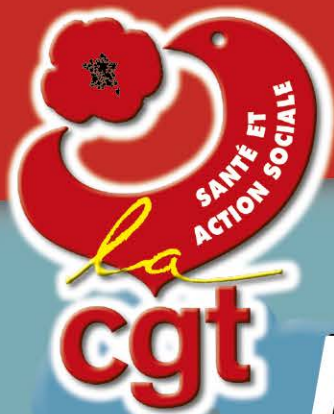


PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT



Retour sur les Journées d'Étude "Loi Santé"

16-17 février 2016 - Montreuil



En partenariat avec :



ENSEMBLE DEPUIS 31 ANS POUR FAIRE VIVRE LE TOURISME SOCIAL



Villages vacances en France
et Club 3000 à l'étranger



CONDITIONS AVANTAGEUSES
pour les titulaires
de la carte
Renseignez-vous !

**EN 2016, CÉLÉBRONS
LES 80 ANS DES CONGÉS PAYÉS !**



www.touristravacances.com

Associations et collectivités,
contactez votre attaché commercial Touristra Vacances

- Paris : 01 80 98 40 19
- Jouy aux Arches : 03 87 71 66 10
- Lyon : 04 72 41 75 31



4 INTRODUCTION
DE LA SECRÉTAIRE
GÉNÉRALE

5-6 INTERVENTION
IHS SUR LA SÉCU

7-8 INTERVENTION
SUR LES GHT

9-10 ENTRETIEN
AVEC PHILIPPE
BATIFOULIER

11-12 INTERVENTION
SUR LA FORMATION
CONTINUE

13 INTERVENTION
SUR LES CENTRE
DE SANTÉ

14 CONCLUSION,
REVENDEICATIONS
CGT

ÉDITO



**Une chose est certaine :
la loi Santé votée en décembre
dernier n'est pas une loi de santé
publique.**

Elle a une nouvelle fois été rédigée sous la dictée des impératifs libéraux de réduction des dépenses publiques et d'utilisation des prérogatives de l'État pour privatiser la santé. Elle est tout simplement dans la droite ligne des ordonnances Juppé (1996), des lois Mattei (2002) et de la loi HPST-Bachelot (2009) :

- Mise de la Sécurité Sociale sous tutelle de l'État ;
- Assujettissement strict de l'activité des établissements publics de santé
- Accentuation des « coopérations » public-privé ;
- Fusions, regroupements, réorganisations dans un objectif de diminution de l'emploi public ;
- Renforcement continu des pouvoirs des directeurs des agences régionales de santé.

Elle va même plus loin encore, puisqu'elle aménage les conditions du passage de 2 200 établissements publics autonomes et indépendants à moins de 100 Groupements Hospitaliers de Territoire, pilotés par des super-établissements vampirisant doucement mais sûrement tout le reste.

On ne s'oppose bien qu'à ce qu'on connaît, c'est pourquoi la Fédération a décidé d'organiser à Montreuil, les 16 et 17 février, deux journées d'étude sur la loi Santé, en partenariat avec l'IHS (l'Institut d'Histoire Sociale) et le cabinet Emergences. Ces deux journées ont été nourries de multiples témoignages, interventions et débats avec la salle. Ce numéro de *Perspectives Santé* leur est consacré.

Au-delà du diagnostic, ces deux journées ont tracé la nécessité partagée par tous de se mobiliser, en menant cette nouvelle bataille pour et avec la population, dans les territoires, en lien avec l'interprofessionnel, les médecins et les élu.e.s qui ne se satisfont pas de la destruction du service public.

Mireille STIVALA,
Secrétaire Générale de la Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

Publication de la Fédération
de la santé et de l'action sociale
Commission paritaire n° 1015 S 6676
ISSN : 0299-0369
Tirage : 70 000 exemplaires
Directrice de la publication :
Mireille STIVALA
Rédactrice en chef :
Amélie VASSIVIERE
263, rue de Paris - case 538
93515 Montreuil CEDEX
Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70
PAO : CARRÉMENT COM
Tél. 01 43 02 08 35
Impression :
RIVET PRESSE ÉDITION
Tél. 05 55 04 49 50

MIREILLE STIVALA, SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE LA FÉDÉRATION DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE

Chères et chers camarades,

Après la loi HPST, la T2A, le projet de loi sur le financement de la Sécurité Sociale et l'ONDAM historiquement bas, la nouvelle loi dite de « modernisation de notre système de santé » va contraindre davantage encore notre secteur à l'austérité.

Contrairement à ce qui a été dit, les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) vont dégrader l'égalité d'accès aux soins et nos conditions de travail et d'emploi.

Encore une fois, les transferts d'activités entre établissements vont éloigner les patients de leurs lieux de vie, engendrer des disparités territoriales et dégrader la prévention et la santé de la population.

Encore une fois, au prétexte de mises en commun, les professions vont subir des fusions de nombreuses fonctions, telles la logistique, la formation professionnelle, la biologie, la radiologie, la pharmacie et l'information médicale...

Encore une fois, les professionnel.le.s risquent de connaître des mobilités géographiques subies. Le protocole « Parcours Professionnels, Carrières et Rémunération » (PPCR) les annonçait déjà. La CGT ne l'a pas signé.

Nous avons toujours combattu les Ordres professionnels en intersyndicale. Ils se voient pourtant confirmés dans la loi, à travers notamment un rôle de contrôle de l'obligation du Développement Professionnel Continu (DPC). Le gouvernement allait initialement dans notre sens en ce domaine. Force est de constater qu'il ne s'agissait là que de promesses d'avant élections.

L'exercice en pratique avancée, également prévu dans la loi, vise à permettre à certaines professions paramédicales de prendre des décisions complexes et de pratiquer des soins élargis. Il y a pour nous une confusion entre la spécialisation et la pratique avancée. Nous n'y sommes pas favorables.

Dans les établissements, la place des ARS et des Commissions Médicales d'Etablissement (CME) est de nouveau surdimensionnée, tandis que celle de la représentation du personnel est reléguée au dernier plan, sur tous les sujets, y compris la création des GHT.

Le développement de l'ambulatoire fait la part belle aux professions libérales, en lieu et place de tout projet de prise en charge du suivi post-hospitalisation par le service public.

Concilier travail, vie familiale et vie sociale devient un casse-tête, surtout pour les femmes, très présentes dans nos établissements.

Remises en cause des 35 heures, des organisations du travail et de la pénibilité de nos métiers, financement de la Sécurité Sociale en retrait, concentration de nos établissements dans les GHT, stagnation de nos salaires : tout concourt à dégrader nos acquis et nos intérêts, en nous sacrifiant à l'autel des économies du système public de santé.

Beaucoup de militants font face à des sanctions et à des intimidations. Le 4 février était une journée de mobilisation sur ce sujet.

