

NEGOCIATIONS FPH 20 septembre 2006

I - MODERNISATION DU DIALOGUE SOCIAL

Protocole ministériel	Propositions et commentaires SUD
<p>Les organisations syndicales et le Gouvernement conviennent de la nécessité de rénover les relations sociales au sein de la fonction publique hospitalière, à travers la modernisation des instances consultatives et la structuration du dialogue social</p>	<p>Tout ce volet confirme la position inflexible du ministère dans sa stratégie de nouvelle gouvernance, avec un niveau de négociation et de soi-disant dialogue social ramené le plus possible à l'échelle locale, et par un mode de fonctionnement favorisant les groupes de travail, au détriment des instances, associant directement les professionnels, et plus particulièrement les cadres et occasionnellement les OS, avec la volonté de davantage les informer que de les associer.</p>
<p>A- Fonctionnement des instances locales</p>	
<p>1 - Les Commissions Administratives Paritaires Les organisations syndicales et le Ministère conviennent de la nécessité de faire évoluer et d'améliorer le fonctionnement de cette instance sur la base des principes suivants :</p>	<p>Nous avons rejeté le principe de laisser au comité de suivi, qui sera composé comme d'habitude des seules OS signataires de l'accord, des points importants de négociations non traités dans ce protocole : ainsi, le ministère a retiré la notion du rôle du comité de suivi pour son projet des CAP régionales</p>
<ul style="list-style-type: none"> - maintenir prioritairement le lien de proximité avec les agents ; - assurer l'égalité de traitement des personnels de la fonction publique hospitalière ; - créer les conditions d'un fonctionnement régulier des CAP ; - favoriser la participation des personnels en assurant l'anonymat lors des élections 	
<p>Pour ce faire, il est convenu, compte tenu des modifications liées aux évolutions des statuts particuliers de la FPH, de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - réaliser la fusion verticale des sous-groupes 3 et 4 dans la CAP n°2 et ceux de la CAP n°9 - généraliser le recours aux enveloppes T (dont les coûts d'affranchissement sont à la charge du destinataire) pour faciliter le vote par correspondance. - Etudier dans le délai du protocole la faisabilité de la mise en place de CAP régionales, le cas échéant, en substitution de CAP départementales - Saisir le Conseil d'Etat en vue de permettre à une organisation titulaire d'un siège de désigner un élu siégeant dans une autre CAP de même catégorie 	<p>SUD avait proposé de revenir au principe de 3 CAP (A, B, C) qui aurait résolu les dysfonctionnements constatés : demande non prise en compte, maintien des 9 CAP.</p> <p>Pourquoi ne pas fusionner l'ensemble des sous-groupes ? La fusion de la CAP n°7 n'a pas été retenue. La gestion nationale du corps des directeurs de soins (les sortir de la CAP n°2) a été posée mais non retenue par le ministère.</p> <p>A une grande majorité, les OS sont en désaccord avec l'idée de CAP régionales... qui viendrait en plus à</p>

<p>en cas d'empêchement ou de démission en cours de mandat, pour compléter la composition de la CAP locale ou proposer une solution alternative favorisant l'examen des situations individuelles en CAP locale ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre une circulaire pour rappeler les modalités de fonctionnement des CAP, notamment le calendrier de leurs réunions aux niveaux local et départemental. 	<p>l'encontre du principe du lien de proximité avec les agents</p> <p>C'est vraiment du remplissage... pour un pseudo protocole.</p>
<p>2 - Le Comité Technique d'Etablissement</p>	
<p>Afin d'assurer une meilleure représentation des personnels par catégorie A, B et C au sein du CTE il est convenu que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de sièges à pourvoir pour chaque collège sera désormais <u>proportionnel à l'effectif</u> des agents qui en relèvent - les tranches d'effectifs seront revues pour la détermination du nombre total de représentants au CTE en fonction de la taille de l'établissement. - lorsqu'une catégorie comporte moins de 5 agents il pourra être envisagé une fusion entre tout ou partie des différentes catégories - les modalités de remplacement d'un agent définitivement empêché ou démissionnaire de son mandat sont précisées - pour les établissements publics de santé volontaires et après avis des instances locales, une expérimentation pourra être mise en place visant à mieux associer les cadres au sein du CTE. Un bilan annuel de ces expérimentations sera réalisé et discuté avec les organisations syndicales signataires et communiqué aux instances locales des établissements concernés. 	<p>C'est l'une des rares propositions des OS qui a été reprise... mais qui du coup, renforce la demande de la CGC d'un collège cadre !</p> <p>Il n'y a aucune raison de sur représenter les cadres, qui ont par ailleurs davantage les moyens de se faire entendre directement par leur direction</p>
<p>3 – Comité d'Hygiène, Sécurité et des Conditions de Travail</p>	
<p>Cette instance, dans les établissements qui en sont réglementairement pourvus, a montré son rôle primordial en matière d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels. C'est pourquoi il est convenu que, dans les établissements de moins de 50 agents au sein desquels c'est le CTE qui assure les missions réglementaires dévolues à in CHSCT, les représentants du personnel siégeant dans cette instance bénéficieront, sur la durée mandat, d'un <u>congé de formation d'une durée totale de 7 jours</u> afin de leur permettre de remplir au mieux cette double mission. Il sera procédé à un bilan de la mise en œuvre de cette mesure au plus tard fin 2008.</p> <p>Les modalités de mise en œuvre des mesures relatives aux instances feront l'objet d'une traduction réglementaire dans les délais compatibles avec le déroulement des prochaines élections prévues en octobre 2007 et décembre 2007.</p>	<p>Le ministère a rejeté la demande unanime des OS de mise en place dans les établissements de moins de 50 salariés d'un CHSCT indépendant du CTE et de 5 jours de formation CTE + 5 jours de formation CHSCT pour les représentants du personnel. Ce sujet nous a donné l'occasion de dénoncer l'absence courante de réunions d'instances dans ces établissements.</p>

