

# PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE



➤ Secteur social et médico-social

## Imposons d'autres choix



pour vivre, travailler et accompagner dignement !





VOUS ÉCOUTER, VOUS GUIDER  
VOUS PROTÉGER



---

## VOTRE EXPERT EN PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

---

ENSEMBLE PROTÉGEONS  
LA SANTÉ ET LES REVENUS  
DES PERSONNELS

Partenaire de plus de  
2 500 établissements du secteur  
sanitaire et social et  
2 900 établissements publics  
et parapublics

[www.collecteam.fr](http://www.collecteam.fr)

Collecteam - 13 rue Croquechâtaigne - BP 30064 - 45380 La Chapelle Saint Mesmin. Société de courtage en assurances placée sous contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09. SA au capital de 7 005 000€ - RCS Orléans 422 092 817 N°ORIAS 07 005 898 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)



# ÉDITO

4-5 | **Actualité  
fédérale**

6-15 | **Actualité  
UFMICT**

17-20 | **Actualité  
UFSP**

21-23 | **Actualité  
UFAS**

24-26 | **Actualité  
UFR**



## **Le management est-il le coupable idéal de tous nos malheurs ?**

C'est pour répondre à cette question que l'UFMICT-CGT a organisé les 12 et 13 janvier derniers une séquence de formation ayant pour but de détecter l'idéologie managériale, la comprendre pour mieux la déjouer et ne plus la subir.

Il y a urgence à faire émerger les enjeux et les impacts de ce *new public management* sur notre façon de travailler pour mieux y résister.

Pour l'exécutif, l'enjeu est simple : il faut baisser les dépenses publiques « quoiqu'il en coûte » et qu'importe la manière d'y parvenir. De fait, nous vivons une période extrêmement trouble, durant laquelle une transformation radicale de notre société est à l'œuvre malgré l'opposition d'une grande partie de la population. Des milliards d'euros d'argent public servent aujourd'hui à ouvrir des parts de marchés dans le secteur privé au détriment de la Justice, de l'Éducation et surtout de la Santé. Le néo-libéralisme gangrène tout, jusqu'à notre façon de concevoir le travail et de l'encadrer.

Cette violence qui s'abat sur les acteurs de notre champ laisse des traces. C'est pour cette raison que nous devons nous réapproprier le sujet. Mais ce n'est pas chose aisée, il ne se laisse pas appréhender facilement. « *Difficile de lui passer les menottes* » nous a dit Marie-Anne Dujarrier, sociologue et grand témoin de ces deux journées d'études. L'idéologie managériale contamine tout sur son passage, y compris notre façon de nous exprimer ou de nous définir : « *On se fixe des objectifs, on exprime son potentiel, on s'adapte car on est flexible, on se manage* ».

Le management est un sujet technique qui n'appartient pas seulement aux « *team-managers* ». À l'UFMICT-CGT, nous avons un savoir à faire valoir et les témoignages des différents syndicalistes ou chercheurs qui ont participé à ces deux Journées ont été précieux pour identifier des modèles de résistances.

C'est avec modestie que nous pouvons avancer que ce qui suit est bon pour la santé.

Très fraternellement,

**Laurent LAPORTE,**  
Secrétaire Général de l'UFMICT CGT

Publication de la Fédération  
de la santé et de l'action sociale  
Commission paritaire n° 0228 S 06676  
ISSN : 0299-0369

Tirage : 70 000 exemplaires

Directrice de la publication :

Mireille STIVALA

Rédacteur en chef :

Jérémi PRIGENT

263, rue de Paris - case 538

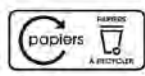
93515 Montreuil CEDEX

Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70

Impression :

RIVET PRESSE ÉDITION

Tél. 05 55 04 49 50



## Combattre le Lean management

### Comment la CGT peut peser sur les transformations favorables à la Santé

Après mai 68 et le rejet, entre autres, des organisations du travail fondées sur l'idéologie néo-libérale, avec l'organisation Tayloriste, le patronat, accompagné par les gouvernements successifs et afin de regagner le rapport de force, a réfléchi et mis en place une nouvelle méthode de management.

**E**n 1974, lors des Assises du Patronat à Marseille, les patrons encore « traumatisés », veulent trouver des méthodes pour « atomiser » les travailleurs. Ils ont alors l'idée de répondre aux aspirations, mais par l'individualisation. C'est pourquoi, l'ensemble de notre champ a subi de nombreuses réformes qui avaient toutes pour but de faire des économies. Quoi de mieux pour le patronat et les gouvernements qu'une méthode de management fondée sur la chasse au soi-disant « gaspi » : le Lean management :

**Lean = maigre / Management = Gestion**

**Lean management = faire plus avec moins, l'évaluation se faisant par l'équilibre des comptes et de la performance dans la prise en charge des usagers.**

#### Les objectifs de la mise en place du lean management par les directions sont de :

⇒ Convaincre, séduire et persuader les salarié·e·s que l'on ne peut pas faire autrement, avec des arguments tels que : « Nous sommes en guerre économique, il faut défendre les emplois, assurer la performance et la compétitivité, trouver la manière d'être le plus rentable et le plus productif »

⇒ Faire appliquer les procédures, des process, des protocoles, des bonnes pratiques, des méthodologies qui ont été mises au point par les grands cabinets internationaux qui font du benchmarking, **qui définissent les manières de faire complètement à distance et en dehors de la réalité du travail.**

On ne part plus de la demande et des besoins de la population, mais de l'offre basée sur la logique

de l'efficience, du "combien ça coûte/combien ça rapporte". C'est l'adaptabilité de l'offre au profit de réponses d'appel à projet qui guident les prestations proposées. C'est une course permanente aux financements ponctuels.

#### Le patient/usager devient un consommateur/client

La priorité est donnée à la rentabilité à tout prix, au détriment de la santé du personnel et des usagers

Les moyens de la démarche : dans la plupart des cas, il s'agit d'une démarche descendante portée par la direction. Elle est souvent accompagnée par des acteurs extérieurs à la direction et à l'établissement.

On observe la mise en place de Groupes de Travail. Les groupes de travail organisés sollicitent la participation des salarié·e·s avec des objectifs et des réponses fixés à l'avance. Ils remettent systématiquement en cause les pratiques actuelles des services, jugées dépassées et dispendieuses. Dans certains cas, on met en place des encadrants supplémentaires pour permettre des actions de comptage systématique des consommables ou des temps passés, par exemple.

#### Un sentiment de manipulation des salarié·e·s dans la démarche de déploiement du Lean

**Au final, lorsque la cible organisationnelle est mise en place, on déplore :**

⇒ Des mobilités accrues entre services et la mutualisation des ressources

⇒ Une culpabilisation des salarié·e·s qui ne sont pas dans la norme, rendu·e·s responsables d'un dysfonctionnement

⇒ Un développement non souhaité de la polyvalence

⇒ Une réduction des réunions de services

⇒ Une individualisation des rapports humains et une baisse de la solidarité



Ces méthodes de management induisent la perte de sens au travail et, dans notre champ comme ailleurs, une grande souffrance pour les travailleurs, avec des impacts dévastateurs sur la santé des personnels.

### Alors dans ce contexte, quel rôle peut jouer la CGT ?

En réaffirmant que la perte de sens et la souffrance au travail résultent bien de choix politiques, basés sur une idéologie capitaliste que la CGT combat et a toujours combattu, il nous faut nous réapproprier le collectif de travail en allant à la rencontre, en écoutant et en débattant avec les syndiqué-e-s et les travailleurs, à partir de leur TRAVAIL RÉEL, redonner la parole aux travailleuses et travailleurs sur leur travail réel, qu'elles et ils sont les seul-e-s à connaître.



**La CGT peut peser dans les transformations favorables à la santé en :**

► **Recréant des COOPÉRATIONS et des COLLECTIFS... par le syndicalisme CGT : partir des besoins pour arriver à la revendication.**

► **Ayant des revendications sur les ORGANISATIONS et le SENS du travail.**

Le secteur santé travail de la Fédération propose des journées thématiques sur ces questions, mais également une formation sur 5 jours à Courcelles.

**La formation syndicale doit être une priorité : le savoir c'est le pouvoir !!!**

## Fédération Santé et Action Sociale 2.0

### Restons connecté-e-s !



**TWITTER :**   
**@CgtSanteSocial**

**INSTAGRAM**  
**cgtsanteactionsociale**

**FACEBOOK :**   
**CGT Santé Action Sociale**

**SITE FÉDÉRAL :**  
**WWW.sante.cgt.fr**



*Santé et action sociale (1/3) :*

## Extension du domaine du management

**Comprendre le management néolibéral, le définir, décrypter son langage et résister : lors de deux journées d'études, l'UFMICT-CGT s'est interrogée sur une pratique au cœur des tensions entre le capital et le travail. Comment desserrer l'étau ? Débat.**

**L**e *new public management* : pour les profanes, la pratique, sous couvert de modernité, peut sembler relativement inoffensive. Pour les administrations et services publics qui en font durement l'expérience, elle est synonyme de logique marchande, de dégradation des conditions de travail et de management pathogène. Introduit à la fin des années 2000 à l'hôpital à la faveur de la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), le *new public management* suppose qu'il n'y a pas de différence de nature entre la gestion publique et la gestion privée : il vise donc à appliquer un ensemble de méthodes dont l'objectif – indifférent à l'intérêt général – est l'efficacité et la rationalité des dépenses.

Voilà pour la théorie. Pour la pratique, place au terrain : direction l'hôpital d'Albi, où fuite des cadres, pression managériale et manque de moyens humains et financiers se conjuguent pour créer de la désorganisation et de la souffrance au travail, avec un encadrement de proximité déconnecté des équipes et de leurs besoins. Cadre de santé à Cadillac, Laurent Laporte, est secrétaire général de l'Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens (UFMICT) de la Fédération CGT Santé-Action Sociale. Il évoque un « voile posé sur la destruction de l'hôpital » où l'on parle désormais moins de « soins » que de « performance », sur fond de budgets contraints et d'obligation de résultats.

