

## Perspectives salariales dans la fonction publique

Contribution FHF - mars 2022

Lieux d'excellence du contrat social républicain, les hôpitaux publics, souvent premiers employeurs de leur commune, de leur département, voire de leur région pour les centres hospitaliers universitaires, tiennent un rôle clé dans leur territoire et bassin d'emplois, au-delà même de leur cœur de métier d'accueil et de prise en charge des patients.

La FHF, représentant de tous les hôpitaux et établissements médicosociaux publics, a participé à l'ensemble des travaux de la conférence sur les perspectives salariales de la fonction publique. Pour la FHF, il est d'abord indispensable de souligner les spécificités de la fonction publique hospitalière en matière de politique salariale, en particulier au regard des évolutions significatives liées à la mise en œuvre des accords de Ségur. En outre, la FHF souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur plusieurs enjeux salariaux stratégiques :

- I. Associer les employeurs publics hospitaliers à la hausse annoncée du point d'indice et à la négociation afférente
- II. Mettre en œuvre la réforme du régime indemnitaire pour le rendre lisible et équitable, afin d'en faire un levier d'attractivité et de management
- III. Mieux valoriser les sujétions hospitalières, notamment dans la perspective d'une réforme des retraites
- IV. Réussir la réforme de la protection sociale complémentaire et de la prévoyance dans la FPH par un financement dédié et des marges de manœuvre locales

La fonction publique hospitalière compte près de 1 200 000 professionnels<sup>1</sup> et se caractérise par :

- **Un taux de féminisation très élevé** : 77,6% de femmes parmi les professionnels de la fonction publique hospitalière (médicaux et non-médicaux)
- **Le versant le plus jeune de la fonction publique** : l'âge moyen est de 41,8 ans (contre 43,8 ans pour l'ensemble de la fonction publique). Seuls 33% des professionnels de la FPH ont plus de 50 ans (contre 35% dans la FPE et 43% dans la FPT).
- **Des métiers sujets à pénibilité** : en 2016, 49% des fonctionnaires hospitaliers occupaient un emploi relevant de la catégorie active. Dans la filière soignante, 13 000 sages-femmes, 170 000 aides-soignants et 65 000 agents des services hospitaliers appartiennent ainsi à la catégorie active ainsi que les 70 000 infirmières ayant fait le choix de demeurer en catégorie B.  
→ relèvent de la **catégorie active** dans la FPH les agents ayant travaillé au moins 17 ans au sein des corps fixés par arrêté. L'âge d'ouverture des droits à la retraite de ces agents est de 5 ans inférieur à celui de la population générale, soit actuellement 57 ans. Historiquement, l'essentiel des métiers paramédicaux relevaient de la catégorie active mais beaucoup de corps ont été reclassés (infirmier, IBODE, IADE, masseurs kinésithérapeutes...) et ont perdu le bénéfice de la catégorie active (ce qui aura une forte influence sur les cohortes à venir de départs en retraite)
- **Des professionnels aux horaires de travail atypiques** : seuls 25% des professionnels ont une semaine de travail standard (du lundi au vendredi avec des horaires de travail entre 7h et 20h)<sup>2</sup>.
- **Une part importante de professionnels à temps partiel** : 23% des agents publics hospitaliers sont à temps partiel.

<sup>1</sup> 1 167 690 professionnels au 31 décembre 2016 selon le Rapport annuel de la fonction publique, 2018.

<sup>2</sup> « Organisation et contraintes du temps de travail : une typologie en six catégories », étude de la DGAFF, 2019.

## Politique salariale et spécificités de la fonction publique hospitalière

### I. Attractivité et recrutement dans la fonction publique hospitalière : des difficultés persistantes et amplifiées par la crise sanitaire malgré des métiers du soin plébiscités et des efforts substantiels des établissements

#### **Dans la FPH, des difficultés de recrutement préexistantes et encore aggravées par la crise sanitaire**

Une enquête conduite par la FHF auprès de ses adhérents révélait déjà en 2019 des tensions sur le recrutement. La quasi-totalité des établissements de la FPH, y compris les CHU, qui bénéficient pourtant de leur rayonnement universitaire et leur localisation dans des métropoles, rencontraient des difficultés de recrutement sur les métiers paramédicaux.

