



Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

INFOS MÉDECINS

Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens (UFMICT)

Juin 2025 - n°28

L'ACTUALITÉ

➤ Médicament : ils osent tout !

Mai 2025 : Donald Trump signe un décret destiné à diminuer autoritairement aux USA le prix des médicaments ; une mesure sociale inattendue de la part d'un gouvernement libéral et ultra-conservateur ?

Bien au contraire, elle est prise dans l'objectif d'une compensation pour les entreprises sur le marché européen, et elle permet aux grands groupes de l'industrie pharmaceutique d'utiliser cet argument pour se livrer à un véritable chantage auprès des instances européennes et françaises, au moment de la conclusion des négociations au Conseil de l'UE sur le « paquet pharmaceutique ».

Dans une tribune publiée le 23 avril dans le Financial Times, les PDG de Sanofi et Novartis appellent l'Union européenne à relever les prix des médicaments « innovants », en déniant un « déclin de la compétitivité bio pharmaceutique européenne ».

Comme le rappelle France Assos santé dans une réponse, derrière cette prise de position, ce ne sont pas les considérations de santé publique qui dominent, mais bien celles d'acteurs financiers : en 2024, Sanofi a réalisé un bénéfice net de 5,7 milliards d'euros, et Novartis de 11,9 milliards de dollars.

Des montants qui, dans un contexte où le système de santé français peine à financer les soins essentiels, suffisent à démasquer l'imposture d'une prétendue « crise de compétitivité » de ces entreprises.

Et encore faut-il regarder de près l'impact réel de ces médicaments « innovants » ; on aimerait avoir sur le système de santé français une étude du même type que celle parue dans le Lancet fin 2024¹ qui évalue pour le NHS au Royaume-Uni le gain de santé par les nouveaux médicaments, au regard

des traitements et services qui sont pénalisés par la mobilisation d'importantes ressources pour coller aux recommandations formulées par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) pour ces nouveaux médicaments.

Dans l'ensemble, l'impact cumulé des médicaments recommandés par le NICE sur la santé de la population a été négatif, avec une perte nette d'environ 1 à 25 millions de QALY dans la période 2000-2020.

Un argument supplémentaire pour ne pas laisser aux groupes pharmaceutiques la place qu'ils occupent dans le développement du médicament et la fixation du prix, et militer pour un pôle public du médicament en France.

Au-delà du médicament, la financiarisation croissante du système de santé est un combat de tous les instants et de tous les terrains, comme le rappelle ci-dessous un article sur le risque de privatisation du stockage de sang de cordon.

SOMMAIRE

- Médicament : ils osent tout ! p.1
- Désertification médicale et morts évitables : un débat complexe et nécessaire p.2
- Praticiens à Diplôme hors Union Européenne : une précarité qui fait l'affaire des ARS p.2-3
- Droit de suite : Plus d'un an après, la Loi Valletoux n'est pas appliquée, la précarité de tous les PADHUE non lauréats n'a cessé de se dégrader. p.3
- La Banque de sang du cordon française doit rester publique p.4-5
- Installation des médecins : réguler sans contraindre ? n'est pas appliquée, la précarité de tous les PADHUE non lauréats n'a cessé de se dégrader. p.5-7

¹ <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2824%2902352-3>

► Désertification médicale et morts évitables : un débat complexe et nécessaire pédopsychiatrie

Avril 2025 a vu la discussion par l'Assemblée nationale et le sénat de deux propositions de loi destinées à lutter contre la désertification médicale ; la proposition Garot, adoptée par l'assemblée, a été à l'origine d'une fronde des principales organisations de médecins, internes, hospitaliers et libéraux, par ses propositions donnant aux ARS le pouvoir de répartition de l'installation des médecins, sous couvert d'indicateurs encore mal définis ; la proposition Mouiller, adoptée par le sénat, est plus modérée sur les mesures proposées de régulation.

Si personne ne conteste la réalité du déficit de médecins, résultat de décennies de politiques malthusiennes de recrutement, mais aussi de fermetures de lits, de services, et de centres hospitaliers, ni celle du déficit d'accès aux soins d'une majorité de la population française (87 % du territoire est considéré comme un désert médical), le débat sur les solutions reste difficile ; nous sommes certainement dans la plus mauvaise situation pour discuter de régulation de

l'installation : le nombre de médecins est si faible que toute mesure ne peut être qu'une répartition différente de la misère et de la pénurie ; et les jeunes médecins se sentent évidemment trahis par des mesures qui les pénalisent sans leur avoir été présentées à l'origine de leurs études.

