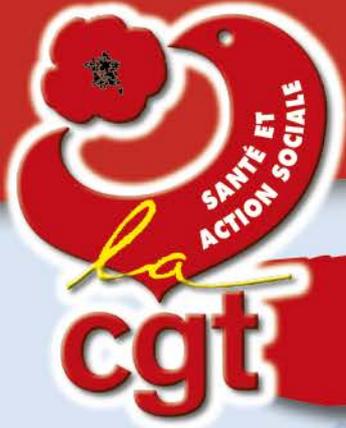


PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT



Du 27 au 31 mars 2017
à Ramatuelle

8^e Congrès

UFAS



Union Fédérale de l'Action Sociale

5^e Congrès

UFSP



Union Fédérale de la Santé Privée

Documents
préparatoires

ÉLUS DU SECTEUR DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE, VOS ENJEUX SONT NOS PRIORITÉS

EXPERTISE

Pour construire ensemble des alternatives viables :

- Analyses stratégiques, économiques et sociales
- Conseil et expertise lors de réorganisations
- Appui à la négociation d'accords

Un accompagnement sur mesure :

- Emplois et enjeux sociaux
- Conditions de travail et de rémunération
- Droits des salariés et des élus

Des spécialistes
du secteur à votre écoute.
Une implantation nationale et
un accompagnement de
proximité, gages de réactivité.

FORMATION



CONSEIL



www.secafi.com



ÉDITO

4-13 DOCUMENTS
UFAS

15-24 TEXTES COMMUNS

26-31 DOCUMENTS
UFSP



Xavier GUILLOT,
Secrétaire Général de l'Union
Fédérale de l'Action Sociale
ufas@sante.cgt.fr



Dominique CHAVE,
Secrétaire Général de l'Union
Fédérale de la Santé Privée
ufsp@sante.cgt.fr

**Dotons-nous d'une
organisation qui réponde
aux besoins de nos
syndicats
et syndiqué.e.s.**

Les congrès de l'UFSP et de l'UFAS se tiendront à Ramatuelle (83) du 27 au 31 mars 2017. Depuis nos derniers congrès d'octobre 2013, nous avons recensé de nombreuses luttes, dans le secteur lucratif comme dans le non-lucratif, tant dans la Santé Privée que dans l'Action Sociale. Seules les luttes déterminées des salarié.e.s, avec la CGT à leurs côtés, permettent de gagner de nouveaux acquis sociaux portant sur les conditions de travail et les conditions salariales.

Un congrès est un moment opportun pour un.e délégué.e, riche d'échanges dans sa vie de militant.e. C'est un lieu de débat qui doit permettre d'établir la feuille de route des 3 années à venir.

Rappelons qu'avant le bilan d'activité de chaque Union, les Secrétaires Généraux ouvriront leur congrès avec un rapport d'ouverture.

Nous avons fait le choix d'intégrer des thèmes forts dans les débats communs à l'UFSP et à l'UFAS, tels que :

- La Convention Collective Unique et Etendue (CCUE),
- Un Grand Service Public de Santé et d'Action Sociale,
- Les Droits syndicaux (Etat des lieux, luttes et discriminations syndicales, violences faites aux salarié.e.s),
- Violences externes dans les établissements de Santé et d'Action Sociale. Genre et travail.

Durant ces trois dernières années, nous avons subi des réformes et des lois régressives, telles que la réforme des retraites, les lois Santé, Rebsamen, Macron, NOTRe, El Khomri...

Ces lois ont induit une régression sociale qui plonge le salariat dans une paupérisation sans précédent. Force est de constater que les inégalités se creusent et que le grand bénéficiaire est toujours le patronat.

Les mobilisations nous ont permis de résister à ces attaques scélérates ; seules les luttes futures nous permettront de donner des perspectives aux salarié.e.s de notre secteur afin de gagner de nouveaux droits.

Ce numéro de Perspectives Santé vous apportera des éléments vous permettant de préparer au mieux ces congrès et de débattre largement dans les syndicats avec les syndiqué.e.s et les salarié.e.s afin de fixer les orientations pour les 3 années à venir. Il est composé de 3 parties :

1. Une partie UFAS,
2. Une partie Commune,
3. Une partie UFSP

*Vive le 5^e congrès de l'UFSP !
Vive le 8^e Congrès de l'UFAS !*

Publication de la Fédération
de la santé et de l'action sociale
Commission paritaire n° 1017 S0 6676

ISSN : 0299-0369

Tirage : 70 000 exemplaires

Directrice de la publication :

Mireille STIVALA

Rédactrice en chef :

Amélie VASSIVIERE

263, rue de Paris - case 538

93515 Montreuil CEDEX

Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70

PAO : CARRÉMENT COM

Tél. 01 43 02 08 35

Impression :

RIVET PRESSE ÉDITION

Tél. 05 55 04 49 50

BILAN D'ACTIVITÉ DE L'UNION FÉDÉRALE DE L'ACTION SOCIALE (2013 -2016)

Lors du VII^e Congrès de l'UFAS à Balaruc-les-Bains (34) en octobre 2013, la Commission Exécutive élue était composée de 11 femmes et de 17 hommes.

Pour son prochain Congrès prévu à Ramatuelle (84) du 27 au 31 mars 2017, l'UFAS s'est fixé un impératif absolu : 80 % des salarié.e.s relevant de son champ étant des salariées, la parité femme/homme doit enfin se concrétiser. Les syndicats devront donc impérativement tenir compte de cet objectif dans leurs propositions de candidatures à la prochaine commission exécutive.

D'octobre 2013 à fin 2016, La CE de l'UFAS s'est réunie 37 journées avec une très forte participation des membres élu.e.s, tant par leur présence (plus de 65 %) que par leur implication dans les débats très ouverts et la mise en œuvre des décisions dégagées.

Le Bureau de l'Union s'est réuni tous les 15 jours pour appliquer les décisions de la CE, suivre au plus près l'actualité des conventions collectives du secteur et tenter d'apporter des réponses rapides, débattues collectivement, en direction des syndicats.

Des comptes rendus et relevés de décisions écrits ont été réalisés et diffusés en interne, après la tenue de toutes les réunions de la Commission Exécutive et du Bureau.

A travers ce bilan d'activité, l'idée est bien de mettre en exergue les réalisations, mais également de pointer les améliorations nécessaires comme pistes de travail pour l'avenir. Tout ceci devant évidemment être mis en cohérence avec le document d'orientation de l'UFAS voté massivement lors du Congrès de Balaruc-les-Bains.

Au sein de la Fédération CGT Santé et Action Sociale, l'UFAS a mené plusieurs chantiers afin d'outiller concrètement les syndicats et les IRP dans leurs travaux et missions au quotidien pour la défense individuelle et collective des salarié.e.s. Elle est également venue en appui aux associations à portée nationale et a répondu aux sollicitations de plus en plus nombreuses reçues de la part des syndicats, des USD. En 2016, deux rencontres nationales des DSC (dont l'une en lien avec l'UFSP) ont été remises en place.

L'UFAS s'oppose à la mise en œuvre de politiques qui remettent en cause les moyens de l'action sociale, le sens du travail et la solidarité dans notre pays. Tous les secteurs sont touchés par des logiques comptables réduisant les budgets des établissements. La mise en œuvre de la prévention spécialisée, les mesures de contrats « Jeunes majeurs », l'action sociale en direction des adultes, des familles et des réfugié.e.s politiques ou économiques deviennent de plus en plus difficilement applicables dans les territoires.

Ces dernières années ont été marquées par une volonté gouvernementale et patronale de casse du travail social, de ses métiers dans le cadre de la CPC (Commission Professionnelle Consultative), des conventions collectives, dans les suites de la dénonciation de la CCNT 51, ou encore la dénonciation des accords sur la formation professionnelle par les employeurs de l'UNIFED.

Dans ce cadre et compte-tenu du calcul de la représentativité patronale de 2017, la CCNT 66 va certainement être mise à rude épreuve : les employeurs entendent « s'engager dans la construction d'un environnement conventionnel commun, seul à même de structurer le champ social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif en une branche professionnelle reconnue ».

Dans le même temps, toute une recomposition de la cartographie du secteur se poursuit.

Le développement de socles revendicatifs a guidé nos activités syndicales dans un cadre de proximité (via les commissions départementales et/ou régionales) pour être au plus près des problèmes rencontrés par les salarié.e.s. Des espaces de réflexions et de débats ont été impulsés par l'UFAS pour créer les conditions du rapport de force nécessaire à la défense et à l'amélioration des droits des salarié.e.s, sachant que leurs conditions de travail ont un impact sur l'accueil des usagers.

LES OUTILS REVENDICATIFS

En premier lieu, l'édition du livret « **Restructurations... Que faire ?** » est un exemple d'outil à destination des syndicats sur une problématique et sur les conséquences de la loi de sécurisation de l'emploi. L'UFAS l'a construit de manière croisée avec l'UFSP car ces situations de recomposition dépassent largement les « frontières » de l'action sociale. Ce guide référentiel CGT a été apprécié par les syndicats qui l'ont fait vivre. Par ailleurs, les camarades ayant participé à son écriture ont été sollicité.e.s à plusieurs reprises pour participer à des réunions ou journées de formation sur cette thématique.

Dans un second temps, le travail a été axé autour de la réécriture de la **CCUE-CGT**. En préalable, une enquête sur ce support avait été activée auprès des Unions Syndicales Départementales afin de réactualiser cet outil et de l'utiliser comme **socle revendicatif commun dans les négociations**. Cette réactualisation sera présentée lors de la journée commune des congrès de l'UFAS et de l'UFSP. Cette réécriture n'est pas une fin en soi, mais bien une base servant de discussion pour être enrichie et amendée par nos syndiqué.e.s.

Considérant que le débat doit être élargi et compte tenu de l'actualité brûlante, les congrès des deux Unions Fédérales seront à l'initiative de la convocation d'une grande conférence nationale sur cette thématique dans l'année 2017...

Les Collectifs

L'activité de notre Union a été rythmée par nos **collectifs** réunis régulièrement depuis octobre 2013 ; en perpétuelle évolution et réflexion, ceux-ci permettent de développer des travaux ciblés et spécifiques qui ont cependant été ouverts et/ou partagés par tou.te.s :

- Le **Collectif confédéral des Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)** (animé par notre Union) a organisé la tenue d'une journée spécifique confédérale le 27 septembre 2016 sur le thème : « Les centres de rééducation professionnelle et les écoles de reconversion professionnelle : la formation au service des personnes en situation de handicap ».
- Le **Collectif Action Sociale Publique** a travaillé sur la communication électorale et le bilan des élections professionnelles de 2014 de la Fonction Publique Hospitalière pour les établissements sociaux publics. Il a mené une réflexion et une analyse sur leurs instances de représentation du personnel, sur le PPCR et sa déclinaison dans les établissements sociaux publics. Il a également travaillé sur la reconnaissance des diplômes sur le modèle LMD et sur les grilles de salaires de la filière socio-éducative.
- Face aux attaques de plus en plus prégnantes et aux transferts d'activités récurrents vers les grandes métropoles, le **Collectif Prévention Spécialisée** a construit et réactualisé très régulièrement un « 4 pages » dénonçant ces problématiques. Ce Collectif a porté la parole et les propositions des salarié.e.s, élaborées avec la CGT lors de plusieurs initiatives, notamment lors des « Journées du CNLAPS ». Le 14 mai 2016, le Festival du Travail Social organisé par l'Intersyndicale des EGATS a permis de réunir les professionnels du secteur pour réfléchir à la construction de perspectives.
- Le **Collectif des formateurs** a été créé en 2015 pour construire nos revendications concernant les métiers du travail social attaqués dans le cadre du plan d'action gouvernemental du travail social d'octobre 2015 dont le bras armé est la CPC. Deux objectifs pour ce groupe de travail : **élaborer un argumentaire** et des repères revendicatifs pour contrecarrer la gestion actuelle du social au moindre coût et la casse du secteur dont un des leviers est la formation (dont la révision des diplômes à venir dans le cadre des EGTS) **et construire la mobilisation sur les territoires** en l'articulant avec la réflexion au niveau national (collectif confédéral du travail social) et/ ou avec les mouvements, instances syndicales ou autres soucieuses de leur défense (EGATS). Ce groupe de travail s'est réuni 6 fois de 2015 à 2016. **Il a permis la Construction de divers argumentaires** : l'analyse du plan d'actions

gouvernementales du travail social, l'analyse du risque de la compétence dans la casse des métiers du social / lien avec les classifications et les négociations dans les CCNT, l'argumentaire dans le cadre de la CPC sur la destruction des métiers du social, (23/05/16). **En terme de mobilisation sur les territoires nous avons animé ou participé** à diverses mobilisations CGT, en Intersyndicale ou dans le cadre d'EGATS : 10 au total à Marseille, Lille, Lorient, Rennes, Brest...

- Le **Groupe des négociateur.trice.s de la CCNT du 15 mars 1966** se réunit régulièrement pour les préparations des commissions paritaires. Parallèlement, existe également le **Collectif de défense et d'amélioration de la CCNT 66** qui a rassemblé près d'une vingtaine de camarades en 2016.
- Le **Groupe des négociateur.trice.s de la CCNT du 31 octobre 1951** se rencontre également régulièrement pour les préparations des commissions paritaires. Existe aussi le **Collectif de défense et d'amélioration de la CCNT 51** unissant des syndiqué.e.s de l'UFAS et de l'UFSP qu'il nous faudra relancer lors des congrès UFAS et UFSP.

LES CONVENTIONS COLLECTIVES DU SECTEUR

Notre champ social et médico-social est couvert par trois CCNT : la **CCNT du 15 mars 1966**, celle **du 31 octobre 1951** et celle **du 26 août 1965**, les **Accords des CHRS** et le **statut hospitalier pour les établissements publics départementaux de l'action sociale**.