Une nouvelle enquête, conduite à l'automne 2020 faisait apparaître les premières conséquences de la pandémie : légère hausse des départs volontaires de professionnels, notamment chez les aides-soignants, hausse des intentions de départs (pas toujours suivies des faits) qui illustre un sentiment de lassitude et de fatigue accrue des professionnels. Plus encore, pour les établissements, cette hausse des départs est davantage à la perception d'une dégradation des conditions de travail qu'à une « surmobilisation » uniquement liées à la crise COVID-19.

#### **Les métiers du soin, des métiers attractifs, qualifiés et fortement réglementés**

Les formations en santé arrivent en tête de vœux sur Parcoursup. En 2021, les instituts de formation en soins infirmiers concentrent 8,7 % des vœux, suivis de près par les parcours spécifiques accès santé préparant aux études médicales (Pass, 8,4 %). Pourtant, les hôpitaux et établissements médicosociaux publics, comme les structures du secteur privé, sont confrontés à de graves difficultés de recrutement. Dans un secteur où l'essentiel des recrutements concerne des professions réglementées à diplôme d'Etat, cette situation interroge d'abord l'adéquation entre appareil de formation, besoins de santé de la population et besoins de recrutement des établissements.

#### **Pour consolider l'appareil de formation : accroître le nombre d'enseignants et créer un statut d'enseignant associé pour diversifier les profils**

Les effectifs d'enseignants n'ont pas été revus pour répondre à ces demandes nouvelles nées des réformes et à la hausse du nombre d'étudiants en santé. L'annonce fin 2020 d'une création de 250 postes de hospitalo-universitaires d'ici 5 ans reste insuffisante. La FHF demande donc la création de 1000 postes de praticiens hospitalo-universitaires, titulaires et non titulaires, sur la prochaine mandature afin de tenir l'objectif ambitieux d'ouverture de la formation portée par la suppression du numerus clausus tout en maintenant un taux d'encadrement satisfaisant. Ces postes pourraient être prioritairement affectés dans les universités les moins dotées en enseignants-chercheurs au regard de leur nombre d'étudiants afin de réduire les inégalités de répartition entre facultés constatées en 2018 par l'IGAS et l'IGAENR. Ce périmètre inclurait aussi d'éventuelles expérimentations en matière de bi-appartenances en maïeutique ou en soins infirmiers.

#### **L'effort unique de l'employeur public hospitalier dans la formation continue et l'impulsion nouvelle de l'apprentissage**

Pour sécuriser les recrutements et la réponse aux besoins de profils spécialisés, les établissements de la FPH investissent fortement dans la formation continue via cinq cotisations, totalisant 2,9% de la masse salariale du personnel non médical et 0,5% de la masse salariale du personnel médical (soit près de 890 millions d'euros en 2020) permettent de mener des politiques de formation continue ambitieuses. Le dispositif des études promotionnelles, qui permet à l'employeur de financer la formation qualifiante longue

de professionnels (prise en charge des coûts de formation et maintien du salaire) soignants, participe ainsi d'une forte promotion sociale : 18 500 études promotionnelles étaient en cours de financement en 2020.

De la même façon, la dynamique de développement de l'apprentissage dans les métiers du soin et dans la fonction publique hospitalière doit être encouragée. L'aide au recrutement d'apprentis de 3000€ accordée à 1000 recrutements d'apprentis dans la FPH en 2021 pourrait ainsi être reconduite et amplifiée pour une période de 3 ans. Pour aller plus loin, pourraient être instaurées une aide au développement de centres de formation par l'apprentissage (CFA) publics dédiés à ces métiers, ainsi qu'une reconnaissance indemnitaire de la fonction de maître d'apprentissage, comme celle de tuteur de stage.