Le constat est sans appel : aujourd'hui, ce sont des populations sans accès direct aux soins, ce sont quotidiennement des morts évitables ; c'est une urgence ; mais les propositions à discuter sont diverses et pas toujours convaincantes, empreintes pour certaines d'un conservatisme corporatiste, pour d'autres d'une vision à plus long terme, mais empirique, pour d'autres enfin d'une conception du système de santé au service inconditionnel de la population ; le débat est difficile, et nous voulons le lancer aujourd'hui dans ces newsletters du Collectif médecins UFMICT-CGT ; toutes les contributions seront les bienvenues !

► Praticiens à Diplôme hors Union Européenne : une précarité qui fait l'affaire des ARS

Depuis l'annonce des résultats des épreuves de vérification des connaissances (EVC) d'octobre 2024 des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne (PADHUE), le ministère de la Santé persiste à refuser toute discussion sur le sort des praticien·nes non lauréat·es, qui se retrouvent pour la plupart dans des situations dramatiques.

Rappelons que 4 000 postes ont été officiellement « ouverts » cette année, un chiffre très inférieur aux besoins réels, et qui n'a pas été le résultat d'un recensement exhaustif par les ARS. Environ 20 000 postes de praticiens hospitaliers ne sont pas pourvus en France ! DGOS et CNG manquent ainsi encore une fois l'occasion de réduire la désertification médicale de nombreuses régions et les effets délétères pour la prise en charge des patients, pouvant conduire à des défauts de prise en charge et des morts évitables.

Selon nos recensements, près de 5 000 médecins se sont vus refoulés, au fil des années, alors même qu'elles et ils ont tenu pendant des années des

postes hospitaliers et effectué de nombreuses gardes d'urgences, à la satisfaction de leurs collègues et de leur hiérarchie.

De toute évidence, les EVC sous la forme actuelle ne sont pas le bon outil de recrutement ; elles sont en réalité un moyen de maintenir toute une catégorie de praticiens dans une situation de sujétion, et de maintenir une « vis sans fin » de candidats étrangers dans des statuts mal rémunérés et précaires.

Nous dénonçons depuis des années la situation intolérable faite aux PADHUES en poste, non-lauréats, qui se voient éjectés de leur poste (parfois de leur logement !) après des années de service, souvent remplacés par d'autres PADHUES.

C'est un turn-over inadmissible, du point de vue humain, mais aussi du point de vue de la qualité de prise en charge des patients et de la gestion des services.

Notre collectif médecins UFMIC-CGT renouvelle son exigence de suppression des modalités actuelles d'intégration des PADHUES en poste sur notre territoire, et ses propositions pour une intégration égalitaire, en fonction, comme pour les praticiens à diplôme européen, des titres et travaux et services rendus.

Nous saluons la volonté des associations de PADHUES de maintenir la pression sous des formes diverses vis-à-vis du ministère ou des ARS ; nous les soutenons et demandons aux élus de les soutenir :

C'est la Santé de nos concitoyens qui est en jeu !

Christian GUY-COICHARD, Paris

➤ **Droit de suite : Plus d'un an après, la Loi Valletoux n'est pas appliquée, la précarité de tous les PADHUE non lauréats n'a cessé de se dégrader.**

La loi Valletoux, promulguée fin décembre 2023, limite à deux le droit de concourir depuis le territoire français, et crée un statut contractuel dénommée PACT, conditionné à la délivrance par l'ARS d'une autorisation de travail de 13 mois,

Mais rien n'est actuellement sorti des « plateformes » ARS ouvertes en mars dernier ! Pas une Autorisation d'Exercice Provisoire (AEP) n'a été signée actuellement !

De nombreux PADHUE, non lauréats de l'EVC 2024 (ils sont environ 5 000 sur 7 000 ayant présenté les EVC 2024 depuis le territoire) voient leurs contrats de FFI et de SA (stagiaires associés) non renouvelés par des directions.

