





# www.nvo.fr

Le site internet de l'information sociale et juridique

**NOS DOSSIERS, NOS ENQUÊTES,  
VOS DROITS...**

en ligne



- NVO, le magazine de la CGT en ligne\*
- Revue pratique de droit social en ligne\*
- +  
• Guide du droit du travail
- Modèles de lettres
- +  
• Liens vers la jurisprudence...
- Recherches simplifiées par mots clés

Conditions de travail, salaires, bien-être au travail...  
Retrouvez toutes les ressources nécessaires pour vous défendre  
en tant que salariés.

Un regard différent sur l'information sociale et juridique

**nvo.fr**  
La Nouvelle Vie Ouvrière



\* Selon le type d'abonnement choisi. Voir conditions sur le site nvo.fr



# ÉDITO

**4** | RÉVISION DE LA  
CONVENTION  
COLLECTIVE  
NATIONALE CRF

**5-6** | RÉVISION DES  
CLASSIFICATIONS  
DANS LES CLCC

**7** | CCN51  
ETCCN66

**8-9** | PRIVÉ  
LUCRATIF

**10-11** | COUP DE  
PROJECTEUR SUR  
LA PSYCHIATRIE

**12-13** | TABLEAUX  
RÉINGÉNÉRIE

**14-17** | CONGRES  
UFMICT

**18** | CÉGÉTEZ-VOUS !

**19** | LES CHIFFRES  
QUI COMPTENT

**20** | LES URGENCES :  
ÇA CRAQUE DE  
PARTOUT !

**21-22** | FONCTION  
PUBLIQUE  
HOSPITALIÈRE

**23** | IHS ADHÉSION  
2013



Notre Comité National Fédéral du mois de décembre 2012 a décidé d'une journée d'action d'ampleur avec une manifestation nationale à Paris pour le samedi 15 juin 2013.

Les mots d'ordre pour cette journée se situeront autour des thématiques suivantes :

## Des emplois plus nombreux, mieux formés, mieux payés = plus de rentrées de cotisations

- pour un financement de la protection sociale et de la sécurité sociale
- pour un grand service public de la Santé et de l'Action Sociale.

Au vu des enjeux de la période, nous n'avons d'autres choix que de réussir cette mobilisation!

Pour construire la plus grande dynamique possible autour de cette date et mobiliser le plus largement, différents contacts ont été engagés avec d'autres fédérations de la CGT, différentes organisations syndicales représentatives de salarié-e-s, des comités de défense d'hôpitaux de proximité ou de maternités.

Nos possibilités d'interventions sont fortes, car sur les questions de service public de santé, d'action sociale et de protection sociale, il existe d'importantes convergences. Des emplois plus nombreux, des salarié-es mieux formé-es, mieux payé-es, des rémunérations à la hauteur des qualifications, un service public de santé et d'action sociale répondant aux besoins de la population, n'est-ce pas à l'inverse de toute les politiques menées depuis plusieurs années, avec la mise en place de réformes régressives? Tous ces éléments représentent pourtant la pierre angulaire du financement de notre système de protection sociale, de notre Sécurité Sociale.

Il faut que nous portions plus haut et plus fort, non seulement notre mécontentement collectif, mais aussi nos aspirations pour un grand service public de la Santé et de l'Action Sociale répondant à l'ensemble de nos concitoyen-nes.

Dès à présent, chaque syndicat, chaque syndiqué-e sont appelés à se mobiliser pour gagner l'implication du plus grand nombre de salariés et d'usagers dans cette journée d'action.

La mobilisation maximale doit être le challenge de tout un chacun. C'est en ce sens que la direction fédérale a validé, en mars 2013, une proposition d'objectifs de mobilisation nationale, déclinée par département.

Des informations sur le contenu de cette journée, son déroulement ou simplement sa logistique pourront être apportées via une permanence spécifique qui sera prochainement mise en place.

Des supports de communication, affiches, stickers, tracts seront mis très prochainement à disposition de nos syndicats.

Patrice Bossart

membre de la CEF / Pilote du Collectif de travail  
"Préparation de la Journée nationale d'action du 15 juin 2013"



Publication de la Fédération  
de la santé et de l'action sociale  
Commission paritaire n° 1010 S 06676

ISSN : 0299-0369

Tirage : 70 000 exemplaires

Directeur de la publication :  
Nathalie GAMIOCHIPI

Rédactrice en chef :  
Cécile MARCHAND

263, rue de Paris - case 538  
93515 MONTREUIL Cedex  
Tél. 01 55 82 87 88 / 87 70

PAO : CARRÉMENT COM  
Tél. 01 64 72 11 52

Impression :  
RIVET PRESSE ÉDITION  
Tél. 05 55 04 49 50



# RÉVISION DE LA CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE CROIX ROUGE FRANÇAISE (CRF)

**Cette révision s'inscrit dans un plan global de redressement économique fixé à hauteur de 21 millions d'€. La révision en elle-même pèse 5,5 millions d'€, soit environ 0,9% de la masse salariale (c'est à dire autour de 659 millions d'€).**

Il y a lieu de s'interroger sur cette vision des choses. En effet, la CGT dénonce des situations de mauvaise gestion comme :

- des refacturations non faites entraînant des déficits conséquents des établissements,
- des choix de logiciels sans étude préalable (filière formation) ou logiciels onéreux sans retour sur investissement,
- la taxe transport,
- quid des ruptures conventionnelles, quel coût?...
- quid des dossiers prudhommaux perdus, quel montant?...

Les organisations syndicales représentatives des personnels ont fait valoir un préalable à toutes hypothèses de signature, à savoir :

“La Croix rouge, par l'intermédiaire de son Assemblée Générale, doit s'engager à revoir ses statuts afin d'introduire une représentativité réelle des salarié-e-s avec voix délibératives. Les élu-es doivent pouvoir agir en amont et ne pas être uniquement considérés comme des chambres d'enregistrement”.

Les articles de la Convention Collective soumis à révision concernent :

- **La prime d'allaitement** : la CRF souhaite supprimer cet article, qui permettrait une économie de 1.4 millions d'€ annualisés. Si cet article était abrogé, la CRF ferait un choix de régression envers le droit des femmes. Environ 285 salariées sont concernées chaque année. Pour la CGT, le dispositif constitue une valeur ajoutée dans cette CCN, qui va dans le sens de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale.
- **Les jours fériés** : économie envisagée autour de 1,34 millions d'€. Contrairement à ce qu'annonce la CRF, cette mesure n'apparaîtrait sans doute pas dans les budgets d'exploitation des établissements. Ainsi, les salarié-es devraient travailler gratuitement 2 à 3 jours pour la CRF. Les impacts seraient conséquents tant sur les conditions de travail, que sur les accords 35h qui, de fait, se retrouveraient caduques.
- **Les remboursements des frais personnels (dont indemnités kilométriques)**. Elles représenteraient une économie de 662 000 €.

Notre organisation refuse la révision de cet article, car les salarié-es les plus touché-es seront ceux exerçant les emplois les plus précaires et percevant les rémunérations les plus basses. La CRF propose des barèmes inférieurs aux barèmes fiscaux autorisés.



- **Les indemnités de licenciement** : Economie 371 915 €. La CRF justifie la révision de cet article par les iniquités de traitement appliquées entre les cadres et les non-cadres.
- **La Garantie d'évolution de Rémunération (GER). Reprise d'ancienneté** : économie 342 000 €. Il s'agit purement et simplement d'ouvrir une porte à une rémunération négociée « gré à gré ».
- **Le montant de l'indemnité de départ ou de mise à la retraite** : économie 275 200 €. Les indemnités de mise à la retraite proposées par la CRF se retrouvaient en-dessous de celles du Code du travail à partir de 22 ans d'ancienneté.
- **Les absences pour raisons syndicales - Délais de Route** : ce sujet est proposé par la CRF au titre de la « solidarité ». La CRF ne daigne même pas harmoniser l'ensemble de ces dispositifs.
- **Les atteintes aux droits : congés pour événement familiaux**. La CRF profite de cette révision pour rigidifier encore un peu plus le système visant à faire perdre leurs droits sociaux aux salarié-es.

Les articles suivant visent tous à une régression sociale en termes de congé pour enfant malade, d'absence pour maladie.

- **Les conditions de travail** : la CRF veut tout réviser, de la durée du travail à l'amplitude horaire. Ces modifications visent à remettre en question les conditions de travail, la non-reconnaissance de la pénibilité, en augmentant le temps de travail sans créer d'emplois.

A ces mesures s'ajoute un énième plan de sauvegarde de l'emploi qui s'est ouvert le 12 mars 2013, des transferts d'établissement pour cause de mauvaise gestion (perte d'agrément, injonction judiciaire, etc.).

Et pour terminer la boucle, la demande de constitution d'un comité de groupe.

**Cette logique est celle des groupes financiers, et l'ensemble des organisations syndicales s'opposent à cette démarche.**





# RÉVISION DES CLASSIFICATIONS DANS LES CENTRES DE LUTTE CONTRE LE CANCER (CLCC)

**Depuis bientôt un an, la fédération d'employeurs UNICANCER a entamé une réflexion sur les métiers exercés dans les CLCC, les classifications et les rémunérations qui y seront associées.**

Les syndicats CGT des CLCC et la Fédération Santé-Action Sociale CGT ont décidé nationalement de participer au groupe de travail mis en place par UNICANCER pour défendre les revendications des personnels en matière de classification et de reconnaissance professionnelle.

Dès la première réunion en décembre 2011, la CGT a réaffirmé d'une part qu'elle participait sans cautionner pour autant la démarche, d'autre part que sa participation ne présageait nullement d'une future signature d'un accord national.

UNICANCER s'est défendue plusieurs fois d'une éventuelle dénonciation de la Convention Collective en cas de non aboutissement de cette négociation. Mais l'expérience récente dans la CCN51 nous oblige à rester extrêmement vigilants.

Un sociologue du travail, choisi par UNICANCER, pilote ce groupe de travail avec des objectifs précis.