### Mais au fait, c'est quoi le management ?

Comment desserrer l'étau ? La question centrale posée par l'UFMICT à l'occasion de journées d'études, les 12 et 13 janvier, a permis de confronter les approches universitaire, professionnelle et syndicale. Et puisque les mots ont un sens, le vocabulaire utilisé témoigne d'une dérive idéologique qui veut faire du service public hospitalier une nouvelle cible de la privatisation. Grand témoin de ces journées d'études, Marie-Anne Dujarier, sociologue, tout en pointant un discours visant à faire du management le « coupable idéal » des difficultés de l'hôpital, tente de le définir.

Une première approche est proposée par le théoricien Herbert Simon : le management, c'est l'art de faire faire, ou de faire en sorte que les choses soient faites. « Nous sommes donc d'emblée dans le champ de la production, et de l'activité productive. ». Désormais, on « manage » et on « gère » toutes les activités de sa vie familiale et de loisirs ; il s'agit de « prescrire, organiser et contrôler » dans tous les domaines.

### Le « manager », un intermédiaire entre le capital et le travail

Du point de vue socio-historique, la sociologue montre comment les pratiques managériales se sont en réalité déployées avec le capitalisme industriel. Elle cite Marx : de même qu'une armée a besoin de sa hiérarchie militaire, une masse de travailleurs œuvrant ensemble sous le commandement du même capital a besoin d'officiers, c'est-à-dire de « dirigeants managers » et de « sous-



officiers industriels » qui exercent le commandement, au nom du capital, pendant le processus de travail.

Le management aurait donc affaire avec l'armée, il est une pratique sociale qui assure le commandement au nom du capital sur le travail. Ce que l'on peut résumer par « être entre le marteau et l'enclume ». Être manager, pose ainsi Marie-Anne Dujarier, c'est être employé par « quelqu'un », un employeur – qu'il soit public, privé ou associatif – qui impose l'atteinte d'objectifs fixés, en intervenant dans l'activité concrète des autres salarié-e-s (qui n'ont rien demandé).

### « Agir sans penser, cela rend malade »

À l'évidence, la place d'intermédiaire entre le capital et le travail, au cours des tensions entre « performance » et « qualité », singulièrement dans les activités sociales et de soins, n'est pas très enviable. D'autant que la séparation qui s'opère entre « action » et « pensée » repose sur des présupposés erronés et va se heurter à une difficulté majeure : le surgissement du réel, la situation ne se présentant jamais telle qu'elle était prévue. Si une prescription est toujours maladroite, déconnectée des cas singuliers, Marie-Anne Dujarier va plus loin : « Agir sans penser, cela rend malade, c'est même invivable. »

Enseignante-chercheuse en sciences sociales à l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne, Fanny Vincent, coautrice de *La Casse du siècle* (Raison d'Agir,

2019), étudie justement les effets sur les personnels de la succession des réformes engagées à l'hôpital. Celles-ci reposent sur un présupposé, à savoir l'absence d'opposition entre logiques comptable et soignante. Avec cette idée : pour mieux soigner, il faut aussi dépenser moins. « Sur le terrain, explique-t-elle, cette contradiction place les cadres de santé dans une situation en tension, en les soumettant à des injonctions paradoxales. Elle est porteuse de multiples effets en questionnant la définition du travail, des soins et plus généralement des services publics. Ses effets sont aussi politiques, déposant les travailleurs du contenu de leur travail. ». Qui doit en réalité détenir le pouvoir ? Les managers gestionnaires ou les soignants ?

### Identifier des « gisements de performance »

Au prétexte de ses mauvaises gestion et organisation, la transformation de l'hôpital en entreprise s'est faite progressivement, tout au long du XX<sup>e</sup> siècle. Mais deux dispositifs sont, de ce point de vue, exemplaires des stratégies à l'œuvre de domination gestionnaire et de rationalisation du travail. Si le temps de travail a toujours été utilisé pour optimiser la productivité, les « soins individualisés à la personne soignée » (SIPS), mis en place dans les années 1980, ont aussi joué un grand rôle. Ils reposent sur une objectivation de l'activité de soin qui vise à produire de l'information pour aboutir à un découpage de l'activité soignante en un certain nombre de tâches. « Cela a changé la définition du travail de soin, explique Fanny Vincent, les soignants produisant des actes techniques standardisés dans leur définition et dans leur durée ».

Cette logique de « néolibéralisation » de l'hôpital s'est intensifiée dans les années 2000, montre-t-elle, période durant laquelle se sont multipliés les chantiers de rationalisation, avec l'aide de consultants, pour lutter contre les gaspillages et identifier des « gisements de performance » (chasse aux temps de pause entre collègues, aux temps d'échanges injustifiés, lits pas assez occupés, blocs opératoires pas assez utilisés...).



## La norme ? Le travail effectif dans sa dimension technique

Intensification du travail, flexibilisation de la main d'œuvre, précarisation objective et subjective des soignants, qui peut pourtant répondre à une aspiration de certains d'entre eux... les conséquences de ces politiques sont illustrées par une série de témoignages, dont celui d'une ancienne aide-soignante devenue infirmière puis directrice adjointe d'hôpital. Elle explique comment, prise dans un conflit éthique, elle a tenté de résister à la mise en concurrence orchestrée par la loi Bachelot, subi des pressions et des techniques de harcèlement, et osé exprimer des refus.

Elles sont aussi relatées par la journaliste « santé » à Médiapart, Caroline Coq-Chodorge : « *En quinze ans, depuis la mise en place de la tarification à l'activité, j'ai pu observer en effet la traque de toutes les économies possibles ou des temps de*

*transmission et d'échanges entre les équipes, qui a considérablement abîmé l'hôpital et détruit le sens au travail* », ce que confirme une cadre de santé. De ce point de vue, la crise du Covid a agi comme une parenthèse révélatrice des graves difficultés de l'hôpital, notamment des services d'urgence : « *En réalité, le néolibéralisme est pris à son propre piège. Aujourd'hui, l'offre de santé est moindre que la demande, et les acteurs de santé ont une grande liberté de travailler là où ils le souhaitent ; le nouveau management public commence à se retourner contre l'hôpital avec des acteurs qui ne partagent pas le projet et décident de partir.* ».

## CHU de Toulouse : résister au lean management

Dans ce système qui s'autodétruit, pour reprendre la formule d'une soignante, comment s'organiser pour résister et reconstruire les collectifs de travail ? En prenant l'exemple du lean management au CHU de Toulouse, mis en place à partir de 2014, Julien Terrié, manipulateur en radiologie, secrétaire général du syndicat CGT, montre que cela est possible, en livrant des propositions d'action syndicale.

Au préalable, il plante le décor : le CHU de Toulouse, où une vague de suicides a marqué les esprits en 2016, ce sont 14 000 agents, 100 lits en moins entre 2020 et 2021, 300 à 400 lits fermés quotidiennement faute de personnel, mais aussi 60 millions d'euros de remboursement de dette chaque année, l'obligation de dégager des marges d'environ 100 millions d'euros pour faire face à un ensemble de frais, avec les gains de productivité à la hauteur. Dans ce tableau, la masse salariale ne représente que 54 % du budget ; 23 millions de déficit sont attendus en 2023, les mesures du Ségur n'ayant pas été financées.

### Le syndicat a élaboré une stratégie

« *Notre prise de conscience est pourtant ancienne* », explique-t-il, en citant l'intervention, dès 2013, des consultants de McKinsey et la création



d'une direction « Retour sur investissement » (ou ROI, pour *return on investment*). Puis, en 2014, il y eut l'organisation d'une conférence sur le *lean management*, ou les bienfaits de l'industrialisation au bénéfice de la santé...

Dans le cadre d'une formation militante, le syndicat avait fait appel à une sociologue, Danièle Linhart, pour tenter d'élaborer une stratégie contre le *new public management*, à partir d'un diagnostic précis : travail prescrit toujours plus déconnecté du travail réel et des règles du métier, tentatives de détourner les instances représentatives du personnel, déshumanisation totale de la relation avec l'administration, détournement du vocabulaire...

### « S'il y a résistance, il y aura recul »

« *Le but du management pathogène, souligne Julien Terrié, est de dissimuler que les dysfonctionnements sont la conséquence de l'austérité, se séparer des agents "non productifs", réprimer les lanceurs d'alerte... C'est un jeu d'équilibriste, mais ça les rend vulnérables.* ». De ce travail sont issus des principes de lutte, parmi lesquels : faire suivre l'intervention managériale d'une intervention militante, pour décoder le message avec les agents ; demander des écrits sur chaque directive posant problème ; solliciter l'inspection du travail dès que nécessaire (17 courriers en 2021) ; dénoncer



publiquement les contradictions et les agissements, comme ce fut le cas contre la radiation d'une infirmière en épuisement professionnel ou la révocation d'une lanceuse d'alerte du Samu 31. Avec cette certitude : « *S'il y a résistance, il y aura recul.* »

Mais résistance à quoi ? Le néolibéralisme, dont Pierre Dardot et Christian Laval ont retracé la genèse dans *La Nouvelle Raison du monde* (La Découverte, 2010), c'est en effet non pas le retrait de l'État, mais l'intervention massive de l'État pour organiser

l'extension du marché. C'est ce qui se passe depuis une quinzaine d'années dans les services publics, et singulièrement à l'hôpital, souligne Marie-Anne Dujarier qui propose, en conclusion, de réfléchir à un renversement de perspective, en considérant le management comme un double marché des biens et des services d'une part, des carrières d'autre part. « *En ce sens, explique-t-elle, il n'est pas une "idéologie" mais un "travail"* » .

Christine Labbe

Santé et action sociale (2/3) :

## Désarticuler la novlangue managériale

**Pratiquer la « bienveillance » pour mieux maltraiter, ou bien « produire » un séjour et non des soins... Pour combattre la novlangue managériale, comme le proposent les Journées d'études de l'UFMICT-CGT, il est urgent de libérer une parole discordante pour imposer un autre récit sur la réalité des vécus au travail.**

« **W**ar is peace, freedom is slavery, ignorance is strength » : ce slogan dans la novlangue imaginée par George Orwell pour l'enfer totalitaire de son roman *1984* n'avait rien de dystopique à l'époque de sa publication, en 1949. « *Arbeit macht frei* » (« le travail rend libre ») : cette promesse n'était-elle pas affichée sur le portail du camp de la mort d'Auschwitz-Birkenau ?