En l'absence d'AEP, les contrats de PACT ne sont pas signés, et la pire des précarités s'est installée avec de nombreuses fins de contrats non motivées ! Alors que, depuis 2010, les circulaires anti-précarités nécessitent qu'elles le soient !

« En même temps » comme si ces abus ne suffisaient pas, les PADHUE restent, en tant qu'« étudiants », soumis aux autorisations de séjour délivrées par les préfectures, de six mois renouvelables jusque 24 mois pour les positions dites universitaires.

Rappelons le terreau de la loi Valletoux : fin 2022, le législateur fait table rase des positions statutaires stables :

À savoir le cadre de Praticien Attaché Associé payé 3 000 €, qui a été mis en extinction.

Cette décision politique a fait basculer plusieurs milliers de PADHUE en fonction sous des statuts pseudo-étudiants parfaitement précaires et parfaitement illégaux de FFI, et Stagiaires associés, soit un retour à une rémunération moindre, ceci tout au long de 2023.

La loi Valletoux avait pour prétention de créer un statut PACT capable de faire disparaître ces positions étudiantes FFI et SA sous-payées (1 500 €) :

Nos syndicats d'Établissements signalent des cas où les directeurs interrompent les contrats des PADHUE dès qu'une candidature moins illégale d'étudiant primo arrivant est disponible.

Nous entendons nous mobiliser et mettre en lumière auprès de nos élus ces pratiques directoriales, pour que le droit à un statut digne et pérenne l'emporte enfin sur la traite économique insensée sur le plan santé publique, de ces professions médicales et pharmaceutiques.

Eric Tron de Bouchony, Saint Nazaire

► La Banque de sang du cordon française doit rester publique

Le sang de cordon ombilical ou sang placentaire est particulièrement riche en cellules hématopoïétiques souches, c'est-à-dire non différenciées. Celles-ci, mises en culture, peuvent remplacer une greffe de moelle osseuse dans de nombreuses maladies hématologiques touchant l'une ou plusieurs des trois lignées sanguines comme, par exemple, les leucémies chez l'enfant.

La première utilisation de sang de cordon chez un enfant porteur d'une anémie sévère remonte à 1988 et fut réalisée par une équipe de l'Hôpital Saint-Louis à Paris.

Depuis, on estime à plus de 50 000 les greffes de sang placentaire effectuées un peu partout dans le monde.

En France, les prélèvements humains sont régis par les lois de Bioéthique et il est clairement stipulé que le don (volontaire) est anonyme et gratuit. Aucune transaction commerciale ne doit être effectuée à cette occasion¹.

Les organismes chargés de collecter, traiter et stocker ces échantillons humains ne doivent facturer que leur coût de fonctionnement. Il est par ailleurs précisé que des prélèvements d'échantillons humains ne doivent pas être effectués pour un usage personnel.

(le sang de cordon pourrait en effet être « mis de côté » à la naissance et utilisé en cas de besoin par l'enfant lui-même ultérieurement : cela n'est pas admis et de plus aucun bénéfice à utiliser son propre échantillon n'a été retrouvé lors d'études prospectives.

La loi française prévoit que le don de sang de cordon peut être fait, de manière exceptionnelle, à ses frères et sœurs en attente d'allogreffe intrafamiliale, mais seulement en cas de nécessité thérapeutique avérée et dûment justifiée lors du prélèvement.)

Cependant, en 2016, le tribunal de Grande Instance de Grasse dans les Alpes-Maritimes a rendu un jugement autorisant une famille à stocker un prélèvement de sang de cordon dans une banque privée britannique au prétexte qu'il existait un risque familial pathologique particulièrement marqué.

Il faut souligner que la loi française interdit habituellement de transporter, ou d'envoyer par

colis, du sang de cordon ombilical à une société privée basée à l'étranger (articles 511-8 à 511-8-2 du Code pénal).

Les critiques ont fait valoir que cette décision pourrait favoriser à l'avenir l'installation de banques de sang de cordon privées sur le territoire français, alors qu'un système de banque publique de sang de cordon congelé existe à finalité d'allogreffes phénotypiquement identiques (c'est-à-dire hors du cadre familial).

