

1 **Projet d'accord relatif aux personnels non médicaux**
2 **Refonder le service public hospitalier, **Social et médico-social** : Revaloriser les**
3 **carrières et les rémunérations et transformer les environnements de travail.**

4
5
6 Intro :

- 7 - Objectifs politiques
- 8 - Champ de l'accord : FPH, hôpital, **secteur social et** médico-social. Titulaires et contractuels
- 9 PNM

10
11 **Axe 1 : Des carrières et des rémunérations réévaluées pour rendre au service public hospitalier, au**
12 **secteur social et médico-social leur attractivité**

13
14 **1. Une revalorisation socle des salaires à compter du 1^{er} juillet 2020**

15
16 Les rémunérations du service public de santé, **du secteur social et médico-social** ne sont ni en
17 adéquation avec l'utilité sociale de l'ensemble de ces professionnels, ni en adéquation avec leur
18 engagement professionnel. Les comparaisons internationales montrent par ailleurs des écarts de
19 rémunération tant par rapport au salaire moyen des Français que par rapport aux professionnels
20 d'autres pays.

21
22 Les signataires du présent accord conviennent qu'il est donc nécessaire de procéder de manière
23 urgente à la revalorisation de l'ensemble des personnels **de ces secteurs** (titulaires, **et** non titulaires,
24 **paramédical, médicotechnique, technique, administratif ...**). Cette revalorisation de leur salaire sera
25 de XXX€ **bruts** / nets par mois.

26
27 Les parties signataires conviennent que cette revalorisation prendra la forme :

- 28 - d'un complément de traitement indiciaire de XX points d'indice accordé à l'ensemble des personnels
- 29 rémunérés sur une grille indiciaire au....]
- 30 - d'un complément de salaire équivalent pour les personnels non titulaires dont la rémunération n'est
- 31 pas sous forme de points d'indice.

32
33 Le complément de traitement indiciaire, nouveau dispositif de rémunération spécifique à la fonction
34 publique hospitalière, sera créé par une disposition législative inscrite dans le projet de loi de
35 financement de la sécurité sociale pour 2021. Il prendra effet à compter du...

36 Les signataires s'accordent pour que les personnels soignants, médico-techniques, **et de rééducation**
37 bénéficient par ailleurs d'une majoration additionnelle supplémentaire de ce complément de
38 traitement différenciée selon les corps. **Ce dispositif similaire au premier, sera pris en compte pour la**
39 **retraite.**

40
41 **Mesure 1 : création d'un complément de traitement indiciaire de base à hauteur de xx points d'indice**
42 **spécifique à la fonction publique hospitalière, au secteur social et médico-social, et versé à tous les**
43 **agents**

44
45 **Mesure 2 : création d'une majoration supplémentaire de xx points pour les personnels soignants et**
46 **médicotechniques et de rééducation.**

47
48 **2. Revaloriser les grilles de rémunération des personnels des filières soignantes, médico-**
49 **techniques, et de rééducations et reconnaître leurs spécificités.**

51 Les spécificités qui caractérisent la fonction publique hospitalière n'ont, dans les années passées, pas
52 eu la même reconnaissance que d'autres filières de métiers dans les autres fonctions publiques. Elles
53 sont soumises à des risques ou des fatigues exceptionnelles comparables. Le niveau de qualification
54 des personnels soignants, **médico-techniques et de rééducations**, les sujétions auxquelles ils sont
55 soumis du fait de l'obligation de continuité du service public hospitalier, la pénibilité qui résulte de
56 fonctions les exposant à des risques professionnels tels que **par exemple** le port de charges lourdes,
57 ne sont aujourd'hui pas pris en compte dans leurs grilles indiciaires de rémunération.

