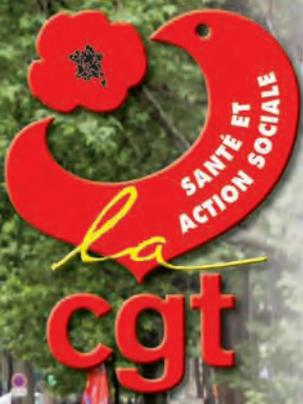


# PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT

FEDERATION SANTE  
ET ACTION SOCIALE



MENSUEL N° 151 - MAI 2012 - PRIX 0,76 €

<b>4</b>	<b>Introduction</b>
<b>5</b>	1. Historique
<b>6</b>	2. Méthode de travail
<b>9</b>	<b>I - Etat du salariat et de notre influence sur 3 régions ciblées</b>
<b>9</b>	1. Etat des lieux
<b>18</b>	2. Elément d'analyse au niveau des territoires
<b>19</b>	<b>II - Etat du salariat au niveau national</b>
<b>19</b>	1. Le salariat du champ fédéral
<b>19</b>	2. Le salariat dans le secteur public
<b>20</b>	3. Le salariat dans le secteur privé associatif non lucratif et lucratif de l'économie sociale et solidaire
<b>21</b>	4. Le salariat dans le secteur sanitaire social et médico-social non lucratif hors UNIFED
<b>22</b>	5. Le salariat dans le privé lucratif
<b>23</b>	<b>III - Notre outil syndical</b>
<b>23</b>	A. L'organisation de notre fédération
<b>24</b>	B. L'organisation et la structuration dans les régions
<b>25</b>	C. L'état de nos forces organisées en 2011
<b>25</b>	D. L'exemple de l'UFAS
<b>27</b>	<b>IV - Propositions et pistes de réflexion sur les grands enjeux</b>
<b>27</b>	1. Où se posent-ils, où se définissent-ils ?
<b>29</b>	2. Propositions
<b>32</b>	<b>V - Annexes</b>
<b>32</b>	1. Quelques définitions INSEE
<b>34</b>	2. Les branches et les fédérations d'employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social
<b>36</b>	3. Etat des lieux des conventions collectives nationales dans le non lucratif et le lucratif
<b>38</b>	4. Groupes commerciaux

# ÉDITO

## Réflexions et propositions sur la mise en œuvre des résolutions IV, V et VI du 49<sup>e</sup> Congrès Confédéral CGT

Depuis plusieurs années, dans la CGT, nous sommes invités à revisiter notre organisation et notre fonctionnement, du syndicat à la confédération. Anticiper, faire face aux évolutions et mutations du salariat, ont toujours été des préoccupations de la CGT.

Ce n'est pas une exigence en soi, mais un défi que nous nous sommes imposés pour répondre aux enjeux auxquels le monde du travail est confronté, avec des bouleversements et des changements considérables et permanents.

Pouvons-nous prendre le risque de perdre du temps face à l'accélération des transformations du monde du travail que nous constatons ? Comment développer la mobilisation des salarié-e-s ?

Comment enrayer les déserts syndicaux qui freinent le développement social ? En cela, pouvons-nous considérer que nous sommes seulement « invités » à nous engager dans ce processus ?

Le 49<sup>e</sup> congrès y est revenu avec des exigences assez nettement posées : passer une étape importante lors du 50<sup>e</sup> congrès.

Toute la CGT s'est engagée à participer à ce chantier, nous ne pouvons pas prendre davantage de retard.

Toutes les organisations du champ de notre fédération doivent travailler dans ce sens, du syndicat à la fédération.

Il ne s'agit pas de céder à un quelconque volontarisme. Il ne suffit pas non plus de le déclarer à quelques-uns, mais de le faire : repérer, analyser nos forces, voir ce qui avance, mais aussi ce qui provoque craintes et hésitations, nos freins et nos limites.

Les craintes que peuvent générer les changements sont naturelles. Notre culture syndicale de la CGT est forte et ancrée. Elle a une histoire et c'est une grande force. Mais nous ne pouvons pas avoir, d'un côté, une société qui évolue sous la pression des forces de l'argent, sans voir que, d'un autre côté, les aspirations des salarié-e-s, à vivre, travailler, disposer de loisirs de manière différente, grandissent. Les modes de vie se sont transformés et se transforment encore. Les rapports au travail, à la pénibilité, au stress, l'usure professionnelle n'ont que peu à voir avec ce qu'ils étaient il y a encore une dizaine d'années. Nous ne pouvons pas rester spectateurs de ces réalités, et ne pas en être des acteurs pour les transformer.

De même, il nous faut construire les convergences nécessaires entre les générations :

- 13 millions de retraité-e-s, soit 20% de la population. Elles et ils seront plus d'un tiers de la population en 2040.
- 120 000 retraité-e-s syndiqué-e-s CGT et seulement 3 000 pour notre fédération. C'est insuffisant pour assurer la défense de leurs conditions de vie. Leurs revendications sont territoriales ou nationales.

Alors, quelles organisations pour les syndiqué-e-s retraité-e-s ?

Ainsi, mieux coller aux attentes des salarié-e-s, actifs et retraité-e-s, répondre aux enjeux revendicatifs, gagner en efficacité au regard de nos forces syndicales et de notre influence nous amènent à la question :

**de quels outils syndicaux CGT,  
les salarié-e-s actifs et retraité-e-s  
de notre champ fédéral ont-ils besoin ?**

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

ISSN : 0299-0369

Tirage : 67 000 exemplaires

Directeur de la publication :  
Nathalie GAMIOCHIPI

Rédactrice en chef :  
Cécile MARCHAND

263, rue de Paris - case 538  
93515 MONTREUIL Cedex  
Tél. 01 48 18 20 70

PAO : CARRÉMENT COM  
Tél. 01 64 72 11 52

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



**La question des outils syndicaux CGT dont les salarié-e-s actifs et retraité-e-s ont besoin, déjà présente lors du 8<sup>e</sup> congrès fédéral, doit, après des années de luttes revendicatives et de campagnes de syndicalisation, nous conduire à une construction innovante.**

Le 49<sup>e</sup> Congrès Confédéral, dans ses résolutions IV, V et VI, nous y invite et nous nous y sommes engagés, avec la perspective de proposer de réelles évolutions lors des prochains congrès confédéral et fédéral.

Cela implique de s'inscrire dans une dynamique de réflexion et d'analyse, y compris de nos structures syndicales, nos outils et notre fonctionnement.

C'est dans ce sens que le groupe\* a travaillé, ébauché des pistes de réflexions et des propositions susceptibles de s'inscrire dans cet effort de transformation de notre fédération.

Dans le cadre de la mise en œuvre de la résolution IV, tous les syndicats devront tenir un congrès ou une assemblée générale pour s'interroger et avancer en matière de démocratie syndicale, d'affiliation de tous les syndiqué-e-s à un syndicat ou section syndicale en posant la question du périmètre du syndicat.

L'objectif étant de permettre d'élaborer des revendications avec les salarié-e-s dans toutes leurs dimensions (professionnelle et inter-professionnelle, locale, nationale).

## **\*RAPPEL DU MANDAT DONNÉ AU GROUPE DE TRAVAIL**

Le mandat donné au groupe était : d'identifier les évolutions à engager dans notre fédération, à partir de la réalité de notre activité et des attentes et besoins des syndiqué-e-s et salarié-e-s.

### **Faire les propositions :**

- autour de notre activité en territoire,
- de notre qualité de vie syndicale,
- de notre structuration
- de notre fonctionnement.

L'objectif est de gagner en cohérence, convergence, efficacité revendicative et sur la syndicalisation du plus grand nombre.

## 1 - Historique

Dès 2001, la Fédération avait mis en place un groupe de travail, « *Évolution des structures* », afin de réfléchir à un fonctionnement plus cohérent.

Lors de la préparation du 8<sup>e</sup> congrès, la réflexion avait été poursuivie. Le rapport d'activité avait déjà pointé des limites dans la structuration, dans les outils, et avait avancé un certain nombre de propositions.

Les secrétaires d'USD et les coordinateurs régionaux ont été sollicités à travers un questionnaire (travaux mai 2007). La question de la prise en compte des deux dimensions, **professionnelle et interprofessionnelle, qui devait être renforcée, avait été pointée avec force.**

Déjà, la nécessité de renforcer nos liens pour mieux travailler ensemble, était soulignée : dans la fédération et dans toute la CGT, pour mieux traiter les questions communes ou qui participent à la même logique, particulièrement notre conception du service public et de la protection sociale.

Mais aussi pour les questions revendicatives spécifiques à notre secteur fortement féminisé, confronté à une précarisation grandissante, où plus de **20 %** des salarié-e-s partent à la retraite en invalidité, dans le privé comme dans le public, avec des

conditions de travail de plus en plus détériorées qui impactent la santé des salarié-e-s et provoquent la fuite des professionnel-le-s, dans un contexte d'absence de reconnaissance salariale.

Nous posions la question de l'efficacité de la construction d'un rapport de force, quand plus de **90 %** des salarié-e-s ne sont pas syndiqués, et à peine **4 %** des salarié-e-s de notre champ à la CGT. De même, nous notions que « *notre structuration* » ne nous permettait pas de développer les convergences nécessaires, que nous y perdions en efficacité alors que le travail et l'engagement militant de chacun est considérable ».

Le groupe de travail "Vie des organisations"\* a poursuivi sur ce même questionnement : « *De quels outils CGT, les salarié-e-s actifs et retraité-e-s de notre champ fédéral ont-ils besoin ?* ». Ce groupe a remis à la CEF une synthèse des questionnaires remplis par les coordinateurs régionaux en mai 2009.

Le 18 mai 2010, la fédération a réuni les USD, les coordinateurs régionaux, avec pour ordre du jour : « *Quels outils pour améliorer notre vie syndicale, nos forces organisées et la mise en œuvre de la 3<sup>e</sup> partie du document d'orientation sur les résolutions IV, V et VI du*

*49<sup>e</sup> congrès confédéral ? Comment les structures de la CGT rassemblent et ressemblent au salariat ?* »

Tous ces échanges et comptes-rendus de réunions marquent le **besoin d'évolution de nos structures**. Ils montrent que désormais nous ne partons pas de rien, que cette question s'impose à tous et qu'il est possible de franchir au **11<sup>e</sup> congrès fédéral** une étape importante de transformation de notre fédération. **Ces évolutions concernent notre vie syndicale, le renforcement de la CGT santé et action sociale, la structuration de la fédération, mais aussi son activité dans les territoires.**

Intégrer la dimension des territoires dans l'activité fédérale nous impose une connaissance précise de la réalité de nos territoires.

C'est pourquoi notre groupe a inscrit sa démarche sur un état des lieux de trois territoires régionaux, dont sont issus les camarades participant au groupe : Normandie, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

Composition du groupe de travail "Vie des organisations" : des responsables d'USD, de CHU, des coordinations régionales, des membres des directions d'unions fédérales et de la CEF.

\*USD : unions syndicales départementales  
\*CEF : commission exécutive fédérale.

## 2 - Méthode de travail

Le groupe de travail fédéral chargé de travailler un document sur la mise en œuvre des résolutions IV, V et VI dans notre fédération a été construit à partir de l'association de camarades apportant leur expérience dans l'étude de ces questions et de camarades apportant une vision complémentaire.

Considérant la nécessité d'organiser les structures au service de l'efficacité revendicative et du renforcement, notre groupe s'est donné l'objectif de bien **cerner la réalité de notre champ fédéral**.

En effet, identifier les besoins d'évolutions à conduire dans notre fédération, tant au niveau vertical qu'aux niveaux horizontal, transversal, ne pouvait se faire sans un état des lieux structuré autour de :

### → L'étude du salariat et l'étude de notre influence syndicale (dans trois régions ciblées et au niveau national)

#### • Comment étudier le salariat ?

L'idée était d'avoir une cartographie permettant d'identifier la répartition du salariat dans notre champ (poids quantitatif, rapport public/privé, diversité des métiers/missions...) et dans les champs professionnels regroupant les mêmes professions, mais ne dépendant pas de la santé et de l'action sociale.

C'est cette visibilité territorialisée qui identifie les espaces de travail sur les enjeux revendicatifs communs et doit nous conduire, notamment, à souligner les besoins d'évolutions en termes de transversalité, de coopération inter-fédérations.

#### • L'étude de notre influence :

Il s'agit d'observer si l'état de nos forces organisées nous permet la construction d'un rapport de force efficace [(taux de syndicalisation en région, nationalement, évolution dans le temps (à confronter à l'évolution du nombre de salarié-e-s également)] et rapport entre tendance dans notre fédération et progression globale dans la CGT. Il s'agit aussi d'observer notre implantation dans les territoires et le rapport entre la présence du salariat et celle de la CGT, la question des déserts syndicaux... le rapport entre le nombre de nos bases, leur taille.

### → L'état de notre outil syndical

Nous avons décidé de faire une analyse croisée de l'activité au niveau fédéral et des territoires, en ne perdant pas de vue l'interprofessionnalisation de notre activité syndicale, avec pour objectif d'identifier les évolutions à conduire, pour tendre vraiment à **une structuration fédérale articulée autour de la démarche revendicative de l'ensemble**.