## II. Carrières et rémunérations de la FPH : l'incontournable effet Ségur

Le Ségur de la Santé a incontestablement conduit à une hausse de la rémunération moyenne des professionnels de la fonction publique hospitalière. L'accord relatif à la fonction publique hospitalière portait en effet une triple ambition :

- une revalorisation socle de l'ensemble des professionnels
- une revalorisation ciblée des carrières soignantes, médicotechniques et de rééducation
- une revalorisation de l'engagement professionnel individuel et collectifs

### Revalorisation socle : le complément de traitement indiciaire (CTI)

La mesure la plus symbolique, la plus coûteuse<sup>3</sup>, et la plus médiatisée des accords de Ségur, est sans conteste la mesure 1 de l'accord relatif au personnel non médical : « *création d'un complément indiciaire de traitement à hauteur de 49 points d'indice, représentant 183 euros nets par mois pour les agents titulaires et contractuels.* »

Détaillée dans l'accord, cette mesure est présentée comme une « *revalorisation socle des salaires* », ces derniers étant jugés « *ni en adéquation avec l'utilité sociale de ces professionnels, ni en adéquation avec leur engagement professionnel* », constat préexistant, mais devenu criant aux yeux du grand public avec la crise sanitaire. Cette mesure phare s'est pourtant avérée plus complexe dans sa mise œuvre, entre modifications de calendrier et difficultés de périmètre.

Le CTI pose plusieurs questions pour l'avenir :

- l'évolution de sa valeur relative à moyen terme (à l'image des primes fixées en valeur absolue)
- sa nature hybride, entre de l'indemnitaire et de l'indiciaire, qui révèle la difficulté de maintenir une politique salariale commune à l'ensemble de la fonction publique, telle que portée par les grilles indiciaires.

### Pour les professionnels soignants, médicotechniques et de rééducation, une revalorisation de carrière

Complémentaire à la revalorisation socle, la mesure 2 de l'accord prévoyait une revalorisation ciblée des professionnels soignants et médicotechniques. Il s'agissait de reconnaître la spécificité des métiers de ceux qui sont en contact direct avec le patient, ceux qui incarnent le cœur de métier de l'hôpital. Dans un contexte de difficultés de recrutement accentuées par la crise sanitaire, l'enjeu était de donner à ces professionnels une nouvelle perspective de carrière et de les fidéliser. Ces revalorisations constituaient un effort de rattrapage indispensable au regard de la réalité du marché de l'emploi de certains métiers. Elles sonnent aussi comme une prise de conscience du besoin de soins croissant de notre société vieillissante, très consommateur d'emplois à la fois qualifiés et non délocalisables.

---

<sup>3</sup> Au total, environ 6,5 milliards d'euros étaient prévus pour son financement en année pleine (secteurs public et privés) à la LFSS 2021

La logique qui a présidé aux revalorisations simplifie la structure de rémunération des métiers de la catégorie A de la filière soins, qui réunit depuis 2010 les infirmiers en soins généraux et les infirmiers spécialisés, les cadres de santé de proximité et les cadres supérieurs, soit plus de 250 000 professionnels. Ces métiers, qui avaient chacun des grilles de rémunération différentes, se sont vus réorganisés dans 4 grilles de catégorie A, en fonction de la durée des études et du niveau de diplôme. Cette cohérence d'ensemble, plus lisible, gomme la « hiérarchie indiciaire » qui existait jusqu'à présent entre ces corps et qui semblait consacrer une hiérarchie en compétences techniques. Dès lors, le fait que tous les métiers de ces filières soient revalorisés, que cette revalorisation s'inscrive dans le temps long de l'ensemble de la carrière, que chaque métier conserve à ce stade son régime indemnitaire spécifique préexistant ne peut effacer l'écrasement de certains écarts de rémunération.

Mais au-delà des débats soulevés par le niveau des revalorisations des grilles indiciaires soignantes et médicotechniques, le choix même de passer par ce levier de revalorisation est signifiant. Revaloriser les grilles indiciaires, c'est en effet revaloriser les carrières de fonctionnaire, c'est-à-dire, conformément à la structure de ces grilles, revaloriser plus significativement les professionnels les plus expérimentés. Par ailleurs, les revalorisations des grilles indiciaires ne s'imposent qu'aux fonctionnaires. Concrètement, dans le contexte de politiques d'attractivité, les établissements sont incités à titulariser les professionnels des métiers ciblés dans une démarche d'accompagnement et de fidélisation, au revers d'une tendance à la hausse progressive de la proportion de contractuels dans la fonction publique<sup>4</sup>.