La CCNT du 15 mars 1966

Avec l'ambition de peser encore plus sur la représentativité patronale, le 2 juillet 2015, la FEGAPEI et le SYNEAS ont fusionné pour créer « NEXEM » dont la naissance sera inaugurée le 15 décembre 2016. Il s'agit d'aborder en situation de force les grandes manœuvres « pour un nouvel environnement conventionnel », socle d'une CCU sur le périmètre de l'UNIFED, même si la FEHAP ne suit pas et sachant que la Croix-Rouge Française a déjà annoncé son soutien...

Les employeurs essayent d'enterrer la CCNT 66 en la proclamant obsolète. Pourtant, notre bataille pour sa défense et son amélioration - le plus souvent unitaire avec FO et SUD - a permis d'imposer de nouveaux avenants en faveur des intérêts des salarié.e.s. **Aujourd'hui, grâce à nos actions, la CCNT 66 demeure intacte, elle a même évolué.**

La CGT a signé :

- > l'avenant 331 : pour **l'intégration de nouveaux métiers,**
- > l'avenant 327 : pour la **formation des personnels non qualifiés,**
- > les avenants 328 et 334 : pour **la mise en place d'une complémentaire santé,**
- > l'avenant 329 : pour la **requalification des Educateurs de Jeunes Enfants dans la grille des Educateurs Spécialisés,**
- > l'avenant 330 : pour **les congés pour événements familiaux,**
- > les avenants 332, 335 et 338 : sur **la prévoyance.**

Au vu de la dégradation des conditions de travail entraînant l'augmentation des arrêts maladie, un travail a été engagé avec l'aide d'un cabinet conseil pour élaborer un plan d'action. **La CGT a porté un avenant relatif aux assistant.e.s familiaux.ales et une majoration significative du point d'indice.**

A l'initiative de l'UFAS, les 25 juin 2015 et 15 mars 2016 (50^e anniversaire de la CCNT), des actions intersyndicales CGT, FO et SUD ont eu lieu sur tout le territoire national. Les conditions ont été réunies pour faire reculer les employeurs sur leur volonté de partir d'un texte unilatéral, sans discussion préalable avec les partenaires sociaux.

Cette intersyndicale a aussi permis de rejeter un accord de méthode souhaité par la CFDT portant sur le nouvel environnement et de porter plusieurs avenants à la table des négociations.

La CCNT du 31 octobre 1951

Depuis la dénonciation de la CCNT 51 et la mise en place d'une « recommandation patronale » en décembre 2012, puis la signature par CFDT, CFE/CGC et CFTC des avenants 2014-01 2014-02, la convention a beaucoup perdu de son attractivité.

Au cours des commissions nationales paritaires de négociations, les seules réponses de la FEHAP sont d'ordre économique :

Aucune avancée n'est constatée, on reste toujours au niveau du légal. Pour preuve :

- > **la mise en place d'un salaire mensuel minimum conventionnel (de 5€ supérieur au SMIC),**
- > **la mise en place d'une complémentaire « couverture frais de santé »** est réduite à une légère amélioration du panier de soins.

En 2015, deux avenants ont reçu l'agrément du ministère :

- > l'un pour l'augmentation du salaire minimum conventionnel : 5 € de plus que le SMIC, décision unilatérale des employeurs ;
- > l'autre pour le Titre 7 sur la formation professionnelle.

La dénonciation de la CCNT 51 a eu aussi, gravement, pour effet la création de deux statuts : l'un pour les « ancienn.e.s » salarié.e.s (celles et ceux embauché.e.s avant la date du 1^{er} décembre 2012 qui conservent leurs avantages individuels acquis, sous la condition de les avoir perçus au moins une fois) ; l'autre pour les « nouvelles. aux » embauché.e.s après le 1^{er} décembre 2012 qui ne perçoivent rien du tout ! Pour la CGT, cette mesquine inégalité de traitement est inacceptable car elle aggrave les conditions de travail dans les établissements et ne peut que créer des divisions entre les salarié.e.s.

En 2016, quatre commissions paritaires se sont tenues. Il aura fallu la détermination des organisations syndicales pour obtenir une négociation supplémentaire au mois de juillet.

Avant chaque commission paritaire, se tient un groupe de travail sur les classifications. Les questions portant sur les rémunérations des salarié.e.s ne sont jamais évoquées. Pire, la FEHAP impose ces négociations à budget constant !

Les ACCORDS des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)

La CGT n'est pas signataire de ces accords qui ont été créés en 1974 pour ne pas appliquer la CCNT 66 en faveur des 15.000 salarié.e.s concerné.e.s. Toutefois, elle siège à la Commission Nationale Paritaire de Négociations depuis janvier 2014 pour y faire valoir ses plus de 30 % de représentativité. Les thématiques de négociations sont les mêmes que dans la CCNT 66. Le point salarial est d'ailleurs négocié directement à la CNPN de la CCNT 1966... Cela éclaire sur la réalité de ces accords low-cost ! Pour autant, la délégation CGT s'y bat, souvent en unité avec FO et SUD pour améliorer les droits des salarié.e.s.

Prétextant le refus de la CGT de signer les accords CHRS, les employeurs font aujourd'hui obstacle à son droit de signature ou d'opposition, belle excuse pour bafouer la démocratie sociale ! Pour autant, ce n'est pas le moment d'abdiquer. En effet, **les accords CHRS vont être inclus dans l'entreprise de négociation prévue dans le cadre de l'élaboration d'un « nouvel environnement conventionnel » revendiqué par le nouveau NEXEM.**

La CGT maintient ses revendications d'intégration de ces accords à la CCNT 66, puis à une CCUE : position d'une totale actualité !

La CCNT du 26 août 1965

Cette convention collective ne fait pas partie de la BASS.

La politique salariale.

Suite du toilettage de la convention, la refonte des grilles salariales a fait l'objet d'un grand débat. Les groupes inférieurs et de niveau V ont pu être revalorisés et les groupes de niveau I ont été correctement actualisés. Il en a été autrement pour les groupes intermédiaires dont les salarié.e.s subissent un gel des salaires qui s'éternise. Plusieurs déclarations syndicales et intersyndicales (avec SUD et FO) ont signifié notre indignation. La CGT se félicite de l'intégration de la prime de 8,21 % (sujétion spéciale) dans le salaire de base.

Complémentaires santé et prévoyance

La CGT a refusé de signer l'accord complémentaire santé. Pour la prévoyance, l'accord maintient les dispositions précédentes. Une association chargée de gérer un fond de solidarité a été créée.

Le TRAVAIL INTERFÉDÉRAL CGT...

Notre Union Fédérale de l'Action Sociale s'inscrit ainsi pleinement dans le travail fédéral et confédéral. Depuis, 2014, elle a travaillé en lien avec les autres fédérations (Organismes Sociaux, Services publics, FERC, UGFF, UGICT) autour du « Travail Social ». Un groupe de travail confédéral a été créé et se réunit de manière fréquente pour préparer certains mandats confédéraux comme les Commissions Professionnelles Consultatives (CPC) ou le Haut Conseil Supérieur du Travail Social (HCSTS).

MAIS AUSSI, LES FRUITS DE RAPPROCHEMENTS INTERSYNDICAUX :

Le travail en intersyndicale (FAFP, FSU, SUD en lien avec le collectif Avenir Educus et UNEF) a permis de nombreuses actions collectives, notamment :

- la création des Etats Généraux Alternatifs du Travail Social avec la réussite d'importantes journées de mobilisation : 230 personnes se sont réunies le 16 octobre 2015 à la Bourse du Travail de Paris et plus de 700 personnes étaient présentes le 12 mai 2016 au Festival du Travail Social à Bobigny;
- le 25 juin 2015, l'organisation d'une nouvelle journée de mobilisations relative à la défense de la CCNT 66, exigeant également le retrait du projet de la Commission Professionnelle Consultative (CPC) concernant la fusion de 3 métiers dont 2 du social (Aide Médico-Psychologique, Assistant Vie Sociale, Auxiliaire de Vie Scolaire en un seul métier : Accompagnant Éducatif et Social).
- les 23 mai, 21 juin et 8 septembre 2016, des rassemblements et/ou manifestations se sont tenus à Paris et en région pour demander l'abandon de la saisine de la mise en œuvre du plan gouvernemental relatif au travail social de la CPC, la reconnaissance des métiers actuels de niveau III au grade de Licence, l'augmentation des moyens humains et financiers, etc.

Avec FO, entre le 23 mai et le 13 octobre 2016, la CGT a refusé de se rendre à la CPC pour ne pas cautionner la feuille de route déjà prédéfinie par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS). La CGT a porté devant la CPC ses déclarations et ses positions.

Lors de la dernière conférence salariale du 04 février 2016, notre Union Fédérale avec celle de la Santé Privée CGT, la Fédération des Organismes Sociaux CGT, FO Action Sociale et Santé Privé ont lu une déclaration liminaire puis quitté la salle pour exprimer son mécontentement contre la politique austéritaire du gouvernement, ainsi que celle

de la DGCS et de nos employeurs en matière de politique salariale (30 % de perte de pouvoir d'achat estimés depuis 1999).

Il en est de même sur le travail que nous impulsions sur la défense et l'amélioration des CCNT ; La CGT est toujours à la pointe de l'unité la plus large au service des revendications des salarié.e.s.



La loi dite « Travail »

Des millions de travailleurs.euses de tous secteurs ont répondu présent.e.s à l'appel de l'intersyndicale CGT, FO, FIDL, FSU, SOLIDAIRES, UNEF, UNL. Soulignons le : à 15 reprises dans la période du 31 mars au 15 septembre 2016 ! Ces syndicats ont exigé le retrait de la loi dite « travail » puis, dans un second temps, son abrogation.



DOCUMENT D'ORIENTATION

Depuis 1982, l'UFAS a élaboré, au fil de ses congrès au sein de la Fédération Santé et Action Sociale, des orientations revendicatives fortes et émancipatrices pour le travail social. A chacun de ses congrès, l'UFAS a su faire évoluer ses orientations au gré des tendances sociétales, des attaques successives et des réflexions collectives menées au sein de la CGT.

Cette nouvelle présentation des orientations revendicatives pour le Congrès de l'UFAS 2017 prend en compte :

- **La politique d'austérité imposée depuis de nombreuses années,**
- **l'apparition de nouvelles lois antisociales et la réorganisation administrative des régions,**
- **l'installation dans la durée de l'état d'urgence et son corollaire de peur liée aux menaces terroristes.**

Cette crise et ce climat ont augmenté la misère sociale et ont rendu plus complexes et divers les besoins de services et d'actions sociales et médico-sociales qui en découlent en direction des populations.

C'est dans ce contexte, et en prenant en compte les orientations revendicatives des congrès confédéraux et fédéraux passés, qu'ont été élaborées celles présentées aujourd'hui. La Commission Exécutive sortante y a travaillé en prenant en compte l'étendue du secteur social et médico-social, incluant aussi quelques spécificités liées aux actualités des trois dernières années.

Les syndicalistes CGT ont d'ores et déjà une place essentielle dans les établissements pour lutter et porter les visions de la transformation sociale. Ce n'est cependant pas suffisant. Il nous faut interpeller l'ensemble des salarié.e.s et poser la question suivante : devons-nous accepter d'être de simples exécutant.e.s ou contrôleurs.euses sociaux.ales ?

UN TRAVAIL SOCIAL SOUS LE SIGNE DE LA SOLIDARITÉ

Avec l'aval du gouvernement, le patronat associatif a fait entrer le travail social dans l'ère de la marchandisation contre la volonté des salarié.e.s et des publics concernés. Depuis de nombreuses années, à cause de certaines lois et sous prétexte de crises économiques (2008), les budgets alloués par les politiques publiques ont été diminués alors que la misère économique et sociale a continué de frapper de plein fouet les populations les plus fragiles. Les politiques sociales devraient se développer plutôt que se restreindre. Si les conséquences impactent la vie de chacun.e, elles sont terribles pour les populations précarisées et marginalisées. Les publics se diversifient, les problématiques sociales, psychologiques, mentales et de santé sont plus complexes à appréhender. La société est touchée par le manque de moyens, par l'absence de repères sociaux, et d'alternatives politiques.

Il nous faut :

- revendiquer la primauté des besoins humains contre celle d'une logique économique,
- refuser toute intrusion du secteur lucratif dans le financement des politiques sociales et/ou des établissements et lutter notamment contre les « contrats à impact social »,
- développer des outils éducatifs, des placements et dispositifs alternatifs à créer, à inventer, en réponses aux besoins et analyses de terrain,
- impliquer les usagers et les familles dans la construction de leurs demandes, dans le choix des parcours et des accompagnements.

LA DÉINSTITUTIONNALISATION

Faisant le constat que les institutions qui ont pour mission d'accueillir des personnes fragilisées dans les secteurs du social, du médico-social et du sanitaire peuvent être pour certaines d'entre elles empreintes de rigidité et générer des coûts onéreux, le Conseil des Ministres du Conseil de l'Europe recommande depuis 2010, une « désinstitutionnalisation ».

Répondre aux besoins sociaux de notre population, raison d'être de nos établissements et services, n'est plus la priorité pour les employeurs, ces derniers préférant la réponse à des appels à projets et/ou des appels d'offres dans le but d'équilibrer les budgets (loi HPST de 2009).

Le cadre institutionnel est l'un des outils de l'intervention sociale et médico-sociale. Il ne doit pas faire l'objet d'un discrédit systématique. Ce processus mis en place sans discernement et pour des raisons purement économiques a un impact inévitable sur :

- la qualité du travail d'accompagnement ;
- les glissements de tâches et le risque de déqualification professionnelle ;
- l'appauvrissement des moyens au service du suivi des plus fragilisés.e.s dans notre société.

Nous affirmons que les salarié.e.s ont toute leur place dans la réaffirmation d'un projet de société, où la personne est au cœur des liens solidaires.

Aussi, la CGT revendique :

- > une sécurisation des parcours professionnels,
- > une sécurité sociale professionnelle.