• **Audition des Unions Fédérales et secteurs** : nous nous sommes saisis des questionnements mis en débat lors de la conférence fédérale du 16 février 2011 pour aller à la rencontre des unions fédérales et secteurs. La restitution de ces auditions nous amène à faire l'analyse du « travailler ensemble » dans la fédération.

• **Organisation et structuration en région** : nous avons interviewé les USD, afin d'observer si nous avons un outil syndical en capacité de mener l'activité de proximité qu'il convient pour les salarié-e-s, et cibler les besoins d'évolutions à conduire pour être plus nombreux, plus forts, plus rassemblés, plus efficaces.

L'audition des USD s'est conduite autour des axes suivants :

- Organisation/fonctionnement : qualité de vie syndicale, démocratie...
- Structuration syndicale : efficacité revendicative, syndicalisation...
- Interactions avec la dimension interprofessionnelle : coopérations, convergences, mutualisations...

En découle une analyse qui met en lumière les points forts, les points faibles, les expérimentations.

• **Suivi par l'espace vie syndicale** des assemblées générales, congrès, comités généraux, initiatives.



# UNE ALLIANCE D'EXPERTS POUR PROTÉGER VOS SALARIÉS

**Entreprises de la CCN 66 :**  
répondez aux dispositions conventionnelles  
et bien plus...

**Découvrez une offre complète...**

conçue par des experts de la protection sociale de votre secteur et  
répondant aux conditions de couverture redéfinies dans l'avenant 322.

**+ + des garanties complémentaires «prévoyance»...**

pour offrir de meilleures prestations à vos collaborateurs :

- Capital décès supplémentaire
- Allocation obsèques
- Rachat de Franchise
- Aide au retour à l'emploi...

**+ + une garantie «santé» adaptée...**

pour harmoniser et optimiser les risques  
couverts pour l'ensemble des salariés.

- 3 niveaux de garanties au choix
- Déductibilité fiscale et sociale des cotisations
- Avantage pour le salarié d'un tarif collectif
- Et aussi : Intégrance Assistance, Tiers payant...



mutuelle  
**intégrance**

L'esprit de solidarité

APPEL GRATUIT **0 800 10 30 14**  
depuis un poste fixe

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



Santé : Mutuelle Intégrance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE, n° 340 359 900. Toutes marques déposées. Siège social : 89, rue Damrémont - 75882 Paris cedex 18. © Fotolia. Prévoyance : APICIL Prévoyance, institution de prévoyance du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité Sociale. Siège social : 38, rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.





Fonctionnement

Offres et services

## Depuis plus de 30 ans, la Macif est partenaire des comités d'entreprise.

Notre longue expérience au sein de l'économie sociale nous a permis d'identifier vos besoins spécifiques et de développer une protection parfaitement adaptée.

La Macif est l'assureur privilégié des CE en France !

**Vous voulez en savoir plus, rendez-vous en Points d'accueil ou sur [www.macif.fr](http://www.macif.fr)**

Macif - 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.



# I - ÉTUDE DU SALARIAT ET DE NOTRE INFLUENCE SUR 3 RÉGIONS CIBLÉES

## 1. Etat des lieux

### A - MIDI-PYRÉNÉES

Population **2 850 000 habitants**

Salarié-e-s **990 000, dont 48 %** sont concentrés à Toulouse et en Haute-Garonne.

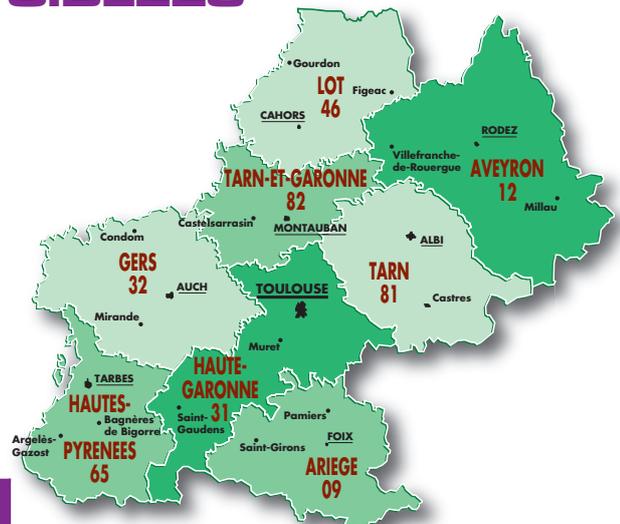
L'INSEE classe le nombre total de salarié-e-s de la santé et de l'action sociale selon l'appellation suivante :

<b>Santé humaine et action sociale dont</b>	<b>151 325</b>
• Activités pour la santé humaine	<b>69 945</b>
• Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement	<b>81 380</b>

Ces salarié-e-s concernent le champ de plusieurs fédérations de la CGT, notamment : Organismes sociaux, FERC, Services Publics et celui de notre Fédération Santé et Action Sociale.

Dans notre recherche, nous avons tenté d'identifier les salarié-e-s dépendant du seul champ de la **Fédération de la Santé et de l'Action Sociale**, l'étude montre trois grands secteurs :

- la fonction publique hospitalière,
- le privé lucratif,
- et le privé non lucratif.



### 1/ SALARIÉ-E-S DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : PAR DÉPARTEMENT

	Ariège	Aveyron	Hte-Garonne	Gers	Lot	Htes-Py	Tarn	Tarn-Garonne	Midi-Pyrénées
<b>Personnel médical</b>	258	392	2 404	196	212	434	425	252	<b>4 573</b>
Hors internes	236	366	1 772	170	201	389	375	225	<b>3 734</b>
Internes	22	26	632	26	11	45	50	27	<b>839</b>
<b>Personnel non médical</b>	2 400	4 150	12 675	2 642	1 703	4 235	3 533	2 205	<b>33 543</b>
Emplois aidés	87	89	417	101	39	73	53	158	<b>1 017</b>
<b>Total</b>	<b>2 745</b>	<b>4 631</b>	<b>15 496</b>	<b>2 939</b>	<b>1 954</b>	<b>4 742</b>	<b>4 011</b>	<b>2 615</b>	<b>39 133</b>

Source : DREES, SAE, 31/12/2008 (cf. page 8)

### ÉVOLUTION DE LA FONCTION PUBLIQUE EN MIDI-PYRÉNÉES

2006	2007	2008	Evolution 2006/2008
38 310	38 840	39 133	<b>+ 2,10 %</b>

## 2/ SALARIÉ-E-S DU SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF

Selon une étude réalisée en 2010, sur le périmètre du secteur associatif dans le secteur sanitaire et social par l'UNIOPSS\* et Recherches - Solidarité pour chaque région, il est estimé que ce secteur représente entre **9 500 et 10 000 associations** en activité en Midi-Pyrénées, mais le nombre d'employeurs est de **1 858** pour un effectif de **54 140 salarié-e-s** répartis de la façon suivante :

	Employeurs	Emplois
Santé	128	4 663
Hébergement médicalisé	238	12 938
Hébergement social	306	8 796
Action sociale sans hébergement	1 186	27 743
<b>Ensemble sanitaire et social</b>	<b>1 858</b>	<b>54 140</b>

Ces associations regroupent en moyenne de **33 à 45 salarié-e-s** par association, selon qu'elles dépendent du secteur médicalisé, de l'hébergement social ou de l'action sociale sans hébergement.

## 3/ SALARIÉ-E-S DU SECTEUR PRIVÉ LUCRATIF

A ce stade, on peut s'appuyer sur les données et statistiques de STATISS\* 2009 pour chaque région. Elles indiquent le nombre de « *sages femmes et personnels non médicaux des établissements de soins du privé* ». Il ressort de ces données le nombre de salarié-e-s suivant pour l'année 2008 :

Ariège	Aveyron	Hte-Garonne	Gers	Lot	Htes-Py	Tarn	Tarn-Garonne	Midi-Pyrénées
4	988	6 973	277	890	695	2125	740	12 694

## 4/ SALARIÉ-E-S DU CHAMP FÉDÉRAL EN MIDI-PYRÉNÉES :

L'ensemble de ces données nous permettent une connaissance plus précise du nombre de salarié-e-s dépendant du champ de la fédération Santé et Action Sociale.

Fonction publique hospitalière	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Total Midi-Pyrénées
39 133	54 140	12 694	<b>105 967</b>

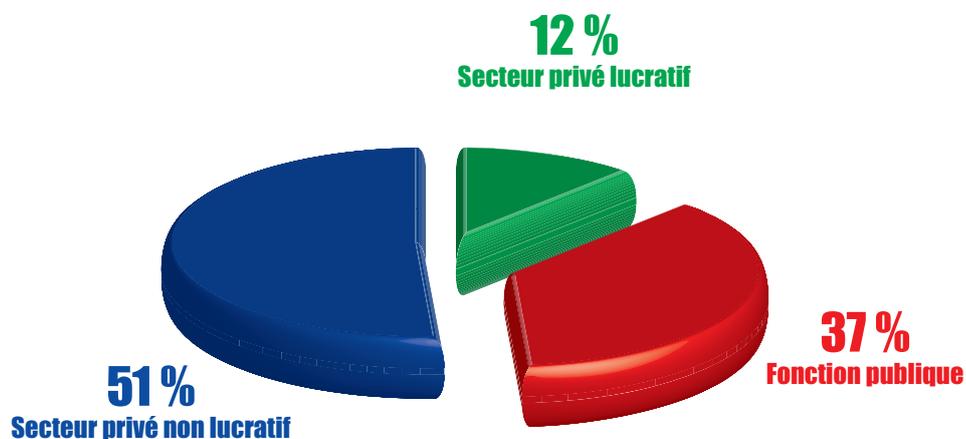
\*UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.

\*STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.

\*DREES : Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.

\*SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé.

## LES TROIS SECTEURS DE LA SANTÉ ET ACTION SOCIALE MIDI PYRÉNÉES



### ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS ET PRIVÉS : source STATISS\* (cf. page 8)

SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVÉ		ENSEMBLE
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	1	Etablissement de soins de courte durée	29	
Centre hospitalier (CH)	26	Centre de lutte contre le cancer	1	
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	4	Etablissement de lutte contre les maladies mentales (hors CHS)	21	
Hôpital local	20	Etablissement de soins de suite et de réadaptation	39	
Autre unité du service public*	1	Etablissement de soins de longue durée	1	
<b>TOTAL</b>	<b>52</b>		<b>91</b>	<b>143</b>
<i>dont établissements ayant une maternité</i>				30

### FORCES SYNDICALES EN MIDI-PYRÉNÉES :

SECTEURS	SYNDIQUES ACTIFS ET RETRAITÉS			TAUX SYNDICALISATION
	BASE	MICT	RETRAITÉS	ENSEMBLE
Action sociale privée	559	21	5	1,08%
Action sociale publique	53	5		
Santé privée	466	18	4	3,67%
Santé publique	1 641	535	167	4,19%
Divers	216	1	1	
<b>TOTAL</b>	<b>2 935</b>	<b>580</b>	<b>177</b>	<b>3,48%</b>

## B - RHÔNE-ALPES

Population **6 165 126 habitants**

Salarié-e-s **2 406 999**

L'INSEE classe le nombre total de salarié-e-s de la santé et de l'action sociale selon l'appellation suivante :

<b>Santé humaine et action sociale dont</b>	<b>298 755</b>
• Activités pour la santé humaine	<b>164 094</b>
• Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement	<b>134 661</b>



Ces salarié-e-s concernent le champ de plusieurs fédérations de la CGT, notamment Organismes Sociaux, FERC, Services Publics et celui de notre Fédération Santé et Action Sociale.

Dans notre recherche, nous avons tenté d'identifier les salarié-e-s de Rhône-Alpes dépendant du seul champ de la **Fédération Santé et de l'Action Sociale**, l'étude montre trois grands secteurs :

- la fonction publique hospitalière,
- le privé lucratif,
- et le privé non lucratif.

### 1/ SALARIÉ-E-S DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE : PAR DÉPARTEMENT

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie	Rhône-Alpes
<b>Personnel médical</b>	413	276	684	1 985	1 662	4 165	664	873	<b>10 722</b>
Hors internes	359	247	601	1 544	1 237	3 266	571	745	<b>8 570</b>
Internes	54	29	83	441	425	899	93	128	<b>2 152</b>
<b>Personnel non médical</b>	4 504	3 884	5 461	12 509	10 777	23 098	5 665	7 472	<b>73 370</b>
Emplois aidés	93	97	183	181	574	183	37	86	<b>1 434</b>
<b>Total</b>	<b>5 010</b>	<b>4 257</b>	<b>6 328</b>	<b>14 675</b>	<b>13 013</b>	<b>27 446</b>	<b>6 366</b>	<b>8 431</b>	<b>85 526</b>

Source : DREES, SAE.au 31/12/2008 (cf. page 8)

### ÉVOLUTION DE LA FONCTION PUBLIQUE EN RHÔNE ALPES

2006	2007	2008	Evolution 2006/2008
85 081	86 026	85 526	<b>+ 0,5 %</b>

## 2/ SALARIÉ-E-S DU SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF

Selon une étude réalisée en 2010, sur le périmètre du secteur associatif dans le secteur sanitaire et social réalisée par l'UNIOPSS\* et Recherches - Solidarité pour chaque région, il est estimé que ce secteur représente entre **18 000 et 19 000 associations** en activité en Rhône-Alpes. Le nombre d'employeurs est de **3 715** pour un effectif de **99 266 salarié-e-s** répartis selon le tableau suivant :

	Employeurs	Emplois
Santé	386	14 864
Hébergement médicalisé	302	15 200
Hébergement social	614	16 779
Action sociale sans hébergement	2 413	52 423
<b>Ensemble sanitaire et social</b>	<b>3 715</b>	<b>99 266</b>

Ces associations regroupent en moyenne de **31 à 38,5 salarié-e-s** par association selon qu'elles dépendent du secteur médicalisé, de l'hébergement social ou de l'action sociale sans hébergement.