Il faut bien comprendre que la situation française avec son stockage public pris en charge intégralement par l'Etat fait figure d'exception, y compris en Europe : Dans plusieurs pays européens comme en Hongrie, en Bulgarie, en Lituanie, au Luxembourg, en Roumanie, en Estonie et au Danemark, seules des banques de sang de cordon privées sont disponibles. En Norvège, et plus loin de nous en Nouvelle-Zélande, il en va de même, explique Allane Madanamoothoo Professeure associée en droit, EDC Paris Business School².

Il faut dire que le marché est « juteux » pour les investisseurs : ce marché du sang du cordon est en pleine expansion avec un chiffre d'affaires mondial annuel de plus de 30 milliards de dollars et devrait atteindre les 50 milliards en 2030.

Actuellement on considère que seuls 800 000 échantillons sont hébergés par des organismes publics dans le monde contre plus de 4 millions au privé...

Aux Etats Unis, royaume de la libre entreprise, il en coûte aux familles des frais initiaux de 1 000 à 2 000 dollars pour le prélèvement et le stockage, suivis de frais annuels de plus de 100 dollars pour l'entreposage (annuel, sans limitation de durée [à vérifier])

Coté « éléments de langage », les stratégies de marketing des banques de santé privées, qui présentent le sang de cordon comme une « assurance » contre de futures maladies mortelles, induisent les familles en erreur, sans compter sur une éventuelle faillite de l'organisme « bancaire » qui transfère alors les échantillons à l'étranger sans en informer les familles comme dans l'affaire Cryo-Save³ en 2020 :

² <https://theconversation.com/banques-de-sang-de-cordon-ombilical-la-france-en-pointe-220184>

³ <https://www.letemps.ch/sciences/affaire-cryosave-recherche-cellules-souches-disparues>

¹ articles 16-1 et 16-5 du Code civil

Jouant sur d'hypothétiques promesses thérapeutiques, CryoSave proposait à ses clients de conserver les cellules-souches issues du cordon ombilical de leur nouveau-né. La société basée en Suisse a subitement fermé et déplacé tous les échantillons en Pologne et à Dubaï avant de déposer le bilan, les responsables disparaissant dans la nature.

Les quelque 260 000 familles clientes de CryoSave n'ont pu obtenir d'informations fiables sur le devenir des échantillons biologiques de leurs enfants.

Ceux-ci contiennent pourtant de l'ADN et peuvent, en théorie, être utilisés à des fins de recherche sans aucun consentement du donneur ou de ses ayants-droits, ce qui est illégal, du moins en droit français.

En Suisse et en Espagne, existe un système hybride où une partie du sang seulement est publique, l'autre restant privée à usage du donneur ou de ses proches. Ceci réduit l'accès au soin pour des patient-e-s compatibles et bien que l'Etat puisse imposer

l'accès à ce sang privé (réquisition), c'est alors à la collectivité publique de payer les frais bancaires... Un transfert de fonds du public vers le privé de plus.

Cette mainmise du privé lucratif sur la santé notamment d'enfants est inacceptable puisqu'elle ne respecte pas la Loi de Bioéthique d'une part, mais de plus rend inégalitaire l'accès à la santé et au soin en monnayant des tissus humains les réservant aux plus fortunés...

Restons donc vigilants sur la pérennité de l'exception française en matière de stockage des échantillons de sang de cordon et assurons nous que l'Europe ne prévaudra pas sur le Droit Français : Oui, un service public fort est indispensable dans ces temps de prétentions financières sans limites, et Notre devoir est de rendre comptables nos élu-e-s du maintien de ce Service Public comme des autres...

Dr Pierre FIEUZAL , Poitiers

EN DEBAT !

► Installation des médecins : réguler sans contraindre ?

Le collectif des médecins CGT lors d'une réunion du 3 mai 2025 où a été invité Thomas Bourgeois, Porte-Parole de l'ISNAR – MG a discuté de la proposition de loi Garot visant à réguler l'installation des médecins.

Syndicat de travailleurs salariés, la CGT est naturellement favorable à un exercice salarié en centres de santé, qui est choisi par un nombre croissant de jeunes médecins.

Pour autant elle ne peut se désintéresser de l'accès aux soins de la population et donc des confrères d'exercice libéral.

