

N° 2346

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 février 2010.

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI, APRES ENGAGEMENT DE LA PROCEDURE ACCÉLÉRÉE,
*relatif à la rénovation du **dialogue social** dans la **fonction publique** (n° 1577 et
lettre rectificative n° 2329),*

PAR M. JACQUES DOMERGUE,

Député.

Voir les numéros :
Assemblée nationale : 1577, 2329.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
A. LES INFIRMIERS : UNE PROFESSION ESSENTIELLE AU BON FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC	7
1. Une profession au cœur de l'hôpital mais insuffisamment valorisée	7
2. Une démographie médicale déséquilibrée	8
B. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME.....	10
1. Le dispositif « Licence, Master, Doctorat »	10
2. L'application du dispositif « Licence, Master, Doctorat » aux professions paramédicales	11
C. LA RÉFORME PROPOSÉE : UN DISPOSITIF ÉQUILIBRÉ	12
1. Le protocole d'accord et la revalorisation salariale	12
<i>a) Un protocole complet</i>	12
<i>b) Une forte revalorisation salariale</i>	13
2. La contrepartie : le passage en catégorie sédentaire.....	14
<i>a) Le passage en catégorie sédentaire</i>	14
<i>b) Le droit d'option</i>	15
<i>c) Les conséquences du choix de la catégorie A</i>	15
3. L'impact financier de la réforme.....	16
CONCLUSION	19
TRAVAUX DE LA COMMISSION	21
TITRE II : DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES À LA FONCTION PUBLIQUE	23
<i>Article 30</i>	23
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	25
ANNEXE : PROTOCOLE D'ACCORD DU 2 FÉVRIER 2010	27

INTRODUCTION

La commission des affaires sociales s'est saisie pour avis de l'article 30 du projet de loi n° 1577 relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique, article introduit dans le dit projet par la lettre rectificative n° 2329 adoptée en conseil des ministres le 23 février.

Cet article 30 est le volet législatif du vaste plan de revalorisation statutaire et salariale de la profession infirmière et d'autres professions paramédicales contenu dans le protocole d'accord présenté aux organisations syndicales par la ministre de la santé et des sports le 2 février dernier. Ce protocole d'accord est l'aboutissement d'un long processus de concertation et de négociation entamé suite à la promesse du Président de la République d'intégrer le corps des infirmiers dans la catégorie A de la fonction publique.

En effet, saisi par la fédération FSU, le candidat Nicolas Sarkozy avait répondu dans une lettre datée du 2 mai 2007 qu'il souhaitait que les négociations engagées puissent aboutir « (...) dans les meilleurs délais » à « (...) la reconnaissance du diplôme d'infirmier au niveau de la licence » et s'engageait à « (...) permettre, au-delà de la réévaluation générale du diplôme à Bac+3, à certaines spécialités infirmières de bénéficier d'une reconnaissance de niveau Bac+4 voire Bac+5 (niveau Master) par le biais de la validation des acquis de l'expérience et au besoin de formations complémentaires ».

Le protocole d'accord met en œuvre cette promesse en prévoyant la création d'un nouveau corps des infirmiers, classé en catégorie A et bénéficiant d'une grille indiciaire bien plus favorable. La contrepartie de cette revalorisation est le passage de ce nouveau corps de la catégorie active (avec possibilité de départ à la retraite à 55 ans) à la catégorie sédentaire (avec départ à la retraite à 60 ans). Pour les personnels déjà en poste, un droit d'option sera ouvert à compter de juin prochain entre le maintien dans l'ancien corps et le départ à 55 ans et l'intégration dans le nouveau corps avec départ à 60 ans. C'est précisément cette contrepartie que l'article 30 met en œuvre, une disposition législative étant nécessaire.

C'est aussi la raison pour laquelle le choix de la lettre rectificative a été fait : il fallait disposer d'un véhicule législatif dont on soit sûr qu'il aboutisse d'ici le mois de juin. En effet, les infirmiers disposeront de six mois pour exercer leur droit d'option, c'est-à-dire jusqu'à décembre, ce qui doit permettre de commencer la revalorisation salariale dès janvier 2011. Reporter l'adoption de la mesure législative nécessaire risquait de repousser d'autant une revalorisation salariale très attendue.

A. LES INFIRMIERS : UNE PROFESSION ESSENTIELLE AU BON FONCTIONNEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC

1. Une profession au cœur de l'hôpital mais insuffisamment valorisée

La « filière soignante et de rééducation », prise dans son ensemble, est au cœur de la fonction publique hospitalière. La répartition par filières met en évidence le poids considérable des personnels soignants et rééducateurs : infirmiers et infirmiers spécialisés, aides soignants et, dans une moindre mesure, rééducateurs (diététiciens, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens). Avec les deux tiers des agents, ces personnels représentent la ressource humaine non médicale principale de l'hôpital public.

Aujourd'hui, la quasi-totalité de cette filière relève de corps de catégorie B et bénéficie de rémunérations qui ne sont pas à la hauteur de leurs qualifications : pour une infirmière diplômée d'État, 1 584 euros nets par mois en début de carrière et 2 499 euros en fin de carrière.

C'est l'ensemble de cette filière qui sera concernée par la revalorisation prévue par le protocole d'accord. Mais cette revalorisation concernera aussi certains corps de la fonction publique d'État et de la fonction publique territoriale. Cette réforme s'appliquera :

Pour la fonction publique hospitalière :

- aux infirmiers diplômés d'État soit 194 000 agents,
- aux infirmiers spécialisés qui opteront pour le nouveau grade (infirmiers de bloc opératoire soit 13 100 agents et infirmiers anesthésistes soit 7 700 agents) ;
- aux cadres de santé qui opteront pour le nouveau grade soit 26 400 agents (21 750 1^{er} grade ; 4 850 2^e grade) ;
- aux masseurs kinésithérapeutes.

Pour la fonction publique de l'État :

- aux personnels infirmiers de l'administration pénitentiaire (moins de 100 agents) ;
- au personnel infirmier de l'Institut national des Invalides (moins de 200 agents).

Pour la fonction publique territoriale :

- aux infirmiers affectés en services de santé, soit moins de 5 000 agents ;
- aux puéricultrices en service de pédiatrie, soit à peu près 2 000 agents ;
- aux personnels médico-techniques ;
- aux manipulateurs d'électroradiologie, soit 1 700 agents.

Tous ces corps sont aujourd’hui classés en catégorie active : en effet, selon l’article L. 24-I-1° du Code des pensions civiles et militaires, sont classés dans la catégorie active les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles (les autres catégories d’emplois étant qualifiées de sédentaires).

Si, au 31 décembre 2007, dans les ministères, seuls 11 % de l’ensemble des agents occupaient un emploi classé en catégorie active (appartenant principalement aux ministères de l’Intérieur, de l’Éducation, de l’Équipement et de la Justice), dans la fonction publique hospitalière, environ les deux tiers des effectifs (hors médecins) relèvent d’un corps classé en catégorie active. Il s’agit principalement des personnels paramédicaux en contact avec les malades.

Tableau V 2.3-3 : Les différents corps classés en catégorie active

Fonction publique de l'État	Âge d'ouverture des droits	Limite d'âge
Personnels actifs de la Police nationale	50 ans si 25 ans de services	55 ans ⁽¹⁾
Personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire	50 ans si 25 ans de services	55 ans ⁽¹⁾
Ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne	50 ans	57 ans
Personnels de la surveillance des douanes	55 ans	60 ans
Instituteurs ⁽²⁾	55 ans	60 ans
Agents d'exploitation des travaux publics de l'État	55 ans	60 ans
Éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse	55 ans	60 ans
Personnels paramédicaux des hôpitaux militaires	55 ans	60 ans
Contrôleurs des affaires maritimes et syndics des gens de mer (certains emplois)	55 ans	62 ans
Fonction publique territoriale		
Agents des réseaux souterrains des égouts	50 ans	60 ans
Sapeurs pompiers professionnels	55 ans	60 ans
Agents de salubrité	55 ans	60 ans
Agents de Police municipale	55 ans	60 ans
Agents de surveillance de la préfecture de Police	55 ans	60 ans
Agents d'entretien et agents techniques (certains emplois)	55 ans	60 ans
Fonction publique hospitalière		
Personnels paramédicaux dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec des malades : surveillants, infirmiers, infirmiers spécialisés, aides-soignants, agents de services hospitaliers, sages-femmes	55 ans	60 ans
Assistants sociaux dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec les malades	55 ans	60 ans
Puéricultrice en fonction dans les services de pédiatrie	55 ans	60 ans
Maîtres ouvriers et ouvriers professionnels (certaines fonctions)	55 ans	60 ans
Agents d'entretien (certaines fonctions)	55 ans	60 ans
Agents de service mortuaire et de désinfection	55 ans	60 ans

Source : DGAFP

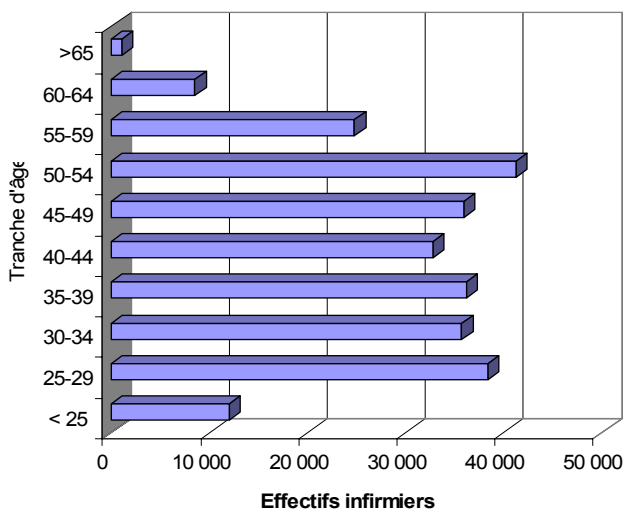
(1) 57 ans pour les commissaires et les commissaires principaux ; 58 ans pour les commissaires divisionnaires.

(2) Corps de catégorie B mis en extinction par le décret du 23 décembre 2003 et remplacé progressivement par le corps de professeur des écoles (catégorie A). Contrairement aux professeurs des écoles, les instituteurs, classés en « catégorie active » peuvent partir à l’âge de 55 ans.