Dans *1984*, la novlangue impose une façon de dire, de concevoir et de voir le monde, qui orchestre le consentement à l'aliénation. « *Dans les entreprises d'aujourd'hui aussi, le langage est parfois utilisé pour embellir la réalité ou masquer les pires pratiques sous un discours rassurant* », rappelle Agnès Vandevelde-Rougale<sup>(1)</sup>, socio-anthropologue autrice de plusieurs ouvrages sur la novlangue managériale. « *Omniprésente et invasive, telle un virus, elle s'impose au point qu'on l'accepte comme norme pour garantir un langage commun à l'entreprise. Les salarié·e·s l'utilisent parfois sans s'en rendre compte, au point de se retrouver pris au piège de logiques qu'ils réprouvent. Les services publics et la Fonction publique n'ont pas été épargnés, surtout depuis que le new public management en a fait un de ses outils incontournables.* ».



### Transformer la soumission en consentement... provisoire

Le sujet fait l'objet de nombreuses études et, dans la salle, les exemples de manipulations de la réalité et des individus par le langage fusent : « Dépenser moins pour mieux soigner » ; « produire du séjour » (et non des soins), comme si hôpital et hôtel ne faisaient plus qu'un. Des glissements parlent de la « bienveillance » pour mieux maltraiter les agents, les usagers ou les malades. Ces derniers s'effacent d'ailleurs : on ne sait plus s'ils sont des patients, des usagers, des clients... Encore mieux, puisque l'anglais, plus professionnel, a permis la création de *beds managers*, les malades ont disparu, il n'y a plus que des lits !

« *On adhère à cette vision du monde, jusqu'au moment où on craque.* ». En effet, même risible voire pathétique, cette langue de bois s'avère ravageuse sur la santé mentale, et pathogène pour les organisations du travail. « *Le management ne se définit pas uniquement comme un mode de gestion basé sur les chiffres. C'est aussi l'art de faire faire, ou de faire en sorte que les choses se fassent. Il s'appuie sur des techniques de commandement parfois issues de la culture militaire, pour imposer une forme de servitude consentie, même inconsciemment, parce que valorisée par la hiérarchie.* ».

## « Les chiffres transforment la qualité en quantité »

Ce langage, pourtant, idéalise et limite, en introduisant par le travail prescrit des protocoles et des situations types présentées comme la norme voire l'évidence, alors qu'elles n'existent pas vraiment et ne décrivent pas toute la réalité du travail. *« Les chiffres transforment la qualité en quantité et exacerbent la concurrence et la course à la productivité. On dit "je gère" pour dire "je maîtrise". En fait, plus on gère, moins on maîtrise, parce qu'on simule et qu'on dissimule. »*

L'adhésion au discours, même partiellement simulée – le consentement paradoxal – imprègne et formate la subjectivité, de façon insidieuse, parce qu'elle apparaît comme allant de soi et sans conséquences... sauf quand face à des difficultés, les individus s'effondrent. *« C'est ce que dénonçaient les 1 000 médecins chefs de services qui ont démissionné de leurs fonctions administratives en 2020, refusant notamment que le discours et les pratiques managériales et administratives prennent le dessus sur le discours et les nécessité du "soin". Ils rejetaient l'idée que tout peut être mesuré, donc rentabilisé, et encore plus que réaliser ce projet managérial puisse être considéré comme une satisfaction. »*

## La novlangue managériale engendre surtout du non-sens et de la souffrance

*« Le terme ressources humaines provient directement de l'usage qu'en faisaient les nazis, qui parlaient aussi de "mineral" pour évoquer les êtres humains qui arrivaient dans les camps de concentration »,* confirme Christelle Pernette, ergothérapeute à l'hôpital d'Aurillac, qui a connu le management moderne de trop près pour sombrer dans un *épuisement professionnel*. Aujourd'hui très investie dans la déconstruction du discours managérial, notamment par le biais de conférences gesticulées, elle estime à cet égard qu'on ne devrait pas parler de « risques psychosociaux », expression qui rend d'emblée les individus responsables de leur potentielle défaillance : *« Je ne suis pas fragile ; j'ai été fragilisée par une organisation du travail pathogène. »*

Toujours aussi en colère contre les manipulations rendues possibles par l'arsenal langagier du management, elle œuvre à redonner la parole aux travailleurs, avec leurs mots, par des ateliers où ils analysent leurs situations de travail et apprennent à déjouer la langue de bois. *« Nous sommes tous des "collaborateurs", on "parle le même langage", la direction "entend nos réticences", autrement dit il n'y*



*a pas de conflit possible entre nous puisque nous sommes tous des partenaires engagés pour le bien-être de l'entreprise. Non, je ne suis pas la partenaire de mon patron. Je suis sa subordonnée. On va parler de "qualité de vie au travail" pour ne pas évoquer les conditions de travail et contourner le fait qu'il faudrait déjà éviter de trop souffrir au travail. De la même façon, la hiérarchie a disparu au profit des "projets". On se doit même de prévoir son "projet" de "fin de vie", pour ne pas dire sa mort ! Les mots peuvent empêcher de penser la réalité. Dans le secteur hospitalier, on va parler de "volume capacitaire" ou de "lits" pour effacer qu'il s'agit de soigner des malades. Pourquoi se priver quand le capitalisme est devenu synonyme de développement, quand un mensonge est au pire une contre-vérité ? »*

## Exiger qu'on appelle un chat, un chat

L'intervention fait rire et soulage, l'assistance lançant à la volée une multitude de termes que chacun reconnaît pour être absurdes voire indécents, au point de faire aussi grincer les dents. *« Les patrons ont transformé les qualifications et les métiers en "compétences" pour casser les solidarités. Ils ont répondu à la demande de respect de la dimension humaine dans le travail en individualisant les parcours professionnels. Ils ont exigé l'affichage sur les fiches de salaires des cotisations patronales, qui sont une participation prélevée sur le salaire brut, pour les faire passer pour des "charges patronales", autrement dit un "coût salarial". Dès que les cotisations patronales ont été supprimées sur les bas salaires, il a en revanche soutenu l'idée d'une simplification des fiches de paie... »*

Retrouver les mots de la réalité et de la lutte des classes, c'est appeler "un chat, un chat". Christelle Pernette cite les salarié·e·s de France Télécom qui, lors d'une audition de leur ex-PDG dans le procès pour harcèlement qui avait entraîné une vague de suicides, avaient organisé un bingo dans la salle et criaient « bingo » dès que l'accusé essayait de noyer le poisson en prononçant un des mots répertoriés dans le lexique managérial maison pour essayer de s'innocenter. Les pseudo-concepts opérationnels ont fait flop. *« Aujourd'hui, on continue d'euphémiser pour*

« cacher le cynisme, avec des “plan de sauvegarde de l'emploi” pour licencier, des vieux qui sont du “quatrième âge”, des SDF qui bientôt pourraient être des “citoyens à l'air libres” !? ».

Ces problématiques ne concernent pas que le travail médical ou social. Jésus De Carlos, secrétaire général de l'UFICT-CGT des Services publics, présente la démarche qui, au sein des ministères ou de la Fonction publique territoriale, a abouti en 2016 à la



## Réaffirmer que la retraite n'est pas l'antichambre de la mort

Sur la retraite aussi, la guerre des mots et des éléments de langage s'annonce acharnée : « La CGT doit veiller à ne pas se laisser enfermer dans le cliché du syndicat qui dit toujours non, qui “prend en otage les usagers”, poursuit Christelle Pernette.

Comme disait le fondateur de la Sécu, le cégétiste Ambroise Croizat, “si on ne se bat que pour défendre, on a déjà perdu”. Il faut par exemple réaffirmer que la retraite n'est pas l'antichambre de la mort, mais une nouvelle étape de la vie, gagnée par le travail. ».

Chacun en est conscient, le langage peut aussi exclure, comme le souligne un participant au séminaire : « Le corps médical a des codes et un langage communs, qui créent des liens et des solidarités, et nous devons nous appuyer sur une compréhension et une description commune de notre vécu pour être plus forts et résister au discours managérial. Même avec les médecins, parfois, un langage incompris peut assujettir certains membres des équipes, sans parler des patients. Les enjeux de savoir et de pouvoir portés par le langage peuvent nous affaiblir. ».

publication d'un *Manuel de survie au management*. Le fascicule décline des situations ou des pratiques managériales en 32 fiches :

l'individualisation comme promesse d'émancipation, le management par la peur, l'évocation abusive du devoir de réserve, la négation du rôle du collectif dans le travail bien fait, l'efficacité, etc. Il explicite les possibles ressources individuelles, collectives, juridiques ou syndicales pour se défendre et mener la contre-offensive.



## Contre les mensonges “solutionnistes” et le jargon faussement savant

« La novlangue managériale a clairement été conçue pour fabriquer de l'impuissance intellectuelle, soumettre les individus et justifier les réductions de moyens, martèle Jésus De Carlos. Nous sommes censés accepter que si nos services vont mal, c'est parce qu'ils sont mal gérés, pas parce qu'on manque de moyens ! Dans les services publics, le choc a été énorme et destructeur car il s'est heurté à une culture et à une éthique du travail bien fait fortement ancrées. Dans ce guide, nous avons essayé d'apporter des conseils et des réponses pragmatiques à des situations de conflit engendrées par le double langage, les injonctions contradictoires, les mensonges “solutionnistes” ou le jargon faussement savant. Dans tous les cas, demander des précisions, chercher du sens, réintroduire le doute quand des assertions qu'on nous assène sonnent creux, c'est déjà une façon de résister. ».

Les réponses syndicales, c'est l'objet du troisième débat. En attendant, des Toulousains démontrent à l'assistance que l'humour aussi est une arme de déconstruction massive, en diffusant les vœux 2017 du directeur de leur Chu, modèle de langue de bois, [sous-titrés en « langage réel »](#), par ce qu'il pense vraiment et par les projets qu'il veut vraiment mettre en œuvre. Hilarant.

