne supérieur actuel (H.E.A.) n'est pas modifié, permettra de prendre en compte les évolutions technologiques, le niveau des responsabilités des radio physiciens.</li> <li>- création d'une prime spécifique qui complètera le traitement de ces agents.</li> </ul>	<p>Le fait que cette profession soit peu nombreuse ne justifie pas qu'elle reste contractuelle. C'est un précédent fâcheux qui peut laisser croire que les nouveaux métiers n'ont pas vocation à être titularisés.</p>
<p><u>9. Médecins du travail : (323 agents)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- revalorisation de la rémunération des médecins du travail dans les établissements publics de santé pour améliorer l'attractivité de leur métier, avec réduction de la durée de carrière de 3 ans (de 24 à 21 ans) et amélioration du début de carrière (gain de 38 points d'indice au premier échelon). Cette revalorisation sera</li> </ul>	

<p>opérée sur la base indicative de la grille CISME.  - revalorisation du régime indemnitaire pour porter la prime complémentaire de 23% à 33%.  Une instruction ministérielle Santé/budget précisera le rôle et les missions des médecins du travail, leurs droits et obligations, ainsi que leurs conditions de recrutement et de rémunération.</p>	
<p><b><u>D. Valorisation des fonctions d'assistant des responsables des pôles d'activité clinique ou médico-technique (7400 agents)</u></b></p> <p>Il sera attribué une prime de 100 € bruts mensuels pour les assistants des responsables des pôles d'activité clinique ou médico-technique (administratifs et soignants),</p>	<p>Une carotte peu attrayante pour des fonctions qui vont être multiples et variées, notamment de gestion.</p>
<p><b><u>COMITES DE SUIVI</u></b></p> <p>Un comité national de suivi composé du ministère de la santé et des solidarités (DHOS/DGAS) et des organisations syndicales signataires est mis en place au niveau national pour la mise en œuvre des mesures figurant dans le présent protocole.  Des comités régionaux de suivi seront également institués entre les ARH pour le secteur sanitaire et les DRASS-CTRI pour le médico-social et les organisations syndicales signataires pour leur permettre de suivre l'application de ce dispositif.</p>	<p>Le comité de suivi devrait avoir pour mission de vérifier l'application des éléments concrets actés dans un protocole.  De fait, le comité « de suivi » se trouve en position d'ouvrir de nouveaux chantiers, véritables négociations, réservées aux seuls signataires au détriment de la représentativité syndicale qui doit être déterminée par le seul vote des salariés.</p>