

**RAPPORT DE LA COMMISSION THÉMATIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
chargée d'examiner l'objet suivant :**

**Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur le Postulat Philippe Vuillemin - CHUV - EMS :
relever le défi de la vieillesse passe aussi par l'égalité salariale des infirmières**

1. PREAMBULE

La commission s'est réunie le 30 août 2019 et le 11 octobre 2019.

Présent-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper (le 30.08.2019), Sonya Butera, Carole Dubois, Florence Gross (le 30.08.2019), Jessica Jaccoud, Christelle Luisier Brodard (le 30.08.2019), Léonore Porchet (le 30.08.2019), Graziella Schaller, Marion Wahlen (en remplacement de Christelle Luisier Brodard le 11.10.2019). MM. Sergei Aschwanden (en remplacement d'Olivier Petermann le 11.10.2019), Alexandre Berthoud (en remplacement de Florence Gross le 11.10.2019), Jean-Luc Chollet, Fabien Deillon (en remplacement de Thierry Dubois le 11.10.2019), Thierry Dubois (le 30.08.2019), Stéphane Montangero (en remplacement de Claire Attinger Doepper le 11.10.2019), Olivier Petermann (le 30.08.2019), Vassilis Venizelos (président), Philippe Vuillemin, Marc Vuilleumier, Andreas Wüthrich. Excusé-e-s : Mmes Claire Attinger Doepper (le 11.10.2019), Florence Gross (le 11.10.2019), Christelle Luisier Bordard (le 11.10.2019), Léonore Porchet (le 11.10.2019). MM. Thierry Dubois (le 11.10.2019), Olivier Petermann (le 11.10.2019).

Représentant-e-s du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) : Mmes Rebecca Ruiz, Conseillère d'Etat, Pascale Rumo, Secrétaire générale du DSAS (le 30.08.2019), Stéphanie Monod, Directrice générale, Direction générale de la santé (DGS), Chantal Grandchamp, Directrice finances et affaires juridiques à la DGS. MM. Marc Weber, Adjoint santé au DSAS (le 11.10.2019), Olivier Linder, Directeur hôpitaux et préhospitalier à la DGS (le 30.08.2019), Fabrice Ghelfi, Directeur général, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Pierre Hirt, Directeur accompagnement et hébergement à la DGCS.

2. RAPPEL HISTORIQUE

Déposé le 7 février 2017, le postulat Vuillemin demandait au Conseil d'Etat « *d'entente avec les partenaires, de revoir rapidement les prestations salariales fournies aux infirmières d'EMS en alignant, à diplômes, expérience et ancienneté égaux, les salaires des infirmières d'EMS sur ceux du CHUV* ».

Préoccupé par les inégalités soulevées par le député Vuillemin, le Grand Conseil a décidé le 18 septembre 2018, à l'unanimité, de renvoyer le postulat au Conseil d'Etat en lui demandant de « rapprocher les conditions de travail ».

La démarche du Parlement est venue appuyer un processus de négociation initié il y a plus de 5 ans. Le dossier est en effet jalonné de discussions entre les partenaires, d'analyses partagées et de décisions que nous rappelons ici. Toutes ces démarches ont été entreprises d'entente avec le DSAS et la Commission paritaire professionnelle (CPP), qui regroupe les représentants des employés et des employeurs.

En mars 2014, la Commission paritaire professionnelle (CPP) de la convention collective de travail du secteur sanitaire parapublic vaudois (CCT San) décide d'entamer une démarche de comparaison des salaires

entre les secteurs public et parapublic. En Juin 2015, un mandat est lancé. Cette première étude se concentre alors sur 29 fonctions dites « génériques » de la grille de classification des fonctions de la CCT San, sans les fonctions qui incluent de l'encadrement ou des responsabilités particulières.

Les résultats sont communiqués en février 2016. Le rapport démontre que, dans la grande majorité des comparaisons (22 sur 29), le salaire proposé par le secteur parapublic est globalement inférieur au salaire proposé dans le secteur public. Une étude complémentaire est lancée en décembre 2016. Cette étude porte sur une analyse comparative des salaires réellement versés sur l'année 2016 au CHUV et dans le secteur de la CCT San pour les 29 catégories de fonctions retenues dans l'étude antérieure.

L'étude menée par l'Institut de hautes études en administration publique (IDHEAP) confirme que dans la majorité des fonctions (23 sur 29), les salaires du CHUV sont plus élevés que ceux des établissements de la CCT San. En janvier 2018, l'étude conclut que si une égalisation des salaires devait avoir lieu entre tous les secteurs, en partant de la base CHUV, cela coûterait environ 49,5 millions de francs.

Pour compléter cette analyse, un mandat complémentaire a été confié à l'IDHEAP en juillet 2018. Cette étude porte sur le coût d'une éventuelle bascule des salaires versés par les employeurs appliquant la CCT San vers des salaires calqués, cette fois-ci, sur la convention collective de travail de l'Hôpital Riviera-Chablais (CCT HRC).