Les jeunes médecins veulent exercer avec d'autres confrères, en lien avec les professionnels paramédicaux, soit en groupe, soit en exercice salarié à l'hôpital ou en centre de santé où ils auront moins d'activité en nombre de patients vus et bénéficieront d'horaires contrôlés, de congés payés, etc...

A nombre de médecins égal cela signifie donc une offre de soins moins importante qu'en libéral même

si d'après l'ISNAR le rapport de 1/2,3 avancé par la CSMF est nettement surévalué.

L'exercice en centre de santé fait-il disparaître le paiement à l'acte ? Oui pour le médecin, qui est salarié.

Non pour la Sécurité sociale : c'est l'employeur qui est rémunéré par les actes effectués par les médecins qu'il emploie. Il y a un risque de pression sur les médecins pour voir plus de patients et donc exploiter plus leur travail, et un risque de financiarisation avec l'apparition en santé ambulatoire de groupes financiers rachetant ou implantant des centres de soins notamment en ophtalmologie et en soins dentaires, mais aussi en médecine générale notamment pour les consultations non programmées, après les pharmacies et les laboratoires d'analyses biologiques.

Convention médicale et secteur II. La France dispose d'un système de santé particulier, articulé entre un hôpital public et ses CHU créés par la loi

Debré de 1958, et un secteur ambulatoire encore en grande majorité d'exercice libéral. La convention médicale nationale de 1975 a représenté un grand progrès social : c'était un accord gagnant-gagnant, permettant à tous les assurés sociaux de consulter tous les médecins, et aux médecins d'être assuré que tous les assurés sociaux puissent payer leurs consultations.

Elle a été remise en cause dès 1980 par la création du secteur II à honoraires libres, porté par les médecins opposés à la convention nationale, puis par l'intervention de plus en plus pesante des gouvernements successifs.

Ouvert à tous les médecins à l'origine, le choix du secteur II peut se faire actuellement lors de la première installation pour les médecins pouvant prétendre à un certain nombre de titres hospitaliers. En dehors du cas particulier du secteur privé à l'hôpital, l'exercice en secteur II, contrairement à une idée reçue, permet, en tendance, non pas de gagner plus mais de travailler moins.

En effet le chiffre d'affaires moyen dans les deux secteurs est à peu près équivalent, et à chiffre d'affaires équivalent le revenu en secteur I plus important du fait de charges sociales moins élevées.

Dans certaines spécialités, la grande majorité des praticiens libéraux choisit le secteur II dans le but de valoriser leur titre et de maîtriser leur temps de travail, ce qui pose le problème de l'accès aux soins de la population.

La politique du gouvernement vise à faire 20 milliards d'économies sur la santé et la sécurité sociale pour alimenter « l'économie de guerre ». Les cotisations sociales liées aux salaires ne représentent plus que 48% des recettes de la sécu. L'ONDAM d'austérité n'est tenable qu'au prix d'une réduction des soins.

La PPL Garot, qui rappelons-le a été proposée et votée par une large majorité allant de LFI aux Républicains, ne remet pas en cause cette politique. Son article phare, l'article premier, propose de faire réguler l'installation des médecins par les ARS dans le contexte actuel de pénurie.

Dans les zones dites sur dotées, cette installation ne pourra se faire qu'en remplacement d'un médecin partant à la retraite.

Disons tout de suite qu'à l'heure actuelle il n'existe plus de zones « sur dotées » mais des zones mieux dotées que d'autres. 80 % des territoires sont sous

dotés en médecins. Le zonage actuel porté par les ARS (dit APL) est très critiquable.

Le calcul sur lequel il se base du nombre de consultations annuelles dans tel ou tel territoire pondéré par l'âge de la population ne rend pas compte des très nombreuses situations particulières.

Le territoire retenu hors des grandes agglomérations n'est pas le plus pertinent dans de très nombreux cas. Dans les grandes villes, une commune peut être déclarée bien dotée si les beaux quartiers sont bien pourvus à côté de manques criants dans les quartiers populaires et les banlieues.

Le représentant de l'ISNAR nous a donné des exemples précis et parlants de calculs et de zonage inappropriés, sur la base de la méthodologie précisée par l'arrêté du 1^{er} octobre 2021.