<p>B – Fonctionnement du Conseil supérieur de la FPH</p> <p>Il est convenu d'assurer la tenue régulière des commissions spécialisées du Conseil supérieur de la FPH (commission de formation, commission d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail et, pour les textes les plus importants, commission des statuts).</p> <p>Il est par ailleurs acté d'élaborer un calendrier prévisionnel annuel des réunions de cette instance. Il est enfin envisagé de simplifier les modalités d'examen des textes en séance plénière de cette instance.</p>	<p>C'est la simple transposition du droit... il est ahurissant que cela soit à rappeler dans le cadre d'un protocole.</p> <p>Le ministère a rejeté le principe d'un paragraphe sur le CSPPM... à penser qu'il veut vraiment s'en débarrasser !</p>
<p>C - Structuration du dialogue social</p> <p>Il est convenu que des négociations peuvent être conduites au niveau national ou local sur les sujets mentionnés dans le tableau figurant en annexe au présent protocole. La mise en œuvre des accords nationaux est réalisée par des dispositions législatives et ou réglementaires. <u>Les accords locaux respectent les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.</u></p> <p>Au niveau régional, il est convenu que chaque ARH développera, avec les organisations syndicales représentatives, un dialogue portant sur des thématiques ciblées, notamment sur l'évolution de l'organisation de l'offre de soins et de l'allocation des moyens aux établissements de santé. Une instruction ministérielle viendra préciser les sujets qui feront l'objet de ce dialogue régional et en définir le cadre institutionnel.</p>	<p>La dernière phrase verrouille la possibilité que des accords locaux puissent être plus avantageux que les dispositions générales.... La première rédaction était encore pire, car elle laissait entendre que les accords locaux ne pourraient n'être qu'en deçà des dispositions générales !</p> <p>Malgré notre demande unanime, aucun droit syndical nouveau n'est accordé pour travailler au niveau régional.</p> <p>Nous avons voulu inscrire le travail régional au niveau d'autres administrations que les seules ARH (conseil régional, DRASS,...) : cela n'a pas été repris par le Ministère</p>
<p>D – Droit syndical</p> <p>Au niveau national :</p> <p>Pour développer le dialogue social national et assurer la coordination nécessaire au niveau régional, il est convenu de mener une réflexion visant à faciliter les modalités d'exercice du droit syndical des permanents syndicaux en lien avec les deux autres fonctions publiques, notamment sur la question des mises à dispositions syndicales au niveau national.</p> <p>Les modalités de financement des mises à dispositions devront évoluer pour permettre la prise en charge des permanents syndicaux de la fonction publique hospitalière.</p> <p>Au niveau local et départemental :</p> <p>Pour améliorer l'exercice du mandat des délégués syndicaux, des modalités d'aménagement de la mutualisation des heures syndicales seront étudiées, notamment à partir du bilan qui sera présenté au cours du premier trimestre 2007.</p> <p>En outre, une circulaire rappellera aux établissements, la réglementation existante, relative au fonctionnement des instances représentatives du personnel, aux conditions d'exercice du droit syndical et du droit de grève, aux possibilités d'accès, pour les organisations représentatives, aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.</p> <p>Elle précisera notamment les conditions dans lesquelles ces instances seront convoquées, les procès verbaux des réunions de ces instances devront être établis, diffusés aux représentants siégeant dans ces instances.</p>	<p>Nous avons demandé le renforcement du droit syndical local, du fait des nouvelles organisations sanitaires : cette demande qui n'a pas été prise en compte</p> <p>Pas de mises à dispo nationale supplémentaires à espérer, non plus , ce sujet tenant davantage à cœur la CGC, CFTC et FO que nous mêmes</p>

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

<p>La formation et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences représentent un enjeu collectif pour les établissements de la fonction publique hospitalière; la rapidité et la diversité des évolutions de l'environnement amènent chaque professionnel à élaborer un parcours de formation tout au long de sa carrière. Cela conduit les équipes de direction et d'encadrement à renforcer et à développer une approche portant sur la gestion des compétences et des métiers dans les établissements de la fonction publique hospitalière, ce qui constitue une volonté constante des pouvoirs publics, notamment dans le domaine de la santé et des solidarités.</p>	<p>Rien sur l'emploi en tant que tel, qui propose des mesures concrètes pour répondre à la situation alarmante des effectifs, au recours de plus en plus systématique aux contractuels... les seules mesures proposées sont de l'habillement, pour ne pas aborder les problèmes de fond dans ce volet.</p> <p>Le ministère a seulement accepté de remplacer le terme de «compétence» par celui de «qualification» dans le cadre de la gestion prévisionnelle...en oubliant toutefois la modif. dans le corps du texte.</p>
<p>A - Coopération entre professionnels de santé</p>	
<p>La coopération entre les professionnels de santé consiste à redéfinir l'organisation des compétences médicales et paramédicales. Il sera présenté, en 2007, aux organisations syndicales un bilan des expérimentations effectuées par la Haute Autorité de Santé. Les organisations syndicales seront invitées à participer aux groupes de travail qui seront constitués pour faire connaître leur point de vue sur la coopération entre les professionnels de santé et sur les adaptations réglementaires rendues nécessaires par la poursuite et le développement du processus</p>	<p>SUD n'est pas opposé au développement des qualifications mais nous exigeons en contre partie une prise en compte de celles-ci dans le déroulement des carrières et des rémunérations.</p> <p>Le ministère a donné des garanties que sur le plan légal et réglementaire les personnels ne sont pas exposés au risque d'exercice illégal.</p>
<p>B - Etude prospective</p> <p>Il est nécessaire de mener aujourd'hui une réflexion spécifique sur les principaux facteurs d'évolution de l'hôpital et leur impact sur les personnels et leurs pratiques professionnelles.</p> <p>Cette réflexion permettra d'identifier pour les années à venir, les besoins en ressources humaines à l'hôpital, du point de vue tant quantitatif que qualitatif, et de faire évoluer les politiques de l'emploi et de formation en conséquence.</p> <p>Les organisations syndicales seront associées à cette démarche, notamment dans le cadre des travaux de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière.</p> <p>Une articulation avec les observatoires de branches du secteur sanitaire sera prévue, afin de permettre des échanges et une complémentarité des travaux entrepris.</p>	<p>Le problème de la pénurie de personnel n'est pas nouveau... mais pourtant justifier à nouveau pour le ministère d'un groupe de travail.</p> <p>Nous participons à l'observatoire des métiers....</p>
<p>C –Formations paramédicales</p> <p>La préparation des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales s'inscrit dans le contexte de la décentralisation du financement de ces formations. Il est convenu que les organisations syndicales seront tenues régulièrement informées par les services du ministère de la santé de l'évolution des formations paramédicales.</p> <p>A cette occasion, les perspectives d'articulation entre le champ professionnel et universitaire seront étudiées en lien avec l'évolution des métiers des professions de santé.</p>	<p>Le dossier des formations des secteurs sanitaire et médicosocial va être transféré de la Direction Générale de la Santé (DGS) qui ignorait complètement les OS, à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire (DHOS) notre interlocuteur habituel : souhaitons que nous soyons davantage associés... en particulier sur les travaux du LMD (licence master doctorat = équivalence avec les universités)</p>