Le rapport livré par l'IDHEAP en novembre 2018 propose 2 scénarios qui portent toujours sur les mêmes 29 fonctions :

- Bascule vers la CCT HRC sans rattrapage à l'échelon pour un coût total estimé à 9,3 millions ;
- Bascule des salaires CCT San vers l'échelon qui est immédiatement supérieur à leur salaire dans la grille HRC pour un coût total de 13 millions.

Dans les deux scénarios, les fonctions de soins représentent 78% du coût de la bascule.

Cette étude est ensuite présentée lors des assises des 10 ans de la CCT San, le 30 novembre 2018. A cette occasion, le DSAS propose de retenir l'option d'une bascule vers la grille salariale de la CCT HRC, dès le 1^{er} juillet 2019.

Cette solution dépendant d'un accord formel des partenaires, le 3 avril 2019, les parties contractantes de la CCT San prennent l'engagement par convention de reprendre la grille salariale de la CCT HRC. Cette convention est signée par les organismes suivants : Association vaudoise d'institutions médico-psychosociales (HéviVA), Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS), Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD), Syndicat des services publiques (SSP), Association suisse des infirmiers et infirmières (ASI), Fédération syndicale SUD, Syndicat interprofessionnel SYNA, Avenir social, Association suisse des ergothérapeutes (ASE), Association du personnel des EMS vaudois (APEMS).

Le 1^{er} mai 2019, en réponse au postulat Vuillemin, le Conseil d'Etat décide de préconiser une bascule des salaires vers la grille salariale de la CCT HRC.

Depuis les débats en commission, les organisations syndicales SSP-Vaud, SUD et SYNA-Vaud, ainsi que les organisations professionnelles ASI-Vaud, Avenir Social, APEMS et ASE-Vaud ont lancé un préavis de grève pour le 5 décembre 2019.

Ces organisations revendiquent « l'amélioration des conditions de travail pour le personnel du secteur parapublic de la santé ».

3. AUDITIONS

La commission a procédé à plusieurs auditions pour étoffer son point de vue sur le dossier. Nous reprenons ici les éléments les plus saillants des échanges qui ont eu lieu.

Audition de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV)

La présentation proposée par la FHV donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

- Le Comité directeur de la FHV soutient le principe d'une revalorisation salariale. Les représentants de la FHV considèrent qu'un alignement sur la grille HRC implique toutefois « que les directeurs

d'établissement obtiennent les garanties financières nécessaires ». Il est précisé que tous les établissements n'ont pas la même sensibilité face à ces questions. La position de la FHV est donc nuancée.

- La FHV rappelle qu'elle a signé la convention du 3 avril 2019 avec trois conditions :
 - o Approbation des tarifs stationnaires et ambulatoires négociés dès 2020 ;
 - o Confirmation de la légalité (LAMal) du financement de charges salariales par l'Etat, via une prestation d'intérêt général (PIG) ;
 - o Garanties, si les tarifs négociés dès 2020 devaient être insuffisants, de l'octroi de PIG permettant de compenser la totalité des coûts liés à la bascule salariale, dans la durée et indépendamment de résultats financiers individuels des hôpitaux.
- Concernant les 29 fonctions retenues dans le cadre des démarches, la FHV rappelle qu'il existe une grille salariale historique avec un répertoire des fonctions construit de manière très différente de celui de l'HRC. La FHV a uniformisé ses règles pour entrer dans la communauté de la CCT San, tout en conservant des spécificités hospitalières. Ces spécificités ne se retrouvent pas dans les choix de l'HRC lorsque ce dernier a élaboré son répertoire des fonctions mariant les réalités valaisanne et vaudoise. Le travail d'harmonisation entre le répertoire des fonctions de la FHV et celui de l'HRC n'a que partiellement été réalisé. Des différences d'interprétation majeures subsistent entre partenaires sociaux mais aussi au sein de la plateforme des employeurs. S'agissant de la FHV, la part d'EPT non couverte par la grille salariale HRC se situe entre 17% et 20%, selon les établissements. Il s'agit des fonctions dites à responsabilité hiérarchique et/ou fonctionnelle : un responsable administratif mais aussi la ribambelle des cadres infirmiers spécialisés avec gestion d'équipe. Les 29 groupes de fonctions pris en considération dans les études préalables constituent donc, selon les propos de la secrétaire générale de la FHV « un raccourci méthodologique ».

Les commissaires s'étonnent des propos des représentants de la FHV qui semblent prétendre que le choix entre une « convergence salariale » et une « bascule » n'a pas été tranché par le Conseil d'Etat, alors que c'est très clairement l'option d'une « bascule » qui a été retenue par le Conseil d'Etat.