Pour autant **une certaine forme de régulation de l'installation semble souhaitable** pour favoriser l'installation dans les lieux les plus dépourvus.

Mais la coercition nous semble de nature à aggraver le problème plutôt que d'y trouver un remède.

Les jeunes envisagent pour la plupart de s'installer dans un territoire qu'ils connaissent, où ils ont leur famille et leurs amis, un emploi pour leur conjoint, des services publics, des écoles collèges et lycées pour leurs enfants : quoi de plus normal ?

Ils déclarent pour la plupart que si on leur impose leur lieu d'installation, ils choisiront un autre mode d'exercice.

La pénurie de médecins est telle dans tous les secteurs d'activité qu'on peut facilement trouver un poste près de chez soi quitte à abandonner la médecine de soins.

Un confrère ancien pH nous a expliqué qu'il n'est pas choqué car il a dû choisir sur la base d'un concours national un poste dans une autre région que la sienne pour le début de sa carrière. Mais il s'agit là d'un poste dans la Fonction publique avec une règle du jeu connue et acceptée par les candidats, qui avaient le choix de choisir un autre mode d'exercice si cela ne leur convenait pas.

Les aides financières à l'installation dans les zones peu pourvues en médecins ont montré leurs limites : on ne s'y installe pas pour gagner plus. On peut imaginer des mesures d'incitation positives, par exemple des bourses d'études ou d'autres mesures pour les étudiants d'origine modeste, en contrepartie d'un engagement de service public.

La PPL Moullier soutenue par Bayrou va dans la même logique : elle propose de contraindre les médecins (sur la base d'un « volontariat » assorti de sanctions pour qui s'y refuserait) à effectuer deux jours de travail par mois dans des zones particulièrement démunies. C'est tout de même près de 10 % du temps de travail où les médecins concernés ne seront pas auprès de leurs patients...

On ne pourra sortir de cette pénurie qui étrangle le système de santé en ville comme à l'hôpital qu'en dotant les ARS des outils de mesure et des constats indépendants, sous le contrôle démocratique des représentants et élus locaux, en dotant chaque département d'une capacité de formation universitaire médicale et paramédicale, et en finançant par le ministère de la Santé et des universités l'organisation d'un plan ambitieux de formation de médecins.

Dans l'immédiat, les prévisions ministérielles ne permettent pas de combler le déficit démographique médical avant 2030 : de l'ordre de 4 000 PADHUE exercent en France et la loi Valletoux votée fin 2023 doit être à son tour réformée : elle n'a prévu qu'un turn-over sans fin pour deux tiers des PADHUE en poste chaque année, alors que l'attribution pour 3 700 PADHUE d'un accès au plein exercice sur dossier s'est montrée possible par la loi dite « du stock » entre 2021 et 2023.

Rien ne justifie l'absence d'évolution rapide de tous les PADHUE, à l'instar des confrères de l'UE, vers des contrats dignes et pérennes, ce que

nous défendons, c'est une définition des besoins soutenue par les élus locaux qui doivent être écoutés par les actuelles ARS, le développement de l'Exercice Salarié Pluridisciplinaire en Centre de Santé, la décentralisation des structures d'accueil et d'encadrement des Médecins en formation, la reconnaissance des PADHUE à un niveau salarial comparable, la priorité absolue à la continuité d'une protection de la santé de la population, comme objectif Constitutionnel que notre organisation avec d'autres entend imposer contre les vents mauvais de l'économie dite « de guerre » aux responsables ministériels de « l'offre de soins ».

Voilà les objectifs, dont nous n'entendons pas nous dessaisir.

Pour protéger la santé de la population, au plus près de ses besoins, nous disons aussi que doit s'arrêter l'exemption ou la réduction de la part patronale de nos cotisations.

Doit s'arrêter également le détricotage législatif au profit du secteur financier, de l'état social issu de l'après-guerre : cet état social a permis l'accès aux soins de tous, et dans la vague réactionnaire de Macron à Trump, c'est un objectif que notre syndicat défend comme vital et prioritaire.

Paul ROBEL, Vannes



Union Fédérale CGT des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens.ne.s

Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la CGT.

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
E-mail :

Fédération Santé et Action Sociale - Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX - ufmiect@sante.cgt.fr - Tel : 01 55 82 87 57