<p>D- Dispositif de formation professionnelle des agents Compte tenu des conditions de formation tout au long de la vie et des mesures de modernisation de la fonction publique, plusieurs mesures visant à accompagner les personnels de la fonction publique hospitalière pour leur permettre de développer ou d'acquérir de nouvelles compétences, seront mises en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un congé pour validation des acquis de l'expérience professionnelle - un congé pour bilan de compétences - un droit individuel à la formation (DIF) - une obligation déclarative des financements mobilisés au bénéfice des agents hospitaliers sera créée. Un bilan sera réalisé dès la première année de mise en œuvre de cette mesure. Au vu de ce bilan, les dispositions législatives et réglementaires seront adaptées si nécessaire. <p>La réglementation sera rapidement modifiée, pour compléter le dispositif juridique relatif à la collecte et à la mutualisation des fonds de formation et faciliter ainsi l'accès des agents à la formation professionnelle, notamment pour remplir les obligations de formation liées à l'exercice de certaines professions inscrites au code de la santé publique. La mise en place d'une commission formation au sein de chaque établissement sera généralisée.</p> <p>Des instructions ministérielles seront données aux établissements pour mieux mettre en évidence l'effort consenti au titre des études promotionnelles. Les établissements seront en outre invités à accompagner les personnels dans l'évolution de leur parcours professionnel en développant des moyens de conseil et d'orientation individualisés qui permettent de mesurer les attentes et d'assurer la traçabilité des actions engagées au bénéfice de ces personnels (par exemple dans un passeport formation).</p>	<p>Le ministère n'a pas retenu notre demande que le temps de formation du DIF soit intégré à 100% sur le temps de travail. Notre intervention s'est par ailleurs appuyée sur le constat de l'inefficacité de ce dispositif, présenté dans le rapport Cahuc, du 10 juillet 2006.</p>
<p>E -Ouverture des diplômes du secteur sanitaire à la VAE Les premiers diplômes du secteur sanitaire s'ouvrent à la VAE. Ce dispositif constitue un mode d'accès supplémentaire aux diplômes qui s'ajoute à la formation initiale et à la formation continue. Les travaux menés ont abouti pour le diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS), le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture (DPAP) et le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière. Ils ont été entamés en 2006 pour le diplôme d'Etat d'Infirmier et celui d'infirmier de bloc opératoire.</p> <p>Il est nécessaire de poursuivre dès 2007 l'ouverture des autres diplômes ainsi que la législation l'a prévue. Seront traités en priorité, pour être ouverts à la VAE, le diplôme de cadre de santé et le diplôme d'Etat d'infirmière puéricultrice.</p>	<p>Nous ne revenons pas dessus , on en a déjà beaucoup dit....</p>
<p>F – Activités, compétences, rôle et missions des cadres : La nouvelle organisation de l'activité et les nouveaux modes de gestion et de décisions de l'hôpital public passent par l'évolution du mode de management actuel.</p> <p>Celui-ci exige désormais que l'encadrement développe des capacités managériales nouvelles autour de nouvelles compétences.</p> <p>A l'occasion des travaux préparatoires à l'ouverture du diplôme de cadre de santé à la VAE et de la définition du référentiel d'activités et des compétences de ce métier, ainsi que lors de l'étude prospective citée ci-dessus, seront étudiés en 2007, le rôle et les missions des cadres de la fonction</p>	

<p>publique hospitalière, en articulation avec la formation initiale et continue de l'encadrement, pour répondre à l'évolution de la place du cadre dans l'organisation hospitalière.</p> <p>Les établissements de la fonction publique hospitalière seront encouragés à développer un projet de management, composante de leur projet social.</p>	
--	--

III - CONDITIONS ET ORGANISATION DU TRAVAIL A L'HOPITAL

Projet protocole	Commentaires Sud
<p>A - Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT)</p> <p>Compte tenu de l'intérêt du dispositif en matière d'amélioration des conditions de travail, un nouvel élan sera donné aux CLACT. A cet effet, il est convenu que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les actions éligibles aux CLACT feront l'objet d'un cadrage national négocié abordant les thèmes suivants <ul style="list-style-type: none"> - le contenu des CLACT, conformément à la typologie figurant dans les circulaires ministérielles de 2000 et 2001. - La méthodologie : des objectifs avec indicateurs de mesure et de suivi clairement identifiés au niveau local avec le CHSCT, en lien avec le projet social et le projet d'établissement - Le lien entre les CLACT, les projets sociaux et le bilan social, la contribution des CLACT à la réduction des accidents du travail et des maladies professionnelles ; - La mise en place de commissions régionales de suivi des accords locaux avec les organisations syndicales ; - La réponse de l'établissement à l'appel à projets devra s'inscrire dans une démarche pragmatique venant en complément de son plan d'équipement. - Les CLACT bénéficieront, sur la durée du protocole, d'une enveloppe financière d'un montant de 30 millions d'euros pour les établissements publics de santé au titre du Fonds pour la modernisation des établissements publics et privés (FMESPP) ainsi que de crédits spécifiques à hauteur de 5 millions d'euros pour le secteur médico-social. Les CLACT feront l'objet d'un co-financement par le FMESPP et les établissements sur la base d'appels à projet lancés et instruits par les ARH pour le secteur sanitaire et les DDASS pour le secteur médico-social. <p>Outre les financements du FMESPP, les établissements pourront bénéficier des actions qui seront engagées au niveau national pour accompagner l'effort d'investissement des établissements au cours de la période de mise en</p>	<p>Le Ministère laisse les conditions de travail se dégrader puis tous les 5 ans propose le financement de CLACT.</p> <p>Les CLACT sont cadrés nationalement alors que ce sont des accords locaux.</p> <p>Les CLACT ont une durée et un financement limités.</p> <p>SUD a dénoncé la mise en concurrence des établissements entre eux à l'occasion des appels à projets et a demandé un financement pérenne dédié à l'amélioration des conditions de travail.</p> <p>De plus, les 30 millions prévus ne représentent que la moitié des sommes allouées lors du précédent protocole de 2000, qui s'est révélé insuffisant !</p>