## 3/ SALARIÉ-E-S DU SECTEUR PRIVÉ LUCRATIF

A ce stade, on peut s'appuyer sur les données et statistiques de STATISS\* 2009 pour chaque région. Elles indiquent le nombre de « *sages femmes et personnels non médicaux des établissements de soins du privé* ». Il ressort de ces données le nombre de salarié-e-s suivant pour l'année 2008 :

Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie	Rhône-Alpes
2 198	1 293	1 091	2 817	1 818	9 851	507	2036	21 611

## 4/ SALARIÉ-E-S DU CHAMP FÉDÉRAL EN RHÔNE-ALPES :

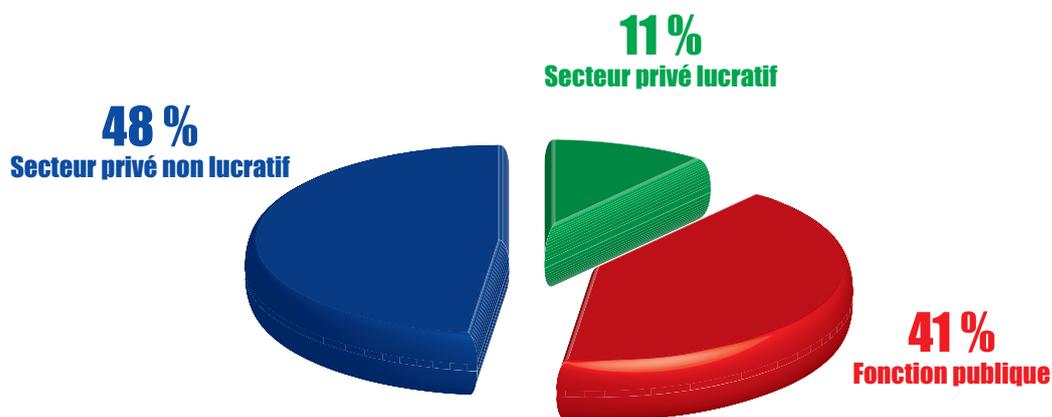
L'ensemble de ces données nous permettent une connaissance plus précise du nombre de salarié-e-s dépendant du champ de la fédération Santé et Action Sociale.

Fonction publique hospitalière	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Total Rhône-Alpes
85 525	99 266	21 611	206 402

\*UNIOPSS : Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux.

\*STATISS : Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.

## LES TROIS SECTEURS DE LA SANTÉ ET ACTION SOCIALE RHÔNE ALPES



### ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS ET PRIVÉS : source STATISS\* (cf. page 8)

SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVÉ		ENSEMBLE
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	3	Etablissement de soins de courte durée	69	
Centre hospitalier (CH)	45	Centre de lutte contre le cancer	1	
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	6	Etablissement de lutte contre les maladies mentales (hors CHS)	26	
Hôpital local	46	Etablissement de soins de suite et de réadaptation	67	
Autre unité du service public*	11	Etablissement de soins de longue durée	16	
		Autre établissement privé*	75	
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>		<b>254</b>	<b>365</b>
<i>dont établissements ayant une maternité</i>				61

### FORCES SYNDICALES EN RHÔNE ALPES

SECTEURS	SYNDIQUES ACTIFS ET RETRAITÉS			TAUX SYNDICALISATION
	BASE	MICT	RETRAITÉS	ENSEMBLE
Action sociale privée	754	13	16	0,78%
Santé privée	1000	58	8	4,93%
Action sociale publique	111			
Santé publique	3061	570	278	4,57%
Divers	489		26	
<b>TOTAL</b>	<b>5 415</b>	<b>661</b>	<b>328</b>	<b>3,10%</b>

## C - NORMANDIE

Population **3 300 194 habitants**

Salarié-e-s **1 191 181**

L'INSEE classe le nombre total de salarié-e-s de la santé et de l'action sociale selon l'appellation suivante :



<b>Santé humaine et action sociale dont</b>	<b>173 891</b>
• Activités pour la santé humaine	<b>75 665</b>
• Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement	<b>97 226</b>

Ces salarié-e-s concernent le champ de plusieurs Fédérations de la CGT, notamment : Organismes sociaux, FERC, Services Publics et celui de notre Fédération Santé et Action Sociale.

Dans notre recherche, nous avons tenté d'identifier les salarié-e-s dépendant du seul champ de la **Fédération de la Santé et de l'Action Sociale**, l'étude montre trois grands secteurs :

- la fonction publique hospitalière,
- le privé lucratif,
- et le privé non lucratif.

### 1/ SALARIÉ-E-S DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE :

#### PAR DÉPARTEMENT

	Eure	Seine-Maritime	Calvados	Manche	Orne	TOTAL
<b>Personnel médical</b>	496	2 371	1 479	540	526	5 412
Hors internes	437	1 762	1 005	453	464	4 121
Internes	59	609	474	87	62	1 291
<b>Personnel non médical</b>	4 886	18 211	10 901	5 710	5 074	44 782
Emplois aidés	227	556	163	100	79	1 125
<b>Total</b>	<b>5 609</b>	<b>21 138</b>	<b>12 543</b>	<b>6 350</b>	<b>5 679</b>	<b>51 319</b>

Source : DREES, SAE. 31/12/2008 (cf. page 8)

### ÉVOLUTION DE LA FONCTION PUBLIQUE EN NORMANDIE

2006	2007	2008	Evolution 2006/2008
52 715	52 576	51 319	<b>- 2,7%</b>

## 2/ SALARIÉ-E-S DU SECTEUR PRIVÉ NON LUCRATIF

Selon une étude réalisée en 2010 sur le périmètre du secteur associatif dans le secteur sanitaire et social, réalisée par l'UNIOPSS\* et Recherches-Solidarité pour chaque région, il est estimé que ce secteur représente entre **8500 et 9 500 associations** en activité en Normandie. Le nombre total d'employeurs est de **1 707** pour un effectif de **51 696 salarié-e-s** répartis de la façon suivante :

BASSE NORMANDIE	Employeurs	Emplois
Santé	89	1 506
Hébergement médicalisé	78	3 911
Hébergement social	165	4 615
Action sociale sans hébergement	535	13 758
<b>Ensemble sanitaire et social</b>	<b>867</b>	<b>23 790</b>

HAUTE NORMANDIE	Employeurs	Emplois
Santé	80	1 993
Hébergement médicalisé	78	4 852
Hébergement social	132	3 460
Action sociale sans hébergement	550	17 601
<b>Ensemble sanitaire et social</b>	<b>840</b>	<b>27 906</b>

Ces associations regroupent en moyenne de **19 à 51,5 salarié-e-s** par association, selon qu'elles dépendent du secteur médicalisé, de l'hébergement social ou de l'action sociale sans hébergement.

## 3/ SALARIÉ-E-S DU SECTEUR PRIVÉ LUCRATIF

A ce stade, on peut s'appuyer sur les données et statistiques de STATISS\* 2009 pour chaque région, elles indiquent le nombre de « *sages femmes et personnels non médicaux des établissements de soins du privé* » il ressort de ces données que le nombre de salarié-e-s est le suivant pour l'année 2008 :

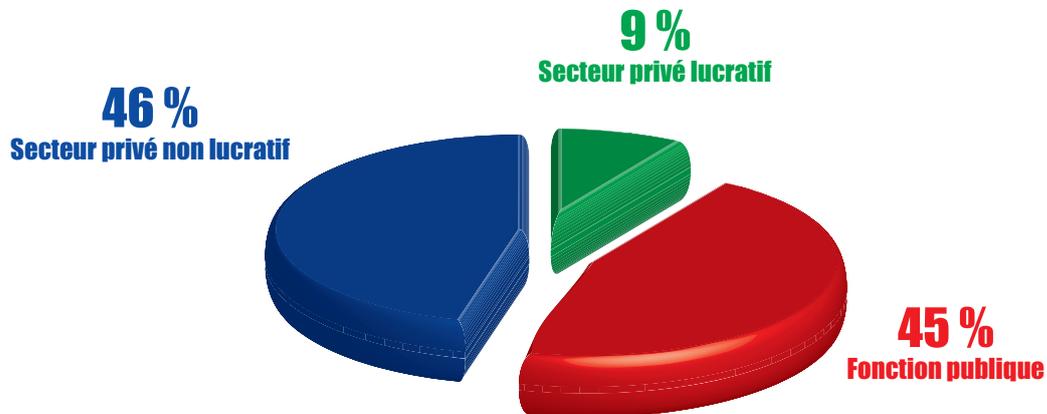
Eure	Seine-Maritime	Calvados	Manche	Orne	TOTAL
1 142	3 987	2 212	528	2 082	9 950

## 4/ SALARIÉ-E-S DU CHAMP FÉDÉRAL EN NORMANDIE :

L'ensemble de ces données nous permettent une connaissance plus précise du nombre de salarié-e-s dépendant du champ de la fédération Santé et Action Sociale.

Fonction publique hospitalière	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Total Normandie
51 319	51 696	9 950	112 965

## LES TROIS SECTEURS DE LA SANTÉ ET ACTION SOCIALE NORMANDIE



### ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS ET PRIVÉS : source STATISS\* (cf. page 8)

SECTEUR PUBLIC		SECTEUR PRIVÉ		ENSEMBLE
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	2	Etablissement de soins de courte durée	32	
Centre hospitalier (CH)	36	Centre de lutte contre le cancer	2	
Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie	5	Etablissement de lutte contre les maladies mentales (hors CHS)	6	
Hôpital local	22	Etablissement de soins de suite et de réadaptation	27	
Autre unité du service public*	1	Etablissement de soins de longue durée	17	
		Autre établissement privé	19	
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>		<b>103</b>	<b>169</b>
<i>dont établissements ayant une maternité</i>				61

### FORCES SYNDICALES EN NORMANDIE

SECTEURS	SYNDIQUES ACTIFS			TAUX SYNDICALISATION
	BASE	MICT	RETRAITÉS	ENSEMBLE
Action sociale privée	407	42	28	0,92%
Santé privée	256	17	86	3,60%
Santé publique	1 338	316	17	3,25%
Action sociale publique	59	83		
Divers	204	7	17	
<b>TOTAL</b>	<b>2 264</b>	<b>465</b>	<b>131</b>	<b>2,53%</b>

## 2. Éléments d'analyse au niveau des territoires

L'analyse de l'état des lieux, réalisée pour ces trois régions, permet d'identifier des tendances similaires qui peuvent sans doute se retrouver au niveau national.

**LE POIDS DU SALARIAT** du champ fédéral par rapport à l'ensemble des salarié-e-s de chaque territoire est important et positionne ce secteur dépendant d'une seule fédération comme **déterminant** dans l'approche interprofessionnelle ainsi :

- Midi-Pyrénées : 10,7 %
- Rhône-Alpes : 8,5 %
- Normandie : 9,48 %

**AU SEIN DU CHAMP FÉDÉRAL**, les 3 secteurs, à savoir :

- la fonction publique,
  - le secteur privé lucratif,
  - le secteur privé non lucratif,
- ne sont pas d'égale importance.

**Le secteur privé non lucratif** apparaît comme le secteur dominant avec près de 50% de l'ensemble.

Il représente :

- 51% en Midi-Pyrénées,
- 48% en Rhône-Alpes,
- 46% en Normandie,

des salariés du champ fédéral.

**Le secteur privé lucratif** comprend un nombre plus faible de salarié-e-s :

- 12 % en Midi-Pyrénées,
- 11 % en Rhône-Alpes,
- 9 % en Normandie,

contrairement sans doute au poids économique de ce secteur dans l'ensemble du secteur de la santé.

**La Fonction publique** occupe un peu plus du tiers des salarié-e-s :

- Midi-Pyrénées : 37 % (+ 2,10 %)
- Rhône-Alpes : 41 % (+ 0,5 %)
- Normandie : 45 % (-2,7 %).

**TAILLE DES ÉTABLISSEMENTS :**

La caractéristique des établissements du secteur privé non lucratif est leur nombre et leur petite taille :

- Midi-Pyrénées : 1858
- Rhône-Alpes : 3 715
- Normandie : 1 707

avec un effectif moyen ne dépassant pas les 50 salarié-e-s par établissement :

- Midi-Pyrénées : 33 à 45 salarié-e-s
- Rhône-Alpes : 31 à 38,5 salarié-e-s
- Normandie : 19 à 51,5 salarié-e-s.

Par ailleurs et sans qu'il soit possible d'établir des comparaisons précises, notons toutefois le nombre d'établissements de soins du **secteur public** :

- Midi-Pyrénées : 52
- Rhône-Alpes : 111
- Normandie : 66

Le nombre des établissements de soins du **secteur privé lucratif** s'élève à :

- Midi-Pyrénées : 91
- Rhône-Alpes : 254
- Normandie : 103.