**La délégation CGT a d'ailleurs constaté que la pratique de la Fédération d'employeurs est de distiller les infos au « compte-goutte » afin de mieux faire avaler la pilule !**

L'état des lieux a montré :

- des métiers très mal classés,
- une opacité sur les différents éléments constitutifs du salaire,
- des critères subjectifs dans la classification dont ce n'est pas l'objet,
- des paliers de classification inégaux, et des différences significatives dans les centres, dûes, entre autre, à une application moins favorable de certaines directions envers les salarié-es.

La CGT dénonce ces faits depuis 1999. Enfin, des éléments ont été reconnus, mais pas tous.

Les fiches de métiers ont été élaborées. Un certain nombre d'avancées peuvent être constatées. Néanmoins, elles restent insuffisantes pour permettre un classement dans une nouvelle grille de classifications correspondant aux aspirations et attentes des personnels et à la réalité du travail dans les CLCC aujourd'hui.

La méthodologie proposée pour cette « nouvelle » grille est identique à celle de 1999, à savoir celle des critères classant. A cette époque, avec la mise en application de la nouvelle CCN, signée par la seule CFDT, rejointe depuis par FO, la grille des critères classant a été instaurée en remplacement de la grille dite « Parodi » de 1971.

Ces grilles « Parodi » étaient fondées sur une correspondance stricte entre le « savoir-faire » matérialisé par le titre ou l'ancienneté, l'emploi occupé représenté

par une description précise du poste de travail, et le salaire minimum. La nomenclature hiérarchisée des emplois était fortement ancrée dans les différenciations entre catégories, et à l'intérieur d'une même catégorie. Chaque centre appliquait ces grilles et avait pour seule latitude d'apparier ses postes avec ceux de la nomenclature.



**Avec la grille à critères classant, la logique des classifications s'est déplacée vers l'employeur en rapprochant analyse et gestion des postes. Chaque entreprise est supposée analyser ses postes suivant des critères prédéfinis dans une Convention Collective, et les placer dans une hiérarchie.**

**Un an après le début du travail du groupe paritaire, où en est-on ?**

Un répertoire de 50 fiches métiers a été établi : il comprend 22 emplois « hospitaliers » dont 14 professions réglementées, 15 emplois génériques et 13 emplois « cadres ».

Les nouvelles formations dans le cadre du processus dit LMD (Licence-Master-Doctorat) pour les métiers comme les IDE, les manipulateurs radio ou les kinésithérapeutes ont été intégrées, mais une catégorie « Spécialiste » est proposée, intégrant la notion d'« Expert », alors que les salarié-es des centres la rejettent.

Les métiers de préparateurs en pharmacie, d'aides-soignants et de techniciens de laboratoire sont malmenés. La révision de la formation des techniciens de laboratoire, à l'identique de la transposition du processus LMD des IDE est ignorée.

Quelle est donc la définition de la technicité dans un centre anti-cancéreux ? La préparation des chimiothérapies demande de la précision et de la vigilance en matière d'hygiène et de sécurité. Les missions d'innovation et de développement, tant chéries par les dirigeants de ces établissements, sont effectuées dans nos laboratoires. Pourquoi ces métiers ne sont-ils donc pas reconnus ?

Les métiers du secrétariat médical sont aussi dévalorisés et mal pris en compte. Les employeurs ont oublié les luttes menées par les secrétaires médicales dans de nombreux centres, et feignent d'ignorer leurs qualifications et leur travail.

Les filières ouvrières, techniques, logistiques et administratives sont enfermées dans des métiers génériques. Comment les directions de centres classeront-elles un plombier, par exemple : « ouvrier », « ouvrier qualifié », « ouvrier hautement qualifié » ?

La salariée de la facturation sera-t-elle une assistante administrative, une assistante de gestion, une technicienne? La Technicienne d'Information Médicale sera-t-elle «technicienne», «technicienne qualifiée» ou «hautement qualifiée»?

**La méthode des critères classant** que les salarié-es des CLCC et la CGT ont rejetée en 1998 est toujours préconisée. La «pesée» des emplois selon 6 critères (connaissances, technicité, relations, appui-management, autonomie, contribution) détermine une hiérarchie des emplois. **Une grille à 20 niveaux est à l'étude.**

Comparaison avec la grille actuelle :

- aujourd'hui : 8 niveaux non-cadres et 6 niveaux cadres,
- la proposition : 13 niveaux non-cadres et 6 niveaux cadres.

La négociation proprement dite va commencer dans les mois qui viennent. Elle concernera la grille de classification et les salaires. Tous les salarié-es des CLCC doivent se sentir concernés-es.

Les revendications que la CGT portera dans la négociation sont les suivantes :

- Augmentation significative de l'enveloppe des salaires,
- Pas un salaire en dessous de 1700 € brut,
- Suppression du salaire individualisé,
- Prise en compte de toutes les revendications des personnels,
- Prise en compte de tous les accords d'entreprise en matière de qualification et classification.

En divisant les plus bas niveaux, le patronat, qui ne veut pas augmenter l'enveloppe des salaires, aménage le décor et fait croire qu'il entend les revendications, **mais ne change rien sur le fond.**

En augmentant le nombre de niveaux avant le palier «LMD», il fait croire aux IDE et paramédicaux qu'il prend en compte l'intégration du LMD, **mais utilise en fait un artifice.**

**C'est un marché de dupes!**



## CCN 65 : RÉNOVATION DE LA CONVENTION

**En 1964, autour des principes de libre entreprise et de la place privilégiée réservée aux usagers de leurs institutions, trois syndicats patronaux créent la Fédération Française des Etablissements de Soins, de Cure et de Prévention pour Enfants.** Ils concluent une Convention Collective Nationale du Travail le 26 août 1965. Conservant cette même mission, la FFESCPE devient en 2001 l'Union intersyndicale des secteurs sanitaires et sociaux (UNISSS). Aujourd'hui, environ 6500 salarié-e-s dépendent de cette convention.

Au cours de ces trois dernières années marquées par la morosité, un taux de chômage toujours plus croissant, une perte notable du pouvoir d'achat, un travail de toilette est entamé pour la CCNT 65. Les commissions nationales paritaires témoignent de la volonté de mettre en place une convention unique, souhaitée par les employeurs, les géants UNIFED\* et USGERES\*. Le dialogue social a lieu avec les organisations syndicales représentatives des salarié-es, dans un climat assez respectueux.

Les années 2011 et 2012 ont vu la rénovation d'un premier volet de la Convention. Il s'agissait de faire évoluer les textes au plus près des obligations législatives, d'opérer une actualisation par rapport aux évolutions du Code du travail et d'éviter ainsi le vieillissement de la Convention. Les partenaires des Commissions Nationales Paritaires (CNP) souhaitaient la rendre plus adaptée aux besoins du terrain.

Mais le texte révisé a porté principalement sur la limite des heures complémentaires à un tiers de la durée du

contrat à temps partiel (contre 10% auparavant) et sur le temps de travail hebdomadaire à 48 heures maximum (contre 44 heures). Les négociations se faisant à coût constant, par conséquent, les primes et les indemnités n'ont pas été revues.

De même, l'article portant sur le dispositif des heures d'équivalences en cas de «veille couchée» (trois heures rémunérées pour les neuf premières heures de présence) n'a pas été modifié. La CFDT, la CFTC, la FO ont signé la nouvelle mouture, la CGT a refusé, car pour notre organisation, les dispositions révisées n'apportaient aucune amélioration significative pour les salarié-e-s.

Cette année 2013, avec des contraintes financières limitant considérablement la marge de manœuvre, les ordres du jour des différentes commissions paritaires portent sur la classification des métiers, les grilles de salaires, l'allongement et le déroulement des carrières et les grilles de salaire. Les débats ont été vifs à propos de l'intégration de nouveaux métiers (la fonction de coordinateur, de chef de projet...), de la hausse de rémunération en priorité pour les bas salaires. **La CGT a souligné les risques de tassement des grilles et de ralentissement de la progression des salaires, points essentiels pour notre organisation et sur lesquels resteront vigilants les négociateurs CGT.**

\*UNIFED : Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social.  
USGERES : Union de Syndicats et Groupements d'Employeurs Représentatifs dans l'Economie Sociale

## CCN51 ET CCN66

### La situation dans le CC51 : la FEHAP repasse les plats !

Depuis le mois de mars 2010, le syndicat employeur, la FEHAP nous ressort les mêmes textes, sans jamais se fatiguer ! Pense-t-elle que, de guerre lasse, les salarié-e-s et certaines organisations syndicales, dont la CGT, changeront d'avis ?

Un premier texte de révision, puis un accord de méthode, vient ensuite un texte de substitution copie conforme de celui de révision, et enfin un avenant de méthodologie ! Les mots changent, mais les contenus restent malheureusement les mêmes : enfermer les organisations syndicales représentatives des personnels dans des dates qui lui conviennent, et dans des thèmes qui lui vont bien !

Tous ces faits démontrent que la FEHAP fait preuve de la plus mauvaise foi possible. Pour toutes ces raisons, la CGT, avec FO et la CFTC, a demandé la mise en place d'une commission mixte paritaire (une commission mixte paritaire regroupe le ou les syndicats employeurs, les organisations syndicales représentatives des salarié-e-s, un représentant du ministère du Travail, en tant que médiateur, afin de faciliter le dialogue et de veiller au bon déroulement des réunions), car notre organisation refuse de discuter sans témoin, à savoir un représentant du Ministère.

Pour rappel, ce ne sont pas les organisations syndicales qui ont dénoncé la Convention Collective, mais bien la FEHAP !

Mais puisque le mal est fait, alors il faut le réparer, et en profiter pour réparer les bêtises de l'ancien texte ! D'autant plus que les classifications contenues dans la CCN51 ont plus de 10 ans et qu'il devient urgent de les revoir, voire de les améliorer. Comment accepter un indice minimum qui rémunère le salarié au SMIC...pendant 6 mois ! Il faut d'urgence que soit mise en place une véritable politique d'évolution de la valeur du point !

Pour l'heure, les salarié-es qui viennent d'être recrutés sont soumis à la recommandation patronale et les anciens aux attributs individuels acquis.