Par ailleurs, les doutes de la FHV sur la légalité d'un financement via les PIG n'ont pas lieu d'être. La LAMal semble suffisamment claire sur ce point. Le département considère en effet que les coûts liés à la bascule font partie des coûts imputables à prendre en compte dans le cadre des négociations tarifaires LAMal. Le département rappelle que si les tarifs négociés s'avéraient insuffisants, un éventuel financement complémentaire via les PIG serait étudié. La légalité d'un versement de PIG par les cantons pour couvrir les frais de personnel des hôpitaux et les compléments salariaux versés à ce personnel ne fait, selon le département, aucun doute.

Audition de l'Association vaudoise d'institutions médico-psycho-sociales (HéviVA) et de la Fédération patronale des EMS vaudois (FEDEREMS)

La présentation des représentants de la FEDEREMS et de l'HéviVA donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

- Coût pour le domaine des EMS : si l'on s'en tient aux 29 fonctions utilisées par l'IDHEAP et que l'on intègre les charges sociales, le coût de la bascule pour le domaine des EMS est estimé à 8,8 millions par an. Ce coût s'élève à 11,25 millions si l'on tient compte de l'ensemble des fonctions. Quant à la convergence, son coût est estimé à 45,2 millions.
- Soutien financier de l'Etat : la décision votée au sein d'HéviVA se base sur le postulat que 13 millions au total seront alloués par l'Etat en vue de la revalorisation salariale (3,7 millions pour le domaine des EMS pour les quatre derniers mois de l'année), sans complément en lien avec les besoins identifiés par ailleurs. Dans ces circonstances, l'HéviVA estime qu'il ne s'avère pas possible de couvrir l'ensemble du périmètre des missions assumées par les EMS. Dès lors, décision a été prise de se focaliser là où la pénurie de personnel et les phénomènes de concurrence se font le plus sentir, soit sur le personnel soignant et sur le personnel d'accompagnement (assistants socio-éducatifs travaillant dans les soins).

- Provisionnement : le nouvel arrêté tarifaire de juillet 2019 prend déjà en compte l'augmentation des salaires. Les deux associations faitières ont décidé de provisionner les montants considérés, ce jusqu'à clarification de l'ampleur des coûts et des mécanismes de la revalorisation salariale.
- Concurrence salariale : selon les représentants de la FEDEREMS, l'extension de la grille salariale de la CCT HRC à l'ensemble du domaine sanitaire parapublic vaudois améliore la situation mais ne règle pas les problèmes de concurrence salariale, en particulier dans la région lausannoise (proximité du CHUV). Certains commissaires relèvent qu'aucun effort n'a jamais été consenti par la FEDEREMS et l'HéviVA pour aligner les pratiques salariales entre établissements dans le cadre des conventions collectives précédentes.
- Socio-éducatif : tout ce qui touche à l'accompagnement et au socio-éducatif n'a pas été pris en compte. L'HéviVA et la FEDEREMS défendent la décision de principe de revaloriser non seulement les soins mais aussi le secteur socio-éducatif, passé sous silence dans les études alors qu'il participe aux soins. De nombreux commissaires remarquent qu'une telle mesure augmenterait encore les coûts de l'exercice que l'HéviVA et la FEDEREMS considèrent comme étant trop élevés même en se cantonnant à 29 fonctions.

Audition de l'Association vaudoise d'aide et de soins à domicile (AVASAD)

La présentation donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

- Doutes sur la mise en œuvre de la convention du 3 avril 2019 : les représentants de l'AVASAD expliquent qu'au moment de la signature de l'engagement commun, reprendre la grille salariale de la CCT HRC apparaissait comme une bonne solution pour faire avancer le dossier de la revalorisation salariale, gelé 10 ans durant. Récemment, l'AVASAD a demandé à un important partenaire syndical s'il n'était pas préférable, plutôt que de reprendre la grille HRC dans son ensemble, de se focaliser sur la revalorisation des fonctions qui nécessitent un soutien prioritaire. Une telle solution présenterait l'avantage de revaloriser suffisamment certaines fonctions (ciblage) plutôt que de revaloriser insuffisamment toutes les fonctions (arrosage). Le syndicat concerné tient clairement à la reprise de la grille HRC. Cette reprise s'avère possible pour autant, de l'avis de l'AVASAD, que le financement d'un tel modèle soit assuré. Dans la mesure où l'engagement commun du 3 avril 2019 est conditionné aux modalités d'application et de financement, l'AVASAD ne renie pas sa signature, du moins pour l'instant. Le président du Conseil d'administration tient à souligner le contexte difficile de financement des activités de l'AVASAD : confirmation au niveau fédéral de la volonté de maîtriser l'augmentation des coûts de la santé, souci permanent au niveau cantonal de répondre aux besoins d'un nombre croissant de patients par des prestations strictement nécessaires (contrairement aux organismes privés d'aide et de soins à domicile dont les activités présentent une finalité lucrative). Demander plus (revalorisation salariale) tout en n'accordant pas les moyens nécessaires à une telle revalorisation, ce dans un contexte de baisse des recettes, pourrait conduire certains présidents de région de l'AVASAD à, malheureusement, envisager des licenciements.

