

# **Protocole d'accord**

**du 29 juillet 2011**

**relatif aux personnels des corps de direction  
de la fonction publique hospitalière**



**La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 instaure une réforme majeure du système de santé.** Le décloisonnement de l'offre de soins comme celle de l'offre médico-sociale sous l'égide des agences régionales de santé, la modernisation des établissements de santé, médico-sociaux et sociaux et l'amélioration de la prise en charge des patients en sont les objectifs majeurs.

**L'exercice des responsabilités par les personnels des trois corps de direction de la fonction publique hospitalière les conduit naturellement à être les acteurs en charge de la mise en œuvre concrète des ambitions de la loi HPST,** dans le prolongement des progrès considérables accomplis depuis des années dans l'adaptation permanente de l'offre de soins et médico-sociale et dans la conduite des changements propres à assurer la pérennité du système de santé français.

**Une mission conjointe a été confiée à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et au centre national de gestion (CNG)** pour engager avec les partenaires sociaux, une réflexion approfondie sur les métiers de direction dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics, l'évolution des missions des directeurs au regard des enjeux, de leurs activités et des compétences attendues dans un contexte institutionnel en grande mutation et dans un paysage où la démographie des corps concernés conduit à devoir anticiper d'importants flux de départs en retraite.

**Le chef d'établissement public de santé voit son champ de compétences et ses responsabilités accrues.** Les directeurs adjoints, responsables de site ou en charge de domaines fonctionnels, contribuent eux-aussi de façon significative à la définition et à la mise en œuvre de la stratégie et du projet de l'établissement.

Président du directoire, le chef d'établissement doit définir collégalement la politique stratégique de l'établissement. Il est confronté à des exigences d'adaptation permanentes dans des délais de plus en plus contraints.

**Les chefs d'établissement social et médico-social, tout comme leurs adjoints, sont également affectés par la réforme.** Avec la création des agences régionales de santé, le secteur médico-social est amené à explorer des formes nouvelles ou originales d'association ou de coopération avec les acteurs de santé hospitaliers et libéraux.

Le champ social de l'enfance et de l'exclusion, s'il reste sous l'autorité du Préfet, représentant de l'Etat dans le département, n'échappe pas non plus aux évolutions de la demande des usagers et aux recompositions de l'offre pour un service soucieux d'efficacité et de qualité.

**Enfin, le directeur des soins, coordonnateur général des soins et président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, est désormais membre de droit du directoire.** Il acquiert ainsi un rôle de conseil stratégique auprès du président du directoire et un rôle effectif dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie et de la politique de l'établissement. Quand il n'assume pas les fonctions de coordonnateur général des soins, le directeur des soins assure un rôle pivot dans le management de l'hôpital, soit dans le cadre d'une responsabilité fonctionnelle, soit auprès d'un ensemble de pôles d'activité. En outre, lorsqu'il exerce ses fonctions à la tête d'un institut de formation, le directeur des soins voit aussi son métier évoluer. Acteur majeur de l'évolution de l'offre de formation initiale des personnels paramédicaux et de la formation des cadres de santé, il lui revient de préparer les étudiants à des métiers paramédicaux qui ont évolué, d'établir des partenariats avec les conseils régionaux et les universités, et surtout de mettre en œuvre les nouveaux programmes de formation initiale et faciliter l'accès au grade universitaire des diplômes délivrés par les instituts qu'ils dirigent.

Les travaux ainsi conduits, qui ont débouché sur **l'élaboration de référentiels métiers** en 2010, soulignent la nécessité de recentrer l'action des personnels des trois corps de direction sur les activités stratégiques et de coordination (fonctions de pilotage et de management) au regard de leurs tâches opérationnelles, afin de faire face aux enjeux majeurs et aux évolutions en cours.

Dans l'exercice de leurs missions, les personnels de ces corps de direction doivent tout à la fois :

- construire une vision d'ensemble de l'évolution de l'établissement sanitaire, social et médico-social dans son territoire ;
- traduire les orientations politiques portées par les ARS et les préfets de département (Directions départementales en charge de la cohésion sociale) en décisions stratégiques ;
- faire partager leur vision et les décisions stratégiques, en tenant compte de la responsabilité sociale de l'établissement ;
- rendre les arbitrages nécessaires.