Ainsi, pour le même travail, dans un même service, les salarié-es ne sont pas traité-es de la même façon. Du coup, quelle zizanie dans les boîtes !

Au vu de la situation vécue par les salarié-es dans les établissements relevant de la CCN51, la Fédération Santé et Action Sociale recommande aux syndicats d'impulser des négociations annuelles obligatoires (NAO).

(cf.<http://www.sante.cgt.fr/Pourquoi-un-protocole-d-accord-NAO>).



### CCNT 66 : Aujourd'hui comme hier : On lâche rien !

- **2005** : les syndicats employeurs (SOP, SNASEA, FEGAPEI) convient les organisations syndicales de salarié-es à des rencontres bilatérales, afin de leur présenter un projet de révision de la Convention faisant la part belle à la mise en place du salaire individualisé, à la minoration de l'ancienneté, la remise en cause des congés annuels supplémentaires, la déqualification des plateaux techniques. Propositions qui furent immédiatement rejetées par l'ensemble des représentants des salarié-es.

- **2009** : reprise des hostilités par les mêmes protagonistes, avec une demande de révision plus précise, un projet de 135 pages qui dénaturait totalement la CCN66. Les salarié-es l'ont vécu comme une véritable agression, provoquant ainsi une mobilisation massive et déterminée, sans précédent, depuis 1968 dans ce secteur avec des signatures de pétitions (par plus de 70.000 salarié-es), des journées d'actions, de très nombreux établissements fermés, de grandes manifestations organisées autour d'un syndicalisme rassemblé et du thème « défense et amélioration de la CCNT 66 », avec la CGT à l'initiative.

- **2010** : face à cette provocation, les organisations syndicales de salarié-es se sont tournées vers la DGT (direction générale du travail) pour obtenir la mise en place d'une Commission Mixte Paritaire (CMP), vite parasitée par le positionnement récurrent des employeurs n'ayant cessé de remettre en cause les garanties collectives conventionnelles. Cette volonté de destruction s'est heurtée, cette fois encore à la mobilisation massive des salarié-es du secteur, relayée par la délégation CGT présente à la CMP. Fin 2010, les représentants des employeurs ainsi que la DGT ont constaté que ce projet ne passerait pas et jettent l'éponge !

- **2011** : à la demande du SYNEAS (SOP/SNASEA), une nouvelle CMP est mise en place pour tenter un nouveau passage en force avec un chantage à la « dénonciation de la CCN66 » ! Ce projet connaîtra le même succès que le précédent après une année de pressing : le rejet massif par les salarié-es et de leurs représentant-es.

- Depuis, seulement deux séances de négociation sur la politique salariale ont eu lieu, dont une en février 2012 qui aboutit à une proposition d'un avenant commun de la part des cinq organisations syndicales représentatives des personnels rejeté par les employeurs.

- L'autre a eu lieu en février 2013 avec une proposition d'augmentation de 0,5% de la valeur du point. Tout au long de cette négociation, notre organisation a œuvré à la construction

d'une démarche unitaire qui a rencontré malheureusement que peu d'écho. Certaines organisations, au nom du « réalisme », ont entériné purement et simplement cette mise en place de la rigueur et d'autres, par fatalisme, ont cautionné de fait cette démarche.

- Au final, la CGT a eu le sentiment d'être plutôt seule à poursuivre le combat pour l'amélioration réelle du pouvoir d'achat des salarié-es. Après deux années blanches, c'était inacceptable et la CGT n'a pas accepté !

- L'heure n'est pas à la pause ou à la renonciation... Dans notre branche, il y a eu la dénonciation de la CCN 51 et l'agrément par le ministère de la santé de la recommandation patronale de la FEHAP, suivi d'une demande similaire de révision de la CCN par les employeurs de la Croix-Rouge. Nos employeurs n'ont certainement pas renoncé à une nouvelle offensive contre « le coût du travail » dans la CCNT 66 ! Les financeurs les y invitent... La CGT appelle donc les salarié-es de la branche à rester vigilants.



#### Pourquoi la Fédération porte-t-elle la revendication d'une Convention Collective Unique et Étendue de haut niveau (CCUE) ?

Cette proposition de Convention Collective Unique et Étendue de haut niveau (CCUE) CGT s'insère dans la démarche de construction revendicative, initiée depuis plusieurs années par notre Fédération, afin de défendre et améliorer les garanties collectives (statut et convention collectives) des salarié-es de la Santé et de l'Action Sociale.

Elle s'inscrit dans une réponse cohérente et vise à la cohésion des salarié-es face aux attaques contre l'ensemble des conventions. Les employeurs, comme les autorités publiques de tutelle, œuvrent dans un même sens avec un même objectif : baisser le « coût » du travail.

Cette revendication vise à proposer des repères revendicatifs collectifs forts pour la négociation sur l'ensemble du champ professionnel (sanitaire-social et médico-social, public/privé non lucratif/privé lucratif), en lien avec les repères revendicatifs confédéraux.

**Cette démarche de construction revendicative porte bien la volonté de la CGT de construire les luttes avec les salarié-es au plus près des lieux de travail.**



## Etat des lieux de la santé privée lucrative : un secteur qui occupe une place forte en France, avec une chirurgie ambulatoire de plus en plus présente

Le secteur privé lucratif (par opposition au secteur public et au secteur privé non lucratif) occupe une place forte dans l'offre de soins en France, puisqu'il représente environ 40 % des établissements de santé (environ 1050 cliniques à but lucratif début 2011, contre 1150 au début des années 2000). Il concentre un quart des capacités totales d'hospitalisation de l'hexagone.

Il emploie environ 150 000 salarié-es non médicaux et 41 000 médecins (dont 89 % ont un statut d'exercice libéral).

Les cliniques privées accueillent 28 % du total des entrées en établissements de santé (toutes disciplines confondues) et 36 % des courts séjours. Cette part représente 54 % des entrées en chirurgie, et 68% de la chirurgie ambulatoire.

Les cliniques se sont en effet positionnées très tôt sur des activités chirurgicales de durée moyenne et de séjours plutôt courts, et sur un spectre d'activités assez limité : ophtalmologie, orthopédie, vasculaire, urologie-néphrologie, cancérologie.

Elles ont perdu du terrain face au secteur public et privé non lucratif, en obstétrique ainsi qu'en chirurgie dispensée en hospitalisation complète, puisque les cliniques privées ont essentiellement développé la chirurgie ambulatoire.

Néanmoins, depuis que les hôpitaux publics sont financés sous la tarification à l'activité (T2A) à 100% pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), c'est-à-dire depuis 2008, les hôpitaux publics se caractérisent par une très forte progression de leurs volumes de séjours en ambulatoire (+ 3,9 % entre 2005 et 2009, contre -3,5% pour les cliniques privées à but lucratif sur la même période). Si l'on englobe les séjours d'hospitalisation complète et en ambulatoire, les cliniques perdent du terrain sur la période 2005-2009 (-0,6 %) alors que les hôpitaux publics enregistrent une augmentation de + 4.1 % et le non lucratif de + 1,7 %.

Ce recul de l'activité des cliniques s'explique par le **mouvement de restructuration** du secteur : fermetures, fusions ou abandons d'activité consécutifs aux normes réglementaires imposant des seuils minimaux pour certains types de soins, réexamen des autorisations d'activité délivrées par les ARS, ainsi que des mesures de redressement économique et de rationalisation engagées par les groupes de cliniques lors des nombreuses acquisitions effectuées durant les années 2000.

Du point de vue économique, si les années 2005-2006 furent des années bénéfiques pour les cliniques en raison des effets favorables de la T2A, les corrections tarifaires des années suivantes ont contribué à diviser par deux la croissance du chiffre d'affaires entre 2005 (+5,5 %) et 2008 (+2,8 %). Mécaniquement, le taux de

marge nette (résultat net / chiffre d'affaires) est passé de 3,2 % en 2005 à 1,9 % en 2010.

Un tiers des cliniques privées étaient déficitaires en 2010, les plus touchées étant les établissements mono-disciplinaires et/ou de petite taille.

Dans ce contexte de « diminution » de la rentabilité des cliniques et de la progression ralentie de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), la concurrence entre les secteurs public, privé non lucratif et lucratif s'est accentuée, poussant les dirigeants des cliniques à rechercher des gains d'efficacité, entre autre sur le dos des salariés, aggravant encore davantage leurs conditions de travail déjà dégradées.

### Le poids grandissant des groupes, et la montée des fonds d'investissement dans leur capital

Le secteur s'est donc profondément modifié à partir des années 2000, au gré des difficultés des établissements, des perspectives de départ en retraite des médecins-proprétaires et de l'appétit grandissant des groupes, lesquels se sont adossés pour l'essentiel à des fonds d'investissement afin de financer leur velléité de croissance externe.

Aujourd'hui, les groupes de cliniques rassemblent environ 650 établissements sur les 1050 cliniques du territoire national, c'est-à-dire environ 58 % des entités juridiques du secteur privé lucratif, mais 68 % des capacités du secteur, en raison de la taille moyenne plus importante de leurs cliniques.

En 2000, les cliniques indépendantes représentaient 77 % des établissements ; elles n'en concentraient plus que 42 % à la fin de 2010, et chaque année quelques établissements passent encore dans le giron de ces groupes.

**Une quarantaine de groupes** de cliniques sont présents en France, dont 5 groupes nationaux et une vingtaine de groupes régionaux regroupant entre 5 et 15 établissements. Certains groupes se sont positionnés non pas sur les activités MCO, mais sur les soins de suite et de réadaptation (SSR), la psychiatrie, ou encore la dépendance, car plus rentables. Les plus connus sont Korian, Orpea Clinea ou encore Medica France.

La majorité des grands groupes nationaux positionnés sur les activités MCO ont ainsi fait appel aux fonds d'investissement : Capiro (Apax et Apax Partners en 2006), Vedici (Apax, 3i, Nixen), Médi-Partenaires (LBO France, Barclays). De son côté, Vitalia (2ème opérateur français) a racheté 48 établissements en quelques mois, grâce à l'investissement de 900 M€ du fonds américain Blackstone. Mais **les groupes régionaux** leur ont également récemment emboîté le pas : C2S et



Médipôle Sud Santé ont fait monter le fonds Bridgepoint Development Capital. Par ailleurs le Groupe Générale de Santé, premier opérateur en France avec 110 établissements, est, lui, côté en Bourse.

