



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2013 - N° 70

JANVIER 2013

Bilan d'activité

Spécial Congrès UFMICT

Bilan d'activité

Le dernier congrès de l'Ufmict s'est déroulé fin janvier 2009. Depuis, l'activité n'a pas manqué.

Il nous a semblé utile, dans le cadre de la préparation de notre 10ème congrès de l'UFMICT de faire un tour d'horizon des grandes questions revendicatives.

Des points de repères, au fil des luttes, des mobilisations, des initiatives revendicatives, dont l'unité et le rassemblement sont de vraies caractéristiques, ce document propose un retour rapide sur ce qu'il est important de garder à l'esprit.

Il retrace aussi le bilan de l'activité revendicative déployée par l'Ufmict et de nos différents collectifs professionnels .

Il pourra aussi permettre à chaque organisation de faire le point sur son implication dans ces mobilisations, sur la connaissance par les syndiqué-e-s de nos propositions.

Bonne lecture et n'hésitez pas à compléter avec vos initiatives locales ou départementales.



Bilan d'activités 2009-2012

Nous avons choisi de traiter quelques problématiques revendicatives qui ont émaillé l'activité revendicative durant ce mandat.

Le Haut Conseil des Professions Paramédicales (HCPP)

Le HCPP apporte son expertise au ministre chargé de la santé pour :

- Promouvoir une réflexion professionnelle et interprofessionnelle sur les conditions d'exercice, l'évolution des métiers, la coopération et la répartition des compétences.
- Participer à l'élaboration des textes réglementant la profession.
- Participer à la réflexion des programmes de formation, des diplômes, en lien avec l'évolution de l'exercice professionnel, en lien avec les CPC.
- Participer à la définition de la place des différents professionnels dans le dispositif de santé.
- Participer à l'élaboration des règles de bonnes pratiques et de l'évaluation des pratiques des professions paramédicales à partir d'expertises commandées par le HCPP en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Participer aux réflexions et études au niveau européen et international sur l'ensemble de ces thèmes, le ou les représentants est et/ou sont proposés par le HCPP.
- Le HCPP est consulté obligatoirement par le Ministre sur les textes réglementaires, sur les politiques de santé.

Les sujets traités au cours de ce mandat ont été en lien avec les réingénieries des professions et nous avons eu l'occasion de régulièrement dénoncer la place faite aux ordres professionnels dans cette instance.

A ce jour et au regard de la surcharge des ordres du jour, les syndicats fédérés ont participé à la publication du décret n° 2012-994 du 23 août 2012 portant la nomination de 2 suppléants par titulaire, des moyens alloués pour la préparation, la tenue de l'instance... Le constat demeure celui d'une instance qui nécessiterait la création de commissions professionnelles qui porteraient sur les conditions d'exercice, l'évolution des métiers, la coopération et la répartition des compétences.

REPERES : Chaque réunion du HCPP a fait l'objet d'une démarche de préparation collégiale avec le secteur revendicatif et des " experts " du sujet abordé, d'un compte-rendu disponible au niveau de l'espace revendicatif fédéral et d'éléments publiés dans [l'@ctu.mict](#) et très souvent d'une ou de plusieurs déclarations publiées dans le Bulletin Fédéral.

Le développement professionnel continu (DPC)



Inconnu du langage courant jusqu'en juillet 2009, le DPC a vu le jour, dans le cadre de la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST). Dans son article 59, le DPC est défini comme suit : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la formation sont désormais intégrées dans un dispositif unique : le développement professionnel continu (DPC) qui devrait rentrer en vigueur le 1er janvier 2013.

Initialement destiné aux professions médicales, il devient applicable à tous les professionnels paramédicaux de santé.

Il s'applique :



- Aux Médecins
- Aux Chirurgiens-dentistes
- Aux Pharmaciens
- Aux Sages-femmes
- Aux Préparateurs en Pharmacie
- Aux Auxiliaires Médicaux (les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoprothésistes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électro-radiologie médicale, les techniciens de laboratoire, les audioprothésistes, les opticien-lunetiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et les diététiciens).
- Aux Aides - soignant-e-s et Auxiliaires de Puériculture.

L'EPP avait été instaurée par la loi du 13 août 2004 et rendue obligatoire pour tous les médecins, mais pas pour les autres professionnels de santé. Avec le DPC c'est chose faite !

Chaque professionnel, qu'il soit médical ou paramédical, libéral ou salarié, est aujourd'hui soumis à cette nouvelle obligation de développement professionnel continu (DPC).

«Obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente ».

Pour que cette obligation soit remplie, le programme annuel ou pluriannuel doit répondre à une orientation nationale ou à une orientation arrêtée au niveau régional.

Le ministre chargé de la santé définit, chaque année, par arrêté, une liste de ces orientations nationales. Ces dernières peuvent être complétées par des orientations régionales fixées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), en cohérence avec le projet régional de santé.

On assiste à une étatisation de la formation. Le Ministère et les ARS prennent la main sur la formation professionnelle, en priviliégiant les actions dictées par la HAS.

Dès juillet 2010, lors du Haut Conseil des Professions Paramédicales, les représentants CGT ont exprimé leurs réserves sur ce DPC et dénoncé sa finalité au cours d'une déclaration écrite. Ils ont voté contre les projets de textes.

Que des "libéraux" aient à trouver une structure à même de collecter, d'encadrer et de veiller à la mise en œuvre de leur obligation de formation ne pose pas de problème à la CGT.

Par contre, le dispositif DPC comporte des dispositions contraignantes pour les salariés du public et du privé, faisant peser sur eux l'obligation de se former. La formation continue des professionnels de santé doit rester une obligation pour les employeurs.

Pour la CGT, la formation professionnelle continue est une nécessité pour la garantie de la qualité et la sécurité des soins. L'accès à la formation est un enjeu majeur pour les établissements sanitaires et sociaux mais aussi pour les professionnels. Les évolutions technologiques pour une meilleure prise en charge du patient nécessitent une maîtrise encore plus performante et des réponses adaptées.

Ce DPC est à mettre en lien avec les projets de coopération entre professionnels de santé (Article 51 de la loi HPST) et la réingénierie des programmes de formation des professions paramédicales. Il s'inscrit également dans la mise en place des « pratiques avancées » en lien avec la mission HENART sur les « professions intermédiaires » et les nouveaux métiers.

Adossées à ce DPC, les structures ordinaires, n'ayant aucune légitimité vis-à-vis des paramédicaux, se voient confier, une fois de plus, des missions dont celle de contrôler et éventuellement sanctionner le professionnel si l'obligation DPC n'a pas été accomplie. Pour les paramédicaux, seuls les libéraux infirmiers, masseurs-kinés et pédicures-podologues seront touchés par la vérification de l'obligation de DPC par cette structure ; les salariés le seront par leur employeur. Par contre libéraux et salariés concernés par un ordre doivent répondre devant leur ordre - si cela est le cas - d'insuffisance professionnelle.

La CGT revendique la suppression de tous les ordres professionnels et demande que le suivi de la formation DPC soit effectué par le H.C.P.P et les OPCA (organisme paritaire collecteur agréé) existants (où siègent les organisations syndicales).



Ordres

La création des ordres professionnels para médicaux n'a été voulue

que par une minorité de militants professionnels souvent issus des professions paramédicales exerçant en libéral, aujourd'hui à la tête de ces institutions corporatistes qui se targuent de représenter les professionnels alors que c'est la loi qui a rendu leur adhésion obligatoire via l'inscription au tableau (répertoire ADELI recensant les diplômés) !

Les ordres créés sont très éloignés des préoccupations professionnelles du quotidien et tous ont été dénoncés par la CGT depuis leur création sur le fond ; de plus, certains se font plus remarquer par des frasques dénoncées par les professionnels et leurs représentants (notamment pour leurs élections) que par la défense de chacune des professions concernées ou les avancées nécessaires à un exercice de qualité en sécurité professionnelle.

Oui, la proposition de loi du député Le Guen rendant facultative l'adhésion aux ordres des masseurs-kinésithérapeutes, des Pédicures podologues et des Infirmiers est un premier pas vers l'abrogation de tous les ordres professionnels soutenus par le syndicat CGT. Trop nombreux ont été les professionnels en exercice ayant refusé de s'inscrire à l'ordre professionnel traînés devant les Tribunaux de grande instance sur tout le territoire pour exercice illégal de leur métier ! Encore plus nombreux, les nouveaux diplômés, adhérents par la contrainte d'une future embauche ou sous la menace ordinaire, obligés de s'inscrire puis de cotiser à leur corps défendant une première année – combien cotisent encore ? Alors, nous verrons si les professionnels cautionnent ces structures privées à mission de service public sur la base de l'idée qu'ils représentent l'ensemble de professionnels (sauf les militaires) ! Qu'en aurait-il été du nombre d'inscrits aux ordres si, comme pour l'adhésion à une organisation professionnelle, le volontariat aurait été inscrit dans les textes créatifs ? Quant à leur légitimité, ils sont loin de celles des organisations syndicales dont les représentants sont soumis à des votes (élections professionnelles dans la Fonction Publique Hospitalière, élections aux commissions paritaires départementales, élections prud'hommales, élections dans les TPE, etc...)

