

# La Tribune

n°66 - décembre 2010

**FO** santé  
la force syndicale

**Apprentissage**

**Temps de travail**

**Handicap**

**Formations paramédicales :  
nouvelles perspectives**

VIE PROFESSIONNELLE ET ASSURANCE

# Ne soyez plus seul face aux risques du métier...

3 questions à Corine Perrin, enseignante en collège, 32 ans

**Lorsqu'on est un agent du service public, les risques du métier sont une réalité bien tangible. C'est pourquoi la GMF a conçu VIE PRO, un contrat qui vous accompagne tout au long de votre mission.**

**Pourquoi avoir souscrit le contrat VIE PRO de la GMF ?**

Un accident en milieu scolaire, c'est vite arrivé ! Un élève peut chuter dans l'escalier, avoir un accident dans la cour de l'école ou lors d'une sortie de classe... Avec le contrat VIE PRO, je bénéficie d'un véritable accompagnement. Je peux ainsi mieux faire

face aux conséquences d'un accident grave touchant l'un de mes élèves.

**Quels sont les avantages du contrat VIE PRO à vos yeux ?**

C'est d'abord son prix ! Pour 25 euros par an, je suis couverte pour la plupart des risques du métier. Je profite en

## VIE PRO Des avantages pour tous les agents des services publics

Le contrat VIE PRO s'adresse à tous les agents des services publics (enseignants, agents territoriaux, agents de La Poste, de la SNCF, sapeurs-pompiers...). Il offre une protection face aux risques professionnels (agression, responsabilité civile personnelle, accidents du travail...), complétée par les garanties suivantes :

- une assistance psychologique en cas de traumatisme suite à une agression, un accident du travail ou une procédure pénale
- une garantie secours agression : indemnisation des effets personnels, frais de reconstitution des papiers, des sentures...
- un coup de pouce supplémentaire : en cas d'arrêt de travail de plus de 90 jours suite à une maladie ou accident professionnel, la GMF vous verse un capital de 3 000 euros. En cas de licenciement ou de mise à la retraite d'office, vous percevez 3 000 euros supplémentaires pour vous aider à franchir ce cap.

ou pour engager un recours si je suis victime d'une agression, par exemple.

**Avez-vous déjà fait jouer votre contrat ?**

Pas encore, mais je sais que je dispose, en cas de besoin, d'un service d'information juridique par téléphone. J'ai été séduite par le caractère immédiat de l'intervention en matière pénale. En effet, grâce au numéro d'urgence accessible 24 h/24, 7 j/7, je peux accéder à un avocat sans délai. C'est une sécurité supplémentaire, en plus de la protection statutaire à laquelle j'ai droit par ailleurs. Car on ne sait jamais ce qui peut arriver...

**VIE PRO :  
25 € par an**

particulier d'une protection juridique professionnelle étendue qui intervient au plan juridique et financier, ainsi que d'une assistance psychologique pour moi et mes proches. Cela me paraît indispensable en cas de poursuite devant un tribunal,



Pour en savoir plus sur ce contrat GMF : appelez le 0 820 801 061 (0,12 € TTC/mn) ou connectez-vous sur [www.gmf.fr](http://www.gmf.fr)

## Retraites : ce n'est pas fini !

La loi sur les retraites est votée, le gouvernement et le Président de la République ont choisi le passage en force pour leur projet socialement injuste et économiquement inefficace.

Malgré leurs "efforts" de communication (de propagande même), ils n'ont convaincu personne : ni les millions de personnes qui ont participé aux manifestations, ni les salariés qui ont fait grève, y compris de manière reconductible.

Les travailleurs veulent conserver leur droit à la retraite à 60 ans (à 55 ans pour la catégorie active de la fonction publique). Ils refusent l'allongement de la durée de cotisation (qui se traduira notamment par une diminution du montant des retraites). Ils n'acceptent pas l'injustice consistant à leur faire supporter la quasi intégralité de l'effort de cette contre réforme.

Quant à l'argument "la durée de vie s'allonge, il est normal de travailler plus longtemps", tout le monde a compris qu'il était fallacieux. Le jour du vote de la loi, un journaliste <sup>(1)</sup> du "Monde" résumait la situation : *"M. Sarkozy a atteint l'essentiel : faire passer une réforme qui préserve la notation financière de la France. La vraie réforme reste à faire. Le Parlement a fixé un rendez-vous en 2013."*

Cela sonne comme un aveu !

Depuis le 15 juin, la confédération Force Ouvrière a engagé le combat pour revendiquer sans ambiguïté le retrait du projet de loi, le gouvernement n'acceptant pas d'amender le texte sur les mesures d'âge ni d'examiner nos propositions concernant le financement des régimes de retraites.

Nous pensons que cette revendication claire, associée à un appel à une grève interprofessionnelle (public/privé) était de nature à faire plier le Gouvernement.



**Didier BERNUS**  
Secrétaire Général  
Fédération FO Santé et Services Publics

Ces propositions n'ont pas été retenues par certaines organisations syndicales ; néanmoins FO s'est efforcé à maintenir une unité d'action.

Ce passage en force, symbolisé par la promulgation de la loi, pourrait signifier la fin du contentieux. Il n'en est rien ! L'injustice demeure et cette contre-réforme reste en travers de la gorge des salariés.

Et puis l'ouverture en direction d'un régime de retraite par points (le fameux rendez-vous de 2013), régime unique sonnait le glas de la CNRACL <sup>(2)</sup>, du régime propre aux fonctionnaires, et à terme, de la retraite par répartition : nous n'en voulons pas !

Pour toutes ces raisons, le dossier des retraites n'est pas clos. La fédération FO des Services Publics et de Santé, avec la confédération FO, saisira toutes les occasions pour rappeler et défendre ses positions, exiger l'abrogation de la loi, garantir le système par répartition et le code des pensions civiles et militaires.

Plus que jamais, l'adhésion au syndicat libre et indépendant FO marque la volonté des salariés de défendre leurs droits et leurs revendications.

<sup>(1)</sup> Arnaud Leparmentier – « Le Monde » daté du 27 octobre 2010

<sup>(2)</sup> Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

<b>Editorial</b> Didier BERNUS	<b>3</b>
<b>Le mot de J.C. Mailly</b>	<b>4</b>
<b>Brèves</b> Voeux	<b>5</b>
<b>Personnes handicapées</b> Nouvelles règles.	<b>6</b>
<b>Retraités</b>	<b>8</b>
<b>Régions</b> Nord-Pas de Calais	<b>10</b>
<b>Organisation</b> Temps de travail	<b>12</b>
<b>Dossier</b> Formation paramédicales	<b>15</b>
<b>Des contrats d'apprentissage</b> dans la fonction publique	<b>22</b>
<b>A.N.F.H.</b> Axes de formation 2011	<b>24</b>
<b>Dépendance</b> 5 <sup>ème</sup> risque	<b>27</b>
<b>Santé Privée</b> Représentativité	<b>28</b>
<b>Femme et militante</b> Marie-Brigitte FIRAGUAY-WERMEISTER	<b>30</b>

## Le mot de

Jean-Claude

**MAILLY**

secrétaire général



Le dossier des retraites a engendré une vague de mécontentement dont le contre-coup sera ressenti pendant longtemps. La confédération maintient que cette loi injuste ne règle pas le problème de l'équilibre des retraites et que le dossier n'est pas clos.