C'est dans ce contexte et avec cette volonté affirmée d'une meilleure reconnaissance des responsabilités et du parcours professionnel des personnels des trois corps de direction que le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et les signataires s'engagent résolument dans le présent protocole.

Celui-ci intervient au terme d'un important travail de concertation qui a déjà permis, pour les trois corps de direction, de poser les principes d'une évolution des carrières et des rémunérations (emploi fonctionnel, création d'un grade d'accès fonctionnel...) et de la modernisation du régime indemnitaire.

Les parties au présent protocole reconnaissent la comparabilité des niveaux de responsabilité de certains emplois pour les trois corps de direction, étant observé que la comparabilité des corps de directeur d'hôpital et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social est d'ores et déjà reconnue et que la place des directeurs des soins au sein des équipes de direction est actée.

Elles conviennent par ailleurs que dans les secteurs sanitaire, social et médico-social, le rapprochement des établissements, qui passe par le développement des divers modes de coopération, est de nature à accroître les marges de manœuvre, à faciliter la gestion et l'exercice des responsabilités de direction et à améliorer l'attractivité des postes.

**Le présent protocole a pour objet :**

- **de rappeler les principes communs d'action pour faire évoluer, dans un cadre coordonné et harmonisé, les trois corps de directeurs d'hôpital, de directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, et de directeurs des soins ;**
- **de fixer les grandes orientations qui guideront le travail d'adaptation des divers textes réglementaires ;**
- **de définir la méthode et le calendrier du travail à conduire pour finaliser les évolutions engagées pour ces trois corps de direction de la fonction publique hospitalière ;**
- **d'organiser le comité de suivi en charge de sa mise en œuvre.**

## **Volet 1 : la valorisation des personnels des corps de direction et la consolidation de leurs parcours professionnels - principes d'action communs**

L'objectif d'un traitement d'ensemble des trois corps est rappelé. La valorisation et la reconnaissance de la responsabilité des directeurs sont promues à travers d'une part, l'adaptation de leur régime indiciaire et indemnitaire, et d'autre part, l'engagement de travaux portant sur l'évolution de la démographie, des modes de recrutement et de mobilité, des formations initiales et continues.

### **A. L'adaptation du régime indiciaire et indemnitaire**

Pour les personnels de ces trois corps de direction, l'adaptation du régime indemnitaire et indiciaire prend trois formes principales :

- l'accès aux échelons fonctionnels ou emplois fonctionnels,
- la création d'un troisième grade de débouché de carrière, appelé grade d'accès fonctionnel,
- la modernisation de leur régime indemnitaire et la mise en place de la prime de fonctions et de résultats (PFR).

#### **1. Le renforcement de la fonctionnalité des emplois de direction**

La volonté affirmée de reconnaître tout particulièrement les chefs d'établissement, leurs adjoints et les directeurs des soins qui assument des responsabilités étendues ou engagés dans des opérations de réorganisation structurantes de l'offre de soins, sociale et médico-sociale, ou de l'offre de formation initiale, doit trouver sa traduction dans un effort significatif conduisant à reconsidérer très sensiblement le périmètre de l'ensemble des échelons fonctionnels et emplois fonctionnels des corps de direction. Le bénéfice de la NBI reste par ailleurs acquis, même si celle-ci a vocation, à terme, à être, dans les trois fonctions publiques, intégrée dans la PFR.

#### **2. Le grade à accès fonctionnel (GRAF)**

En application de la loi du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, le GRAF permet de dynamiser les parcours professionnels des trois corps de direction, de valoriser les parcours accomplis, de reconnaître les responsabilités qui ont été assumées avec succès sur des postes à forts enjeux, de capitaliser statutairement l'expérience acquise.

Il s'agit d'une part, d'accompagner les sorties d'emplois fonctionnels et de postes à hautes responsabilités, d'autre part, de reconnaître la valeur professionnelle des personnels qui se sont particulièrement mobilisés et ont accepté la prise de responsabilités particulièrement importantes. Enfin le GRAF permet de prendre en compte l'allongement des durées réelles de carrière, en offrant un 3ème grade d'avancement avec des effets positifs sur les droits à la retraite et contribue ainsi à l'attractivité des carrières.