Depuis le congrès de Reims, notre Fédération a été à l'initiative de plusieurs mouvements nationaux, en intersyndicale avec FO et SUD (le 25 juin, le 1er octobre) et partie prenante des journées d'action confédérales du 25 juin, 8 octobre, 4 février, etc.

Le 26 janvier en intersyndicale, nous avons défilé pour les salaires dans la Fonction publique.

Tandis que des milliers d'heures supplémentaires se cumulent sur les Comptes d'Epargne Temps, que les salaires sont gelés dans la FPH et que le patronat attaque les conventions collectives dans le privé, l'ONDAM est annoncé à 1,75%. Nos emplois seront encore la variable d'ajustement. C'est donc une nouvelle provocation.

Logiquement, les luttes s'amplifient dans les établissements.

Notre taux de syndicalisation progresse constamment : nous dépassons 75 000 syndiqué.e.s qui veulent la défense de leurs intérêts, mais aussi une autre vision de la politique de santé et d'action sociale, fondée sur la proximité, la solidarité, la gratuité et la qualité des soins, dans un grand service public de haut niveau.

Notre slogan « la santé n'a pas de prix » résonne pour nous doublement, comme professionnel.le.s et comme usagers.

Alors, poursuivons notre mobilisation pour faire connaître les revendications de la CGT.

Ne subissons pas cette énième loi !

Ces deux jours vont-nous permettre d'affiner nos stratégies de lutte. Connaître les dispositions de cette loi, c'est nous mettre en conditions pour mieux la combattre. Place à l'analyse, aux échanges et aux débats !

De la solidarité à l'efficiency :

70 ans qui ont changé le paysage de la santé et de la protection sociale



Intervention d'Hélène DUBEROS,

**Présidente de l'Institut
d'Histoire Sociale
CGT Santé/Action sociale**

Je voudrais rappeler que la Sécurité Sociale est née aux lendemains de la seconde guerre mondiale de la volonté du Conseil National de la Résistance de proposer un projet social ambitieux. Le souci primordial était de permettre aux salariés d'avoir une vie meilleure et de leur donner des droits nouveaux, les mettant à l'abri des difficultés. Tout cela dans une démocratie retrouvée et renouvelée.

La création de la Sécurité Sociale a fait l'objet de luttes intenses, conduites par Ambroize Croizat, ancien secrétaire général de la Fédération CGT de la métallurgie, alors Ministre communiste du Travail et de la Sécurité Sociale, en raison en particulier de l'opposition du patronat.

Ces luttes et les attaques répétées contre la Sécurité Sociale seront constantes, jusqu'à nos jours : citons par exemple le blocage du plafond des cotisations et la diminution des prestations en 1949 ; la tentative en 1953 du gouvernement Laniel de repousser à 70 ans (au lieu de 65) l'âge du départ à la retraite des fonctionnaires ; l'augmentation du ticket modérateur en 1959 ; la séparation des caisses, la suppression des élections et l'introduction du paritarisme en 1967, mais le recul du gouvernement sur la mise en place d'une franchise ; la loi Boulin de 1971 avec le passage de 120 à 150 trimestres de la période d'assurance ouvrant droit à la retraite avec pension à taux plein, sur la base désormais des 10 meilleures années, et non plus celle du dernier salaire ; en 1987 le plan Seguin de « rationalisation des dépenses de l'assurance maladie » avec entre autres la révision de la liste des ALD ; en 1995, dans le cadre du plan Juppé, le recul du gouvernement sur les retraites, mais la mise en place d'une politique comptable en matière de santé et de protection sociale.

Tout au long de ces années et aujourd'hui encore, les gouvernements successifs n'ont jamais cherché de nouveaux moyens financiers pour la Sécurité Sociale, correspondants aux évolutions économiques de notre pays. Le patronat refuse tout partage des richesses, en particulier toute augmentation de salaire ou de cotisation pour ce qui le concerne.

La mise en place de la Sécurité Sociale a été un véritable bouleversement pour le secteur de la santé. Elle a permis d'ouvrir les hôpitaux à tous les malades, et non plus aux seuls indigents, de faire avancer la

recherche médicale, d'éradiquer certaines maladies (comme la tuberculose), de mettre un terme à la politique psychiatrique asilaire et de faire progresser l'espérance de vie.

Elle a aussi été utilisée, par le secteur privé, pour asseoir ses profits, le remboursement des soins rendant les patients solvables. Plus globalement, depuis les années 70, au fil des lois successives, il est à déplorer que la démarche soit toujours celle de la « réduction des dépenses » et de la privatisation croissante de la santé, avec l'appui de l'Etat, dont les pouvoirs sur les établissements sont sans cesse renforcés. Ainsi, la loi hospitalière de 1970 a donné la possibilité au secteur privé d'offrir des soins en lieu et place du secteur public, et a donc permis de diminuer les lits du secteur public sous prétexte d'éviter les doublons ; la loi de janvier 1978 a instauré le forfait soins, première modification de la tarification ; la loi de décembre 1979 a permis au ministre de la santé de décider des fermetures de lits ; la loi de janvier 1983 a mis en œuvre la dotation globale de financement et instauré un forfait journalier à la charge de l'assuré ; la loi de janvier 1984 a institué une tutelle renforcée des préfets ; la loi de juillet 1991 a permis de diminuer de façon importante les services hospitaliers publics, en drainant, via la répartition des spécialités au niveau régional, les secteurs les plus rentables vers le secteur privé à but lucratif ; l'ordonnance d'avril 1996 a mis en place la dotation globale qui fixe un budget, non pas en fonction des besoins hospitaliers de la population, mais en fonction de prévisions bureaucratiques de dépenses de Sécurité Sociale, eux-mêmes fixés par l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM), compris dans la loi de financement de la Sécurité Sociale dont le projet est discuté par le parlement...

En conclusion de cette intervention (que le temps m'oblige à arrêter au changement de siècle), je dirai que la création de la Sécurité Sociale a permis un essor sans précédent de la prise en compte des problèmes de santé, mais que tout a été mis en œuvre, ensuite, pour diminuer les coûts remboursables et par là même, les structures hospitalières publiques. C'est le secteur public qui supporte les coûts de la formation du personnel et de l'essentiel de la recherche..., dont profite ensuite le secteur privé, et notamment l'industrie pharmaceutique (dont le prix des médicaments pèse fortement sur les dépenses hospitalières). Les structures privées à but lucratif ont investi tout ce qui rapportait le plus, et les dépassements d'honoraires génèrent, pour une partie de plus en plus grande de la population, une difficulté croissante à se soigner. Le but désormais n'est plus d'adapter la réponse aux besoins, mais de diminuer l'offre publique pour que la Sécurité Sociale dépense moins... et que le secteur privé s'enrichisse avec les patients les plus rentables !