LA DÉMOCRATIE SOCIALE

La reconnaissance des professionnel.le.s passe par la démocratie, l'autonomie du travail social, la réponse aux besoins des populations pour que nos métiers fassent sens et soient d'intérêt général.

Les salarié.e.s de l'action sociale ont un savoir-faire, une expérience acquise, la volonté de s'engager pour le bien-être et le soutien des populations en difficultés, souvent marginalisées et en souffrance. Ils sont aussi les premiers témoins et les premiers souteneurs dans notre société. A ce titre, ils agissent avec beaucoup de créativité et d'idées pour répondre au mieux et souvent dans l'urgence. Face aux injonctions des politiques, aux directions de plus en plus intransigeantes et au management agressif d'inspiration libérale, les salarié.e.s sont de plus en plus prescrit.e.s et isolé.e.s dans leurs missions. La question du sens des métiers est posée à chacun.e d'entre nous.

Ainsi, la CGT exige :

- > la reconnaissance du travail social et une véritable autonomie dans l'accueil, le suivi, l'accompagnement et l'orientation des usagers dans le respect des droits de l'homme et de l'enfance,
- > une participation active des salarié.e.s par la mise en place d'une véritable démocratie, y compris au sein des conseils d'administration. Ceci doit amener les salarié.e.s à détenir un pouvoir décisionnaire dans la gouvernance,
- > la reconnaissance de l'expertise des salarié.e.s (au travers de mandaté.e.s par les OSS représentatives) et leur intervention dans la construction des politiques publiques,
- > une vraie implication des usagers et des familles dans les analyses des besoins exprimés et les réponses à apporter,
- > la reconnaissance du travail social comme un fondement politique de protection universelle et solidaire des populations en difficulté,
- > la reconnaissance de nos métiers comme concourant à l'égalité de droits et l'égalité sociale,
- > la mise au cœur de nos métiers de la relation humaine comme source de diagnostic, de l'accueil, du suivi et accompagnement au plus près des populations en difficulté,
- > l'ouverture à des projets qui ne soient pas conçus uniquement sous l'angle de l'insertion scolaire ou professionnelle, déterminés en fonction des besoins des populations,
- > que toutes démarches d'évaluation puissent être le fruit de la première « expertise » des salarié.e.s de terrain dans une logique de réponse aux besoins.

Pour une prise en compte de la pénibilité et une réelle amélioration des conditions de travail

Les métiers du travail social et médico-social mettent l'ensemble des salarié.e.s en relation quasi permanente avec les usagers et les populations les plus en difficulté. Nous affirmons que plus les personnes accompagnées sont vulnérables, plus la responsabilité des personnels inscrits dans la relation est engagée : la dimension de l'accompagnement fonde les métiers.

Les charges psychiques et émotionnelles afférentes, les rythmes jour/nuit, les établissements ouverts 365 jours sur 365 pour certains secteurs font qu'il existe une pénibilité : celle-ci doit être reconnue.

La CGT s'attache à l'amélioration des conditions de travail et revendique à travers sa CCUE :

- > un salaire minimum à 2 125 € bruts,
- > La reconnaissance des diplômes professionnels et des niveaux de qualifications dans la rémunération,
- > l'augmentation des salaires en fonction du coût de la vie avec le rattrapage du pouvoir d'achat,
- > les 32 heures le jour sans baisse de salaire, 27 heures hebdomadaires pour les travailleurs.euses de nuit,
- > l'obligation d'une formation et d'une qualification pour les professionnel.le.s accompagnant les personnes vulnérables / les publics,
- > une politique de formation professionnelle, dès lors que la pénibilité est reconnue,
- > la mise en place d'un dispositif de congés exceptionnels supplémentaires en cas de fatigue ou d'usure professionnelle, dès lors qu'elle est reconnue par la médecine du Travail et la médecine spécialisée,
- > pour les femmes enceintes et pour pallier certains risques professionnels, un droit à la réduction du temps de travail ou un congé maternité dès la déclaration de grossesse...
- > à partir de 15 ans de métier : la mise en place d'un dispositif d'évolution de carrière pour permettre des facilités de reclassement et une réorientation professionnelle répondant à la demande des salarié.e.s,
- > un départ à la retraite à 55 ans à taux plein, avec prise en compte du temps de formation.

Laïcité : un repère nécessaire

La question de la laïcité est devenue un enjeu pour le travail social et notre secteur. Le « vivre ensemble » au travail et les services publics est parfois bousculé par des revendications ou des pratiques religieuses qui provoquent des tensions. Même s'il revient aux dirigeants de l'entreprise de créer les conditions de travail de ce « vivre ensemble », les militantes et militants syndicaux sont interpellé.e.s et concerné.e.s afin de garantir le « vivre ensemble » au-delà des différences ; ils agissent :

- **pour une meilleure information sur les lois et règlements en la matière et l'application des textes en vigueur,**
- **pour la liberté de vivre ses convictions dans le respect mutuel,**
- **pour l'instauration d'un dialogue quand des tensions apparaissent afin de trouver des réponses respectueuses de chacun dans le respect du droit,**
- **pour que des revendications à caractères religieux appellent des réponses syndicales universelles qui bénéficient à tous les salarié.e.s quelles que soient leur convictions,**
- **pour le refus de tout prosélytisme et de toute action syndicale qui porterait sur des revendications communautaristes.**

LA RECONNAISSANCE ET LA DÉFENSE DE NOS MÉTIERS

Les métiers du social – les 14 référencés dans le Code de l'Action Sociale et des Familles – ont subi de nombreuses mutations sous des auspices de reconnaissance ou d'adaptation de l'action sociale. Révisés pour intégrer les normes européennes, mais également au regard de l'évolution du marché du travail et des politiques publiques, ils essuient une nouvelle réforme dans le cadre de la CPC du travail social et de l'intervention sociale sous l'impulsion du gouvernement, pour être plus performants et attractifs aux dires de ses promoteurs et favoriser le travail en complémentarité. A l'heure où coopération rime avec mutualisation des moyens et où la modernisation sert à masquer la gestion de la pénurie ! Concrètement, passant d'une logique de métier à celle d'emploi, l'objectif de la réforme vise à la flexibilité à outrance des salarié.e.s, à leur interchangeabilité, au développement des poly-compétences niant l'héritage de l'histoire et les identités professionnelles attenantes aux métiers. En effet, au-delà de la simplification des diplômes et du développement de l'employabilité, est également visée l'ouverture du champ du social à d'autres diplômes et certificateurs (animation, médiation, politique de la ville) qui œuvrent à la création et/ ou au maintien du lien social au motif que tout un chacun y participe. Les niveaux de qualification et les responsabilités sont inversement proportionnels à l'accompagnement des populations et des publics vulnérables, puisque confié aux personnels les moins formés¹. À l'heure de la complexification des situations en lien avec l'évolution sociétale, le travail

1 L'enquête emploi 2012 de l'observatoire de branche/UNIFAF montre que l'accompagnement est réservé aux métiers de niveau V; pour preuve les embauches principales concernent ces personnels dans les établissements accueillant des personnes âgées ou en situation de handicap.

social a pourtant besoin de professionnel.le.s hautement qualifié.e.s., à l'identité professionnelle affirmée favorisant une pratique réflexive et le travail en complémentarité. C'est pourquoi nous poursuivons la lutte pour la défense et la reconnaissance de l'ensemble de nos métiers.

Les assistant.e.s familiaux.ales

Depuis la loi de 1992 créant les placements familiaux, le statut de ces professionnel.le.s reste précaire et peu reconnu. Leur agrément peut être remis en cause à tout moment : changements de situation familiale, de domicile, de département pour suivre le conjoint, voire en raison de plaintes de l'enfant hébergé dans la famille...

La CGT a œuvré pour une reconnaissance de ces personnels en tant que travailleurs.euses sociaux.ales dans le cadre de la Convention en 2005. À ce jour, leur rémunération reste en-dessous du SMIC pour l'hébergement d'un enfant, et sans accueil, l'indemnité perçue est inférieure à 600 euros avec la possibilité pour ces professionnel.le.s d'être licencié.e.s au bout de 4 mois.

En termes de formation professionnelle, les assistant.e.s familiaux.ales commencent à accueillir du public à l'issue de la formation de 60 heures, alors qu'ensuite, l'obligation du suivi de la formation de 240 heures pour l'obtention du diplôme d'Etat n'est pas respectée par les conseils départementaux et les associations, faute de financements.

La CGT revendique :

- > un salaire mensuel de 2 125 € bruts dès le premier accueil et ce, afin de reconnaître le travail à domicile et éviter que faute de rémunération, les assistant.e.s familiaux.ales favorisent plusieurs agréments pour pouvoir vivre dignement de leur travail,
- > 120 heures supplémentaires par enfant hébergé, en cas de fratrie et pour éviter la séparation, à partir du deuxième enfant accueilli,
- > L'octroi des 18 jours de congé trimestriels,
- > le maintien du salaire lors des périodes d'attente d'hébergements et la suppression de l'éventualité d'un licenciement au bout de 4 mois sans accueil.
- > l'accord de l'assistant.e familial.e avant l'accueil d'un enfant.

PRÉVENTION SPÉCIALISÉE : NÉCESSITÉ OU OBLIGATION ?

Contre le démantèlement de la Prévention Spécialisée

Coupes claires ou désengagements budgétaires, déconventionnements, suppressions de postes, licenciements jalonnent l'attaque généralisée contre la Prévention Spécialisée. Alors que la crise économique fait des ravages dans les quartiers et territoires défavorisés, les éducateurs de rue restent bien souvent les derniers interlocuteurs des jeunes et c'est encore une fois un public des plus fragile et des plus démunis qui fait les frais d'une logique gestionnaire fracassante.

Les dérives sécuritaires

De nombreux.ses élu.e.s tentent de dévoyer la Prévention Spécialisée en instrumentalisant les éducateurs.trices de rue, en attaquant régulièrement le contenu de leurs missions et fondamentaux. La CGT dénonce les injonctions sécuritaires faites aux éducateurs de Prévention Spécialisée en les assignant à un rôle de surveillance, de contrôle, voire de dénonciation. L'éducation nationale et la prévention restent les meilleurs remparts contre l'insécurité.

La prévention spécialisée : une nécessité, une obligation

La CGT réaffirme la fonction de la Prévention Spécialisée comme un maillon essentiel des politiques d'accompagnement social et éducatif, pour en faire un acteur de la transformation sociale et d'émancipation de la jeunesse.

La CGT revendique :

- la compétence et la dépense obligatoire en faveur de la Prévention Spécialisée dans les départements,
- le renforcement et le développement des équipes de Prévention Spécialisée partout sur tout le territoire,
- la pluridisciplinarité effective des équipes de Prévention Spécialisée,
- la création d'une Commission de Prévention Spécialisée dans le CNPE et sa déclinaison dans les départements,
- et enfin, pour satisfaire ces revendications, un grand service public de la Santé et de l'Action Sociale.

ORGA-QUALITÉ DE VIE SYNDICALE

Notre bilan 2013-2016 montre une progression du nombre de syndiqué.e.s dans l'action sociale. Nous devons continuer à nous renforcer en nous appuyant sur la Résolution 3 du 50e Congrès Confédéral, « une politique ambitieuse de syndicalisation ».

C'est une question cruciale dans notre bataille pour défendre et gagner de nouveaux droits.

L'accélération des regroupements, fusions et absorptions amène une concentration des entités de travail sur des périmètres territoriaux de plus en plus grands. C'est une logique patronale que nous retrouvons dans tous les champs professionnels. Cela pose les questions de proximité avec le salariat, d'organisation et de renforcement de nos bases avec plus d'acuité. Nous devons avoir une prise en compte plus importante de cet enjeu.

Ces dernières années, des syndicats se sont constitués autour de différents périmètres : association, établissement, union locale, bassin d'emploi ou bassin de vie. Il y a nécessité aujourd'hui de faire un état des lieux afin d'élever notre coordination visant à plus d'efficacité.

Rajoutons que les enjeux et les évolutions dans notre secteur concernent l'ensemble des salarié.e.s, il nous faut donc travailler de façon plus importante avec les structures interprofessionnelles territoriales (UD et UL).



ORGANISATION QUALITÉ DE VIE SYNDICALE

Pour être plus efficient dans notre progression de syndicalisation, il est nécessaire de mettre en perspective la connaissance du salariat avec une approche plus approfondie de notre influence et surtout, d'examiner l'évolution et la structuration de nos forces organisées en territoire. Notre objectif est d'augmenter notre influence (élection professionnelle), de nous développer (formation, syndicalisation) et de mieux organiser nos forces afin de mener la lutte revendicative indispensable pour obtenir de nouvelles conquêtes sociales.

Pour réaliser cet état des lieux, nos sources sont :

- les retours des documents cerfa des élections professionnelles (calcul de la représentativité),
- les différentes enquêtes menées par : CIDES, MUTEX, l'Observatoire de branche liée à l'OPCA de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale, la CNPTP de la CCNT66
- les statistiques de l'emploi dans les 3 versants de la Fonction Publique qui précisent la place de notre secteur,
- la place de notre secteur dans l'économie sociale et solidaire.

Notre influence :

Les résultats cumulés des élections professionnelles donnent une première appréciation. Notre influence progresse au sein des ESMS au regard des bons résultats enregistrés. Cependant, il nous faut continuer à œuvrer pour devenir la première organisation du secteur (BASS) surtout avec l'application de la loi du 20 août 2008, la constitution de la représentativité, l'application des lois Rebsamen, Macron et loi dite « loi travail » qui viennent sensiblement modifier notre secteur.

L'évolution des forces organisées :

Depuis le dernier congrès de Balaruc les bains, le tableau des forces organisées CGT montre un maintien voire une très légère progression du nombre de syndiqué.e.s (10 476 exercice clos 2014) dont 96 syndicats du public sur 17 régions, 1 042 Syndicats du privé sur 22 régions ainsi que 2 029 FNI répartis en Section syndicale, en individuels dans les USD, en section multi pro des UD ou UL et en coordination syndicale départementale, régionale ou nationale. Dépassant aujourd'hui ceux que nous avons à la dissolution du syndicat national en 1982 (près de 10 000 syndiqués). L'examen de notre implantation nécessite que des dispositions soient prises pour gagner en syndicalisation, être mieux organisés et aider à une vie syndicale de qualité dans notre secteur, améliorer notre coordination et l'impulsion de notre activité.