Les fonctions et emplois exercés permettant d'accéder au GRAF seront identifiés par voie réglementaire. L'accès au GRAF se fera par la voie de la sélection au choix, après avis des commissions administratives paritaires compétentes.

#### **3. La mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats (PFR)**

La rénovation et la revalorisation du régime indemnitaire des corps de direction dans le cadre de la prime de fonctions et de résultats doivent prendre en compte, non seulement les responsabilités croissantes de ces professionnels, mais également l'évolution de leurs fonctions dans un contexte de réorganisation de l'offre de soins, sociale et médico-sociale.

Les conditions du déploiement de la prime de fonctions et de résultats doivent refléter ces évolutions dans le contexte spécifique de la fonction publique hospitalière, aussi bien dans la fixation des cotations de la part relative aux fonctions et de la part relative aux résultats, que dans l'autorisation du cumul de versement de la PFR avec certaines primes existantes, et la revalorisation de leurs montants. Le montant de la part liée aux fonctions de la PFR versé la première année de sa mise en œuvre sera au moins égal au montant de la part fixe de la prime de fonction versée l'année n-1, majorée de 10%. Le montant de la part liée aux résultats de la PFR versé la première année sera au moins égal au montant de la part variable de la prime de fonction versée l'année n-1 et pourra évoluer au titre de l'année 2012.

## **B. La réalisation d'un travail prospectif sur les questions de démographie, de recrutement, de formation initiale et continue**

### **1. L'évolution des corps de direction**

Dans un contexte de redéfinition de l'offre de soins dans les territoires, qui s'accompagne d'un nombre important de départs à la retraite dans les années à venir, une réflexion sur l'évolution démographique des corps de direction doit être menée afin de dresser un état des lieux exhaustif des effectifs, des mouvements intervenus et prévisibles au sein des corps concernés, et des transferts de tâches qui pourraient être opérés au bénéfice en particulier du corps des attachés d'administration hospitalière dont la formation vient d'être renforcée au sein de l'EHESP.

Ce travail doit permettre d'éviter les déséquilibres, tant dans la pyramide des âges que dans la répartition géographique. Sur ces bases, des propositions techniques seront formulées afin d'offrir une lisibilité pluriannuelle à 3 ans, des volumes et niveaux de recrutements attendus pour chacun des corps concernés.

➤ Un travail concerté sera réalisé en 2012 sur cette question.

Chaque comité consultatif national (CCN) compétent pour les personnels des corps de direction sera saisi, sur la base d'un dossier préparé par la DGOS et le CNG, sur ces questions. Les travaux de synthèse donneront lieu à une restitution lors d'une réunion avec l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

### **2. L'évolution des modes de recrutement et de la mobilité**

#### **2-1. S'agissant des concours nationaux**

Les parties au présent protocole s'entendent pour œuvrer à une professionnalisation des épreuves des concours et à une modernisation de leur conception. Cette démarche s'inscrit à la fois dans la politique générale de rénovation de ce mode de recrutement porté par la fonction publique et dans la nécessité d'adapter les épreuves afin de mieux identifier l'aptitude et la motivation à exercer le métier de directeur.

Le concours d'entrée au cycle préparatoire aux concours d'accès aux corps de directeurs d'hôpital et de directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, sera unifié.

Deux axes principaux d'évolution du cadre réglementaire existant seront notamment approfondis :

- D'une part, la nature des épreuves, dont celle de culture générale, doit faire l'objet d'une refonte en profondeur pour mieux garantir la diversification des recrutements, tant en termes de cursus que d'origine sociale des candidats.
- D'autre part, à l'instar de la création d'un troisième concours pour l'accès à l'école nationale d'administration et au corps d'administrateur territorial issu de l'institut national des études territoriales, un nouveau mode d'accès aux corps de directeur d'hôpital et de directeur

d'établissement sanitaire, social et médico-social, sera instauré afin d'ouvrir ce concours à des candidats ayant des parcours professionnels diversifiés en dehors de l'administration publique et susceptibles d'être reconnus au titre des acquis de l'expérience.