AU FIL DES DEUX JOURNÉES, CE QU'ONT DIT NOS MILITANT-E-S

Sur la Sécu et l'organisation des soins

CH Bretonneau

« Il est logique que les dépenses de santé augmentent : la population augmente et vieillit, les maladies chroniques augmentent, de même que les cancers liés à différents problèmes environnementaux... Or le choix des gouvernements est de donner le moins possible au public, le plus possible au privé. Pour la gériatrie, nous constatons de moins en moins de lits publics, et de plus en plus de lits privés. Faute de moyens, faute de qualifications, il y a régulièrement des drames dans les EHPAD. Des hôpitaux de gériatrie ferment. En ce moment, nous sommes en lutte pour l'hôpital Charles Richet de Villiers-le-Bel qu'ils veulent fermer. »

GH du Havre

« On voit les effets du virage ambulatoire sur le fonctionnement des blocs, avec de grandes ouvertures de plages horaires (on doit opérer très tôt le matin jusqu'à très tard le soir) et des fermetures de lits. Rien n'est organisé pour le retour au domicile des patients opérés, notamment pour les personnes âgées. Nous sommes aussi très inquiets pour nos collègues de nuit : avec les nouvelles plages horaires et le virage ambulatoire, que vont-ils devenir ? Nous constatons également que les séjours en maternité sont raccourcis. Nous sommes maintenant à maximum 48 heures. L'HAD ne fonctionne pas si bien que cela non plus. C'est un réel recul pour la femme et l'enfant. »

ASE de Paris

« On nous a annoncé la fermeture du site de Pontourny en Indre-et-Loire, en lien avec la réforme territoriale et le schéma départemental qui vise à rapprocher les établissements de Paris. Ce sont 42 jeunes mineurs isolés étrangers qui sont accueillis. C'est la casse d'un dispositif éducatif et pédagogique reconnu. Ce sont aussi 49 agents qui y travaillent, sans aucune possibilité de reconversion dans la région, puisque ce n'est pas un bassin d'emploi. Les indemnités qui pourraient être proposées pour l'emménagement et le logement autour de Paris sont dérisoires. Nous sommes dans une impasse. Des regroupements d'établissements, notamment de structures d'accueil familiales, sont également en cours, ce qui va impliquer des suppressions d'emploi par non-renouvellement de départs à la retraite, ainsi que des mobilités forcées. »

GH Public Sud Oise (Creil/Senlis)

« Nous constatons une culpabilisation de plus en plus forte de la personne, du salarié malade, du salarié handicapé... Peu à peu, nous allons vers une nouvelle définition de la solidarité, comme on le voit avec les migrants : il y a celle qui se mérite, et celle qui ne se mérite pas. »

Union syndicale départementale 33

« Nous avons des problèmes de démocratie médicale. A Oloron-Sainte-Marie, nous assistons à une motion, portée par toute la communauté médicale de l'établissement, pour fermer la maternité. Pourquoi ? Parce que les gynécologues-obstétriciens de la maternité ont 66, 68, 69 ans ! Qu'est-ce que vous voulez qu'ils fassent ? Il va donc falloir que les salariés des établissements mobilisent autour d'eux la population, les élus, pour maintenir l'établissement. »

CH du Mans

« La Sécu est toujours moderne. Le problème de fond, ce n'est pas ce qu'on nous dit à longueur de temps, que cela coûte trop cher. Le problème de fond, c'est bien l'esprit de solidarité et de partage des richesses produites par le travail, qui était à la base même de la création de la sécurité sociale. »

CH d'Avignon

« Sans luttes très fortes, non seulement sur la situation dans nos établissements, mais aussi sur la protection sociale et son financement, nous n'y arriverons jamais : on va toujours nous opposer de façon idéologique et économique le coût du travail et le coût de la sécurité sociale. Posons donc dans nos luttes l'exigence d'une protection sociale de haut niveau, de façon à obtenir les financements nécessaires à l'activité. »

Union syndicale départementale 09

« Dans l'Ariège, nous sommes dans un petit territoire de 152 000 habitants, avec des hôpitaux qui ont obtenu le label « Hôpital isolé », afin de rattraper le déficit que crée la T2A. Mais les sommes qui vont avec ne suivent pas. Notre territoire est l'un des plus pauvres de France. Toutes ces lois qui tombent les unes derrière les autres dégradent la santé de la population et des salarié.e.s. Dans les hôpitaux comme dans les maisons de retraite, les agents ont maintenant du mal à suivre. Nous sommes donc entrés dans un système de lutte, où nous dénonçons tous les jours la baisse des financements, et en particulier la baisse de l'ONDAM, qui n'a jamais été aussi bas. Nous avons aussi la problématique des fermetures d'usines. Nous allons donc travailler un processus de mobilisation avec l'interpro. Nous allons dénoncer tout ça, non pas auprès des directions, qui ne font qu'obéir aux ARS, mais auprès des politiques et des pouvoirs publics. »

CHU de Rouen

« Une clinique privée est en plein développement à proximité du CHU, parce que toutes les interventions du SMUR sur les pathologies cardiaques lui sont systématiquement adressées. Le CHU avait une grosse vitrine de cardiologie avant. Maintenant elle a complètement disparu. »



GHT : dangereuse concentration et recul démocratique

Intervention de Jean-Luc GIBELIN,

membre de la CE de l'UFMICT

En préambule, deux points me paraissent importants à souligner à propos de la loi Santé :

- 1°) la nécessité de connaître cette loi pour pouvoir mieux s'y opposer. En effet, dire qu'on y est opposé ne suffit pas : pour la combattre, il faut connaître les éléments concrets de sa mise en œuvre.
- 2°) il faut aussi ne pas oublier que cette loi a été moins massivement combattue que la réforme Bachelot, sa nocivité étant masquée, entre autres, par le tiers-payant. Il faut absolument se garder de croire qu'il y aurait un rejet massif, naturel, qui irait de soi, de cette loi : c'est à nous de convaincre, dans l'objectif d'obtenir qu'elle ne soit pas mise en œuvre.

Cela étant posé, quelles sont ses caractéristiques ?

- Elle a été appliquée avant même son vote au Parlement ;
- Elle porte un titre, « loi de modernisation de notre système de santé », qui lui a été donné pour essayer de la rendre acceptable ;
- Elle ne comporte aucun volet financier, car en réalité il s'agit de la mise en musique du plan Valls de réduction des dépenses publiques ;
- Elle ne prévoit pas moins de 35 sujets, et pas des moindres (secteur médico-social, soins de ville, santé publique, GCS...), légiférables par ordonnances, autrement dit sans concertation et sans débat parlementaire ;
- Elle est liée au récent découpage de la France en 13 nouvelles régions ;
- Elle poursuit l'objectif, non pas de diminution des dépenses, mais de diminution des dépenses remboursées, en réponse au souhait du monde financier de faire des profits sur le terrain du non-remboursé ;
- Elle rend obligatoires les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Les GHT ne doivent pas être confondus avec les communautés hospitalières de territoire (CHT). Non pas seulement parce qu'ils sont obligatoires, tandis que les CHT ne l'étaient pas. Mais aussi et surtout, parce que cette obligation répond à l'objectif de passer de 2 200 établissements publics de santé autonomes et indépendants à moins de 100, et à la volonté politique d'avoir un GHT et un seul par territoire.