Certains commissaires s'étonnent de ce changement de position et rappellent que par leur signature, les représentants de l'AVASAD et l'ensemble des partenaires concernés se sont engagés à reprendre la grille salariale de la CCT HRC au 1^{er} juillet 2019.

Audition de la Fédération syndicale SUD et du Syndicat des services publics (SSP), région Vaud

La présentation donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

- « Un premier pas » : les représentants syndicaux considèrent qu'un changement de système salarial ne se réalise pas du jour au lendemain et nécessite de procéder par étapes. Dans ce processus, la bascule représente une première étape cruciale. La seconde étape, la convergence, doit encore faire l'objet d'études, d'un chiffrage validé et de négociations. La CPP est prête à mettre des moyens pour effectuer une étude. Fondamentalement, l'idée de réduire les iniquités avec le secteur public subsiste.
- Réaction en cas d'échec des négociations : les attentes du personnel du secteur sanitaire parapublic sont fortes. La pétition munie de plus de 7'000 signatures en témoigne. Une non-réalisation de la bascule conduirait à une mobilisation importante, voire plus, d'un personnel au courant de l'accord intervenu. La bascule dans la grille salariale de la CCT HRC relève déjà d'un compromis, la

revendication de base consistant en une égalité salariale avec le secteur public. A cela s'ajoute la question des disparités persistantes notamment au niveau des indemnités pour travail de nuit, du deuxième pilier, etc.

- Inégalités de traitement entre « anciens » et « nouveaux » collaborateurs ? : pour éviter qu'une personne nouvellement engagée soit mieux rémunérée, pour la même fonction, que le personnel déjà en place « basculé », un compromis a été trouvé au sein de la CPP. Il consiste à engager, pendant une période transitoire, toutes nouvelles personnes aux conditions salariales de la bascule, évitant par-là les inégalités de traitement. Il s'agit d'une décision commune entre organisations patronales et syndicales, actée au sein de la CPP le 10 juillet 2019.

Audition de SYNA, syndicat interprofessionnel et de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), section Vaud

La présentation donne lieu aux interrogations et commentaires qui suivent.

- Attractivité de la profession : le représentant de l'ASI met l'accent sur le nombre important de professionnel-le-s de la santé, et tout particulièrement d'infirmières et infirmiers, qui quittent leur profession après quelques années de pratique. S'il est vrai que – comme cela est indiqué dans le rapport du Conseil d'Etat en réponse au postulat Vuillemin – le nombre d'étudiant-e-s en soins infirmiers a augmenté et répond aux besoins des institutions de soins, les plus de 45% d'infirmières ne pratiquant plus leur profession (rapport de l'Observatoire suisse de la santé - Obsan de 2016) montrent qu'il y a un réel problème en Suisse en matière de condition de travail dans les soins. Former des professionnels pour qu'ils quittent leur profession, épuisés et abattus, au bout de quelques années est un non-sens économique et social. La question des salaires est importante, mais c'est plus généralement les conditions de travail (dotations, compétences, horaires, etc.) qui doivent être améliorées si on veut maintenir un nombre suffisant de professionnel-le-s dans les milieux de la santé, et par là garantir des soins de qualité à la population.
- Quels sont les facteurs de départ ? : l'étude précédemment évoquée de l'Obsan formule plusieurs hypothèses ayant trait au salaire, au ratio entre le nombre de patients et le nombre de soignants, aux horaires, à la complexification des soins, au niveau de stress, etc. Une partie du personnel infirmier et, plus généralement, du personnel soignant vit un épuisement professionnel et quitte la profession, non pas de gaieté de cœur mais pour se préserver.
- Les fonctions : la grille salariale de la CCT HRC permettra-t-elle de couvrir l'entier des fonctions du secteur sanitaire parapublic ? La grille salariale de la CCT HRC relève d'une convention hospitalière. A ce titre, elle catalogue les fonctions de l'entier du personnel du domaine hospitalier. De plus, la grille HRC n'a pas été construite au hasard mais selon des règles transposables par analogie aux autres secteurs (technique, logistique...). Ainsi, la grille HRC tient compte des fonctions ne demandant pas de qualification particulière (classes 1 à 5), requérant un CFC (classes 5 à 9) ou exigeant un diplôme de niveau ES, HES ou un CAS, un DAS, etc. La transposition de la grille HRC peut donc être envisagée sans trop de difficultés.