### **Donner de la visibilité et des perspectives aux métiers hospitaliers, hors du soin**

Sur les fonctions d'expertise et d'encadrement des métiers administratifs, logistiques, techniques et informatiques, le secteur hospitalier souffre d'un manque de visibilité et de la concurrence avec les rémunérations proposées dans le secteur privé, tout particulièrement pour les secteurs des nouvelles technologies. Il en va de même, à l'heure où la transition écologique demande de décarbonner les activités hospitalières, sur la filière logistique (blanchisserie, stérilisation, gestion des déchets, restauration, transports...), ou sur la filière technique (énergies, espaces verts, marchés de travaux...).

En outre, dans le contexte d'importants efforts demandés pour contenir la masse salariale qui les ont conduits à prioriser les services de soins, les établissements n'ont pas été encouragés à investir dans ces nouvelles compétences. Il s'en suit aujourd'hui la nécessité d'un effort supplémentaire d'investissement dans ces fonctions. Pour accompagner cette montée en compétences et fluidifier le fonctionnement des organisations au quotidien, il apparaît nécessaire d'accompagner les établissements en difficulté pour construire et porter les nouvelles stratégies RH indispensables pour renouer avec l'attractivité :

- Investir dans le corps des attachés d'administration hospitalière (AAH) : hausse du nombre de professionnels formés, revalorisation du régime indemnitaire (alignement sur les régimes de la FPE et FPT sur ces fonctions), développement des mobilités entre versants de la fonction publique.
- Proposer des rémunérations plus en prise avec la réalité du marché du travail dans certaines filières métiers en tension et où la concurrence avec le secteur privé est forte, notamment biomedical et systèmes d'information

### **III. Le contrat, voie classique d'entrée à l'hôpital, ne doit pas être une source de précarisation mais s'inscrire dans des parcours professionnels lisibles et adaptés aux attentes nouvelles des professionnels**

Si le taux de contractuels de la FPH autour de 20% est proche du taux moyen de la fonction publique, il cache d'importantes disparités entre établissements et entre catégories professionnelles, notamment liées aux politiques d'établissements, à leurs contraintes financières et aux aspirations des professionnels. Le recours à l'intérim est aussi de plus en plus fréquent dans la FPH, en particulier pour le personnel médical, mais également désormais pour certains métiers paramédicaux.

---

<sup>4</sup> Le taux de contractuels dans la fonction publique était de 20,3% en 2018 selon le rapport annuel sur la fonction publique de 2020

Le recours au contrat court répond d'abord à des besoins intrinsèques à l'activité hospitalière et médicosociale :

- L'accueil de patients et résidents 24h/24h et 7 jours/ 7 jours impose souvent le remplacement des professionnels absents, y compris en cas d'absence inopinée et de courte durée, pour limiter la charge de travail des professionnels en poste
- Des financements ciblés et non pérennes de certaines activités (notamment dans les secteurs de recherche, de psychiatrie...) qui ne permettent pas la titularisation des agents sur postes permanents

En revanche, près de la moitié des agents contractuels de la FPH sont en CDI, illustrant :

- Des attentes en matière de mixité d'exercice de certains corps de métiers (rééducation, psychologue...)
- Des métiers sur lesquels les rémunérations des titulaires ne sont pas en adéquation avec le marché de l'emploi
- Des compétences particulières ou de très haute technicité, n'existant pas ou peu parmi les corps de la FPH, notamment en matière de système d'information

Consciente de l'outil de fidélisation de ces professionnels que peut représenter la titularisation, la FHF propose de :

- Simplifier les modalités d'organisation des concours locaux permettant la titularisation et la promotion des professionnels, notamment dans les filières administrative, logistique et technique
- Mieux utiliser les nouveaux outils, comme le contrat de projet ou la titularisation sur temps complet, dispositifs récents encore peu usités dans la FPH
- Pour améliorer la qualité des soins, désinciter les jeunes professionnels à commencer leur exercice par l'intérim, notamment les infirmiers, par exemple en appliquant à l'exercice intérimaire les mêmes conditions d'expérience professionnelle préalable que celles existant pour l'installation en libéral (2 ans d'exercice en établissement pour les infirmiers).