Les syndicats :

Combien de syndicats constitués ? Sans formalisme et en tenant compte de l'évolution du salariat, nous avons besoin de mieux organiser nos forces. Au-delà du cadre juridique, il nous faut être mieux constitué pour nous développer et être plus efficaces.

Les expérimentations :

Ces dernières années, des syndicats se sont constitués autour de différents périmètres : association, UL, bassin d'emploi ou bassin de vie. Il apparaît important de les recenser et de mettre en perspective toutes ces expérimentations afin d'évaluer tant au plan quantitatif que qualitatif notre efficacité dans notre activité revendicative et de mieux cerner notre représentativité.

Les adhérent.e.s individuel.le.s souvent appelé.e.s improprement « syndiqué.e.s isolé.e.s », la plupart d'entre eux ne bénéficient pas du lien permanent de l'organisation syndicale pour s'informer, se réunir, débattre, décider, se mobiliser, se former et être aidé.e.s dans la construction de l'organisation sur leur lieu de travail. Il y a besoin de les identifier dans chaque département pour ne laisser aucun d'eux de côté. Des dispositions doivent être prises pour mieux les organiser.

Concernant les commissions action sociale des Unions Syndicales Départementales, la Fédération n'a pas à ce jour, une grande lisibilité sur leur nombre, même si le recensement que nous avons établi montre une meilleure prise en compte des questions revendicatives, d'organisation et de vie syndicale de ce secteur dans les départements et les régions, très souvent en lien avec l'inter pro.

Fonctionnement :

Les CAS ne viennent pas en plus des USD. Elles en sont une composante, qui se réunit en son sein et contribue avec ses spécificités au développement et à la dynamique revendicative elles sont le relais de la Fédération et de son UFAS au sein de l'USD. Les CAS couvrent l'ensemble du territoire départemental. Leur périmètre est celui des ESMS.

Dans certaines régions (Bretagne, Aquitaine, Ile de France, Franche comté) certaines expériences sont menées hors de nos statuts, des créations d'union syndicale départementales de l'Action Sociale sont créées et se réunissent au cours de l'année dans le cadre de leur coordination régionale. Ces réunions aident au partage des informations, à construire les cohérences revendicatives, les mobilisations et le renforcement de la syndicalisation, notamment dans de grandes entreprises associatives, souvent elles sont aussi de dimension régionale.

Aujourd'hui la question de la mise en place de ces Commissions Régionales Action Sociale au sein des Coordinations Régionales CGT Santé et Action Sociale se pose, car la région représente souvent l'échelle de décision, par exemple avec l'ARS, les politiques de formation, les Chambres Régionales de l'ESS.

Les grandes associations et les coordinations syndicales CGT d'établissements comme l'APF (14 000 salarié.e.s), le groupe SOS (10 000 salarié.e.s), voire les grandes Fédérations comme l'APAJH gestion nationale (près de 6 500 salarié.e.s) sont souvent en situation de monopole dans la prise en charge dans un département ou une région. Leur rayonnement géographique national est de plus en plus important. Actuellement on assiste à une modification profonde de notre champs avec la recrudescence des restructurations (fusions création ou absorption) mêlant ainsi des établissements de l'action sociale, de la santé privée ainsi que des travailleurs.euses détaché.e.s des différentes fonctions publiques, au niveau d'un ou de plusieurs départements, d'une ou de plusieurs régions, au niveau national et constituant ainsi des « ensembles associatifs » de très grande taille. Notre activité syndicale se retrouve ainsi bouleversée et cela nécessite une réflexion pour adapter nos formes de structuration pour mieux organiser les salarié.e.s.

L'OQVS de notre union fédérale a entrepris un travail de longue haleine sur la cartographie de ces grandes associations afin de mieux comprendre leur stratégie, pour mieux organiser et déployer notre implantation syndicale. On dénombre dans notre Union Fédérale un nombre croissant d'associations ou de fondations de grande taille (72 environ), de par leur rayonnement géographique, leur nombre d'usagers pris en charge ou leur nombre de salarié.e.s depuis ces dernières années. Pour rester en lien avec ces grandes associations et favoriser la diffusion de nos informations notre union a mis en place des réunions de DSC.

Création de Coordination Syndicale CGT d'établissements et de services : Des Coordinations Syndicales se sont créées ces dernières années dans de grandes associations : APF, Fondation d'Auteuil (Orphelins Apprentis d'Auteuil), ANAIS, Armée du Salut, APAJH gestion nationale, la Fondation Léopold Bellan (qui réunit en son sein à la fois des établissements du secteur social et médico-social - CCNT 66, du secteur sanitaire – CCN 51, mais aussi de la Branche Aide à Domicile).

L'Amélioration de notre qualité de vie syndicale passe par une régularité de nos réunions, de la collecte et de versement des cotisations à Cogétise, de se doter d'un.e secrétaire à l'organisation, d'un.e responsable à la politique financière; de tenir des assemblées générales ou des congrès du syndicat ; de former les syndiqué.e.s ; par la création de modules de formation spécifiques à l'action sociale « Connaissance, enjeux et mutations du secteur social et médico-social : analyses et propositions de la CGT »





Prévoyance

Santé

Épargne



CHORUM, la seule mutuelle 100% dédiée aux acteurs de l'économie sociale et solidaire

CHORUM accompagne et protège les salariés de l'ESS à travers une offre **prévoyance, santé, épargne et ingénierie sociale**.

CHORUM s'engage pour la qualité de vie au travail de ses adhérents et assurés. Comment ? En mettant à leur disposition une **équipe d'experts** en prévention santé au travail et un **service d'accompagnement social** dédié.



www.chorum.fr

*Premier service
d'accompagnement social*

chorum-facilit.fr

*Le centre de ressources et d'action
pour l'emploi de qualité*

chorum-cides.fr

LA CCUE-CGT : ÉCRIVONS NOTRE AVENIR !

Ces dernières années ont été marquées par les attaques contre toutes les conventions collectives du secteur sanitaire, social et médico-social associatif ou lucratif.

Les employeurs n'ont qu'une seule ambition : la baisse du coût du travail ! Pour y arriver, ils cassent nos salaires et nos qualifications, ils développent l'individualisation, ils saccagent nos conditions de travail.

Nous avons vu se mettre en place une CCU au rabais pour les salarié.e.s du secteur lucratif et pour celles et ceux de l'aide à domicile. En parallèle, les attaques ont été perpétuées par la dénonciation et la révision de plusieurs conventions comme la CCNT 51, un projet de dénonciation de la CCNT 66, la remise en cause massive des droits dans les établissements et les services. Dans notre secteur, plus de 250 000 salarié.e.s restent sans convention collective.

L'offensive gouvernementale avec la casse du Code du travail qui a comme point de mire l'inversion de la hiérarchie des normes d'une part, et l'offensive patronale avec son lot de manœuvres de recompositions des fédérations d'employeurs d'autre part, sont les fruits de choix politiques coordonnés et durables contre les droits des salarié.e.s.

Nous disons STOP ! L'heure est à la contre-offensive d'ampleur.

La perspective de défense et d'amélioration des Conventions collectives ne suffit plus. Il nous faut un projet revendicatif de combat autour duquel nous pourrions développer les mobilisations nécessaires.

Notre projet de CCUE-CGT concentre les revendications des salarié.e.s et répond aux besoins de l'ensemble de notre champ. Il devient un outil d'une actualité brûlante. Il est le projet alternatif à celui des patrons pour rassembler tou.te.s les salarié.e.s du sanitaire, du social et du médico-social dans un même combat plus que jamais indispensable.

Construisons ensemble la CCUE de tou.te.s les salarié.e.s

Lors de nos congrès de l'UFAS et de l'UFSP de mars 2017, nous entreprendrons un travail d'actualisation et d'amélioration du texte CCUE CGT de 2008 ; bien évidemment, ce sera une étape nécessaire, mais pas suffisante.

Nous vous proposons de partager une grande ambition, une démarche nouvelle de travail pour que cette CCUE présentée par la CGT devienne celle de tou.te.s les salarié.e.s. Au lendemain de nos congrès, ce sera au tour des syndicats, des syndiqué.e.s de s'emparer de cet outil pour continuer à l'élaborer.

Un projet construit en proximité

Discuter de ce projet, le confronter aux besoins réels des salarié.e.s, organiser des réunions dans les régions, les départements... Notre objectif est que ce texte devienne une référence commune et que tou.te.s se l'approprient.

À cet effet nous proposons qu'une Conférence Nationale soit réunie quelques mois après nos congrès pour parfaire ce travail (date et forme restant à déterminer avec notre Fédération). **Nous pourrions ainsi finaliser et valider le texte de la CCUE-CGT de tout notre champ.**

NON, nous ne lâcherons rien. Face aux attaques contre les garanties collectives, contre les métiers du secteur, nous voulons défendre nos acquis et porter encore plus fort nos revendications. La défense et l'amélioration de nos conventions collectives riment avec la revendication d'avancées significatives.

OUI, la CCUE-CGT par son contenu et sa démarche va servir de contre-projet alternatif global face à celui des employeurs.

OUI, la CCUE-CGT grâce à ses repères revendicatifs spécifiques à notre secteur sera avant tout un outil au quotidien pour les militant.e.s et élu.e.s CGT des IRP.

OUI, la CCUE-CGT est l'un des volets stratégiques de notre bataille pour la conquête d'un grand service public de la santé et de l'action sociale, pour la reconquête d'une Sécurité Sociale prenant en charge à 100% l'ensemble des soins, garantissant un accès pour tou.te.s à la Santé (au sens de la définition de l'OMS), pour une prise en charge digne et réelle des personnes âgées.

Il appartient donc à chacun.e d'entre nous de s'emparer de cet enjeu, de le faire vivre et d'alimenter ce travail, cette démarche ouverte, pour qu'à l'issue de notre prochaine Conférence Nationale, nous ayons tou.te.s ensemble construit la CCUE-CGT d'aujourd'hui, outil indispensable et ambitieux !

UN GRAND SERVICE PUBLIC DE SANTÉ ET D'ACTION SOCIALE

Histoire de nos secteurs

L'histoire de la prise en charge sanitaire remonte aux III^e et IV^e siècles. À l'origine des établissements de santé, les maisons d'hospitalité étaient destinées à accueillir les malheureux, les pèlerins malades ou blessés : l'empreinte religieuse était alors indéniable. En ce qui concerne le secteur social, ce n'est que plus tard, fin du XIX^e siècle qu'il apparaît en tant que tel pour pallier la précarisation grandissante et la rupture des liens collectifs traditionnels.

Depuis, la législation a fait évoluer ces deux secteurs d'activité. Dans le sanitaire, ce n'est qu'à la moitié du XIX^e siècle que la mission médicale de l'hôpital est renforcée, parallèlement les cliniques privées sont créées et sont en expansion à la création de l'assurance maladie en 1945. Le secteur social est quant à lui dévolu aux associations et fondations qui, malgré des financements publics, pallient le désengagement de l'Etat en la matière.

Dans les années 1980, les gouvernements qui se sont succédés ont surfé sur cette vague libérale qui consiste à réduire les coûts liés à la prise en charge des usagers. En outre, sous la pression du patronat, les gouvernements successifs ont œuvré pour « maîtriser les dépenses de l'assurance maladie » et ont rogné chaque année un peu plus sur les budgets.

Au début des années 1990, une mutation importante s'est opérée, partant d'un constat de cloisonnement entre ville et hôpital / hôpital et médico-social. De fortes inégalités territoriales sont alors justement mises en exergue mais les solutions gouvernementales pour y remédier (s'inspirant des orientations patronales) sont insuffisantes et inefficaces, et créent davantage d'inégalités.

À partir de 1996, la loi de financement de la Sécurité Sociale vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Les ARH sont créées par les « ordonnances Juppé » en avril de la même année, mais la répartition de l'offre ne concerne alors que le sanitaire et laisse sur le banc de touche le médico-social. Juguler le déficit de l'Assurance Maladie et des dépenses de santé reste un leitmotiv... Les procédures de certification et la « modernisation de la gestion hospitalière » par le développement de procédés contractuels se développent. L'obligation faite aux établissements de coopérer entre eux apparaît également à cette époque.

En 2009, la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) affiche la volonté de décloisonner le public et le privé ! En même temps, elle crée les ARS (Agences Régionales de Santé). Celles-ci concentrent les pouvoirs en termes d'organisation territoriale de l'offre de soins et développent dans leur projet régional de santé un Schéma Régional de l'Offre Médico-sociale, sans que cela ne doive porter préjudice aux compétences des Conseils Généraux.

C'est également à cette période que les rapprochements d'associations du secteur social sont encouragés, que les grands groupes de la santé privée se développent à l'échelle nationale et supra nationale... la concurrence entre établissements est affichée, encouragée, assumée.

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Le 28 avril 2016 a été publié au JO le décret concernant les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire), issu de la loi santé. L'obligation d'adhérer à un GHT pour chaque établissement sanitaire modifie radicalement le pilotage des activités de soins.

Dans le secteur privé lucratif, les petites structures gérées par des médecins sont de plus en plus rares. Désormais, l'offre de soins lucrative est gérée par de grands groupes, souvent côtés en bourse, parfois gérés par des fonds de pension. Quoi qu'il en soit, c'est la rentabilisation à outrance qui est le leitmotiv de ces entreprises de santé. Les salarié.e.s en font les frais et sont pressé.e.s au maximum, le « lean management » est devenu monnaie courante (méthode de management qui vise l'amélioration des performances de l'entreprise par le développement de tous les employés).