<p>oeuvre du présent protocole. Des instructions ministérielles fixeront les modalités de mise en œuvre des nouveaux CLACT.</p>	
<p>B - Seconde partie de carrière des personnels</p> <p>Un groupe de travail permettant l'approfondissement du thème de la seconde partie de carrière sera mis en place dès la signature du présent protocole et disposera de six mois pour rendre ses conclusions. Il organisera sa réflexion sur ce thème à l'exclusion des reclassements pour raisons de santé qui feront l'objet d'une étude distincte.</p> <p>Dans ce cadre, il devra proposer des mesures de nature à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faciliter l'accompagnement des mobilités volontaires (intra et inter établissement puis inter fonction publique), - distinguer la reconversion professionnelle classique de l'acte de changement de métier qui ne peut résulter que d'une démarche individuelle, - repenser l'évolution du contenu des métiers (tutorat) , - mettre en place une gestion prévisionnelle des agents en difficulté. 	<p>Rien n'est véritablement proposé à la signature des syndicats... sinon... un groupe de travail !</p>
<p>C – Reclassement pour raison de santé</p> <p>Un groupe de travail distinct de celui en charge de l'étude sur la seconde partie de carrière permettant l'approfondissement du thème du reclassement pour raisons de santé sera mis en place avant la fin de l'année 2007.</p> <p>Sa réflexion devra permettre de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifier les types de situations rencontrées, - encourager l'adaptation des postes de travail, - faciliter le reclassement intra et inter établissements au niveau départemental, - proposer la constitution d'équipes pluridisciplinaires de santé au travail et leur niveau de mise en place (local, départemental, régional). 	<p>- et un deuxième groupe de travail !</p> <p>Les reclassements pour raison de santé sont connus pour difficiles à mettre en œuvre. Le Ministère se contente d'encourager l'adaptation des postes au travail. SUD a demandé que les reclassements se fassent avec le maintien du salaire.</p>
<p>D - Prévention des risques professionnels</p> <p><i>1- La santé au travail :</i></p> <p>Afin de renforcer la prévention des risques professionnels, il est convenu de développer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la mise en place d'un service de santé au travail par établissement ou territoire de santé, regroupant plusieurs établissements afin de mettre en commun des moyens humains, techniques et matériels, notamment par la constitution d'équipes pluridisciplinaires en application de la loi de la modernisation sociales du 17 janvier 2002 (Article 193) - Le service régional de médecine de santé au travail, qui aura pour mission le développement de la fonction d'expertise, 	

<p>tout en étant à la fois un recours technique, un coordonnateur et un animateur du réseau régional de médecine au travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en œuvre des recommandations de l'AFSSE dans le cadre du plan santé au travail (2005-2009) destinées à réduire les risques sur les lieux de travail en fournissant toutes informations et expertises sur ces risques. 	
<p><i>2- Prévention de la violence</i></p> <p>Le manuel pour l'élaboration d'un plan de prévention, sera complété et élargi à toute la fonction publique hospitalière (y compris le social et le médico-social) et diffusé dans les meilleurs délais. Il s'agit de répondre à un triple objectif : la prévention des situations de violence, la gestion des situations de violence et l'accompagnement des agents face aux actes de violence.</p> <p>Ce manuel précise les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rappel des obligations des patients dans le règlement intérieur, - Définition du partenariat avec la police, la justice, l'administration pénitentiaire et les collectivités territoriales (contrats locaux de sécurité), - Mise en place de la formation des personnels susceptibles de se trouver en situation d'agression à travers un guide de bonnes pratiques, - Développement du soutien et de l'accompagnement des victimes, des familles et de l'environnement professionnel par une équipe pluridisciplinaire externe à l'établissement, - modalités d'articulation entre les comités médicaux et les commissions de réforme, - Insertion d'un plan de prévention des risques dans le projet social. <p>Il sera rappelé aux établissements l'obligation d'accompagner systématiquement et solidairement l'agent victime d'actes de violence lorsqu'il dépose une plainte. Les établissements devront également veiller à signaler tout incident, conformément aux orientations ministérielles pour assurer une traçabilité des incidents survenus dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.</p>	<p>La meilleure prévention contre la violence est :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une formation initiale de qualité - Une formation continue - Des effectifs suffisants. <p>- ceci existe déjà à travers le document unique qui répertorie tous les risques par poste de travail et prévoit la mise en œuvre de mesures préventives ;</p> <p>- Il a été demandé que l'Etablissement puisse se substituer à l'agent pour porter plainte.</p>
<p><i>3- Les autres types de risques</i></p> <p>Il est convenu d'adopter la méthodologie suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recenser les risques (amiante, produits chimiques, fluides et gaz médicaux, médicaments et dispositifs médicaux, produits biologiques, bruits, chaleur, froid, risques environnementaux, exposition au sang, élimination des déchets, radioprotection, maladies professionnelles ou imputables au service, accidents du travail, troubles musculo 	