#### IV. La politique égalité professionnelle dans la fonction publique la plus féminisée

Fait notable, la fonction publique hospitalière est de loin le versant de la fonction publique le plus féminisé, notamment dans les métiers soignants, mais aussi dans les postes d'encadrement et de direction. En avril 2019, au sein des CHU, près de 45% des directeurs, tous postes confondus, étaient des femmes et plus du tiers des postes de directeurs généraux de CHU était occupé par des femmes (34%). De la même façon, on observe un taux actuellement de 30% de femme occupant la fonction présidente d'une commission médicale d'établissement (CME). Il s'en suit que la revalorisation des métiers hospitaliers très féminisés, par le biais indiciaire ou indemnitaire, contribue à une politique de promotion de l'égalité professionnelle.

La généralisation du plan d'action pluriannuel relatif à l'égalité professionnelle et du référent égalité professionnelle dans chaque établissement en application de la loi de 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a offert l'opportunité :

- d'approfondir ces enjeux d'égalité professionnelle dans ce contexte particulier
- de dynamiser les politiques en la matière
- de renforcer l'accès aux dispositifs de signalement des faits de violences à caractère sexiste et sexuel

Au-delà des obligations réglementaires, de nombreuses initiatives existent dans ce domaine et mettent en lumière des attentes propres au contexte hospitalier :

- pour mieux diffuser cette culture d'égalité professionnelle et illustrer la mobilisation de l'ensemble de la communauté, certains établissements, comme le CHU de Rennes, ont pu établir des chartes pour assurer la promotion de l'égalité femme/homme et la prévention des agissements et violences sexistes, en sus du plan d'actions
- le CH de Roubaix, avec son programme « l'hôpital s'arrondi », tente de mieux concilier préparation de la maternité et aménagement du poste en écho aux nombreux postes dont les contraintes physiques et les rythmes horaires conduisent parfois à des arrêts maladie précoces des professionnelles enceintes.

- Le CHRU de Limoges a fait le choix de nommer deux référents « égalité professionnelle », un pour le personnel médical et un pour le personnel non médical, pour tenir compte des différences de culture professionnelle entre filières professionnelles hospitalières

Enfin, environ 130 centres hospitaliers disposent d'une crèche hospitalière, permettant un accueil des enfants adapté aux horaires atypiques de leurs parents grâce à des amplitudes horaires très importantes (souvent entre 6h et 22h) et de très rares périodes de fermeture (ouverture le weekend et souvent plus de 300 jours par an, contre autour de 220 jours d'ouverture annuelle en moyenne pour les crèches classiques). Or, ces structures, qui constituent un important service aux professionnels jeunes parents, sont financées directement par les établissements. Une aide financière à la construction et au fonctionnement faciliterait donc leur développement.

## D'autres enjeux salariaux stratégiques incontournables pour l'avenir pour la fonction publique hospitalière

Pour répondre efficacement aux enjeux d'attractivité et de fidélisation, la rémunération dans la fonction publique doit être porteuse de sens pour des agents publics engagés et fiers de leur métier. Pour être perçue comme équitable, la rémunération doit également être assise sur les responsabilités que le code de la santé publique confère à chacun, sur la technicité et l'expertise des métiers mais aussi une réelle valorisation de la pénibilité et de l'engagement professionnel.

Aussi, la FHF souhaite attirer l'attention des pouvoirs publics sur plusieurs enjeux stratégiques pour faire de la rémunération un levier d'attractivité et de fidélisation dans la FPH.

### I. Associer les employeurs publics hospitaliers à la hausse annoncée du point d'indice et la négociation afférente

A la suite des annonces relatives à une revalorisation du point d'indice, la FHF tient à rappeler l'importance d'un financement dédié dans le cadre de l'ONDAM. A défaut, cette revalorisation imposerait aux établissements de la FPH une régulation de la masse salariale qui ne pourrait se faire qu'au détriment de l'emploi, ce qui est inenvisageable dans le contexte actuel de mobilisation des professionnels et de hausse des besoins de la population. La FHF répondra présente pour les négociations afférentes.