Par ailleurs, le gouvernement a renvoyé aux partenaires sociaux le règlement de la question du financement du régime d'assurance chômage qui va devoir accueillir ceux qui, sans emploi et avec peu de perspectives d'en retrouver un, vont devoir attendre jusqu'à deux ans de plus l'ouverture du droit à liquider leur retraite.

Cette injustice a été durement ressentie par les jeunes qui ont compris que leur avenir, immédiat et à long terme, s'assombrissait : d'une part, les emplois occupés par les seniors 2 ans de plus sont autant d'opportunités en moins et, d'autre part, la perspective de leur propre départ en retraite s'éloigne. La situation des jeunes est dramatique sachant que la majorité des embauches se fait sous contrat précaire : carrières en pointillé, difficultés à se construire une vie, etc.

A ce propos, la confédération n'avait pas attendu l'issue du dossier retraite, comme certains l'ont fait afin de faire diversion, pour écrire au gouvernement et demander la mise en place de mesures pour l'emploi des jeunes.

La confédération a tiré le bilan du mouvement sur les retraites et, loin de baisser les bras, a expliqué, rappelé les positions des uns et des autres. Elle continuera à développer ses revendications car, tôt ou tard, le dossier des retraites va revenir sur le tapis.

On a aussi pu se rendre compte de toute la nocivité des conséquences de la loi sur la représentativité : en refusant, semaine après semaine, de mois en mois, d'appeler à une journée de grève interprofessionnelle, les deux leaders de l'intersyndicale (dont FO s'est démarquée quant au contenu des communiqués « communs ») ont amorti l'impact de la riposte des salariés au plan WOERTH.

Loin de favoriser l'efficacité de la mobilisation, on a pu mesurer que le tandem CGT-CFDT a plombé le mouvement en refusant de donner les moyens à la protestation contre le projet des retraites de se structurer. La multiplication des journées de grèves et de manifestations, bien qu'exceptionnelle, a fini par user la capacité de mobilisation.

FORCE OUVRIERE a assumé ses responsabilités, a pris, dès le départ, une position cohérente et a formulé constamment son appel à une journée de grève interprofessionnelle.

Nous allons poursuivre le combat en préservant cette indépendance de décision et d'action et nous débattons de cette situation et de nos orientations au prochain congrès confédéral en février de l'an prochain.

## Libres propos d'un retraité

**“Circulez, y a rien à voir” ? Voire ...**

Le gouvernement a la prétention d'affirmer que le dossier des retraites est “bouclé” puisque la loi a été voté au parlement fin octobre. “Circulez, y a rien à voir” semble dire le président de la République aux organisations syndicales, à leurs secrétaires généraux, à leurs militants, aux millions de manifestants qui se sont mobilisés depuis plus de sept mois pour combattre ce projet inique, géré directement par l'Elysée de façon autoritaire.

Que va-t-il se passer maintenant ? L'opposition parlementaire a décidé de saisir le conseil constitutionnel.

Cela aura pour effet de reculer de quelques jours voire quelques semaines la promulgation de la loi, qui s'appliquera donc et nécessitera de nombreux décrets d'application pour produire tous ses effets...néfastes ! Ne pouvons-nous pas considérer que cette loi est illégale dès lors qu'elle est rejetée par 70% du pays ?

La contre réforme des retraites n'est qu'un des volets du plan d'autérité que le gouvernement met en place sans le nommer. Retraite, emploi, pouvoir d'achat, tout est lié, parce que la société française reste une société solidaire, pour le moment...

La situation de l'emploi se dégrade : le nombre de chômeurs indemnisés progresse et les jeunes qui arrivent sur le marché du travail ont de plus en plus d'emal à obtenir le premier “vrai travail”.

La précarité est leur quotidien, y compris pour les plus diplômés d'entre eux. Le pouvoir d'achat régresse dans tous les secteurs, en particulier dans la fonction publique, qui voit ses salaires gelés jusqu'en 2012.

Projettons-nous dans quelques mois. Il est probable que l'Elysée va concocter un projet de loi sur la dépendance qui fera la part belle aux assurances privées : *quid* de la la sécurité sociale et de la création d'un cinquième risque ? En matière de retraite, le décompte par points va ...pointer le bout de son nez, à la satisfaction du M.E.D.E.F. et de certaines organisations syndicales !

En 2013 (c'est demain), cette question sera sur la table et devra être rejetée de toutes nos forces. Comme aujourd'hui, nous refuserons la rupture du lien intergénérationnel que représente le régime des retraites par répartition !

La Tribune FO Santé

**vous souhaite  
une Bonne Année  
2011**

# M.A.S., F.A.M. et S.A.M.S.A.H :

## du nouveau pour les personnes handicapées



Les structures et services accueillant les personnes présentant des « handicaps complexes » : Foyer d'Accueil Médicalisé (F.A.M.) ; Maison d'Accueil Spécialisé (M.A.S.) et Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés (S.A.M.S.A.H.) doivent depuis mars 2009 se conformer à des minima d'organisation et de fonctionnement.

Un bon nombre de ces structures relèvent du secteur public et leurs personnels du Titre IV relatif à la fonction publique hospitalière.

Voilà l'occasion de faire un rappel sur les buts et missions de ces entités mal connues du grand public.

### Quelles structures, quels publics accueillis ?

Lorsque la vie en milieu ordinaire s'avère difficile, de manière durable ou provisoire, il est possible de bénéficier d'une prise en charge ou d'un accompagnement spécialisé par un établissement médico-social, avec ou sans hébergement.

L'objectif principal de ces établissements est de développer l'autonomie des personnes adultes handicapées, tout en leur apportant un épanouissement par la pratique de loisirs, d'activi-

tés sportives et/ou culturelles. Les frais d'hébergement, établis sur la base d'un prix de journée, sont à la charge de la personne handicapée, sans que ses ressources puissent descendre en dessous d'un seuil minimum qui varie en fonction de ses ressources, du mode d'hébergement, de l'activité professionnelle, des allocations perçues...

Une partie de ce prix de journée peut être prise en charge par l'aide sociale départementale.

### La population des FAM et des MAS

peut présenter sensiblement les mêmes pathologies, mais avec un état de dépendance différent. Globalement, les personnes prises en charge en MAS ont une pathologie plus "légère" (essentiellement des polyhandicaps) ou des perspectives d'évolution plus favorables.

Les personnes prises en charge en FAM sont plus dépendantes, parfois avec une dégradation progressive (personnes psychotiques déficitaires, IMC, maladies neurologiques...).

Dans la mesure où il y a différence dans le degré d'autonomie dans la vie quotidienne, et la qualité du soutien de

l'environnement (famille...) cela induit une différenciation dans la prise en charge.

Ainsi, les MAS favorisent le maintien à domicile autant que possible, les FAM proposent une prise en charge complète.

Par ailleurs, cette approche différenciée du handicap a pour conséquence de privilégier des qualifications différentes dans chaque structure : dans les MAS, une grande place sera faite aux personnels éducatifs et de rééducation (ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes...)... alors que les FAM, privilégieront l'accompagnement psychologique.

Les S.A.M.S.A.H. (services d'accompagnement médicosocial des adultes handicapés) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de la personne.

Ils proposent un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de ses liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitent son accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils aident la personne à gagner en autonomie dans la réalisation de tâches quotidiennes (logement, gestion du budget, tâches ménagères, démarches administratives...).