Valérie Géraud

1. Agnès Vandeveld-Rougale, Mots et illusions. Quand la langue du management nous gouverne, 10/18, 2022. De la même autrice, La Novlangue managériale. Emprise et résistance, Erès, 2017. A codirigé avec Pascal Frugier le Dictionnaire de sociologie clinique, Erès, 2019.

Santé et action sociale (3/3) :

## Quel management alternatif dans les établissements ?

À partir du diagnostic de la crise actuelle du service public médico-social, la troisième table ronde des Journées d'études de l'UFMICT-CGT a débattu des changements qui permettraient de construire un management fondé sur les besoins. Propositions.

Mesures d'économie, tarification à l'activité, appel à projets, reporting... c'est en plantant le décor du management mis en place dans les établissements de santé et médico-sociaux qu'Éric Roque, membre du collectif national des directeurs et directrices de la Fonction publique hospitalière de l'UFMICT-CGT, ouvre le débat. Depuis 2016, les établissements de santé doivent s'organiser en groupements hospitaliers de territoire (GHT) : 898 sont regroupés en 136 Ght. La liste et la composition de ces GHT ont été décidées par les directeurs des agences régionales de santé (ARS). Le but est de « soigner mieux à moindre coût » peut-on lire sur leur site.

La logique territoriale complexe des Ght est « incompréhensible au regard du nombre d'habitants » explique Éric Roque qui donne l'exemple suivant : le département du Var qui comprend 1 085 000 habitants, possède un unique Ght, tandis que le Morbihan et ses 761 000 habitants sont pourvus de 3 Ght. Le territoire couvert par un Ght peut même s'étaler sur plusieurs départements ou régions.

### Des directeurs moins nombreux et mis en concurrence

Les distances qui séparent les différents établissements d'un même GHT représentent une difficulté pour les personnels, mais aussi pour les syndicalistes. Pourtant, les postes de directeurs et directrices de proximité sont supprimés. Et il est de plus en plus fréquent qu'un-e même directeur ou directrice ait la charge de plusieurs structures. Entre 2011 et 2021, leur nombre a baissé de 17,6 %, pour n'être plus aujourd'hui que de 4 852. Du fait de leur raréfaction notamment, le recours aux cabinets de conseil augmente et se banalise.

La concurrence est forte pour l'accès aux postes de direction, y compris avec des contractuels, qui représentent aujourd'hui 8 % des directeurs et directrices, et sont souvent issus du privé. Éric Roque fait le constat d'une « généralisation

du management brutal. Depuis 2021, plus de 100 signalements de directeurs et directrices ont été faits à la cellule Risques psychosociaux du centre de gestion », sans qu'ils aient été suivis d'enquêtes, ni de signalements à la Justice. Les retraites précipitées et maladies, voire mort brutale (Karoshi : littéralement "mort par dépassement au travail") se multiplient, tandis que les répercussions sur les équipes, mais aussi sur les usagers et usagères se font sentir.

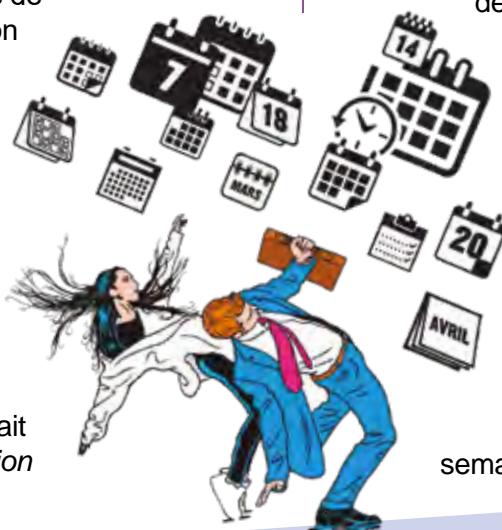
### Une campagne électorale pour faire connaître 130 propositions

C'est dans ce cadre que le Collectif national des directeurs et directrices UFMICT-CGT a fait campagne pour les élections professionnelles de décembre 2022. Pour Éric Roque, « l'impact du management libéral est au centre de l'adhésion CGT ». Il a par ailleurs observé un « fort impact » du collectif sur la campagne. Malgré une abstention de 30 %, la CGT a progressé de 3,7 points, tout en renouvelant plus de la moitié de ses candidats et de ses électeurs. La thématique du temps de travail et celle de la rémunération, auparavant taboue, a été reprise par d'autres organisations syndicales qui ont, par la suite, demandé la formation d'une intersyndicale.

Le collectif a élaboré 130 propositions. Il défend un management alternatif fondé sur les besoins de la population, la création d'un droit d'alerte quand les moyens alloués ou les objectifs fixés ne permettent pas de remplir les missions de service public. Il prône également une organisation du travail qui prenne en compte la santé des directeurs et directrices, des créations de postes, une meilleure rémunération, des règles de promotion respectueuses de l'égalité hommes-femmes et une gestion nationale de toutes les carrières.

### L'exigence d'un droit à la déconnexion

La charge de travail des directeurs et directrices doit diminuer. L'exigence d'un droit à la déconnexion est posée, alors que le temps de travail atteint cinquante à soixante heures par semaine en moyenne. Le collectif demande



également un millier de recrutements statutaires. Les contractuels devraient, de leur côté, suivre une formation à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Non-discrimination et égalité doivent être la règle pour les évolutions professionnelles. Alors que les femmes représentent 53 % du corps des directeurs et directrices d'hôpitaux, seuls 23 % des chefs d'établissements sont des femmes.

Le collectif UFMICT CGT propose un accès à vingt jours de formation par an, alors que les demandes de formation sont aujourd'hui souvent refusées. Éric Roque cite son propre exemple : en dix ans de carrière, il a bénéficié de seulement vingt jours de formation.

### Un objectif : dégager de la valeur pour les actionnaires...

Des temps de concertation et de coordination entre les acteurs et actrices d'un même établissement sont également nécessaires, mais ça ne correspond pas au « *new public management, dont le seul objectif est de dégager de la valeur pour les actionnaires* », souligne Sophie Binet, secrétaire générale de l'UGICT-CGT.

Son approche s'oppose à celle qui voudrait faire du management une « question interpersonnelle ». Afin de se dédouaner d'une organisation du travail problématique, les directions tentent souvent, en effet, de pointer la responsabilité des premiers niveaux de l'encadrement, en expliquant que le problème viendrait d'un « agent qui dysfonctionne ». Il n'est pas, non plus, « une voie unilatérale », poursuit Sophie Binet : « *Il existe différentes politiques managériales, pourtant ces questions ne sont jamais débattues collectivement.* ».

### Remettre l'expertise métier au centre

Réorganisations et changements de direction fréquents déstabilisent ainsi les équipes qui en viennent à perdre leurs repères professionnels. Pour Sophie Binet, l'enjeu est d'arriver à organiser les cadres et de leur permettre de « *reprenre le pouvoir sur leur métier* » avant qu'ils soient épuisés par une organisation du travail pathogène.

Pour cela, il faut « *remettre l'expertise métier au centre* ». Les managers sont trop souvent formés à encadrer des équipes sans s'intéresser au cœur de leur métier, dans un collectif de travail qui, en outre, ne fonctionne pas. Un encadrant ou une encadrante doit être un « *chef d'orchestre* » qui a « *pris le temps de connaître les métiers de chacun* ». Les budgets doivent être calculés « *en fonction des besoins, pas de performances ou d'indicateurs à atteindre* ». L'avis des usagers et usagères doit être pris en compte. Bref : « *la gestion doit être au service du métier et pas l'inverse* ».

Le management doit aussi permettre de « *restaurer les collectifs de travail* ». Cela peut se faire de différentes manières : en consacrant du temps aux réunions d'équipe, en réinternalisant les compétences sous-traitées, en veillant à ce que les salarié-e-s qui partent aient le temps de transmettre leurs connaissances aux nouveaux arrivants.

### Soigner les managers, transformer le travail

Pour mettre fin au management pathogène, il importe aussi de « *soigner les managers* ». Un encadrant ou une encadrante doit pouvoir disposer de cadres spécifiques pour échanger avec d'autres personnes occupant des postes équivalents, afin d'interroger ses pratiques managériales et transformer ainsi le travail. Un manager doit aussi « *être formé, avoir du temps et de l'autonomie* », avec de la disponibilité pour régler les problèmes du quotidien, et pouvoir dire à sa hiérarchie ce qui ne va pas.

Revoir la gestion des ressources humaines doit être une priorité pour la Fonction publique. Elle doit prendre en compte les besoins et contraintes, notamment en adaptant les plannings des parents, des aidants et des aidantes. Les personnels doivent aussi être accompagnés en matière de formation et d'évolution de carrière, afin que l'alternative ne se réduise pas à « *faire la même chose pendant quarante ans ou accepter une fonction de management dont on n'a pas envie* ». L'UGICT CGT invite à renforcer les corps d'inspection afin qu'ils puissent accompagner et conseiller les établissements et personnels. Un statut solide doit leur permettre d'effectuer leur travail de manière indépendante et de se passer des services des cabinets de conseil. En conclusion, Sophie Binet invite à « *ne surtout pas laisser la question managériale au capital* ».

### L'impact du dérèglement climatique

Pour clôturer ces journées d'étude, la sociologue Marie-Anne Dujarier souligne que la situation actuelle des établissements médico-sociaux publics, du point de vue même de ceux qui veulent la « performance » des hôpitaux, a des limites. Aujourd'hui, les arrêts maladie se multiplient, les compétences collectives se perdent, il devient difficile de recruter. « *Ça coûte très cher d'avoir à ce point baissé les coûts* », résume-t-elle. Elle invite aussi à prendre en compte le changement climatique. « *Ce n'est pas un changement de décor, ça change tout, dans les services publics, les examens médicaux, les pathologies... et cela va beaucoup plus vite que prévu, sans être intégré dans les nouvelles politiques* ». Manager *as usual*, comme si de rien n'était ? « *Cela ne va pas être possible* ». ■

Lucie Tourette



## Madeleine ESTRYN BEHAR, une médecin du travail engagée

**L'ergonomie, mise en oeuvre des connaissances pour adapter les outils au confort, à la sécurité du travail, inclut la satisfaction au travail. Dans les années 90 jusqu'à sa disparition le 6 novembre dernier, Madeleine a développé l'ergonomie hospitalière au sein de l'Hôtel-Dieu avec une équipe qui est intervenue contre les vents et marées de l'assèchement des crédits et du volet préventif de la médecine du travail.**

Une discipline d'approche du travail réel, bien loin du travail prescrit, avec des incidences sur les méthodes de recherche en sociologie du travail et avec un impact en médecine du travail, sur le volet préventif.