Alors pourquoi – encore - les ordres ?

Les missions confiées aux ordres : enregistrement des diplômes, attribution d'un numéro dans le Registre Commun des Professions Paramédicales (RCP), tenue d'un tableau de démographie professionnelle,par un transfert .

La mise en place des ordres c'est :

Le désengagement du gouvernement de ses missions de service public :

-faire payer aux professionnels concernés (par les cotisations prélevées sur les revenus des professionnels plutôt que sur les finances publiques)

-avancer sur la RGPP (révision générale des politiques publiques), en supprimant des postes de fonctionnaires au fur et à mesure de la montée en charge des ordres et en faisant financer les dépenses liées au suivi des professionnels par les professionnels eux-mêmes. Désormais la question est bien de mesurer la réelle volonté politique d'en finir avec les ordres professionnels paramédicaux !



● La responsabilisation reportée sur l'individu

Les professionnel-les devront signer leur prise de connaissance du code de déontologie (rédigé par l'ordre, validé par décret en conseil d'état). Leur responsabilité sera alors engagée au regard de celui-ci. Mais des règles professionnelles existent déjà ! Connaître les règles ne suffit pas pour autant à les appliquer. Aujourd'hui, l'urgence est que les professionnel-les possèdent les moyens de les appliquer.

En aucun cas, la rédaction d'un code de déontologie engage l'employeur qui, lui, a une obligation de moyens. Ainsi, le professionnel, signataire de ce code qu'il n'aurait pas pu respecter, du fait des conditions d'exercice fournies par son employeur, sera tenu responsable des manquements qui ne relèveront pas de son fait.

L'expérience des Ordres existants montre, qu'en matière de discipline, ils rapportent au seul individu la responsabilité des manquements à l'« honneur de la profession, à sa moralité ». L'Ordre sanctionne les individus sans prendre en compte les conditions et l'environnement qui lui sont imposés dans l'exercice de sa profession. Actuellement, c'est le Préfet qui, s'il y a plainte, peut interdire temporairement ou définitivement l'exercice à un professionnel. Ainsi pour les salariés, il pourra y avoir 3 niveaux de sanctions : l'employeur, l'ordre, la justice.

● La mise sous tutelle des professions

En effet, les ordres professionnels ne remettent pas en cause la loi HPST et ses effets néfastes sur les professionnels, les usagers et leurs familles. Ils défendent les coopérations professionnelles mises en place pour abaisser le coût des dépenses de santé sans tenir compte de la réalité des effectifs, des conditions du travail des professionnels et de leurs organisations de travail décidées par les employeurs.

Les voix ordinales seront-elles entendues lors des votes sur les économies à réaliser sur la sécurité sociale ?

Les ordres ne s'expriment jamais sur le « reste à charge » pour les patients. En cas de plainte, les ordres se contentent de convoquer le professionnel devant la Chambre Disciplinaire Ordinale pour une éventuelle sanction.

● **La négation de la représentativité professionnelle** : seules les organisations syndicales sont légitimes pour défendre les intérêts individuels et collectifs des professionnels, car ce sont des pairs élus par leurs collègues à l'occasion d'élections professionnelles. Comment défendre un individu déconnecté des conditions de son exercice en termes de moyens (manque d'effectifs selon la charge quotidienne du travail, mise en cause de la responsabilité et de la sécurité des soins prodigués aux patients, temps, organisation, formation etc...) ?

Licence-Master-Doctorat :



Certaines réingénieries se sont tenues avant 2009, d'autres sont encore en cours. Néanmoins, il fallait une déclinaison statutaire de l'évolution des niveaux de formation des paramédicaux pour la FPH. Dans les autres fonctions publiques, des discussions sont en cours. Dans le privé, à ce jour, aucune discussion n'est envisagée pour reconnaître l'évolution du niveau des délégations.

Utilisé dans la campagne présidentielle de 2007 par le Président de la République, cet engagement a débouché sur une pseudo discussion qui a abouti au protocole LMD du 2 février 2010. Ce texte qui devait permettre « la promotion et l'attractivité des métiers paramédicaux » a été signé par un seul syndicat (le SMPS, Ex SNCH, qui a recueilli 0,5% des voix aux élections professionnelles de 2011).