### II. Mettre en œuvre la réforme du régime indemnitaire pour le rendre lisible et équitable, et en faire un levier d'attractivité et de management

#### Les primes et le risque de l'illisibilité de la rémunération

A ce jour, le régime indemnitaire est touffu et peu lisible. Il compte plus d'une centaine de primes et d'indemnités, résultat de l'ajout, année après année, de nouvelles primes et indemnités spécifiques sans refonte structurelle du régime indemnitaire dans son ensemble. La FHF déplore d'ailleurs une accélération de création de primes, aux périmètres chaque fois variables et donc contestés, qui contribuent à segmenter le collectif hospitalier. En effet, si les primes et indemnités peuvent répondre momentanément à des revendications d'un corps ou à une situation précise, elles conduisent systématiquement à des demandes similaires d'autres corps ou services. Enfin, elles nuisent à la lisibilité de la rémunération et peuvent constituer des freins à la mobilité interne.

Ainsi, à titre d'exemples, et uniquement pour le personnel non médical, ont été créées depuis 2020 :

- Prime d'attractivité territoriale : prime annuelle de 940€ brut pour les agents percevant moins du salaire médian et exerçant dans les établissements situés à Paris et en petite couronne  
→ questionnement/remise en cause : établissements en zone limitrophe, établissements des autres grandes métropoles

- Prime grand âge : prime mensuelle de 118€ brut pour les agents du grade aide-soignant exerçant dans la filière gériatrique (EHPAD, USLD, SSR gériatrique, gériatrie aigue)  
→ questionnement/remise en cause : agents des services ciblés mais exerçant d'autres fonctions, agents ayant suivi la formation « assistant de soins en gérontologie » dont la prime était inférieure, agents des autres services accueillant majoritairement des patients âgés (médecine polyvalente, psychogériatrie...)
- Indemnité forfaitaire de risques, dite « prime urgences » : prime mensuelle de 118€ brut pour les agents exerçant majoritairement dans un service d'urgence  
→ questionnement/remise en cause : agents intervenant régulièrement aux urgences sans y être affectés en permanence (pool de remplacement, manipulateurs radio...)
- Indemnité de fin de contrat
- Indemnité télétravail
- Prime d'exercice médical pour les sages-femmes
- Prime soins critiques
- Prime auxiliaire en pratiques avancées
- ...

D'autres primes et indemnités ont par ailleurs vu leur périmètre évoluer, suscitant là encore des questionnements des professionnels, tandis que la nécessité d'accompagner et de valoriser la mobilisation des professionnels de santé pendant la crise sanitaire a elle aussi conduit à la valorisation des éléments variables de paye, notamment la majoration des heures supplémentaires et l'indemnité de congé non pris.

Si ces éléments contribuent à une hausse de la rémunération moyenne des professionnels sur la période, ils ne peuvent constituer un outil clair d'attractivité dans le recrutement du fait de leur complexité.

### **Une réforme du régime indemnitaire en cours et attendue**

Prévue dans le cadre des accords de Ségur (mesure 4 de l'accord relatif à la fonction publique hospitalière), la refonte du régime indemnitaire de la fonction publique hospitalière constitue une priorité.

La plus substantielle des primes fondées sur la valeur professionnelle est aujourd'hui la prime de service, qui représente 7,5% de la masse salariale et est versée à la grande majorité des corps. Cependant, elle est aussi largement déterminée par l'ancienneté et le présentisme, de sorte que la valorisation de l'engagement individuel est très difficile. La suppression de la notation et la généralisation de l'entretien d'évaluation, dans le cadre de la déclinaison de la loi de transformation de la fonction publique de 2019, a de ce point de vue ouvert l'occasion d'une refonte de la construction de cette prime. L'élan du Ségur a permis d'élargir ce chantier à l'ensemble du régime indemnitaire de la FPH.

Les travaux en cours permettent déjà de dessiner un nouveau régime plus structuré, lisible, suffisamment souple pour adapter aux situations locales et permettant de valoriser l'engagement individuel, les contraintes d'exercice, la technicité des postes et la fonction managériale. Toutefois, l'accord de Ségur explicitant une garantie de non perte de rémunération indemnitaire, il est apparu au fil de ces travaux que la transition vers ce nouveau régime serait facilitée par une revalorisation simultanée du régime, permettant, parallèlement au respect de cette garantie, de mettre en oeuvre la valorisation des professionnels les plus engagés.