Pour l'essentiel, ces fonds qui n'ont pas vocation à rester au capital de ces groupes, souhaitent depuis plusieurs années déjà (chez Vitalia ou Médi-Partenaires) céder leurs participations, mais faute d'acquéreurs, ils se trouvent contraints de les gérer et de conserver leurs participations en attendant que l'économie internationale se redresse et que des acquéreurs se positionnent...

### Une pratique de plus en plus fréquente : la cession des murs à des sociétés foncières

Dans le même temps, sont établies par ces mêmes groupes des stratégies de cession des murs de leurs cliniques. Des sociétés foncières (les plus connues étant Icade, Gecimed, Foncière des murs) ont massivement investi dans la santé, compte tenu de la perspective pour elles de rendements élevés et peu cycliques. Si ces cessions de murs permettent aux groupes de restaurer à court terme leur trésorerie, de financer l'acquisition de nouveaux établissements ou de se désendetter, elles fragilisent cependant à moyen terme la marge opérationnelle des établissements en raison du poids des loyers devenu beaucoup trop lourd en regard des marges de manœuvres économiques actuelles de ces cliniques.

Les stratégies de ces groupes, les contraintes réglementaires, la concurrence avec les autres secteurs (public et privé non lucratif) en proie eux aussi à des difficultés importantes, l'évolution rapide des modes de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation de semaine, hospitalisation à domicile) ont pour conséquences des modes de gestion qui poussent aux réorganisations de ces établissements, les directions cherchant toujours plus de flexibilité et de réactivité aux évolutions d'activité.



### Des salarié-es en proie à des conditions de travail de plus en plus dégradées

Les salarié-es de ce secteur doivent ainsi faire face à des conditions de travail nettement dégradées, se matérialisant par des réorganisations des horaires de travail (passage en 12 h), une plus grande polyvalence demandée sans pouvoir toujours bénéficier de formations adéquates, une intensification de la charge de travail (rotations accélérées sur les lits, raccourcissements des durées de séjours, patients de plus en plus âgés, dépendants...), des situations de rupture (stress, burn out...). Par ailleurs, les rémunérations peu attractives du secteur renforcent encore les difficultés vécues par le personnel permanent de ces établissements (turn-over important, intérim, exercice libéral (infirmières, aides-soignantes...)).

**Le financement de l'ensemble du système de santé est assuré par la solidarité nationale, dont une partie pour ces établissements, c'est à dire par la collectivité. La Santé ne peut donc pas être un service marchand, source de profits. Ainsi, la Fédération Santé-Action Sociale CGT revendique la mise en place d'un grand service public de santé et d'action sociale. La CGT porte d'ailleurs de nombreuses propositions pour réformer notre système de santé (cf. brochure CGT « Système de santé : nos propositions alternatives » de Mars 2012).**

**La convergence des luttes doit s'organiser afin que le service public retrouve sa place de pivot dans notre système de santé. Toutefois, les salarié-es du secteur privé lucratif doivent s'organiser et se syndiquer afin d'imposer leurs revendications dans les instances représentatives des personnels (DP, CE, CHSCT) et qu'ils/elles soient respecté-es dans leurs droits, les valeurs éthiques et de professionnalisme qu'ils portent.**

NB : Chiffres issus d'études DRESS : Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.



## Depuis de nombreuses années, les professionnel-les de la psychiatrie, et la CGT en particulier, alertent sur la situation préoccupante de ce secteur.

Mis sous tension par les différentes réformes sanitaires, par l'étranglement financier des établissements, le démantèlement du secteur, le transfert des prises en charge des malades mentaux du sanitaire vers le médico-social sans moyens adaptés, par la pénurie organisée de lits d'hospitalisation et le manque de professionnel-les qualifié-es, l'ensemble des acteurs de la psychiatrie (soignants et usagers) sont (trop!) souvent amenés à réagir avec force dans les instances locales et à se mobiliser contre ces politiques régressives.

En effet, à cause de la RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) rebaptisée MAP (Modernisation de l'Action Publique) par le nouveau gouvernement pour nous faire croire au changement quand rien ne bouge sur le terrain... et la loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoire), les hôpitaux psychiatriques, à l'instar des hôpitaux généraux, se "débattent" dans des plans de retour à l'équilibre ou de maîtrise des dépenses qui induisent économies et restrictions budgétaires à tous les étages !

Dès lors, toute activité pouvant être transférée au dehors, vers le privé ou l'associatif, l'est effectivement, de l'entretien des locaux à la prise en charge des patient-es.

La promotion par les ARS au travers des SROS (Schéma Régionaux d'Organisation des Soins), des CHT (Communautés Hospitalières de Territoire), des GCS (Groupements de Communauté Sanitaire) Public/Privé ou Associatif, ainsi que la restructuration en pôles des hôpitaux constituent les outils utilisés pour la mise en œuvre de ces réformes. Ils remettent en cause le secteur

comme base d'organisation de la psychiatrie et n'ont qu'un seul but : diminuer l'offre de soin publique.

Dans ce jeu de rapprochement des secteurs, de mutualisations des moyens, de chaises musicales concernant les postes, de réorganisation des services techniques, **combien de postes et de lits d'hospitalisation ont-ils été perdus et se perdent-ils encore au profit du privé, à qui les ARS proposent-elles l'offre de soins dès que cela est possible ?**

Seules, parmi les structures mises en œuvre ces dernières années, les UMD (Unités pour Malades Difficiles) et les UHSA (Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagées) - très spectaculaires du point de vue de la sécurité - se sont vues dotées de moyens adaptés, et encore a-t-il fallu que les représentant-es des personnels y veillent !

Or, les besoins de la population en matière de soins psychiatriques augmentent régulièrement, bien plus vite que l'offre, et l'on comprend pourquoi au vu de la situation...

Ainsi, par voie de conséquence, le « sureffectif » des patients dans les unités devient chronique (utilisation systématique des chambres d'isolement ou d'apaisement comme chambres normales... Au CHU de Toulouse, des lits de camp viennent d'être installés dans les couloirs du service d'Urgence Psychiatrique...).

Le manque de lits d'aval empêche la fluidité du parcours du patient, la pénurie de médecins notamment et la pression administrative pour augmenter la file active en extra hospitalier (CMP, CATTP, CPC...<sup>(1)</sup>) comme en intra, dégradent considérablement les conditions de soins et de travail. Conditions de travail qui, si l'on n'y prend garde, ont tendance à diviser les personnels, à opposer les uns et les autres. En effet, dans ce contexte, la tendance au « catégoriel » et au repli sur soi est forte (exemple : les aides-soignants qui prennent la place des infirmier-es, les médecins qui ne veulent pas faire de place aux psychologues, etc...).

La nécessité du « travailler ensemble » s'impose aujourd'hui plus que jamais pour la CGT.

Vient s'ajouter, de manière spécifique à la psychiatrie, ce qui pourrait être appelé la double peine, car en plus d'être économiques, **les enjeux sont aussi d'ordre éthique et moral, ils sont sociétaux.**

Déjà en 2007, la CGT alertait sur la stigmatisation des malades mentaux contenue dans la loi sur la prévention de la délinquance qui, à ce moment là, était en débat au Parlement. Par la mobilisation, aidée de professionnel-les d'autres secteurs, le retrait des articles qui assimilaient « maladie mentale » et « délinquance » avait été obtenu.

Puis vint l'ère Sarkozy. Pour montrer sa bienveillance à l'égard des citoyen-nes électeurs, faute de vouloir le faire sur le plan social et économique, l'ex gouvernement s'est montré très actif sur le registre de la sécurité et de la protection contre la délinquance. Profitant de l'émotion suscitée par certains événements et actes marginaux, il s'est employé à montrer sa compétence et son efficacité en désignant les fauteurs de troubles à grand renfort médiatique: les déviants, les jeunes, les immigrés...

**RENCONTRES nationales de psychiatrie**

Quelle place notre société réserve-t-elle encore à la folie ?  
Remplacer l'humain au centre de nos préoccupations.

La Fédération CGT Santé et Action Sociale organise la projection du film

**« un monde sans fous ? »**  
en présence de son réalisateur Philippe BORREL, suivi d'un débat  
le mardi 30 novembre 2010 à 20 h 30  
à la CGT - Salle du CCN  
263, rue de Paris - 93215 Montreuil cedex

Confronté à l'ensemble des réformes qui démantèlent les services publics, la psychiatrie connaît des restructurations sans précédent. Accès aux soins compromis, maladies stigmatisées d'une politique libérale gestionnaire de dépenses sécuritaires, d'enfermement et d'isolement. Le sujet souffrant est stigmatisé comme un sujet déviant dans une société qui érige la norme et la rationalisation comme unique modèle.

Quelle place pour la maladie mentale dans notre société ?  
Les lobbys de l'économie et des neurosciences se penchent sans cesse sur les enjeux de la santé mentale, parce qu'elle représente un coût pour l'économie des entreprises, mais aussi parce qu'elle est envisagée comme une source de profit considérable.

Le monde du travail doit débattre de ces questions, dans une période où les nouveaux modes de management, l'intensification des modes de production, l'adaptation au changement de l'entreprise, la mise en concurrence des salariés, les licenciements ou les menaces de licenciement font à l'origine de souffrance psychique.

Voulons-nous d'une société où la psychiatrie aurait pour mission de prévenir la déviance sociale définie par un ultralibéralisme qui s'entête à mettre l'économie et le monde du travail sous tension ?

Ensemble, posons les bases communes de réflexions et de propositions.

« Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie, c'est l'homme qui disparaît »  
François Tosquelles

CGT





C'est ainsi que la communauté psychiatrique s'est vue infliger, en plus des restrictions budgétaires, **la loi du 5 juillet 2011** qui va à l'encontre du soin, participe à sa régression et, de surcroît, est coûteuse.