2. Une démographie médicale déséquilibrée

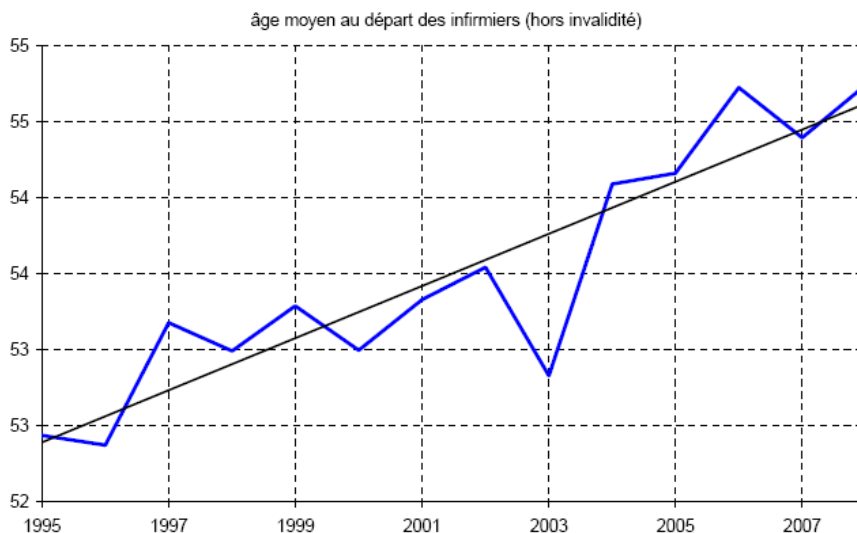
La pyramide des âges des infirmiers est assez déséquilibrée : on observe ainsi, au 1^{er} janvier 2009, que plus de la moitié (54 %) des infirmiers des établissements publics de santé ont 40 ans ou plus et que près d’un tiers (28 %) des infirmiers des établissements publics de santé ont 50 ans ou plus.

**Pyramide des âges -
Infirmiers des établissements publics au 1er janvier 2009
Infirmiers des établissements publics**



Ainsi, le nombre de départs à la retraite, pour les infirmiers (tous infirmiers confondus) de la fonction publique hospitalière, après avoir été assez stable entre 1993 et 1998 (entre 3 000 et 3 500) est en constante augmentation depuis 1999, passant de 3 500 en 1998 à plus de 8 000 en 2008. Cette tendance va se poursuivre dans les années à venir. Un infirmier sur deux sera ainsi parti en retraite d'ici 2015. Pour les aides soignants, on estime à 5 000 par an les départs à la retraite dans les dix prochaines années.

Hormis les départs pour invalidité, l'âge moyen de départ des infirmiers s'est décalé de 2,5 années entre 1995 et 2008, passant de 52,4 ans en 1995 à 54,7 ans en 2008. En 2009, l'âge moyen de départ (hors départs pour invalidité ou parent de trois enfants) est de 56,7 ans. Du fait de l'augmentation de la durée d'assurance prévue par la loi de réforme des retraites de 2003 et de la montée en charge concomitante de la décote jusqu'en 2020, cette tendance devrait se poursuivre, même en l'absence de nouvelles mesures.



B. LA NÉCESSITÉ D'UNE RÉFORME

Cette situation salariale peu satisfaisante et cette démographie inquiétante ont rencontré le processus de généralisation du dispositif « Licence, Master, Doctorat » (LMD) à l'ensemble de notre enseignement supérieur pour aboutir à la nécessité d'une réforme.

1. Le dispositif « Licence, Master, Doctorat »

L'harmonisation du système européen de l'enseignement supérieur, initiée le 25 mai 1988 à l'occasion du huitième centenaire de la Sorbonne, par une déclaration des quatre ministres allemand, britannique, italien et français, a modifié l'organisation générale des enseignements supérieurs.

Dès 1999, l'Union européenne a fixé les objectifs communs et le calendrier de ce qui devient alors le « *processus de Bologne* ». Projet ambitieux, puisque intervenant dans le domaine de l'enseignement supérieur pour lequel l'Union ne détient pas, selon les traités, de compétence. Projet mobilisateur pour l'Union, et à ce titre ponctué par des déclarations successives : Lisbonne en 2000, Prague en 2001, Berlin en 2003, Bergen en 2005. Projet attractif, qui a su convaincre cinquante pays de s'engager dans le processus, dépassant ainsi le seul cadre politique et institutionnel de l'Union.

En France, le dispositif institutionnel, plus connu sous le nom de « Licence, Master, Doctorat » (LMD), s'est développé sur le fondement de deux décrets publiés dès 2002, qui ont introduit dans la réglementation nationale les objectifs du processus de Bologne.

À la rentrée 2006, l'ensemble des universités françaises étaient entrées dans la nouvelle architecture LMD. C'est ainsi que le cursus universitaire français s'organise désormais autour de trois niveaux : la licence, le master et le doctorat. Cette nouvelle organisation permet la mobilité des étudiants européens, la mobilité entre disciplines et entre formations professionnelles et générales.

2. L'application du dispositif « Licence, Master, Doctorat » aux professions paramédicales

Pourtant, pendant longtemps, les formations paramédicales se sont, dans les faits, tenues à l'écart du processus de Bologne. En effet, les diplômes d'État ou certificats permettant l'exercice de ces professions se présentent comme des diplômes à finalité professionnelle « post-bac », mais n'étant pas, pour la plupart, délivrés par des établissements d'enseignement supérieur.

En septembre 2009, pour la première fois, les étudiants en soins infirmiers ont intégré une formation dont le diplôme d'État sera, en 2012, reconnu par les universités au grade de licence. Cette évolution majeure a été rendue possible par la qualité de la formation dispensée jusqu'alors et par l'engagement des partenaires sociaux dans ce grand chantier de valorisation des professions paramédicales. Elle est le fruit d'un travail interministériel de concertation et de préparation technique sans précédent, en particulier avec le ministère de l'enseignement supérieur de la recherche, et d'une coopération étroite avec l'Association des régions de France et les universités.

Elle va demander, dans les trois années qui viennent, un travail d'adaptation important pour les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), tant au plan de l'organisation et de la refonte du contenu des enseignements que du point de vue des stages.

La prise en compte de la reconnaissance du cursus de formation des professionnels paramédicaux dans le cadre du système LMD était largement attendue par les organisations professionnelles et les organisations étudiantes concernées.

Cette attente, forte, correspondait en effet à des préoccupations prégnantes :

– la reconnaissance du niveau de qualification d'exercice des métiers paramédicaux, en conformité avec le développement des savoirs requis et des responsabilités assumées car le niveau licence pour exercer les métiers de soignants correspond à la durée des études réellement poursuivies, donne la possibilité d'accès aux niveaux de maîtrise et de doctorat, concrétise une amélioration du positionnement de ces métiers dans l'échelle sociale et peut leur conférer une plus grande attractivité ;

– la mise en conformité avec la référence reconnue au plan européen, pouvant faciliter l’insertion des professionnels concernés sur le marché du travail européen ;

– l’« universitarisation » des études – question délicate –, est considérée par les associations d’étudiants comme devant améliorer la qualité de l’enseignement prodigué et permettre de disposer de bases communes aux professionnels de santé, favorisant les passerelles entre les filières de formation ;

– la revalorisation financière de cette reconnaissance nouvelle et jugée légitime de métiers difficiles et souvent pénibles.

C. LA RÉFORME PROPOSÉE : UN DISPOSITIF ÉQUILIBRÉ

1. Le protocole d’accord et la revalorisation salariale

a) Un protocole complet

Le protocole d’accord signé entre la ministre de la santé et des sports et les partenaires sociaux, le 2 février 2010, prévoit, d’une part, l’intégration dans la catégorie A de la fonction publique hospitalière des infirmiers et des autres professions paramédicales, dont les diplômes sont reconnus au sein du LMD, et, d’autre part, l’intégration des corps de catégorie B dans le nouvel espace statutaire de cette catégorie.

La réforme prévue par ce protocole comporte six volets :

– la création de nouveaux corps classés en catégorie A composés de deux à quatre grades pour les personnels paramédicaux selon les filières ;

– l’accès des cadres de santé à une grille rénovée de la catégorie A en juillet 2012 ;

– le droit d’option entre le reclassement dans une nouvelle grille indiciaire de catégorie B et l’un des nouveaux corps de catégorie A classés en catégorie sédentaire ;

– le reclassement des personnels administratifs, techniques, ouvriers et socio-éducatifs de catégorie B dans le nouvel espace statutaire ;

– l’amélioration des conditions de travail des personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalières et l’accompagnement de l’allongement des carrières ;

– des perspectives de valorisation des métiers paramédicaux, par l’évolution des métiers proprement dits et la construction de parcours professionnels attractifs.

A été ouverte aux organisations syndicales la possibilité de signer chaque volet du protocole d'accord séparément. Et c'est ce qui s'est produit : une organisation syndicale a signé les six volets, le Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH) et cinq syndicats ont signé les trois derniers volets : il s'agit, en plus du SNCH, de la Fédération des personnels des services publics et de santé (FO), de la Fédération nationale autonome des services de santé (UNSA), de la Fédération santé sociaux (CFTC) et de la Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (FFASS CFE-CGC).

b) Une forte revalorisation salariale

Fruit d'une intense concertation avec les organisations représentatives de la fonction publique hospitalière, ce protocole annonce une importante revalorisation pour les personnels paramédicaux, au premier rang desquels les infirmiers.

Le reclassement de l'ensemble des infirmiers qui le souhaitent est prévu dès décembre 2010 sur la nouvelle structure de grille de rémunération. Il sera suivi de deux glissements de la grille indiciaire, l'un en juillet 2012, l'autre en juillet 2015.

Au terme de cette réforme, qui sera donc conduite sur 5 années, les infirmiers seront rémunérés sur des bases très proches des infirmiers spécialisés actuels. Cela représentera, à l'issue des opérations de reclassement, en 2015, en moyenne, une majoration de plus de 2 000 euros nets par an.

Gains de rémunération nette avant et après la réforme en 2015*						
Corps	Rémunération nette mensuelle	Rémunération nette annuelle	Différence mensuelle en euros avant/après	Différence annuelle en euros avant/après		
IDE et paramédicaux					Rémunération nette avant réforme	
Nouvelle Grille A					B Cii mensuel	B Cii annuel
Début de carrière	1 760 €	21 122 €	176 €	2 118 €	1 584 €	19 004 €
Fin de carrière	2 815 €	33 785 €	316 €	3 801 €	2 499 €	29 984 €
B NES paramed						
Début de carrière	1 620 €	19 438 €	36 €	434 €		
Fin de carrière	2 576 €	30 907 €	77 €	923 €		
IBODE et puéricultrice					A mensuel	A annuel
Début de carrière	1 906 €	22 870 €	281 €	3 366 €	1 625 €	19 504 €
Fin de carrière	2 938 €	35 251 €	276 €	3 312 €	2 662 €	31 939 €
IADE					A mensuel	A annuel
Début de carrière	1 983 €	23 794 €	240 €	2 879 €	1 743 €	20 915 €
Fin de carrière	2 987 €	35 849 €	172 €	2 064 €	2 815 €	33 785 €
Cadres et cadres sup IDE et paramed.					A mensuel	A annuel
Début de carrière	2 170 €	26 042 €	285 €	3 421 €	1 885 €	22 621 €
Fin de carrière	3 557 €	42 680 €	417 €	4 996 €	3 140 €	37 684 €
Cadres et cadres sup IBODE et puér.⁽¹⁾					A mensuel	A annuel
Début de carrière	2 251 €	27 012 €	285 €	3 421 €	1 966 €	23 591 €
Fin de carrière	3 637 €	43 650 €	416 €	4 996 €	3 221 €	38 654 €
Cadres et cadres sup IADE⁽²⁾					A mensuel	A annuel
Début de carrière	2 345 €	28 136 €	285 €	3 421 €	2 060 €	24 715 €
Fin de carrière	3 731 €	44 773 €	416 €	4 996 €	3 315 €	39 777 €

* traitement indiciaire et primes : indemnité de résidence 1,33%, prime de service 7,5%, indemnité 13h, prime Veil, prime début de carrière.