Alors que la prime d'engagement collectif, première pierre du nouveau régime indemnitaire que la FHF appelle de ses vœux est en cours de mise en place, la FHF appelle donc à la poursuite du chantier de refonte du régime indemnitaire et à donner aux établissements de la visibilité sur le calendrier. La situation actuelle (dispositions dérogatoires temporaires sur la prime de service et désindexation de la prime de 13h) ne peut se concevoir que comme une période transitoire.

### III. Mieux valoriser les sujétions hospitalières, notamment dans la perspective d'une réforme des retraites

Versant le plus jeune et le plus féminisé de la fonction publique, la fonction publique hospitalière est aussi un secteur d'activité particulièrement marqué par le travail en horaires atypiques. Ainsi, seuls 25% des hospitaliers ont une semaine de travail standard (du lundi au vendredi avec des horaires de travail entre 7h et 20h)<sup>5</sup>. De même, c'est également un secteur d'activité marqué des contraintes physiques (port de charges, position debout prolongée...).

Au sein d'une réflexion globale sur la qualité de vie au travail et sur la conciliation des vies professionnelle et privée, la rémunération pourrait plus efficacement valoriser la pénibilité et les contraintes liées aux horaires de travail. La valorisation du travail de nuit et de week-end est ainsi un enjeu essentiel de l'attractivité de l'hôpital public. Outre l'enjeu d'une meilleure répartition de ces contraintes, indispensables corollaires de la continuité des soins, entre les différents acteurs du système de santé, il convient de mieux prendre en compte ses conséquences sur la vie familiale et sociale mais aussi sur l'état de santé des agents. Dans le contexte d'une moindre acceptabilité sociale, leur faible indemnisation contribue aux tensions sur le recrutement de nuit du personnel médical et non médical.

Pour la FHF, un chantier sur ces thématiques doit donc répondre à deux attentes fondamentales :

- Valoriser davantage les sujétions (revalorisation des indemnités de travail de nuit et le week-end) pour garantir l'attractivité des postes indispensables à la continuité du service public
- Intégrer une prise en compte de la pénibilité du travail et de l'usure physique dans la perspective d'une réforme des régimes de retraite (maintien de la catégorie active et gain d'ancienneté due au travail de nuit)

### IV. Réussir la réforme de la protection sociale complémentaire et de la prévoyance dans la FPH : assurer le financement et donner des marges de manœuvre

L'accompagnement des professionnels en matière de risque maladie et santé est un engagement précoce et historique des employeurs hospitaliers incarné à la fois par l'article 44 de la loi de 1986 sur les « soins gratuits » et par le dispositif dit « prestation maladie » du CGOS (devenue en 2021 aide sociale aux agents en situation de maladie), tous deux intégralement financés par les établissements publics de santé au bénéfice de leurs agents.

L'ordonnance 2021-275 du 17 février 2021 rend obligatoire la participation des employeurs publics à la protection sociale complémentaire. Cette obligation de participation met fin à une inégalité entre les salariés des secteurs publics et privés dans une dynamique saluée par la FHF. Pour la FHF, cette mesure est à la fois un enjeu social d'amélioration de l'accès aux soins et de lutte contre le renoncement aux soins, mais aussi un enjeu d'attractivité. A ce titre, il est indispensable de donner aux établissements de la visibilité sur le financement de la couverture maladie complémentaire pour tenir le calendrier de mise en œuvre prévu pour les hospitaliers. Cet enjeu est d'autant plus prégnant que les agents de la fonction publique d'Etat bénéficient d'une participation employeur aux frais de complémentaire santé depuis ce début 2022. Pour garantir aux agents de la FPH un niveau de prise en charge similaire à celui des agents de la FPE, nous estimons un besoin de financement minimum de 216M€ (15€ X 12 mois X 1 200 000 agents publics hospitaliers).

Concernant la prévoyance, au regard de la situation historique de la FPH et du rôle du CGOS, la FHF souhaite a minima une adaptation du dispositif aux professionnels médicaux, ceux-ci n'entrant pas dans le champ de l'aide sociale aux agents en situation de maladie.

---

<sup>5</sup> « Organisation et contraintes du temps de travail : une typologie en six catégories », étude de la DGAFP, 2019.