Le même travail de nouvelle définition des modalités d'organisation des concours doit être conduit pour les directeurs des soins.

Un chantier en ce sens sera ouvert en 2012.

## **2-2. S'agissant du détachement, de l'intégration et de la mobilité**

La loi n° 2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels invite à décliner la mise en œuvre du principe de la comparabilité des corps et à construire une doctrine favorisant et stabilisant les détachements et les intégrations entre corps des trois fonctions publiques.

Les directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social peuvent d'ores et déjà bénéficier d'un détachement dans le corps des directeurs d'hôpital et réciproquement.

Sur le fondement du principe de réciprocité, les modalités de formation d'adaptation à l'emploi, seront harmonisées, en cas de mobilité entre les deux corps de directeur d'hôpital et de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social et relèveront des dispositions générales relatives à la formation continue.

- Un travail d'actualisation réglementaire et de prospective sera mené en 2012 pour promouvoir un mode de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et l'accompagnement de la restructuration du paysage sanitaire, social et médico-social.

## **2-3. S'agissant de la recherche d'affectation**

Afin de sécuriser les parcours professionnels, notamment lorsqu'en raison de réorganisations structurelles ou de difficultés conjoncturelles, des directeurs viennent à être placés en recherche d'affectation, une clarification des conditions accompagnant cette position doit être mise en œuvre et des modalités favorisant des propositions d'emploi doivent être privilégiées afin de faciliter le repositionnement professionnel et la sortie du dispositif.

- Un bilan annuel des conditions de placement en recherche d'affectation et de sortie du dispositif sera réalisé et présenté devant les CCN compétents.

## **3. L'évolution des formations initiales et continues**

Plusieurs rapports incitent fortement à ouvrir une réflexion sur la formation des personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière, dans le cadre d'**une vision intégrée entre formation initiale et formation continue**, qu'il s'agisse :

- de la formation initiale et de la prise en compte des nouvelles évolutions de l'exercice des responsabilités et de la complexité managériale qui en résulte ;
- de la formation continue afin, en particulier, de tenir compte de la spécificité de certains modes d'exercice et de leurs évolutions.

Afin de renforcer les compétences managériales des directeurs d'établissements, la formation d'adaptation dans l'année suivant la première prise de fonction en qualité de chef d'établissement sera élargie au secteur médico-social et social. Cette formation modulable tiendra compte du cursus professionnel du directeur.

Les signataires du présent protocole s'entendent également pour promouvoir ces formations d'adaptation à l'emploi et leurs modalités de financement, au bénéfice des directeurs adjoints et des directeurs des soins.

La formation au sein de l'EHESP alternant cours théoriques et stages pratiques est une condition nécessaire pour renforcer la performance des personnels des corps de direction. Son contenu évoluera en fonction des nouveaux besoins des établissements et des réformes du système de santé.

Le cadre d'un accompagnement de la mobilité des personnels de direction nommés sur **des postes ultra-marins** sera élaboré conjointement avec le CNG et l'EHESP et les organisations syndicales représentatives des directeurs.

Le dispositif d'accompagnement devra prendre en compte :

- l'amont, c'est-à-dire une sensibilisation avant la prise de poste aux éléments de contexte et aux enjeux particuliers du site d'affectation outre-mer. Cette phase de préparation, à la fois professionnelle et personnelle, pourrait être conçue entre la date de nomination et la date de prise effective de fonction, soit dans un délai de trois mois ;
- l'exercice des responsabilités, ce qui devra se traduire par un point d'étape à mi-parcours afin de vérifier la bonne adéquation du directeur nommé avec le profil de poste ;
- le retour en métropole, en vue d'envisager les modalités appropriées de poursuite et d'évolution de carrière.

Une attention particulière sera portée au retour d'expérience des directeurs ayant assuré des fonctions de responsabilité outre-mer afin de mutualiser les acquis et de les valoriser dans le cadre des formations d'adaptation qui pourraient être proposées.