La reconnaissance universitaire au grade « Licence » des infirmier-ères (IDE), 1er jalon de l'application de la Réforme, a permis d'en mesurer concrètement ses conséquences.

En effet, la revalorisation salariale obtenue est passée inaperçue tant son niveau est marginal. En revanche, les conséquences de la réforme, concomitante avec celle des retraites de 2010, n'ont malheureusement pas été négligeables :

- Perte de la reconnaissance de la pénibilité et du droit à départ anticipé à la retraite.
- Perte de l'atténuation de décote de 1 an pour 10 ans de travail en service actif
- Abaissement du montant des pensions pour tous, davantage encore dans un secteur d'activité majoritairement féminin, avec des rémunérations «féminines », des carrières souvent incomplètes.

Stupéfiant ! l'ordre national infirmier est resté muet quant à la perte de la reconnaissance de la pénibilité des IDE, IADE, IBODE, puéricultrice !

La lutte des IADE a traduit la colère des professionnel-les de la santé de se voir spolie la reconnaissance de la qualification en allongeant la durée de la carrière. La CGT a permis de mobiliser plus de 80% de la population des professionnel-les. Ce qui reste inédit à ce jour

Depuis l'annonce du ministre Xavier Bertrand en octobre 2011 d'un arbitrage à un niveau master 1 (qui n'existe pas) dit licence plus 60 ECTS (Equivalent Crédit Transférable Système), pour la profession orthophoniste, la lutte en intersyndicale avec une implication importante de la CGT a permis de rassembler jusqu'à ce jour, avec tous les moyens à disposition (manifestations, rencontres des députés etc..., et réseaux sociaux), autour du refus d'une profession à deux niveaux pour une prise en charge de qualité par la solidarité nationale (c'est-à-dire prise en charge par la sécurité sociale) de tous les patients, à égalité avec des orthophonistes « généralistes » dès la sortie des études au niveau master. C'est un master pour tous qui est réclamé !



LICENCE-MASTER-DOCTORAT (SUITE)

La Fédération Santé Action sociale CGT apprend qu'elle est déboutée de sa requête aux fins de transmission d'une question prioritaire de constitutionnalité relative au principe d'égalité de traitement des infirmières dans la Fonction Publique Hospitalière. Le Conseil d'État considère que la création d'un nouveau corps suffit pour justifier un traitement différent des infirmier-es ! Il élude la question de la pénibilité de leur travail.

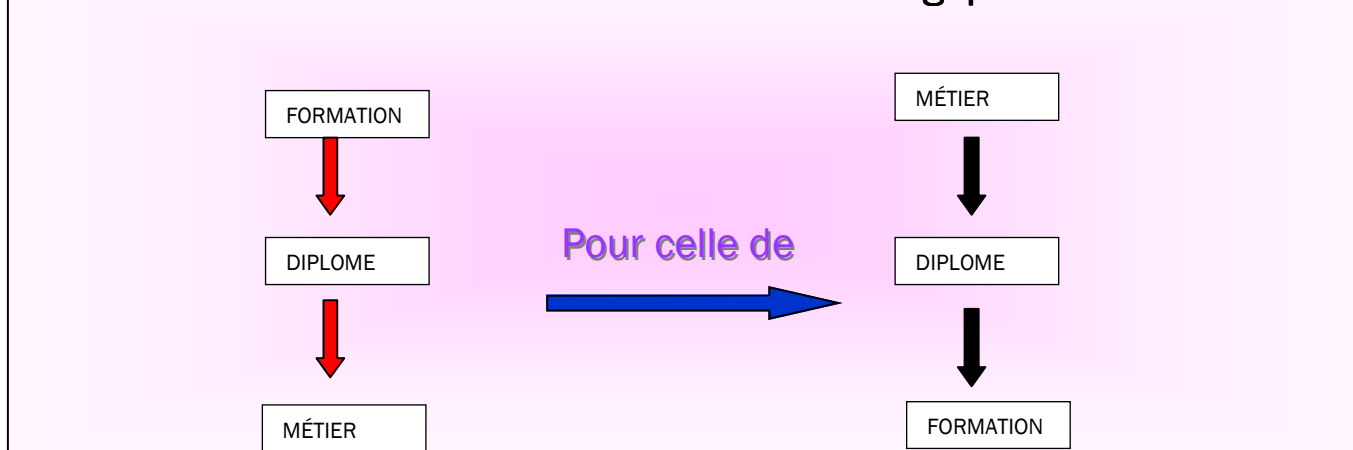
Pour rappel :

le processus de Bologne : en 1999 les ministres européens de l'enseignement supérieur se déclarent prêts à mettre en place d'ici 2010 une « harmonisation européenne des diplômes de l'enseignement supérieur pour permettre la mobilité des étudiants et des professionnels d'un pays à l'autre, ainsi que la mobilité entre activité professionnelle et formation. »