58

59 A cet effet, les signataires conviennent:

- 60 - De porter en catégorie B (**NES**) le corps des aides-soignantes ;
- 61 - Faire converger les grilles des corps infirmiers (infirmiers en soins généraux, infirmiers
62 spécialisés), **des cadres, des métiers de la rééducation et médico-technique, des sages-femmes
63 vers la grille « type » de la catégorie A, et réviser en cohérence les grilles des directeurs des
64 soins ;**
- 65 - **Etablir l'unicité des corps des DH et D3S afin de remédier au manque d'attractivité ;**
- 66 - **Ouvrir pour les grades en catégorie B en cadre d'extinction un droit d'option pour intégrer les
67 grilles du A Type.**
- 68 - **Intégration aux grilles du A type, sans attendre les travaux de la réingénierie, de tous les
69 métiers qui sont encore en B NES et qui attendent la catégorie A depuis 2010 (Technicien de
70 laboratoire, préparateur en pharmacie, diététicien).**

71

72 Un groupe de travail sur la mise en œuvre de ces révisions et regroupant les signataires du présent
73 accord, sera mis en place à compter ... **et devra impérativement avoir terminé son travail pour la date
74 du**

75

76 **Mesure 3 : reconnaître les spécificités des personnels soignants, *médio-technique et de rééducation*
77 avec une révision et une revalorisation des grilles indiciaires. ~~pour les aides-soignants et infirmiers~~**

78

79 **3. Construire un régime indemnitaire plus lisible et plus transparent pour les personnels non** 80 **médicaux**

81

82 Les régimes indemnitaires de la fonction publique hospitalière se caractérisent par leur
83 enchevêtrement (plus d'une centaine de primes) et leur complexité du fait de champs d'application
84 hétérogènes. En outre, nombre d'entre eux sont anciens et ne sont plus adaptés. De ce fait, ces régimes
85 sont devenus peu compréhensibles pour les agents qui n'en connaissent ni les montants ni les
86 évolutions au cours de leur carrière. Ce manque de lisibilité **porte trop souvent à interprétation et**
87 constitue un frein aux recrutements et participe à la perte d'attractivité du service public de santé.

88

89 De plus, compte tenu de la suppression de la notation et de son remplacement, du fait des dispositions
90 de l'article 27 de la loi du 6 août 2019 sur la transformation de la fonction publique, la prime de service
91 doit être modifiée.

92

93 Les signataires du présent accord conviennent qu'une rénovation du régime indemnitaire des
94 personnels de la fonction publique hospitalière sera entreprise et arrêtent les principes suivants :

- 95 - Le nouveau régime indemnitaire a vocation à fusionner l'ensemble des régimes indemnitaires
96 existant, à l'exception de l'indemnité de résidence, du supplément familial de traitement, des
97 primes liés au temps de travail (heures supplémentaires, travail de nuit, **dimanche et jours
98 fériés**), des primes liées à l'exercice de fonctions dans un département ultramarin ;
- 99 - le nouveau régime indemnitaire devra répondre à un objectif de lisibilité et de transparence
100 des rémunérations. Il devra par conséquent reposer sur des principes simples permettant son
101 application de manière identique dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière ;

- 102 - ~~le nouveau régime indemnitaire tiendra compte des résultats de l'évaluation professionnelle~~
103 ~~annuelle avec la création d'un bonus individuel versé une fois par ans.~~
104 - Pour les ultra-marins le dispositif de vie chère devra être réintroduit dans le cadre de la
105 promotion professionnelle.

106
107 Le chantier de rénovation du régime indemnitaire devra être achevé au plus tard le

108
109 Dans cette attente, une première étape de mise en œuvre devra être achevée d'ici au 1^{er} janvier 2021
110 afin de prendre en compte les conséquences sur le versement de la prime de service de la fin de la
111 notation.

112
113
114 **Mesure 4 : rendre plus simple et plus transparent les régimes indemnitaires**

115
116
117 **4. Permettre la promotion professionnelle tout au long de la carrière**

118
119 La fonction publique hospitalière présente la particularité de comprendre un grand nombre de
120 professions réglementées et d'exiger des personnels une constante mise à jour de leurs compétences
121 techniques. La formation professionnelle et le développement des compétences sont par conséquent
122 l'un des éléments structurants de la progression des personnels et de leur promotion à des corps
123 supérieurs.

124
125 Les tensions sur les recrutements et les remplacements alliés à une réingénierie d'une partie des
126 diplômes dans le cadre du processus LMD ont pu conduire à rendre plus difficile l'accès au
127 développement des compétences.