Les signataires du présent protocole s'accordent sur les points suivants :

- un travail avec les organisations syndicales sur le volet relatif à la formation initiale et continue sera effectué en préalable à la conclusion du nouveau contrat d'objectifs et de moyens 2012-2013 entre l'Etat et l'EHESP, intégrant l'institut du management ;
- le cadre réglementaire de la formation d'adaptation à l'emploi des chefs d'établissement sera publié au cours du second semestre 2011, après consultation des organisations représentatives des directeurs ;
- le plan d'accompagnement des prises de fonction sur des postes ultra-marins sera finalisé avant la fin de l'année 2012.

#### **4. L'égalité professionnelle Homme – Femme**

Dans les suites du rapport de Madame Guégot, députée de la Seine-Maritime, remis au président de la République en janvier 2011, il convient de cibler de façon concrète les mesures nécessaires pour faciliter la constitution d'un vivier, les dispositifs requis en termes d'accompagnement de parcours professionnels ainsi que les modalités qui faciliteraient l'accès des femmes aux plus hautes responsabilités de la fonction publique hospitalière.

L'objectif est d'améliorer les évolutions de carrière au sein des corps de direction, sur un triple plan : mixité de tous les emplois de direction, mesure de l'impact de l'organisation du travail, articulation vie professionnelle/vie privée.

- Un groupe de travail associant les organisations syndicales représentatives des directeurs sera mis en place en 2012.

### **C. Les conditions de vie au travail et la santé au travail**

La gestion nationale des corps de direction conduit à la nécessité de mener une réflexion sur les conditions d'accès à la médecine du travail et les modalités de prise en compte de la prévention des risques médicaux et psycho-sociaux, complémentairement aux missions exercées par les CCN des personnels des trois corps de direction dans le champ des conditions de travail.

Dans ce contexte, le principe de la création d'un comité médical national et d'une commission de réforme nationale est retenu. La mutualisation de ce comité médical national avec celui envisagé pour le corps des praticiens hospitaliers sera étudiée au courant du premier semestre 2012, avec les organisations syndicales représentatives des quatre corps concernés.

### **D. La création d'un comité de suivi**

Il est créé un comité de suivi du présent protocole, composé de la directrice générale de l'offre de soins ou ses représentants, du directeur général de la cohésion sociale ou ses représentants, de la directrice générale du Centre national de gestion ou ses représentants ainsi que des représentants des organisations syndicales représentatives des personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière, signataires du protocole.

Il se réunit en tant de que de besoin et au moins une fois par an.

## Volet 2: la valorisation du corps de directeurs d'hôpital – méthode et calendrier de travail

### A. L'adaptation des carrières et des rémunérations

Les nouvelles responsabilités conférées aux directeurs d'hôpital par la loi HPST ont conduit à reconsidérer leur régime indemnitaire, à revoir le périmètre des emplois fonctionnels et à ouvrir de nouvelles perspectives de carrière via le grade à accès fonctionnel (GRAF).

Un important travail de préparation et de concertation sur les textes réglementaires visant l'évolution du statut d'emploi fonctionnel a été engagé.

Dans l'attente de la transposition des évolutions statutaires du corps des administrateurs civils, la principale évolution pour le corps de directeur d'hôpital est le doublement du nombre d'emplois fonctionnels **soit 355**, et la revalorisation des carrières et des indices sommitaux qui l'accompagnent.

Le projet de décret statutaire, qui sera ensuite présenté au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH), confirmera les équilibres trouvés dans la répartition entre les chefferies d'établissement et les fonctions de directeur adjoint les plus importantes, dans la limite du nombre d'emplois fonctionnels autorisés.

Le critère pris en considération pour le classement en emploi fonctionnel demeure l'application d'un seuil budgétaire, avec la prise en compte des budgets cumulés en cas de direction commune.

La négociation sur le corps des directeurs d'hôpital doit être poursuivie sur les conditions d'accès au GRAF.

Les emplois de directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires et de centres hospitaliers régionaux ne sont plus des emplois fonctionnels. Le cadre de leur contrat de rémunération fera l'objet d'un travail spécifique au sein du comité de suivi.

- De nouvelles réunions seront organisées pour finaliser les conditions générales des contrats de rémunération de directeurs généraux de CHU et CHR avant la fin de l'année 2011.