Elle donne encore plus de pouvoir à l'administratif, au juridique, à la bureaucratie au détriment du thérapeutique. Elle crée des situations anxiogènes pour les patients, qui ne comprennent pas forcément les raisons pour lesquelles ils doivent aller au tribunal. De plus, cette loi prend beaucoup de temps aux soignant-es, aux administratifs et aux médecins, pour un bénéfice thérapeutique quasiment nul. Quant aux « *avancées incontestables en matière de droits des patients* » que cette loi est censée apporter, on ne les constate pas vraiment dans la réalité, puisque les juges, qui n'ont aucune formation en matière de maladie mentale, s'en tiennent pratiquement toujours aux préconisations médicales. Enfin, dans son volet « *Obligation de soins à domicile* », elle porte un coup fatal à la notion d'alliance thérapeutique, condition préalable à toute forme de soin en psychiatrie.

Les alertes ont été nombreuses également du côté de la formation des personnels : la fin de la formation des infirmiers psy en 1992 a incontestablement pesé dans le rapport et dans la relation des nouveaux infirmier-e-s au soin, au sens qui peut lui être donné. Les infirmier-e-s sont passé-e-s de 3 ans de formation spécifique en psychiatrie à 1 mois aujourd'hui ! Bien sûr, ce ne sont certainement pas les décideurs de ces nouvelles organisations qui s'en plaignent, tant ils préfèrent avoir à faire à des exécutants plutôt qu'à des acteurs du soin... Quitte à promouvoir les thérapeutiques chimiques qui font les choux gras des labos pharmaceutiques...

En outre, la politique actuelle et à venir en matière de formation n'a pas de quoi rendre optimistes les agents de la CGT. L'inscription de la formation IDE dans le cursus LMD éloigne encore davantage les étudiant-es de la pratique, et le nouveau dispositif DPC (Développement Personnel Continu) quant à lui, n'est visiblement conçu que pour faire « rentrer » les professionnel-les dans les orientations décidées nationalement.

Ces attaques des services publics voulues, décidées, écrites dans le Traité de Maastricht et le Pacte Euro-Plus, ainsi que cette instrumentalisation de la psychiatrie ont de lourdes conséquences pour les patient-es et les agents qui les subissent au quotidien :

- projets pensés davantage en fonction des directives administratives dictées par les ARS que des besoins dans les bassins de population ; des projets imposés plutôt que réfléchis de façon institutionnelle en équipe,
- méthodes « managériales » de plus en plus autoritaires en lieu et place de rapports de collaboration, de confiance, de solidarité,
- encadrement de plus en plus éloigné de la clinique pour appliquer les injonctions des directions d'établissements et chargé de faire accepter des conditions de travail de moins en moins satisfaisantes (effectifs de plus en plus tendus, plannings de plus en plus lourds à tenir, CA et RTT imposés et morcelés, changements de dernière minute, etc...).

**Au regard de ce constat bien sombre, la Fédération Santé-Action Sociale CGT ne se résigne pas. Au travers de la réflexion de sa Commission Nationale de Psychiatrie, déclinée en région, notre organisation apporte des propositions et de revendications afin d'améliorer la situation, notamment :**

- **L'arrêt de toutes les restructurations**
- **L'abrogation de la loi HPST**
- **Le rejet de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement,**
- **L'arrêt de l'expérimentation des médiateurs pairs,**
- **Le respect de la pluralité des approches concernant la prise en charge de l'autisme et le refus d'en exclure la psychanalyse.**

**Enfin, la Cgt porte haut et fort la mise en œuvre d'une loi de programmation propre à la psychiatrie, avec des budgets spécifiques et à partir d'un état des lieux qui quantifie les moyens et les besoins.**

- (1) CMP : centre médico-psychologique.  
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.  
CPC : centre post-cure.









**Le 10<sup>e</sup> congrès de l'UFMICT va se tenir les 11, 12 et 13 juin 2013 à Dives-sur-Mer dans le Calvados. Le bilan de l'activité revendicative de l'UFMICT depuis janvier 2009 a été publié dans les Cahiers de la Vie Fédérale n°70 de janvier 2013. ([www.sante.cgt.fr/Cahiers-de-la-vie-federale-n°70](http://www.sante.cgt.fr/Cahiers-de-la-vie-federale-n°70)).**

Dans le cadre de la préparation de ce congrès, en plus de cet article, trois rencontres co-organisées par la Fédération, l'UGICT-CGT et l'UFMICT vont être organisées sur des thèmes particuliers. Un document va être également réalisé à l'issue du congrès confédéral de mars 2013.

Les trois thèmes spécifiques seront accompagnés de la publication d'un « 4 pages » pour organiser des rendez-vous d'échanges et de réflexions les plus décentralisés possible, dans le même temps que se tiendront les trois rencontres nationales de préparation.

#### Les trois thèmes retenus sont :

- Reconnaissance professionnelle – Dispositif Professionnel Continu (DPC) – Processus Licence Master Doctorat (LMD) – Réingénieries - Ordres professionnels - Qualifications et salaires.
- Conditions de travail et place des médecins, ingénieurs, cadres et techniciens (MICT), contenu professionnel, coopérations et glissement de tâches.
- MICT et syndicalisation : comment faire ? comment innover ? comment augmenter nos forces organisées pour renforcer toute la CGT ?

#### Quelques éléments du contexte de travail actuel.

Aujourd'hui, les salarié-e-s de nos secteurs vivent des contradictions très fortes entre **logique professionnelle** et **logique financière**.

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » n'est pas remise en cause ni dans la lettre ni dans sa logique. D'ailleurs, les directeurs généraux des ARS continuent de la mettre en œuvre avec minutie...

Nous sommes toujours dans la poursuite des nombreuses réformes, qui ont été conduites pour diminuer les dépenses prises en charge par la protection sociale, diminuer la masse salariale, modifier les contenus professionnels, transformer le sens même du travail. Fondées sur une pseudo démarche « qualité », elles tendent à formater l'intervention des professionnel-les, alors même qu'existent des textes et des règles professionnelles pour le sanitaire, le social et le médico-social. Si la/le professionnel-le ne respecte pas le protocole ou le guide de bonnes pratiques, il/elle sera tenu-e sera tenu pour responsable. Si il y a erreur, l'employeur se dédouane des moyens mis à disposition du/de la professionnel-le pour réaliser son travail.

Nous assistons à une accélération de l'inversion des logiques : la finalité du travail ne vise plus à répondre aux besoins des usagers, des patients, mais de plus en plus à « servir un panier de soins prédéterminé », d'assurer un contrôle social...

Le ministère poursuit la transformation des contenus professionnels, avec la mise en œuvre du **processus de Bologne, le « LMD »** (Licence, Master, Doctorat).

L'objectif est bien de redéfinir des nouveaux niveaux de qualification avec, à terme, la révision des rémunérations dans le cadre de la diminution des dépenses prises en charge par la solidarité.

Les **restructurations** de nos secteurs se poursuivent. Elles se traduisent par une diminution très importante des structures qu'elles soient sanitaires, sociales ou médico-sociales.

Les concentrations d'associations, les fusions d'établissements en sont quelques exemples. Cela impacte le travail de tou-te-s les salarié-e-s, mais de manière plus spécifique les médecins, ingénieurs, cadres, technicien-ne-s ainsi que les directeur-ice-s. C'est un défi de plus pour notre UFMICT.

#### Quelques axes revendicatifs pour notre UFMICT :

- **Réaffirmer nos propositions de qualifications et de reconnaissance professionnelle, notamment pour les professions techniques du champ**
- **Cohérence des réingénieries et réaffirmation de notre positionnement par rapport au processus de Bologne, le LMD**
- **Maintenir et développer une démarche unitaire pour engranger des succès comme pour les orthophonistes**
- **Ne pas laisser de professions en recul**
- **Poursuivre les initiatives de luttes et de rassemblements contre les ordres professionnels**
- **Revenir sur le caractère stratégique dans l'organisation des soins et la remise en cause des organisations syndicales**
- **Faire connaître nos propositions par rapport au HCPP<sup>(1)</sup> qui pourrait gérer les missions confiées aux Ordres professionnels**
- **Démarche offensive de conquête syndicale en direction des cadres**
- **Place déterminante pour faire reculer les stratégies de restructurations**
- **Déploiement chez les médecins, à partir de notre représentativité reconnue et de nos propositions alternatives**
- **Démarche de conquête, en lien avec notre présence à l'EHESP<sup>(2)</sup>, en direction des personnels dirigeants mais aussi dans d'autres écoles de formation**
- **Contester, y compris dans ces catégories MICT, les orientations idéologiques de recul de la protection sociale et de remise en cause des réponses aux besoins de la population.**

(1) HCPP : Haut Conseil des Professions Paramédicales

(2) EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique



## Le syndicalisme spécifique

### Congrès fédéral de Saint-Étienne : l'orientation et les résolutions

*Extraits du document d'orientation :* « Pour l'UFMICT, nous réaffirmons la nécessité d'une **activité spécifique et son développement** en direction des salarié-es qui occupent une place particulière dans l'organisation du travail. Il nous faut engager une réflexion au tour de la **définition de la spécificité**, au regard de l'évolution du salariat de notre champ et de l'élévation des niveaux de qualifications (82,4 % des jeunes arrivant sur le marché du travail ont des formations à Bac et +. Les technicien-nes et technicien-nes supérieur-es, voire les cadres de proximité, se vivent souvent comme des personnels d'exécution peu ou pas impliqués dans des tâches de responsabilité, de conception, d'expertise ou d'organisation...). »

« **L'espace revendicatif fédéral** doit animer, construire les convergences et la cohérence revendicative (Public/Privé non lucratif / Privé lucratif et Santé et Action Sociale). Il doit coordonner, impulser, mettre en oeuvre et évaluer les actions qu'il gère. Il nous faut trouver des formes d'organisation et de travail qui permettent de répondre à cette nécessité **de décloisonnement et de transversalité**. »

### La Conférence fédérale sur le syndicalisme spécifique s'est tenue en juin 2012

*Extraits :* « **Le syndicalisme spécifique** porte son travail sur le catégoriel en restituant le niveau d'études et de formation, le niveau de responsabilité sociale dans le cadre de l'équipe, et sa place dans la communauté de travail. Le spécifique empêche le catégoriel de « rester au milieu du gué ». Le catégoriel, s'il reste sur la question de l'opposition des catégories, renforce la rupture des liens dans le travail comme elle nous est imposée par le patronat et les directions. Elle fait l'impasse sur la construction d'un rapport de force d'ensemble.