Quand les financements ont été trouvés, cela a permis des avis, ou plutôt, vu d'aujourd'hui, des avertissements basés sur des constats recueillis par questionnaires, et des analyses ergonomiques de terrain, scientifiquement incontournables pour qui veut pour objectif le retour de la satisfaction au travail.

### Détour par les trous de citernes et les tourelles de char

Hugues Monod, professeur au CNAM, raconte les racines de l'ergonomie Hospitalière : en activité des années 50 à 90, il débute par la mesure non pas anthropométrique du squelette, mais des diamètres des bras et jambes des appelés, chaussures comprises, pour adapter au mieux les diamètres des trappes de visites de citernes ou de tourelles de char.

Avec Henri Dessoille, professeur à la Pitié Salpêtrière, ils sollicitent Madeleine Estryng Behar pour développer l'ergonomie Hospitalière. Madeleine, Médecin du Travail, épidémiologiste et spécialiste en Santé Publique, répondra à cet appel, en coordonnant avec une collègue les enseignements auprès des cadres de l'APHP, en observant déjà les déterminants de la santé au travail. Une santé au travail à visée essentiellement préventive est née.

### Le cadre des années DUERP et CHSCT bientôt mis à mal

Mais depuis la naissance du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (en 2001) et depuis la loi "santé au travail" de juillet 2011, prescrivant au médecin du travail un rôle en rapport avec le CHSCT, les choses ont bien changé.

Dès son avènement, le pouvoir Macronien, sur ordonnances et en urgence, décrète la fin des CHSCT, et en août 2021, les missions

de préventions de la médecine du travail sont réduites à portion congrue et surtout détachées de l'entreprise pour être confiées à des commissions régionales de santé au travail où siègent des représentants des employeurs, des salariés et des organismes payeurs. Ces commissions, chargées de lignes directrices et de financements (que l'on sait pingres) ont aussi pour mission, l'évaluation des services de santé au travail des entreprises ! L'adaptation individuelle au travail, le reclassement, deviennent des têtes de chapitre évacuant la prévention primaire.

### L'étude PRESS NEXT, ou la mise en évidence de l'intention de démissionner chez les infirmières et en EHPAD

En 2007, Madeleine signe dans la revue "Medical Care" un article passant en revue, pour les professions infirmières, les facteurs "d'intention de quitter" leur profession. Il s'agit d'une étude cordonnant les réponses de 30 000 questionnaires sur 10 pays d'Europe.

Le risque relatif de démission apparaît dans cette étude cinq fois plus élevé quand il y a une mauvaise qualité du travail d'équipe, trois fois plus élevé quand est survenu un épisode de *burn out*, ou en cas d'imprécision dans les consignes reçues.

Ces constats sont repris, et cette fois par un comité scientifique en France, composé des tutelles et des différentes parties prenantes des professions, et publié dans la revue des cadres de santé "Soins Cadres" en 2012, à partir de 40 000 questionnaires. Sont détaillés de nouveaux déterminants tels le poids de l'inadaptation aux logiciels, l'importance de la remontée de l'insatisfaction vis-à-vis du travail réel, via des réunions entre professionnels de santé, au mieux collégialement, et pas seulement des questionnaires.

D'autres variations par professions seront publiées, telles en 2013 dans la revue française de Gériatrie, où les 40 000 répondants en EHPAD permettent de souligner la prévalence des troubles musculo-squelettiques, un fléau toujours actuel, mais aussi des scores de *burn out* élevés.

Les répondants expriment dans ces années-là des scores d'insatisfaction particulièrement élevés, en relation avec les conditions physiques de travail, un soutien psychologique faible et de minces possibilités d'échange, en dépit du fait que ce sont les aides soignant·e·s qui dialoguent le plus avec les résident·e·s.

### Des projets de restructurations architecturales étayés par l'Ergonomie

Toute l'existence professionnelle de Madeleine aura été une lutte d'une pugnacité certaine, pour la recherche de financements, rendue difficile par l'avènement depuis 2009 de l'entreprise Hopital, avec la T2A comme seule source de revenu, et la mise à l'écart des politiques de prévention, et la disparition des postes d'ergonomes, jugés non rentables ; avant le re-développement de la sous-traitance à des agences pas réellement indépendantes dans le domaine.

En 2007, Madeleine Estryn et l'architecte des lieux de travail Giuliana Milanini se sont vues confier l'étude ergonomique permettant d'orienter le cahier des charges de la restructuration de l'hôpital de Carcassonne. Sa proposition de restructuration débute par une étude d'ergonomie participative. Il s'agit d'emmenner les équipes soignantes dans l'étude du temps passé au service du patient, et en comparaison du temps perdu par des interruptions de tâche. Les professions du service sont toutes mises à contribution. Le projet architectural vise à faciliter des temps de transmission, à prévenir les interruptions de tâche, à favoriser l'ergonomie de transfert des malades et des informations qui leurs sont relatives.

### Du service des Urgences de Bicêtre aux effectifs normés

En 2010 et 2013, dans les annales de médecine d'Urgence, Madeleine publie deux contributions issues de l'observation par une approche d'ergonomie participative pour le service d'Urgence de l'Hôpital Bicêtre, où les risques de *burn out* sont particulièrement importants, une caractéristique de ces services.

Côté constat, "le travail haché majore le risque d'omission et d'erreur", et côté solutions, le "trinôme médecin/infirmier·ère/aide-soignant·e" est préconisé, pour prendre en charge un nombre de box d'accès

fixé. Bref, une proposition de ratio soignants/soignés, un sujet qui est resté d'une grande actualité en temps de pandémie.

### Une jeune retraitée aux journées d'étude de 2018, 2019, 2021

Madeleine avait accepté de présenter et de mettre à disposition ses données aux premières Journées d'étude en 2018: "**Ingenieurs Cadres et Techniciens confrontés à la dégradation de leurs conditions de travail : outils pour résister**". Ses transmissions étaient tout à la fois chaleureuses, enthousiastes, et révoltées devant la clarté du constat, et le peu de réponse concertée et syndicale à ces données.

Auteure du livre de référence "**Ergonomie Hospitalière**", édité en 96 puis 2011 chez Octares par l'association Nationale des Médecins du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux" ([www.anmtp.fr](http://www.anmtp.fr)), Madeleine pouvait développer à l'infini les démonstrations de la supériorité d'une médecine du Travail préventive.

Nous avons fait appel à elle pour les Journées d'étude 2019 et 2021, et ses apports permettent dans le détail de "partir des besoins".

Qui sait que les professions du soin sont maintenant depuis les années 2010 celles où les intentions de démissionner, et les tentatives de suicide sont parmi les plus élevées ? Qu'en font nos politiques si nous, syndicats, ne sommes pas armés de ces données, dans cette lutte

de reconnaissance des facteurs de mal vie, et de connaissance d'un travail réel sans rapport avec le "travail idéal" prescrit par l'encadrement ?

Avec les apports de Madeleine à notre syndicat, à ces occasions, c'est le comblement d'un retard que de part et d'autre nous avons éprouvé.

Faire advenir une idée, telle le caractère à sanctuariser des budgets liés à la prévention primaire en santé au travail, n'est pas chose facile et débute par dire les choses.

Tirer profit dans notre argumentaire de lutte de ces évidences mesurées, ne pas faire l'économie de l'indignation, ni de l'envie de faire partager ses acquis scientifiques, voilà en quoi Madeleine excellait tant et nous aura tant marqué·e·s. ■

Eric Tron de Bouchony  
animateur du collectif médecins de l'UFMICT-CGT.



# DIAGORIS

EXPERTISE

## NOTRE EXPERTISE AU SERVICE DE VOTRE ENGAGEMENT

Cabinet d'Expertise Comptable Inscrit au Tableau de l'Ordre des Experts Comptables.

### MISSIONS D'ASSISTANCE EN VUE DE LA CONSULTATION SUR:

---

#### La Situation Économique et Financière

ARTICLE L2323-12 DU CODE DU TRAVAIL

---

#### La Politique Sociale, les Conditions de Travail et l'Emploi

ARTICLE L2323-15 DU CODE DU TRAVAIL

---

#### Les Orientations Stratégiques

ARTICLE L2323-10 DU CODE DU TRAVAIL



01 42 17 04 15 – [contact@diagoris.fr](mailto:contact@diagoris.fr)  
43 Rue de Rennes, 75006 Paris

**DIAGORIS.FR**



## La CGT alerte sur les conséquences de la signature de l'avenant 33

Après près de 10 mois de négociation, le compte n'y est pas et c'est un véritable hold-up qui est en train d'être opéré. Par ces nouvelles grilles, nos employeurs entendent faire disparaître le SÉGUR en lien avec le mécanisme d'augmentation du SMIC.

Actuellement, l'accord signé par la CGT et FO permet de sécuriser le SÉGUR, afin qu'il s'additionne dans son intégralité à la valeur du SMIC ou au salaire de base (le plus favorable devant être appliqué). Demain, avec ce nouvel avenant, le SÉGUR sera absorbé pour une partie, voire totalement pour certaines catégories. Soit une belle économie pour nos employeurs qui n'auront pas de complément SMIC à effectuer, mais continueront à percevoir son financement.