Il s'agit là d'un mouvement inédit d'hyper concentration, sans précédent dans l'histoire de l'hospitalier en France. Le plus scandaleux est que ce mouvement ne s'affiche pas comme tel. La loi Bachelot, que nous avons à raison

combattue, relevait d'une démarche claire d'affrontement idéologique, qu'il était plus aisé de combattre comme telle. Cette nouvelle loi, elle, se drape de tous les oripeaux de la paix sociale et de la non-nocivité, pour mieux compliquer notre travail de mobilisation.

En pratique, de fait, les sites vont continuer à exister, les conseils de surveillance vont demeurer, les présidents des conseils de surveillance vont continuer de présider, le panneau hôpital va rester accroché à l'entrée de l'établissement... Mais c'est en fait un établissement-pivot (ou support), auquel des compétences et des activités vont être transférées, qui va tout gérer.

Doucement mais sûrement, des zones de faiblesse vont apparaître, sur la carte du maillage public du territoire, où vont fleurir des établissements à but lucratif.

C'est le DG d'ARS qui va décider des territoires de santé, qui vont eux-mêmes structurer le périmètre de chaque GHT. Il y a là matière à intervenir syndicalement, en exigeant des DG d'ARS qu'ils communiquent dès maintenant le découpage réel des territoires et la localisation des lieux pivots.

Qu'en est-il des transferts de compétence de chaque établissement vers l'établissement-pivot du GHT ?

Ils sont de deux types :

- des transferts à caractère obligatoire : l'informatique hospitalière, l'information médicale, la fonction achat, la coordination du DPC et du plan de formation, la coordination des établissements de formation, l'imagerie médicale et la biologie médicale ;
- des transferts à caractère optionnel (officiellement, mais dépendants en dernière analyse de ce que décidera l'ARS) : la gestion d'équipes médicales communes aux différents membres du groupement, la mise en place de pôles inter-établissements, des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Ce sont donc désormais à peu près tous les sujets qui vont pouvoir faire l'objet de transferts de compétences vers l'établissement-pivot du GHT.

Dans chaque établissement, la vigilance syndicale va devoir en particulier se porter sur les autorisations d'activité : au moment du renouvellement d'une autorisation, ou même en cours d'autorisation, il va falloir veiller à ce qu'il n'y ait pas transfert de l'autorisation de l'établissement vers l'établissement-support, sans quoi, c'est ce dernier qui va ensuite, pouvoir transférer très facilement l'activité d'un site vers un autre... Si demain l'établissement-pivot a la totalité des autorisations en gestion, cela signifie qu'il a demain la possibilité de répartir les autorisations (et à terme le personnel) où bon lui semble sur le territoire.

Il va aussi falloir que nous soyons très attentifs aux GCS, parce que c'est sans doute cette structure qui va être mise en place pour coordonner chaque GHT, puisqu'elle est moins lourde à mettre en place que les directions communes ou les fusions.

AU FIL DES DEUX JOURNÉES, CE QU'ONT DIT NOS MILITANT-E-S

A propos des Groupements Hospitaliers de Territoire

CH de Lens

« Nous sommes en plein dans cette restructuration. On va être hôpital pivot. L'hôpital connaît un GCS avec du personnel public qui est parti travailler en entreprise privée. Nous nous inquiétons des ordonnances à venir, sur les GCS en particulier, dont nous ne contrôlons absolument rien ou presque à ce jour par le biais des instances. Qu'en sera-t-il des instances demain, dans les futurs GCS ? Nous voyons également apparaître des projets médicaux qui vont devenir communs avec telle ou telle structure, en fonction de quoi on nous dira : « Nous avons ici besoin de x contractuels », au détriment de la titularisation et de l'emploi public. On va aussi nous dire qu'il faut rejoindre le GCS. Aujourd'hui, le personnel de la fonction publique hospitalière peut refuser la mise à disposition dans un GCS. Qu'en sera-t-il demain ? Les ordonnances en cours de rédaction ont manifestement pour objectif de rendre obligatoire, et sans discussion possible, l'affectation de personnel de la FPH dans les GCS. Par conséquent, ne laissons pas les choses se faire. »

Union syndicale départementale 25

« Nous avons des élu.e.s dans les ARS. Il nous faut donc travailler à notre démarche dans les ARS, parce que les autorisations d'activité et les transferts se décident là. »

Union syndicale départementale 51

« La directrice du CH de Châlons-en-Champagne a déjà travaillé sur le GHT, avant même la publication de la loi, puisque des conventions avec le CHU de Reims sur certaines spécialités sont déjà en place. »

Collectif médecins / Commission nationale de psychiatrie

« Il y a dans la loi l'objectif de contourner les résistances. L'idée de regrouper les structures de soins pour faire des économies d'échelle n'est pas nouvelle. Nous avons été confrontés durant les décennies précédentes à des fusions hospitalières, qui ont été des échecs, comme un rapport de l'IGAS l'a montré. La nouveauté est plutôt de chercher à éviter tout conflit de fond, en général et avec les médecins en particulier, pour faire passer la loi. En ce qui concerne la psychiatrie, on voit bien que c'est de cela qu'il s'agit. Cette loi entraîne la destruction du secteur de psychiatrie, ne serait-ce que parce que la logique du territoire n'est pas du tout la logique du secteur en matière de proximité de soins. Mais la disparition du secteur n'est pas annoncée, de façon à éviter tout conflit avec les professionnels. La question des moyens, outre celle de la disparition du secteur, est également posée. Nous savons déjà que les services de psychiatrie qui se trouvent dans les hôpitaux généraux ont des moyens de beaucoup inférieurs à ceux des CHS. C'est ce qui va se passer pour les CHS dans les GHT. »

CH de Bastia

« Nous craignons une nouvelle réduction de nos moyens avec la loi Santé, avec un territoire de santé qui couvre toute la Corse, et nous en avons marre de partir de l'autre côté de la Méditerranée pour nous faire soigner. »