### Etat de l'offre

L'évolution du nombre de places et d'établissements, en termes de MAS et de FAM, s'établit en France comme suit :

	MAS		FAM	
	établiss <sup>ts</sup>	lits	établiss <sup>ts</sup>	lits
1994	223	8555	_	3554
2002	358	14356	286	8358
2007	481	19196	492	13422

Ces chiffres – somme toute modestes, même si l'effort des dernières années est constant – pointent bien le chemin qui reste à parcourir afin de parvenir aux niveaux de qualité des pays d'Europe du Nord, lesquels restent à ce jour la référence en la matière.



## La réforme du 20 mars 2009

Les personnes handicapées adultes présentant une situation complexe de handicap ont besoin de soins ET de soutien en continu.

Forte de ce postulat, la réforme renforce plusieurs aspects de la prise en charge de ces personnes. Ainsi, les objectifs "nouveaux" en termes d'accompagnement se traduisent par un renforcement du développement et du maintien des acquisitions cognitives. Par exemple, lors des déplacements que la personne handicapée sera amenée à faire (consultation médicale, démarche administrative), l'établissement devra assurer la présence d'une tierce personne qui la connaît (nouvel art. D 344-5-9 CASF<sup>1</sup>).



La réforme comporte également des dispositions relatives :

- à l'organisation et au fonctionnement des établissements et services : outre l'établissement d'un contrat de séjour, ils devront mettre en place un dispositif d'urgence médicale à la fois matériel (ex. : matériel de maintien des fonctions vitales) et juridique (passation de convention avec un établissement de santé).

- au personnel : les établissements et services doivent disposer d'un plateau technique minimum. Outre le directeur garant de l'accueil et de l'accompagnement, les structures doivent mettre en place une équipe pluridisciplinaire (Art. D 344-5-12 CASF) composée AU MOINS d'un médecin généraliste, d'un éducateur spécialisé, d'un moniteur éducateur, d'un assistant de service social, d'un psychologue, d'un infirmier, d'un aide soignant, d'un AMP et d'un auxiliaire de vie sociale.

## Ce que FO revendique pour ce secteur

Les professionnels qui exercent dans ces structures ont bien évidemment à cœur de bien remplir leur mission. Toutefois force est de constater que l'offre médico-sociale n'est pas en adéquation avec les besoins, qu'ils soient exprimés

- en nombre de places (les listes d'attente et recours "aux placements" hors des frontières nationales notamment en Belgique, sont là pour attester des progrès qui restent à accomplir)

- en moyens consacrés à l'existant : les difficultés qu'éprouvent les structures à prendre en charge les demandes évolutives des personnes handicapées comme celles des "aidants naturels" (ex. : familles qui ont besoin de "réponses/répit") ;

forment une bonne partie des revendications des personnels.

Ainsi la demande de régulation est-elle trop souvent insatisfaite : les budgets trop étriqués répondent imparfaitement à la nécessité exprimée par les agents de retour sur les pratiques, de prise de recul...

Par ailleurs, la continuité des soins suppose de nombreux allers et retours entre domicile et établissement. Or l'arrêté du 15 septembre 2010 impose dorénavant l'élaboration d'un plan d'organisation des transports, lequel impactera directement le prix de journée des M.A.S. ou le forfait annuel des F.A.M.. Ce qui laisse augurer d'une compensation très imparfaite qui ne pourra s'équilibrer qu'aux dépens d'autres postes budgétaires, parmi lesquels



celui consacré à la rémunération des personnels...

Au moment où ces lignes sont écrites, le Parlement discute du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (P.L.F.S.S.) pour 2011. Les limitations d'ores et déjà apportées au taux de progression de l'O.N.D.A.M. (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) vont inévitablement pénaliser les moyens financiers consacrés au secteur médico-social. Et pourtant, celui-ci sera amené à prendre de l'essor ne serait-ce que pour faire face aux défis du vieillissement de la population et singulièrement de la population handicapée vieillissante.

Ces défis, FO entend, avec les personnels, le relever dans l'intérêt bien compris des professionnels de terrain comme de celui des personnes prises en charge ou accompagnées.



<sup>1</sup> Code de l'Action Sociale et de Familles

# La future (belle) vie des retraités

Rien ne laisse à penser que la condition du retraité sera meilleure demain qu'aujourd'hui



Depuis quelques semaines, le gouvernement organise un plan de communication sans précédent, à propos des retraites et des retraités. Du style «*Dormez tranquilles braves retraités, c'est pour votre bien que le gouvernement se démène afin de vous assurer la continuité de votre retraite (revenu de remplacement). Vous êtes retraités, la réforme ne vous concerne donc pas, et ceux qui prétendent le contraire sont des menteurs...*»!

Il faut rappeler à ceux qui nous gouvernent que les retraités ont encore cette capacité d'analyse et de perception des problèmes pour ne pas se contenter de ces affirmations sans y apporter quelques éléments de contradiction !

Ainsi, l'orchestration par le gouvernement de dispositions qui auraient pour effet d'opposer les salariés actifs (les cotisants) aux retraités (ceux qui perçoivent) est une entreprise de démolition de nos régimes de retraite par répartition.

Comment, dans un tel contexte, faire prendre conscience aux jeunes qui entrent sur le marché du travail qu'il faut défendre le système de retraite par répartition ? Poser la question est déjà extrêmement périlleux en soi.

Rien ne peut laisser penser aux retraités qu'ils ne seront en aucune manière touchés par les mesures annoncées, au contraire !

. **La garantie du pouvoir d'achat** déjà mise à mal par les pseudos revalorisations décidées par le gouvernement : qu'en sera-t-il pour les prochaines années ? Le plan de rigueur est là, alors l'évolution des retraites continuera sans aucun doute à être très proche de zéro.

. **L'augmentation la C.S.G** afin de la porter à un niveau identique pour les retraités et les actifs?

. **Les pensions de réversion** (pour les veufs ou veuves) pourraient être remis en cause dans la fonction publique : le projet est déjà dans les cartons du gouvernement.

. **Les mesures de déremboursement** par la sécurité sociale d'un nouveau groupe de médicaments est envisagé.

. **Les Maladies Longue Durée** : le gouvernement entend s'attaquer aux M.L.D, qui touchent préférentiellement retraités et personnes âgées.

Le désengagement de plus en plus

grand de l'Etat conduit le secteur mutualiste ou privé assurantiel à se substituer à la sécurité sociale afin de préserver les salariés et les retraités en matière de complémentaire santé. Cela signifie à la clé, une augmentation importante du montant des cotisations (de +5 % à +10 % par an) qui oblige beaucoup de petits retraités à ne plus adhérer à une mutuelle.

La conséquence est qu'ils ne peuvent plus avoir accès aux soins !

**En matière d'imposition**, pour les veufs et les veuves, la demi-part supplémentaire est supprimée (partiers sur une période de trois ans, sauf pour ceux qui ont élevé seuls (es) un enfant pendant au moins cinq ans avant qu'il n'atteigne l'âge de 16 ans).

Par ailleurs, la réforme des collectivités territoriales se traduira inéluctablement par une **augmentation de la taxe d'habitation, taxe foncière** sans occulter tout ce qui tourne autour des charges de la vie courante telles que : logement : eau, gaz, électricité, fuel, loyers...

Si après tout ce catalogue, nous, les retraités, sommes toujours convaincus de notre future (belle vie) alors c'est à n'y plus rien comprendre !