(1) NBI 19 points

(2) NBI 41 points

Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Si le protocole d'accord concerne principalement les personnels paramédicaux, il comporte également des dispositions très importantes pour les personnels administratifs, techniques, ouvriers et socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, classés en catégorie B. Le protocole décline les conditions

de leur intégration dans le « nouvel espace statutaire » (NES) qui se traduira également par une importante revalorisation, tant sur le plan statutaire qu'indemnitaires. Ces mesures seront étendues aux personnels administratifs des centres 15, les permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM), qui sont actuellement classés en catégorie C et qui, grâce à ce protocole, pourront intégrer la catégorie B revalorisée.

2. La contrepartie : le passage en catégorie sédentaire

L'article 30 issu de la lettre rectificative comporte trois alinéas : le premier prévoit le classement en catégorie sédentaire du nouveau corps des infirmiers ; le deuxième organise le droit d'option ; le dernier précise les conséquences du passage dans le nouveau corps de catégorie A.

a) Le passage en catégorie sédentaire

La principale contrepartie à l'importante revalorisation salariale accordée est le classement du nouveau corps de catégorie A en catégorie sédentaire. Cela implique un départ à la retraite à 60 ans, et non plus à 55 ans et une limite d'âge portée à 65 ans.

Dans le rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche consacré à l'évaluation de l'impact du dispositif LMD sur les formations et le statut des professions paramédicales, les arguments suivants étaient avancés pour justifier le passage en catégorie sédentaire :

« 1) La possibilité actuelle de départ en retraite à 55 ans ne concerne que les infirmières du secteur public et non les infirmières des établissements privés ou celles exerçant en secteur libéral ; c'est une inégalité de traitement que les conditions de travail ne justifient pas, comme le montre l'exemple des autres pays (départ à 65 ans en Allemagne).

2) Un grand nombre d'infirmières utilisent la faculté de perception anticipée de la pension fonction publique pour reprendre ensuite une activité professionnelle (notamment comme infirmières libérales), ce qui souligne le caractère « d'effet d'aubaine » de cette possibilité de départ anticipé.

3) L'impact financier du LMD sur le régime de retraite serait très lourd si l'âge de départ spécifique des infirmières de la fonction publique n'était pas modifié. Face au coût important de la réforme LMD (surcharge salariale immédiate de 500 M€ puis surcharge de retraite différée de 250 M€ annuels à horizon 2050), il paraîtrait dès lors logique au plan économique d'opérer simultanément le recul de l'âge de départ à la retraite des infirmières et autres corps assimilés. Ajoutons que, dans ce cas, pour les infirmières qui prolongeraient leur activité jusqu'à 60 ans au lieu de 55 ans, la pension serait améliorée grâce aux 5 années d'assurance supplémentaires. »

Le I de l'article 30 du projet de loi propose donc le classement des nouveaux corps des infirmiers et des personnels paramédicaux en catégorie sédentaire. L'on pouvait s'interroger sur la nécessité d'une disposition législative pour le classement de ce nouveau corps en catégorie sédentaire dans la mesure où l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite prévoit que ce classement est opéré par un décret en Conseil d'État.

Pour autant, ce passage par la loi est nécessaire pour avoir une lecture cohérente et globale de la réforme : en effet, dans les II et III de l'article, il est systématiquement fait référence à ces nouveaux corps de catégorie A. L'objectif à valeur constitutionnelle d'intelligibilité du droit devait donc être respecté. Par ailleurs, le classement de tous les emplois d'un corps en bloc peut s'interpréter comme interdisant au pouvoir réglementaire de restaurer un classement en catégorie active pour certains emplois de ces corps ; une disposition législative est donc bien nécessaire.

b) Le droit d'option

Le II de l'article 30 organise le droit d'option qui sera ouvert aux agents déjà en poste : en effet la revalorisation salariale s'accompagne, aux termes du protocole, d'un choix, offerts aux infirmiers déjà en poste, entre le maintien dans leur situation actuelle ou l'intégration dans la catégorie A, avec une durée de carrière prolongée. Chaque professionnel concerné sera invité, à partir du mois de juin 2010, à faire connaître son choix, en fonction de sa situation et de ses projets propres.

Un choix analogue sera offert aux autres professionnels de santé six mois avant le reclassement dans les nouveaux grades de catégorie A, c'est-à-dire en janvier 2012 pour les cadres de santé et cadres supérieurs de santé et les infirmiers spécialisés.

c) Les conséquences du choix de la catégorie A

Outre le passage en catégorie sédentaire, le choix pour les personnels en place de rejoindre le nouveau corps de catégorie A implique de renoncer à un certain nombre d'avantages liés à la catégorie active. C'est l'objet du III de l'article 30.

Le 1^o précise que, même s'ils ont passé 15 ans en catégorie active, les personnels ayant fait le choix de l'intégration, ne pourront se prévaloir de ces quinze années pour bénéficier d'un départ à 55 ans, contrairement à ce que prévoit l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite. Il s'agit là d'un point essentiel pour l'équilibre financier de la réforme et de la principale différence avec le dispositif adopté lors de la transformation du corps des instituteurs en celui des professeurs des écoles.

Le 2^o prévoit que les personnels ayant fait le choix de l'intégration ne pourront bénéficier de la majoration de durée d'assurance d'une année par période

de dix ans passée en catégorie active prévue par l'article 78 de la loi n° 2003-775 portant réforme des retraites, article qui avait été alors négocié pour limiter pour les infirmiers de la fonction publique hospitalière les effets de l'instauration d'une décote.

Enfin, le 3° exclut les personnels ayant fait le choix de l'intégration du bénéfice de l'article 1-2 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public, qui permet aux personnels ayant intégré un corps dont la limite d'âge est de 65 ans mais qui ont passé quinze ans dans un corps classé en catégorie active, de continuer à bénéficier de la limite d'âge de leur ancien corps, c'est-à-dire 55 ans. Cette disposition avait été introduite en 2003 pour éviter que l'instauration de la décote ne pénalise trop les anciens instituteurs devenus professeurs des écoles, mais ayant passé 15 ans en catégorie active.

3. L'impact financier de la réforme

L'application de la réforme, conformément au protocole d'accord passé le 2 février 2009, induira une charge pour les établissements publics de santé à raison du gain indiciaire résultant du reclassement des infirmiers dans les nouveaux corps de catégorie A et de l'effet de la création du nouvel espace indiciaire en catégorie B. Une montée en charge progressive est anticipée : environ 100 millions d'euros en 2011, puis 200 millions d'euros en 2012 pour atteindre un rythme annuel de 500 millions d'euros en 2015 quand la réforme prendra pleinement effet.

L'effet cumulé est estimé à 900 millions d'euros sur une période de 6 ans pour les personnels de la fonction publique hospitalière, selon une hypothèse haute. Ce chiffrage ne constitue cependant qu'un ordre de grandeur, puisqu'il est largement dépendant du taux d'option parmi les personnels actuellement classés en catégorie active.

S'agissant de la fonction publique d'État, le coût pour les employeurs serait faible compte tenu des effectifs (300 agents soit 0,16 % de l'effectif de la fonction publique hospitalière en équivalent temps plein). L'application du protocole aux 7 150 agents relevant de la fonction publique territoriale pourrait conduire, par analogie, à une charge supplémentaire cumulée pour les collectivités territoriales de l'ordre de 33,7 millions d'euros sur les six ans.

Inversement, la suppression de la catégorie active aura pour effet de retarder le départ à la retraite des agents et donc de générer des économies importantes pour le régime de retraite de la fonction publique hospitalière, la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. On assistera en effet à :

– une moindre charge de pensions, liée au décalage des départs, pour les régimes de retraite ;

– un supplément de cotisation au titre des infirmiers qui prolongent leur activité.

Avec l’hypothèse d’un taux d’option pour la catégorie A de 50 % parmi les infirmiers susceptibles de liquider leur retraite dans la décennie 2010-2020 et avec des variantes à 25 % et 75 %, l’impact annuel de la mesure sur les comptes de la caisse nationale est récapitulé dans le tableau ci-dessous :

En million d’euros constants	2010	2011	2012	2015	2020
Taux d’option : 50 %					
gain en cotisations :	1	11	33	53	44
gain en pensions :	2	49	90	240	197
Gain total :	3	60	123	293	241
Taux d’option : 25 %					
gain en cotisations :	1	5	17	27	22
gain en pensions :	1	25	45	120	98
Gain total :	2	30	61	146	120
Taux d’option : 75 %					
gain en cotisations :	2	16	50	80	66
gain en pensions :	4	74	134	359	295
Gain total :	5	90	184	439	361

CONCLUSION

Au final, la réforme proposée est équilibrée : elle mêle des avancées salariales significatives, une reconnaissance statutaire importante pour les professions paramédicales et des contreparties sur les départs à la retraite qui permettront d'alléger les contraintes liées à une démographie médicale déséquilibrée.

Pour autant, cet allongement de la durée des carrières doit s'accompagner de l'ouverture de nouvelles perspectives de carrières pour le corps des infirmiers. Un dynamisme renouvelé dans la gestion des carrières est indispensable. Par ailleurs, une attention forte doit être portée aux conditions de travail dans l'hôpital.

C'est précisément ce que prévoient les cinquième et sixième volets du protocole d'accord. Il est, en effet, prévu de redynamiser la promotion professionnelle et de fluidifier les parcours professionnels en facilitant l'accès aux corps d'encadrement. Il est également prévu de reconnaître des pratiques nouvelles devant conduire vers de nouvelles spécialisations, par exemple dans les domaines de la psychiatrie, de la gérontologie ou encore de la cancérologie. Autant de spécialités qui pourront constituer de nouveaux débouchés pour les infirmiers.