CH de Brioude

« Je viens d'un petit établissement de proximité, en Haute-Loire, qui doit en partie la survie de son service de chirurgie à ses partenariats avec le CHU de Clermont-Ferrand, qui est dans un autre département, le Puy-de-Dôme, pour des raisons géographiques et d'infrastructures. Le conseil de surveillance de l'établissement s'est positionné pour un GHT avec le CHU de Clermont, pour conforter ce partenariat, mais l'ARS a décidé d'un GHT départemental Haute-Loire, nous rattachant au Puy-en-Velay. M. Wauquiez, député de Haute-Loire, président du Conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes, ancien maire du Puy-en-Velay est passé par là, bien entendu, pour assurer la pérennité de son CH au Puy, qui rencontre lui aussi des difficultés, notamment de fuites de patients sur Saint-Etienne. Que Brioude tombe dans l'escarcelle du Puy, c'est une aubaine pour le Puy. On voit bien ainsi notre avenir sur Brioude : le service de chirurgie risque de fermer. Voilà les conséquences probables du GHT. »

CHU de Toulouse

« Concernant le GHT, nous voyons bien que la pharmacie centrale va phagocyter toutes les autres pharmacies. Pour les laboratoires, c'est mis en place via un GCS. Nous constatons que les chirurgiens se déplacent maintenant d'un établissement à l'autre, et les patients aussi. Pas plus tard que la semaine dernière, nous avons vu que les plannings allaient être uniformisés partout, ce qui nous interroge sur l'affectation à venir des agents. Sur la question de l'HAD, l'hôpital refuse de créer une HAD publique, ce qui génère des inégalités entre les patients. Il y a aussi une question de fond : si l'obligation de rejoindre le GCS voit le jour dans les futures ordonnances, il va y avoir beaucoup de mobilités forcées. »

CHU de la Timone

« Il y a trente ans, l'APHM c'était seize établissements. Aujourd'hui c'est trois et demi : l'hôpital Nord, qui connaît des mesures drastiques, si bien qu'on s'interroge sur son avenir ; l'hôpital Sainte-Marguerite, au Sud, qui n'est plus que l'ombre de lui-même, et qui est devenu une coquille vide ; et dans le centre-ville, la Timone, qui devient l'hyper-concentration de l'offre de soins publique à Marseille. Les GHT, ce sera donc ce qu'on vit à Marseille : quand il y a un souci à la Timone, on envoie des infirmières et des aides-soignantes de l'hôpital Nord... Et la Timone, quant à elle, devient ingérable du fait de sa dimension. On a par exemple un service d'urgence qui n'arrive plus à absorber les flux, puisque ce n'est plus Marseille qui est concerné, mais tout le département 13, voire le niveau régional. Quand on prend du recul sur la loi Touraine, on a l'impression qu'on veut nous montrer qu'on est dans une situation financière telle qu'il faut concentrer l'activité, mais que concentrer l'activité cela ne marche pas, si bien qu'à la fin on va nous dire : « Voilà, l'hôpital public cela ne marche plus ». Nous sommes persuadés que c'est le début de la fin, si l'on ne fait rien. »

Toute la réforme actuelle est contre l'histoire de l'hôpital



Intervention de Philippe BATIFOULIER,

*Professeur d'économie à
l'Université Paris 13*

Emergences : Dans
« *Capital Santé. Quand
le patient devient
client* » (La Découverte,
2015), vous expliquez
que les inégalités de

*santé s'aggravent en France. Pensez-vous que
l'actuelle loi Santé est de nature à contrecarrer
cette tendance ?*



Philippe Batifoulier : Au regard des pays comparables, la France est le pays où l'inégalité d'accès aux soins est la plus prononcée. On y constate des déserts médicaux, des dépassements d'honoraires très élevés et les restes à charge du patient les plus importants d'Europe. Les soins courants (hors hôpital ou ALD) ne sont plus remboursés qu'à 55%. Progressivement, nous glissons vers un modèle où, comme pour des soins dentaires, le patient n'est plus remboursé qu'à 4 ou 5% de part

publique. Ce constat vaut aussi pour les patients qui ont des maladies longues et coûteuses, les ALD : ils sont remboursés à 100%, mais à 100% du tarif de la Sécu..., et uniquement sur leur maladie, alors qu'ils souffrent de co-morbidités leur coûtant très cher. La maladie n'est plus seulement une épreuve physique et morale : c'est aussi une épreuve financière.

Nous en sommes arrivés là en raison du désengagement progressif de la Sécurité Sociale. Aujourd'hui, on met en avant le fameux « trou » de la Sécu. Pourtant, la Sécurité Sociale est née aux lendemains de la seconde guerre mondiale, alors que le pays était ruiné. C'est en fait dans une période de prospérité économique sans précédent, dans les années 1980, que l'on a commencé à dire que le coût de la santé est plus important que sa contrepartie en terme de bien-être.

En France, le désengagement public s'est produit par le report sur l'assurance complémentaire. L'idée est que le patient fera financer ses soins par une assurance privée. Or, le moindre euro transféré de la Sécurité Sociale vers une assurance privée est un euro d'inégalité. En transférant vers les assurances complémentaires, on transfère vers ceux qui ont les meilleures assurances, qui ne sont pas les plus malades, pas les plus pauvres, mais les plus aisés.

Le système n'est pas seulement inégalitaire. Il est aussi absurde. On dit souvent que toutes ces réformes visent à faire baisser les dépenses. Mais en réalité elles les font exploser, y compris les dépenses publiques. Quand les gens ne peuvent pas se soigner parce que cela coûte trop cher d'aller voir le médecin, ils finissent par aller vers des lieux plus accueillants, l'hôpital par exemple, où les soins

sont mieux pris en charge. Mais la dépense alors n'est pas seulement différée : elle est aussi majorée, parce que tout renoncement aux soins se traduit par un retard de soins, qui finit par coûter plus cher à l'assurance publique. De plus, partout où la Sécurité Sociale s'est désengagée, comme pour les lunettes par exemple, les prix ont explosé

La loi Santé ne lutte absolument pas sur le terrain des inégalités. On saupoudre ici et là un certain nombre de choses. Par exemple, la généralisation du tiers payant : il s'agit là d'une évolution importante, car lorsqu'on a 600 euros par mois, une consultation à 23 euros représente le budget d'une journée. Mais cela ne suffit en rien à inverser le mouvement, inégalitaire, de transfert de la prise en charge des soins du public vers le privé.

Emergences : *Que pensez-vous de la politique hospitalière qui se dégage de la loi Santé ?*

Ph. B. : L'hôpital est un cas d'école. Normalement, c'est le symbole du pacte républicain. Aujourd'hui, c'est le symbole, et même le laboratoire, de la mise en concurrence. Toute la réforme actuelle est contre l'histoire de l'hôpital : elle vise à privilégier la maladie sur le malade, et à ignorer les différences sociales.