**Face à ces attaques sans précédent, les retraités doivent être aux côtés des salariés pour empêcher le gouvernement d'aller jusqu'au bout de ses projets de remise en cause de leur situation menés en faisant semblant de ne taper que sur les salariés actifs !**

La GRL, aboutissement d'une démarche forte des **partenaires sociaux, gestionnaires** du 1% logement devenu **Action Logement** a pour ambition de faciliter l'accès au logement du plus grand nombre de locataires (c'est-à-dire en particulier ceux ne présentant pas toutes les garanties habituelles) et ce, en particulier par la sécurisation des bailleurs.

Pour FO :

- C'est une formidable opportunité pour répondre à la pénurie de logements économiquement accessibles et à l'accroissement des exigences des bailleurs quant aux critères de solvabilité du candidat locataire.
- C'est une sécurisation qui vient en réponse à la précarisation de plus en plus importante des contrats de travail, des conditions de vie et des exigences de ressources inadaptées aux

capacités financières notamment des salariés en quête d'un vrai logement.

- C'est un nouveau levier d'action pour les politiques locales de l'Habitat.

FO considère que la pertinence sociale, économique et politique de la GRL est incontestable et doit être généralisée.

FO forme le vœu qu'elle soit une source d'inspiration et d'action rapide dans le secteur de l'accession à la propriété à travers la mise en place de la **Garantie des Risques Accédants** telle que soutenu par les partenaires sociaux et qui a fait l'objet d'un vote positif unanime du Conseil National de l'Habitat.

FO attend du gouvernement qu'il passe à l'acte.

**1% Logement** devient **Action Logement**  
Les entreprises s'engagent avec les salariés

**Dispositif d'Action Logement : la GRL**

## Garantie universelle des Risques Locatifs (GRL)

**> La nouvelle version de la GRL : un contrat d'assurance sociale**

QUOI ?	POUR QUI ?	COMMENT ?
<p><b>Le contrat d'assurance sociale</b></p> <p>1. Loyers impayés (LI) Loyer maximal : 13 000 € CC Bénéficiaire départ du locataire dans le 3ème délai garanti global de 70 000 € TTC</p> <p>2. Frais de procédure + gestion du recouvrement Inclus dans la garantie globale</p> <p>3. Dégradation Locative (DL) Maximum 7 100 € TTC</p>	<p><b>Taux d'effort*</b> * Part du loyer dans les ressources</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>50%</p> <p>50%</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Garantie sociale</p> <p>Personnes en situation précaire</p> </div> </div> <p>• Pour tous les bailleurs privés</p> <p>• Pour tous les locataires sans discrimination dans le cadre d'un taux d'effort de 50%</p>	<p><b>Financé par les primes d'assurance des bailleurs</b></p> <p>• Compensation financière Action Logement et l'Etat en cas de souscription</p> <p>• Traitement social pour les locataires en emploi</p> <p>• Financé par les primes d'assurance des bailleurs</p>

\* Le taux est élargi à 60% par les accédants. Les bailleurs sont invités à consulter plusieurs acteurs du marché.

\* Les logements sont à louer et à vendre. L'APAGL (Demos, Cautions, assurances) a financé le dispositif jusqu'en 2016.

**> Pour une diffusion massive de la GRL**

La GRL, contrat d'assurance, est une réponse adaptée à la réalité sociale et économique des bailleurs et des locataires : sécurisation du bailleur et aide à l'accès au logement pour le locataire.

**Les objectifs de la GRL :**

- faciliter l'accès au logement au plus grand nombre
- sécuriser les revenus locatifs du bailleur privé
- fluidifier le marché de l'offre locative privée
- mobiliser le parc locatif vacant
- réduire les procédures contentieuses et prévenir les expulsions

**Les atouts du dispositif de Garantie universelle des Risques Locatifs**

<p><b>Pour les bailleurs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sécurité totale</li> <li>• liberté du produit</li> <li>• simplification de la souscription</li> </ul>	<p><b>Pour les locataires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non discrimination en fonction de son profil</li> <li>• accessibilité au locatif simplifiée</li> <li>• dispense de fournir une caution personne physique ou morale</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**La mise en œuvre du produit GRL :**

- tous les bailleurs peuvent louer leur logement avec la GRL quel que soit le profil du candidat locataire dont le taux d'effort est inférieur ou égal à 50 %
- les locataires dont le taux d'effort à l'entrée dans le logement est compris entre 28 et 50 %, et les personnes en situation précaire dont le taux d'effort est inférieur à 50 %, bénéficient d'un traitement adapté en cas d'impayés

# Nord-Pas de Calais,

terre d'histoire du syndicalisme



Terril du bassin minier

“La région Nord-Pas de Calais a toujours été un carrefour, avec les inconvénients mais aussi les avantages que cela comporte. Si la région a subi de nombreuses destructions à chaque guerre, elle a aujourd'hui des infrastructures à la hauteur de ses ambitions (TGV, Thalys, Eurostar, tunnel sous la Manche) et est devenue incontournable dans le paysage européen.

C'est en 1850 qu'est mis en exploitation le gisement houiller du Pas-de-Calais. Le bassin minier va prendre alors le visage qui est encore le sien aujourd'hui. D'autres villes prennent leur essor grâce à la concentration et à l'expansion du textile et notamment dans la métropole Lille-Roubaix-Tourcoing. Parallèlement, la région devient également le berceau de luttes ouvrières très dures et souvent meurtrières, nos anciens ayant payé de leur vie les acquis et les droits dont nous avons encore - mais pour combien de temps ? - le bénéfice.

## Population

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, la population du Nord-Pas-de-Calais s'élève à 4,02 millions d'habitants.

L'âge moyen atteint 37,1 ans en 2006 mais reste la deuxième région « la plus jeune de France » derrière l'Île de France. L'espérance de vie régionale progresse mais ne comble pas l'écart persistant d'environ cinq ans avec celle de la moyenne nationale.

Le taux de chômage régional demeure important : au deuxième trimestre 2009, il atteint 12,8 %, soit 3,3 points de plus que la valeur nationale.

## Inégalité en matière sanitaire

Bien qu'en amélioration depuis les années 1980, la plupart des indicateurs de santé restent moins bons que dans les autres régions : certaines formes de cancers des voies aérodigestives,

l'alcoolisme.

Divers facteurs sont en jeu : tabac, alcool, conduites alimentaires, mais aussi séquelles du développement industriel et agro-industriel se traduisant par une exposition accrue de nombreux métiers, un environnement plus pollué qu'ailleurs et des inégalités socio-économiques en matière de prévention, de dépistage et de soins.

Le Nord-Pas-de-Calais reste sous-doté en infirmiers par rapport à la moyenne française, avec en 2005, seulement 664 professionnels pour 100.000 habitants, contre 745 au niveau national.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, les 201 établissements de santé de la région employaient environ 5% de la population active ayant un emploi 75.200 personnes : 65.550 sont personnels non médicaux dont 46.450 travaillent dans les services de soins et 19.100 dans l'administration, les services hôteliers, les services techniques et médico-techniques.

Les sages-femmes et les personnels des services de soins représentent 62% de l'ensemble des personnels hospitaliers de la région. Ils se composent pour un tiers d'infirmiers diplômés d'état, d'un deuxième tiers d'aides-soi-



Jean Claude COQUEL  
Secrétaire Régional Nord Pas de Calais,  
membre du Bureau Fédéral.



Annie DUHAIN secrétaire du Groupement Départemental du Nord et Didier BERNUS, secrétaire général

gnants, le dernier tiers englobant les autres catégories de personnels soignants. Parmi eux, les agents des services hospitaliers (ASH) représentent 13 % des effectifs.