Certaines entreprises, tellement calquées sur un modèle ultra libéral, et dirigées par un patronat décomplexé grâce aux lois Rebsamen, Macron, El Khomri, etc., vont mettre leurs salarié.e.s à la rude épreuve de la concurrence : les meilleur.e.s seront alors récompensé.e.s !

Par le prisme des patient.e.s, ici perçu.e.s comme des client.e.s, la situation n'est pas meilleure : les dépassements d'honoraires effectués dans ce secteur sont quasi systématiques et renforcent indéniablement le principe d'un système de santé à deux vitesses. Parfois même lorsque seule l'offre de soins privée est présente sur le territoire.

En ce qui concerne l'action sociale, le modèle humaniste et solidaire à l'origine de la création de ce secteur se voit aujourd'hui appliquer les mêmes politiques que dans le sanitaire lucratif... La tendance continue à s'orienter vers sa marchandisation.

Dans un premier temps, et ce depuis quelques années, c'est la mise en œuvre de l'injonction de la part des pouvoirs publics de passer de plus de 30 000 budgets à 3 000 budgets qui s'opère. Les contraintes économiques et budgétaires (réduction des dépenses publiques) dictant et conduisant ainsi de fait les associations à se regrouper sous différentes formes juridiques : fusion-crédation, fusion absorption, GCSMS, GIE, GIP...

Sur l'ensemble du territoire, les ARS ont impulsé cette volonté gouvernementale et incitent les associations d'un même secteur (médico-social) et/ou s'adressant à un même public (personnes handicapées) à se regrouper. Pour la CGT, l'enjeu majeur réside dans la réponse aux besoins des publics bénéficiaires. Ces derniers doivent pouvoir évoluer dans un cadre assurant la proximité, la diversité des réponses offertes, l'égalité et la qualité de prise en charge éducative, sociale et médico-sociale.

Dans un second temps, sur le modèle du sanitaire lucratif, l'action sociale s'ouvre de plus en plus à la privatisation : les systèmes de financement tels qu'ils existent ne suffisent plus et le secteur s'ouvre à des financements « alternatifs ». C'est ainsi qu'en mars dernier, un appel à projet lancé par la secrétaire d'état chargée de l'économie sociale et solidaire, vient proposer d'instaurer des « contrats à impact social ». Ils auraient recours à des « social impact bonds », un nouvel outil pour financer les projets sociaux. Clairement, ces « contrats à impact social » s'apparentent dans leur logique à des PPP. Sur la forme, il y aura des titres émis, la finalité étant de permettre aux investisseurs privés de générer des bénéfices sur le dos de l'action sociale.

Parallèlement, le système de gouvernance des établissements de l'action sociale pose question. En effet, la grande majorité de l'offre est assurée par des associations ou fondations qui pallient le désengagement de l'Etat, fonctionnant à partir de fonds publics. Mais ici, ces fonds publics sont gérés par des conseils d'administration – parfois factices, fantômes, voire pire... Ceux-ci sont parfois (souvent ?) composés de membres qui ne sont pas issus du secteur, qui ne connaissent pas bien ses missions, parfois même qui ne connaissent pas le public accueilli. Comment peuvent-ils alors prendre toutes les décisions fonctionnelles, organisationnelles, budgétaires, stratégiques de ce qu'ils considèrent comme des entreprises ? Ainsi, nous constatons dans certains établissements des dérives managériales importantes.

Enfin, les termes contenus dans la circulaire du 22 avril 2016 sont on ne peut plus clairs en matière d'orientations budgétaires...

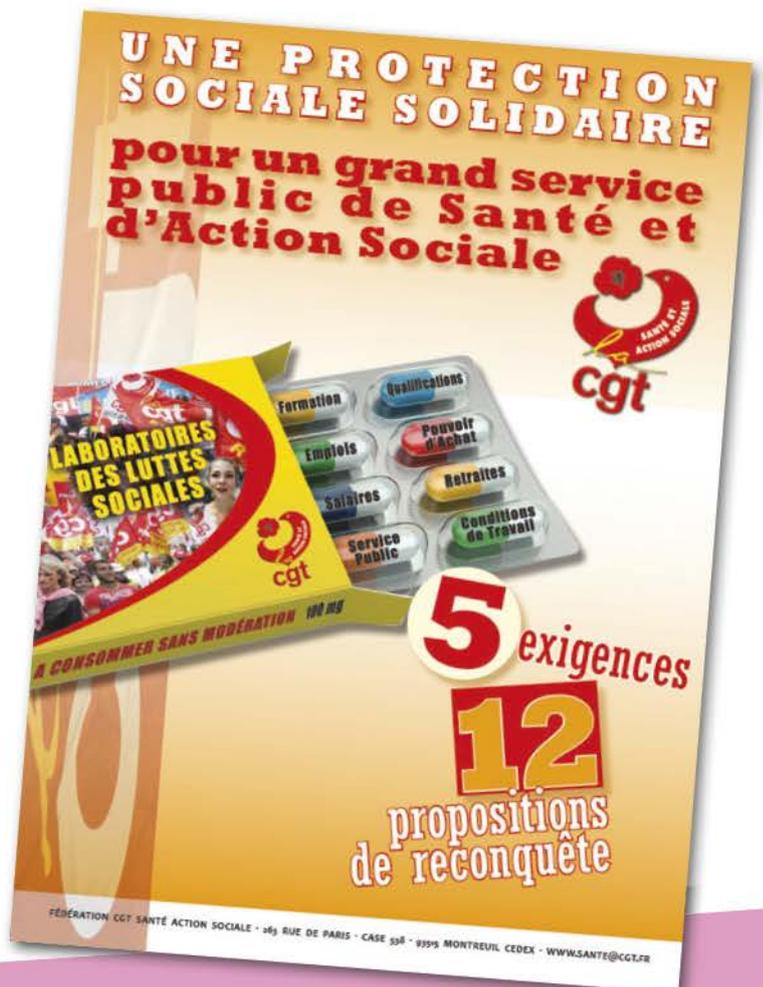
En ce qui concerne les établissements pour personnes handicapées, la généralisation des CPOM doit s'opérer sur les 6 années à venir. Pour les établissements qui accueillent des personnes âgées, la généralisation des CPOM est prévue pour janvier 2017 ! La tendance est à la baisse des CNR, pour laisser place au modèle de financement par CPOM. Les salarié.e.s sont engagé.e.s malgré eux dans cette mise en œuvre... avec des conséquences sur les pratiques professionnelles, sur les conditions de travail, etc.

En outre, les questions salariales sont au point mort...

Parallèlement, à cette recomposition de la cartographie du secteur et aux changements dans le modèle de financement de nos établissements, les garanties collectives sont également attaquées de plein fouet. Après la dénonciation de la CCNT 51 en décembre 2012, la CCNT 66 va certainement être mise à rude épreuve parce que les employeurs entendent « s'engager dans la construction d'un environnement conventionnel commun, seul à même de structurer le champ social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif en une branche professionnelle reconnue ».

Un grand service public de santé et d'action sociale...

Forte de ce constat, la CGT formule des propositions concrètes. Elle pose ainsi cinq exigences et présente douze propositions pour la santé et le social. Celles-ci ont fait l'objet d'une publication spécifique, mais nous pensons utile et constructif de les reprendre ici, en guise de support à nos débats de congrès UFAS et UFSP.



5

Les 5 exigences

1. Il faut un nouveau cadre législatif, remplaçant les lois de reculs sociaux des 30 dernières années, pour instaurer la priorité au service public. Il s'agit d'en finir avec le contenu des lois Juppé, Douste Blazy, Matteï, Bachelot. Il faut changer les ARS, le vote du budget de la Sécurité Sociale par le Parlement, la Haute Autorité de Santé, le financement par la T2A et l'EPRD, etc. Il est indispensable d'injecter et de développer de la démocratie à tous les niveaux du secteur sanitaire et social. Il faut le retour aux élections pour les conseils d'administration de la Sécurité Sociale, des instances délibératives dans les établissements, un contrôle démocratique départemental, régional et national.

2. Il faut faire des dépenses de protection sociale une priorité nationale en stoppant la pression idéologique de leur diminution « indispensable » et en prônant au contraire qu'il est légitime que ces dépenses augmentent régulièrement pour un développement humain durable.

3. Il y a urgence à articuler les différents niveaux de réponses aux besoins sanitaires et sociaux de la population plutôt que de les mettre en concurrence. Un service public ambulatoire de proximité est indispensable. Les centres de santé publics ou associatifs sont des structures de soins de proximité qui doivent avoir un rôle pivot dans ce dispositif, avec les missions suivantes : assurer la continuité des soins et faciliter l'accès aux soins sur le territoire de santé, y compris auprès des spécialistes ; assurer une coordination des professionnels, notamment entre la ville et l'hôpital, autour du patient ; s'acquitter de missions de prévention et d'éducation pour la santé ; évaluer les besoins de santé et avoir une position d'expertise pour les décideurs, les élu.e.s et l'Assurance Maladie pour les réponses locales à y apporter ; coordonner et garantir la permanence des soins impliquant les professionnels libéraux de proximité.

4. Sortir du Tout paiement à l'acte. Le mode de participation doit être celui de la contractualisation. Pour les médecins hospitaliers, cette participation peut rentrer dans le cadre de leur statut. Pour les actuels

libéraux, la rémunération pourrait correspondre, soit à un temps partiel salarié, soit à un autre mode de rémunération sous forme d'honoraires, correspondant à une prestation forfaitaire par exemple. Toute forme de rémunération à l'acte est exclue dans ce cadre. En effet, il ne s'agit pas d'être en concurrence avec le secteur libéral qui doit être partie prenante des centres de santé, mais de prendre en compte des pratiques ou des missions de santé que les médecins ou les autres professionnels de santé ne peuvent actuellement réaliser dans le cadre du paiement à l'acte. La formation et la reconnaissance des qualifications des professionnel.le.s doivent enfin être une priorité et se traduire concrètement dans les niveaux de rémunérations proposés.

5. Le système sanitaire, médico-social et social doit être à même de répondre à l'ensemble des besoins de santé des populations dans le sens de la charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui définit la santé comme « une ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci ». Par milieu, il faut comprendre l'environnement familial, social et de travail. Ce dernier est un élément fondamental de la construction identitaire de l'individu. Il est structurant en matière de santé publique. L'accès à la santé est un droit pour chaque individu dans notre société. Au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie, etc., bref à tout ce qui est nécessaire pour vivre et se développer. Mais c'est aussi un devoir pour tous que de l'assurer à tous. Et puisque c'est à la Nation toute entière d'assurer cet accès à la santé, c'est à son émanation démocratique, l'État, qu'il revient de garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine, l'accès à des soins de qualité. Cela ne peut se faire que dans le cadre de la solidarité nationale qui est le socle fondamental de la Sécurité Sociale, en particulier de l'Assurance Maladie, telles qu'elles ont été conçues à la Libération sur la base du programme du Conseil National de la Résistance et, au-delà, qui est le ciment du Pacte social.

12

Les 12 propositions

1. Nous maintenons donc notre revendication d'une organisation de la démocratie au niveau des territoires.

Nous avançons notre revendication d'une organisation de la démocratie sanitaire au niveau des territoires. Pour cette raison, nous ne pouvons accepter les ARS dans leur forme actuelle avec leurs délégations territoriales, et nous demandons à ce que soient rétablies les anciennes structures, comme les DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale) et les DRASS (Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale), dont la pertinence d'existence conserve une actualité. En effet, seules des structures déconcentrées de l'État couvrant l'ensemble du champ de la santé et de l'action sociale ont leur pertinence, sous le contrôle d'un véritable ministère de la santé et de l'action sociale de plein droit. La multiplication des structures de type « agence », avec des personnels aux statuts différents, participe au démantèlement des administrations d'État dans le cadre de la RGPP. Seule une administration avec des personnels sous statut de fonctionnaires peut assurer une gestion efficace et indépendante face aux différents lobbies extérieurs. Pour prendre à bras le corps le problème de démocratie, nous proposons la mise en place de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élu.e.s, des représentant.e.s locaux des professionnels et organisations syndicales de salarié.e.s, des associations de patient.e.s, les organismes de Sécurité Sociale et les services déconcentrés de l'État. Ces structures doivent se décliner au niveau départemental et régional. Une structure nationale aura un pouvoir de contrôle sur l'activité de ces chambres pour permettre l'harmonisation de l'organisation du système de santé sur l'ensemble du pays. Ces structures auraient pour mission d'organiser l'ensemble du dispositif sanitaire au sein des territoires, réunissant les structures médico-sociales, les soins de santé primaire, l'hospitalisation, ainsi que la santé au travail, en y intégrant, à tous les niveaux, la prévention aujourd'hui isolée et donc embryonnaire. Les missions qui incomberont aux chambres régionales seront notamment la planification et la régulation de la formation et de l'installation des professionnels, l'évaluation des besoins en structures et équipements sanitaires ainsi que des politiques de santé et des programmes de santé publique.

2. Nous proposons la mise en place d'un « grand service public de la santé et de l'action sociale » regroupant toutes les structures, avec des personnels œuvrant à la réponse des besoins, au sens de la définition globale de l'OMS.

3. Nous proposons d'étudier la piste d'une rémunération contractualisée des établissements et activités, sur la base d'objectifs de santé publique et non plus d'objectifs financiers.

Il convient de revenir à la notion de budget prévisionnel. Alors que les exonérations de cotisations sociales pleuvent sur les entreprises, les hôpitaux sont, eux, lourdement ponctionnés. La taxe sur les salaires frôle aujourd'hui les 3 milliards d'euros. Par ailleurs, alors que de nombreuses entreprises bénéficient d'exonérations sur la TVA, les hôpitaux paient plein pot sur leurs investissements. Est-il logique que l'État récupère sur la Sécurité Sociale des taxes dont les entreprises privées sont exonérées ? Nous demandons leur suppression pour les hôpitaux publics. L'hôpital public n'est pas une entreprise, le médicament ne doit pas être considéré comme un simple bien de consommation ou une marchandise. Les règles fiscales se doivent d'être différenciées. Cela vaut pour les profits mais aussi pour la T.V.A qui, aujourd'hui, est la même pour le médicament que pour le... caviar !...