<p>squelettiques),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fixer un ordre de priorité en lien avec la commission hygiène et sécurité du CSFPH, - Etudier les modalités de développement d'une politique de prévention, - Recourir à des appels à projets en privilégiant le niveau local et le rôle du CHSCT, - Impliquer la médecine du travail (locaux, personnels, équipe pluridisciplinaire), - Développer des moyens et des outils pertinents, en fonction des risques : document unique, partenariats, guide de bonnes pratiques, formation, rôle de la médecine du travail et recours à l'expertise externe et à la mutualisation, - Proposer un accompagnement par type de risque, - Développer les expérimentations et la recherche, - Assurer un suivi et une évaluation. 	
<p>E - Vie au travail</p> <p>Pour mieux concilier la vie professionnelle et personnelle de leurs agents, les établissements seront invités à mettre en place des processus expérimentaux d'amélioration des organisations et les rythmes de travail.</p> <p>Ils pourront solliciter auprès des services ministériels des missions d'expertise et de conseil méthodologiques..</p>	<p>En fait il s'agit « d'optimiser la présence des personnels » (c'était le titre de initial de ce chapitre).</p> <p>C'est pourquoi le ministère propose des expérimentations locales sur l'organisation et les rythmes de travail dérogoratoires au droit commun. C'est une remise en cause des 35 heures qui se profile avec cette mesure et les deux ci-dessous.</p>
<p>F - Compte épargne temps</p> <p>Sur la base des premiers éléments du bilan réalisé sur l'utilisation du CET dans les établissements publics de santé, il est convenu d'étudier avec les organisations syndicales signataires du présent protocole les conditions d'assouplissement des modalités d'utilisation du CET dans la fonction publique hospitalière, notamment les conditions de reversements des jours épargnés aux ayants droit.</p>	<p>Non seulement il n'y a rien sur l'emploi dans ce protocole, mais pour pallier les problèmes d'effectifs, le Ministère propose l'assouplissement de l'utilisation du CTE pour le rendre plus attractif.</p> <p>Ces modalités ne sont même pas déclinées dans le protocole. C'est un chèque en blanc donné au Ministère et aux éventuels signataires.</p>
<p>G - Heures supplémentaires</p> <p>Les pouvoirs publics modifieront la réglementation applicable en matière d'heures supplémentaires pour assurer le fonctionnement régulier des établissements notamment dans le contexte de démographie des professions de santé et dans les situations de crise sanitaire.</p>	<p>NON !</p> <p>Le Ministère affiche clairement son intention de boucher le manque d'effectif par les heures supplémentaires, sans majoration dissuasive (payées à 25 % la première heure et 40% les suivantes).</p> <p>La logique est de ne pas augmenter les salaires, ne pas pouvoir les postes pour faire faire des HS difficilement récupérables et quasiment pas payées...</p>
	<p>Compte épargne temps et heures supplémentaires sont des éléments de dégradation des conditions de travail. Sud et l'ensemble des syndicats ont demandé le</p>

	retrait du chapitre heures supplémentaires.
<p>H - Action sociale</p> <p>Pour concilier les attentes des personnels en infrastructures sociales avec les contraintes spécifiques du service public hospitalier fonctionnant en continu, les pouvoirs publics passeront une convention avec le CGOS ou tout autre organisme agréé pour intensifier les actions sociales en faveur des personnels et faciliter leur exercice professionnel.</p> <p>Dans ce cadre plusieurs mesures sont prévues :</p> <p><i>1- Places de crèche</i></p> <p>a) Amélioration du suivi des réservations de places de crèches pour en optimiser le parc</p> <ul style="list-style-type: none"> - recensement auprès des Préfets des places actuellement réservées dans les crèches - Participation des établissements relevant de la FPH au système de suivi au moyen de plates-formes dans chacune des régions dans le cadre de la déconcentration de l'action sociale. - Mutualisation de places de crèches hospitalières avec les crèches relevant de l'Etat ou des collectivités territoriales. - Développement des financements mixtes (privé-public) <p>Une étude sera engagée avec le CGOS ou tout autre organisme agréé pour la mise en place, sur Internet, d'une bourse des places en crèches disponibles avec l'appui d'un prestataire de service.</p> <p>b) Augmentation du nombre de places</p> <ul style="list-style-type: none"> - une étude sur la faisabilité de création de places de crèches sera systématiquement demandée aux établissements qui s'engagent dans une opération de restructuration ou de construction ; - une étude sur les besoins dans chaque établissement de la FPH (bilan et perspectives) sera réalisée, tenant compte des données démographiques et des capacités de prise en charge individuelle et collective ; - la problématique de l'accueil des enfants quel que soit le mode de garde figurera dans le projet social des établissements ; - les différentes incitations pouvant faciliter l'investissement et le fonctionnement des crèches hospitalières seront étudiées. - Les partenariats entre les différents administrations (Etat/ collectivités territoriale/ hospitalière) et / ou entre hôpitaux et CAF devront être encouragés pour favoriser le développement ou la création des crèches hospitalières. 	<p>Les discussions ont commencé en février 2006. Aujourd'hui les demandes de créations de places ne sont toujours pas demandées à budgétisation auprès des CAF... ce qui signifie qu'il n'y aura rien en 2006 !</p>
<p><i>2- logement :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide à l'installation des personnels : <p>La convention précitée prévoira la faisabilité d'un</p>	

<p>rapprochement avec le nouveau dispositif applicable aux fonctionnaires de l'Etat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aide au financement du dépôt de garantie et frais d'agence. <p>La pérennité de la nouvelle prestation logement d'aide au paiement du dépôt de garantie pour faciliter l'installation et la mobilité des personnels de la fonction publique hospitalière sera assurée.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construction : <p>il est convenu de reprendre l'expérimentation visant la construction de logements spécifiques pour les agents de la FPH dans les régions à loyer élevé ou présentant des difficultés particulières en matière de démographie des personnels soignants, par le biais d'un partenariat public-privé sur les investissements (caisse des dépôts et consignation, établissements, CGOS...)</p> <p>L'expérimentation d'un partenariat public-privé en matière d'investissement pour la construction de logements au bénéfice des agents de la FPH sera engagée dans cinq régions, en lien avec la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH)</p> <p>Il est convenu que les services ministériels poursuivront la réflexion inter-fonctions publiques dans le cadre des dispositifs d'accompagnement à l'installation des agents de la fonction publique hospitalière.</p>	
<p><i>3- Prise en charge des frais de garde des jeunes enfants dans le cadre du CESU</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - le chèque emploi service universel (CESU) sera mis en œuvre dans l'ensemble de la FPH. Il sera géré par le CGOS ou tout autre organisme agréé dans le cadre de la convention précitée et fera l'objet d'un accompagnement financier spécifique du ministère. 	
<p><i>4- Changement de résidence</i></p> <p>Des modalités d'assouplissement du dispositif de changement de résidence seront étudiées pour faciliter l'installation ou la réinstallation des personnels de la fonction publique hospitalière</p>	
<p><i>5- Restauration :</i></p> <p>L'amélioration de l'accès aux agents aux structures de restauration sera encouragée notamment par le renforcement des coopérations ou des partenariats entre les administrations hospitalières, de l'Etat, des collectivités territoriales et/ou le privé (conventionnement)</p>	
<p><i>6- Aide aux déplacements :</i></p> <p>Aides aux transports collectifs : il est convenu de lancer des expérimentations visant à mieux prendre en compte les déplacements des personnels affectés dans les grandes métropoles.</p>	
<p>Des instructions ministérielles viendront préciser</p>	