Par ailleurs, au titre de la convergence des orientations statutaires et indemnitaires qui guident les réformes dans la haute fonction publique, afin de favoriser la comparabilité des corps, la mobilité et la construction de parcours professionnels riches et variés, les évolutions statutaires en cours relatives aux administrateurs civils prévoient que *« les principes et les modalités de cette réforme ont vocation à être transposés aux corps et cadres d'emplois comparables des trois fonctions publiques »*.

- Il est convenu de finaliser :
  - à partir de septembre 2011, les modalités d'accès au GRAF,
  - dans les trois mois qui suivront la publication du nouveau statut particulier des administrateurs civils, la transposition dans le statut des directeurs d'hôpital des nouvelles échelles indiciaires des grades et emplois fonctionnels des administrateurs civils et, des conditions d'accès aux échelons spéciaux et emplois fonctionnels.
- Les parties signataires se donnent l'objectif d'une entrée en vigueur du GRAF avant la fin du premier semestre 2012 et de la mise en œuvre effective de la transposition du nouveau statut particulier des administrateurs civils six mois au plus tard après sa publication.

## B. L'adaptation du régime indemnitaire

Un important travail de préparation et de concertation sur les textes réglementaires visant le déploiement de la prime de fonctions et de résultats (PFR) a également été engagé.

Les modalités de mise en place de la PFR, relevant d'un même décret, sont communes aux personnels des trois corps de direction de la fonction publique hospitalière. Les plafonds sont d'ores et déjà fixés pour le corps de directeur d'hôpital et s'établissent au niveau de ceux des administrateurs civils.

La prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital se décline selon le tableau ci-dessous :

	Part fonctions (valeur unitaire en euros)	Part résultats individuels (valeur unitaire en euros)	Plafonds (en euros)	Plafond de la part fonctions	Plafonds de la part résultats	Plafonds de l'attribution exceptionnelle (dans le plafond de la part résultats) (en euros)
Emplois fonctionnels	5 600	5 600	67 200	50% Soit 33.600 €	50% Soit 33.600€	5 600
Directeur d'hôpital hors classe	5 520	3 680	55 200	60% Soit 33.120 €	40% Soit 22.080€	3 680
Directeur d'hôpital de classe normale et de classe provisoire	4 980	3 320	49 800	60% Soit 29.880 €	40% Soit 19.920€	3 320

En fonction des grades et emplois occupés, la cotation du poste pour la part fonctions a vocation à varier entre 2,4 et 3 pour les directeurs d'hôpital bénéficiant d'une concession de logement ou d'une indemnité compensatrice de logement, au sens du décret du 8 janvier 2010.

La part fonctions résulte du produit de la cotation du poste par la valeur unitaire de la part fonctions. Pour les directeurs adjoints, l'exercice multi-sites et la direction d'un site en cas de direction commune ou d'établissement fusionné, les fonctions d'administrateur d'un GCS ou GIE seront valorisés dans la cotation de la part liée aux fonctions de la PFR.

Le montant de la part liée aux fonctions de la PFR versé la première année de sa mise en œuvre sera au moins égal au montant de la part fixe de la prime de fonction versée l'année n-1, majorée de 10%. Le montant de la part liée aux résultats de la PFR versé la première année sera au moins égal au montant de la part variable de la prime de fonction versée l'année n-1 et pourra évoluer au titre de l'année 2012.

Les indemnités de direction commune et d'intérim et l'indemnité compensatrice de logement sont conservées.

Le bénéfice de la NBI reste par ailleurs acquis pour tous les emplois fonctionnels, même si celle-ci a vocation, à terme, à être intégrée dans la PFR dans les trois fonctions publiques.

Ce nouveau régime indemnitaire dont les modalités seront précisées par une circulaire, prendra effet au 1er janvier 2012.