128
129 Le développement des compétences doit par conséquent être renforcé et sécurisé. Les signataires du
130 présent accord considèrent que les mesures suivantes doivent être mises en œuvre :

- 131 • l'utilisation pour le développement des compétences des cotisations prévues pour la
132 formation et la promotion professionnelles ;
133 • la redéfinition des parcours de formation et de leurs modalités pédagogiques afin de
134 permettre aux personnels ayant d'ores et déjà une expérience professionnelle de soignant
135 d'accéder plus rapidement à leurs diplômes grâce, pour des situations le justifiant, à une
136 valorisation des acquis de leur expérience ;
137 • la mise en place d'un système de modules de formation tout au long de la carrière permettant
138 la capitalisation progressive d'unités de valeurs valorisables pour une formation qualifiante ;
139 • lors de la réussite d'un concours, ou à une formation promotionnelle automaticité d'accès à la
140 formation, de son financement et prise en charge de son remplacement dans l'établissement.
141 • En cas de promotion de grade de la catégorie C en A un dispositif assurant un minimum de 60
142 points d'indice est acté.

143
144 Afin de permettre une évaluation et le bien-fondé ~~le développement~~ des pratiques avancées, une
145 mission sera également lancée sous l'autorité du ministre des solidarités et de la santé dès le mois de
146 septembre 2020. Elle permettra de recenser et de faire un constat sur toutes les nouvelles fonctions
147 pouvant être susceptibles de donner lieu à ces pratiques.

148 L'ANFH doit être l'OPCA de référence dans notre secteur avec adhésion obligatoire et son financement
149 sacralisé au minimum de 2,9 % de la masse salariale.

150 **Mesure 5 : redéfinir les parcours de développement des compétences et mieux valoriser les acquis**
151 **de l'expérience**

152 **Mesure 6 : permettre l'acquisition d'unités de valeur tout au long de la carrière**

153 **Mesure 7 : ~~poursuivre le développement~~ évaluation des pratiques avancées**

154
155
156
157 **Axe 2 : Transformer et sécuriser les environnements de travail**

158
159 **1. Répondre au besoin d'une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie**
160 **personnelle**

161
162 La perte d'attractivité du service public de santé résulte en grande partie des difficultés à stabiliser les
163 organisations du travail au sein des services du fait de l'obligation d'assurer très régulièrement des
164 remplacements au sein des équipes.

165
166 Les signataires du présent accord partagent un même constat :

- 167 - Le nombre d'heures supplémentaires non récupérées et non indemnisées s'est accru ;
168 - il en est de même pour le nombre de jours placés sur les comptes épargne-temps ;
169 - les rappels pendant les jours de congés, repos, récupération, sont devenus fréquents ;
170 - les effectifs sont en permanence en tension et le manque d'attractivité du secteur public ne
171 permet pas d'y remédier.

172
173 Ces modifications fréquentes des plannings des soignants accroissent, par ailleurs, leurs difficultés à
174 pouvoir concilier leur vie professionnelle avec leur vie personnelle. Au-delà des exigences inhérentes
175 à la continuité du service public sur l'organisation du travail, cette imprévisibilité ne leur permet en
176 effet pas toujours de mener une vie familiale normale. Cette situation constitue un motif de départs
177 du service public, conduit à un fort turn-over et ne favorise pas les recrutements dans le secteur public.

- 178
179 - Les signataires du présent accord conviennent que la sécurisation des plannings doit par
180 conséquent constituer un chantier prioritaire de la refondation du service public de santé. Pour
181 parvenir à cet objectif, les mesures suivantes seront développées à compter du ... :
- 182 - **Mise en place d'un ratio opposable de soins patient/lit ou place pour tous les secteurs non**
183 **normés ;**
 - 184 - **Plan pluriannuel d'embauches des effectifs suffisants pour arriver aux ratios déterminés ;**
 - 185 - Le développement de projets pilote accompagnés, suivis, évalués à des fins d'extension dans
186 le cadre d'un dialogue social local. Ils doivent permettre aux établissements de mettre en
187 œuvre de nouvelles organisations du travail. Ils pourront notamment permettre une analyse
188 des besoins des services en termes d'effectifs en vue d'une construction de plannings
189 garantissant le bon fonctionnement du service et la prévisibilité des obligations de travail.;
 - 190 - La mise en place de systèmes de remplacement adaptés et performants. ;
 - 191 - La revalorisation des heures supplémentaires avec la majoration des montants
192 d'indemnisation des 5 premières heures supplémentaires ainsi que des journées de
193 remplacement volontaires afin de limiter le recours à l'intérim en utilisant les ressources
194 internes.
 - 195 - L'ouverture de la possibilité d'une contractualisation sur la réalisation d'un quota annuel
196 d'heures supplémentaires dans les limites prévues par la réglementation **actuelle décret 2002.**
- 197
198