<p>les modalités de mise en œuvre de ces mesures. Des groupes techniques seront mis en place pour examiner les questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les séjours et déplacements thérapeutiques - les équivalences - les transferts thérapeutiques - la prévoyance collective (aide à la couverture complémentaire santé) - les astreintes à domicile - les permanences 	<p>..... et un nouveau groupe de travail ! Ces questions perdurent, alors qu'elles devraient être réglées depuis longtemps.... et qu'elles relèvent d'une véritable négociation et de dispositions réglementaires.</p>
--	--

IV - MESURES STATUTAIRES

<p>Les orientations de la politique statutaire dans la Fonction publique hospitalière reposent sur des principes forts qui favorisent la promotion sociale et professionnelle de ses agents. Ces principes s'inscrivent dans le cadre des mesures négociées par les trois fonctions publiques et trouvent leur illustration dans des dispositifs qui améliorent l'organisation des carrières des personnels, simplifient et valorisent les filières professionnelles, introduisent plus de fluidité et d'attractivité dans le déroulement des parcours professionnels.</p>	<p>Comme on le sentait bien depuis le début, ce volet n'a été que l'application des mesures négociées dans les autres fonctions publiques, à la FPH.... Retard dans l'application pour notre pomme en plus. Au regard de la particularité de certains métiers, la possibilité d'envisager des mesures salariales d'encouragement spécifiques pour l'attractivité et la fidélisation ont été rejetées en bloc par le Ministère, sauf sous formes indemnitaires ponctuellement et cela surtout pour certains corps de la catégorie A (ceux les plus impliqués dans la nouvelle gouvernance)</p>
<p>Une organisation des carrières renouvelée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - en catégorie C, les carrières vont être organisées en 3 ou 4 grades (échelle 3 à échelle 6), compte tenu des recrutements sans concours ; des niveaux de recrutement différenciés seront prévus au sein des nouveaux corps, pour tenir compte des différents niveaux de qualification des agents concernés. - En catégorie B type, l'indice plancher des corps sera porté de l'indice majoré 290 à l'indice majoré 296 - En catégorie A, le corps des attachés sera modernisé et les grades d'ingénieur en chef de 1ere catégorie seront réorganisés. 	<p>Simple transposition des mesures actées en janvier 2006 à l'Etat</p>
<p>Des filières simplifiées et valorisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans la filière soignante : en catégorie C, une nouvelle articulation entre plusieurs corps regroupés va permettre un recentrage et une meilleure cohérence pour l'exercice de fonctions diversifiées. - Dans la filière ouvrière : en catégorie C, il est nécessaire de clarifier l'architecture des corps pour la rendre plus lisible et mieux reconnaître les métiers exercés ainsi que la place de la maîtrise ouvrière - Dans la filière administrative : en catégorie C, une structure également simplifiée sera mise en place en prenant en considération les fusions rendues possibles par l'évolution du travail et l'équipement des établissements de la fonction publique hospitalière. 	

<p>Des parcours professionnels plus fluides et plus attractifs : La fluidité et l'attractivité des parcours professionnels résultent notamment des possibilités de promotion ouvertes aux personnels hospitaliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - par le recours, pour certains corps, au ratio « promu-promouvables » et à la clause de sauvegarde pour l'avancement des personnels. - Par l'amélioration des débouchés de la catégorie C en catégorie B - Par la promotion interne de la catégorie B vers la catégorie A - Par la possibilité d'introduire, dans les statuts particuliers qui en justifient, une modalité de reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle pouvant se substituer à une épreuve du concours de recrutement. 	
<p>CATEGORIE C</p> <p>Réforme de la catégorie C : Au delà de la fusion des échelles 2 et 3, une deuxième étape s'avère nécessaire pour résoudre la coexistence au même niveau de recrutement, de corps exigeants des qualifications différentes et pour redonner un véritable déroulement de carrière au sein de la catégorie C.</p> <p>La réflexion de la construction de la catégorie C de la fonction publique hospitalière sera conduite en tenant compte de la spécificité de la FPH et notamment de :</p> <p>1-1 la situation des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des aides médico-psychologiques, personnels les plus nombreux dans la catégorie C de la FPH</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reclassement des aides-soignants de classe normale en échelle 4, des aides-soignants de classe supérieure en échelle 5 et des aides-soignants de classe exceptionnelle en échelle 6 - Reclassement à l'indice immédiatement supérieur des AS en E4, E5 et E6 - Amélioration du ratio « promu/promouvables » pour le corps des AS, avec un ratio fixé par arrêté à 10% pour la classe normale et à 15% pour la classe supérieure 	<p>Le reclassement des AS à l'échelle supérieure ne représente que 6 points d'indice supplémentaires en début de carrière</p> <p>Pas de remise en cause du principe du « promu-promouvables », une augmentation négligeable du ratio par rapport à la 1^{ère} proposition</p>
<p>1-2- La filière ouvrière Actuellement la filière ouvrière est organisée en 10 corps. Cette filière sera structurée en tenant compte de la problématique « maîtrise ouvrière », sur la base de fusion de corps qui permettra de faciliter le déroulement de carrière des agents et en proposant la revalorisation du corps de débouché (agents chefs) :</p> <p>a) Reclassement des personnels concernés dans les nouvelles grilles correspondantes E3, E4 et E5, échelon pour échelon et reclassement spécifique pour la nouvelle échelle 6. Cette mesure concerne également les dessinateurs qui relèvent de la filière technique.</p> <p>b) Reclassement des ouvriers professionnels</p>	