Enfin, le protocole prévoit également, comme corollaire de l'allongement de la durée des carrières, le renforcement des démarches de prévention des risques professionnels et d'amélioration de la qualité de vie au travail. La poursuite des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail à partir de 2010 est prévue par le protocole, en privilégiant les actions sur la prévention des risques professionnels et l'amélioration de l'organisation du travail. La nouvelle génération des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail devra s'attacher à promouvoir des processus ayant pour objet d'améliorer les conditions de travail : repérage des facteurs de risques psycho-sociaux-organisationnels, maintien et retour dans l'emploi, accompagnement des mobilités fonctionnelles, appui aux reconversions internes, suivi des secondes carrières.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La Commission des affaires sociales examine pour avis le présent projet de loi au cours de sa séance du mercredi 24 février 2010.

Un débat suit l'exposé du rapporteur pour avis.

Mme Marisol Touraine. Nous ne comprenons pas la précipitation avec laquelle le Gouvernement prend acte de l'échec des négociations pour nous soumettre ce texte alors que ce dernier complète le projet de loi relatif à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique ! Nous aurions en tout cas aimé que le Gouvernement fasse preuve du même empressement pour tirer les conséquences législatives de l'échec, en septembre 2008, des négociations sur la pénibilité.

Pourquoi une telle précipitation, alors que ce projet de loi est sur le bureau de l'Assemblée depuis près d'un an, que la question de la pénibilité doit faire l'objet de discussions paritaires, et que cette disposition aurait pu être débattue dans le cadre de la réforme des retraites annoncée pour l'automne prochain ? Rien ne motive ce traitement particulier, sinon la volonté de « passer en force » en faisant fi de l'opposition de l'ensemble des organisations syndicales.

Nous ne pouvons dans de telles conditions que nous interroger sur le crédit à accorder aux déclarations du Président de la République sur la future réforme des retraites, par lesquelles il refusait tout passage en force et affirmait sa volonté de faire de la question de la pénibilité le cœur de la réforme. Nous assistons d'ores et déjà à la multiplication de textes spécifiques à une catégorie ou à un secteur, qui risque d'aboutir au démantèlement du système actuel, sans nous laisser la possibilité d'en débattre globalement.

Dans le cas particulier, l'ensemble des organisations syndicales a peu apprécié le troc proposé par ce texte, qui impose, en contrepartie de la revalorisation, une remise en cause des conditions de départ à la retraite, notamment de la majoration de la durée d'assurance résultant de la réforme des retraites de 2003. C'est très exactement le cœur du débat sur les retraites.

Toutes ces considérations valent défense de notre amendement de suppression de l'article 30 du projet de loi.

Mme Isabelle Vasseur. Ma collègue se trompe de débat. Comment peut-on parler de précipitation quand cette lettre rectificative a pour objet de répondre, conformément à un engagement du Président de la République, à une demande ancienne de reconnaissance d'une profession absolument essentielle ? Je ne vois pas très bien comment on peut contester cette proposition consensuelle. Il est urgent d'intégrer la profession infirmière dans le cursus LMD, afin d'ouvrir aux infirmiers des perspectives de carrière plus intéressantes.

M. Jean-Patrick Gille. Nous sommes évidemment favorables à l'intégration dans le cursus LMD, qui est une revendication ancienne de la profession. Mais les infirmières qui se battent depuis des années dans cette attente ne s'attendaient pas à ce qu'on leur impose par ce biais une remise en cause des conditions de leur départ à la retraite. C'est à ce *deal* imposé par le Président de la République que nous sommes opposés.

Il semble que, sous le régime actuel, l'âge moyen de départ à la retraite est d'environ cinquante-sept ans. Si le texte a pour objectif de reculer cet âge moyen, vous risquez d'obtenir l'effet inverse, chacun se précipitant pour faire valoir son droit à la retraite avant la date butoir fixée par le texte.

M. Guy Lefrand. Le texte satisfait une demande très ancienne de reconnaissance du diplôme d'infirmier, tant sur le plan national qu'europpéen, et d'amélioration subséquente de la rémunération. C'est pourquoi je suis surpris de la surprise de certains devant une réforme purement statutaire, le passage à la catégorie A élevant automatiquement l'âge de la retraite. En outre, le principe du libre choix est clairement inscrit dans le texte.

M. Michel Heinrich. Ayant eu récemment l'occasion de discuter avec des représentants de la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI), je peux affirmer que ces derniers approuvent le passage en catégorie A et la revalorisation de la profession d'infirmier. Quant aux autres, ils pourront user de leur droit d'option.

M. le rapporteur. Venant de vous, madame Touraine, qui avez plutôt l'habitude de nous reprocher de ne pas aller assez vite, je prends votre accusation de précipitation comme un compliment !

Il est urgent que la France intègre les métiers de la santé dans le cursus LMD, afin de les aligner sur le niveau européen. Deuxièmement, il s'agit d'honorer un engagement de campagne du Président de la République. Troisièmement, retarder encore la revalorisation d'une profession difficile serait négatif, non seulement pour cette profession, mais pour l'ensemble de la filière paramédicale. Nous n'avons aujourd'hui aucune raison de retarder encore une revalorisation très attendue par les intéressés. Pourquoi attendre le débat général sur les retraites, alors que la question des retraites n'est pas l'essentiel de ce texte ? Il est conforme à la logique du « travailler plus pour gagner plus » que cette revalorisation soit ainsi compensée.

La dégradation des conditions de travail que vous dites craindre n'a aucune raison d'avoir lieu, au contraire, puisqu'en incitant les personnels à travailler plus longtemps, cette réforme va accroître l'effectif des personnels disponibles.

En ce qui concerne les modalités d'entrée en vigueur, monsieur Gille, il y a deux hypothèses. Ceux qui sortiront de la filière en 2012 appartiendront directement à la catégorie A. En revanche, les personnels infirmiers actuellement

en poste pourront exercer, du 1^{er} juillet au 31 décembre 2010, un droit d'option entre le maintien en catégorie B, avec un départ à la retraite à cinquante-cinq ans, ou le passage en catégorie A, avec un départ à la retraite à soixante ans. S'agissant d'un métier pénible et mal rémunéré, on peut penser que beaucoup feront le choix de la revalorisation,

Quant aux étudiants infirmiers, ils se réjouissent en effet de l'« universitarisation » de leur cursus et des nouvelles perspectives que ce texte leur ouvre.

M. Bernard Perrut, président. Nous en venons à l'examen de l'article 30.

TITRE II DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES À LA FONCTION PUBLIQUE

Article 30

La Commission rejette l'amendement AS 1 de M. Michel Issindou, tendant à supprimer l'article 30.

Elle examine ensuite l'amendement AS 2 du rapporteur.

M. le rapporteur. Cet amendement vise, dans un esprit d'équité, à aligner les conditions de départ à la retraite des cadres de santé sur celles des nouveaux personnels de catégorie A. Cette mesure d'équité se traduira en outre par une économie qui compensera la revalorisation indiciaire significative accordée aux cadres de santé.

La Commission adopte l'amendement AS 2.

Elle donne ensuite un avis favorable à l'adoption de l'article 30 ainsi modifié.

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION

Amendement n° AS 1 présenté par M. Michel Issindou, Mme Marisol Touraine et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche

Article 30

Supprimer cet article.

Amendement n° AS 2 présenté par M. Jacques Domergue, rapporteur pour avis

Article 30

À l'alinéa 3, après les mots : « d'option », insérer les mots : « ainsi que les cadres de santé ».

ANNEXE : PROTOCOLE D'ACCORD DU 2 FÉVRIER 2010



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

PROTOCOLE D'ACCORD DU 2 FÉVRIER 2010

RELATIF A

**L'INTEGRATION DANS LA CATEGORIE A
DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
DES INFIRMIERS ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES
AUX DIPLOMES RECONNUS DANS LE LMD PAR LES UNIVERSITES,**

ET A

**L'INTEGRATION DES CORPS DE CATEGORIE B
DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
DANS LE NOUVEL ESPACE STATUTAIRE DE LA CATEGORIE B**

L'avenir de notre système de santé repose plus que jamais sur la qualité de la prise en charge des patients, à l'heure où la France connaît un vieillissement de sa population, et notamment de ses professionnels de santé. Les départs en retraite prévus d'ici à 2020 auront des répercussions sur les ressources humaines hospitalières, qui devront être profondément renouvelées. Pour relever les défis de demain, de telles évolutions devront s'accompagner d'une meilleure attractivité des métiers paramédicaux, qui joueront un rôle majeur dans la construction d'un système de soin plus juste et plus solidaire.

Face aux enjeux majeurs de santé publique, à la nécessaire adaptation des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, au lourd défi démographique pour les professions de santé et à l'évolution des modes de prise en charge des patients et des techniques en soins, la promotion et l'attractivité des carrières constituent l'un des leviers essentiels de la modernisation des organisations et des ressources humaines.

A cet égard, la reconnaissance universitaire des études en soins infirmiers au grade de licence est un premier jalon. Elle se prolongera, dans le cadre de ce protocole d'accord, par une reconnaissance statutaire en catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Ce protocole a également pour ambition d'affirmer la place et le rôle déterminants des cadres dans le processus de gouvernance hospitalière d'aujourd'hui et de demain suite notamment à l'analyse menée par Chantal de Singly dans le cadre de la mission sur les cadres hospitaliers. Ils sont à l'évidence le pivot du fonctionnement général des activités, en articulation avec le corps médical et les directeurs, et en soutien et appui de l'ensemble des équipes hospitalières.

D'autres professions paramédicales ont également vocation à entrer dans cette démarche de valorisation de leur formation. La reconnaissance universitaire de leurs formations au niveau de la licence ou du master ouvrira, au fur et à mesure de son application, une possibilité de reclassement dans les grilles rénovées de catégorie A.

Enfin, la création d'un nouvel espace statutaire de la catégorie B mis en œuvre pour les corps administratifs, ouvriers, techniques et socio-éducatifs doit contribuer à la revalorisation de ces professions qui concourent quotidiennement à la qualité des soins dispensés dans le service public hospitalier.

L'amélioration des conditions de travail complètera, de manière utile et efficace, ces avancées statutaires et sociales.

C'est dans cette volonté commune de meilleure reconnaissance des formations paramédicales, et en particulier des infirmiers, ainsi que des parcours professionnels qualifiants que la ministre de la santé et des sports et les signataires s'engagent résolument dans le présent protocole d'accord qui donnera lieu, sans délai, à des travaux d'approfondissement des mesures convenues et à la mise en place d'un dispositif national d'évaluation.