En résumé, on peut en déduire que la majorité des salarié-e-s dépendant du champ de la fédération (salarié-e-s du secteur non lucratif) travaillent dans des **établissements de moins de 50 salarié-e-s**.

**Notre secteur est donc marqué par la dispersion de son salariat**, tandis que les salarié-e-s du secteur de la fonction publique travaillent dans des grands établissements.

Il en est de même pour les salarié-e-s du secteur privé, du fait de la concentration des groupes de la santé qui s'est opérée ces dernières années.

**Notre influence et syndicalisation :**

L'analyse des éléments de nos forces organisées sur les trois régions met en évidence la faiblesse de notre syndicalisation avec des taux de :

- Midi-Pyrénées : 3,48%
- Rhône-Alpes : 3,10%
- Normandie : 2,53%,

**mais, elle montre des écarts importantes entre les différents secteurs de notre champ.**

Ainsi le nombre des syndiqués du **secteur privé non lucratif** atteint à peine 1 % :

- 1,08 % en Midi-Pyrénées,

- 0,78 % en Rhône-Alpes,

- 0,92 % en Normandie,

alors que ce secteur, à lui seul, est dominant dans la fédération.

*Dans le **secteur privé lucratif**, les taux respectifs sont :*

- Midi-Pyrénées : 3,67%

- Rhône-Alpes : 4,93%

- Normandie : 3,60%,

*tandis que dans la **Fonction publique**, ils sont de :*

- Midi-Pyrénées : 4,19%

- Rhône-Alpes : 4,57%

- Normandie : 3,25%.

**Ces écarts montrent que nous sommes plus forts là où les salarié-e-s sont les moins nombreux et que nous sommes très faibles là où ils sont les plus nombreux.**

**Cette situation nous interpelle !**

## II - ÉTAT DU SALARIAT AU NIVEAU NATIONAL

### 1. Le salariat du champ fédéral

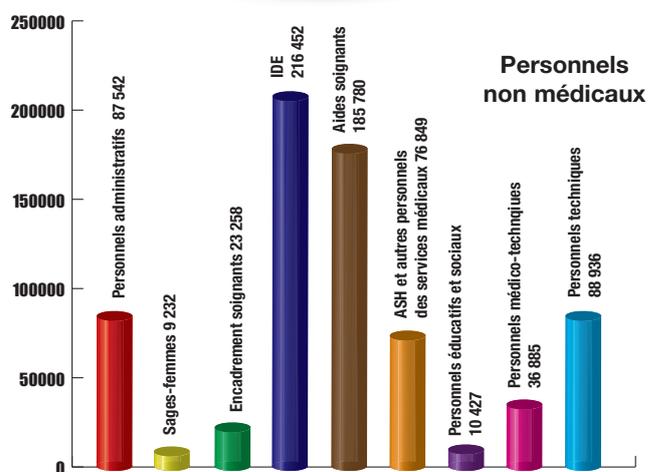
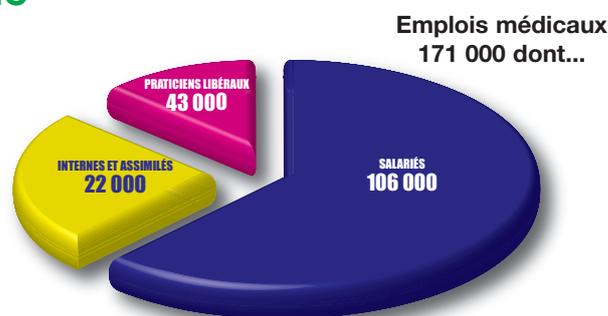
Secteurs	Nombre de salarié-e-s
Public	1 000 000 environ : 955 000 Santé et 45 000 Action Sociale
Privé non lucratif	1 200 000 : 200 000 Santé et 1 000 000 Action Sociale
Privé lucratif	200 000 santé et médico social
<b>TOTAL</b>	<b>2 400 000 salarié-e-s environ</b>

### 2. Le salariat dans le secteur public

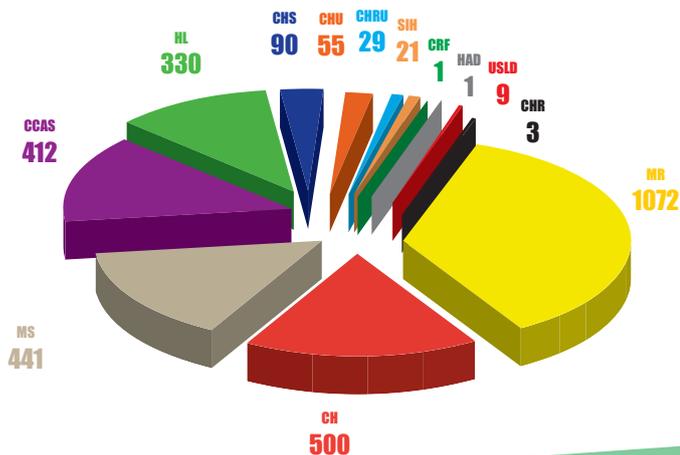
Exceptés les médecins, biologistes, pharmaciens, orthodontistes, c'est environ **1 million d'agents** qui relèvent de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), c'est à dire du Titre IV du statut de la Fonction Publique.

Sont concernés :

- Les établissements d'hospitalisations publics (CH, CHU, CHR, HL),
- Les EPHAD publics (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes),
- Les établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'Aide Sociale à l'Enfance,
- Les établissements publics pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés,
- Les centres d'hébergement et réadaptation sociale publics ou à caractère public.



#### Les structures "juridiques" publiques



CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Hôpital dépendant d'un CHRU
CH	Centre hospitalier
SIH	Syndicat inter hospitalier
HL	Hôpital local
USLD	Unité de soins de longue durée
HAD	Hospitalisation à Domicile
CRF	Établissement Réadaptation Fonctionnelle
CHS	Centre hospitalier spécialisé
MS	Structure médico-sociale
MR	EHPAD / Maison de retraite
CCAS	Centre communal d'action sociale

### 3. Le salariat dans le secteur privé associatif non lucratif de l'économie sociale et solidaire

En France, l'économie Sociale et Solidaire représente :

- **9,9 % des emplois,**
- **215 000 établissements employeurs** (mutuelles, coopératives, associations et fondations),
- **2,3 millions de salarié-e-s**, dont 853 890 dans l'action sociale (établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), aide à domicile comprise),
- La Branche de l'Aide à Domicile (BAD) : environ 5 000 structures, dont les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et près de 220 000 salarié-e-s auprès de 5 fédérations regroupant des associations\* (ADESSA, ADMR, A DOMICILE Fédération nationale, FNAAFP/CSF et UNA). Cette branche représente peu de structures pour notre champ fédéral.

#### Côté Salarié-e-s

##### La branche associative sanitaire, sociale et médico-sociale (BASS)

Elle recouvre le sanitaire, le médico-social et le social. Elle dépend de l'UNIFED, c'est à dire l'UNION des FÉDÉRATIONS d'employeurs qui a été créée en 1993.

L'UNIFED regroupe :

Le **SYNEAS** (fusion du SOP et du SNASEA en 2010).

Il regroupe les salarié-e-s relevant de :

- la CCN 66
- des accords C.H.R.S. (centres d'hébergement et de réinsertion sociale),
- la CC des Foyers de Jeunes Travailleurs, mais ces salarié-e-s ne relèvent pas de la BASS.

La **FEGAPEI** qui gère aussi les salarié-e-s relevant de la CCN 66,

La **FEHAP** qui regroupent les salarié-e-s relevant de la CNN 51,

La **Croix Rouge Française** (CRF) qui gère les salarié-e-s relevant de la convention collective Croix Rouge Française,

Les **Centres de Lutte Contre le Cancer** (CLCC) qui gèrent les salarié-e-s relevant de la convention collective 99.

**L'UNIFED gère 400 000 emplois temps plein, avec 700 000 salarié-e-s et 180 000 aides à domicile.**

#### Côté Employeurs

##### La branche associative sanitaire, sociale et médico-sociale (UNIFED)

**FEHAP** (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne à but non lucratif) :

- 200 000 salarié-e-s, dont 120 000 dans le sanitaire et 80 000 dans le secteur action sociale,
- 4 269 établissements adhérents, 444 associations adhérentes.

**FEGAPEI** (ex SNAPEI) : (Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et Gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales) :

- 82 888 salarié-e-s,
- 2 350 établissements,
- 370 associations.

**SYNEAS** (fusion SNASEA et SOP) : (Syndicat d'Employeurs Associatifs Sanitaire, Social et Médico-Social)

Il revendique 230 000 salarié-e-s dans 5000 associations.

**CRF** (Croix Rouge Française) :

Elle revendique :

- 16 200 salarié-e-s dont 3327 dans le sanitaire et 7486 dans le social et médico-social,
- 757 établissements, dont 118 de formation.

**FNCLCC** (Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) :

- 12 000 salarié-e-es,
- 1600 médecins, dans 20 centres.

#### Le salariat dans la branche associative sanitaire sociale et médico-sociale



Personnels non médicaux / principaux emplois

\* ADESSA : Fédération nationale d'associations et de structures à but non lucratif d'aide, de soins à domicile et de services à domicile.

ADMR : Association de service à domicile.

A DOMICILE FÉDÉRATION NATIONALE.

FNAAFP : Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire.

CSF : Confédération syndicale des familles.

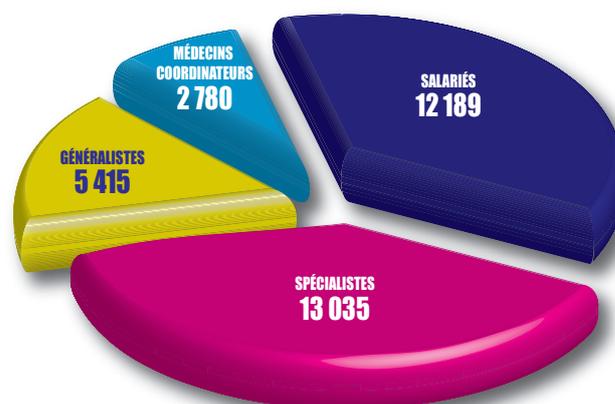
UNA : Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles.

## 4. Le secteur associatif sanitaire social et médico-social non lucratif hors UNIFED

<b>UNISSS</b>	<i>Union Intersyndicale du Secteur Sanitaire Social et médico-Social</i> Elle relève de la Convention Collective Nationale du 26 août 1965. Etablissements essentiellement de l'action sociale et médico-sociale, regroupant environ 6000 salarié-e-s.
<b>EFS</b>	<i>Etablissement Français du Sang</i> Il regroupe 8 700 salarié-e-s, dont 5 000 de droit privé. Il relève de la Convention Collective Nationale de janvier 2002. 19 établissements, dont 4 dans les Dom Tom, 155 sites fixes.
<b>FHP</b>	<i>Fédération de l'Hospitalisation Privée</i> 1 100 établissements, 146 000 salarié-e-s, 40 000 médecins libéraux.
<b>SYNERPA</b>	<i>Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées</i> environ 1 500 établissements, dont 15% sont des associations loi 1901, 30 000 salarié-e-s.
<b>Cabinets Dentaires</b>	22 000 cabinets, 44 000 salarié-e-s.
<b>Prothésistes Dentaires</b>	5 000 laboratoires, 15 400 salarié-e-s.
<b>Cabinets Médicaux</b>	110 000 salarié-e-s.
<b>Thermalisme</b>	55 établissements, 5 000 salarié-e-s (dont CDD et Saisonniers).
<b>CISME</b>	<i>Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise</i> 300 services inter entreprises de santé au travail (SIST). 15 000 collaborateurs dont 6 500 médecins et 500 IRPD (Intervenant en Prévention des Risques Professionnels).
<b>Environ 100 000 salarié-e-s</b>	sont hors convention collective ou non adhérents à une fédération d'employeurs. Elles et ils relèvent du Code du travail ou accords d'entreprises ou de l'application partielle volontaire d'une CCN.

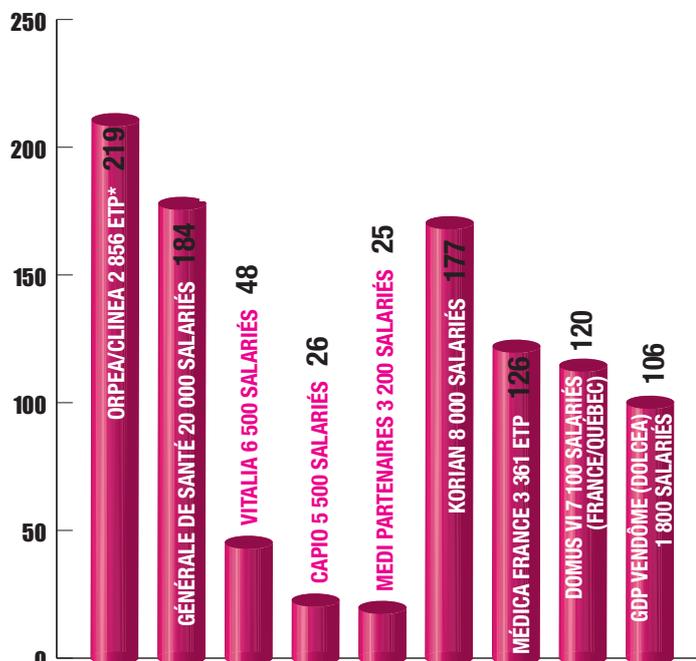
### Structure du salariat dans le non lucratif Emplois médicaux 21 230 dont...