4. La formation des professionnel.le.s : comme le préconise l'OMS, il nous semble évident que « pour travailler ensemble, les professionnels de santé doivent bénéficier de bases de formation communes ». Dans le cadre du concept d'Université de santé (toujours en référence à la définition de l'OMS) que nous avançons, il peut apparaître pertinent de regrouper l'ensemble des formations qualifiantes et de maîtrise en alternance des secteurs de la santé et de l'action sociale, afin de pouvoir réfléchir à la reconnaissance de l'ensemble des formations aux métiers dans le dispositif universitaire LMD. Ce rapprochement permettrait, par ailleurs, la mise en place de passerelles au niveau des différents métiers, tant en formation initiale qu'en formation continue, y compris dans le cadre des dispositifs de VAE. En ce qui concerne la recherche, tant fondamentale que clinique, nous proposons qu'une structure nationale de santé publique, associant les pouvoirs publics, les représentants des chercheurs et des cliniciens, les associations de patient.e.s et des parlementaires soit chargée de définir les priorités de recherche et de contrôler les relations entre la recherche publique et l'industrie.

5. Pour les médicaments : il faut réfléchir à se doter d'une agence européenne de coordination

qui aurait les moyens de contrebalancer les stratégies de lobbying de l'industrie pharmaceutique. Au niveau financier, nous proposons plusieurs mesures. D'une part, la fixation du prix des médicaments doit prendre en compte les dépenses de recherche qui ont permis sa mise au point, mais également ses coûts de fabrication en rapport avec son volume de production. D'autre part, la taxation des bénéfices des entreprises doit être fortement dissuasive pour diriger les marges vers l'investissement pour la recherche. En effet, les niveaux actuels de rentabilité des laboratoires pharmaceutiques s'apparentent à un pillage des ressources de la Sécurité Sociale.

6. Il convient d'instaurer des instances délibérantes dans nos établissements de santé, et de donner de réels pouvoirs et prérogatives aux CTE (Comité Technique d'Etablissement) et CME (Commission Médicale d'Etablissement), notamment dans des cadres de consultations obligatoires, et pour toute information y afférentes. Enfin, il convient que toute délibération se fasse en connaissance des positionnements de ces dernières.

7. Les établissements surendettés doivent bénéficier d'une aide financière pour sortir de la pression des banques.

L'argent de la Sécurité Sociale ne doit pas assurer les profits bancaires. Nous proposons de renégocier ces emprunts et non pas, comme vient de le proposer le gouvernement, d'attribuer une enveloppe prise sur le budget de la Sécurité Sociale pour payer les banques. Il n'est pas acceptable de continuer à payer des taux qui frôlent les 15 % pour abonder les bénéfices de ces dernières. Certains doivent être recapitalisés et les emprunts transférés auprès d'un organisme de financement public adossé à la Caisse des dépôts. Cette revendication n'est pas irréaliste, elle correspond juste à renouer avec une maîtrise par l'État de ses investissements, comme cela se faisait il y a 25 ans.

8. Le dispositif de santé au travail doit être totalement revu dans son organisation, ses finalités, son fonctionnement.

Il doit être indépendant du patronat et des employeurs, il doit avoir comme mission de traiter du travail et des impacts sur les salarié.e.s. Voici donc quelques propositions qui montrent que l'argent existe et que la saignée que le gouvernement veut imposer à l'hôpital relève bien d'un choix politique : il s'agit de faire basculer la partie rentable de notre système de santé vers le secteur marchand et de réserver la Sécurité Sociale et l'hôpital à la charité publique.

Au niveau du financement de la Sécurité Sociale :

9. Une « double modulation » des cotisations sociales « patronales ».

En modifiant les coûts relatifs du facteur travail et du facteur capital, cette proposition serait un levier puissant pour le développement de l'emploi, et contribuerait ainsi à augmenter la croissance potentielle à long terme de l'économie. Le principe vise, dans une branche donnée, à faire moins cotiser les entreprises dont la masse salariale augmente et inversement.

10. La remise en cause des exonérations de cotisations patronales

qui ont connu une croissance exponentielle depuis les années 1990 et représentent aujourd'hui plus de 30 milliards d'euros par an. L'institution d'un fonds de garantie des entreprises, afin de rembourser les impayés de cotisations qui occasionnent, chaque année, une perte de recettes pour le régime général, de l'ordre de 2 milliards d'euros.

11. La création d'une contribution sociale assise sur les revenus financiers des entreprises

qui pourrait également inciter ces dernières à développer leurs investissements productifs, matériels comme immatériels (dépenses de formation en particulier).

12. La soumission à cotisations sociales dans les conditions de droit commun des revenus issus de l'intéressement, de la participation et des plans d'épargne d'entreprise (PEE).

Depuis le début des années 2000, les sommes attribuées au titre de l'intéressement de la participation et de l'épargne salariale ont crû en moyenne de 8 %, quand celle de la masse salariale était au plus trois fois moindre.

Une conclusion, en guise de perspectives !

Nous ne voulons pas écrire ici une conclusion figée. Ces propositions communes à nos congrès UFAS et UFSP ont été vues et réfléchies comme un outil, elles doivent continuer à être débattues et enrichies au sein des syndicats : donner la parole aux syndiqué.e.s, aux salarié.e.s pour construire le rapport nécessaire à la défense de notre projet, est une étape démocratique incontournable de notre démarche.

Cette démarche est par ailleurs indissociable des alternatives de la CGT en matière de système de santé. Le livret confédéral de mars 2012 déclinant ces propositions est plus que jamais d'actualité. Le système de santé y est décrit dans le sens de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la santé : « ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci ». Il y est décrit une organisation de la santé en réseau et des propositions pour un financement solidaire et pérenne de la Sécurité sociale.

DROITS SYNDICAUX

L'inflation législative à l'œuvre ces dernières années (loi Rebsamen, loi El Khomri...) nécessite de faire un rappel synthétique mais précis de nos droits syndicaux, en lien avec nos revendications.

Ce document doit nous permettre d'utiliser au mieux nos droits syndicaux, mais également de porter nos revendications, encore et toujours, là où nous le pourrons.

Cette question de la défense et du renforcement de nos droits syndicaux est primordiale pour un engagement et une action syndicale au plus près des difficultés et des attentes des professionnel.le.s de notre secteur d'activité.

ÉTAT DES LIEUX

Loi REBSAMEN relative au dialogue social et à l'emploi du 17/08/2015

- **Création d'une commission paritaire interprofessionnelle régionale (Art. 1)**
 - ✓ Représentation des salarié.e.s dans les entreprises de moins de 11 salarié.e.s
 - ✓ Commission composée de 20 membres salarié.e.s (protégé.e.s et élu.e.s pour 4 ans) et employeurs désignés par les organisations syndicales (L 2122-10-1, L 2122-6)
- **Parcours professionnels des élu.e.s et titulaires d'un mandat syndical (Art. 2 et suivants) :**
 - ✓ Négociation d'un accord pour déterminer les mesures à mettre en œuvre pour concilier vie professionnelle, vie personnelle et fonctions syndicales et électives.
 - ✓ Entretien de début de mandat avec l'employeur et entretien professionnel en fin de mandat (recensement des compétences acquises au cours du mandat et mise en place des modalités de valorisation de l'expérience acquise si le titulaire du mandat a bénéficié d'au moins 30 % de la durée du travail en heures de délégation).
- **Egalité d'accès des représentant.e.s du personnel et des délégué.e.s syndicaux (Art. 5 et suivants) :**
 - ✓ Liste de compétences établie par le ministère du Travail correspondant à l'exercice d'un mandat de représentant.e du personnel ou d'un mandat syndical (L 6112-4)
 - ✓ Certification enregistrée après avis de la Commission nationale de certification professionnelle
 - ✓ Permet l'obtention de dispenses dans le cadre de la VAE ou l'obtention d'une autre certification.
- **Garantie d'évolution de la rémunération des salarié.e.s protégé.e.s disposant d'au moins 30 % d'heures de délégation (Art. 6) (Art. L 2411-1, L 2142-1-1 et L 2411-2)**
 - ✓ Cette évolution doit être au moins égale aux augmentations générales à catégorie professionnelle et ancienneté comparables aux autres salarié.e.s).
- **Représentation équilibrée des femmes et des hommes aux élections DP, CE et CPH (titulaires et suppléants) (Art. 7 et 8)**
- **Réunion Délégué.e Syndical.e (Art.9)**
 - ✓ Possibilité d'utiliser des heures de délégation (hormis celles prévues par l'Art. L 2143-16) pour participer à des réunions ou à des négociations à un autre niveau que celui de l'entreprise.
- **Délégation unique du personnel (Art. 13) :**
 - ✓ Le seuil pour mise en place d'une DUP passe de 200 à 300 salarié.e.s (décision unilatérale de l'employeur après consultation DP, CE, CHSCT).
 - ✓ Possibilité de regrouper DE, CE, CHSCT par accord des IRP dans les entreprises de moins de 300 salarié.e.s (Art. 14).
- **CHSCT (Art. 16)**
 - ✓ Mise en place d'au moins 1 CHSCT quand l'entreprise est constituée d'établissements de moins de 50 salarié.e.s.
- **Visioconférence et CE (Art. 17) :**
 - ✓ Possible par accord entre les membres du CE et l'employeur.
- **Réunions communes des IRP (Art. 17) :**
 - ✓ Possible ponctuellement sur décision de l'employeur.
- **Consultation du CE (Art. 18)**
 - ✓ Mise en place d'une BDUE (base de données économiques et sociales)
 - ✓ Le CE est consulté chaque année sur les orientations stratégiques, la situation économique et financière, la politique sociale et les conditions de travail et d'emploi.
- **NAO (Art. 19) :**
 - ✓ Consultation chaque année sur la rémunération, le temps de travail, l'égalité femmes/hommes, la prévention de la pénibilité et le contrat de génération.
 - ✓ Dans les entreprises d'au moins 300 salarié.e.s, négociation tous les 3 ans sur la gestion des emplois et des parcours professionnels.
- **Négociation des accords collectifs de travail (Art. 21) :**
 - ✓ Suppression du seuil de 200 salarié.e.s.
 - ✓ Accord possible avec élu.e.s CE, DP ou DUP et approuvé par la majorité des suffrages exprimés par les salarié.e.s.

LOI TRAVAIL du 10 août 2016

- **Moyens syndicaux** : Articles L 2142-1-3, L 2143-13 et s., L2315-1, L 2325-6, L 2326-6, L 2393-3, L 4614-3.
- **Augmentation de 20 % des crédits d'heures légaux des délégué.e.s syndicaux et des RSS.**
- **Couverture AT/MP aux délégué.e.s syndicaux qui participent à des négociations dans l'entreprise ou la branche.**
- **Budget de fonctionnement du CE peut servir à financer la formation des DP et des DS (L 2325-43, L 2212-1 et 2)**
- **Accès des syndicats à l'intranet de l'entreprise (L 2142-6)**

NOS REVENDICATIONS (Proposition CGT CCUE)

- **Un local aménagé par OS dans chaque établissement ou entreprise quel que soit le nombre de salarié.e.s.**
- **1 heure par mois pour information syndicale aux salarié.e.s pendant le temps de travail.**
- **Un panneau d'affichage par organisation syndicale.**
- **Distribution libre des tracts au sein de l'établissement.**
- **Collecte des cotisations dans l'enceinte de l'établissement et sur les lieux de travail.**
- **Frais de déplacement des élu.e.s DP, CE, CHSCT, CCE, DS, DSC pris en charge sur convocation de l'employeur. Si réunion un jour de repos, le RH est récupéré + une 1/2 journée de repos. Supplémentaire + 2 jours de repos en plus si convocation employeur pendant les congés annuels.**
- **20 heures de délégation supplémentaires mensuelles pour les membres du CCE et RS au CCE.**
- **2 DS à compter de 250 salarié.e.s.**
- **Crédit d'heures des DS (mensuel) :**
 - ✓ 10 heures de 2 à 20 salarié.e.s,
 - ✓ 20 heures de 21 à 70 salarié.e.s,
 - ✓ 30 heures de 71 à 150 salarié.e.s,
 - ✓ 40 heures de 151 à 500 salarié.e.s,
 - ✓ 50 heures au-delà.
- **Crédit d'heures DSC (mensuel) : 80 heures jusque 500 salarié.e.s, 100 heures au-delà.**
- **Crédit d'heures de délégation global selon l'effectif de l'établissement entre organisation syndicale.**
- **Représentant syndical au CE et au CHSCT : 1 RS jusque 250 salarié.e.s (et 1 supplémentaire par tranche de 250) qui bénéficient du même nombre d'heures de délégation que les élus.**
- **Présence des représentants syndicaux dans les conseils d'administration avec voix délibérative.**
- **Absences pour raisons syndicales :**
 - ✓ Congrès : 2 semaines par an.
- ✓ Réunions locales, départementales, régionales et nationales : 30 jours par an.
- ✓ Formation économique, sociale et syndicale : maintien de la rémunération par l'employeur, y compris les cotisations sociales.
- ✓ Formation CHSCT : 10 jours par an et par membre, pris en charge par l'employeur.
- **Droits syndicaux liés au paritarisme : Le paritarisme, qui est la règle pour les négociations de conventions collectives ou de « branche » ne peut réellement exister que si les moyens sont alloués à son fonctionnement. Cela suppose le financement « au réel » pour permettre les déplacements des négociateurs-trices aux instances paritaires, ainsi que l'octroi de temps pour la préparation des dossiers à l'ordre du jour. La CGT revendique donc le financement réel et complet des frais liés au paritarisme ainsi que le temps nécessaire alloué aux négociateurs-trices ou mandaté.e.s syndicaux pour étudier les dossiers, préparer les réunions, se déplacer et assister aux réunions paritaires.**

“

Un tableau récapitulatif des droits syndicaux dans nos conventions collectives est en cours de réalisation. Il fera partie du matériel mis à disposition dans les mallettes pour les congressistes.