4. POSITION DU CONSEIL D'ETAT

La cheffe du DSAS tient à préciser les points suivants :

- Le dossier s'avère complexe. Du côté des employeurs, les trois acteurs (FHV, HévivA/FEDEREMS, AVASAD) ne vivent pas la même réalité, n'ont pas le même mode de financement et, surtout, pas la même compréhension de la décision du Conseil d'Etat faisant pourtant suite à un dialogue paritaire (employeurs et syndicats accompagnés par le DSAS) ayant débouché sur un accord. Au moment de la conclusion de l'accord, les parties n'ont pas signé la convention du 3 avril 2019 sous la contrainte et savaient a priori ce à quoi elles s'engageaient.
- Le Conseil d'Etat a toujours été clair dans l'orientation donnée à sa décision : celle d'une bascule, non pas d'une convergence, ce uniquement pour les 29 fonctions de l'étude menée par l'IDHEAP, bascule chiffrée à 13 millions selon la méthode de l'IDHEAP (soit 7,5 millions pour les EMS, 2,1 millions pour le domaine de l'aide et des soins à domicile et 3,4 millions pour la FHV).

- Depuis juillet, il semblerait que certains employeurs aient changé leur position, proposant d'aller au-delà de la décision du Conseil d'Etat et de passer directement à la convergence. Une convergence coûterait toutefois beaucoup plus cher. L'opportunité pour le Conseil d'Etat de se prononcer sur une convergence implique, de plus, de disposer de chiffres validés qui n'existent pas encore.
- Du côté des employés, les syndicats portent des revendications depuis un certain nombre d'années. En juillet, a été déposé dans ce cadre une pétition ayant recueilli 7'300 signatures. Il est par ailleurs rappelé que de fortes pressions syndicales voient le jour, avec une journée de mobilisation qui s'est déroulée le 5 novembre 2019 et un préavis de grève annoncée pour le 5 décembre 2019.
- Le Conseil d'Etat a récemment répondu de manière groupée à trois interpellations¹ dans le but de clarifier à nouveau auprès des différents partenaires la position du Conseil d'Etat.
- En l'état, les discussions continuent entre partenaires sociaux. Il semblerait que la position des employeurs varie en fonction de leurs intérêts particuliers. La cheffe du département rappelle que tout compromis doit intervenir en premier lieu entre partenaires sociaux (employeurs et employés) de la CPP, le DSAS jouant uniquement un rôle d'accompagnement.

5. POSITION DU POSTULANT

Le postulat a été déposé sans connaître l'existence des discussions menées, depuis au moins 2015, dans le cadre de la CPP. Les infirmières et les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) représentent le « bras armé » de tout directeur d'EMS pour justifier l'activité déployée dans son établissement. En effet, sans personnel soignant, un EMS est un hôtel, une pension, mais en aucun cas un lieu de soins. Il convient en conséquence de choyer le personnel qui, tous les jours, assure le fonctionnement de l'établissement. Le travail, difficile, des infirmières et aides-soignants mérite d'être correctement rémunéré.

Au-delà de cet aspect des choses, les écarts salariaux entre le personnel soignant du domaine sanitaire parapublic et du domaine sanitaire public (CHUV) engendrent de réels problèmes de recrutement pour les EMS en particulier. Un manque de personnel qualifié conduit à terme à des plaintes relatives à la qualité des soins.

Dans son rapport daté du 17 octobre 2017, la Commission thématique de la santé publique (CTSAP) a relevé qu'il s'agissait de « rapprocher les conditions de travail » plutôt que « d'aligner les salaires ». Moyennant cette réserve, la commission a recommandé à l'unanimité au Grand Conseil de prendre en considération le postulat, ce que le Grand Conseil a fait. Il apparaît dès lors compréhensible que le Conseil d'Etat ait élargi la portée du postulat, quand bien même cela ne correspondait pas au départ à la volonté du postulant. En effet, ce dernier craignait que, noyée dans un plus grand ensemble, la revalorisation des infirmières et ASSC n'aboutisse à rien. Devant le Parlement, le postulant a précisé qu'il ne s'opposait pas à ce que la situation soit examinée dans les CMS. Il n'a toutefois pas indiqué que l'attention devait forcément porter sur le cuisinier de l'EMS ou d'autres catégories professionnelles non soignantes. Le postulant note toutefois que l'élargissement du périmètre au-delà des infirmières et ASSC relève d'un choix délibéré de la CPP.

L'auteur du postulat souligne l'importance à ce que les partenaires se parlent puis, lorsque des décisions sont prises, les appliquent. Le déroulement du processus se montre donc clair : la bascule doit être mise en œuvre, ensuite les partenaires poursuivent les discussions. Au demeurant, la CCT HRC s'avère la convention la plus récente négociée avec succès, malgré les difficultés, dans le cadre d'un établissement de soins. Il serait de bon ton que les partenaires s'inspirent de l'esprit constructif qui a présidé à l'élaboration de la CCT HRC, afin de trouver une solution acceptable aussi pour le personnel travaillant en EMS. Dans ce contexte, fixer un calendrier aide à faire avancer les choses.

Le postulant accepte la réponse du Conseil d'Etat, tout en réaffirmant qu'il importe que, au final, les infirmières et ASSC ne soient pas les oubliés de l'affaire.