1 médecin sur cinq exerce en parallèle une activité libérale



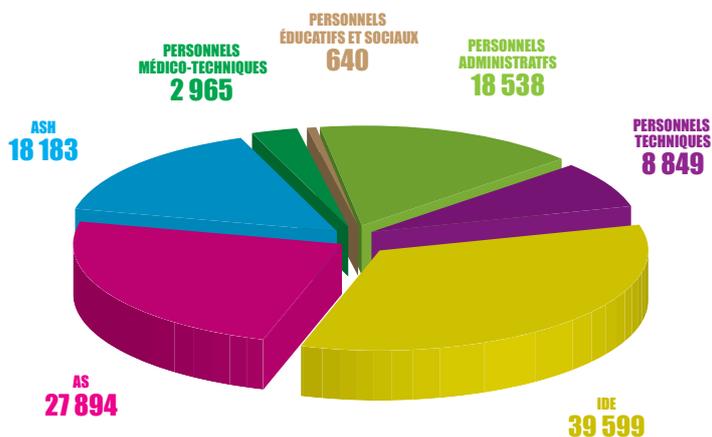
## 5. Le salariat dans le privé lucratif

Les principaux groupes lucratifs :  
nombre d'établissements



\*ETP : Emploi Temps Plein

Le salariat dans le lucratif



Avec la mise en place de la **Convention Collective Unique (CCU)** de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) 6 conventions collectives ont disparu :

- FIEHP,
- F. réadaptation,
- UHP,
- FHEMEA,
- CRRR,
- SNESERP.

La **CCU de la FHP** représente une convention collective mise en application depuis le 1<sup>er</sup> mai 2002 et étendue le 26/10/2002 avec son annexe **SYNERPA**, étendue de nouveau le 25/01/2003.

Autrement dit, que les employeurs soient adhérents ou pas, la CCU s'applique à tous les salarié-e-s du sanitaire et des maisons de retraite.

• Nombre de salarié-e-s relevant de la CCU :  
**FHP :**

- 146 000 salarié-e-s,
- 1 100 établissements.

**SYNERPA :**

- 30 000 salarié-e-s,
- 1 500 établissements.

→ 15 % des adhérents du SYNERPA sont des associations. Elles préfèrent appliquer la CCU en toute illégalité, alors que les salarié-e-s relèvent de la CCN 51 qui leur serait plus favorable.

→ 34 % des établissements SYNERPA appartiennent à des groupes.

→ FHP : ¾ des établissements ont externalisé des services :

- 60 % cuisine,
- 29 % ménage,
- 3 % lingerie,
- 5 % entretien.

**D'après le rapport de branche 2006 :**

- 60 % des effectifs, toutes filières confondues, ont 10 ans d'ancienneté,
- 37 % des établissements appliquent un 13<sup>e</sup> mois,
- 34 % des établissements appliquent la CCU pour les soignants,
- Pour les 2 autres catégories dites "administratif" et "générale", 42 % appliquent la CCU,
- 96 % des établissements ont conclu un accord : salaire ou prévoyance...

## III - NOTRE OUTIL SYNDICAL

**LA FÉDÉRATION CGT SANTÉ ET ACTION SOCIALE** a la particularité de couvrir 3 secteurs :

- **SECTEUR PUBLIC** (fonction publique hospitalière)
- **SECTEUR PRIVE NON LUCRATIF** (économie sociale)
- **SECTEUR PRIVE LUCRATIF** (économie marchande)

**Tableau de l'organisation actuelle des différentes activités**

FÉDÉRATION									
PUBLIC				PRIVÉ NON LUCRATIF				LUCRATIF	
Sanitaire	Social	Médico-social		Sanitaire	Social	Médico-social		Sanitaire	Médico-social
		Personnes âgées	Personnes handicapées			Personnes âgées	Personnes handicapées		Personnes âgées
	Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)		Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)	Union Fédérale de la Santé Privée (UFSP)	Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)	Union Fédérale de la Santé Privée (UFSP)	Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)	Union Fédérale de la Santé Privée (UFSP)	Union Fédérale de la Santé Privée (UFSP)
Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens (UFMICT)									
Union Fédérale des Retraités (UFR)									

## A - ORGANISATION DE NOTRE FÉDÉRATION

- **Le « secteur public » sanitaire, social et médico-social,**
- **Les unions fédérales :**

**UFSP** regroupe les secteurs de la santé privée associative, lucrative et non lucrative. Activité animée sur le sanitaire, et aussi sur le médico social.

**UFAS** regroupe les secteurs social et médico-social associatifs non lucratifs et publics.

**UFMICT** concerne les professions « médecins, ingénieurs, cadres et techniciens » présents dans les secteurs d'activité de notre fédération. Couvre tous les secteurs de notre fédération.

**UFR** Activité en direction des retraité-e-s de nos secteurs.

## NOMBRE DE BASES ET NOMBRE D'ADHÉRENTS DE LA FÉDÉRATION EN 2009

NOMBRE DE BASES	DONNÉES (Cogetise 2009 au 31 01 2011)	2009	%
< ou = à 10 syndiqué-es	<b>Nombre de BASES</b>	<b>2475</b>	<b>63%</b>
	Nombre de SYNDIQUES	10255	16%
< ou = à 50 syndiqué-e-s	<b>Nombre de BASES</b>	<b>1121</b>	<b>29%</b>
	Nombre de SYNDIQUES	24755	37%
< ou = à 100 syndiqué-e-s	<b>Nombre de BASES</b>	<b>181</b>	<b>5%</b>
	Nombre de SYNDIQUES	12608	19%
> à 100 syndiqué-e-s	<b>Nombre de BASES</b>	<b>112</b>	<b>3%</b>
	Nombre de SYNDIQUES	18533	28%
<b>Total Nombre de BASES</b>		<b>3889</b>	
<b>Total Nombre de SYNDIQUÉ-E-S</b>		<b>66151</b>	

## B - L'ORGANISATION ET LA STRUCTURATION DANS LES RÉGIONS

### « Vie syndicale » :

**Hétérogénéité** des modes de fonctionnement (Commission Exécutive, Bureau, Collectifs, Comité départemental...).

- ✓ **Des limites** en termes de qualité de vie syndicale et de démocratie.
- ✓ **Déséquilibre** :
  - dans la représentation des secteurs, notamment public/privé,
  - dans la représentation des métiers,
  - dans les droits syndicaux...
- ✓ **Des avancées** dans certains départements : des exemples de mutualisation en termes de droits syndicaux, d'activité (animateurs de territoires et de professions...), des exemples de travailler ensemble...

### « Structuration syndicale/efficacité revendicative / renforcement : »

- ✓ **Des limites** : encore trop de syndiqué-e-s isolé-e-s, des

difficultés pour les identifier, donc obstacles pour les associer à la définition de leurs revendications, à leurs prises de responsabilités dans l'organisation...

Il est constaté encore beaucoup trop de cloisonnements entre les professions, les secteurs de notre champ et d'autres champs. Il existe des difficultés à mener des campagnes revendicatives communes, à favoriser cohérence et convergence revendicatives.

- ✓ **Des avancées** : renforcement des liens avec les Unions Locales, avec l'interpro en général (organisation des isolés, luttes, formation...).

Des formes nouvelles de structuration syndicale sont réfléchies, notamment dans le cadre de la dimension territoriale, avec l'objectif de développer l'activité par bassins d'emploi ou de territoire, et l'articuler avec les professions représentatives.

## C - ÉTAT DES FORCES ORGANISÉES EN 2009

Données Cogétise 2009 au 31.10.2011

### La Fédération : 66 151 syndiqué-e-s

- dont 9444 identifié-e-s MICT,
- dont 3189 retraité-e-s.

### L'Action Sociale : 8606 syndiqué-e-s

réparti-e-s dans 1033 bases,

- 7685 syndiqué-e-s et 933 bases dans l'action sociale privée associative non lucrative (CC 66, CC 51, Accords CHRS, CC 65, sans couverture conventionnelle),
- 918 syndiqué-e-s et 100 bases dans l'action sociale publique (titre IV de la FPH).

### La Santé Privée : 7808 syndiqué-e-s

réparti-e-s dans 756 bases :

- privé non lucratif : CC 51, CC CRF, CC CLCC, CC EFS,
- privé lucratif : CCU (FHP), CISME...

## D - L'EXEMPLE DE L'UFAS

Au sein de la Fédération, l'UFAS organise les personnels du secteur d'activité « Action Sociale » c'est-à-dire des établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés associatifs ("ESMS", appellation ministérielle), **mais pas** :

- des établissements et services pour personnes âgées :
  - Maisons de retraite (MDR),
  - Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- des établissements sociaux et médico-sociaux de la Croix Rouge Française. Ces salarié-e-s relèvent de l'UFSP.
- de l'aide à domicile qui regroupe, entre autre, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Ces salarié-e-s de la branche "aide à domicile" relèvent de la Fédération des Organismes Sociaux.
- des foyers des jeunes travailleurs (FJT). Ces salarié-e-s relèvent de la FERC (Fédération Education, Recherche, Culture).

**Pourtant, tous ces établissements relèvent du même cadre juridique, de financement et administratif.**

Les salarié-e-s qui sont syndiqué-e-s à la Fédération, et qui sont organisé-e-s au sein de l'UFAS dépendent du :

- Statut de la Fonction Publique Hospitalière (Titre IV),
- Privé non Lucratif : au sein de la BASS
  - CCNT du 15 mars 1966 : convention collective exclusivement sociale et médico-sociale,
  - CCNT du 31 octobre 1951 : convention collective sanitaire, sociale et médico-sociale,
  - Accords CHRS : exclusivement social,
  - Hors de la BASS : CCNT du 26 août 1965 : convention collective exclusivement sociale et médico-sociale.

**Il y a donc des salarié-e-s du public et du privé non lucratif à l'UFAS.**

**Il y a donc des salarié-e-s du privé non lucratif et du privé lucratif à l'UFSP.**

#### 8 secteurs définissent l'action sociale et médico-sociale, selon la loi de 2002-2 :

- Enfance et adolescence handicapées,
- Adultes handicapés,
- Personnes âgées,
- Enfance et adolescence en difficultés,
- Adultes et familles en difficultés,
- Gardes d'enfants en âge pré-scolaire ,
- Formation des professionnels,
- Établissements expérimentaux.

**Le groupe de travail partage l'analyse de l'union fédérale de l'action sociale  
qu'il décide d'intégrer dans la réflexion.**

**Lors des débats du 10<sup>e</sup> congrès, cette réflexion a été poursuivie.**

<p><b>QUELQUES CONSTATS... (liste non limitative)</b></p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cloisonnement dans l'activité revendicative fédérale.</li><li>2. Insuffisance de développement de la syndicalisation dans les secteurs privés (non-lucratif, lucratif), malgré les potentialités.</li><li>3. Difficulté de fonctionnement (droits syndicaux restreints ou inexistant, non respect du fait syndical, répression syndicale, tenue des réunions de bureau, nombre de participants aux réunions de CE, difficultés à organiser le suivi des départements et des régions, animation des collectifs...).</li><li>4. Multiplication des lieux de décisions au sein de la Fédération.</li><li>5. Cohérence activité/structuration (outil)/fonctionnement de l'Union Fédérale, etc.</li></ol>
<p><b>QUELQUES OBJECTIFS A METTRE EN ŒUVRE POUR FAIRE FACE (liste non limitative)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mieux appréhender les mutations de l'ensemble du champ : organisation, financement, emplois, conditions d'exercice, garanties collectives (statut et CCN), etc.</li><li>• Travailler les cohérences revendicatives (et les solidarités) entre le public, le privé non lucratif, le privé lucratif au sein de la Fédération avec d'autres Fédérations, et les différents espaces et/ou secteurs de la Confédération (revendicatif, travail social, économie sociale, services à la personne).</li><li>• Etre plus attentif sur la transversalité des questions revendicatives portées.</li><li>• Poursuivre et améliorer la construction d'une direction fédérale prenant en compte l'ensemble du champ fédéral constitué : santé et action sociale, public/privé non lucratif/privé lucratif.</li><li>• Renforcer, développer et mieux coordonner l'activité spécifique nationalement et dans les territoires (bassins d'emploi, départements, régions).</li><li>• S'appuyer sur les expériences diverses d'organisation et de qualité de vie syndicale (innovations dans les syndicats, dans les territoires).</li><li>• Simplifier la structuration et améliorer le fonctionnement fédéral, etc.</li></ul>
<p><b>DES BESOINS REPÈRES (liste non limitative)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Besoin d'un espace revendicatif fédéral animant, construisant les convergences revendicatives (public/privé non lucratif/privé lucratif et santé et action sociale), coordonnant, impulsant mettant en œuvre et évaluant.</li><li>• Besoin de décloisonnement et de transversalité.</li><li>• Mais aussi besoin d'une meilleure identification du secteur de l'action sociale.</li><li>• Besoin de construire des espaces revendicatifs communs (FD et /ou inter-FD).</li><li>• Etc.</li></ul>

## IV - PROPOSITIONS ET PISTES DE RÉFLEXION SUR LES GRANDS ENJEUX

### 1 - OÙ SE POSENT-ILS, OÙ SE DÉFINISSENT-ILS ?

#### ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DU CHAMP DE LA FÉDÉRATION

Prenons un exemple dans la réalité telle qu'elle est aujourd'hui : la réforme du statut des infirmières.