**Cela est d'autant plus inquiétant que les employeurs entendent conditionner le coût de ces nouvelles grilles à une nouvelle enveloppe de l'État de plus de 450 millions d'euros, d'où « zéro euro de leur poche » !**

Mais au-delà de la récupération d'une partie, puis à terme de la totalité du SÉGUR sur certains niveaux d'emploi, d'autres problématiques apparaissent :

- **Le positionnement du niveau cadre est incohérent et cette nouvelle classification ne répond pas aux demandes des sages-femmes qui restent classé-e-s en position non-cadre.**
- **Aucune clause n'encadre la progression du montant dans chaque niveau sur l'ensemble de la grille, cela risque à terme de provoquer une inversion des montants dans la progression des niveaux. De plus, dès le début sont constatés des tassements de niveaux sur cette nouvelle grille de classification.**
- **Les 3 secteurs ont des traitements différents, alors que le but d'une branche d'activité est justement de permettre à chacune d'avoir le même traitement, afin d'éviter le dumping social sur le secteur.**
- **La transformation de la progression actuelle de notre ancienneté par deux primes induit que lorsque nous changerons d'entreprise ou de groupe, une des deux primes sera perdue, la fidélisation promise passe par une sanction financière.**

► **Les valeurs des compléments de rémunération dans les métiers sont traitées différemment, ce qui pénalise certaines catégories de salarié-es, de plus certains compléments restent à la main des employeurs.**

► **L'absence d'intégration de la transposition dans l'accord, qui permettrait de régler le passage des grilles actuelles aux nouvelles grilles, équivaut à signer un chèque en blanc aux employeurs.**

Pour les employeurs, cette nouvelle grille doit rendre le secteur plus attractif, mais en même temps ils nous expliquent que cette nouvelle grille rentrera en application au plus tard le 31 décembre 2024 avec un effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**Pour la CGT, ces grilles ne rendront pas le secteur plus attractif, mais elles accentueront un peu plus l'écart avec les autres secteurs.**

Cette mascarade a pour but principal d'obtenir du financement de l'État qui sera en partie récupéré par le patronat et ira une nouvelle fois dans la poche des actionnaires.

La CGT a élaboré un calculateur qui permet de se projeter sur les nouvelles grilles et les résultats démontrent que bon nombre de salarié-e-s seront écarté-e-s de toute augmentation de salaire. Cela est principalement dû aux rémunérations actuelles des établissements qui sont bien supérieures à ce jour à la convention collective (valeur du point, prime établissement, treizième mois...). L'actuaire du patronat a d'ailleurs confirmé cette position en séance de négociation.



**Après le dernier hold-up au travers de l'article 6 de l'avenant 32, ce nouvel avenant, s'il est validé, offrira encore un nouveau cadeau aux employeurs, qui permettra de détourner de l'argent public au détriment des salarié-e-s.**



# Hold-up sur nos salaires !



**Après 10 mois de pseudo négociation sur l'accord classification-rémunération, c'est un véritable hold-up qui est en train d'être opéré. Par ces nouvelles grilles, les employeurs de la FHP entendent faire disparaître le SEGUR en lien avec le mécanisme d'augmentation du SMIC.**

Actuellement, l'accord signé par la CGT et FO permet de sécuriser le SEGUR afin qu'il s'additionne dans son intégralité à la valeur du SMIC ou au salaire de base (le plus favorable devant être appliqué). Demain, si cet accord est signé, le SEGUR sera absorbé en partie, voire totalement pour certaines catégories. Soit une belle économie pour nos employeurs qui n'auront pas de complément SMIC à effectuer, mais continuerons à percevoir le financement du Ségur.

**Cela est d'autant plus inquiétant qu'ils entendent conditionner le coût de ces nouvelles grilles à une nouvelle enveloppe de l'Etat de plus de 450 millions d'euros d'où « zéro euro de leur poche » !**

Mais au-delà de la récupération d'une partie, puis à terme de la totalité du Ségur sur certains niveaux d'emploi, d'autres problématiques apparaissent telle que la transformation de la progression actuelle de notre ancienneté par 2 primes. Ainsi, lorsqu'un-e salarié-e changera d'entreprise ou de groupe, une des deux primes sera perdue. Par conséquent, la fidélisation promise passera par une sanction financière.

**L'absence d'intégration de la transposition dans cet avenant mis à signature, qui permettrait de régler le passage des grilles actuelles aux nouvelles grilles, équivaut à signer un chèque en blanc aux employeurs.**

Ces grilles ne rendront pas le secteur plus attractif ; la FHP a déjà annoncé qu'il y aura encore un écart de 7 à 15% avec les autres

secteurs. Cette mascarade de négociation n'a eu pour but principal que d'obtenir un financement de l'Etat qui sera encore récupéré en partie par le patronat et ira une nouvelle fois dans la poche des actionnaires.

Les premières simulations démontrent que bon nombre de salarié-e-s seront écarté-e-s de toute augmentation de salaire. Cela est principalement dû aux rémunérations actuelles des établissements qui sont bien supérieures à ce jour à la convention collective (valeur du point, prime établissement, treizième mois...).

Après le dernier hold-up au travers de l'article 6 de l'avenant 32, ce nouvel avenant, s'il est validé en toute complicité et en toute connaissance de cause par une ou plusieurs organisations syndicales, offrira encore aux employeurs un nouveau cadeau qui permettra de détourner de l'argent public au détriment des salarié-e-s. Signer cet avenant, c'est trahir encore une fois les salarié-e-s du privé lucratif.

**Seul un droit d'opposition majoritaire des organisations syndicales non-signataires peut empêcher la mise en place de ce nouvel avenant.**

Les salarié-e-s de notre secteur, pour l'essentiel des femmes, subissent de plein fouet la future réforme des retraites en les obligeant à travailler 2 ans de plus, avec la double peine d'un pillage organisé sur leur salaire de la part des employeurs de la FHP.



Retrouvez toute l'actualité fédérale sur [www.sante.cgt.fr](http://www.sante.cgt.fr)

## Accords sur l'organisation du travail :

### **Il ne faut pas tomber dans le piège de ces accords qui accentuent les mauvaises conditions de travail**

En règle générale, tous les points traités dérogent aux stipulations conventionnelles de la branche de l'hospitalisation privée à but lucratif, dont l'accord du 27 janvier 2000 sur la réduction et l'aménagement du temps de travail.

#### Quelques exemples et réflexions :

##### ▣ Sur l'amplitude de travail

Les interruptions d'activité sont incluses dans l'amplitude journalière de travail, alors que les accords proposés stipulent que les interruptions d'activité (coupure, pause...) ne constituent pas une période de travail effectif. Déroger à l'accord du 27 janvier 2000 par un passage en 12 heures (puis possiblement 13 heures) en indiquant avoir pour but d'améliorer les conditions de travail et réduire la fatigue est tout simplement mensonger et criminel (voir l'ensemble des études qui montent une augmentation du risque pour les soignant·e·s).

##### ▣ Communication des plannings

Délais de prévenance : rien n'est défini pour les salarié·e·s à temps partiel. De 7 jours, cela peut (va) passer à 3 jours de prévenance, puis à un « délai plus court »... La prévenance de la veille pour le lendemain est donc envisagée.

##### ▣ Répartition collaborative des horaires de planning

Les charges de famille doivent être avancées en priorité pour les règles d'arbitrage en l'absence d'accord de l'ensemble des salarié·e·s.

##### ▣ Rotation des horaires et affectations

La flexibilité des équipes ne va pas de pair avec un travail de qualité sur les patient·e·s/résident·e·s. En effet, affirmer l'intérêt d'un principe de rotation des équipes ne permet pas d'offrir une stabilité aux résident·e·s.

#### Quelques réflexions sur les projets de roulement de travail :

- **Scénario 1** : cycle de travail plus court (2 semaines), la prise en charge des patient·e·s est meilleure car les soignant·e·s ne sont pas sur différents services.
- **Scénario 2** : cycle de travail plus long (4 semaines) et roulement croisé par secteur. Flexibilité accrue au niveau des salarié·e·s avec des roulements et des changements de plannings à gérer, et des patient·e·s différent·e·s en fonction du lieu de travail.
- **Scénario 3** : cycle de travail encore plus long (6 semaines) et roulement croisé agile par secteur.



Flexibilité à tous les niveaux et étages avec une méconnaissance des patient·e·s/résident·e·s étant donné leur nombre, et qui seront vu·e·s via la polyvalence des services.

L'absentéisme présenté par les directions ne fait aucune corrélation avec les situations de travail, rien concernant la durée de l'absence (1 jour / plusieurs jours ?) ni pour les personnes qui sont impactées (tranche d'âge / situation familiale).

Les directions indiquent un cloisonnement des équipes : faux car il n'y a pas de cloisonnement, un collectif de travail existe pour ces équipes avec de l'entraide et un partage de connaissance des équipes. De plus, la qualité de prise en charge des patient·e·s/résident·e·s est meilleure car les soignant·e·s ne changent pas.

##### ▣ Conséquences sur la santé des salarié·e·s et de la patientèle :

Les journées de 10 heures vont vite évoluer en 12 heures et 13 heures : partout dans le monde, le régime de temps de travail en 12 heures (comme indiqué dans l'accord) et même 13 heures prend de l'ampleur. Plusieurs articles des accords envisagent des durées de travail supérieures à 10 heures.

Il existe aujourd'hui des dizaines d'articles publiés jugeant neutre cette durée de travail, et aucun ne la jugeant positive.

##### ▣ Conséquences sur la santé des salarié·e·s :

Fatigue accumulée, augmentation des erreurs, des risques augmentés si les jours de repos sont regroupés avec des jours de travail en 12 heures trop condensés (voir par exemple Richardson, 2007).

## Calcul des heures supplémentaires :

### À vos fiches de paye !

**L'art et le manière, une fois de plus, de spolier les salarié-e-s.**

▶ **L'assiette de calcul des majorations des heures supplémentaires doit intégrer la rémunération versée en contrepartie directe du travail fourni** (Cass. soc. 29 mai 1986, n° 84-44.709).