TABLE DES MATIERES

I - LES PRINCIPES GENERAUX DE LA REFORME LMD : UNE RECONNAISSANCE DES DIPLOMES D'ETAT AU NIVEAU DU GRADE DE LICENCE ET UN ACCES DIRECT AUX FORMATIONS UNIVERSITAIRES	4
LES CORPS DES PROFESSIONS PARAMEDICALES RELEVANT DE PLUSIEURS TEXTES REGLEMENTAIRES.....	4
LES DIPLOMES DES PROFESSIONS PARAMEDICALES SERONT RECONNUS DANS LE CADRE DU PROCESSUS L.M.D.....	5
II - UNE REFORME MAJEURE POUR NOTRE SYSTEME DE SANTE, DECLINEE EN SIX VOLETS	6
1- LA CREATION DE NOUVEAUX CORPS CLASSES EN CATEGORIE A COMPOSES DE DEUX A QUATRE GRADES POUR LES PARAMEDICAUX SELON LES FILIERES	6
<i>A - L'accès des infirmiers déjà en postes à la catégorie A ouvert dès décembre 2010.....</i>	<i>6</i>
<i>B - Certaines professions paramédicales non infirmières auront accès aux nouvelles grilles de catégorie A à partir de juin 2011.....</i>	<i>7</i>
<i>C - Les infirmiers spécialisés pourront entrer dans une grille renouvelée de catégorie A en juillet 2012.....</i>	<i>7</i>
2- LES CADRES DE SANTE AURONT ACCES A UNE GRILLE RENOVEE DE CATEGORIE A EN JUILLET 2012	9
3- LE DROIT D'OPTION ET LES CONDITIONS DE RECLASSEMENT EN CATEGORIE A	11
<i>A - Les personnels actuellement en CII auront un droit d'option entre le B NES paramédical et l'un des nouveaux corps de catégorie A classé en catégorie sédentaire</i>	<i>11</i>
<i>B - Les personnels actuellement en catégorie A auront un droit d'option entre le maintien dans leur grade actuel dont le corps est classé en catégorie active et le nouveau grade dont le corps est classé en catégorie sédentaire.....</i>	<i>11</i>
4- LE RECLASSEMENT DES PERSONNELS ADMINISTRATIFS, TECHNIQUES, OUVRIERS ET SOCIO-EDUCATIFS DE CATEGORIE B DANS LE NOUVEL ESPACE STATUTAIRE	13
<i>A - Le reclassement des personnels administratifs dans le nouvel espace statutaire en juin 2011</i>	<i>13</i>
<i>B - Le reclassement des personnels techniques et ouvriers de catégorie B dans le nouvel espace statutaire en juin 2011</i>	<i>16</i>
<i>C - Le reclassement des personnels socio-éducatifs dans le nouvel espace statutaire en juin 2011</i>	<i>17</i>
5- L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS PARAMEDICAUX DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE ET L'ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLONGEMENT DES CARRIERES.....	19
6- LES SPECIALISATIONS ET L'ACCES AUX MASTERS ET AUX DOCTORATS.....	21
III - LE COMITE DE SUIVI ET D'EVALUATION DU DISPOSITIF	23
IV ANNEXES	24

*

*

*

La ministre de la santé et des sports et les organisations syndicales signataires s'engagent conjointement pour la mise en œuvre des mesures définies dans les différents volets du présent protocole et ouvriront sans délai les travaux d'approfondissement des thèmes et actions qui y sont fixés, dans le cadre d'un dispositif de suivi et d'évaluation national.

I - LES PRINCIPES GENERAUX DE LA REFORME LMD : UNE RECONNAISSANCE DES DIPLOMES D'ETAT AU NIVEAU DU GRADE DE LICENCE ET UN ACCES DIRECT AUX FORMATIONS UNIVERSITAIRES

Les corps des professions paramédicales relèvent de plusieurs textes réglementaires

Ces corps sont régis par les textes suivants :

☞ Le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des corps infirmiers de la fonction publique hospitalière qui sont : le corps des infirmiers, le corps des infirmiers de bloc opératoire (IBODE), le corps des infirmiers anesthésistes (IADE), le corps des puéricultrices ;

☞ le décret n° 89-609 du 1er septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière qui sont : le corps des pédicures-podologues, le corps des masseurs-kinésithérapeutes, le corps des ergothérapeutes, le corps des psychomotriciens, le corps des orthophonistes, le corps des orthoptistes, le corps des diététiciens ;

☞ le décret n° 89-613 du 1er septembre 1989 modifié portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière qui sont : le corps des préparateurs en pharmacie hospitalière, le corps des techniciens de laboratoire, le corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Ces corps relèvent soit de grilles de catégorie A pour les trois corps d'infirmiers spécialisés (IBODE, puéricultrices, IADE) soit de grilles dites de « B CII ».

Pour ceux d'entre eux dont les études durent trois années après le baccalauréat, le niveau de qualification est reconnu à un niveau licence, ou a vocation à l'être dans le cadre du processus « Licence, Master, Doctorat ».

Par ailleurs, le présent protocole concerne également le statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière relevant du décret 2001-1375 du 31 décembre 2001. Il est constitué du grade de cadre de santé et du grade de cadre supérieur de santé. Ce corps relève de la catégorie A et est doté des missions d'encadrement pour l'ensemble de la filière paramédicale.

Les diplômes des professions paramédicales seront reconnus dans le cadre du processus L.M.D.

La reconnaissance universitaire était attendue. En septembre 2009, pour la première fois, les étudiants en soins infirmiers ont intégré une formation dont le diplôme d'Etat sera, en 2012, reconnu par les universités au grade de licence.

Cette évolution majeure a été rendue possible par la qualité de la formation dispensée jusqu'alors et par l'engagement des partenaires sociaux dans ce grand chantier de valorisation des professions paramédicales. Elle est le fruit d'un travail interministériel de concertation et de préparation technique sans précédent, en particulier avec le ministère de l'enseignement supérieur de la recherche, et d'une coopération étroite avec l'Association des régions de France et les universités.

Elle va demander, dans les trois années qui viennent, un travail d'adaptation important pour les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) tant au plan de l'organisation et de la refonte du contenu des enseignements que du point de vue des stages. Les professionnels de santé sur le terrain vont également s'investir de manière différente et plus structurée avec la mise en place du tutorat pour les stages. Les organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière participent au comité de suivi du LMD dont la première réunion s'est tenue le 6 novembre 2009.

Ce travail sera modélisé et utilisé pour la mise en œuvre du LMD à l'intention des autres professions paramédicales dont la durée d'études est au moins de trois années. Les organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière participent aux groupes de travail de réingénierie-LMD pour ces diplômes.

L'objectif fixé par le présent protocole est que ces formations paramédicales soient, ces prochaines années, reconfigurées conformément au dispositif LMD d'ici 2015 au plus tard, dès lors que le dispositif de reconnaissance universitaire aura été validé par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités.

Au-delà de la reconnaissance universitaire du diplôme, il est important de permettre aux étudiants et aux professionnels qui le souhaitent de poursuivre leur cursus et d'avoir accès à d'autres formations, notamment universitaires.

Cette évolution est elle aussi en cours, avec la poursuite d'un groupe de travail «masters» auquel participent les organisations syndicales représentatives de la fonction publique hospitalière. Il devra permettre, en fonction des besoins de santé publique, de définir les spécialisations nécessaires au sein de ces métiers paramédicaux pour la mise en œuvre de certaines pratiques avancées et de prévoir, en lien étroit avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités, les référentiels et les diplômes correspondants à ces métiers.

Au-delà, les paramédicaux concernés, et au premier chef les infirmiers, pourront s'engager dans des projets de recherche. Le programme hospitalier de recherche infirmier (PHRI) vient désormais compléter les autres programmes hospitaliers de recherche existants. La sélection des projets se fera au premier trimestre 2010. Enfin, en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités, l'accès aux doctorats sera facilité et les infirmières titulaires de masters pourront bénéficier de contrats doctoraux après que leurs projets aient été sélectionnés par un comité scientifique.

II - UNE REFORME MAJEURE POUR NOTRE SYSTEME DE SANTE, DECLINEE EN SIX VOLETS

1- La création de nouveaux corps classés en catégorie A composés de deux à quatre grades pour les paramédicaux selon les filières

La nouvelle grille indiciaire correspondant aux corps classés en catégorie A au sens de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est créée pour les professions paramédicales. Elle sera accessible aux professionnels paramédicaux dont la formation, de trois ans après le baccalauréat, aura été reconstruite conformément au standard européen LMD et aura été reconnue par le ministère de l'enseignement supérieur et les universités. Ils comprennent de 2 à 4 grades en fonction des filières. Ainsi, les corps constituant la filière de rééducation et la filière médico-technique seront constitués de 2 grades, le corps de la filière infirmière de 4 grades pour tenir compte des professions d'infirmiers spécialisés. En fonction des travaux sur les pratiques nouvelles et le développement des métiers, les corps des filières de rééducation et médico-techniques pourront s'enrichir de nouveaux grades sur le même modèle que la filière infirmière.

Une grille indiciaire unique proposée pour les professionnels paramédicaux souligne l'unité des professions paramédicales et les perspectives de carrière qui leur sont offertes. Elle tient compte des nouvelles spécialités qui seront éventuellement créées par de nouveaux diplômes (masters en particulier) pour répondre aux besoins de santé de la population.

A - L'accès des infirmiers déjà en postes à la catégorie A ouvert dès décembre 2010

Conformément à l'engagement du Président de la République, les personnels infirmiers seront intégrés dans le corps de catégorie A selon un calendrier prioritaire, à leur demande sur la base d'un droit d'option dont les modalités sont fixées dans le volet 3 du présent protocole..

Les grilles indiciaires proposées représentent une revalorisation importante en termes de rémunération, notamment indiciaire, qui majorera également les droits à retraite : par exemple, l'indice terminal du second grade infirmier représente un gain de 70 points d'indice majorés par rapport à la grille actuelle du B CII.

La durée de carrière est de 30 ans.

Le reclassement de l'ensemble des infirmiers qui le souhaitent est prévu dès décembre 2010 sur la nouvelle structure de grille de rémunération. Il sera suivi de deux glissements de la grille indiciaire, l'un en juillet 2012, l'autre en juillet 2015.

L'entrée dans le premier grade se fera au premier échelon, à l'indice brut 379 (IM 349). L'échelon sommital du premier grade correspond à l'indice brut 680 (IM 566), soit un gain de 85 points d'indice majoré.

Le grade d'avancement des infirmiers a un premier échelon à l'indice brut 444 (IM 390) et son dernier échelon atteint l'indice 730 (IM 604), soit un gain de 70 points d'indice majoré.

Les gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes) avant et après la réforme en 2015 seront, pour les infirmiers relevant de la catégorie A, de :

- début de carrière : 2118 € en plus annuellement ;
- fin de carrière : 3801 € en plus annuellement.

A compter de 2013, il ne sera plus effectué de recrutement dans le grade infirmier relevant du B NES paramédical de la fonction publique hospitalière.

Une nouvelle indemnité est créée pour les infirmiers :

Les fonctions de tutorat des étudiants en soins infirmiers seront valorisées par la création, dans la perspective de la prochaine rentrée dans les IFSI, d'une indemnité spécifique servie aux infirmiers diplômés d'Etat exerçant les fonctions de tuteur, quel que soit leur statut d'emploi. Les modalités de versement de cette indemnité feront l'objet d'un groupe de travail dans le cadre du suivi du présent protocole dès le 1^{er} semestre 2010.