Où sont les infirmières dans ce pays ? Suivant leur situation de travail, bien évidemment d'abord dans les hôpitaux, où elles relèvent historiquement à 80% de notre fédération. Mais des milliers d'autres travaillent souvent seules, ou en petits collectifs dans des structures qui dépendent, soit de l'action sociale, soit de l'éducation nationale, des organismes sociaux, des services publics, voire du commerce avec les maisons de retraites à but lucratif....Nous voyons bien qu'il existe **un enjeu de convergence des revendications professionnelles**.

Les objectifs du 49<sup>e</sup> congrès nous proposent de décider, avec d'autres, de résoudre ce problème. Nous abordons ici la question des infirmières, mais elle se pose aussi pour

d'autres professions comme les psychologues, les professions sociales... autour des questions revendicatives suivantes : aide à l'autonomie, prise en charge de la personne âgée, de la personne handicapée, petite enfance, enfance, jeunesse, services à la personne, économie sociale, Convention Collective Unique et Etendue, formation des professionnels...

Nous aurons à engager et poursuivre, **avec les fédérations en lien étroit avec notre champ**, un travail revendicatif sur la santé et le social.

Par exemple, pour le secteur privé non lucratif (économie sociale) avec nos camarades des fédérations des Organismes Sociaux (UGECAM, Mutualité, Aide à Domicile, PAIO et ML...), mais aussi de la FERC (FJT, secteur éducation populaire...), de la FNSAC (centres sociaux, animation...), etc.

FÉDÉRATIONS C.G.T.	« STRUCTURES » SYNDICALES	SECTEURS D'ACTIVITÉ	STATUT	GARANTIES COLLECTIVES (statuts ou CC)	SALARIAT	SYNDIQUÉS
<b>SANTÉ ET ACTION SOCIALE</b>	Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)	Social et Médico-Social (sauf personnes âgées, Aide et maintien à domicile et foyers des jeunes travailleurs).	public et privé associatif non lucratif	Titre IV FPH CC 66 CC 51 Accords CHRS CC65 Sans couverture conventionnelle	500 000	8 600
<b>ORGANISMES SOCIAUX</b>		UGECAM Mutualité Aide et maintien à domicile (loi 2002-2) PAIO et Missions locales Régies de quartiers  Associations	privé associatif non lucratif	CCU de l'Aide à Domicile CC du 21 février 2001 Accord collectif national professionnel 1999	200 000	800/1000
<b>SERVICES PUBLICS</b>		Conseils généraux Mairies C.C.A.S.	public	Titre III de la FPT		
<b>FERC (fédération de l'éducation, de la recherche et de la culture)</b>	Union Nationale des Syndicats des Foyers de Jeunes Travailleurs (UNS FJT)	F.J.T. (loi 2002-2)  Education populaire (Francs et Franches Camarades, CEMEA) MJC - UCPA Foyers Ruraux Ligue de l'Enseignement/ FAL	privé associatif non lucratif	CCNT du 16 juillet 2003	8 000	150 à 200
<b>FNSAC (fédération nationale du spectacle, de l'audiovisuel et de l'action culturelle)</b>	Union des Syndicats des Personnels de l'Animation et des Organisations sociales sportives et Culturelles (USPAOC)	Animation socio-culturelle  Centres Sociaux	privé associatif non lucratif	CCN de l'Animation 28 juin 1988 CCN des Centres Sociaux 4 juin 1983	100 000	750
<b>UGFF (Union Générale des Fédérations de Fonctionnaires)</b>	Union Nationale des Syndicats de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (P.J.J.) Union Nationale des Affaires Sociales (U.N.A.S.)	P.J.J.  Ministère, DRASS, DDASS, ARS	public	Fonction Publique d'Etat		

**Autre exemple sur la casse des conventions collectives**, il y aurait un projet du patronat associatif (notamment la FEHAP) de vouloir créer une Convention Collective Unique de la Protection sociale non lucrative. La démarche CGT est de porter une construction collective avec les salarié-e-s: le débat concerne entre un million et 1, 5 millions de salarié-e-s.

#### **Encore un exemple :**

Les salariés de notre secteur font assez largement confiance à la CGT. Ils adhèrent, votent, se mobilisent avec la CGT.

Bien que le nombre de syndiqué-e-s à la fédération progresse régulièrement, **l'écart entre nos forces organisées et la démographie salariale reste toujours très important, avec pour notre seul champ fédéral environ 10% de salarié-e-s syndiqué-e-s, et à peine 4% à la CGT.**

Nous devons nous interroger sur le pourquoi de cette faiblesse, mais surtout trouver des solutions pour y remédier.

Nous ne découvrons pas cette réalité aujourd'hui.

Nous nous sommes habitués à vivre avec depuis des années. Dans notre inconscient collectif, n'avons-nous pas quelque part intégré ce phénomène d'organisation syndicale « passoire » ? Il renvoie tout de même à la manière dont nous considérons le syndiqué, à son intégration dans la vie du syndicat, à la manière dont se construit le rapport de force.

Est-ce un syndicalisme utile que nous voulons quand souvent **les syndiqués « isolés »** dans les UL, les US, n'ont comme seul lien avec l'organisation syndicale que le prélèvement automatique ?

Quelle forme d'organisation, au plus près de leur lieu de travail, sommes-nous en capacité de leur proposer ? Quelle participation à la vie du syndicat et à l'élaboration de leurs revendications ?

Nous devons mettre en œuvre un accueil des nouveaux syndiqués. **Pas un seul syndiqué sans syndicat !**

Autre réalité du syndicalisme, celle de l'activité uniquement menée autour des délégués syndicaux et des élus,

qui n'ont de contact avec l'union locale ou l'union syndicale départementale qu'au moment des élections, ou lorsqu'il s'agit d'être désigné comme délégué syndical.

**Dès lors comment s'inscrire dans la vie syndicale, dans la représentation des salariés et de leurs revendications, favoriser la participation du plus grand nombre ?**

Dans le paysage syndical, nous avons aussi des syndicats structurés dans l'entreprise avec des syndiqué-e-s ayant le même statut ou la même convention collective, des bases de 1 à 10 syndiqués et beaucoup de déserts syndicaux. Ces situations freinent le développement des luttes, avec **une CGT qui ne reflète pas le salariat dans toute sa diversité.**

L'externalisation de services, notamment techniques, l'arrivée d'entreprises sous-traitantes permanentes dans nos établissements bouleversent le paysage du salariat. Ces transformations nous interrogent sur l'efficacité et la structuration du syndicalisme.

**Notre syndicalisme CGT est-il celui des professionnel-les de santé et de l'action sociale, ou celui de tous les salariés qui travaillent dans ce secteur ?** Le syndicalisme de site, de bassins d'emploi, commence certainement là.

Depuis de nombreuses années, nous vivons **la réalité d'un salariat éclaté, avec des employeurs différents**, qui travaille chez des particuliers, qui se rencontre sur un lieu d'intervention commun. Nous savons et nous vivons déjà le fait que des dizaines de milliers d'aides à domicile, d'auxiliaires de vie sont dans cette réalité. Le vieillissement de la population va multiplier le nombre de ce type de professionnels souvent précaires et isolés.

Syndiqué-e-s à la CGT, mais dans des syndicats différents en fonction de leur convention collective, ces salarié-e-s ignorent qu'ils adhèrent à la même organisation syndicale.

Est-ce la convention collective, le statut – et parfois ce qu'il en reste – des services publics, du commerce, des organismes sociaux, de la santé qui

doit être le trait unificateur des salarié-e-s des maisons de retraite par exemple ? Ou bien celui qui fait leur champ professionnel, leurs préoccupations communes, leur mission ?

**Des syndiqué-e-s qui se retrouvent dans les situations pointées ci-dessus sont nombreux. La plupart du temps, ces syndiqué-e-s n'ont pas les moyens de devenir des acteurs dans leur organisation syndicale, parce qu'ils ne disposent pas de l'outil CGT de proximité.**

De ce fait, malgré les fortes potentialités qui s'expriment, nous nous heurtons aux limites de notre capacité à coordonner les syndiqué-e-s sur un même lieu de travail, et à nous déployer vers un plus grand nombre de salarié-e-s inorganisé-e-s.

**Cette réalité nous conduit à affirmer que notre structuration a atteint ces limites.**

**Notre congrès a décidé d'orientations visant à la faire évoluer afin qu'elle corresponde mieux au salariat d'aujourd'hui.** Pour cela, nous devons faire preuve d'une maturité suffisante pour lever les tabous sur les éventuels « pré-carrés », en prenant garde de ne pas tomber dans le piège de la justification d'activité.

Ces constats nous montrent une réalité qui ne nous convient pas. Pour autant, des éléments de confiance existent. Les résolutions adoptées au 49<sup>e</sup> congrès exigent, dès maintenant, de bouger les lignes de notre organisation tant au niveau de notre champ de syndicalisation, qu'au niveau territorial.

## **L'ENJEU DES TERRITOIRES :**

Pour travailler à ce chantier, nous devons généraliser l'état des lieux, le croiser avec la réalité des territoires, superposer cette photographie du salariat avec nos forces organisées, les statuts des salarié-e-s, et décider avec les syndiqué-e-s de l'outil CGT qui va leur permettre de mieux s'organiser, pour être plus efficace, pour gagner.

## 2 - PROPOSITIONS :

- ◆ **valoriser les expérimentations** à l'œuvre sur les territoires, dans les USD et les coordinations régionales, tout en réaffirmant leurs rôles,
- ◆ **pour faire vivre la résolution IV**, nous devons, avec l'interpro, procéder à un véritable état des lieux de la réalité du salariat sur nos lieux de travail, bassins d'emploi et de vie, afin d'interroger concrètement le périmètre de nos syndicats et décider des évolutions nécessaires qui permettront à tous les adhérent-e-s (quels que soient leur statut, leur convention collective, leur contrat, qu'ils soient actifs ou retraités) d'être affilié-e-s à un syndicat.
- ◆ **inviter les organisations à décider de nouvelles formes d'organisation**, par exemple :
  - syndicat CGT de groupe (Capio 31),
  - syndicat CGT des maisons de retraite sur un même territoire,
  - de syndicat CGT des salarié-e-s du secteur de l'aide à la personne et de soins à domicile.
  - décentralisation de l'USD comme l'USD 47.
  - un syndicat d'établissement, d'association, adossé à une UL, organisé sur une agglomération, un bassin d'emploi comme dans l'action sociale :
    - à Dunkerque : syndicat local adossé à l'UL,

- au Havre : avec le SHAS (syndicat Havrais de l'Action Sociale sur l'agglomération Havraise),
- en Loire-Atlantique avec le syndicat inter-associatif de l'action sociale regroupant les syndiqués individuels sur l'ensemble du département en lien avec les UL, l'UD et l'USD 44,
- à Saint Brieuc (pays briochin en lien avec l'UL de Saint-Brieuc et l'UD 22),
- à Cahors (pays de Cahors),
- à Strasbourg (Mosaïque sur l'agglomération strasbourgeoise et le Bas-Rhin)...

Un plan de travail, avec impulsion d'initiatives décentralisées sur ce thème, doit être établie.

Un groupe de travail, sous la responsabilité de la CE fédérale, pourra être constitué pour assurer le suivi et le retour des expérimentations menées dans les territoires. Ce groupe travaillera en lien étroit avec les USD et les coordinations régionales, avec l'objectif d'en faire une évaluation. Par ailleurs, les coordinations régionales doivent impulser une véritable activité revendicative à partir des enjeux qui se décident dans les territoires.

Les moyens mis à leur disposition devront être débattus et décidés.

## L'outil fédéral :

Ce chantier qui interroge l'outil fédéral, du syndicat à la Fédération, en passant par les US, les Coordinations Régionales, les Unions Fédérales a été engagé suite aux nombreuses réflexions de nos instances. Maintenant, il doit se poursuivre dans une démarche de mise en œuvre concrète à partir des décisions du congrès.



### La construction d'une direction fédérale

allant vers des équilibres public/privé, étape significative au 10<sup>e</sup> congrès (avec un tiers de militant-e-s issus du secteur privé). L'enjeu de la participation de militant-e-s issu-e-s des syndicats du secteur privé lucratif et non lucratif est une donnée majeure. Leur participation à toutes les instances de la vie fédérale est susceptible de contribuer aux évolutions du mode de fonctionnement de la fédération. Les questions des moyens et des droits sont des préoccupations, il faut nous pencher concrètement, par exemple sur les pertes salariales, examiner avec le plus grand soin et toutes les précautions d'usage pour ne pas être entraînés dans des choses que nous ne maîtriserions pas...

La direction fédérale, quelles que soient ses composantes, doit être en capacité d'appréhender et de s'investir dans l'ensemble des dossiers relatifs au champ fédéral.