Les conséquences :

- On passe d'une logique de métier et d'identité professionnelle à une logique de compétences définies au regard d'emplois proposés, d'activités, de tâches qu'il faut réaliser et d'adaptation à un poste de travail.
- Le découpage par domaine de compétences, par tâches permet aujourd'hui au professionnel d'aller chercher les compétences qui lui font défaut (adaptation à un poste de travail), qui lui feront défaut (suite à l'évaluation annuelle)
- Si le professionnel n'est plus obligé de se former au métier dans son entier, le risque de déqualification existe
- Si un métier est exportable quel que soit l'employeur (privé, public...), les compétences ne sont valables que pour le poste occupé.

Ainsi l'ensemble a été construit en renversant la logique de



La réingénierie, adossée à la certification par domaines de compétences, est une façon de décliner un diplôme à travers des fonctions déclinées en domaines de compétences, donc de signifier le type de professionnels recherchés. Pour autant, auparavant, ces éléments étaient déjà pris en compte dans la formation conduisant aux différents métiers.

Il y a bien une évolution des métiers à travers ce découpage qui valorise (hiérarchise) certaines tâches / fonctions au détriment d'autres parce qu'appelant à certification. Le choix des grandes fonctions et des compétences induit le type de professionnels recherchés.

De plus, le système, tel qu'il est défini aujourd'hui, fait la part belle à la préparation à la certification, plutôt que d'aider les étudiants, élèves, stagiaires à se construire comme professionnels réfléchissant à la pertinence de leurs interventions, construisant leurs outils d'accompagnement, d'évaluation, pédagogiques.

Dès lors il a été nécessaire de redéfinir des pistes de travail pour actualiser nos revendications sur les programmes de formation de toutes nos professions, du sanitaire comme du social.

Approfondir nos propositions sur l'évolution des contenus professionnels à partir des nouveaux besoins de la population : vieillissement, maladie chronique, poly pathologie, prise en charge à domicile, précarisation, pauvreté, exclusionet des nouvelles pratiques professionnelles que permettent les progrès : technique et médical....

Les contenus professionnels s'élaborent en cohérence avec notre conception de la santé. La CGT a repris la déclaration de l'OMS réactualisée (Ottawa). A partir du contenu professionnel se définissent les contenus de formation et les différents niveaux de qualifications des professionnels, en lien avec nos revendications confédérales sur la sécurité sociale professionnelle et la formation tout au long de sa vie professionnelle.

Le système LMD (Licence, Master, Doctorat) reprend le schéma anglo saxon, avec l'abandon de la référence à un nombre d'heures de cours pour reprendre la norme ECTS (Equivalent Crédit Transférable Système), qui sont des unités d'enseignements capitalisables et transférables.

La majorité des professionnels, qui réclame la reconnaissance à BAC+3, le fait en référence à une revalorisation salariale qui reconnaît leur réel niveau de qualification. Les formations des

14 professions paramédicales sont toutes de niveau post bac et durent 3 à 5 ans. Elles sont sous la responsabilité du ministère de la santé, ou du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ou des deux, ou de l'éducation nationale

Comme l'ensemble des professionnels nous portons l'exigence de revalorisation salariale. Ceci est tous les jours d'actualité en dehors du « LMD » !!! Nous avons dans nos secteurs des salaires particulièrement bas, d'une part parce que le salariat est majoritairement féminin et d'autre part parce que la volonté des gouvernements successifs n'a pas été de revoir le financement de la sécurité sociale sur des bases plus solidaires.

La ligne maîtresse du rapport Noiré /Acker est la volonté d'une « Universitarisation maîtrisée pour limiter le coût de la reconnaissance ».

La création d'une discipline en soin permet à la profession, par la création d'un master recherche, de valoriser son autonomie de décision sur son champ de compétences, de maîtriser le contenu professionnel. C'est un moyen parmi d'autres de combattre les objectifs de « santé marchandise ». Cette autonomie est réclamée par plusieurs professions mais l'opposition est

forte du gouvernement avec en toile de fond un pouvoir médical qui défend sa main mise sur les para médicaux et leurs formations? se réservant l'accès à la recherche.