B - Certaines professions paramédicales non infirmières auront accès aux nouvelles grilles de catégorie A à partir de juin 2011

Les corps composant la filière de rééducation et la filière médico-technique, dont la durée d'études est d'au moins trois années, ont vocation à bénéficier d'une architecture de grades et de grilles indiciaires similaire à celles des infirmiers, dès que leur formation aura fait l'objet de la réingénierie nécessaire à l'intégration dans le dispositif LMD, c'est-à-dire d'ici 2015 au plus tard, et que leur diplôme aura été reconnu par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que par les universités.

Pour les personnels relevant de ces corps, un reclassement est prévu à partir de juin 2011 pour ceux dont la formation aura été reconnue par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ainsi que par les universités, sur la nouvelle structure de grille de rémunération selon un processus analogue à celui adopté pour les infirmiers (un reclassement suivi de 2 glissements). Les personnels seront intégrés dans ces nouveaux corps à leur demande et sur la base d'un droit d'option dont les modalités sont fixées dans le volet 3 du présent protocole.

Le reclassement se fera selon le tableau joint en annexe, selon le même principe que pour les infirmiers.

Les gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes) avant et après la réforme seront, pour ces corps de catégorie A, de :

- début de carrière : 2124 € en plus annuellement ;
- fin de carrière : 3804 € en plus annuellement.

Les corps de préparateurs en pharmacie et de techniciens de laboratoire, ainsi que diététiciens, seront quant à eux reclassés dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B paramédical. Si, à l'avenir, leur diplôme était reconnu par les universités et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche à un niveau licence, l'intégration de ces corps se ferait dans les nouveaux grades de catégorie A selon un calendrier à définir.

Les professionnels paramédicaux qui, en juin 2011, n'auront pas été reclassés en catégorie A, seront automatiquement intégrés dans le nouvel espace statutaire de la catégorie B paramédical.

Pour chaque corps des professions paramédicales autres qu'infirmiers, la sortie des étudiants reconnus dans le processus LMD coïncidera avec la fin des recrutements dans les grades classés en B NES paramédical dans la fonction publique hospitalière.

C - Les infirmiers spécialisés pourront entrer dans une grille rénovée de catégorie A en juillet 2012

Les infirmiers peuvent actuellement poursuivre leur cursus de formation dans trois spécialisations : puériculture, anesthésie ou spécialiste de bloc opératoire. Déjà classés en catégorie A, ils sont appelés à voir leur référentiel métier enrichi pour intégrer de nouvelles compétences, dans le cadre du développement de leurs pratiques. D'autres spécialisations seront appelées à se développer pour répondre aux évolutions des besoins de la population ; les grades des infirmiers spécialisés les accueilleront s'ils sont reconnus par le ministère de la santé et répondent aux mêmes exigences universitaires.

Les infirmiers spécialisés optant pour les nouveaux grades, à leur demande, selon les modalités fixées dans le volet 3 du présent protocole bénéficieront d'un reclassement en juillet 2012 sur la nouvelle structure de grille de rémunération. Cette grille évoluera une seconde fois en juillet 2015. Les mêmes principes de reclassement que pour les infirmiers non spécialisés seront respectés.

La formation des spécialités existantes fera l'objet d'une réingénierie et intégrera des pratiques avancées. Le nouveau diplôme sera reconnu dans le dispositif LMD. Les infirmiers spécialisés verront ainsi leur exercice enrichi et leurs compétences accrues.

Les gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes) avant et après la réforme en 2015 seront, pour les infirmiers spécialisés, de :

- ✓ Infirmiers de bloc opératoire et Puéricultrices :
 - début de carrière : 3366 € en plus annuellement ;
 - fin de carrière : 3312 € en plus annuellement ;
- ✓ Infirmiers anesthésistes :
 - début de carrière : 2879 € en plus annuellement ;
 - fin de carrière : 2064 € en plus annuellement.

Le reclassement se fera selon le tableau joint en annexe et les conditions d'avancement resteront inchangées.

A compter de 2013, il ne sera plus effectué de recrutement sur les grades actuels d'infirmiers spécialisés dans la fonction publique hospitalière.

ONT SIGNE LE PRESENT VOLET N°1, FAIT A PARIS LE 2 FEVRIER 2010

Avec la ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le syndicat national des cadres hospitaliers
(SNCH)

2- Les cadres de santé auront accès à une grille rénovée de catégorie A en juillet 2012

La reconnaissance du rôle des cadres au sein des établissements de la fonction publique hospitalière permet la réaffirmation de la ligne managériale dans le contexte de réforme de la gouvernance et de ressources financières contraintes. Le rapport de la mission « cadres hospitaliers » aborde l'ensemble des aspects de la question des cadres hospitaliers.

Les propositions formulées par la mission feront l'objet d'une concertation spécifique avec les organisations syndicales, à l'exception de la revalorisation indiciaire puisqu'elle figure au présent protocole. Dès 2010, un groupe de travail sera mis en place pour définir les référentiels métiers et compétences des cadres sur la base des rôles et missions définis dans le rapport sur les cadres hospitaliers remis par Chantal de Singly et qui pourront être précisés.

Le présent protocole fixe la nouvelle grille indiciaire pour les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé. Leur statut particulier est construit sur deux grades aux bornages indiciaires revalorisés. Les cadres de santé opteront pour ce nouveau statut, à leur demande sur la base d'un droit d'option dont les modalités sont fixées dans le volet 3 du présent protocole.

Les indices bruts sont fixés pour chaque grade à la fin du glissement à :

- grade de cadre de santé : IB 516 à IB 801 ;
- grade de cadre supérieur de santé : IB 659 à IB 901.

Les gains de rémunération nette (traitement indiciaire et primes sans NBI) avant et après la réforme en 2015 seront, pour les cadres de santé et cadres supérieurs, de :

- début de carrière : 3421 € en plus annuellement ;
- fin de carrière : 4996 € en plus annuellement.

Un reclassement est prévu dès juillet 2012 sur la nouvelle structure de grille de rémunération suivi d'un glissement en juillet 2015. Le reclassement se fera sur les mêmes principes que pour les infirmiers non spécialisés.

Le reclassement se fera selon le tableau joint en annexe.

A compter de 2013, il ne sera plus effectué de recrutement dans le corps actuel de cadre de santé de la fonction publique hospitalière.

Le régime indemnitaire des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé sera modifié dès l'année 2011.

L'actuel régime indemnitaire sera remplacé par l'instauration d'une prime de fonction et de résultat (PFR). L'évaluation de la part variable interviendra sur la base de l'expérimentation de l'entretien professionnel en 2010 pour tous les agents de catégorie A de la fonction publique hospitalière. La mise en œuvre de la PFR s'accompagnera d'une revalorisation indemnitaire, en cohérence avec l'évaluation de la performance.

Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de la PFR (prime de fonction et de résultat) pour les cadres de la catégorie A de la fonction publique.

Le champ de la PFR et ses modalités de mise en œuvre feront l'objet d'un groupe de travail en 2010 dans le cadre du suivi du présent protocole.

ONT SIGNE LE PRESENT VOLET N°2, FAIT A PARIS LE 2 FEVRIER 2010

Avec la ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le syndicat national des cadres hospitaliers
(SNCH)

3- Le droit d'option et les conditions de reclassement en catégorie A

A l'issue de l'intégration de la formation correspondant à leur métier dans le dispositif LMD, les professionnels paramédicaux antérieurement diplômés et actuellement en poste pourront exercer un droit d'option entre le reclassement dans les nouveaux grades proposés aux paramédicaux, relevant de corps de catégorie A sédentaire et le reclassement dans le nouvel espace statutaire (NES) de la catégorie B paramédicale pour ceux qui sont en CII. Ceux qui sont déjà en catégorie A pourront également exercer un droit d'option entre le maintien dans leur grade actuel dont le corps est classé en catégorie active et le nouveau grade dont le corps sera classé en catégorie sédentaire.

A - Les personnels actuellement en CII auront un droit d'option entre le B NES paramédical et l'un des nouveaux corps de catégorie A classé en catégorie sédentaire

Ce droit d'option doit permettre aux personnels paramédicaux actuellement en poste, dont le diplôme d'origine aura été rénové et intégré au LMD, de choisir :

- soit de rester en catégorie B, et d'être reclassés dans la nouvelle grille indiciaire B NES « paramédicaux », avec maintien de la catégorie active,
- soit d'accéder à l'un des nouveaux corps de catégorie A des filières paramédicales, classé en catégorie sédentaire. Les personnels paramédicaux qui opteront pour ce nouveau corps seront tous intégrés en catégorie sédentaire, avec un âge d'ouverture des droits afférent à cette catégorie, quelle que soit leur ancienneté en catégorie active.

Dès lors que les textes réglementaires statutaires et portant sur les nouvelles grilles auront fait l'objet d'une publication au journal officiel, le droit d'option s'exercera, selon les professions concernées, dans les six mois précédents la date qui figure sur le calendrier ci-dessous :

- pour les infirmiers en poste en décembre 2010,
- pour autres professions paramédicales dont la durée d'études est d'au moins trois années et qui seront reconnues par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités, à partir de juin 2011.

Le droit d'option est clos à la date d'entrée en vigueur du reclassement.

Afin de prendre en compte leur situation particulière, les agents hospitaliers en promotion professionnelle en vue de l'obtention du diplôme d'Etat infirmier qui sont entrés en formation au plus tard en décembre 2010, disposent d'un droit d'option, après leur réussite au concours sur titre d'infirmier, entre la nomination dans le grade d'infirmier de catégorie B NES paramédical et le grade classé en catégorie A.

B - Les personnels actuellement en catégorie A auront un droit d'option entre le maintien dans leur grade actuel dont le corps est classé en catégorie active et le nouveau grade dont le corps est classé en catégorie sédentaire

Les professions concernées sont les infirmiers spécialisés et les cadres de santé :

- les cadres de santé et cadres supérieurs de santé pourront être reclassés dans les nouveaux grades de catégorie A à partir de juillet 2012,
- les infirmiers spécialisés (puéricultrices, IBODE et IADE) pourront être reclassés dans les nouveaux grades du corps de catégorie A à partir de juillet 2012.

Ceux qui opteront pour ces nouveaux corps seront tous intégrés en catégorie sédentaire, sur la base de l'âge d'ouverture des droits afférents à cette catégorie, quelle que soit leur ancienneté dans le grade.

Le droit d'option est clos à la date d'entrée en vigueur du reclassement.

Le droit d'option est ouvert, pour chaque profession, 6 mois avant la date du reclassement dans le nouveau corps.