<p>spécialisés et des conducteurs d'automobile actuellement en E3 en E4, à l'instar des 2 autres fonctions publiques</p> <p>c) La situation des agents de service mortuaire et de désinfection. Eu égard à l'évolution des métiers, de la réglementation et des exigences des usagers, ce corps (E3, E4) sera mis en cadre d'extinction. Les activités de désinfection seront assurées par les ASHQ, celles d'agent mortuaire par les AS qui bénéficieront d'une formation d'adaptation. Les agents classés actuellement en E3 seront reclassés en E4 du fait de leur mise en extinction avec maintien de la possibilité pour eux d'accéder aux différents corps de la filière ouvrière renouvelée (disposition spécifique)</p> <p>d) Sécurité incendie. Les équipes de sécurité incendie ont nécessairement une qualification définie par le Ministère de l'intérieur. Les agents chargés, à titre exclusif, de la sécurité incendie dans les IGH, perçoivent une NBI de 10 points majorés. Il est envisagé d'étendre cette NBI aux personnels chargés, à titre exclusif, de la sécurité incendie dans les ERP de 1^{ère} catégorie.</p> <p>e) La maîtrise ouvrière. Dans le cadre de la réflexion poursuivie suite à la fusion des échelles 2 et 3, il est d'intégrer la problématique de la maîtrise ouvrière dans la réflexion plus globale des corps de la catégorie C, permettant une simplification dans l'organisation de la filière.</p>	<p>Toutes les OS ont demandé le reclassement de la maîtrise ouvrière en catégorie B... sans succès</p>
<p>1-3- La filière administrative</p> <p>a) Reclassement des personnels concernés dans les nouvelles grilles correspondantes E3, E4 et E5, échelon pour échelon et reclassement spécifique pour la nouvelle échelle 6.</p> <p>b) Intégration du corps des agents administratifs et du corps des standardistes dans le futur corps des adjoints administratifs</p>	<p>Demande de reclassement des adjoints administratifs non prise en compte</p>
<p>1-4 La situation des personnels de la filière médico-technique constitués en cadre d'extinction. Des passerelles seront étudiées pour permettre à ces personnels d'accéder à d'autres filières professionnelles éligibles aux échelles 5 et 6</p>	
<p>1-5- La filière sociale : les moniteurs d'atelier Leurs missions sont proches de celles confiées aux éducateurs techniques spécialisés (ETS). Il est proposé de mettre en extinction le corps des moniteurs d'atelier et de recruter exclusivement des ETS. Pour les moniteurs d'atelier qui relèvent d'une grille atypique en C, il sera procédé à un reclassement sur la grille des moniteurs d'atelier dotée d'un nouvel échelon (11^{ème} échelon, IB 479) dans le corps des moniteurs d'atelier.</p>	
<p>2/ Dispositif « promus/ promouvables » dans la fonction publique hospitalière A partir du bilan du dispositif « promus/ promouvables »</p>	<p>La revendication exprimée fortement par Sud et d'autres OS n'a fait l'objet d'aucune prise en compte par le ministère</p>

<p>qui existe pour certains corps de la fonction publique hospitalière depuis 2002 portant notamment sur l'application de cette mesure en 2004 et 2005 avant d'envisager de l'étendre à d'autres corps, il sera proposé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une part de déterminer, pour chaque corps concerné, un taux de promouvabilité fixé par arrêté - d'autre part, de basculer dans le dispositif « promus/ promouvables », prioritairement, les corps de catégorie C dont les statuts particuliers vont être revus dans les conditions comparables au dispositif inter fonctions publiques 	<p>Le risque supplémentaire du dispositif promus/promouvables, c'est qu'il évolue négativement en fonction de la situation financière des établissements</p>
<p>CATEGORIE B</p>	
<p>A / Personnels infirmiers et paramédicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relèvement du quota statutaire existant pour le passage de la classe normale à la classe supérieure porté de 30% à 33% - Revalorisation de la prime de début de carrière pour la porter de 37,€mois à 60€ /mois et à 75 € /mois dans les zones géographiques à recrutement difficile. 	<p>Mesure ridicule alors que la grille CII n'est pas revalorisée.</p>
<p>B / Des dispositions spécifiques permettant de faciliter l'accès aux corps en catégorie B (hors professions réglementées) : reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP), intégration des détachements dans l'assiette de calcul des postes à pourvoir au choix.</p>	<p>°</p>
<p>C/ Filière ouvrière : les agents chefs</p> <p>Dans le cadre de la réflexion sur la filière ouvrière d'une part, à l'instar de l'existant dans les 2 fonctions publiques d'autre part, il est envisagé le reclassement des agents chefs (actuellement IB terminal 579) en B type (IB terminal 612). Ces agents sont des collaborateurs directs des ingénieurs ou des techniciens supérieurs hospitaliers. En fonction de la taille des établissements, ils peuvent se voir confier des missions de cadre technique supérieur. Le classement en B permettra un recrutement en externe au niveau du Bac professionnel (au moins 1/3) avec maintien d'un recrutement par concours interne.</p> <p>Dans le cadre de l'amélioration des la carrière de ces personnels et afin d'éviter les situations de blocage, une évolution du quota pourra être étudiée.</p>	<p>Seule mesure de reclassement en catégorie B qui concerne peu d'agents De plus la mesure n'est pas actée définitivement puisqu'elle n'est « qu'envisagée » !</p>
<p>D/ Filière administrative</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnels de catégorie B : Les agents de catégorie B relevant de la grille qui va de l'IB 298 à l'IB 612 bénéficieront d'une revalorisation de l'indice plancher majoré 290 qui sera porté à l'indice majoré 296. - Revalorisation de l'IFTS des adjoints des cadres hospitaliers : il est proposé de revaloriser de 20% les indemnités forfaitaires pour travaux supplémentaires des adjoints des cadres hospitaliers. - Création d'un cycle préparatoire pour l'accès au corps des attachés d'administration hospitalière : Le décret n° 2001-1207 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière prévoit la création d'un cycle préparatoire au concours interne de recrutement 	<p>6 points d'indice seulement en début de carrière qui se retrouve à seulement 20 points au dessus du salaire minimum</p> <p>C'est une mesure particulièrement ridicule par rapport aux revendications de la profession en rappelant que cette prime n'est attribuée qu'à partir du 8^{ème} échelon</p>