Le niveau Master professionnel ne doit pas se limiter à la reconnaissance des diplômes actuels de cadre, IADE, Puer, IBODE. Il doit permettre aussi de reconnaître les nouvelles compétences que les professionnels ont acquises sur le terrain. Ces compétences doivent être reconnues en qualifications et méritent salaires. Il y a à réfléchir sur tous les DU (diplômes universitaires) proposés, que de nombreux professionnels suivent sur ou en dehors le temps de travail, mais dont les savoirs profitent aux patients et à l'établissement.

La CGT est porteuse de l'élargissement de ces revendications à l'ensemble des catégories sur :

- Reconnaissance de toutes les qualifications
- Attractivité des professions
- Qualité des études (bourses, statut étudiant/salarié)
 - Moyens en effectifs pour les conditions de travail et la qualité des prestations
 - Et bien évidemment sur le financement nécessaire.

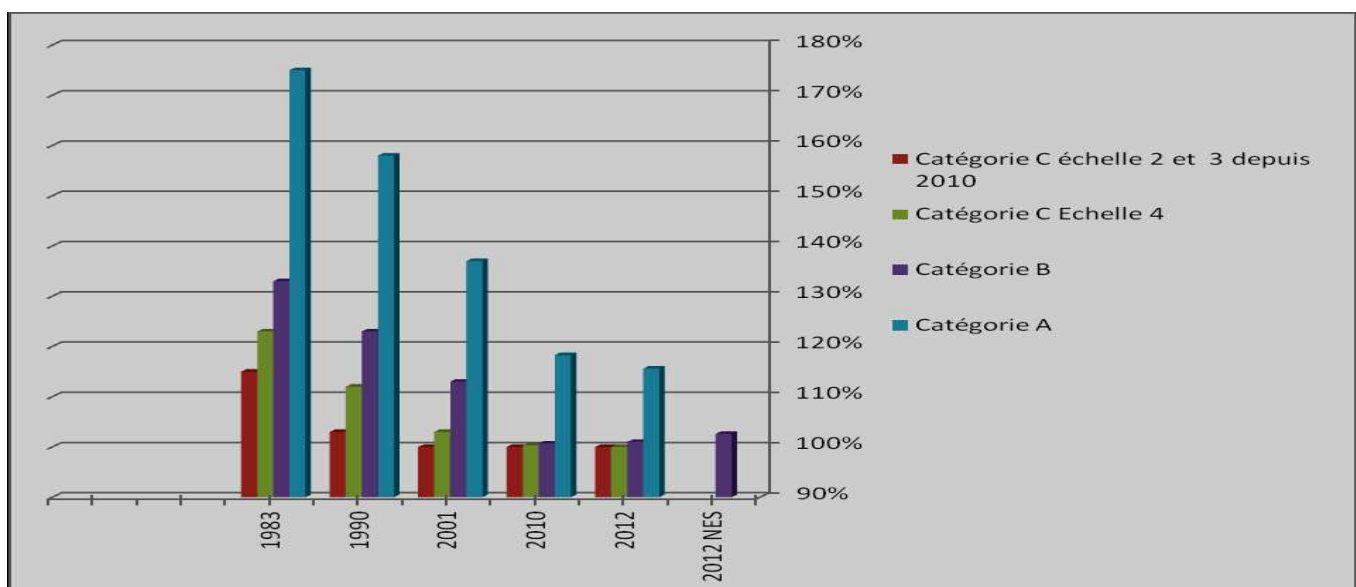
REPERES :



Evolution du 1^{er} échelon des grades et catégories par rapport au SMIC (= 100%) de 1983 à 2012

Au 1 ^{er} janvier	SMIC	Catégorie C Echelle 2 Echelle 3 en 2010 et 11	Catégorie C Echelle 4	Catégorie B	Catégorie A
1983	100%	115%	123%	133%	175%
1990	100%	103%	112%	123%	158%
2001	100%	100%	103%	113%	137%
2010	100%	100%	100%	101%	118%
2012	100%	100%	100%	101%	116%
2012 NES				103%	

● Source : Tract Union Générale des Fédérations de Fonctionnaires CGT - 28 décembre 2011



Coopération entre professionnel-les de santé :

La pénurie des professions médicales et paramédicales, organisée dans l'objectif de diminuer les dépenses de santé, conduit à des glissements de tâches et à des transferts de compétences. La réalisation des actes, réservés aux professions réglementées, par des professionnels qui n'en possèdent pas le diplôme est interdite sous peine d'être condamné pour exercice illégal. En référence au drame de l'Hôpital Trousseau de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris (AP-HP), les professionnels et l'AP HP n'ont pas été condamnés pour la mort de l'enfant mais pour l'exercice illégal de la profession d'infirmière par l'aide soignante.