La fédération doit être dirigée par sa direction fédérale, la commission exécutive, seule instance décisionnelle.

### Une structuration pour l'espace revendicatif fédéral

Cet espace s'est structuré en mettant en évidence les grands enjeux revendicatifs et transversaux pour tout champ de la fédération. Il constitue un élément important pour impulser une démarche revendicative d'ensemble et cohérente. Son fonctionnement est handicapé, d'une part par la quasi-absence de militants-e-s issus-e-s du secteur privé lucratif et non lucratif dans l'activité de l'espace, d'autre part par le fonctionnement propre, voire autonome, des unions fédérales sur des champs revendicatifs qui les concernent.

L'espace revendicatif doit être garant de la cohérence et de la convergence revendicative, qui nécessitent l'implication des dirigeants fédéraux et collaborateurs issus de l'ensemble du champ fédéral.

Son rôle a été réaffirmé par le congrès comme le seul lieu d'organisation, d'impulsion, de coordination de l'activité revendicative.

L'organisation et l'animation du secteur ont été redéfinies.

Contributions, coopérations et liens renforcés sur tous les secteurs en interactivité : UFAS, UFSP, UFMICT, UFR, collectif fédéral jeunes, commission nationale de la psychiatrie...

### Pour l'espace Vie syndicale

Il a évolué sensiblement dans ses missions ces dix dernières années. Au delà de son rôle de suivi et d'animation pour le renforcement de la CGT, ainsi que pour son influence, il contribue à établir les liens utiles entre nos organisations, en interne comme dans les territoires. C'est notamment vrai pour ce qui relève de notre vie démocratique. Il a concouru à mener les réflexions utiles concernant les évolutions à conduire dans nos organisations. Ces réflexions ont été intégrées dans le présent document. Comme pour l'espace revendicatif, il doit encore mieux cerner ses missions propres, avec le souci permanent de travail en transversalité. Un travail collectif soutenu a permis de progresser dans la connaissance. La mise en œuvre et le principe de coopérations avec les territoires y a contribué.

Il semble utile de poursuivre le travail de définition et de mieux distinguer le rôle du coopérant avec une région, de celui de responsable de la coordination régionale.

### Pour les unions fédérales de l'action sociale et de la santé privée

**Au niveau des territoires :** Il faut veiller à mieux connaître la carte sanitaire sociale et médico-sociale, à mettre en place dans les USD des commissions ou collectifs santé privée/action sociale suivant les réalités de terrain.

**Au niveau national :** Les camarades de ces unions doivent investir tous les collectifs, commissions, groupes de travail fédéraux. Il faut peut être aussi travailler à en diminuer le nombre et contribuer à les regrouper.

La construction d'une direction fédérale, avec un juste équilibre public/privé, au sein de laquelle les préoccupations de l'ensemble des salarié-e-s de notre champ fédéral seront portées par le travail commun des militant-e-s, qu'ils soient issus du secteur public ou du secteur privé, rend possible une évolution de la structuration actuelle.

L'existence de plusieurs exécutifs et de niveaux de décisions ne se justifie pas. L'évolution de notre fédération et de ses unions fédérales en une fédération rassemblée dans sa diversité doit permettre de renforcer notre identité fédérale.

Afin de parvenir à cet objectif, le groupe propose la mise en place d'une commission nationale composée de membres de la CEF issus de l'action sociale et de la santé privée, mais aussi du secteur public, de militants issus des territoires. Cette commission devra être mandatée pour créer les conditions de cette transformation. Les questions qui découleraient de cette nouvelle situation seront soumises à la direction fédérale. La tenue d'un congrès commun UFAS/UFSP, courant 2013 devra entériner cette modification.

### L'UFMICT et l'UFR

Même si elles ne relèvent pas du même domaine de préoccupations que les unions fédérales santé privée et action sociale, néanmoins, elles doivent s'inscrire dans les perspectives d'évolution de notre fédération.

Elles représentent des outils de la fédération au service de l'activité des espaces revendicatif et vie syndicale, il est nécessaire de rappeler leur rôle et leur mission.

Pour l'UFMICT, nous réaffirmons la nécessité d'une activité spécifique en direction des salarié-e-s qui occupent une place particulière dans l'organisation du travail.

Il est proposé d'engager une réflexion autour de la définition de la spécificité, au regard de l'évolution du salariat de notre champ et de l'élévation des niveaux de qualifications. En effet, 82,4% des jeunes qui arrivent sur le marché du travail ont des formations à Bac et +, les techniciens et techniciens supérieurs, 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... Une conférence fédérale sur ce thème a été fixée au 13 juin 2012.

Pour l'UFR, les revendications et la syndicalisation des retraité-e-s doivent, pour une plus grande efficacité, être prises en compte par toute la CGT, particulièrement par les actifs. Dans les faits, l'activité des retraité-e-s s'exerce dans la proximité du bassin de vie.

La Commission Exécutive de l'UFR, avec des membres issus de chaque région, permet une meilleure impulsion en territoires. Cette organisation est validée par une participation plus assidue.



## Annexe 1

### Quelques définitions INSEE afin que toutes et tous partagent un même langage

#### • Activité économique

L'activité économique d'une unité de production est le processus qui conduit à la fabrication d'un produit ou à la mise à disposition d'un service.

*La nomenclature des activités économiques en vigueur en France est la nomenclature d'activités française (NAF rév. 2 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).*

*Dans la plupart des statistiques, on repère l'activité principale d'une entreprise ou d'une unité locale ou d'un établissement, il s'agit alors d'un classement par secteur.*

*Dans les statistiques relatives à la population active ou à l'emploi par activité, les individus sont classés selon l'activité principale de l'établissement ou de l'entreprise qui les emploie. Cet établissement peut être différent de celui où ils travaillent, en particulier pour les intérimaires, les salarié-e-s des entreprises de nettoyage, de service de maintenance de matériel.*

#### • Secteur d'activité

Un secteur regroupe des entreprises de fabrication, de commerce ou de service qui ont la même activité principale (au regard de la nomenclature d'activité économique considérée). L'activité d'un secteur n'est donc pas tout à fait homogène et comprend des productions ou services secondaires qui relèveraient d'autres items de la nomenclature que celui du secteur considéré. Au contraire, une branche regroupe des unités de production homogènes.

#### • Branche

Une branche (ou branche d'activité) regroupe des unités de production homogènes, c'est-à-dire qui fabriquent des produits (ou rendent des services) qui appartiennent au même item de la nomenclature d'activité économique considérée. Au contraire, un secteur regroupe des entreprises classées selon leur activité principale.

#### • Services

Une activité de service se caractérise essentiellement par la mise à disposition d'une capacité technique ou intellectuelle. A la différence d'une activité industrielle, elle ne peut pas être décrite par les seules caractéristiques d'un bien tangible acquis par le client. Compris dans leur sens le plus large, les services recouvrent un vaste champ d'activités qui va du commerce à l'administration, en passant par les transports, les activités financières et immobilières, les activités scientifiques et techniques, les services administratifs et de soutien, l'éducation, la santé et l'action sociale. C'est le sens généralement donné par

les anglo-saxons au terme "services".

En France, dans la pratique statistique, ce vaste ensemble est dénommé "activités tertiaires". On y distingue le tertiaire marchand (transports, commerce, services aux entreprises, services aux particuliers, activités immobilières et financières) du tertiaire non-marchand (éducation, santé, action sociale, administration...); les termes secteurs des services sont alors utilisés de façon plus restrictive puisque limités aux services aux entreprises et aux particuliers.

#### • Santé humaine

Les activités pour la santé humaine, décrites dans cette division, s'exercent sous des formes variées, publiques ou privées, en pratique libérale ou en établissement, sous la responsabilité de médecins ou de personnel paramédical. On ne vise pas ici les caractéristiques réglementaires des professions de santé, salariées ou libérales, mais celles des unités de production.

Cette division comprend les activités des établissements hospitaliers de court ou long séjour, publics ou privés, sous la responsabilité de médecins, qui offrent des services d'hébergement et qui assurent un diagnostic et un traitement médical aux patients.

Elle couvre les activités de pratique médicale et de pratique dentaire de nature générale ou spécialisée, correspondant à des formules de consultation, de diagnostic, de soins et de prescriptions, au cabinet du praticien.

Cette division comprend, en outre, les activités afférentes à la santé humaine qui ne sont pas dispensées dans des hôpitaux ou par des médecins, mais généralement exercées par des praticiens paramédicaux exécutant sous leur responsabilité des actes prescrits par un médecin.

#### • Action sociale

L'action sociale (85.3) - publique, privée ou associative - recouvre une fonction d'assistance ou d'appui à des personnes pour les aider à surmonter les difficultés de la vie (des crèches aux maisons de retraite, en passant par la réinsertion des handicapés), sans que les prestations sanitaires ou éducatives soient prépondérantes. L'organisation du groupe 85.3 est fondé sur le croisement entre les populations concernées et la fourniture de prestations comprenant ou non un hébergement.

Niveau 5 - Classes

- 85.3A Accueil des enfants handicapés
- 85.3B Accueil des enfants en difficulté
- 85.3C Accueil des adultes handicapés
- 85.3D Accueil des personnes âgées
- 85.3E Autres hébergements sociaux

- 85.3G Crèches et garderies d'enfants
- 85.3H Aide par le travail, ateliers protégés
- 85.3J Aide à domicile
- 85.3K Autres formes d'action sociale

Cette section comprend les activités liées à la santé humaine et à l'action sociale. Elle englobe un vaste éventail d'activités, allant des soins assurés par des professionnels de la santé dans des établissements hospitaliers et d'autres structures médicales à des

activités d'action sociale peu ou pas médicalisées, en passant par des activités d'hébergement médico-social à composante sanitaire plus ou moins importante.

- 86 Activités pour la santé humaine
- 87 Hébergement médico-social et social
- 88 Action sociale sans hébergement  
Produits associés CPF rév. 2, 2008
- Q Services de santé humaine et d'action sociale

### Commentaires :

La répartition entre les 3 secteurs :

- public,
- privé non lucratif,
- privé lucratif,

et entre les Unions Fédérales :

- UFAS,
- UFSP,
- UFMICT,
- UFR,

est organisée sans aucune recoupe avec les définitions de l'INSEE (santé humaine et action sociale), et avec la loi 2002-2 pour l'Action Sociale et Médico-sociale.

**La nomenclature des activités économiques en vigueur en France est la nomenclature d'activités française (NAF rév. 2 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008).**

**NAF rév. 2, 2008 - Section Q Santé humaine et action sociale**

*Ce secteur de la santé humaine couvre les établissements du sanitaire (établissements public de santé), du social (I.M.E, aide sociale à l'enfance...) et du médico-social (maisons de retraite publiques).*



## Annexe 2

### Les branches et les fédérations d'employeurs du secteur sanitaire, social et médico-social

BRANCHES	UNIONS	CONVENTIONS COLLECTIVES	FÉDÉRATIONS SIGNATAIRES	NOMBRE D'ASSOCIATIONS, D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES	NOMBRE DE SALARIÉS PAR CONVENTION COLLECTIVE	NOMBRE DE SALARIÉS PAR BRANCHE
<b>BRANCHE ASSOCIATIVE SANITAIRE SOCIALE ET MEDICO-SOCIALE A BUT NON LUCRATIF (B.A.S.S.)</b>	UNION des FÉDérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED)	CCN du 15 mars 1966	FEGAPEI  SYNEAS (né en 2010 de la fusion du SOP et du SNASEA)	470 associations 3500 établissements 120 000 salarié-e-s  5 000 associations et établissements représentant plus de 230 000 salarié-e-s	<b>250 000<sup>(1)</sup></b>	<b>700 000</b>
		CCN du 31 octobre 1951	FEHAP	4 269 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux		
		Accords spécifiques aux centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) 1974	SYNEAS		<b>2000 à 3000</b>	
		Centres de lutte contre le cancer (CLCC) 1 <sup>er</sup> janvier 1999	FNCLCC	20 centres	<b>12 880</b> environ	
		CCN de la croix rouge française 3 juillet 2003	CRF		<b>16 270</b>	
<b>BRANCHE DE L'AIDE A DOMICILE (B.A.D.)</b>	<b>USB</b> Union Syndicale de Branche Domicile	CONVENTION COLLECTIVE UNIQUE DE BRANCHE	UNADMR, UNA, ADESSA, A Domicile Fédération nationale et FNAAP/CSF			<b>180 000</b>
		CCN du 11 mai 1983				
		CCN du 6 mai 1970 (ADMR)				
		CCN du 2 mars 1970 (TISF)				
<b>HORS BRANCHES BASS et BAD</b>	<b>UNISSS</b> Union intersyndicale du secteur sanitaire social et médico-social	CCN du 26 août 1965	L'UNISSS remplace la Fédération Française des Etablissements de Soins, de Cure et de Prévention pour Enfants (FFESCPE)		<b>6000</b>	<b>6000</b>
<b>FOYERS DE JEUNES TRAVAILLEURS (F.J.T.)</b>	<b>SYNEAS</b>  <b>SNEFOS</b> (Syndicat National employeur des foyers, résidences sociales et services aux jeunes)	CCNT du 16 juillet 2003	SYNEAS  SNEFOS	330 associations	<b>8000</b>	<b>8000</b>

A noter : la BASS, la BAD et la CC du 26 août 1965 sont convoquées, chaque année, à la conférence salariale qui se déroule à la direction générale de la Cohésion Sociale.