<p>des attachés d'administration hospitalière pour les agents bénéficiant de quatre ans de services publics effectifs. L'arrêté annoncé à l'article 7 du décret précité sera soumis à la concertation des organisations syndicales signataires.</p>	
<p>E/ Filière socio-éducative 1) Bonification de 12 mois d'ancienneté pour les agents du corps des assistants socio-éducatifs, du corps des éducateurs des jeunes enfants et du corps des éducateurs techniques spécialisés 2) Reprise des services antérieurs pour le flux : reprise totale de l'ancienneté sans limitation de durée 3) Animateurs de la fonction publique hospitalière : ouvrir aux titulaires du Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (BP-JEPS) l'accès au corps des animateurs pour diversifier les emplois de ce corps et notamment permettre de développer l'animation sportive. 4) Reclassement des Educateurs Techniques Spécialisés en CII en deux grades : Le diplôme exigé pour l'accès au corps des éducateurs techniques spécialisés vient d'être rénové (décret n° 2005-1376 du 3 novembre 2005) : il est désormais aligné sur la plupart des diplômes en travail social : accessible aux titulaires du bac (professionnel ou technologique) et s'obtient après 3 années d'études. C'est pourquoi il est demandé un reclassement en CII ; Cette mesure est en lien avec la mesure concernant les moniteurs d'atelier qui seront constitués en cadre d'extinction eu égard à l'évolution des métiers. Le métier de moniteur d'atelier étant très proche de celui des ETS, c'est désormais dans le corps des ETS que seront recrutés les nouveaux professionnels.</p>	<p>Il y a déjà des établissements qui le donnent directement... ce n'est pas une avancée digne d'un protocole FPH ! Rien pour le « stock »... la compétence des plus anciens n'est pas reconnue... c'est une réelle discrimination, y compris par rapport à la situation des socio-éducatifs dans les autres FP et dans le secteur conventionnel. Avec un même diplôme, il est injuste d'avoir des dispositions inégalitaires.</p>
<p>CATEGORIE A</p>	
<p>1/ Médecins du travail Afin d'améliorer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins du travail, il est proposé de revaloriser leur rémunération dans les établissements publics de santé compte tenu de la grille utilisée dans d'autres fonctions publiques. Cette revalorisation sera opérée sur la base indicative de la grille CISME. Une réduction de la durée de carrière de 3 ans (de 24 à 21 ans), la progression du régime indemnitaire (passage de la prime complémentaire de 23 à 33 %) et une entrée de carrière améliorée (gain de 38 points d'indice au premier échelon) sont également proposées. Une instruction interministérielle Santé Budget précisera le rôle et les missions des médecins du travail, leurs droits et obligations, ainsi que leurs conditions de recrutement et de rémunération.</p>	
<p>2/ Fusion des trois grades des ingénieurs en chef de 1^{ère} catégorie Dans le contexte hospitalier, il est proposé de fusionner les 3 grades d'ingénieurs en chef de 1^{ère} catégorie en 2 grades (IB terminal HEB accessible dans certains établissements – arrêtés du 12 décembre 2005 fixant les listes des établissements dont les emplois de directeurs sont des emplois fonctionnels)</p>	

<p>3/ Régime indemnitaire des ingénieurs généraux La grille de rémunération des ingénieurs généraux culmine à l'IB terminal HEB. Il s'agit d'un emploi fonctionnel correspondant à des fonctions techniques de haut niveau et de coordination. C'est ainsi que le régime indemnitaire des ingénieurs généraux sera porté de 45% à 60%.</p>	<p>Et pourtant personne ne l'avait (ouvertement) demandé !.... on a proposé de permuter cette mesure entre les ingénieurs et les AS, mais le ministère n'a pas repris notre proposition....</p>
<p>4/ Aligement du statut des attachés d'administration hospitalière sur le statut des attachés des autres fonctions publiques Les attachés d'administration hospitalière constituent un corps de catégorie A de la filière administrative en 2 grades pyramidés, IB 379-966. A l'occasion de la révision en cours du statut des attachés dans les 3 autres fonctions publiques, il est proposé de fusionner les 2 classes du grade d'attaché principal. Le statut des attachés d'administration hospitalière est calqué sur celui des attachés territoriaux, dès publication du texte de la fonction publique territoriale, sa teneur et sa portée seront analysées pour rechercher puis définir les conditions de sa transposition.</p>	<p>Les attachés d'administration hospitalière sont tellement attendus sur les directions de pôles, pivots de la mise en place de la nouvelle gouvernance, que le ministère est prêt à consentir beaucoup d'effort (y compris financier) sur cette catégorie...</p>
<p>5/ Instauration d'un ratio pour les attachés d'administration hospitalière Instauration d'un ratio promu/promouvable pour le corps des attachés d'administration hospitalière avec un taux fixé par arrêté à 15% pour l'accès à la classe supérieure.</p>	
<p>6/ Des dispositions spécifiques permettront de faciliter l'accès au corps en catégorie A (hors professions réglementées et personnels socio-éducatifs) Reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle (RAEP), intégration des détachements dans l'assiette de calcul des postes à pourvoir au choix.</p>	
<p>7/ Les radio physiciens Aux 3 grilles actuelles prévues dans la circulaire du 25 mars 1991 précitée, se substituera une seule grille linéaire de 12 échelons (IB 587- HEA). Cette grille, dont l'indice borne supérieur actuel (H.E.A.) n'est pas modifié permettra, de prendre en compte les évolutions technologiques, le niveau des responsabilités des radio physiciens et de proposer une progression d'échelons correspondant davantage au niveau de rémunération déjà existant. La création d'une prime spécifique versée aux radio physiciens pourra compléter le traitement de ces agents contractuels.</p>	<p>Nous avons demandé que la situation de ces collègues contractuels, à très faible effectif, ne soit pas traitée dans le cadre du protocole ou qu'au mieux, ils soient intégrés dans la FPH... le Ministère est resté sourd à ces demandes</p>
<p>8/ Prise en considération de la situation des personnels relevant de statuts locaux, notamment les informaticiens. Compte tenu de la modification des compétences des conseils d'administration des établissements publics de santé (ordonnance du 2 mai 2005), la possibilité de recruter, selon les règles définies localement par ces instances, des personnels a disparu, ce qui a pour effet de figer ces règles. Les intéressés, relevant d'un dispositif prévu législativement, détiennent cependant la qualité de fonctionnaire. Ils peuvent donc être détachés dans de statuts nationaux qui, eux, sont évolutifs. Toutefois, compte tenu des situations créées</p>	

<p>localement, il convient d'apporter une modification législative à l'article 8 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la fonction publique hospitalière pour mettre fin à tout recrutement selon des règles locales et simultanément conserver, à titre transitoire, pour les agents qui y trouveraient avantage le maintien des dispositions s'appliquant à leur situation actuelle. Cette évolution doit permettre de favoriser les recrutements dans les métiers des systèmes d'information.</p>	
<p>9/ Valorisation des fonctions d'assistant des responsables des pôles d'activité clinique ou médico-technique. Pour les assistants des responsables des pôles d'activité clinique ou médico-technique (administratifs et soignants), attribution d'une prime mensuelle de 100 euros.</p>	<p>Pour les pôles, tout est beau !</p>