Il a donc fallu, au pouvoir de « légiférer pour rendre légaux les glissements de tâches » car dans sa volonté de diminuer les dépenses socialisées de santé, le gouvernement a besoin de jouer sur les masses salariales en redéfinissant les niveaux de qualification après avoir diminué les effectifs, densifié le travail des professionnels de santé et augmenté la précarité.

Le gouvernement avance sur ses propositions de nouveaux métiers et de requalifications pour imposer ces choix dans le cadre de sa politique de santé et notamment la loi HPST.

La CGT porte depuis très longtemps la nécessité de la coopération entre professionnels de santé. Nous avons toujours considéré que dans nos secteurs du sanitaire, du social et du médico-social un « travail en commun », « un travail d'équipe » était nécessaire à une bonne prise en charge de la personne. Ce d'autant qu'au fil des années, nos métiers se sont diversifiés, spécialisés, avec une élévation des qualifications. Ceci, conjugué au développement des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle, les prises en charge des personnes sont

transformées, notamment par l'intervention d'une multitude de professionnels, chacun à partir de son champ de compétences. Mais il n'y avait pas de lieux pour la mise en commun. En ce sens, comme nous l'avons maintes fois affirmé lors des CSPPM (conseil supérieur des professions paramédicales) et groupes de travail sur les évolutions prospectives des métiers, la CGT valide le principe, d'améliorer la coordination et la coopération des professionnels de santé. Elle condamne le fait, qu'à partir de ce principe, la volonté gouvernementale soit guidée par une volonté de réduire les dépenses publiques de santé : notamment par un transfert de compétences professionnelles, en tirant vers le bas les qualifications pour diminuer la masse salariale, après avoir organisé la pénurie de professionnels qualifiés, et un transfert des dépenses sanitaires vers le social des actes médicaux et de soins, un transfert de ces dépenses de soins sur le malade (avec un reste à charge toujours plus important qui entraîne de plus en plus de renoncement aux soins, de report de soins, dont les conséquences sur le système n'ont pas été évaluées).

Si la CGT valide le fait qu'à partir d'expérimentations de terrain, conduites dans un cadre sécurisé pour le professionnel et le patient, validées par l'HAS, de nouveaux actes puissent entrer ensuite dans les programmes de formation initiale, il y a de sérieuses craintes quant à la suite des événements.

En effet, comment ces nouveaux actes autorisés pour les paramédicaux nouvellement diplômés, pourront être maîtrisés par les professionnels en exercice, compte tenu de la situation des effectifs en pénurie, et donc de la difficulté de suivre des formations. L'exécution de ces nouveaux actes pourrait être rendue obligatoire, comment les professionnels pourront acquérir les « compétences » et faute de cela quelle responsabilité individuelle du professionnel pourrait être engagée en cas d'erreur. C'est aussi à l'individualisation des actes qui à terme pourraient devenir des certifications et être transférés à des non professionnels de santé. Quid du diplôme d'état national ? D'autres part quelle reconnaissance salariale collective de ces nouvelles qualifications ?

REPÈRES :



EHESP



La CGT est présente dans le conseil d'administration de cette école ayant le statut de grand établissement d'enseignement supérieur. La CGT y défend le concept de formation de service public et de formation supérieure pour les fonctionnaires.

Représentativité personnels de direction et médecins

- ✦ Personnels de direction : Par l'intermédiaire d'un référé gagnant au tribunal administratif de Paris en janvier 2010, nous avons pu imposer la représentativité de la CGT pour les réunions de la mission « DGOS/CNG » mise en place par la ministre sur les statuts des personnels de direction. Depuis, la CGT est convoquée à toutes les réunions de concertation ainsi qu'au comité de suivi de l'accord de juillet 2011 que la CGT n'a pas signé.
- ✦ Personnels médicaux : Nous avons enregistré une reconnaissance de représentativité partielle suite aux élections professionnelles de la fin 2011. Cette décision ministérielle ne nous convient pas, d'autant que les règles de représentativité n'ont pas été établies au préalable des élections.