Ainsi, l'employeur doit prendre en compte l'indemnité pour travail le dimanche, travail les jours fériés ou de nuit, revalorisation salariale Ségur (Cass. soc. 22 mai 2019, n° 17-22.376 ; Cass. soc. 29 octobre 1973, n° 72-40.199 ; Cass. soc. 22 juin 2017, n° 16-16.113). Il en résulte une perte de rémunération pour les salarié-e-s et une atteinte à l'intérêt collectif de la profession. **Les salarié-e-s en CDD et en intérim peuvent ne pas être rémunéré-e-s au même niveau que le personnel sous contrat à durée indéterminée, or, toute différence de traitement entre salarié-e-s en CDD ou intérimaires et leurs collègues en CDI, à qualification et fonctions équivalentes, est interdite par les articles L.1242-14 et -15 du Code du travail et peut être réprimée pénalement par l'article L.1248-8 du même code.**

▶ **Les heures de délégations posées en dehors du temps de travail ne sont pas imputées sur le contingent annuel d'heures supplémentaires, alors que ces heures doivent être considérées comme des heures supplémentaires.**

En effet, les heures de délégation prises en dehors de l'horaire de travail en raison des nécessités du mandat doivent être rémunérées en heures supplémentaires. (Cass. soc. 25 juin 2008, n° 06-46.223, Cass. soc. 30 mai 2007, n° 04-45.774, Cass. soc. 21 nov. 2000, n° 98-40.730). Elles ouvrent droit au repos compensateur. (Cass. soc. 13 déc. 1995, n° 92-44.389 ; Cass. soc. 15 mai 2014, n° 12-29.388).

**Or, en ne comptant pas ces heures dans le contingent annuel d'heures supplémentaires, l'entreprise prive les salarié-e-s protégé-e-s du repos compensateur obligatoire qui leur est dû en cas de dépassement de ce contingent.**

▶ **Lorsque le montant des indemnités journalières de Sécurité Sociale et des indemnités complémentaires de prévoyance perçues par l'employeur excède le salaire net habituel du/de la salarié-e-, il doit les reverser aux salarié-e-s concerné-e-s.**



Or, en application de l'article R.323-11 du Code de la Sécurité Sociale, l'employeur n'est subrogé dans les droits des salarié-e-s que dans la limite des sommes qu'il a versées. En aucun cas, il ne peut conserver par devers lui les indemnités journalières servies au titre des assurances sociales ou d'un régime de prévoyance excédant les montants pour lesquels il est

subrogé. (Cass. soc. 9 octobre 2001, n° 98-43949 ; Cass. soc. 19 décembre 1990, n° 87-43705 ; Cass. soc. 7.7.1993, n° 89-44060).

**Dès lors, l'employeur doit reverser aux salarié-e-s l'intégralité des indemnités de Sécurité Sociale et de prévoyance retenues illégalement dans le cadre de la subrogation au cours des trois dernières années, même si le salaire net maintenu excédait le salaire net habituel.**

▶ **Le montant de cotisations aux régimes de prévoyance ne peut être supérieur au maximum prévu par la convention collective.**

En effet, selon l'article 85.2 bis de la convention collective nationale de l'hospitalisation privée, applicable à l'entreprise, la cotisation salariale des non-cadres ne peut excéder 0,96 % de leur salaire brut, sinon il en résulte une importante perte de salaire pour tous les salarié-e-s de l'entreprise. **L'entreprise doit donc reverser les trop-perçus prélevés au titre de la cotisation prévoyance au cours des trois dernières années ou, pour les contrats rompus entretemps, les trois années précédant cette rupture.**

## La coupe est pleine pour les salarié·e·s de l'action sociale et du médico-social !

Une nouvelle fois, nous nous sommes fortement mobilisé·e·s le 2 février 2023 à Paris, mais aussi sur tout le territoire. L'ensemble des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux du privé comme du public ont débrayé et manifesté.

**A**u surlendemain d'une mobilisation contre la réforme des retraites qui impacterait fortement notre secteur ultra féminisé, nous pouvions craindre une mobilisation amoindrie. Ce fut tout le contraire, les salarié·e·s de notre champ étaient nombreux à manifester devant le siège de NEXEM/AXESS, afin de montrer leur détermination à peser dans les négociations autour de la nouvelle CCUE exigée par le patronat et le gouvernement. Nous étions plus de 5 000 à Paris et de nombreux rassemblements ont eu lieu en province.

Loin d'être dupes, les salarié·e·s de notre champ, exclu·e·s du SÉGUR ou non, ont pu exprimer leurs vives inquiétudes sur le devenir de ce secteur. Nous ne voulons plus de ce double langage de nos employeurs qui se plaignent devant les salarié·e·s de l'exclusion du SÉGUR d'une partie d'entre nous, mais qui refusent de signer la

proposition d'accord d'extension portée par la CGT. Les organisations syndicales des salarié·e·s dans leur pluralité avaient signé cette proposition d'accord. Si les employeurs avaient pris leurs responsabilités en la signant aussi, nous aurions pu montrer la détermination de tout le secteur à obtenir l'égalité salariale pour tou·te·s.

**Les employeurs, par leur positionnement, ont trahi les salarié·e·s. Nous ne l'oublierons pas !!!**

Loin de convaincre les salarié·e·s du secteur, le gouvernement et les employeurs s'arc-boutent sur leurs positions. Par tous les moyens, ils s'acharnent sur les organisations syndicales pour nous faire plier. **Nous n'obtiendrons le SÉGUR pour tous qu'à la condition de signer immédiatement les propositions patronales sur CARRIÈRES et RÉMUNÉRATIONS dans le cadre de la négociation de la nouvelle convention collective.**

**La CGT a réaffirmé, lors de la séance du 2 février, les préalables à une éventuelle entrée en négociation :**

- ⇒ **Les 183 € pour tou·te·s**
- ⇒ **Un texte conventionnel entier et non saucissonné**
- ⇒ **Des négociations en séance plénière et pas en groupe de travail**
- ⇒ **Pas d'accord de méthode qui encadrerait la négociation et amènerait à signer partie par partie sans maîtrise du texte global**





Loin d'être abattu·e·s, les salarié·e·s de notre champ sont appelé·e·s à venir grossir les rangs des manifestations qui ont lieu actuellement contre la réforme des retraites qui nous touchera durement.

Sur notre secteur, l'organisation au local comme au national se construit. Fédération santé action sociale,

fédération des organismes sociaux, du commerce, secteur de l'animation, fédération des services publics, c'est ensemble, fédérés que nos actions seront fortes, visibles et soutenantes de nos positions revendicatives. ■



**Parce qu'il est temps de sortir de cette logique marchande de l'action sociale, nous réaffirmons l'impérieuse nécessité d'augmenter massivement les salaires, d'étendre le SÉGUR à tout le monde et de construire un grand service public de la santé et de l'action sociale, seul garant de la qualité et de l'équité des prises en charge de la population !**



Ensemble, en grève et manifestation partout en France,  
dans l'unité la plus large, mobilisons-nous le 2 février 2023  
**POUR GAGNER SUR NOS REVENDICATIONS :**

**Augmentation  
immédiate  
de nos salaires :**

+189 € net mensuel  
sous forme de C.T.I  
suite aux accords Ségur  
et + 10% d'augmentation  
du point d'indice

**Abrogation  
de la loi de  
Transformation  
de la fonction  
publique**

**Véritable  
reconnaissance  
des qualifications  
de nos métiers**

**Retraite  
décente  
pour tous**

avec la prise en compte de la  
pénibilité permettant un départ  
anticipé avant 60 ans avec 75% du  
salaire des 6 derniers mois

**Baisse  
du temps  
de travail  
à 32 heures  
hebdomadaires**

**Amélioration  
des conditions  
de travail**

## Reconstruire une relation Industrie/Santé dans une économie de paix



L'UFR a débattu sur ce sujet lors d'une Commission Exécutive (CE) avec Franck Perrin, ingénieur CGT Trixell-Thales, membre de la coordination de CGT Thales.

Nous avons été fortement intéressé-e-s par la démarche de la CGT du groupe Thales (100 000 salarié-e-s dans le monde dont la

moitié en France). Plus de 50 % de l'activité du groupe Thales concerne l'armement militaire. Les camarades CGT de Thales « **depuis toujours, ont une expression syndicale forte sur le contrôle de leur vente d'armes et de leur finalité** ». (voir Colloque sur la Paix de la CGT, Le Peuple n° 1773, décembre 2022). **Et depuis plus de 10 ans, ces camarades ont développé un projet industriel alternatif pour mettre les savoirs technologiques de l'armement au profit d'un projet industriel médical de pointe.**

### **Pourquoi l'industrie française n'a-t-elle plus de filière « dispositifs médicaux et technologies de la santé » ?**

C'est la conséquence de la vente de la Compagnie Générale de Radiologie (CGR) appartenant au groupe Thomson (aujourd'hui Thales) à l'Américain General Electric en 1987. Cette opération a offert le marché européen sur un plateau à une entreprise américaine qui était à l'époque totalement absente dans cette activité.

### **Peut-on mesurer aujourd'hui les effets néfastes de cet abandon ?**

C'est désastreux, notamment sur le plan de notre balance commerciale avec les États-Unis, l'Allemagne, la Hollande ou encore la Corée du Sud, mais cela a provoqué et engendré d'autres conséquences plus sournoises : **c'est un tournant dans la relation entre l'industrie et le « monde de la médecine »**. C'est la fin de la co-élaboration des cahiers des charges pour définir l'appareil, l'instrument, le logiciel souhaité par les professionnels soignants, comme cela existait au centre de recherche et développement de BUC (78). Cette pratique a été remplacée par « l'achat sur étagère » : le client a le choix d'acquérir l'objet de ses désirs en parcourant le catalogue de General Electric. La possibilité d'aménagement à la marge est possible, moyennant des surcoûts

non négligeables ou en achetant un modèle beaucoup plus onéreux, afin d'essayer de posséder les fonctions souhaitées. **Ce terme « achat sur étagère » est porteur d'un sens fort contestable, celui de produit standard, quelque chose qui se voudrait neutre.**

### **Donc la technique utilisée et les produits industriels ne sont pas neutres ?**

Les différences physiologiques entre les hommes et les femmes et plus largement entre les peuples, sont un fait qui s'oppose à la politique de normalisation/standardisation. Or, ces singularités sont ignorées, les multinationales, avec l'appui des gouvernements, normalisent les techniques et les technologies, le personnel et les patients n'ont plus qu'à s'adapter !