La T2A a déjà largement engagé cette logique. En créant une norme de coût pour un séjour-type, elle a mis tout le monde en concurrence : si vous êtes en-dessous vous êtes mauvais, si vous êtes au-dessus vous êtes bon. Sauf que cette norme ignore la réalité du patient ordinaire. Pour la même pathologie, certains patients vont nécessiter plus de soins. Le soignant, qui va garder tel patient en raison de son état de santé, sera considéré comme très mauvais aux yeux de la T2A, puisqu'il augmente les coûts. La T2A agit ainsi comme une injonction à mal faire son travail. Les effets pervers vont encore plus loin. Puisqu'un bon hôpital est celui qui arrive à faire des économies sur le séjour, le mieux devient de se spécialiser sur des créneaux rentables, et de n'accueillir que des bien portants, qui vont partir le plus vite possible.

Dans ce paysage, l'hôpital public n'a aucune réalité propre. Ce qui anime les gestionnaires, c'est l'idée qu'une institution publique, pour être bien gérée, doit utiliser les règles de gestion du privé. C'est l'idée de l'hôpital-entreprise. Les GHT se situent dans cette logique. On va créer une structure sous forme d'un grand groupe privé avec une maison mère et ses filiales, pour concurrencer le secteur privé. C'est totalement inégalitaire, pour les hôpitaux publics, parce que leur mission est d'accueillir aussi les personnes qui ne peuvent s'adresser aux cliniques privées. C'est également absurde, car cela crée des surcoûts. On remplace actuellement certains médecins par des consultants, qui cherchent à « optimiser » l'hôpital comme on optimise pour payer moins d'impôts, en incitant par exemple les soignants à chercher des co-morbidités et à pratiquer le surcodage. Le système est devenu à ce point absurde que l'Assurance maladie cherche à faire payer l'hôpital, tandis que l'hôpital cherche à faire payer l'Assurance maladie, au détriment des finances publiques et de la lutte contre les inégalités de santé.

AU FIL DES DEUX JOURNÉES, CE QU'ONT DIT NOS MILITANT-E-S

Sur le dialogue social à l'hôpital

CH Bretonneau

« La démocratie n'existe pas à l'hôpital. Certes, il y a des instances, mais les directions s'assoient dessus. Elles ne tiennent pas compte de ce que l'on dit, quoi qu'on dise et quoi qu'on vote. Le dialogue, à quoi sert-il, à partir du moment où il n'est pas tenu compte de ce qu'on dit ? »

AP-HP

« Du dialogue, il y en avait avant. Maintenant il n'existe plus. Ce n'est pas par notre faute, parce que nous on dialogue. Mais en face, on a des murs. Vous avez beau leur dire que la loi Santé va droit dans le mur, qu'elle crée des inégalités dans la population, ils n'en ont rien à faire. Ils ne répondent même plus aux questions que l'on pose. On a des arguments. Mais le seul argument qui nous est opposé, ce sont les contraintes financières. Il n'y a aucune marge de manœuvre, et pendant ce temps-là les agents sont en souffrance. Comment voulez-vous qu'il y ait du dialogue social et des négociations ? »

CHU de Toulouse

« On a les idées, on a envie de dialoguer, mais à un moment ça suffit : on nous dit, comme au dernier CHSCT, il n'y a rien à discuter, c'est comme cela et pas autrement. »

CH de Lens

Dans le GHT, il va y avoir des divisions en matière de transmission de l'information : certaines informations vont être transmises à l'établissement pivot, tandis que les autres hôpitaux ne les auront pas... Comment parvenir à un dialogue social dans ces conditions, si toutes les informations ne sont pas données à tout le monde par les directions ? »

CHU de Grenoble

Il n'y a pas de tradition de dialogue social avec un directeur d'un établissement hospitalier. La première négociation que j'ai vécue en 35 ans de syndicalisme, c'était les 35 heures. Je ne détaille pas, mais aujourd'hui on voit bien qu'il y a des attaques sur tous les accords locaux un peu plus favorables que la loi. Il y a aussi des façons de contourner le syndicat, en faisant voter des référendums sur les douze heures. Du coup, pour provoquer le dialogue social, le syndicat n'a pas d'autres solutions que de retourner vers le personnel pour créer un rapport de force. »



Développement professionnel continu, exercice en pratique avancée : halte au détricotage de nos métiers !



Intervention d'Annick PICARD et Philippe KERAVEC,

Membres du bureau de l'UFMICT-CGT

La loi Santé redouble nos craintes concernant la formation continue. On ne se formera plus par besoin, par plaisir d'apprendre, pour s'épanouir mais uniquement pour remplir une obligation.

Le Développement Professionnel Continu (DPC), dénoncé par la CGT au moment de sa création en 2009, vient de subir une « cure de jouvence ». Celle-ci est malheureusement trop légère ! Quelques modifications ont bien été apportées, en réponse au rapport de l'IGAS, qui signalait « un épais nuage de problèmes, de nature extrêmement diverse ». Mais le principe même du DPC est maintenu. Il est même conforté, puisqu'on passe des « programmes » de DPC à des « parcours » de DPC, dans lesquels la formation continue se transforme en « actions de formation continue », et où l'évaluation devient « actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles – actions de gestion des risques ».

Autrement dit, l'objectif de standardisation du travail et de disqualification des savoirs professionnels se poursuit. Il va de nouveau s'agir de nous expliquer comment nous devons travailler, à grands renforts de recommandations, préconisations, protocoles et autres procédures, en nous enlevant toute marge de manœuvre pour penser notre travail. Encore une fois, il s'agit uniquement d'augmenter la productivité du travail, pour créer toujours davantage de valeur économique, en détruisant les richesses sociales que nous construisons au quotidien.

Dans ce nouveau DPC, sont concernés, comme précédemment, tous les professionnels de santé, du public comme du privé. Mais l'obligation de s'engager dans une démarche de DPC cesse d'être annuelle : elle devient triennale. C'est que l'obligation annuelle était matériellement impossible, puisque les financements et

les moyens n'ont pas suivi... Comme les financements et les moyens ne suivront pas davantage, ce sont encore les plans de formation des établissements qui vont être ponctionnés, sous l'égide de l'établissement support du GHT, qui récupère cette compétence.

Tout le système de formation actuelle se trouve en fait impacté. Les orientations du DPC vont s'inscrire dans le cadre de la politique nationale de santé pour poursuivre l'objectif de réduction de la dépense publique. Elles ne laisseront plus aucune place aux formations souhaitées par les personnels pour parfaire leurs connaissances. Pour la CGT, la formation professionnelle continue est une nécessité pour la qualité et la sécurité des soins et pour l'émancipation individuelle et collective. La protéger face au DPC devient un impératif.