La densité de l'ensemble des personnels non médicaux du secteur hospitalier régional est, là aussi, inférieure à la moyenne de la France métropolitaine. Toutefois on observe quelques exceptions, notamment pour les infirmiers spécialisés.

La région compte :

**49 établissements publics :**

- 1 Centre Hospitalier Régional Universitaire
- 40 Centres hospitaliers
- 5 Centres hospitaliers spécialisés dans les maladies mentales
- 3 Hôpitaux locaux

**152 établissements privés à but lucratif ou non lucratif :**

- 16 Établissements de convalescence et de repos (dont 7 à but lucratif),
- 2 Établissements de soins obstétriques et chirurgico-gynécologiques à but lucratif,
- 9 Établissements de soins chirurgicaux à but lucratif,
- 3 Établissements de soins médicaux (dont 1 à but lucratif),
- 1 Centre de lutte contre le cancer à

but non lucratif,

10 Établissements de réadaptation fonctionnelle (dont 2 à but lucratif),

9 Maisons de santé pour maladies mentales (dont 4 à but lucratif),

1 Pouponnière à caractère sanitaire à but non lucratif,

4 Établissements de soins de longue durée à but non lucratif,

38 Établissements de soins pluridisciplinaires (dont 28 à but lucratif),

1 Centre de posture pour malades mentaux à but non lucratif,

2 Centres de posture pour alcooliques (dont 1 à but lucratif),

7 Centres d'hospitalisation à domicile à but non lucratif,

2 Centres de dialyse à but lucratif,

38 Structures d'alternatives à la dialyse en centre (dont 4 à but lucratif),

9 Autres établissements relevant de la loi hospitalière dont 6 à but lucratif.

En 2005, les 70 centres de formation aux professions de santé ont reçu 9.190 étudiants de la 1<sup>ère</sup> à la 4<sup>ème</sup> année. Parmi les 70 centres, 37 sont publics et 33 privés. Tous les centres de formation de masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et infirmiers de bloc opératoire sont privés.

Par contre, la formation d'infirmiers anesthésiste est publique. Les infirmiers sont les plus nombreux : ils représentent 68% des étudiants. 13% sont des aides-soignants et 6% des masseurs-kinésithérapeutes.

Le nombre d'étudiants en 1<sup>ère</sup> année correspond à 98% des quotas chez les infirmiers, 96% chez les sages-femmes, 93% chez les cadres de santé et 91% chez les puéricultrices.

**Représentation de FO**

FO est représenté dans 33 des 49 établissements publics et à peine dans une dizaine d'établissements privés.

Après les dernières élections profes-



Thierry VANDEMBEUCHE, secrétaire du Groupement Départemental du Pas de Calais

sionnelles (47.467 inscrits et 28.764 votants), FO est devenue la deuxième organisation syndicale avec 21,16% des voix.

La région est composée de deux départements :

**Le Nord**

Annie DUHAIN est la secrétaire du Groupement Départemental du Nord, elle a été réélue lors du dernier congrès, il y a quelques semaines et effectue son dernier mandat.

FO est la deuxième organisation syndicale dans le Nord avec 19,13% des voix.

La syndicalisation est en faible hausse et reste l'objectif majeur eu égard au potentiel de développement, la majorité des structures publiques et privées se trouvant dans ce département.

**Le Pas de Calais**

Thierry VANDEMBEUCHE, secrétaire du Groupement Départemental du Pas de Calais, briguera son deuxième mandat lors du congrès de novembre 2010.

FO est la troisième organisation dans ce département avec 25,27% des suffrages. La syndicalisation a fortement progressé : le challenge est de progresser encore et d'être présent dans toutes les structures.

**CONGRÈS FÉDÉRAL DU 14 AU 18 NOVEMBRE 2011**

Notre région sera fière d'organiser le Congrès Fédéral du 14 au 18 novembre 2011 à Dunkerque, patrie de Jean Bart, où les préparatifs vont bon train.

La communauté urbaine de Dunkerque, les services publics en étroite collaboration avec les services de santé se démènent pour mettre en place un congrès qui se fera dans la pure tradition d'accueil et de chaleur

des gens du Nord.

La région FO Nord-Pas de Calais, forte de son militantisme et de ses valeurs basées sur son histoire, continue à combattre, pied à pied, toute forme d'injustice sociale néfaste aux intérêts des salariés en s'appuyant sur ses fondamentaux viscéraux que sont la liberté, l'indépendance et la convivialité.



Le port commercial de Dunkerque

# Temps de travail

Il faut respecter le droit et les plannings !



Certains DRH hospitaliers n'y vont pas par quatre chemins.

Lors d'une rencontre organisée au Ministère de la santé en mai 2010, le Président des DRH Hospitaliers Jean-Odile BARBOT remet en cause la valeur réelle des accords RTT négociés dans ces circonstances assez particulières. "La vérité oblige à dire qu'on a quand même négocié le couteau sous la gorge, l'épée dans les reins et le pistolet sur la tempe". Pour lui, il n'y a pas d'autres solutions que de remettre en cause ces accords RTT.

Parmi les marges de manœuvre pour cette renégociation, il a évoqué notamment :

- les droits locaux ;

- le temps de repas (payé comme du temps de travail dans certains hôpitaux) ;

- les 35 heures effectives (travail à sept heures par jour) ;

- de nouvelles amplitudes comme le travail en deux équipes (de douze heures) au lieu de trois équipes ;

- la journée discontinue qui augmente

le temps de présence des personnels à l'hôpital".

*"Certaines des dispositions initiales étaient relativement avantageuses et 10 ans après, la tarification à l'activité (T2A) aidant, elles s'avèrent parfois insupportables pour le budget de nos établissements", a souligné Jean-Odile BARBOT.*

Et en effet, les idées ne manquent pas pour restreindre le droit des agents :

- la réduction du nombre de jours RTT,

- l'allongement de la présence au travail (journées coupées),

- l'instauration de la journée de 12 heures, (2 équipes sans chevauchement payé) ,

Trouver des idées de cet ordre deviennent un sport national pour certains DRH, qui ne tiennent aucun compte de la pénibilité et du droit des agents.

Cette situation, là où elle est mise en place, provoque le départ de nombreux professionnels.

## Que dit le droit applicable aux agents hospitaliers ?

(décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002)

### 1. Il faut respecter le temps de travail et sa durée

Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, **le temps d'habillage et de déshabillage** est considéré comme temps de travail effectif.

Il ne peut être accompli par un agent plus de 44 heures par semaine.

La durée hebdomadaire de **travail effectif, heures supplémentaires comprises**, ne peut excéder **48 heures au cours d'une période de 7 jours**.

En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder **9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit**.

Lorsque les contraintes de continuité du service public l'exigent, le chef d'établissement peut, après avis du CTE déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

Dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10 h 30. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de 3 heures.

### 2. Il faut respecter le temps de repos et de pause

Les agents bénéficient d'un repos minimum de 12 heures entre deux journées de travail.

Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs,

dont un dimanche (lors des 2 jours consécutifs).

Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives.

### **3. Il faut respecter le cycle de travail et le tableau de service**

Le travail est organisé par cycles de travail, définis par service après avis du comité technique d'établissement.

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois.

Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application.

Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, à une rectification du tableau de service et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

### **4. Il faut respecter le plafond des heures "supp"**

Le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectué par mois et par agent ne peut excéder 15 heures.