Avoir une activité spécifique qui transforme le catégoriel, c'est partir du vécu au travail et le traiter au regard de l'ensemble des missions : reconnaître et payer la qualification en traitant la place dans la communauté de travail et les moyens d'exercice de sa responsabilité sociale.

Le débat qui doit être au cœur de la conférence fédérale sur le syndicalisme spécifique doit être celui de l'efficacité liée à la prise en compte du métier croisé avec le champ d'exercice. Cette efficacité tient à l'investissement naturel et du coup à la connaissance particulière que chaque professionnel-le a pour le métier qu'elle/il a choisi d'exercer.

« **Construire à partir des professions**, c'est ouvrir la porte à la syndicalisation des professionnel-les qui deviennent décideurs de leurs revendications et des moyens d'actions à mettre en place pour obtenir satisfaction. Mais c'est aussi endiguer le flot de création d'associations, coordinations ou autres groupements qui ne font que morceler les actions et perdre de leurs efficacités. »

### Extraits du document préparatoire pour le 50<sup>e</sup> congrès confédéral

#### « Être la CGT de tout le salariat

**III.82.** À l'heure de la transformation profonde du salariat et de la mise en oeuvre de la loi sur la représentativité sociale, le déploiement de la CGT parmi les ingénieurs, cadres et techniciens pour gagner la mobilisation de l'encadrement est un des défis du rapport de force.

**III.83.** La traduction revendicative des attentes de reconnaissance et de responsabilité sociale qui traversent les cadres et professions techniques ouvre des perspectives nouvelles pour contrer l'offensive du Medef contre l'emploi qualifié.

**III.84.** Chacune des composantes du salariat doit trouver sa place dans la CGT. C'est en partant de leur rôle et de leur place dans le processus de travail que nous pourrons construire les cohérences revendicatives, en veillant à ce que les revendications s'épaulent mutuellement, sans que certaines soient jugées plus prioritaires que d'autres.

**III.85.** Cohérence ne voulant pas dire globalisation, l'élargissement du rapport de force sur ces bases revendicatives permettra à chacune et chacun de se retrouver dans ce que propose la CGT.

**III.86.** C'est donc à partir de la revendication et la recherche de convergence que doit se déterminer la façon dont on doit s'organiser pour que la CGT soit présente partout, parler le même langage que les salarié-e-s concerné-e-s, être réactifs sur les formes d'actions et le travail syndical à entreprendre, tout en ayant toujours présent à l'esprit la nécessité d'élargir pour accroître le rapport de force.

**III.87.** En ce sens, la CGT s'est dotée d'un outil de déploiement et de convergence pour couvrir tout le champ ICT<sup>(1)</sup> et permettre l'implication dans le mouvement social de ces catégories. Il est de la responsabilité de toutes les organisations de la CGT de poursuivre la réflexion sur les conditions à réunir aujourd'hui pour mieux répondre aux besoins de son déploiement. »

(1) ICT : ingénieurs, cadres et technicien-nes.

## Des unions fédérales dans chaque profession ou champ professionnel

### Extraits du document du 16<sup>e</sup> congrès de l'UGICT-CGT :

- C'est dans la profession qu'est prise en compte la situation des salarié-es face aux politiques d'entreprises. L'union fédérale réalise au sein du champ fédéral, l'union des syndicats et sections spécifiques d'entreprise ou de service et des syndicats spécifiques professionnels de territoire. De même, elle coordonne l'activité des syndicats et sections syndicales spécifiques.
- La dimension professionnelle constitue un élément fort de l'activité revendicative. C'est par notre capacité à prendre en compte les besoins des ICT et à construire avec eux les réponses revendicatives, la mobilisation et les modalités d'actions, que celles et ceux-ci en apprécieront la valeur.
- La représentativité dans la branche professionnelle constitue aussi un enjeu. Le vote des ICT sera prépondérant dans la capacité de la CGT à être réellement représentative de tout le salariat, mais aussi à peser plus fort en obtenant des résultats conséquents dans le collège cadres. Pour obtenir des résultats, il faut des candidats CGT. C'est au niveau des unions fédérales que se travaillent le plus facilement (effet de nombre) toutes les questions relatives à la diversité sous l'angle ICT (jeunes diplômés, femmes cadres et mixité, immigration et encadrement...). Mais c'est aussi à ce niveau que se construisent tous les axes revendicatifs liés aux conventions collectives, notamment celles relatives aux cadres.
- L'organisation spécifique professionnelle (union fédérale) doit permettre une véritable co-élaboration revendicative et des initiatives de déploiement dans chaque fédération. Cet objectif sera d'autant plus facilement atteint avec des règles de vie communes et partagées et dans le respect des responsabilités propres de chacun ».

### 1 - Pourquoi le syndicalisme spécifique ?

Les salarié-es attendent du syndicalisme les moyens d'agir sur leur réalité. La réalité des ingénieurs, cadres, technicien-nes, c'est leur place dans le travail, leur formation, la mise en œuvre de décisions auxquelles elles/ils ne sont, en général, peu ou pas associé-es. Elles/ils expriment des revendications différentes : reconnaissance de leur qualification, moyens d'exercer leurs responsabilités... . Parfois les rapports hiérarchiques peuvent les opposer aux autres catégories.

**L'organisation spécifique de la CGT, l'Union Générale des Ingénieurs, Cadres et Techniciens (UGICT) a un double objectif :** rassembler les ICT pour faire avancer les revendications qui naissent à partir de leur situation particulière ; les unir aux autres salarié-es pour faire avancer les revendications d'ensemble.



### 2 - Pourquoi regrouper les cadres et les technicien-nes ?

Parfois chargé-es d'encadrement, parfois cantonné-es à l'exécution, les technicien-nes se définissent comme « ni... ni... » (ni ouvriers, ni cadres) ;

elles/ils ont du mal à trouver leur place dans l'organisation du travail. Elles/ils aspirent à être reconnu-es, à bénéficier d'un vrai déroulement de carrière, à obtenir les moyens d'exercer leurs responsabilités.

Malgré des différences de niveau d'expertise, de responsabilité et d'autonomie, les technicien-nes et agents de maîtrise partagent les mêmes contenus de travail que les ingénieurs et cadres. Ainsi, réunir cadres

et professions intermédiaires aide à dépasser un certain nombre de contradictions qui isolent les un-es des autres et conduit le plus souvent au repli catégoriel, au retranchement, à l'inaction. Souvent seul-es dans leurs activités professionnelles, elles/ils peuvent l'être aussi dans le syndicat et ont besoin de confronter et d'échanger leurs points de vue pour construire leurs revendications.

### 3 - Activité spécifique oui, mais comment ?

Une activité spécifique quotidienne et inscrite dans la durée, ça s'organise, notamment pour éviter le risque d'une activité globalisante. En créant un espace permanent d'échanges sur leur vécu professionnel, les ICT, peuvent mieux s'identifier au syndicalisme CGT.

Une organisation spécifique décidée dans sa forme par les syndiqué-es ICT est le moyen de garantir une vie démocratique permanente, mais aussi de lutter contre la création anarchique d'associations, coordinations et autres groupes qui parcellisent les professionnel-les d'un même champ et sont contre-productives dans la construction de revendications et de luttes gagnantes.



## Positionnement de l'UGICT sur le management alternatif

### Un management solidaire

C'est par une transformation du mode de management, au sens large du terme, que pourront se construire les conditions d'un regain économique et de sortie de crise.

Loin de mettre le travail entre parenthèse ou de camper sur des positions idéologiques, il s'agit de partir de la réalité du travail et de s'appuyer sur la revendication croissante des salariés de travailler dans des conditions satisfaisantes. Un nouveau management doit permettre de réaliser ces objectifs, de réarticuler progrès social et économique et respect environnemental. Il implique une dé-financiarisation du travail et une démocratisation de l'entreprise, afin de libérer l'engagement collectif, l'esprit critique et restaurer les mécanismes contributifs.

Si de nouvelles réflexions s'engagent, de nombreuses pratiques managériales s'organisent. Elles ont pour point commun de prendre leurs distances avec le « Wall Street management » et démontrent leur efficacité. Les prémices d'un management alternatif émergent, faisant des salarié-es des citoyen-nes actrices/acteurs dans leur travail et non des fantassins sacrifiés sur l'autel de la finance.

Ces expériences concernent des entreprises aux statuts très différents, mais portent des éléments de transformation en profondeur :

- des pratiques de management coopératif, avec de nouvelles logiques, bien au-delà de l'économie sociale ;

- de nouvelles visions de l'entreprise, mettant en cause la gouvernance actionnariaire ;
- de nouveaux types d'interventions au sein même du travail, pour une évolution vers le bien-être ;
- de nouvelles appréhensions des restructurations, ébranlant les dogmes établis et professés dans les écoles de management.

L'UGICT ambitionne une sortie de crise par la revalorisation, la reconnaissance, le paiement du travail et une conception nouvelle de l'entreprise, en tant que communauté de travail, collectif de création de richesses et d'innovation.

Cela nécessite un autre management et d'autres critères pour l'évaluation : du quantitatif individualisé au qualitatif collectif.

Le travail doit retrouver sa place au centre du dispositif d'une évaluation dissociée des décisions engageant la carrière des salariés. C'est à ce prix que les salariés s'engageront à nouveau pleinement dans leur travail.

Ce management doit reconstruire une considération pour la femme et l'homme au travail. C'est une question de dignité autant que d'efficacité sociale et économique.

En conjuguant la reconnaissance des qualifications, les créations collectives, les coopérations, la participation aux décisions dans l'entreprise, avec un nouveau statut de l'entreprise, le management alternatif débouche sur une autre ambition, une nouvelle phase de l'émancipation humaine, d'une civilisation du travail et de la démocratie.