”

LUTTES ET CRIMINALISATION DE L'ACTION SYNDICALE

Face aux politiques d'austérité de ces dernières années, menées par des gouvernements de tous bords, l'avalanche des lois régressives violentes qui mettent à mal le monde du travail induit une répression syndicale jamais atteinte depuis de nombreuses années. De la répression à la criminalisation de l'action militante, les atteintes aux droits et libertés s'intensifient, mettant en péril la démocratie.

La répression ouvre la voie à la régression : les libertés collectives, individuelles et syndicales concernent tous les salarié.e.s mais aussi l'ensemble de la population.

Pour preuve, c'est encore l'escalade dans les propos antisyndicaux, notamment envers la CGT. Les uns veulent « *supprimer le scandaleux monopole de la CGT* » tandis que les autres voient dans le référendum d'entreprise le moyen « *d'empêcher les syndicats de bloquer la situation du pays* » !

Le patronat, le gouvernement, mais aussi les institutions européennes créent les conditions d'un appauvrissement des garanties collectives. De plus, la dernière loi dite « Travail » s'attaque également aux avantages acquis individuels.

Pour ce faire, le patronat et l'État-employeur veulent empêcher l'expression de la démocratie sociale et des libertés syndicales.

La souffrance des salarié.e.s au travail est quotidienne, caractérisée par des pressions, intimidations, discriminations et une criminalisation de tout ordre de la part de leur employeur... Face à cette situation, la CGT ne laissera pas les salarié.e.s, syndiqué.e.s, élu.e.s et mandaté.e.s syndicaux subir cette répression, elle mettra toujours tout en œuvre pour défendre notamment les libertés, les droits et acquis individuels, les garanties collectives, les droits syndicaux...

Les salarié.e.s de la santé et de l'action sociale, du public, du privé lucratif ou associatif doivent s'organiser pour la défense de leurs intérêts individuels et collectifs, afin d'être plus efficaces dans les actions à mener.

La CGT est un outil au service des revendications des salarié.e.s, elle possède un rôle de vrai contre-pouvoir afin que chacun-e puisse prendre son destin en main, décider de son avenir. La défense des libertés syndicales est l'affaire de tou.te.s pour préserver et étendre l'ensemble des droits démocratiques et constitutionnels fondamentaux.

Notre organisation syndicale est indépendante du patronat et du gouvernement. Elle œuvre en permanence aux côtés des salarié.e.s dans les luttes. Celles-ci sont de plus en plus intenses et souvent gagnantes ces derniers mois, particulièrement dans le secteur lucratif de la santé privée (Polyclinique de Gascogne - Clinique d'Embats - 32, Clinique du pont de Chaume, Clinique Boyé - 82, Clinique St-Jean Languedoc - 31, Polyclinique de L'Ormeau - 65, EHPAD Terre-Nègre - 33) et dans le secteur de l'action sociale publique et privée (CEFP Vieux Collège - 87, ANRAS, IME de Moussaron - 32, Emmaüs - 75, APEAH - 03, ASE - 75...). Ces actions sont menées pour faire aboutir les revendications, conserver et gagner des droits nouveaux, de nouvelles garanties collectives et de nouveaux acquis sociaux

Devant le caractère insupportable et inacceptable de ces attaques aux droits fondamentaux, nous avons le devoir de construire ensemble la riposte :

- Créons les conditions de la mobilisation, afin de stopper ces politiques de destruction de la démocratie, des moyens et des outils syndicaux !
- Faisons converger nos revendications et coordonnons nos luttes !
- Rappelons et exigeons l'application des droits déjà existants pour lutter contre toutes les discriminations et criminalisations.

Nous exigeons notamment le respect et l'application de l'article 1132-1 et suivants du Code du travail, à savoir : « *Constitue une discrimination directe la situation dans laquelle, sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de la particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, de son patronyme, de son lieu de résidence, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une prétendue race ou une religion déterminée, une personne est traitée de manière moins favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne l'aura été dans une situation comparable.*

Constitue une discrimination indirecte une disposition, un critère ou une pratique neutre en apparence, mais susceptible d'entraîner, pour l'un des motifs mentionnés au premier alinéa, un désavantage particulier pour des personnes par rapport à d'autres personnes, à moins que cette disposition, ce critère ou cette pratique ne soit objectivement justifié par un but légitime et que les moyens pour réaliser ce but ne soient nécessaires et appropriés ».

Par conséquent, exigeons :

- Le respect de tout.e salarié.e, en tant qu'être humain, dans sa dignité et son intégrité physique et mentale...
- Une loi d'amnistie pour tout.e.s et les camarades militant.e.s qui ont été condamné.e.s dans l'exercice de leur activité syndicale et le retrait de la liste des délits susceptibles d'être inscrits au fichier des empreintes génétiques...
- La réouverture immédiate et l'extension des locaux syndicaux et des Bourses du Travail...
- Des moyens humains, matériels et financiers nécessaires pour que les organisations syndicales fonctionnent, en toute transparence, dans le respect des règles démocratiques...
- L'arrêt immédiat des réquisitions abusives et illégales des salarié.e.s, lors des mouvements de grève...
- Contre la discrimination à l'embauche, la mise en place dans les entreprises d'un registre des candidatures reçues pour les recrutements. Un référent sera chargé de recueillir les candidatures et de vérifier que les méthodes de recrutement ne soient pas discriminantes en les communiquant aux IRP. En outre, la notification de ses droits et des moyens de recours en cas de discrimination seront remis à chaque candidat à l'embauche.
- Contre la discrimination en emploi, les moyens d'un réel paritarisme. Exigeons d'avoir deux indicateurs de manière croisée, comme le niveau de qualification et le niveau de rémunération par tranche d'âge. Imposons l'application de la loi d'août 2014 sur l'égalité réelle entre les femmes et les hommes...

La CGT fera de la lutte contre toutes les formes de discrimination et de criminalisation une priorité Nationale pour toutes et tous !

La CGT est un syndicat de luttes ! Elle œuvrera, par tous les moyens, à la défense de tou.te.s les salarié.e.s et de leurs légitimes revendications.



Accompagner

les branches professionnelles pour créer
une **couverture sociale et solidaire** !



AGRICULTURE,
INDUSTRIES
& TRANSPORT

ÉCONOMIE SOCIALE,
MÉDICO-SOCIAL
& ENSEIGNEMENT

COMMERCE
& SERVICES

**Proposer aux
partenaires sociaux**
des garanties santé
et prévoyance de qualité

Innover
pour des actions
de solidarité et de prévention

Décrypter l'actualité
pour une information
simplifiée

3 grands secteurs
d'activité pour plus de proximité
70 branches suivies
40 accords Santé
63 accords Prévoyance

www.adeis-branches.fr

Suivez-nous sur Twitter
 @AdeisBranches



adéis
Le partenaire Protection Sociale
des branches professionnelles

PARTIE 1

UN SECTEUR EN PLEINE MUTATION

Depuis deux décennies, les politiques de santé des gouvernements successifs ont profondément transformé nos secteurs privés et publics, avec une accélération brutale ces dernières années.

Les différentes lois « Santé » continuent de déstructurer le service public au bénéfice d'entreprises ou de groupes privés de plus en plus puissants. Sans complexe, le gouvernement Hollande a poursuivi la politique menée par N. Sarkozy.

La logique économique et politique qui prévaut est celle de la réduction des coûts: la satisfaction des besoins de la population et l'égalité d'accès aux soins sont sacrifiées sur l'autel de la rentabilité.

Le secteur associatif, ou non lucratif, n'est pas non plus épargné par cette cure d'austérité : le gel des budgets incite les employeurs de ce secteur à gérer eux aussi leurs établissements comme des entreprises en taillant dans la masse salariale et en engageant des processus de restructuration et de concentration au détriment des salariés-e-s et usagers.

Ces politiques d'austérité affaiblissent d'abord le secteur public, géré comme une entreprise, en le contraignant à des restructurations brutales et à des économies drastiques : la politique « managériale » qui en découle entraîne souffrances des personnels et dégradation des soins.

Dans ce contexte, la part est belle pour le secteur marchand mieux armé pour prendre sa place dans ce « jeu concurrentiel ». L'émergence de grands groupes de santé avec son lot de fusions/absorptions et leur poids accru sur les ARS démontre que la santé est devenue une marchandise comme une autre.

Les profits de ces grands groupes augmentent sans cesse, les actionnaires se gavent et sous prétexte de « baisse tarifaire » imposent l'austérité à leurs salarié-e-s; non contents d'empocher le CICE, les exonérations sur les bas salaires etc., ils pleurent et revendiquent !

Leurs appétits sont insatiables !

Les conséquences sont dramatiques pour la santé des citoyen-ne-s. Pour les personnels, les effets sont catastrophiques: salaires gelés, réductions d'effectifs, dégradation des conditions de travail, déqualifications de nos emplois et la perte du sens de nos métiers.

Le nombre des arrêts maladie augmente, les invalidités explosent, les personnels découragés démissionnent, leur engagement professionnel est remis en question.

Le coût social est lourd pour notre société et les responsables se trouvent exemptés de rendre des comptes, confirmant l'axiome du libéralisme : « socialiser les pertes et privatiser les profits »

Ces transformations ne se font pas sans heurts ni résistances; les salarié-e-s oscillent souvent entre colère et résignation. Quand cette colère explose, nous assistons à des conflits d'une âpreté et d'une durée que nous n'avions plus connue depuis longtemps. Citons par exemple :

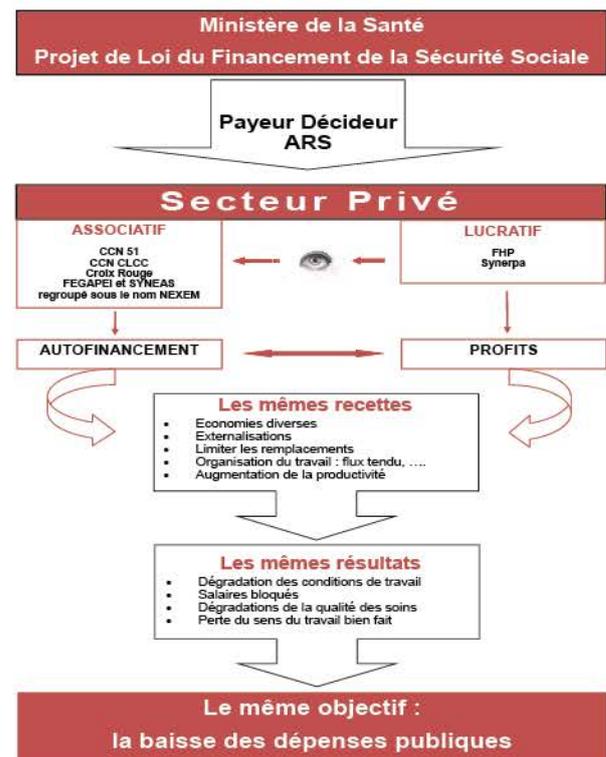
- > en 2015 le conflit à la clinique des grands Cèdres de Bordeaux (33), la clinique de Gascogne d'Auch (32), la clinique d'Embats (32), la clinique du Pont de Chaume à Montauban (82)
- > en 2016 la clinique Tertre rouge du Mans (72), la clinique de l'Europe à Rouen (76), l'EHPAD Terre Nègre de Bordeaux (33), les cliniques Groupe Bordeaux Nord, la clinique Saint-Jean de Languedoc de Toulouse (31), la clinique de l'Ormeau à Tarbes (65).

*L'heure n'est pas à la soumission
car les processus engagés ne s'arrêteront
pas si nous ne les stoppons pas !*

Les défis posés à notre organisation syndicale et aux salarié-e-s de ce pays sont à relever aujourd'hui. Nous devons nous questionner sur nos fonctionnements internes, sur la qualité de notre outil syndical CGT et sur notre capacité à offrir des perspectives aux salarié-e-s.

Comment redonner aux salarié.e.s l'envie de lutter, de penser « collectif » et de s'organiser pour gagner ?

Le congrès devra répondre à ces questions.



PARTIE 2

LA LOI « EL KHOMRI »

Les dangers de la Loi El Khomri, que les camarades ont très vite su appréhender, ont permis aux militant.e.s de la CGT de construire les mobilisations que l'on a connues entre mars 2016 et juillet 2016.

Dans le secteur de la Santé Privée, nous avons pu voir de nouveaux camarades se lancer dans la lutte, profitant de la mobilisation contre la loi « Travail » pour poser leurs propres revendications de salaires et conditions de travail.

Les salarié.e.s qui se sont mobilisé.e.s ont ainsi fait l'expérience que la mobilisation est indispensable pour la satisfaction des revendications.

Dans ce contexte, le passage en force du gouvernement concernant la loi « El Khomri » est loin d'être vécu comme une défaite, mais pose le problème de préparer des mobilisations à un niveau encore supérieur.

Le problème posé à notre Union Fédérale et plus largement à la CGT, c'est comment répondre à la situation, comment nous préparer à l'affrontement avec le gouvernement, quel qu'il soit, et avec les patrons des établissements privés, et plus largement le patronat.

La Loi « El Khomri » n'est que le hors d'œuvre ! Le patronat parle déjà de remettre en cause les 35 heures.

Devons-nous rompre avec le pseudo dialogue social qui ne nous a amené qu'à des reculs depuis des années, ou comment articuler négociation et lutte ?

L'augmentation des suicides dans la santé (Toulouse, Le Havre, Le Mans, etc. - secteur public), les situations de burn out dans le privé imposent que nous dénoncions encore plus fort les conditions de travail exécrables dans la santé et de travailler ensemble, public et privé, sur cette question.

Créer des convergences public/privé sur des revendications communes ne peut que donner plus de force à nos luttes, ce qui n'exclut pas de porter des revendications propres à nos secteurs ; et des revendications communes, nous n'en manquons pas !