Les premières expertises sur le travail en 12 heures font ressortir un risque pour la santé des agents et pour la qualité des soins.

Si les directeurs veulent généraliser les 12 heures c'est parce qu'il génère à court terme des économies de personnel.

Pourtant, les inconvénients sont nombreux et concernent les établissements autant que les agents eux-mêmes. Les expertises démontrent que le système horaire en 12 h semble diminuer le temps de vie sociale et familiale (le premier jour on dort ! Les repas sont décalés ou sautés). Par ailleurs il y a une augmentation impor-

tante du risque d'erreurs (sommolence, baisse de l'attention).

Contrairement à l'idée reçue, le nombre de repos supplémentaire ne compense pas la fatigue accumulée.

Dans 90% des situations observées, les transmissions et le temps d'habillage se font sur le temps personnel non payé (en réalité jusqu'à 12h30 de travail).

A plus long terme, on observe une augmentation des congés maladie, un allongement des accidents sur trajets (endormissement au volant), une sur-représentation des arrêts maladie (états dépressifs) et le départ des personnels s'accélère !

Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires dans la limite de 180 heures par an et par agent.

Les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation.

### **5. Il faut respecter les règles de l'astreinte**

Les astreintes sont organisées en faisant prioritairement appel à des agents volontaires.

Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure

d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif.

Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois.

La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours.

Les agents assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement.

Le temps passé en astreinte donne lieu soit à compensation horaire, soit à indemnisation.

### **6. Il faut respecter les plannings et les personnels**

Les changements de plannings sont la principale cause conduisant à l'épuisement des personnels et à l'augmentation de l'absentéisme.

**Pour Fo-Santé, par principe, la bonne organisation des services passe par le respect des plannings prévisionnels.**

**Par delà l'absentéisme incompressible (maladie, formations, événements familiaux) le manque actuel de personnel non seulement met à mal les principes édictés par la loi mais place l'encadrement en porte-à-faux.**

**FO n'a qu'une exigence : le RESPECT DU DROIT !**



# Qu'est-ce qui rendrait vraiment service aux salariés ?



## Chèque Domicile, un outil innovant et économique pour votre politique sociale !

Concilier vie professionnelle et vie privée est devenu une problématique d'actualité dans l'entreprise. Parce qu'il facilite l'accès aux Services à la Personne (garde d'enfant, ménage, soutien scolaire, aide aux personnes dépendantes, ...), Chèque Domicile vous permet de répondre à toutes les attentes des salariés. Simple à mettre en place, il bénéficie également d'une fiscalité avantageuse: exonération totale des charges sociales et fiscales, 25 % de crédit d'impôt sur les sommes versées.

Pour mettre en place le Chèque Domicile dans votre entreprise ou obtenir plus d'infos, contactez un conseiller au 01 41 47 24 00 ou rendez-vous sur [www.chequedomicile.fr](http://www.chequedomicile.fr)



Les services à la personne qui rendent service à toute l'entreprise



# Formations paramédicales : nouvelles perspectives

La France compte aujourd'hui près de 750.000 paramédicaux exerçant dans le secteur public, privé et libéral. Les métiers qu'ils exercent constituent un gisement d'emplois considérable pour les générations futures.

A l'heure où l'on parle de nouvelle répartition des tâches entre professionnels, de réorganisation de l'offre de soins, de prise en charge de nouvelles pathologies, ces professionnels seront amenés à jouer un rôle capital dans l'évolution de notre système de santé.

Conscients de cette importance, les pouvoirs publics ont mené depuis plusieurs années une véritable réflexion sur leur formation. Le Ministère de la Santé et des sports a ainsi ouvert un vaste chantier de redéfinition de tous les diplômes d'auxiliaires médicaux dans le cadre du cursus L.M.D. (Licence, Master, doctorat) qui conduit à une universitari-

sation de l'ensemble des formations initiales. Dans cette logique, le Ministère de la Santé a annoncé l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires médicaux au plus tard à l'horizon 2015.

L'ensemble des professionnels concernés attend cette mesure comme une reconnaissance symbolique de leur niveau de formation aussi bien que comme une réelle possibilité d'évolution de carrière.

Cette nouvelle logique affichée par les pouvoirs publics a conduit l'Assemblée Nationale - par l'intermédiaire de la Commission des Affaires Sociales - à créer une mission d'information relative à la formation des auxiliaires médicaux.

Le Rapport DOMERGUE qui en est issu a préconisé 12 propositions que vous trouvez ci-après, accompagnées de l'analyse et des commentaires de F.O.

# I. Licence, Maîtrise, Doctorat

La réforme L.M.D. concerne l'ensemble de métiers paramédicaux. Elle reconstruit les maquettes de formation en amont et en aval. Elle se structure avec le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, la Conférence des Présidents d'Université de Médecine, l'Association Nationale des Conseils Régionaux, les Organisations syndicales.

La réécriture des formations et des diplômes est en lien avec la gestion des compétences dans le champ de la Santé.

## Trois étapes dans ce processus

- 1 Référentiel d'activité
- 2 Référentiel de compétences
- 3 Référentiel de formation

## Replacer chaque acteur dans son corps de métier

Les formateurs, cadres enseignants et directeurs de formation :

- Les fondements des métiers.
- La guidance dans la progression et l'acquisition des compétences.
- La décision dans la validation.

## Les tuteurs de stage :

- L'apprentissage dans l'acquisition des compétences.
- Le conseil dans le choix des parcours de stage.

## Les cadres de santé et les directeurs de soins :

- La mise à disposition de moyens pour l'Apprentissage.
- La garantie de qualification des lieux de stage.

## Un calendrier

- \* Infirmier(ère)s, rentrée 2009
- \* Ergothérapeutes, rentrée 2010
- \* Pédiçures-Podologues, Masseurs-Kinésithérapeute, orthophoniste, rentrée 2011, (à confirmer)
- \* Diététiciens, Techniciens de Laboratoire, Métiers de l'Appareillage, rentrée 2012 (à confirmer)
- \* Préparateurs en Pharmacie, groupe de travail à venir (équilibre à trouver entre formation hospitalière et formation en Officine).

## Des questions

- \* Quels professionnels ?  
(formation, exercice, encadrement)
- \* Quelle évolution ?  
(des métiers, des carrières, des savoirs)
- \* Quels moyens ?  
(pour la formation et pour l'évolution des compétences)
- \* Quelle reconnaissance ?  
(des personnes, des fonctions, des positions, des rémunérations...)