Résultats électoraux nationaux



Lors des différentes élections professionnelles, les listes présentées par la CGT ont recueilli :

23,40 % en catégorie B pour les CTE de la FPH.

17,65 % en catégorie A pour les CTE de la FPH.

3,7% pour l'ensemble des trois corps de personnels de direction (Directeurs d'hôpital ; directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; directeurs de soins).

16% pour les collèges médecine et urgences des élections professionnelles des personnels médicaux de la FPH.

La vie des collectifs professionnels s'est poursuivie et développée durant ces années. Le rassemblement et l'unité sont des caractéristiques qui traversent l'activité de ces collectifs.

► **Personnels administratifs de catégorie B** : ce collectif a permis de rassembler le travail des Adjoint-e-s des cadres (ACH) avec celui des Assistant-e-s médico-administratifs-ves (AMA). L'accès des Permanencier-e-s auxiliaires de régulation médicale (PARM) à la catégorie B va se traduire aussi dans la vie de ce travail collectif.

► **Psychologues** : Un travail important avec d'autres organisations syndicales a été mené pour imposer une séquence de négociation sur le contenu professionnel et les conditions d'exercice.

► **Sages-femmes** : Une démarche unitaire a été construite dans cette profession avec d'autres organisations syndicales mais aussi des associations professionnelles.

► **Médecins** : Une liste de rassemblement avec l'AMUF a été constituée lors des élections professionnelles. Elle a réussi un score satisfaisant dans le collège médecine et urgences.

► **Personnels de direction** : Plusieurs expressions unitaires ont eu lieu pour dénoncer les conséquences de la loi « HPST » pour les personnels de direction. Nous avons décidé de ne pas signer le protocole d'accord de juillet 2011 car il était un véritable « chèque en blanc » concernant les corps des D3S et des DS. Les Directeurs-trices de soins sont maintenant un corps national géré par le Centre national de gestion (CNG).

► **Profession infirmière** : La résistance à la mise en place de l'ordre infirmier a été forte et efficace. Cela s'est fait dans le cadre d'une intersyndicale large et pérenne sur la durée. Cela a aussi été le cas au moment du pseudo droit d'option qui a concrétisé l'abandon de la reconnaissance de la pénibilité de la profession.

► **IADE** : Le collectif a été à l'initiative des actions fortes de la profession pour la reconnaissance de la qualification avec le Master. Le rassemblement s'est construit autour des propositions portées par la CGT.

► **Personnel de rééducation** : La lutte des orthophonistes a aussi été une action unitaire large avec des organisations syndicales et des associations professionnelles. Cette lutte a été pour la reconnaissance des qualifications, le respect de la formation initiale en Master, la qualité du service rendu à la population. Chez les kinésithérapeutes, des expressions unitaires ont aussi été réalisées pour avoir une rencontre au niveau ministériel.

► **Personnels médico-techniques** : L'activité du collectif durant ces 4 dernières années s'est portée sur la réingénierie des diplômes de Manips radio et Techniciens de labo ainsi que sur l'ordonnance de 2010 sur la biologie médicale ; plusieurs tracts ont été publiés. Une pétition sur la reconnaissance de la pénibilité pour les techniciens de laboratoire a également été engagée..

► **Cadres de santé** : La fin de l'année 2012 a connu un début de mobilisation unitaire de cette catégorie professionnelle pour le respect de l'exercice professionnel.

► **Ingénieurs et Techniciens supérieurs** : Le collectif a été relancé à l'automne 2012 en axant sur les catégories professionnelles : TSH et ingénieurs. Cela permet de faire travailler ensemble les ingénieurs et techniciens supérieurs des services techniques, des services logistiques, de l'informatique, du secteur bio-médical...

Communication :

L'@ctu.mict : depuis le congrès de 2009, toutes les deux semaines un bulletin d'information @ctu.mict a été envoyé aux membres des collectifs et de la CE de l'Ufmict. Fin décembre 2012, nous en sommes au numéro 92. Les organisations qui le souhaitent peuvent aussi le recevoir. Ce support permet de traiter les questions d'actualité pour les catégories médecins, ingénieurs, cadres et techniciens au niveau revendicatif. Il est fait un point au sujet des questions d'organisation.

⇒ Des lettres électroniques ont été initiées et régulièrement publiées.

• Pour les personnels de direction : il y a eu 19 numéros jusqu'à début 2010.

• Médecins : il y a déjà 8 numéros de publiés.

• Psychologues : c'est 16 numéros qui ont été réalisés et expédiés dans les organisations.

⇒ Encarts Options