199 **Mesure 8 : garantir les remplacements, par les embauches nécessaires**

200 **Mesure 9 : revaloriser les heures supplémentaires et réduire le recours à l'intérim**

201 **Mesure10 : sécuriser les plannings**

2. Restaurer le travail collectif

Les réformes qui se sont succédées et la dégradation des conditions de travail du fait du manque d'attractivité du secteur public hospitalier ont conduit à un appauvrissement du travail d'équipes et au sentiment d'avoir perdu la notion de collectif de travail.

Afin de restaurer ce collectif et d'améliorer la qualité de vie au travail des services, les signataires du présent accord arrêtent les mesures suivantes :

- ~~— Systématiser les réunions de service et en inscrire le principe dans le règlement intérieur des établissements ;~~
- Mise en place de la supervision pour toutes les équipes de soins ;
- Revoir la formation initiale des cadres de santé, former au management toutes les personnes ayant la responsabilité d'une équipe, y compris pour les équipes médicales ;
- Développer des formations spécifiques, un outillage adapté garantissant une organisation du travail efficiente.

Mesure 11 : former au management tous les responsables d'équipe

Mesure 12 : faire de l'amélioration de la qualité de vie au travail une priorité des établissements

Mesure 13 : ~~systématiser les réunions de service~~ Généralisation de la supervision

3. Développer la négociation dans les établissements

L'article 8 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires prévoit la possibilité de négocier au niveau local sur plusieurs thématiques. Dans le cadre de la loi du 6 août 2019 sur la transformation de la fonction publique, l'article 14 autorise par ailleurs le Gouvernement à prendre, avant par ordonnance toutes dispositions permettant de favoriser, au niveau local, la conclusion d'accords négociés dans la fonction publique notamment « *en définissant les cas et conditions dans lesquels les accords majoritaires disposent d'une portée ou d'effets juridiques* »

~~Les signataires du présent accord réaffirment leur attachement profond à la négociation de proximité, pour ce faire ils plébiscitent le renforcement des instances locales, notamment le CHSCT qui a joué un rôle pivot lors de la crise sanitaire du Covid19. qui doit reposer sur la construction partagée d'un agenda social définissant des thèmes et le calendrier des négociations.~~

~~Les signataires du présent accord s'accordent sur la nécessité de voir les accords locaux négociés, soumis, a posteriori, au contrôle de conformité par les ARS en vue de les rendre opposables. Cette procédure d'agrément doit permettre de s'assurer de la validité des accords et de leur conformité avec le cadre législatif et réglementaire national.~~

~~4. Développer l'intéressement collectif~~

~~Le décret n°2020-255 du 13 mars 2020 a créé la prime d'intéressement collectif dans la fonction publique hospitalière. Cette prime a vocation à renforcer la qualité du service rendu et à valoriser l'engagement des équipes dans des projets collectifs.~~

~~Les signataires du présent accord conviennent que la voie de la négociation locale devra être privilégiée pour la définition des objectifs prioritaires et les indicateurs de résultat relevant de l'intéressement collectif ainsi que les conditions d'attribution de la prime.~~

255 ~~Le montant de la prime sera revalorisé pour être porté à xx€.~~

256 **Cette prime est déjà en vigueur pourquoi la mettre dans le protocole, à supprimer !**

257

258 **5. Garantir aux personnels l'accès aux soins et à la prévoyance**

259

260 L'article 44 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique
261 hospitalière prévoit la prise en charge par l'employeur des frais d'hospitalisation ainsi que la gratuité
262 des soins médicaux dans l'établissement où sont employés les agents.

263

264 La mise en œuvre de cette disposition soulève aujourd'hui des difficultés d'utilisation dès lors que
265 l'ensemble des agents ne peut y avoir accès soit en raison de la nature des activités de leurs
266 établissements, en particulier dans les établissements médico-sociaux, soit parce que ces dispositions
267 ouvrent des droits moins larges que la protection sociale complémentaire de droit commun,
268 notamment pour les ayants-droits. Enfin, l'article 44 ne couvre pas les personnels contractuels ce qui
269 crée des inégalités au sein des établissements.