L'exercice en pratique avancée nous inquiète tous. De quoi s'agit-il ? Pour faire face aux besoins de santé tout en réduisant les effectifs et les coûts, des activités médicales sont transférées vers les paramédicaux. C'est un moyen de pallier le manque de médecins créé par le numerus clausus. L'exercice en pratique avancée fait suite au rapport Hénard – Berland – Cadet, de 2011, et à cette idée que « les défis de l'avenir réclament souplesse des métiers et adaptabilité des carrières ». L'article 51 de la loi HPST de 2009 sur les coopérations entre professionnels de santé avait déjà engagé le processus. Il va nous falloir être attentifs : dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers évoluent ; des métiers nouveaux vont apparaître à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux. Les fonctions en pratique avancée ne pourront se réaliser qu'après l'obtention d'un diplôme spécifique délivré par une université habilitée dans le cadre du schéma L-M-D (Licence-Master-Doctorat). A l'heure actuelle, sa nature n'est pas déterminée, ni le référentiel de formation, ni même la durée d'exercice minimale requise pour prétendre à cette formation, ni même les modalités de la reconnaissance...

Enfin, les Ordres professionnels sont maintenus ! Alors que la ministre Touraine annonçait en 2014 qu'ils étaient « illégitimes et inadaptés », elle réalisait quelques mois plus tard une pirouette magistrale, sur les conseils de Maignon et de l'Élysée : leurs missions sont désormais confirmées dans la loi... et seront précisées sans réel débat démocratique, puisque le gouvernement a été autorisé à légiférer par ordonnances à leur sujet !...

AU FIL DES DEUX JOURNÉES, CE QU'ONT DIT NOS MILITANT-E-S

Sur la formation professionnelle et le DPC

CHS Le Vinatier

« Cette loi est en contradiction avec le système actuel dans lequel l'agent est à l'initiative de la demande. Cette logique est mise à mal. C'est un dévoiement de la formation continue. Ce n'est pas pour rien que ce sera géré par l'établissement support. »

CH de Lens

Ce DPC constitue une attaque innommable de nos droits à formation. Par ailleurs, il y a déjà un lobbying des consultants pour conseiller nos directions : est-ce qu'il va y avoir un lobbying de la formation via le DPC ? »

CH Avicenne

Le DPC est un mécanisme de contrôle professionnel qui s'oppose à ce que doit être la formation continue, c'est-à-dire la promotion professionnelle. Le DPC vise à dépouiller les syndicats de leurs responsabilités, pour confier ça aux ordres. »

AP-HP

On a un CTE local de groupe pour 5 hôpitaux. Le plan de formation est un plan de formation de groupe. Il y a des formations obligatoires et des formations recommandées. Or les agents ne font même pas 2 jours de formation par an... A l'heure actuelle les gens ne peuvent pas aller en formation, ils ne choisissent pas leurs formations. Les catégories C sont laissées de côté. »

CH Valvert

On n'est pas d'accord avec le DPC. Les catégories C sont exclues. On a obtenu en intersyndicale que le DPC ne dépasse pas 25% du plan de formation. Franchement, c'est de l'esbroufe ! Certaines réunions de service ont été validées comme DPC. On se bagarre sur les études promotionnelles pour que ça soit 50%.



Pour des centres de santé et des hôpitaux de proximité partout !



Intervention de **Christophe PRUDHOMME,**

**membre de la commission
exécutive fédérale**

Les difficultés que nous rencontrons viennent de la stratégie organisée depuis le tournant libéral de l'ère Thatcher-Reagan des années 1980. Il a alors été considéré

que le service public de santé « stérilise » des sommes très importantes, qu'il faut basculer sur le marché pour dégager des profits, et ne réserver le service public qu'aux plus pauvres. Le système de santé n'a plus été construit dans l'objectif de répondre aux besoins, mais dans celui de réduire les dépenses de santé prises en charge par la collectivité. D'où notamment la réduction du nombre de médecins, dans les années 80, dans l'objectif de diminuer les dépenses de la Sécurité Sociale. Et aujourd'hui on nous dit : « Il faut restructurer parce qu'il n'y a pas assez de médecins » ! Dans le même temps, on a créé des structures de contrôle très lourdes. On nous parle beaucoup de simplification. Non, le libéralisme ne simplifie pas. Il complexifie. La première bureaucratie du système de santé, c'est la tarification à l'activité : le seul contrôle de la T2A coûte 350 millions d'euros à la collectivité.

Les patients ont besoin d'être accompagnés dans leur parcours de soins, dans le cadre d'un réseau. Avec le vieillissement de la population et les avancées médicales, l'objectif n'est plus seulement de guérir, mais de rester en bonne santé le plus longtemps possible. Cela ne peut s'organiser que dans le cadre d'une collaboration entre les professionnels du secteur sanitaire et du secteur social. Cela suppose aussi de former plus de généralistes, car nous en manquons. Il faut aussi créer des liens entre la ville et l'hôpital, pour un meilleur suivi des patients..

Les propositions de la CGT sont les suivantes :
Nous voulons le 100% Sécu.

Nous voulons des centres de santé, et non pas de maisons de santé, avec des libéraux qui se font payer leur outil de travail par les impôts locaux. Un centre de santé doit être une structure d'exercice collectif de la médecine, avec un plateau technique, des médecins non rémunérés à l'acte (salariés ou coopérateurs), des horaires d'ouverture larges et des liens avec la PMI, la médecine du travail, le SAMU et les pompiers. Au-delà de l'offre de soins ambulatoire que ces structures pourront assurer au quotidien, c'est là le seul levier pour diminuer le recours aux urgences. Il faut arrêter d'ailleurs de culpabiliser les gens qui viennent aux urgences : ils viennent parce qu'ils n'ont rien trouvé en ville, et parce qu'ils savent qu'ils seront bien soignés.

Nous voulons un hôpital de proximité. Nous ne demandons pas de la chirurgie lourde partout, mais des urgences, des unités de soins de suite et de réadaptation et des EHPAD, gérés dans une entité unique, pour éviter que le patient ne soit une patate chaude que l'on se repasse. Nous demandons des maternités de proximité – on a supprimé 2/3 des maternités en 40 ans en France pour créer des usines à bébé qui ne fonctionnent pas ! On nous vante l'ambulatorio : qui, mieux que l'hôpital de proximité, peut le prendre en charge ? Redéployons la chirurgie dans le public, en organisant territorialement les chirurgiens, avec la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux de proximité et la chirurgie lourde dans l'hôpital départemental de référence. A propos justement des hôpitaux de référence : les futurs établissements supports des GHT n'arriveront à rien s'ils vampirisent les hôpitaux de proximité. Pour avoir les patients, il faut les recruter : si vous ne les recrutez pas à partir d'hôpitaux de proximité, les patients n'iront pas dans votre hôpital de référence, qui sera engorgé, mais dans le privé.

Nous voulons des services de médecine polyvalente, dans lesquels il y a des médecins de différentes spécialités qui se coordonnent pour prendre en charge le patient.

Nous voulons des CHU dont les orientations ne soient pas déterminées par l'industrie pharmaceutique.