¹ Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation (19_INT_341) Gérard Mojon et consorts - Convergences des pratiques salariales dans le secteur sanitaire vaudois : comment comprendre les conséquences financières de la décision du Conseil d'Etat du 1er mai 2019 ? Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation (19_INT_342) Florence Gross et consorts - Convergence des pratiques salariales dans le secteur sanitaire vaudois : un cadeau empoisonné pour les EMS ? Réponse du Conseil d'Etat à l'interpellation (19_INT_384) Florence Gross et consorts - Le processus de convergence des pratiques salariales dans le secteur sanitaire vaudois est-il réellement maîtrisé ?

6. DISCUSSION GENERALE

Pourquoi avoir choisi la grille salariale HRC comme référence ?

La grille salariale HRC est devenue la référence pour les comparaisons salariales, car elle est la plus récente pour laquelle les partenaires sociaux ont abouti à un accord après des négociations intenses. Elle a de plus donné lieu à des évaluations chiffrées, évitant par-là de devoir procéder à des calculs plus complexes et potentiellement hasardeux. D'autre part, la grille salariale HRC permet d'envisager de manière plus raisonnable la réduction des différences salariales entre le secteur public et le secteur parapublic. La grille HRC apporte des conditions salariales meilleures que celles de la CCT San.

Bascule ou convergence ?

La confusion engendrée par l'emploi du terme de convergence a été levée par le biais des réponses du Conseil d'Etat aux diverses interventions parlementaires déposées sur le sujet ainsi que par des précisions fournies directement aux partenaires sociaux. Il reste que le Conseil d'Etat se montre favorable à terme à une convergence salariale dans le domaine sanitaire parapublic. Une telle convergence s'avère impossible à mettre en œuvre dans l'immédiat en raison des coûts occasionnés. C'est donc bien l'option de la bascule (et non de la convergence) qui est retenue.

Pourquoi l'accord passé entre les partenaires inclut-il d'autres professions que le personnel soignant ?

Si le postulat Philippe Vuillemin se centre spécifiquement sur les professions infirmières, il n'apparaît toutefois pas adéquat, pour des raisons d'équité interne au système de rémunération propre à une convention collective de travail, de refuser une revalorisation à d'autres professions exigeant un niveau de formation équivalent ou assumant un degré de responsabilité comparable. Par ailleurs, les discussions menées avec les partenaires précèdent le dépôt du postulat Philippe Vuillemin et c'est dans le cadre de ces réflexions qu'il a été décidé de retenir 29 fonctions.

Faut-il étendre/restreindre le périmètre ?

Le discours des employeurs, notamment des EMS, varie : certains souhaitent concentrer la revalorisation salariale sur les ASSC et, peut-être, les infirmières, d'autres veulent que toutes les fonctions soient touchées. Les syndicats, compte tenu en particulier de la réévaluation du salaire minimum, plaident pour une cohérence du système de rémunération et l'adoption à ce titre d'une vision d'ensemble. Les fonctions de soins représentent 78% du coût de la bascule chiffrée à 13 millions. Nonobstant, même si l'Etat est associé aux discussions de la CPP, c'est à cette dernière de définir le périmètre de la revalorisation.

Pourquoi n'avoir pris en compte que 29 fonctions ?

Il est rappelé que les études réalisées ne prennent en considération que les fonctions de base, pas certaines fonctions spécialisées ou les fonctions de management qui constituent pas ailleurs une petite partie de la masse salariale du secteur sanitaire parapublic. Modifier le salaire d'une fonction implique, afin de respecter l'équité interne du système de rémunération, de revoir l'équilibre de l'ensemble du dispositif considéré. L'option méthodologique de ne prendre en considération que les fonctions de base (29 fonctions) découle du choix de la CPP (cf. étude antérieure de PricewaterhouseCoopers). Les fonctions retenues couvrent l'essentiel des effectifs des établissements en question.

Quelles sont les 29 fonctions retenues ?

Il n'est pas toujours possible de trouver des équivalences entre les fonctions au CHUV et dans les autres établissements en termes de cahier des charges. Les études menées s'appuient sur des comparaisons entre des catégories de fonction, basées sur l'examen de fonctions comparables à défaut d'être équivalentes. Nous reprenons ici un tableau tiré du rapport final du 23 janvier 2018 de l'étude « Comparaison salariale entre les secteurs sanitaires public et parapublic » menée par l'IDEHAP. Ce tableau permet d'avoir une vision précise des 29 fonctions retenues dans le cadre des réflexions.