(1) le nombre de salarié-e-s relève d'associations adhérentes à un syndicat d'employeurs.



# ANTICIPER ET AGIR

## FACE À LA CRISE

Apex et Isast forment un Groupe indépendant de diagnostic et de conseil au service des élus, des CE, des CCE et des CHSCT.

Pour anticiper les plans de l'entreprise et les stratégies des actionnaires, pour obtenir des engagements précis des directions, Apex et Isast apportent, dans leurs domaines respectifs (économique, financier, social, santé au travail) une expertise critique, des chiffres, des faits et des arguments qui ouvrent la « boîte noire » de l'entreprise pour anticiper et pour agir avec clarté.

L'EXPERTISE AU SERVICE DES ÉLUS,  
DES CE ET DES CHSCT

### Les clés pour anticiper

APEX - ISAST  
17 bd Poissonnière 75002 Paris  
APEX - Tél. 01 53 72 00 00 - [www.apex.fr](http://www.apex.fr)  
ISAST - Tél. 01 70 64 93 00 - [www.isast.fr](http://www.isast.fr)



## Annexe 3

### Salarié-e-s relevant de l'UFSP, de l'UFAS et de ces deux unions

- **L'Union Fédérale de la Santé Privée (UFSP)** a en responsabilité et pour activité :

- le sanitaire,
- le social,
- le médico-social,
- la formation,
- la médecine du travail,
- le thermalisme.

dans le privé lucratif et le privé non lucratif.

- **Avec l'Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)**, sont en commun les salarié-e-s qui relèvent de la Convention Collective Nationale 51.

La Croix Rouge Française est gérée par l'UFSP, même si des dossiers sont communs avec l'UFAS.

L'UFSP intervient aussi au niveau de la Branche Associative Sanitaire, Sociale et médico-sociale (BASS) à travers la commission paritaire de branche et au niveau de la FHP.

L'UFSP et l'UFAS ont en commun :

- un organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), qui s'appelle UNIFAF,
- un fonds d'Assurance Formation de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif,
- une Commission Paritaire Nationale de l'Emploi (CPNE),
- et un Observatoire prospectif des métiers de la Branche.

**Dans le non lucratif**, l'UFSP a donc en charge les salarié-e-s relevant :

- des CLCC (*Centres de Lutte Contre le Cancer*),
- de la CRF (*Croix Rouge Française*),
- de l'EFS (*Etablissement Français du Sang*),
- de la FEHAP (*Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée*) conjointement avec l'UFAS - c'est à dire les salarié-e-s relevant de la CCN 51,
- de la MGEN (*Mutuelle générale de l'éducation nationale*).

**Dans le lucratif**, l'UFSP a en charge les salarié-e-s relevant de :

- FHP (*Fédération de l'Hospitalisation Privée*),
- Synerpa (*Syndicat National des Etablissements et Résidences Privées pour Personnes Âgées*),
- les cabinets médicaux,
- les cabinets dentaires,
- les prothésistes dentaires,
- le CISME,
- le thermalisme.

- **L'Union Fédérale de l'Action Sociale (UFAS)** a pour activité et la responsabilité des salarié-e-s relevant de :

- la CCN 66,
- des accords CHRS,
- la CC du 26 août 1965,
- d'associations du secteur privé non lucratif non rattachées à une convention collective ou à des accords nationaux,
- la CCN 51 (avec l'UFSP).

## Annexe 4

### Etat des lieux des conventions collectives nationales dans le non lucratif et le lucratif

- **CCN 51-FEHAP** : *Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne*

Un avenant portant rénovation essentiellement sur les grilles de salaire a été agréé en 2003 et 2004. Il abandonne la grille Parodi, met en place une ancienneté de 1% pendant 30 ans, une prime décentralisée de 5% qui doit être négociée localement, dont les critères restent une prime au mérite et à l'assiduité. Et enfin, une prime différentielle qui est absorbée au fur et à mesure des augmentations salariales, d'où une baisse du pouvoir d'achat des salarié-e-s. La convention collective introduit la notion d'intéressement financier. Cette convention collective est actuellement dénoncée par les employeurs.

- **CRF** : *Croix Rouge Française*

Environ 18 000 salarié-e-s.

Un protocole RTT a été mis en place en 2002. Elle adhère à l'OETH\* en janvier 2001.

En 2003, une négociation a eu lieu pour une convention collective. Juillet 2003 : signature par CFTC, CGC, FO, CFDT de la nouvelle convention, entrée en vigueur en juillet 2004. Au 1<sup>er</sup> janvier 2005, mutuelle complémentaire obligatoire sous couvert de la CPM (participation de 50% par l'employeur). Financement de la formation professionnelle de 1,6 à 2,1%. Prime de fin d'année : 1/12<sup>e</sup> du salaire annuel pour tous.

La Croix Rouge Française a créée en novembre 2011 "La CRF Insertion", appliquant la CCN Synesi, convention collective inférieure. Il s'agit d'une autre forme de dénonciation. La filière domicile est en grand danger, une "CRF domicile" risque de naître en 2013, avec l'application de la CCN de la BAD. La CRF souhaite mettre en place un comité de groupe et rejoindre les objectifs du lucratif. Il existe un comité central d'établissement.

\*OETH : *Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés*

• **CLCC** : *Centres de Lutte Contre le Cancer*

Ces établissements ont subi la première attaque sur les conventions collectives, avec la mise en place d'une nouvelle convention collective en 1999 : la CGT n'a pas été signataire du texte.

- Pas d'accord collectif de prévoyance.
- Le protocole RTT a été mis en place en 2001.

Depuis les deux fusions mises en place, il y a 20 établissements.

• **MGEN** : *Mutuelle Générale de l'Education Nationale*

- 3600 salarié-e-s (sanitaire et social), 33 établissements dont 7 EHPAD, 20 PSPH dans 11 régions, 1 pour handicapés, 4000 lits et places.
- Pas de CPNE\*, pas d'OPCA\*\*.
- La Convention collective a été dénoncée. Adhésion à la FEHAP avec un accord de transposition depuis le 1<sup>er</sup> oct 2004 agréé par le ministère.

• **EFS** : *Etablissement Français du Sang*

Possède un Comité d'entreprise et un Comité Central d'Etablissement.

- Pas de CPNE\*, pas d'OPCA\*\*
- Une convention collective a été passée par décret en janvier 2001. C'est plus exactement un accord collectif.
- L'accord RTT a été signé le 31/12/2001.

• **CISME** : *Centre Interservices de Santé de de Médecine du travail*

Relève de la loi 1901, assujetti à la TVA. Est ouvert aux entreprises du privé. Convention collective des services interentreprises de médecine du travail.

- CPNE : CISME – AFOMETRA,
- pas d'OPCA.
- Accord RTT : négociation en inter syndicale en janvier 2002.

• **Cabinets médicaux :**

- Application des 35 h en 2007.
- Ces salarié-e-s sont souvent dans le même établissement que ceux de la FHP (CCU) et les syndiqué-e-s sont parfois adhérent-e-s dans le syndicat de la clinique et non des cabinets médicaux, ou dans les Unions Locales, en tant qu'isolés.
- Il existe un accord d'entreprise.
- OPCA : OPCA-PL.

• **Thermalisme :**

La Convention Collective Nationale date de 2000.

OPCA : AGEFOS

• **Cabinets dentaires**

- CCN étendue.
- OPCA = OPCA PL.

• **Prothésistes dentaires**

- 75% des entreprises emploient de 0 à 4 salarié-e-s.
- OPCA = AGEFOS.

• **SYNERPA** : *Syndicat National des Etablissements et Résidences Privés pour Personnes Agées*

Regroupe près de 96 000 places, avec des capacités d'accueil allant de 500 à 7 000 places par groupe.

En 2001, fusion des syndicats employeurs et création du SYNERPA.

• **FHP** : *Fédération de l'Hospitalisation Privée*

cf. pages 21 et 22.

\*CPNE : *Commission Paritaire Nationale de l'Emploi*

\*\*OPCA : *Organisme Paritaire collecteur agréé*

## Annexe 4

### Groupes commerciaux

	Etablissements En France	Lits	Salarié-e-s	Présence à l'étranger	Comité groupe	Comité Central d'Etablissement	Comité Central Européen
<b>CAPIO</b>	25	3 830	5 100	Oui	Oui	Non	Oui
<b>GDS</b>	110 dont 25 hôpitaux et 85 cliniques	16 000	22 800	Oui	Oui	Non	Non
<b>Médi partenaires</b>	25 cliniques, 2 centres de dialyse, 3 centres d'imagerie	4 032	5 000	Non	Oui	Non	Non
<b>Vitalia</b>	48	5 600	6 500	Non	Oui	Non	Non
<b>Orpéa/Clinea</b>	364	33 700	2 856 emplois temps plein	Oui	Non	Non	Non
<b>Korian</b>	167 + siège	18 590	13 737	Oui	Non	Non	Non
<b>Médica SA</b>	189	14 461	3 361 emplois temps plein	Oui	Oui	Non	Non
<b>DVD depuis janvier 2012 nommée Domus VI et Dolcéa</b>	225	5 879 maisons de retraite	13 000	Oui	Oui	Non	

### ORPÉA/CLINÉA

Ce groupe de maison de retraite profite d'un marché très porteur et veut continuer à accélérer son développement.

En 1 an : + 3 750 lits.

A ce jour, 364 établissements et 33 700 lits en France.

Propriétaires de 342 000 m<sup>2</sup> d'immeubles.

Principalement :

- des maisons de retraite,
  - des cliniques de rééducation,
  - des cliniques psychiatriques,
- qui ne sont pas soumises à la Tarification à l'Activité (T2A).

Chiffre d'Affaires : 702 millions.

### Générale de Santé

En 2007 : + 9,4% du Chiffre d'Affaires : soit 1,906 milliard.

### Vitalia

En deux ans, le groupe Vitalia (fonds de pension américains) a pris le contrôle de 48 cliniques en France.

Chiffre d'Affaires : 650 millions d'euros.

Les groupes français cherchent, en France comme à l'étranger, des capacités de développement : en effet, les investissements dans les **Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes** (EHPAD) représentent une mine d'or, car l'offre est insuffisante et ce créneau est porteur.

C'est pourquoi une politique de développement se mène, soit par création de nouveaux EHPAD ou établissements sanitaires, soit par rachat de structures existantes.

Or, les établissements privés « indépendants » se raréfient au fur et à mesure de leur rachat par des groupes.





## NOTRE MISSION

Proposer des vacances de qualité au plus grand nombre.

## QUELQUES CHIFFRES

- 22 villages-club en France
- 12 Club 3000 à l'étranger
- 6 circuits Découverte & Partage
- 1 500 collectivités clientes
- 200 000 vacanciers annuels
- 800 000 nuitées

## UN TOURISME DURABLE ET SOLIDAIRE

Plaisir de découvrir un pays ou

une région : conférences, partenariats solidaires (40 000€ reversés cette année au Secours Populaire Français), balades découverte, rencontres avec des artisans et des associations locales, **des vacances ouvertes sur le monde** qui assurent un développement économique respectueux des ressources, des cultures et des hommes, vacanciers, salariés et populations d'accueil. Des engagements exprimés dans notre charte Saisons Durables.

## NOS VALEURS

De **fortes convictions** professionnelles et humaines privilégiant l'écoute, le respect et la disponibilité.

## UNE POLITIQUE SOCIALE RESPONSABLE

Touristra Vacances dispose de sa propre structure de formation qualifiante. Le personnel saisonnier est pris en charge : repas, hébergement, transport, mutuelle (maintenue en intersaison), 2 jours de repos/semaine (la convention collective en prévoit 1 et demi), contrat français pour les animateurs à l'étranger...

Autant de **différences appréciées et plébiscitées** par nos équipes, nos collectivités partenaires et vos vacanciers !

[www.touristravacances.com](http://www.touristravacances.com)

Pour tous, réservations au **0890 567 567** (0,15€ la min)

## Depuis plus de 25 ans,

Touristra Vacances gère et anime des villages de vacances en France, copropriétés de 280 comités d'entreprise et collectivités, qui lui accordent toute leur confiance.

Les ressources dégagées par les villages sont réinvesties dans l'amélioration de leur équipement, au bénéfice de tous les vacanciers. Nous mettons ce savoir-faire et ces prestations de qualité au service de vos groupes.

## PARTENAIRE DES COLLECTIVITÉS

Touristra Vacances est spécialisé dans l'accueil de groupes constitués dans ses villages-club en France et à l'étranger, circuits et croisières, avec des prestations spécifiques :

- Un attaché commercial et une assistante vous accompagnent dans tous vos projets
- Présentations et diaporama pré-départ aux vacanciers
- Réservation d'excursions, séjours à la carte, départs de province
- Une politique tarifaire adaptée à vos initiatives



**Associations et collectivités,**  
contactez votre attaché commercial Touristra Vacances :

• Paris : 01 80 98 40 19

• Lyon : 04 72 41 19 90

• Hagondange/Metz : 03 87 17 66 10

• Lille : 03 59 35 85 00