**La campagne de syndicalisation de notre Fédération a été lancée en janvier, avec pour objectif d'atteindre les 80 000 adhérent-es d'ici la fin de l'année 2013.**



Ce chiffre est tout à fait réalisable au regard de notre progression constante de ces dernières années, et permettra aux salarié-es d'imposer la voie du progrès social portée par notre organisation.

Le syndicalisme CGT est avant tout un **syndicalisme d'adhérent-e**, et c'est pour cela que les syndiqué-e-s doivent être placé-e-s au cœur des dispositifs de renforcement de notre organisation.

Concrètement, chaque syndiqué-e CGT, chaque élu-e et/ou mandaté-e CGT doit être en capacité de **proposer l'adhésion** dans son établissement, dans son service, dans son environnement socio-professionnel... La syndicalisation n'est pas uniquement une affaire de militant-e, de responsable syndical...

Parfois, des collègues ont peur de se syndiquer par  **Crainte de représailles** de la part de leur hiérarchie. Pourtant, **se syndiquer représente un DROIT inscrit dans la Constitution**. Pour les employeurs, avoir un syndicat CGT fort dans leur établissement, qui fait entendre la voix des salarié-es peut comporter un risque, car ils n'ont plus les mêmes marges de manœuvre pour faire passer des mesures régressives et injustes, allant à l'encontre de l'amélioration des droits des salarié-e-s.

Dans un paysage syndical français parfois éparpillé, des collègues peuvent se demander **pourquoi choisir la CGT** plutôt qu'un autre syndicat :

- Se syndiquer à la CGT **c'est choisir un syndicalisme UTILE** : la CGT est force de propositions élaborées avec les salarié-e-s, elle œuvre pour une transformation du **travail** et ce, dans une dimension plus humaine. La CGT soutient les individualités, mais pas l'individualisme.

- Se syndiquer à la CGT **c'est choisir un syndicalisme ACCESSIBLE** : la CGT permet aux **syndiqué-es d'être actrices/acteurs** en les plaçant au cœur du syndicat et en les impliquant dans la définition des revendications. La CGT réfléchit à sa structuration, de manière à ce que tous les salarié-es puissent trouver la CGT dans le périmètre de leur exercice professionnel.
- Se syndiquer à la CGT **c'est choisir un syndicalisme SOLIDAIRE** : la CGT œuvre au « travailler ensemble » à tous les niveaux de l'organisation, pour mieux défendre les intérêts de toutes/tous les salarié-es, dans les champs professionnels comme en interprofessionnel.

Enfin, la CGT est le syndicat auquel les salarié-es font majoritairement le plus confiance lors **des élections professionnelles**. Chacun-e connaît un-e collègue dans son service qui vote pour la CGT. Pourquoi ne pas la/le convaincre de transformer ce geste en devenant aussi adhérent-e ?

Si les collègues souhaitent en savoir davantage sur la CGT, il est important de les inviter au **local syndical**, à se saisir de **l'heure d'information syndicale**, là où ce droit a été gagné...

Prochamment, la Fédération va faire parvenir dans chaque Union Syndicale Départementale des supports d'aide à la syndicalisation sous forme d'une carte-bulletin de contact et d'affiches. N'hésitez pas à vous en procurer et à les remettre à vos collègues.



## LES CHIFFRES QUI COMPTENT

### VALEUR DU POINT DANS LES CONVENTIONS COLLECTIVES

CCN 51 Effet au 01/12/10 → <b>4,403 €</b>	CCU FHP 18/4/02 (lucratif) Effet au 01/07/12 → <b>6,97 €</b>	CCN 26/08/65 (UNISSS) Médico-sociaux Effet au 01/01/11 → <b>5,231 €</b>
CCN CROIX ROUGE FRANCAISE Effet au 01/07/09 → <b>4.43 €</b>	CCN FHP ANNEXE SYNERPA Effet au 01/04/12 → <b>6,90 €</b>	CCN PROTHESISTES DENTAIRES (salaire : 1 <sup>er</sup> échelon) Effet au 01/01/13 → <b>1 454 €</b>
CCN 66 Effet au 01/01/10 → <b>3,74 €</b>	CCN CABINETS MEDICAUX Effet au 01/01/12 → <b>7,05 €</b>	CCN CABINETS DENTAIRES : Effet au 01/12/12 → <b>9,40 €</b> (taux horaire minimum)
CCN CLCC Cf. Rémunérations minimales annuelles garanties + 0,5 % au 1/8/12 → <b>17 109 €</b>	CCN MEDECINE TRAVAIL Effet au 01/01/12 → <b>8,875 €</b>	CCN ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG (E.F.S.) Effet au 01/01/12 → <b>53,99 €</b>

### S.M.I.C. AU 1<sup>er</sup> JANVIER 2013

SMIC HORAIRE BRUT	<b>9,43 €</b>
SMIC MENSUEL BRUT base 35 h (pour 151,67 h)	<b>1 430,22 €</b>
MINIMUM GARANTI	<b>3,49 €</b>

### TRAITEMENT DES FONCTIONNAIRES 1<sup>er</sup> JANVIER 2013

Minimum TRAITEMENT BRUT DE BASE MENSUEL 309 (indice majoré)	<b>1 430,76 €</b>
Valeur du point brute (depuis 2010)	<b>4,630 €</b>
INDEMNITE DE RESIDENCE ZONE I - 3 %	<b>43,47 €</b>
ZONE II - 1 %	<b>14,49 €</b>

# LES URGENCES : ÇA CRAQUE DE PARTOUT !

**Les urgences hospitalières sont le miroir grossissant de tous les dysfonctionnements de notre système de santé, particulièrement de l'hôpital.**

La multiplication des conflits, des menaces de démission collective de médecins ou de démissions effectives de chefs de service – comme à l'hôpital Saint-Louis à Paris ou plus récemment à Roubaix, à Grenoble... – sont révélateurs d'une situation d'épuisement professionnel et d'un système au bord de l'explosion.

Depuis des années, les pouvoirs publics ont été alertés de cette situation. Ont alors été mis à contribution les fameux « experts », pour avancer des explications permettant d'évacuer les vrais problèmes. En effet, la culpabilisation des patient-es qui viendraient aux urgences pour des « bobos » constitue une manipulation inacceptable de la réalité. D'une part, si des patient-es viennent aux urgences pour des pathologies banales, c'est trop souvent parce qu'ils ne trouvent plus de médecins disponibles en ville – notamment des spécialistes – et sans dépassement d'honoraires. D'autre part, les patient-es qui « encombrant » les urgences ne sont pas ceux qui viennent pour une simple consultation et qui repartent rapidement, mais ceux qui ont besoin d'être hospitalisés et pour lesquels on ne trouve pas de lits.

**Cette situation est parfaitement explicable et son aggravation était inéluctable.** Les fermetures massives de lits dans une logique de fonctionnement à flux tendu de l'hôpital est un non-sens. Par essence, l'activité d'un hôpital ne peut être soumise à des critères de production programmée. Différentes études ont montré qu'un hôpital qui dépasse un taux d'occupation moyen de 85 % dysfonctionne. Or, aujourd'hui, de nombreux établissements dépassent en permanence ce seuil, générant l'accumulation de brancards dans les couloirs des urgences.

Le discours lénifiant proposé par les différents gouvernements qui se sont succédés et encore ressassé par la Ministre actuelle sur la nécessité de réorganisation pour résoudre ces problèmes est inacceptable.



Les réorganisations sont permanentes à l'hôpital, mais leur logique strictement financière est en train de le tuer. Par contre, la question des moyens reste essentielle et ne peut être occultée.

Au-delà de la question des moyens humains, la **problématique des lits d'hospitalisation** nécessite de prendre en compte l'évolution des besoins. Avec l'émergence des polypathologies, notamment chez les personnes âgées, il devient crucial de créer des services de médecine polyvalente dans tous les hôpitaux, et plus particulièrement dans les CHU.

Enfin, la question de la structuration des locaux des services d'urgences ne peut être ignorée. Depuis des années, des propositions ont été mises sur la table pour organiser des filières spécifiques et séparées pour les trois grandes catégories de patients :

- un **circuit rapide** de consultation pour les patient-es ambulatoires ;
- un **circuit pour les patient-es couché-es** avec un nombre de boxs calculé en fonction du nombre de patient-es et du temps moyen passé aux urgences afin que personne ne soit obligé de rester sur un brancard dans le couloir ;
- enfin une **filiale sécurisée et isolée** pour les patient-es présentant des troubles du comportement et/ou accompagnés par la police.

**La CGT doit aider les personnels à formaliser leurs revendications, à organiser des actions, car seule la lutte permet de créer une dynamique afin d'exiger l'amélioration des conditions de travail et de prise en charge des patient-es.**







# FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : LE RAPPORT COUTY

**Dans les suites de la grande Conférence Sociale des 9 et 10 juillet 2012, la Ministre des affaires Sociales et de la Santé a confié une mission intitulée "Pacte de Confiance pour l'hôpital" à Edouard Couty, conseiller à la Cour des Comptes, ancien Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins de 2000 à 2004.**

Cette mission a été déclinée en 3 grands axes :

- Le service public hospitalier dans le système de soins
- Le dialogue social
- La gouvernance

Le 4 mars 2013, la Ministre a annoncé « 13 engagements pour l'hôpital public » suite à la remise de ce rapport qui contient 46 propositions. Ces annonces restent très évasives pour la plupart et laissent libre court à l'interprétation

Notre fédération a participé à plus de 100 heures de réunion réparties en 32 séances en y apportant des éléments contributifs. Lors de la lecture du rapport, nous ne les avons pas retrouvés.

Les simples aménagements des dispositifs existants qui sont proposés dans ce rapport ne sont pas à la hauteur des enjeux pour l'hôpital public. L'hôpital traverse aujourd'hui une crise grave avec un épuisement des personnels illustrée par la multiplication des conflits sociaux, notamment dans les services d'urgence.

L'affront est complet, car les personnels non médicaux sont très peu présent-es dans le rapport et les préconisations retenues par la Ministre. Celles et ceux qui, au quotidien, oeuvrent pour le service public, n'ont aucune perspective de négociations spécifiques pour l'évolution de leur rémunération et de leurs conditions de travail.