La création des nouveaux corps en catégorie A ne pourra intervenir qu'à partir de l'adoption par le Parlement de la disposition législative permettant la mise en œuvre du droit d'option décrit ci-dessus selon le calendrier arrêté dans le présent protocole.

ONT SIGNE LE PRESENT VOLET N°3, FAIT A PARIS LE 2 FEVRIER 2010

Avec la ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Le syndicat national des cadres hospitaliers
(SNCH)

4- Le reclassement des personnels administratifs, techniques, ouvriers et socio-éducatifs de catégorie B dans le nouvel espace statutaire

A - Le reclassement des personnels administratifs dans le nouvel espace statutaire en juin 2011

Les corps de catégorie B de la filière administrative de la fonction publique hospitalière sont régis par le décret 90-839 du 21 septembre 1990 modifié. Ils se composent des adjoints des cadres hospitaliers et des secrétaires médicaux. Ces corps sont aujourd'hui dits de « B type ».

Par ailleurs, compte tenu du rôle que jouent dans le système de santé les centres d'accueil et de régulation médicale, et de la nécessité corrélatrice de conférer aux permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM) une reconnaissance statutaire correspondant aux compétences et qualifications requises par leurs fonctions, le présent protocole prévoit la possibilité d'intégrer les agents permanenciers d'accueil et de régulation médicale (PARM), actuellement classés en catégorie C de la même filière, dans le corps de secrétaire médical, afin de mieux tenir compte des différents métiers qui le composent.

1) L'intégration de la filière administrative de la catégorie B de la FPH dans le nouvel espace statutaire commun aux trois fonctions publiques

Cette intégration respecte les principes de construction du nouvel espace statutaire.

La grille et le tableau de reclassement sont présentés en annexe.

2) Des modalités de reclassement assurant un gain indiciaire lors du changement de grade et la valorisation de la promotion interne

En juin 2011, les personnels administratifs de la fonction publique hospitalière seront reclassés dans le nouvel espace statutaire qui leur est réservé.

Le reclassement s'effectuera de grade à grade, à indice égal ou immédiatement supérieur avec conservation de l'ancienneté dans l'échelon lorsque le gain indiciaire est inférieur à celui auquel l'agent aurait eu droit s'il était resté dans la grille précédente. Un tableau est ci-joint.

3) Avancement

Les modalités de promotion de corps seront définies conformément aux dispositions prévues pour l'accès aux corps de catégorie B de la fonction publique hospitalière, telles qu'elles seront précisées réglementairement dans le décret relatif aux mesures transversales pour les corps relevant de la catégorie B.

Les agents promus dans le second grade, peuvent bénéficier, en fonction de leur échelon d'origine, d'une majoration de l'ancienneté d'un ou deux ans lors de leur nomination.

4) La reconnaissance des missions des corps administratifs

Les statuts particuliers précisent la mission de chaque corps. Compte tenu des importantes modifications apportées à l'occasion du présent protocole, il importe de redéfinir les missions et les intitulés du corps d'adjoint des cadres hospitalier et de secrétaire médical.

Une nouvelle dénomination de ces deux corps sera proposée à cet effet.

Ces deux corps disposeront d'une structure de grille en trois grades avec pour chacun, deux niveaux de recrutement externe selon le niveau de diplôme et de qualification requis.

Les responsabilités spécifiques des adjoints des cadres en termes d'expertise ou d'encadrement doivent pouvoir permettre, selon les cas, un recrutement direct au second grade.

5) *Un processus de recrutement dans le corps plus dynamique*

Les nouvelles missions des corps administratifs seront précisées, afin notamment de mieux adapter les modalités de recrutement. Ces modalités seront modernisées : pour assurer une meilleure adéquation entre le concours et les compétences requises, pour diversifier les recrutements et développer notamment la reconnaissance des acquis et de l'expérience, et pour faciliter l'organisation des concours et permettre leur organisation plus régulière.

Elles intégreront :

- ✓ le remplacement des concours externes sur épreuves par des concours sur titres avec une épreuve orale sur des options précisées ;
- ✓ la voie de l'examen professionnel pour l'accès au deuxième comme au troisième grade avec respectivement six ans et neuf ans d'ancienneté ;
- ✓ la substitution de certaines épreuves par la reconnaissance des acquis et de l'expérience professionnelle des agents ;
- ✓ le maintien de la voie de la liste d'aptitude pour certains agents justifiant d'une plus grande ancienneté.

Le recrutement des ACH et des secrétaires médicaux sera rendu possible au premier grade comme au second grade. Le recrutement direct dans le second grade sera rendu possible pour les postes à responsabilités plus importantes, avec une exigence de diplôme (niveau III).

- Les différentes options proposées couvrent les champs de l'exercice professionnel des différents métiers correspondant aux adjoints des cadres hospitaliers et aux secrétaires médicaux.
- Les niveaux d'organisation des concours seront adaptés aux contraintes des établissements et les modalités d'organisation sont confiées à l'autorité investie du pouvoir de nomination.
- La composition des jurys garantira professionnalisme et neutralité.

6) *La formation d'adaptation à l'emploi*

Les nouvelles modalités de concours nécessitent de redéfinir les formations d'adaptation à l'emploi (FAE) prévues dans le statut particulier. La mise en place d'un groupe de travail technique en 2010 avec les organisations syndicales signataires permettra de revoir l'ensemble des FAE utiles par option de concours.

7) *Des parcours professionnels plus fluides*

La fluidité des parcours professionnels résulte notamment des possibilités de promotion et d'avancement ouvertes aux agents. Il est souhaitable de rééquilibrer le niveau de responsabilité et d'expertise avec celui de la rémunération.

Pour les corps d'adjoints des cadres hospitaliers et de secrétaires médicaux, un desserrement temporaire du ratio promu-promouvables sera effectué entre 2011 et 2013 pour permettre à la fois de maintenir la fluidité dans l'avancement de grade de ce corps et la promotion accélérée des agents reclassés sur le premier grade et qui exercent des fonctions correspondant à un niveau de responsabilités important. Ce ratio sera porté à 20% (accès au grade 2) et 15% (accès au grade 3) pour les adjoints des cadres, et à 12% (accès au grade 2) et 10% (accès au grade 3) pour les secrétaires médicaux pendant ces trois années. Il sera fixé respectivement à 15% (accès au grade 2) et 12% (accès au grade 3) ainsi qu'à 10% (accès au grade 2) et 8% (accès au grade 3) en 2014.

Les établissements seront également invités à utiliser les modalités offertes par le concours interne afin de permettre l'accès au corps de secrétaire médical :

- des agents de catégorie C (adjoints administratifs) occupant des fonctions de secrétaire médical ;

- des agents contractuels en fonction sur des missions médico-administratives.

Il s'agit de permettre l'ouverture de meilleures perspectives d'évolution pour la filière administrative de la FPH.

En fonction du bilan qui sera conduit de la mise en œuvre de la PFR pour les cadres de catégorie A, une réflexion sur la rénovation du régime indemnitaire des ACH sera engagée dans la continuité des réflexions initiées par le rapport sur les cadres hospitaliers.

8) La mise en extinction du corps des PARM et leur intégration en catégorie B

La reconnaissance du métier de permanencier auxiliaire de régulation médicale est engagée depuis plusieurs années notamment à travers les mesures du plan « Urgences » qui prévoit un recrutement de niveau baccalauréat pour les PARM. Deux évolutions sont proposées autour d'un volet statutaire et d'un volet formation.

a) Le volet statutaire

La mise en extinction du corps des PARM de catégorie C de la filière administrative sera engagée suite à la signature du présent protocole, à l'occasion de la refonte de la grille de catégorie B NES

Les PARM en poste pourront être classés dans le corps des secrétaires médicaux selon les modalités suivantes :

- pour les agents en fonction possédant un niveau IV l'intégration en catégorie B par la voie d'un concours externe sur titres ;
- pour les agents ne possédant pas un niveau IV et ayant quatre ans d'ancienneté, par la voie d'un concours interne sur épreuves ;
- pour les agents actuellement classés dans le grade de PARM chef, sur la base d'un examen professionnel.

Dans ces deux derniers cas, il sera possible de substituer certaines épreuves par la reconnaissance des acquis et de l'expérience professionnelle des agents.

Ces dispositions pourront être complétées par la possibilité d'un avancement de corps par liste d'aptitude pour les agents de catégorie C ayant au moins 9 ans d'ancienneté.

Il sera demandé aux établissements de mettre en place une préparation au concours pour permettre aux agents de rentrer dans le dispositif dans les meilleures conditions. Une information sera donnée aux établissements en vue d'inscrire dans les plans de formations 2010 si possible ou 2011 des actions de formation spécifiques.

Les recrutements ultérieurs se feront selon les modalités définies dans le cadre de la refonte du corps de secrétaire médical, sur l'option « régulation médicale » ouverte aux concours externe et interne.

Pendant la période de mise en extinction du corps, une instruction engagera les directeurs d'établissements sièges de SAMU à organiser les modalités d'intégration. Le bilan du processus d'accès de ces agents dans la catégorie B fera l'objet d'un suivi dans le cadre de ce protocole.

Les modalités de classement sont prévues par le droit commun. La nouvelle bonification indiciaire de 20 points perçue dans l'ancien corps des PARM ne peut être maintenue dans le corps d'accueil en catégorie B. Néanmoins, une indemnité différentielle sera versée en compensation de l'éventuelle perte de rémunération calculée par différence entre la rémunération globale dans l'actuel corps de PARM intégrant la nouvelle bonification indiciaire, et la rémunération obtenue après classement dans le NES.

b) Le volet formation

La formation d'adaptation à l'emploi devra être revue dans le cadre du groupe de travail technique prévu dans le présent protocole sur les FAE. des corps administratifs, avec la participation des organisations syndicales signataires. Ce groupe de travail traitera aussi la formation continue.

9) Le calendrier de la revalorisation dans le nouvel espace statutaire

Le reclassement des ACH et des secrétaires médicaux devra intervenir en juin 2011.

Cette échéance concerne également le début de l'intégration des PARM dans le corps de secrétaire médical.

B - Le reclassement des personnels techniques et ouvriers de catégorie B dans le nouvel espace statutaire en juin 2011

Les corps de catégorie B de la filière ouvrière et technique de la fonction publique hospitalière sont régis par les décrets 91-45 du 14 janvier 1991 et 91-868 du 5 septembre 1991 modifiés. Ils se composent des agents chefs et des techniciens supérieurs hospitaliers. Ces corps sont aujourd'hui dits de « B type » et de B CII technique « type ».

1) La transposition de la grille du nouvel espace statutaire à la catégorie B de la filière ouvrière et technique de la FPH garantissant une revalorisation de la carrière des professionnels.

Les corps de catégorie B de la filière technique et ouvrière de la fonction publique hospitalière vont ainsi bénéficier de grilles aux modalités avantageuses à plusieurs titres.