TABLEAU 1 LISTE DES FONCTIONS DE L'ÉTUDE ET NUMÉROTATION ASSOCIÉE

Fonctions	Niveau	n° catégorie de fonction	Fourchette de classes et fonction CCT SAN	Correspondance des fourchettes de classes et fonctions publiques (CHUV)
Soins et médico-techniques	Sans formation reconnue	1	5-7 Aide/Auxiliaire sans formation professionnelle reconnue dans le système CH (auxiliaire de santé CR ou équivalent, aide-infirmier)	3 Aide aux soins (ch 221) Ou Ch 231 (laboratoire et médico-technique support)
		2	7-9 Aide/Auxiliaire sans formation professionnelle reconnue dans le système CH (auxiliaire de santé CR ou équivalent, aide-infirmier)	4 Aide aux soins (ch 221) Ou Ch 231 (laboratoire et médico-technique support)
	Formation secondaire 2	9	9-11 Aide/Auxiliaire avec attestation fédérale professionnelle (AFP ASA)	3-4 Aide aux soins avec AFP + ASA (221)
		10	9-11 Aide/Auxiliaire avec diplôme d'aide-soignant	4-5 Aide aux soins (ch. 221) et assistance aux soins (ch. 222) avec diplôme d'aide-soignant
		11	10-12 Assistant en soins avec CFC de 3 ans	4-5 Ch. 232: avec CFC ex. laborantin (laboratoire et médico-technique assistance)
		12	12-14 Assistant en soins avec CFC de 3 ans	5 Assistance aux soins (ch. 222) avec CFC ASSC
		13	13-15 Assistant en soins avec CFC de 3 ans	6 Assistance aux soins (ch.222) avec CFC ASSC
	Formation tertiaire	22	15-17 Infirmier diplômé niveau 1	8 Soins (ch 225) – résulte d'une revalorisation de ces fonctions
		23	17-19 Soignant avec formation bachelor ou ES	8-9 Soins (ch 225)
		24	20-22 Soignant avec spécialisation utile à la fonction	10 Infirmier spécialisé (ch. 225)
		25	21-23 Infirmier clinicien	11 Spécialiste clinique (ch 226)
Animation-social	Sans formation reconnue	3	5-7 Aide/Auxiliaire sans formation professionnelle reconnue dans le système CH	3 Aide aux soins (ch 221)
		4	7-9 Aide/Auxiliaire sans formation professionnelle reconnue dans le système CH	4 Aide aux soins (ch 221)
	Formation secondaire 2	14	10-12 Assistant socio-éducatif avec CFC 3 ans	5 Aide aux soins (ch 222) CFC ASE
		15	12-14 Assistant socio-éducatif avec CFC 3 ans	5 Aide aux soins (ch 222) CFC ASE
	Formation tertiaire	26	17-19 Travailleur social diplômé HES ou ES	8-9 Conseil, intervention sociale (ch 201 ou 202) domaine 4
27		20-22 Travailleur social avec spécialisation utile à la fonction	10 Conseil, intervention sociale (ch 201-202) domaine 4	
Administratives	Sans formation reconnue	5	4-6 Aide sans formation professionnelle reconnue dans le système CH	3 Support administratif (ch 341), réception et guichet (ch 342), accueil téléphonique (ch 343)
		6	6-8 Aide sans formation professionnelle reconnue dans le système CH	4 Support administratif (ch 341), réception et guichet (ch 342), accueil téléphonique (ch 343)
	Formation secondaire 2	16	8-11 Assistant de bureau avec attestation fédérale professionnelle	3-4 Support administratif (ch. 341), réception et guichet (ch 342), accueil téléphonique (ch 343)
		17	10-12 Employé de commerce avec CFC de 3 ans	4-5 Secrétariat d'unité (ch 345), gestionnaire de dossier (ch 347)
	Formation tertiaire	18	12-14 Employé de commerce avec CFC de 3 ans	5 Secrétariat d'unité (ch 345), gestionnaire de dossier (ch 347)
		28	22-25 Employé de commerce avec brevet fédéral utile à la fonction	9-10-11 Profil de spécialiste (ch 361), par ex. contrôleur de gestion
Hôtelier, intendance, cuisine, technique	Sans formation reconnue	7	4-6 Aide sans formation professionnelle reconnue dans le système CH	2-3 Support (ch 301)
		8	6-8 Aide sans formation professionnelle reconnue dans le système CH	3-4 Transport (ch 302)
	Formation secondaire 2	19	8-11 Employé avec attestation fédérale professionnelle	4 Gestionnaire en logistique (ch 303)
		20	10-12 Employé avec CFC de 3 ans	4-5 Gestion des stocks (ch 303), restauration (ch 305) et conciergerie (ch 306)
	Formation tertiaire	21	12-14 Employé avec CFC de 3 ans	5 Gestion des stocks (ch 303), restauration (ch 305) et conciergerie (ch 306)
		29	20-22 Chargé de sécurité	9-10 : profil de spécialiste (ch. 361), par ex. Chargé de sécurité au travail, ou de sécurité physique des biens et personnes

Quel est le coût de la bascule ?