**POUR FO, CETTE RÉFORME PEUT ÊTRE REFONDATRICE À CONDITION QUE NOS ARGUMENTS SOIENT PRIS EN COMPTE.**

## Tableau comparatif des professions infirmières en Europe

	Etablissements de formation	Durée études	Crédits	Théorie / Pratique	Diplôme	Spécialisations
Suède	Université ou établissements études sup.	3 ans	180 ects	90 ects / 90 ects	Bachelor of sciences in nursing	Maîtrise : 60 ects Master : 120 ects
Norvège	Université ou établissements études sup.	3 ans	180 ects	90 ects / 90 ects	Bachelor in nursing	Master : 120 ects spécialité médicale ou administration
Danemark	Université	3,5 ans	210 ects	120 ects / 90 ects	Bachelor	Spécialités
Pologne	Ecoles rattachées à l'université	3 ans	180 ects	90 ects / 90 ects	Licence	22 spécialités
Bulgarie	Université	4 ans	4600 h	mini théorique : 1860 h	Licence professionnelle	-
Espagne	Université	passage de 3 à 4 ans	240 ects	théorie et pratique à parts égales	Bachelor	Sage-femme, psychiatrie, santé primaire, pédiatrie ...
Portugal	Université		4600 h	2000 h / 2600 h	Bachelor	-
Italie	Université	3 ans	180 ects	théorie et pratique à parts égales	Diplôme d'infirmier	Masters 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> niveau / Doctorat
Allemagne	Ecoles	3 ans	4600 h	1600 h / 3000 h	Diplôme d'état d'infirmier	Infirmiers spécialisés
Belgique	Université ou enseignement secondaire	2775 h	-	1260 h / 1515 h	Bachelor en art infirmier brevet	Masters en sciences infirmières ou en gestion hospitalière
Grande Bretagne	Université ou écoles supérieures (3 types de qualification)	Degree B : 4 ans Assoc D : 2-3ans Diploma : 2-3 ans	-	théorie et pratique à parts égales	Degree (Bachelor) Associates Degree Diploma (VAE)	Spécialisation dès la première année (pédiatrie, santé mentale...); compétences supplémentaires après le Bachelor
Pays Bas	Université (recrutement fin 1 <sup>ère</sup> ou bac)	Bachelor : 4ans MBO : 2,5 à 3 ans	6720 h	4260 h / 2460 h	Université (bachelor) lycées pro (MBO)	Masters : nursing practitioner management recherche
France	Ecoles	3 ans et 3 mois	4760 h	2240 h / 2460 h	Diplôme d'état d'infirmier	Infirmier spécialisé Cadre de santé

Tableau extrait du rapport Domergue

# II. Formation des paramédicaux

## Les 12 propositions du rapport de Jacques DOMERGUE.

Le ministère de la santé a annoncé l'attribution du grade de licence à l'ensemble des auxiliaires paramédicaux au plus tard à l'horizon 2015. Cette intégration doit s'accompagner d'une refonte complète du système de formation initiale dont il faut mesurer les conséquences financières et humaines.

Le 10 juillet 2010 un rapport parlementaire dit "rapport DOMERGUE" intitulé "Pour une réforme en profondeur de la formation des auxiliaires médicaux" est paru : il liste 12 propositions conséquences du LMD pour les paramédicaux.

### Proposition n° 1

Mettre fin à la sélection par la voie de la première année de médecine pour les auxiliaires médicaux et la remplacer par une L1<sup>(1)</sup> "paramédicale", comprenant l'ensemble des futurs auxiliaires médicaux à l'exception des étudiants en soins infirmiers qui continueraient à intégrer leur formation directement après le bac.

#### Commentaire FO

Cette proposition nous paraît de nature à bien identifier la particularité des auxiliaires médicaux par rapport aux professions paramédicales, cette L1 paramédicale confirmerait et sacrerait l'universitarisation des formations.

### Proposition n° 2

Actualiser le contenu de l'ensemble des diplômes des auxiliaires médicaux en fonction des résultats de la réingénierie des diplômes avant la fin 2011.

#### Commentaire FO

Cela confirme le calendrier de réingénierie des formations initiales mises en place par le Ministère de la Santé avec un calendrier 2009-2015.

### Proposition n° 3

Transformer les diplômes donnant accès aux professions de manipulateur d'électroradiologie médicale, diététicien, opticien lunetier, orthoprothésiste, orthopédiste orthésiste et technicien de laboratoire d'analyse biomédicale en diplôme d'État et en transférer la responsabilité au ministère de la santé et des sports.

#### Commentaire FO

Cette proposition confirme notre attente, ces formations doivent demain avoir la double reconnaissance : diplôme d'Etat et grade de licence ou Master selon le niveau de formation.



*"Le contenu de la formation et les quotas fixés par le ministère de la santé doivent tenir compte, spécialité par spécialité, des futurs besoins de santé de la population".*

### Proposition n° 4

Engager une réflexion sur le nombre et la répartition des centres de formation

#### Commentaire FO

Cette réflexion est indispensable, surtout en raison des courbes démographiques de chacune des professions d'auxiliaires médicaux. Ce que nous souhaitons, c'est une cartographie des Instituts de formation qui tiennent compte de l'existant et des besoins futurs.

### Proposition n° 5

Clarifier la responsabilité respective des ministères de l'éducation nationale, de la santé et des sports et de l'enseignement et de la recherche, sur la formation des auxiliaires médicaux.

#### Commentaire FO

Faire en sorte que demain l'ensemble des formations des auxiliaires médicaux soit sous la double tutelle : Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement Supérieur.

### Proposition n° 6

Anticiper dès maintenant l'intégration au système licence-master-doctorat de l'ensemble des cursus conduisant aux professions d'auxiliaires médicaux pour une mise en œuvre à la rentrée 2013. Le modèle suivi doit être celui de la reconnaissance du grade de licence aux diplômés d'État en soins infirmiers.

#### Commentaire FO

Bien entendu, la réingénierie de la formation infirmière et sa reconnaissance au niveau grade de licence doit être le fil conducteur pour l'ensemble des refontes de formation initiale des auxiliaires médicaux.

### Proposition n° 7

Reconnaître aux titulaires d'un diplôme d'État d'infirmier anesthésiste, de cadre de santé, de puéricultrice et d'infirmier de bloc opératoire un niveau master.

#### Commentaire FO

Cette proposition d'un nouveau master pour le corps des infirmiers spécialisés et des Cadres de Santé correspond à l'attente de ces professions et à une revendication FO depuis longtemps affichée.

### Proposition n° 8

Créer de nouveaux masters transversaux en fonction des besoins de santé, permettant de déboucher sur de nouveaux métiers.

Créer des licences de spécialisation, ouvertes à tous les auxiliaires médicaux, leur permettant d'acquérir une expertise ciblée dans un domaine médical.

#### Commentaire FO

Il est évident que les lignes de démarcation entre professionnels se lézardent, que nous allons vers des évolutions que ce soit en termes de coopération, qu'en termes de nouveaux champs d'exercice professionnel, ces évolutions inévitables doivent conduire au tryptique suivant : Formation – Diplôme correspondant – Reconnaissance professionnelle -

### Proposition n° 9

Développer les passerelles permettant aux auxiliaires médicaux d'intégrer toutes les formations paramédicales et médicales en bénéficiant de dispenses de concours et de scolarité. Développer les dispenses de concours d'entrée dans les formations paramédicales pour les diplômés d'autres filières universitaires ou professionnelles. Créer des passerelles d'accès pour les métiers qui en sont dépourvus.

#### Commentaire FO

Ces propositions sont à rapprocher de celles contenues dans les propositions n° 8, c'est une évidence que l'évolution des professions conduira à des passerelles autant en termes de formation initiale que d'exercice professionnel, dans le cadre de ces passerelles, tenir compte des « vécus » professionnels et du niveau de formation déjà détenus par les auxiliaires médicaux relevant de la cohérence.

### Proposition n° 10

Mutualiser les enseignements entre formation paramédicales et médicales, à la lumière des travaux de refonte des diplômes.

#### Commentaire FO

La mutualisation partielle d'unités d'enseignement est une évidence. Elle ne peut qu'être cohérente dans le cadre de la refonte des formations initiales et de la complémentarité et coopération future des auxiliaires médicaux.

### Proposition n° 11

Créer des instituts d'études paramédicales régionales, conventionnés avec les universités, et formant l'ensemble des auxiliaires médicaux.