Il y a là un vrai problème, puisque la loi de réforme des universités, dans la logique libérale, a créé des instituts hospitalo-universitaires, adossés à des fondations financées par le privé. Or, nous savons bien que qui paye décide.

Tout cela veut dire quoi ?

Nous sommes pour les territoires. Mais pas n'importe lesquels : le territoire, c'est le renforcement du service public, en s'appuyant sur les hôpitaux de proximité, en lien avec un hôpital de référence et en tenant compte des besoins et des particularités géographiques locales.

Oui aux coopérations inter-établissements, mais non aux fusions d'établissement et aux GHT, dont le projet médical sera le gros qui mange les petits.

Dans l'hôpital, essayons de tirer vers nous les médecins qui sont attachés au service public, et qui cherchent des portes de sortie. Ne les laissons pas dans la désespérance. Nous, les personnels hospitaliers, de toutes catégories confondues, de l'ouvrier en passant par l'aide-soignante, l'infirmière et le médecin, nous savons ce qu'est la prise en charge du patient, et c'est à nous, aussi, de définir ce que doit être le projet médical.

Ce qui est en jeu aujourd'hui, c'est l'offre de soins dans les territoires. La bataille ne peut se mener qu'en lien avec la population et des médecins, pour aboutir à des contre-projets alternatifs, contestant la logique qui nous est imposée par les ARS.

CONCLUSION

La loi dite de «modernisation de notre système de santé» ne fait que renforcer la loi Hopital Patients Santé et Territoires de juillet 2009. Elle permet l'orchestration de toutes les dernières réformes qui sont à l'encontre de notre conception de la société et notamment de la notion de service public.

Cette loi n'est pas faite pour faciliter l'accès aux soins de proximité, mais pour rationaliser et amener le patient vers des structures « techniques » de territoire sans tenir compte des distances, des pathologies et de la situation sociale. Cette organisation ne fera qu'accroître la désertification médicale et l'éloignement des établissements de santé des lieux de vie entraînant une réduction de la capacité d'hospitalisation et de la prise en charge des patients.

La mise en place de Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) pose le problème crucial de l'organisation de l'offre de soins sur un territoire. Ces GHT sont créés pour rationaliser et rentabiliser le « parcours patient » sans tenir compte de la qualité des soins apportés et en invoquant une nécessité comptable sous couvert d'une sécurité sanitaire accrue. Les conditions de travail vont continuer à se dégrader en partie dû à la mutualisation d'une partie des fonctions logistiques, biologiques, pharmaceutiques, informatiques, achat, etc... ; mais aussi à l'augmentation du désengagement de ces fonctions avec leur externalisation qui ne fait qu'augmenter les emplois précaires qui, au final, amèneront les établissements à fusionner dans un avenir proche.

C'est la question de l'existence même des établissements de site qui est en question.

Les GHT vont se faire à l'échelle départementale, interdépartementale voir régionale.

La CGT ne reste pas inerte face à cette réforme inédite de notre système de santé qui impose de nouvelles façons de travailler et de trouver des solutions ensemble.

Durant ces deux journées, la question des Instances Représentatives du Personnel (IRP) a été abordée. Le gouvernement a décidé de tout mettre en oeuvre pour que la voix du personnel, via les IRP, ne soit pas entendue. La mise en place de la conférence territoriale du dialogue social est une « mascarade ». La composition de cette conférence est laissée au choix du directeur de l'établissement support, autant de convention constitutive autant de composition différente.

Les questions de la pratique avancée, de la refonte du DPC, ne font que conforter les ordres que nous combattons. C'est bel et bien un désengagement de notre gouvernement pour les questions de formations initiales et de reconnaissances des qualifications. Pour rappel notre secteur d'activité est composé à 77% de femmes et nous assistons à des attaques récurrentes sur la reconnaissance de la pénibilité et des qualifications.

La coordination des plans de formation entre les établissements faisant partis du GHT pose question. Allons-nous voir une perte des besoins de formations pour des établissements spécifiques faisant parti du groupement (tel que les besoins pour la psychiatrie, le médico-social...), voir l'offre de formation continue pour les agent.e.s se restreindre, voir l'égal accès à la promotion professionnelle encore plus attaqué... Autant de sujets sur lesquels nous devons être très critiques.

Les liens entre nos différentes structures sont évidents et prépondérants. Nous devons faire en sorte que les syndicats des différents établissements faisant partie d'un GHT travaillent ensemble, se rencontrent, décident collectivement des prises de positions dans les CTE et CHSCT de chaque établissement tout en créant et en amplifiant le lien avec l'interprofessionnel.

La CGT exige un «grand service public de la Santé et de l'Action Sociale ». La mise en oeuvre de ce grand plan d'économie, va impacter les bassins d'emplois. Rappelons que dans certains départements, le secteur de la santé est le premier employeur et draine de nombreux emplois. C'est sur ce point là que l'implication de l'interprofessionnel via les Unions Départementales, les Unions Locales et les Comités Régionaux est un enjeu majeur.

Nous devons porter des projets territoriaux de grande ampleur, en mettant au centre l'accès pour toutes et tous à un établissement de soins de qualité et à l'emploi. Il faut donc diriger les réflexions sur la démographie, la configuration géographique, la répartition et représentation des services public/privé d'un territoire pour adapter l'offre de soins.



PROFESSIONNELS
DES MÉTIERS DE
SERVICES,
VOUS PASSEZ TOUT
VOTRE TEMPS
À PRENDRE SOIN
DES AUTRES.



ET VOUS ?
QUI PREND SOIN
DE VOUS ?

Complémentaire Santé – Prévoyance – Retraite

C'est parce que nous connaissons si bien les métiers de la santé, du conseil, de la restauration, de l'hôtellerie, du transport, et des commerces de proximité que nous sommes en mesure de vous apporter les solutions les plus adaptées à vos besoins. KLESIA, au service des entreprises de service depuis plus de 65 ans.

KLÉSIA
PROTECTION ET INNOVATION SOCIALES



AG2R LA MONDIALE

Santé & Prévoyance

ON SE COMPREND MIEUX QUAND ON EST PROCHE

Nous sommes l'interlocuteur privilégié des branches professionnelles dans la mise en place et le suivi des régimes de protection sociale complémentaires conventionnels de santé et de prévoyance.

Déployées sur plus de **100 sites en région**, nos équipes de terrain interviennent au plus près des entreprises et des salariés, des employeurs et des particuliers.

Et, **solidaires** parce que nous ne voulons oublier personne, nous renforçons notre **engagement social** auprès des plus fragiles.



EXPERTISE
ACCOMPAGNEMENT

PROXIMITÉ

SOLIDARITÉ

Pour en savoir plus : Joël Bienassis
Direction des Accords Collectifs

Tél. : 01 76 60 85 32
dac-interpro@ag2rlamondiale.fr