270

271 Par ailleurs, les mécanismes de prévoyance restent limités. Si le CGOS permet le maintien de la
272 rémunération en cas de congé maladie, son bénéfice est limité à 150 jours.

273 **Le CGOS doit être la référence unique de l'action sociale dans notre secteur et son financement doit**
274 **être sacralisé et renforcé.**

275

276 Afin de garantir à l'ensemble des personnels un même niveau de couverture en matière de protection
277 sociale complémentaire :

278

- 279 - **L'article 44 sera modifié et ouvert aux personnels contractuels ; il sera élargir aux consultations**
280 **et prescriptions du secteur libéral ;**
- 281 - Une instruction sera adressée à l'ensemble des établissements hospitaliers et médico-sociaux
282 afin de rappeler les dispositions de l'article 44 du statut général et inciter à sa mise en œuvre ;
- 283 ~~— Un chantier sera ouvert avec les signataires du présent accord sur la mise en place d'une~~
284 ~~participation des employeurs à la protection santé et la prévoyance des agents du service~~
285 ~~public hospitalier.~~

286

287

288 **Mesure 14 : favoriser l'accès aux soins gratuits pour tous les personnels du service public de santé**

289

290

291

292

293 **Axe 3 : S'assurer de la mise en œuvre du protocole**

294

295 **1. Comité de suivi de l'accord**

296

297 Un comité de suivi est mis en place dès la signature du présent accord.

298

299 Il est chargé de suivre l'avancement de chacune de ses mesures et le respect de chacune des échéances
300 fixées par le présent accord.

301

302 Le comité de suivi attire l'attention des signataires du présent accord sur l'état d'avancement des
303 mesures. Il propose en tant que de besoin aux signataires des aménagements des échéances et
304 s'assure qu'ils reçoivent leur accord.

305

306 Le comité de suivi se réunit au moins une fois tous les deux mois et en tant que de besoin.

307

308 Le comité de suivi se compose :

309 - Des organisations signataires du présent accord ;

310 - Le Ministre de la Santé ou son représentant.

311 ~~— De la direction générale de l'offre de soins ;~~

312 ~~— De la direction générale de l'administration et de la fonction publique~~

313 ~~— De quatre représentants des CHU, CH et EHPAD et de l'AP-HP~~

314 ~~— Il est présidé par une personnalité indépendante nommée par le ministre chargé de la santé.~~

315

316 2. Calendrier d'application

317

318

319 AXE 4 : Disposition pour les Contractuels :

320

321 Mesure 15 : Mise en place d'un grand plan de titularisation des personnels contractuels.

322

323 Le protocole Sauvadet n'a pas été appliqué de la même manière dans les 3 versants de la Fonction
324 Publique. Dans le versant hospitalier c'est à peine 8400 agents qui ont pu bénéficier de ce
325 dispositif. C'est pourquoi un nouveau dispositif viendra permettre dans les 6 mois à tous les
326 agents contractuels travaillant sur des postes financés d'être immédiatement mis en stage en
327 vue de leur titularisation.

328

329 AXE 5 : Mesures générales

330

331 - Maintien et extension de la catégorie active.

332 - Suppression des ratios promu /promouvable et mises en place de carrières linéaires pour l'ensemble
333 des personnels non médicaux.

334 - un plan de recrutement d'apprentis aides soignants pour renforcer notamment les effectifs dans les
335 EHPAD et atteindre rapidement le ratio de 1 agent / 1 résident.

336 - **De même pour certains autres grades comme** : mise en place d'une véritable **filière sécurité-**
337 **incendie et sécurité des personnes** avec des agents recrutés sur le grades d'ouvrier principal de 2ème
338 classe ; transfert des **personnels ambulanciers** dans la filière paramédicale en catégorie B avec un
339 classement en catégorie active pour l'ouverture des droits à la retraite ; **refonte des grades et grilles**
340 **indiciaires pénalisant les ex-Maître-Ouvriers et les Agents de Maîtrise** (due à l'application de PPCR) ;
341 **grade maitre-ouvrier et d'agent de maîtrise** avant la mise en œuvre du PPCR devraient intégrer la
342 catégorie B afin d'avoir une rémunération en rapport avec leurs responsabilités ; création d'un **grade**
343 **spécifique des ARM** séparé des AMA en rapport avec la spécificité du métier et donc intégration
344 de ce grade dans la filière soignante ;

345

346