Non, tous les pays n'ont pas la même politique de santé, le même système social, les mêmes pratiques et organisations du travail ! Les pays marqués par de fortes convictions libérales, une protection sociale privée, une considération marchande de la maladie, conçoivent les techniques à mettre en œuvre pour servir cette politique. Les logiciels deviennent de véritables armes de guerre pour tuer la souveraineté d'un pays qui n'aurait pas adopté cette logique marchande. **En décidant de se doter de dispositifs de santé étrangers, les gouvernements français successifs nous font glisser vers un système de santé plus libérale, et ceci en siphonnant le budget de notre Sécurité Sociale et en dégradant notre système de soins.**

**La phase actuelle d'informatisation décuple la menace.** Non contentes de diffuser leurs logiciels et d'agir contre le développement de logiciels français, les sociétés étrangères développent des centres de recherche et de formation en France, elles sont éligibles au « Crédit Impôt Recherche » (CIR) sans retour de production dans et pour notre pays. Certaines viennent s'implanter sous forme de filiales "Recherche et Développement" uniquement pour capter les fonds publics !

En fait, le loup s'est installé insidieusement dans la bergerie, menaçant le devenir de notre





La phase de contrôle du scintillateur, le cœur des appareils de radiologie.

système de protection sociale, en dégradant les conditions de travail des personnels soignants et le traitement des patients. L'exemple de la mise en place en France du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les années 80 à l'Hôpital est probant. On peut, avec les années, mesurer les ravages causés par l'importation d'un outil « copié-collé » conçu pour le système de régulation américain, dominé par la logique des assureurs privés et fondé sur le modèle de l'entreprise industrielle. **Pourtant des alternatives existent, nul besoin de standardisations, de normalisations contraignantes.**

### **Est-il urgent et indispensable de regagner notre souveraineté industrielle médicale en France ?**

L'électronique et l'informatique ont supplanté l'électromécanique, ce changement de paradigme conduit à une « redistribution des cartes » et ouvre de nouveaux espaces pour l'industrie du médical. Tous les rapports réalisés au cours de ces dernières années dressent le même constat : la France manque d'un grand leader dans la filière. Cette dernière est trop atomisée, composée uniquement de petites ou moyennes entreprises ou de nombreuses start-ups, issues de la recherche française, qui se retrouvent à la merci des grands groupes étrangers. Les projets et parfois les « cerveaux » qui les ont conçus vont irriguer l'économie de ces autres pays.

### **Pour la CGT Thales, l'activité de l'entreprise est-elle un vivier d'expertises de haute technologie à exploiter pour le secteur médical ?**

La France possède une industrie électronique militaire de premier rang, le groupe Thales occupe une place de leader dans un grand nombre de domaines. Ce groupe développe des technologies confisquées par l'industrie militaire, développées sur fond public et bien souvent issues de recherches publiques. Ne serait-il pas pour le moins légitime que les fruits retournent aux financeurs (les contribuables) pour donner naissance à une industrie française, afin d'améliorer notre système de santé ?

Thales sait, sur les champs de bataille (qui ne manquent pas hélas aujourd'hui) rendre compatible et fluide toute la chaîne de détection et de commandement composée d'une multitude d'appareils et logiciels qui étaient au départ incompatibles. **Pourquoi ce qui est faisable sur un champ d'opération militaire ne serait pas possible à l'échelle d'un hôpital, de nos territoires, de notre système de santé ?**

**La diversification militaire vers le civil peut permettre des avancées insoupçonnées, comme :**

➤ Réduire les effets de rayonnement. La maîtrise du traitement de l'image et la reconstruction 3D permettent l'emploi de doses de radiation plus faibles pour une image plus riche permettant la réalisation de diagnostics plus précoces et plus fiables.

- Réduire la durée des interventions grâce au développement de la radiologie interventionnelle.
- Permettre la miniaturisation et la portabilité d'équipements d'intervention. L'armée est dotée d'équipements qui laisseraient parfois urgentistes et pompiers.
- Assister les médecins et chirurgiens grâce à la réalité augmentée (exemple des lunettes à vision têtes hautes pour les chirurgiens, modélisation 3D des organes complexes...).
- Déployer et sécuriser la télé-chirurgie.
- Utiliser et protéger des données de santé<sup>1</sup> au service de la recherche médicale grâce à la sécurisation et l'anonymisation des données.
- Créer des « exosquelettes » pour améliorer les conditions de travail des personnels soignants.

**Depuis plus de 11 ans, la CGT du groupe Thales et la fédération des Travailleurs de la Métallurgie CGT font la proposition d'une industrie française aux services de notre système de soin.**

La France dispose d'une recherche scientifique et technologique puissante qui génère, en collaboration avec les médecins, de nombreuses technologies à l'état de prototypes qui n'aboutissent pas à des produits innovants pour mieux soigner. Le déploiement d'une filière avec Thales comme pivot industriel permettrait de consolider le tissu entrepreneurial existant et de développer les appareils médicaux de demain, ainsi que la numérisation de la santé, pensés et conçus de manière collaborative entre les utilisateurs finaux, les créateurs de technologie et les producteurs de technologie.

**La CGT a donc construit et porté un projet de plateforme collaborative sous forme de SCIC** (société coopérative de forme commerciale à gestion désintéressée) qui a pour but d'offrir toutes les expertises et les moyens nécessaires à faciliter et à diminuer le coût de cette phase d'industrialisation. Ainsi, un porteur de projet pourra disposer de moyens pour concevoir sa première ligne de fabrication : experts en industrialisation, en réglementation, en achat, bâtiments... Il pourra aussi avoir accès aux compétences et qualifications nécessaires à son activité, grâce à la présence

d'organismes de formation, tels l'Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), les GRETA (groupement d'établissements publics locaux d'enseignement) ou des écoles de formation de l'Éducation nationale.

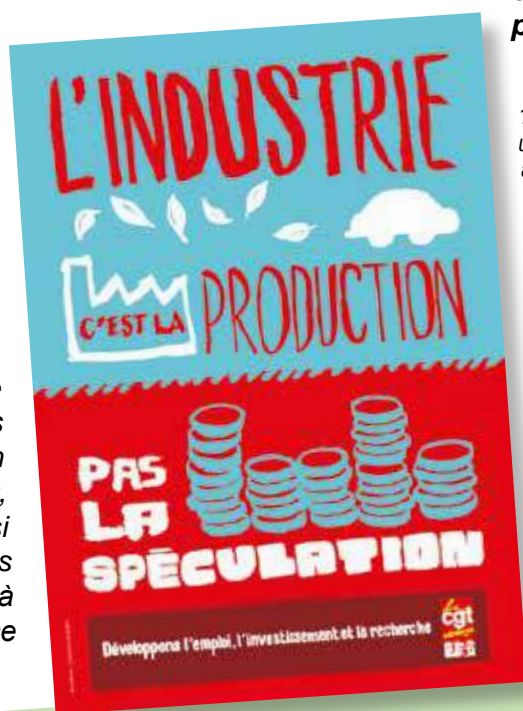
**Aujourd'hui, la CGT est en passe de gagner cette lutte.** La SCIC devrait voir le jour courant 2023 et obtenir les investissements nécessaires (aménagement de bâtiment, implantation de matériel, etc.) en début d'année 2024, si nous arrivons à flécher des fonds publics de « France 2030 » sur ce projet.

### **Un autre modèle économique est-il possible pour créer une industrie au service des besoins de la population ?**

Nous aurons aussi montré aux salarié-e-s qu'ils/elles sont les vrais expert-e-s de leur travail et que lorsqu'ils/elles s'emparent de la stratégie de leurs entreprises et plus généralement de la stratégie industrielle, ils/elles sont plus « performant-e-s » que leurs patrons. **Cela rend possible dans les esprits la réappropriation des moyens de production.**

Ce projet n'a été possible que par la collaboration des différentes organisations de la CGT, des camarades de la santé, de la métallurgie, de la recherche, la confédération, l'UD 38, la région CGT, mais aussi de nombreuses autres fédérations qui ont été disponibles et volontaires. A chaque sollicitation, ils ont répondu présents. **Ne sous-estimons pas la force de notre organisation. Cette force, c'est le collectif et la complémentarité et ne restons pas cloisonnés dans nos entreprises ou établissements, structures ou fédérations. C'est en travaillant ensemble que nous pouvons gagner !**

1) La France dispose d'un patrimoine de données unique, un des plus importants au monde. Cet avantage pourrait être utilisé pour nourrir la recherche médicale, les études épidémiologiques, et ainsi apporter matière pour un développement industriel maîtrisé nationalement.



➡ **Pour en savoir plus :**  
<http://imageriedavenir.fr>

# GROUPE 3E

CONSTRUCTEURS  
D'ALTERNATIVES



● Expertise économique, financière, sociale ou SSCT ; Audit comptable ; Formation des élus ; Accompagnement des CSE... ● Le Groupe 3E est un collectif d'experts engagés aux côtés des représentants du personnel et des organisations syndicales. ● Envie de muscler vos avis ? De former vos équipes ? D'entendre un autre point de vue ? ● [groupe3e.fr](http://groupe3e.fr)



# EXPERT DE PROXIMITÉ des représentants du personnel

→ 3 activités pour  
**comprendre**  
**analyser**  
**et agir**

sur les relations entre le travail et les questions sociales liées aux conditions de vie et d'emploi des salariés.

## / LA FORMATION

Des élus formés pour être des acteurs efficaces et incontournables sur les questions économiques et sociales

## / LES EXPERTISES ÉCONOMIQUES ET SANTÉ AU TRAVAIL

Utiliser le droit à expertise pour analyser la situation économique de l'entreprise et identifier les risques de l'organisation du travail pour la santé des salariés

## / LES ÉTUDES, LE CONSEIL

Un accompagnement au plus près des besoins des élus pour mener des analyses pointues

Accueil – Conseil

**01 55 82 17 30 - info@emergences.fr**

**emergences.fr**