- > Retrait de la Loi El Khomri
- > Retrait de la loi Santé
- > Financement de la santé à 100 % par la Sécu
- > Arrêt des exonérations de cotisations sociales patronales, et arrêt du CICE dont bénéficient les patrons du privé
- > La CGT lutte pour un seul statut des salarié.e.s de la santé, amélioré, en prenant le meilleur de toutes les conventions du public et du privé (à travail égal, salaire égal).
- > L'arrêt de la sous-traitance
- > Le retour à la retraite à 60 ans à taux plein, avec un départ à 55 ans pour pénibilité (abrogation de toutes les réformes sur les retraites)
- > Pas de salaire inférieur à 1700 € nets et 2 200 €

Notre Union Fédérale de la Santé Privée CGT doit clairement défendre l'idée que les tâches qui sont devant nous sont celles de préparer les prochaines mobilisations, l'affrontement avec le gouvernement jusqu'à satisfaction de nos revendications. Cela doit être une priorité. Construire un syndicalisme de lutte des classes en réponse à la situation imposée par patrons et gouvernement.

La loi « Travail » et ses conséquences sur la Santé Privée :

La Convention Collective Unique de la FHP du 18 avril 2002 et son annexe Synerpa avaient donné un socle commun aux salarié-e-s du secteur commercial, même si de faible niveau.

Cette Convention Collective peu ambitieuse était déjà appliquée de façons très diverses dans les entreprises, mais restait une référence commune pour l'ensemble des salarié-e-s.

Ce socle commun est appelé à disparaître, l'accord d'entreprise devient la norme et permettra d'y déroger.

Nous assistons déjà aux premières mises en œuvre de cette loi scélérate par des dénonciations d'accords et d'usages obtenus (par la lutte) dans certains établissements.

Il nous faut défendre d'arrache-pied ces acquis locaux, mais aussi porter la lutte à une échelle supérieure au risque d'un dépeçage établissement (ou entreprise) par établissement !

L'objectif fixé au secteur non lucratif est désormais le même que celui du privé lucratif, à savoir la baisse des dépenses publiques. La globalisation des budgets, la dénonciation des conventions collectives et des acquis pour les salarié.e.s sont d'ores et déjà mises en œuvre et prennent le pas sur les droits du salarié.

PARTIE 3

L'UNION FÉDÉRALE DE LA SANTÉ PRIVÉE CGT : un outil spécifique de la Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

Créée en décembre 1996, l'UFSP CGT n'a cessé de se développer en nombre d'adhérents et de justifier sa pertinence pour représenter les salarié.e.s du privé dans une Fédération composée très majoritairement de camarades du public.

Notre secteur de la Santé privée, lucrative et non lucrative, est le théâtre de restructurations importantes dues à l'appétit d'actionnaires décomplexés d'une part et à des directions soumises aux volontés d'un patronat autoritaire et agressif d'autre part.

Pour faire face, les salarié-e-s n'ont d'autre choix que de s'organiser pour se défendre et conquérir de nouveaux droits.

L'UFSP, de par sa spécificité, aide à la construction des luttes indispensables aux salarié-e-s de ce secteur. Ces luttes sont indissociables de toute l'activité de la Fédération et doivent contribuer à pousser tou.te.s les salarié.e.s de la Santé vers de nouvelles conquêtes, dans l'unité la plus large.

Démocratie interne et transparence

« L'affaire Le Paon » a terni l'image de notre CGT ; mais elle a également eu comme effet de faire émerger les aspirations légitimes des syndiqué-e-s à une plus grande démocratie interne.

Imposer la démocratie dans nos congrès est une chose indispensable, mais la faire vivre au quotidien en est une autre.

Demander à nos bases syndicales des pratiques de consultation des syndiqué-e-s nous impose de porter cette même exigence dans toutes nos structures, quelles qu'elles soient.

Consulter nos bases régulièrement, les impliquer dans les décisions que nous prenons, faire la transparence sur les mandats qu'exercent certains camarades et en contrôler l'exercice, assurer le renouvellement de ces mandats, dépasser les clivages de personnes ou de structures sont des préalables indispensables pour que la CGT soit le « fer de lance » des luttes d'aujourd'hui et de demain.

La démocratie est une contrainte mais aussi un outil puissant, permettant à chacun-e de trouver sa place dans l'organisation, de défendre ses idées, de débattre de nos orientations, dans le respect des valeurs qui nous unissent.

Les droits syndicaux

Les droits syndicaux du secteur public (acquis par une longue histoire de luttes) permettent aux militant.e.s de prendre leur place dans la Fédération et d'accéder à des fonctions dans les différentes instances dirigeantes.

Dans le privé, les faibles droits existants compliquent une participation des militant-e-s dans les instances de la Fédération, et la représentation de ce salariat à sa juste proportion.

Dans l'UFSP, les militant-e-s du secteur non lucratif, de par les droits de leurs diverses conventions collectives, ont plus de facilité à y prendre leur place.

Les salarié-e-s du secteur lucratif, dont les droits sont liés aux mandats qu'ils exercent (DP/CE/DS...) sont contraint.e.s, lorsqu'elles/ils exercent des fonctions dirigeantes, à sacrifier une partie de leur temps syndical entre leur entreprise et les structures CGT auxquelles elles/ils appartiennent.

Cette problématique, qui réapparaît lors de chaque congrès, n'a toujours pas trouvé de solution satisfaisante. Dès lors, la conquête de droits nouveaux reste encore à l'ordre du jour pour notre secteur, celui du lucratif particulièrement.

Dans le cadre de ces contraintes, nous avons tout de même progressé en représentation des différents secteurs d'activité et des diverses Conventions Collectives. Comme le dit un camarade du lucratif : « Dans le privé, on a appris à faire beaucoup avec pas grand-chose ... » ; bien-sûr, cet exercice a ses limites.

L'UFSP doit continuer ses efforts pour intégrer de nouveaux militant-e-s et continuer à réfléchir avec la Fédération sur des solutions viables pour une représentation la plus fidèle possible de nos différents secteurs.

Pour une prise en compte des problématiques de la Santé Privée dans les territoires.

Cette problématique se pose aussi de façon inégale pour nos structures départementales, les USD. Certaines d'entre elles favorisent l'intégration du privé, d'autres s'y essayent, d'autres encore, plus rares, restent hermétiques (voire hostiles, mais cela reste heureusement aussi rare qu'inadmissible !).

Bien souvent, la difficulté de nos USD à appréhender « le monde du privé » résulte de leur méconnaissance de notre secteur et donc de la difficulté à mener une activité spécifique.

Nous devons impérativement prendre notre place dans ces structures et leur apporter notre expérience et notre connaissance du terrain.

A QUI PROFITE L'HOPITAL PRIVÉ ?

L'hôpital privé, c'est un tiers de l'activité hospitalière, largement financé par l'Assurance maladie. Plusieurs fonds d'investissement étrangers se disputent aujourd'hui le marché des cliniques privées françaises. Quels intérêts y ont-ils ?

2014 et 2015 : les grandes manœuvres

Dans le monde de l'Hospitalisation Privée, 2014 et 2015 seront deux années de grandes manœuvres.

- **RAMSAY** – fonds d'investissement australien – a racheté le premier groupe hospitalier français, la Générale de Santé, et a investi, dans la foulée, en rachetant 135 établissements dans toute la France,
- **VEDICI et VITALIA** sont devenus un seul et même groupe : **ELSAN**, propriétaire désormais de 80 établissements en France. Deuxième groupe hospitalier privé français, son capital s'appuie en partie sur le fonds d'investissement CVC Capital Partners dont le siège est au Luxembourg,
- A la troisième place, le groupe **MEDIPOLE PARTENAIRES** est né du rachat de MEDI-PARTENAIRES par MEDIPOLE SUD SANTE en 2014. Son actionnaire, le fonds européen d'investissement Bridgepoint, est implanté notamment au Royaume-Uni et en Scandinavie.
- A Paris, Lyon et Toulouse, c'est un autre fond, suédois celui-là, **CAPIO**, qui s'implante à son tour sérieusement.

Les fonds d'investissement agitent l'argent qu'ils peuvent investir dans des plateaux techniques dernier cri... espérant sans doute un retour sur investissement en augmentant le nombre de patients accueillis. Les arguments sont simples : les patients seraient ainsi les premiers à profiter de la générosité des nouveaux propriétaires des cliniques et hôpitaux privés.

Comment les hôpitaux sont-ils financés ?

Depuis 2005, les cliniques privées comme les hôpitaux publics sont rémunérées selon le principe de la tarification à l'activité, la fameuse T2A. Pour schématiser, avant 2005, les établissements recevaient une enveloppe annuelle. C'était à chacun de gérer au mieux.

A titre d'exemple, chaque acte est facturé individuellement à l'Assurance maladie. Une appendicectomie est remboursée telle somme, une fracture telle autre. Ces tarifs sont fixés par arrêté ministériel chaque année.

Selon un rapport de l'Inspection Générale des Affaires de Santé (IGAS), les cliniques privées assurent 28 % de l'activité hospitalière. Pour la FHF, ce chiffre est de 34% pour seulement 17 % des dépenses de l'Assurance maladie consacrées à l'hospitalisation en France. Tout le monde sait bien que les actionnaires des cliniques privées sont généreux et ne pensent qu'au bien de la population !

Mais ce 34 % n'est qu'une moyenne. Un acte chirurgical sur deux, six actes de chirurgie ambulatoire sur dix sont assurés dans le privé contre seulement un accouchement sur quatre, un chiffre en baisse.

Selon vous, lesquels rapportent le plus ?



REPRÉSENTATIVITÉ SYNDICALE

Les données chiffrées n'ont pas changé depuis notre précédent congrès d'octobre 2013. L'actualisation devrait être effective lors du second trimestre 2017 et nous permettra donc de mesurer notre audience CGT au sein des Conventions Collectives dans le Sanitaire et le Médico-social.

Vous trouverez ci-dessous le tableau de la représentativité par Organisation Syndicale.

Convention Collective	Suffrages valable-ment exprimés	CGT	% CGT	CFDT	% CFDT	FO	% FO	CFTC	% CFTC	CFE/CGC	% CFE/CGC	UNSA	% UNSA	SUD SOLI-DAIRES	% SUD SOLI-DAIRES	CNT	% CNT
CABINETS DENTAIRES	5 118	1007	19,68%	693	13,54%	465	9,09%	177	3,46%	7	0,14%	278	5,43%	143	2,79%	0	0,00%
CABINETS MEDICAUX	9 666	2722	28,16%	2545	26,33%	1700	17,59%	720	7,45%		0,00%	1004	10,39%	400	4,14%	0	0,00%
CROIX ROUGE FRANCAISE	5 509	2275	41,30%	1174	21,31%	616	11,18%	913	16,57%	246	4,47%	17	0,31%	238	4,32%	30	0,54%
CENTRES DE LUTTE contre le CANCER	8 937	2545	28,47%	1622	18,14%	2139	23,94%	137	1,53%	1054	11,79%	360	4,03%	1077	12,05%	0	0,00%
LABORATOIRES PROTHESES DENTAIRES	1 080	242	22,41%	140	12,96%	220	20,37%	32	2,96%	11	1,02%	44	4,07%	18	1,67%	0	0,00%
HEBERGEMENT READAPTATION CENTRES CHRS	3 223	965	29,93%	1116	34,61%	380	11,79%	196	6,08%	31	0,96%	19	0,59%	395	12,26%	0	0,00%
HOSPITALISATION A BUT NON LUCRATIF (FEHAP)	105 508	31425	29,78%	35076	33,24%	16121	15,28%	7607	7,21%		0,00%	1524	1,44%	5976	5,66%	0	0,00%
HOSPITALISATION PRIVEE (FHP et SYNERPA)	66 736	18742	28,08%	23506	35,22%	10684	16,01%	4567	6,84%		0,00%	1969	2,95%	1180	1,77%	0	0,00%
MEDECINE DU TRAVAIL SERVICES INTER ENTREPRISES	6 419	498	7,76%	1929	30,06%	821	12,79%	658	10,25%	1382	21,53%	81	1,26%	37	0,58%	0	0,00%
ETABLISSEMENTS PERSONNES INADAPTEES ET HANDI-CAPEES	125 955	41224	32,73%	45427	36,07%	14227	11,30%	4304	3,42%	2676	2,12%	1664	1,32%	14740	11,70%	0	0,00%
PERSONNES INADAPTEES MEDECINS SPECIALISTES	36	15	41,67%	5	13,89%	8	22,22%	1	2,78%		0,00%	2	5,56%	1	2,78%	0	0,00%
SANITAIRES SOCIAUX ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX	2 479	446	17,99%	955	38,52%	366	14,76%	28	1,13%	95	3,83%	35	1,41%	442	17,83%	0	0,00%
THERMALISME	1 459	531	36,39%	379	25,98%	353	24,19%	177	12,13%		0,00%	1	0,07%	1	0,07%	0	0,00%
TOTAL	342125	102636	30,00%	114567	33,49%	48100	14,06%	19518	5,70%	5502	1,61%	6998	2,05%	24649	7,20%	30	0,01%

Représentativité et influence globale CGT dans le sanitaire et médico-social

Avec l'application de la loi dite de représentativité, chacun.e connaît le poids de chaque Organisation Syndicale, laquelle peut signer un accord seule, mais aussi compter les possibilités d'oppositions.

Il est important de rappeler que seule une démarche revendicative soutenue peut améliorer les résultats obtenus.

NOTRE TRAVAIL C'EST LA SANTÉ, NOTRE SANTÉ ON Y TRAVAILLE

Depuis 1960, la mission de la MNH est de prendre soin de ceux, qui au quotidien, prennent soin des autres.

Aujourd'hui, nous continuons de partager des réponses nées au coeur de l'hôpital, concrètes et adaptées, pour garantir au mieux la santé des hospitaliers, tout en répondant à leurs besoins bien spécifiques. C'est cela, préserver votre bien-être et votre pouvoir d'achat.