Un autre élément, mis en avant lors des débats, était celui du manque de démocratie tant dans le fonctionnement des établissements que dans celui des Agences Régionales de Santé. Là aussi, rien n'a changé les restructurations se poursuivent dans la droite ligne de ce qu'avait prévu le précédent gouvernement.

## **1 - Aboutir à un Service Public de santé de Territoire dans la loi sans exclure éventuellement une loi sur la psychiatrie.**

Cet engagement est loin des propositions que la CGT a présenté avec la mise en place, entre autre, de chambres territoriales de santé qui, sur le modèle du secteur en psychiatrie, doivent envisager les réponses aux besoins de santé des populations.

Cet engagement aura certainement pour effet de mettre en place de nouvelles coopérations médecine de ville/médecine hospitalière. La politique du réseau sera certainement revue.

De nouvelles formes de coopération public/privé sont ainsi réaffirmées.

## **2 - Redéfinir le Service Public Hospitalier autour de l'hôpital public dans une loi «santé publique» en 2014.**

Bien que la Ministre affirme « vouloir tourner la page de la loi HPST » elle n'en remet aucunement en cause ses fondements. De plus, elle considère le service public comme un service au public. Cette notion est très éloignée de notre proposition CGT d'un grand service public de santé et d'action sociale.

La notion de service rendu à la population laisse une place au secteur lucratif qui continuera à bénéficier de délégations de service public.

Pour notre organisation, le service public doit être assuré par le secteur public, le secteur non commercial peut y participer mais son avenir doit être débattu.

Ni les activités privées permises à l'hôpital, ni le secteur lucratif ne sont remis en cause.

## **3 - Tarification nouvelle au parcours et à la qualité.**

Bien que la Ministre assure que l'hôpital ne peut être géré comme une entreprise, la tarification à l'activité (T2A) ne sera pas profondément revue et restera fortement ancrée dans le financement des hôpitaux pour les activités dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

Une simple tarification nouvelle ou supplémentaire lié au parcours de santé est envisagée, mais uniquement pour les maladies chroniques.

La Ministre fait référence à certains pays européens qui ont mis en place des financements de parcours de santé, mais avec un Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) fermé, cette nouvelle modalité ne sera qu'un mode de répartition différent de l'enveloppe.

En ce qui concerne la qualité, que faut-il entendre ? Des critères supplémentaires de qualité viendront ajouter de la pression au travail des personnels hospitaliers ou ce sera des critères de satisfaction des usagers qui mettront la pression sur les agents !

## **4 - Créer des schémas régionaux de santé pour privilégier la réponse aux besoins de santé.**

La ministre annonce 45 milliards d'€ d'investissement sur 10 ans, mais sans aborder la source de financement. Si cette somme provient de l'ONDAM déjà insuffisant, il n'y aura rien de neuf en perspective.

Pas d'annonce sur l'annulation de la dette des hôpitaux, rien sur les emprunts toxiques, et encore plus surprenant rien sur la participation éventuelle de la Banque Publique d'Investissement !

Cet engagement est un simple renouvellement des lieux et schémas de décision en laissant plus de place à la région, donc aux ARS ! Il pourrait ouvrir la porte à de nouveaux financeurs en région (cf. dossier acte III de la décentralisation).

Le rôle des ARS pourrait en être renforcé dans l'organisation et les réorganisations hospitalières.

#### **5 - Création de territoire de soins numériques.**

Une enveloppe de 80 millions d'€ est prévue pour porter des créations innovantes en la matière.

#### **6 - Mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance démocratique de l'hôpital, la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE), la commission de soins infirmiers (CSI).**

La Ministre veut redonner une place primordiale aux médecins, comme si jusque-là ils étaient restés silencieux sur l'hôpital !

Elle réaffirme le rôle primordial de la CME et de son président, elle propose d'établir des contrats de gouvernance entre la CME et le directeur. En revanche, elle ne revient pas sur le mode de désignation de ses représentant-es, cette nomination dépendra du bon vouloir du directeur d'établissement. Elle pense qu'il faut donner plus de cohérence, mais sans réellement donner des pistes de changement pour le CTE et la CSI.

Elle a valorisé le rôle déterminant des cadres de santé pour les parcours de soin et le fonctionnement de l'hôpital public...

#### **7 - Bilan des pôles pour fin 2013 demandé aux conférences de directeurs et aux présidents de CME.**

Chose comique, seuls acteurs favorables aux pôles lors de cette mission Couty vont en faire un bilan !

La CGT, comme la majeure partie des acteurs hospitaliers, veut voir disparaître les pôles, la route semble encore longue ... Ils représentent des outils internes de mise en concurrence des services de soins avec pour seul objectif la performance médico-économique.

L'actuel conseil de surveillance sera remplacé par un conseil d'établissement, mais aucune révolution ou contre-pouvoir ne sont attendus...

#### **8 - Création de Comité Technique des Usagers à la place des CRUQPC\*.**

Le rôle des usagers, et surtout de leurs représentant-es, s'est accru dans l'hôpital. Ce n'est pas sans poser le problème de leur légitimité, car à ce jour les ARS, essentiellement, désignent les représentant-es dans les établissements à partir de listes proposées par des associations et arrêtées par le ministère.

#### **9 - Rénover le Dialogue Social à l'hôpital.**

L'idée est de répartir des thèmes de négociation entre les niveaux national et local, la Ministre excluant des négociations régionales.

Mais, rien n'est dit sur la détermination des marges de manœuvres locales et sur ce qui pourra être négocié.

#### **10 - Renforcer les missions des Commissions Paritaires Régionales avec une vision prospective des besoins humains par région.**

Un décret est prévu afin de faire évoluer son contenu car à ce jour, seuls les médecins hospitaliers en sont membres.

C'est un outil qui permettra de créer du lien entre les ARS et les acteurs de l'hôpital, il ne faudra pas en espérer beaucoup plus.

Les quotas de formation et le numéris clausus resteront toujours nationaux.

#### **11 - De nouveaux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).**

Seul changement qui pourra être perceptible éventuellement pour les salarié-es.

Notre organisation estime que l'enveloppe dédiée devra être suffisamment importante pour que les améliorations soient visibles.

Cependant, cet engagement ne répondra pas aux attentes de reconnaissance de la pénibilité des professionnel-les.

#### **12 - Création d'une section médicale dans un seul CHSCT d'établissement.**

C'est certainement le scénario le moins pire pour répondre aux attentes des médecins.

Il maintient l'unicité du CHSCT, avec quelque chose de nouveau pour les médecins sans rien enlever aux missions actuelles de cette instance.

En revanche, la Ministre envisage l'ouverture d'une concertation pour déterminer le mode de désignation pour cette participation médicale.

La CGT revendique qu'à l'issue d'élections se soit des syndicats qui mandatent leurs représentant-es.

#### **13 - Création d'un observatoire national du dialogue social (veille, conflit et dialogue social).**

C'est une proposition CGT de longue date, mais la discussion sur le contenu risque d'être compliquée, car notre organisation demande que soient traités le respect du droit de grève, la création de contrainte pour la concertation et le dialogue social local.

CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.





INSTITUT  
D'HISTOIRE  
SOCIALE

ihS

# Adhésion Cotisation 2013

La recherche de la vérité sur l'Histoire Sociale dans la santé et l'action sociale de notre pays, sur notre syndicalisme, ses activités et ses actions revendicatives, constitue une donnée permanente pour éclairer les luttes d'aujourd'hui et de demain.

**Si vous décidez d'adhérer à l'INSTITUT D'HISTOIRE SOCIALE DE LA FEDERATION CGT SANTE ACTION SOCIALE, bienvenue parmi nous. Votre adhésion vous permettra de recevoir deux numéros par an de notre publication : LE FIL.**

Ce bulletin peut, bien entendu, être reproduit pour vos collègues de travail. Vous pouvez nous l'adresser soit par courrier (de préférence), soit par télécopie, à l'adresse suivante :

**INSTITUT D'HISTOIRE SOCIALE CGT SANTE ACTION SOCIALE  
CASE N° 538 93515 MONTREUIL CEDEX  
Téléphone : 01 88 82 87 51 courriel : [ihS@sante.cgt.fr](mailto:ihS@sante.cgt.fr)**

**Adhésion annuelle individuelle : 20 €**

**Adhésion annuelle collective : 30 €**

à l'ordre de l'INSTITUT D'HISTOIRE SOCIALE CGT SANTE ACTION SOCIALE

## INDIVIDUELLE :

Nom .....

Prénom .....

Année de naissance .....

Rue .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone ..... Portable .....

Courriel .....

Votre Etablissement .....

Catégorie professionnelle .....

## COLLECTIVE

### Votre établissement

Nom de l'organisation .....

rue .....

Code postal ..... Ville .....

Code NAF ..... Téléphone .....

Poste ..... Courriel .....





## LA MACIF VOUS ASSURE, LE SAVIEZ-VOUS ?

**Adhérez, militez : vous êtes protégés !**

**Être syndicaliste, aujourd'hui plus que jamais, c'est un engagement de tous les instants.** C'est pourquoi, quand vous choisissez de défendre les intérêts des salariés, nous sommes à vos côtés pour soutenir et sécuriser votre action militante.

**Les Organisations syndicales font confiance à la Macif depuis près de 30 ans** pour assurer l'activité syndicale de leurs adhérents et militants. Pourquoi pas vous ?

Quelle que soit votre mission, des contrats existent pour faciliter votre engagement militant.

Contactez-nous : [partenariat@macif.fr](mailto:partenariat@macif.fr)

Document non contractuel. Garanties proposées sous réserve des exclusions mentionnées aux contrats.  
MUTUELLE ASSURANCE DES COMMERÇANTS ET INDUSTRIELS DE FRANCE ET DES CADRES ET SALARIÉS DE L'INDUSTRIE ET DU COMMERCE. Société d'assurance mutuelle à cotisations variables. Entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 2 et 4, rue Pied de Fond - 79037 Niort cedex 9.



**LA SOLIDARITÉ  
EST UNE FORCE**