### **Volet 3: valorisation du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux - méthode et calendrier de travail**

#### **A. L'adaptation des carrières et des rémunérations**

Les signataires rappellent et confirment les dispositions mentionnées dans le protocole d'accord du 20 février 2008 ci-après :

*« Une négociation sera ouverte pour permettre de nouvelles évolutions statutaires. Elle permettra d'aborder l'ensemble des propositions formulées par les signataires du présent protocole, après un bilan. Ce bilan comprendra, notamment, l'analyse de la démographie des corps de direction de la fonction publique hospitalière, des missions et métiers exercés par les directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans tous les types de structures et du développement attendu des groupements et des coopérations entre les établissements relevant de l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986. Le bilan tiendra compte de toutes les évolutions de contexte intervenues dans le financement et la conduite des établissements ».*

La négociation en cours doit permettre de réaliser l'engagement précité. Par ailleurs, la comparabilité, consécutive à l'application de la loi n°2009-972 du 3 août 2009 relative à la mobilité et aux parcours professionnels dans la fonction publique, constitue un élément déterminant de contexte pour l'évolution statutaire et indiciaire de ce corps de direction.

L'accès à l'échelon fonctionnel sera favorisé par une augmentation d'au moins 50% du quota du nombre d'établissements classés, étant précisé que le critère retenu pour le classement sur l'échelon fonctionnel demeure l'application d'un seuil budgétaire, avec la prise en compte des budgets cumulés en cas de direction commune.

Une négociation sera conduite pour traduire dans l'échelonnement indiciaire de la carrière et dans le bornage indiciaire du GRAF, les conséquences de la comparabilité entre les corps des directeurs d'hôpital et des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social.

L'ouverture d'une réflexion sur la création d'un statut d'emploi fonctionnel s'inscrit dans cette même dynamique de rapprochement.

- Les signataires du présent protocole se donnent pour objectif de publier les textes statutaires ainsi modifiés avant la fin du premier semestre 2012. Trois réunions sont programmées en septembre et octobre, avec l'objectif de stabiliser un ensemble cohérent de dispositions validées en interministériel au plus tard à la fin de l'année 2011.

#### **B. L'adaptation du régime indemnitaire**

Outre les dispositions déjà arrêtées pour le corps des directeurs d'hôpital et qui vont mécaniquement s'appliquer pour le corps des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (gestion de la PFR, régime de cumul de cette PFR avec certaines primes), la même logique de revalorisation est retenue. L'engagement pris se traduira par un régime indemnitaire appliqué par référence à celui des directeurs d'hôpital pour des établissements ou des directions communes impliquant des responsabilités comparables.

Les signataires rappellent et confirment les dispositions mentionnées dans le protocole d'accord du 20 février 2008 ci-après : *« les modalités de revalorisation de ce régime indemnitaire seront étudiées pendant la période de trois ans prévue pour le développement des opérations de coopération.*

*La dynamique mise en œuvre pourra justifier un régime appliqué en référence à celui des directeurs d'hôpitaux pour des établissements ou des directions communes impliquant des responsabilités comparables ».*

En conséquence, la mise en œuvre de la PFR aura pour objectif de réduire les écarts entre les niveaux indemnitaires des directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et des directeurs d'hôpital.

- Les réunions de travail précitées permettront d'organiser le nouveau régime indemnitaire dont les modalités seront précisées par une circulaire. Celui-ci prendra effet au 1er janvier 2012.

### **C. La reprise des dispositions du protocole d'accord du 20 février 2008**

Les signataires s'accordent pour confirmer les dispositions du protocole d'accord du 20 février 2008 et de réinscrire dans le programme de travail de la mission DGOS/CNG les dispositions qui n'ont pas encore été pleinement réalisées :

- encourager les dynamiques de coopération auprès de l'association des maires de France, de l'assemblée des départements de France, des agences régionales de santé, des services déconcentrés de l'Etat et de la direction générale des collectivités locales ;
- reprendre le dossier du développement de la formation continue, en vue de faciliter la mutualisation des dépenses, en lien avec l'OPCA de la fonction publique hospitalière ;
- promouvoir la personnalisation juridique des établissements pour faciliter le regroupement des établissements et favoriser la mise en place des instances consultatives ;
- développer des missions d'appui, de conseil et d'accompagnement auprès des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans le prolongement du nouveau champ d'intervention des conseillers généraux des établissements de santé dans le secteur médico-social.