Le coût d'une bascule des salaires vers la grille de la CCT HRC pour les 29 fonctions est estimé à 13 millions², soit 7,5 millions pour les EMS, 2,1 millions pour le domaine de l'aide et des soins à domicile et 3,4 millions pour la FHV. Les chiffres de la bascule (13 millions) tiennent compte de l'essentiel des fonctions et des effectifs. Il convient d'y ajouter les charges sociales, les répercussions pour les années suivant la bascule ainsi que les 4,4 millions pour les heures de nuit, de piquet, du dimanche et les jours fériés.

Qui paie ?

Pour 2019, le DSAS dégagera de son budget la moitié des 13 millions (6,5 millions).

Pour les EMS, dès 2020, les coûts liés à la bascule seront intégrés dans les tarifs socio-hôteliers et le tarif des soins. Comme le rappelle le Conseil d'Etat dans sa réponse à l'interpellation Florence Gross (19_INT_342), « dès 2020, le financement émanera en principe du financement résiduel des soins pour le personnel soignant de institutions, à hauteur d'environ 5,5 millions de francs, et des tarifs socio-hôteliers pour le reste du personnel (accompagnement, technique, entretien, cuisine, buanderie, administratif, ...), à hauteur d'environ 2 millions de francs ».

Enfin, dans sa réponse à la question Alexandre Berthoud (19_QUE_037), le Conseil d'Etat souligne que « pour les hôpitaux et l'AVASAD, le Conseil d'Etat a demandé au DSAS de solliciter toutes les marges de manœuvre dont ces derniers disposent et, si celles-ci s'avèrent insuffisantes et en fonction de la situation financière individuelle de chaque hôpital, respectivement de l'AVASAD, d'inscrire les éventuels financements complémentaires nécessaires dans le cadre du processus budgétaire 2020 ».

A noter que les EMS reçoivent depuis le 1er juillet 2019 un complément de financement pour opérer la bascule. Les établissements provisionnent cet argent. Si aucun accord n'intervient, une décision sera prise par le Département concernant des montants qui a priori doivent servir le but pour lequel ils ont été versés.

² A noter qu'en prenant comme référentiel la grille du CHUV, on obtiendrait un coût de 49 millions.

Pourquoi l'Etat ne prend-il pas en charge l'ensemble des coûts de la revalorisation ?

L'Etat n'est pas l'employeur du personnel du domaine sanitaire parapublic et, en ce sens, il n'a pas la responsabilité d'assumer l'entier des coûts d'une revalorisation salariale du personnel concerné. Il y a contradiction à maintenir un domaine sanitaire non étatique soumis à concurrence et à exiger de l'Etat qu'il finance la totalité des augmentations salariales dans le domaine. Une étatisation impliquerait de placer l'entier du personnel du domaine sous le régime de la loi sur le personnel de l'Etat (LPers), à un coût bien supérieur à celui de la bascule envisagée.

Conclusion

En résumé, certains des commissaires exprimant des inquiétudes estiment que la bascule telle qu'envisagée (simple bascule d'un certain nombre de fonctions diverses) ne permet pas de réaliser les objectifs du postulat (revalorisation véritable – par le biais d'une convergence plutôt que d'une bascule – des fonctions soignantes les plus pertinentes). D'un certain point de vue, cette posture consacre une situation inédite où les syndicats défendent plutôt une position « minimaliste » (la bascule pour un certain nombre de fonctions) et où les organisations des employeurs soutiennent plutôt une position « maximaliste » (la convergence pour quelques fonctions).

Pour les autres commissaires, la cohérence du système de rémunération (payer de façon similaire des fonctions similaires en termes notamment de formation et de responsabilités) et la justice organisationnelle impliquent de ne pas revaloriser uniquement le personnel soignant. Les tergiversations des employeurs donnent l'impression que ces derniers souhaitent abandonner tout projet de revalorisation salariale. Il importe à ce titre que ne se concrétise pas la crainte des employés de voir, au final, aucune revalorisation s'effectuer.

Au final, bien que l'unique prérogative de la Commission thématique de la santé publique soit d'examiner le rapport du Conseil d'Etat sur le postulat, une majorité de la commission considère que les modalités de l'accord envisagé participent d'une revalorisation salariale attendue depuis longtemps et voulue de tous. Le fait que l'Etat contribue en partie à cette revalorisation est très encourageant et devrait inspirer certains employeurs récalcitrants. La majorité de la commission considère que les choses doivent aller de l'avant, en concrétisant sans plus attendre la bascule pour laquelle les partenaires se sont engagés en signant une convention. Cette première étape franchie, il s'agira de poursuivre les discussions notamment en vue d'une convergence salariale.

7. VOTE DE LA COMMISSION

La commission recommande au Grand Conseil d'accepter le rapport du Conseil d'Etat par 8 voix pour, 2 contre et 4 abstentions.

Yverdon-les-Bains, le 15 novembre 2019.

*Le président :
(Signé) Vassilis Venizelos*