☞ Une structure de corps à trois grades avec deux niveaux de recrutement correspondant à deux niveaux de qualification différents :

1. le niveau IV de la certification professionnelle pour les recrutements au grade 1, concernant le corps des agents chefs ;
2. le niveau III de la certification professionnelle pour les recrutements au grade 2, concernant le corps des techniciens supérieurs hospitaliers.

Le troisième grade reste un grade d'avancement.

☞ La carrière est revalorisée sur une nouvelle grille culminant à l'indice brut 675 au terme de la période 2009-2011 en sommet de corps. L'indice sommital du premier grade est porté à l'IB 576 et celui du deuxième grade à l'IB 614.

☞ La durée de la carrière est de 33 ans pour les agents recrutés au niveau du premier grade c'est-à-dire les agents chefs, et de 32 ans pour ceux recrutés au niveau du deuxième grade c'est-à-dire les techniciens supérieurs hospitaliers. Cela permet de rapprocher la durée théorique de la durée réelle de carrière des agents et garantit une évolution de leur rémunération à l'intérieur du même grade ou à l'occasion d'un avancement de grade.

Le reclassement des corps de technicien supérieur hospitalier et d'agent chef devra intervenir en juin 2011.

2) Des modalités de reclassement assurant un gain indiciaire lors du changement de grade.

La règle du reclassement à indice immédiatement supérieur est appliquée pour le passage du premier au deuxième grade et du deuxième au troisième grade. Les modalités de reclassement sont distinctes pour le corps des agents chefs, issus d'une grille de « B type » et pour les techniciens supérieurs hospitaliers issus d'une grille de B CII technique « type ».

Pour les agents chefs, le reclassement s'opère de grade à grade, à partir des trois grades existant vers les trois nouveaux grades.

Pour les techniciens supérieurs hospitaliers, le reclassement s'opère des trois grades existant vers les deux grades supérieurs de la grille NES soit :

- le grade 1 vers le grade 2,
- les grades 2 et 3 vers le grade 3.

3) Des parcours professionnels plus fluides

Dans l'optique d'harmoniser les modes d'avancement de grade au sein des corps de la fonction publique hospitalière, il sera étudié l'évolution du système du quota vers celui du ratio « promus – promouvables » pour le corps de technicien supérieur hospitalier.

Un groupe de réflexion portant sur cette évolution permettra de formaliser des propositions courant 2010 dans le cadre du nouvel arrêté fixant l'ensemble des ratios « promus-promouvables » des corps de la FPH pour les années 2011, 2012 et 2013.

4) Les dispositifs de promotion sociale développés

Les établissements de la fonction publique hospitalière seront invités à intensifier leurs actions de formation notamment en faveur des agents de catégorie C en vue de leur permettre d'accéder à des niveaux d'emplois plus qualifiés en catégorie B.

5) La poursuite de la mise en extinction des statuts locaux

Suite à la mise en extinction des statuts locaux, prévue par l'article 49 de la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique, les personnels occupant des emplois sous ces statuts peuvent demander à bénéficier de l'intégration dans l'un des corps de la fonction publique hospitalière. Les corps les plus concernés sont ceux d'ingénieur et de technicien supérieur hospitalier.

Les conditions de leur intégration feront l'objet d'un groupe de travail.

En fonction du bilan qui sera conduit de la mise en œuvre de la PFR pour les cadres de catégorie A, une réflexion sur la rénovation du régime indemnitaire des TSH sera engagée dans la continuité des réflexions initiées par le rapport sur les cadres hospitaliers.

C - Le reclassement des personnels socio-éducatifs dans le nouvel espace statutaire en juin 2011

Les corps de la filière socio-éducative de catégorie B de la FPH concernent les éducateurs de jeunes enfants, les éducateurs techniques spécialisés, les conseillers en économie sociale et familiale, les assistants socio-éducatifs, les animateurs et les moniteurs éducateurs. Les statuts particuliers sont régis par les décrets du 26 mars 1993. Ils relèvent de grilles dites de B atypique, sur un ou deux grades selon les corps. Les niveaux de qualification requis pour accéder à ces corps relèvent de niveaux IV et III du RNCP.

Le reclassement de ces personnels au sein du NES devra tenir compte des spécificités de leurs grilles actuelles, et fera l'objet de propositions ultérieures compte tenu de la nécessaire articulation avec la fonction publique territoriale.

Un groupe de travail propre à la fonction publique hospitalière se réunira en 2010, en articulation avec le travail mené par la fonction publique territoriale afin de déterminer les modalités de leur reclassement dans le NES du B qui aura lieu en 2011, en même temps que les personnels techniques et administratifs.

ONT SIGNE LE PRESENT VOLET N°4, FAIT A PARIS LE 2 FEVRIER 2010

Avec la ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

La fédération des personnels des services
publics et de santé (FCO)

La fédération nationale autonome des
services de santé (UNSA)

Le syndicat national des cadres hospitaliers
(SNCH)

La fédération santé sociaux
(CFTC)

La fédération française de la santé,
de la médecine et de l'action sociale
(FFASS CFE-CGC)

5- L'amélioration des conditions de travail des personnels paramédicaux de la fonction publique hospitalière et l'accompagnement de l'allongement des carrières

L'allongement de la durée de vie professionnelle implique l'engagement d'un travail visant à élaborer des propositions d'amélioration des parcours professionnels par le biais de l'organisation de passerelles et de l'ouverture vers de nouveaux modes d'exercice.

La poursuite des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail à partir de 2010 est prévue en privilégiant les actions sur la prévention des risques professionnels et l'amélioration de l'organisation du travail. La nouvelle génération des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail doit s'attacher à promouvoir des processus ayant pour objet d'améliorer les conditions de travail : repérage des facteurs de risques psycho-sociaux-organisationnels, maintien et retour dans l'emploi, accompagnement des mobilités fonctionnelles, appui aux reconversions internes, suivi des secondes carrières.

Les nouveaux CLACTs devront contribuer à améliorer les rythmes d'activité et les relations professionnelles dans les unités et les pôles de travail.

Une attention particulière devra être prêté aux établissements rencontrant des difficultés (par exemple : nombre élevé d'accidents du travail et maladies professionnelles, fort taux d'absentéisme, difficultés d'élaboration du document unique). Dans tous les établissements, une attention particulière devra être réservée à la prévention, à l'aménagement des postes de travail et à la qualité de vie au travail.

Un groupe de travail permettant l'approfondissement du thème de la seconde partie de carrière sera mis en place. Il pourra faire appel en tant que de besoin aux experts reconnus sur les différents sujets. Il pourra proposer un dispositif d'accompagnement pour les agents en fin de carrière.

ONT SIGNE LE PRESENT VOLET N°5, FAIT A PARIS LE 2 FEVRIER 2010

Avec la ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

La fédération des personnels des services
publics et de santé (FCO)

La fédération nationale autonome des
services de santé (UNSA)

Le syndicat national des cadres hospitaliers
(SNCH)

La fédération santé sociaux
(CFTC)

La fédération française de la santé,
de la médecine et de l'action sociale
(FFASS CFE-CGC)

6- Les spécialisations et l'accès aux masters et aux doctorats

La réflexion sur la valorisation des métiers paramédicaux comporte deux volets : l'évolution des métiers proprement dite, et la réflexion sur l'accompagnement de l'allongement des carrières.

1) La mise en œuvre et l'évaluation de la coopération des professionnels de santé telle que résultant de la loi "hôpital, patients, santé et territoires"

Le dispositif de coopération fera l'objet d'un accompagnement méthodologique en relation avec la Haute autorité de santé et d'un suivi par l'information du Haut conseil des professions paramédicales (HCPP). L'organisation du HCPP en commissions métiers lui permettra également de produire, en formation interprofessionnelle, des recommandations.

Il s'agira en particulier de déterminer l'envergure et la nature des coopérations ainsi que les conséquences à en tirer dans plusieurs domaines, notamment celui de l'extension et de l'intégration dans la formation initiale ou le développement professionnel continu.

Une coopération étroite avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités d'une part et les professionnels médicaux d'autre part, sera engagée tout au long de ce chantier.

2) La reconnaissance de pratiques nouvelles

La mise en évidence des pratiques nouvelles constitue un objectif majeur car elle consiste à mener une réflexion avec les professionnels et les médecins dans le champ des métiers infirmiers, tout d'abord, puis d'étendre cette approche à toutes les professions de santé. Cette démarche est réalisée lors de l'élaboration du référentiel conduisant à la réingénierie du diplôme, en particulier dans le cadre des travaux d'analyse des activités et de la définition des compétences.

Elle permettra notamment d'investir des champs tels que la psychiatrie, la gériatrie, la cancérologie.

Une réflexion sera engagée parallèlement pour définir les formations complémentaires nécessaires pour répondre aux besoins de santé. Les référentiels métiers et les référentiels de compétences correspondant à ces besoins seront définis par le ministère chargé de la santé. Cette définition, issue des travaux de reconnaissance des pratiques nouvelles, permettra de déterminer par voie d'arrêté la liste des titres de formation correspondant à ces pratiques nouvelles.

3) La construction de parcours professionnels attractifs

Le développement des pratiques avancées et des spécialisations, ainsi que la rénovation de la formation des cadres de santé, permettront de proposer aux personnels des parcours professionnels attractifs afin d'enrichir le contenu professionnel de la filière infirmière.

Un accès facilité à ces nouvelles spécialités sera ouvert aux professionnels expérimentés par la validation des acquis de l'expérience et par des formations complémentaires.

Ainsi, sera mise en place en priorité, pour les agents pouvant y prétendre, l'ouverture à la validation des acquis de l'expérience des diplômés d'infirmier spécialisé de bloc opératoire, de puéricultrice, d'infirmier anesthésiste et de cadre de santé.

ONT SIGNE LE PRESENT VOLET N°6, FAIT A PARIS LE 2 FEVRIER 2010

Avec la ministre de la santé et des sports

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

La fédération des personnels des services
publics et de santé (FO)

La fédération nationale autonome des
services de santé (UNSA)

Le syndicat national des cadres hospitaliers
(SNCH)

La fédération santé sociaux
(CFTC)

La fédération française de la santé,
de la médecine et de l'action sociale
(FFASS CFE-CGC)

III - LE COMITE DE SUIVI ET D'EVALUATION DU DISPOSITIF

Un comité de suivi est institué au niveau national pour accompagner la mise en œuvre des mesures définies dans le présent protocole. Il sera composé de représentants de l'Etat et des organisations syndicales signataires. Ce comité de suivi sera complété par des comités de suivi régionaux composés de représentants de l'Etat et des organisations syndicales signataires.

L'évaluation du protocole sera traduite dans un bilan présenté annuellement aux organisations syndicales signataires.

Les groupes de travail issus des volets du présent protocole sont réservés aux signataires.