## **Volet 4: valorisation du corps des directeurs des soins - méthode et calendrier de travail**

### **A. L'adaptation des carrières et des rémunérations**

Les signataires du présent protocole soulignent la nécessité de la mise à niveau de la carrière du corps des directeurs des soins pour traduire la réalité des responsabilités rappelées dans son préambule.

Cette revalorisation tiendra compte du rôle stratégique et opérationnel des directeurs des soins au sein des établissements, équivalent à celui des autres directeurs adjoints. La loi HPST, en faisant du coordonnateur des soins, président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, un des membres de droit du directoire, a reconnu l'importance de ses missions.

La refonte de l'ensemble de l'architecture indiciaire du corps qui devra en résulter, a pour objectif de reconnaître les responsabilités exercées au sein des établissements de santé et des instituts de formation et la spécificité de leurs fonctions de direction. Elle doit clairement établir l'appartenance aux corps de direction, dont les échelles indiciaires ne peuvent se confondre avec celles des corps des cadres de santé et des attachés d'administration hospitalière.

Ce travail devra prendre en compte les caractéristiques de déroulement de carrière dans le corps des directeurs des soins (accès en troisième partie de carrière, après un premier accès sur concours à des responsabilités d'encadrement et la réussite à un nouveau concours national et une formation d'un an dispensée par l'EHESP...).

Par ailleurs, les conditions d'accès des directeurs des soins aux logements de fonction ont vocation à être alignées sur celles applicables aux deux autres corps de direction.

- Les signataires du présent protocole se donnent pour objectif une publication des textes statutaires ainsi modifiés avant la fin du premier semestre 2012. Trois réunions sont programmées en septembre et en octobre, dont la première à visée informative avec les représentants de la DGAFP et de la direction du budget pour mieux expliciter la place des directeurs des soins dans la fonction publique hospitalière, laquelle est sans équivalence dans les autres fonctions publiques. L'objectif est également de stabiliser un ensemble cohérent de dispositions validées en interministériel au plus tard à la fin de l'année 2011.

### **B. L'adaptation du régime indemnitaire**

Le régime indemnitaire actuel des directeurs des soins est d'une grande complexité, résultant de modifications successives dont certaines sont anciennes. Il s'avère aujourd'hui inadapté et sera remplacé, comme pour les autres personnels des corps de direction, par la mise en place de la prime de fonctions et de résultats.

Le régime indemnitaire des directeurs de soins devra être revalorisé et tenir compte de leurs sujétions spécifiques.

Comme pour le corps des directeurs d'hôpital, la prime de fonctions et de résultats doit constituer le nouveau régime indemnitaire des directeurs des soins. Le bénéfice de la NBI reste par ailleurs acquis, même si celle-ci a vocation, à terme, à être, dans les trois fonctions publiques, intégrée dans la PFR.

La mise en œuvre de la PFR aura pour objectif de réduire les écarts entre les niveaux indemnitaires des directeurs de soins et des deux autres corps de personnels de direction.

- Les réunions de travail précitées permettront d'organiser le nouveau régime indemnitaire dont les modalités seront précisées par une circulaire. Celui-ci prendra effet au 1er janvier 2012.

Fait à Paris, le 29 juillet 2011

*Les ministres :*

Le ministre du travail, de l'emploi  
et de la santé,



Xavier Bertrand

La secrétaire d'Etat chargée de la santé  
auprès du ministre du travail, de l'emploi  
et de la santé,



Nora Berra

*Les organisations syndicales (par ordre alphabétique) :*

Le secrétaire général du syndicat national  
des cadres hospitaliers-Force ouvrière (**CH-FO**),



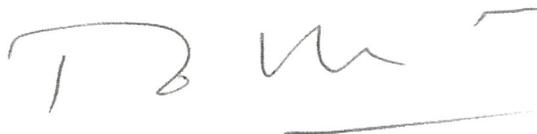
Christian Gatard

Le président du syndicat des managers  
publics de santé (**SMPS**),



Philippe Blua

Le secrétaire général du syndicat national  
des cadres sanitaires et sociaux  
Confédération française démocratique du travail  
(**SYNCASS-CFDT**),



Michel Rosenblatt