#### Commentaire FO

Le conventionnement avec les universités aujourd'hui obligatoire, par contre des Instituts de formation au niveau régional nous paraît aujourd'hui une piste risquée car nous souhaitons que le maillage territorial existant, qui s'est construit et en lien avec les établissements de santé perdure, il nous paraît encore aujourd'hui garant de la qualité d'enseignement par la proximité des terrains de stage et souvent d'une garantie de recrutement post formation.

### Proposition n° 12

Prévoir une application progressive de la réforme (réforme des procédures de sélection expérimentée dès la rentrée 2012 ; nouveaux programmes et intégration des auxiliaires médicaux au système licence-master-doctorat de manière échelonnée jusqu'à la rentrée 2013) et entamer maintenant une concertation avec les régions, les universités et les professionnels concernés sur la réforme des modalités de sélection et l'intégration des cursus au système licence-master-doctorat.

#### Commentaire FO

Ce chantier ne peut se concevoir que dans le cadre d'une négociation nationale globale qui doit s'inscrire dans le cadre du comité de suivi LMD et réunissant :

- Le Ministère de la Santé
- Le Ministère de l'Enseignement Supérieur
- La CPU (la Conférence des Présidents d'universités)
- Les organisations syndicales représentatives de la Fonction Publique Hospitalière
- Les organisations professionnelles
- Les organisations syndicales Etudiantes



<sup>(1)</sup> donc une année de préparation à la licence proprement dite

# III. Programmes Hospitaliers de Recherche Infirmière et Paramédicale

## Avec les P.H.R.I.P., la recherche paramédicale entre à l'hôpital

Une instruction ministérielle de juillet 2010 met en place dès l'année 2011 un programme hospitalier de recherche infirmière, et un autre de recherche paramédicale.

Un appel à projets relatif au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale décliné en 2 collèges (recherche infirmière et recherche autres professions paramédicales) est lancé par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) auprès des établissements de santé. Il s'agit d'un programme de recherche qui prolonge le programme hospitalier de recherche infirmière mis en place en 2010 en l'étendant aux autres « auxiliaires médicaux » tels que définis au Livre III : titres I, II, III, IV, V, VI et VII du Code de la Santé Publique).

Cet appel à projet concerne les auxiliaires médicaux : infirmiers ou infirmières, masseur-kinésithérapeutes, pédicure-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunettiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et diététiciens.

### Buts du programme

Le but de ce programme est de fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration des soins et des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé et permettant également d'appréhender l'impact des changements des pratiques.

Son objectif est d'impulser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins et pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux.

Plus précisément, les buts sont de deux ordres :

- impulser le développement d'un potentiel de recherche en France dans le domaine des soins et des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux.

- fournir aux équipes hospitalières et aux décideurs des connaissances contribuant à l'amélioration des soins et des pratiques professionnelles des auxiliaires médicaux dans les établissements de santé et elles permettent également d'appréhender l'impact des changements.

### Types de recherches

Les programmes de recherche peuvent se décliner dans toutes les dimensions des soins, tant en ce qui concerne les pratiques professionnelles que leur organisation dans les établissements de santé et les structures gérées par eux, y compris au domicile des patients. La notion de "soins" doit être comprise dans une acception large et dépassant les seuls soins à visée curative pour intégrer la prévention primaire et secondaire, la rééducation, la réadaptation, ainsi que les soins à visée palliative.

La recherche doit être interdisciplinaire et concerne aussi les aspects de besoins de santé, d'organisation et de management au sein des établissements en évaluation du système de santé.

### Etablissements concernés

Tous les établissements de santé pouvant bénéficier d'un financement au sein du M.I.G.A.C. (Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) sont concernés.

Les établissements coordonnateurs, dénommés « promoteurs » en cas de

recherche biomédicale peuvent, aux fins de participer aux projets de recherche, passer des conventions avec d'autres établissements de santé, des établissements médico-sociaux, des S.S.I.A.D., ou des auxiliaires médicaux libéraux.

La nature même des missions confiées aux C.H.U. conduit à faire de ces établissements les animateurs de la politique locale de recherche sur les soins infirmiers.

Les projets issus de plusieurs établissements de santé, dans un cadre d'association entre professionnels de santé, constitueront un des critères prioritaires de choix.

Les directeurs d'établissements de santé où des projets seront déposés auront la responsabilité d'en demander le financement à l'agence régionale de santé dont ils relèvent.

### Financements

Le programme hospitalier de recherche en soins infirmière et paramédicale vise à financer (sur une durée de 3 ans) des projets de recherche comportant une investigation systématique conçue pour améliorer les connaissances et les pratiques liées aux soins et à l'exercice professionnel des auxiliaires médicaux.

Les projets sont déposés par les établissements de santé coordonnateurs habilités à recevoir des crédits au titre du M.I.G.A.C.



## Des contrats d'apprentissage

dans la fonction publique hospitalière (Rapport HENARD)

Avec 20 % environ des établissements hospitaliers qui ont recours à l'apprentissage, on ne peut pas dire que c'est un champs très ouvert ! Les diplômes délivrés dans cette voie sont pourtant de tous types : soin et médico-technique (préparateurs en pharmacie mais également masseur kinésithérapeute et IDE), socio éducatif (assistance de service social, moniteur éducateur, éducateur spécialisé...), services d'Informations, filière technique et logistique (cuisine, jardin...)

Malgré ce constat, des enquêtes effectuées par l'A.N.F.H. révèlent que 40% des établissements souhaitent développer des contrats d'apprentissage. Les raisons invoquées pour se lancer dans une démarche d'apprentissage ?

Moyen de fidéliser du personnel, d'attractivité de l'établissement, d'anticiper au mieux les départs. Mais aussi le dispositif permet de former les futurs professionnels selon les procédures internes et les modes de prise en charge de l'établissement : la période d'adaptation est réduite. Enfin, le dispositif entre dans le cadre d'une G.P.M.C. C'est également une contribution à la gestion du territoire car il favorise la fixation de personnel local.

Seuls les problèmes de financement sont pour l'instant à l'origine de la prudence de FO sur ce dossier. En effet le financement pour la formation des maîtres d'apprentissage, pas plus que les problèmes de disponibilité des personnels qualifiés n'ont trouvé de solution...



L'état actuel de la conjoncture va engendrer une dégradation de l'emploi risquant d'affecter particulièrement les quelque 600.000 jeunes appelés à se présenter prochainement sur le marché du travail. Avec la crise, ils sont confrontés à un taux de chômage en progression de 40 % en un an.

Ceci oblige à une mobilisation pour développer l'insertion des jeunes sur le marché du travail et leur garantir un accès à la qualification. L'apprentissage, et plus généralement les formations en alternance, constituent l'un des outils les plus performants.

Avec 5,2 millions d'agents, le secteur public, premier employeur de France, est appelé à jouer un rôle décisif dans le développement de l'emploi et de la formation des jeunes. A l'instar de l'effort consenti par les branches professionnelles, il doit se mobiliser pour augmenter son potentiel d'accueil en alternance. Les collectivités territoriales se déclarent conscientes de la nécessité de participer activement à l'effort national de formation.

### La formation en alternance

La formation en alternance, c'est pour l'employeur public un instrument particulièrement adapté de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Le recours à l'apprentissage permet d'organiser en douceur le transfert de compétences en prévision

### LES MÉTIERS PRÉPARÉS EN APPRENTISSAGE

**Quasiment tous les métiers et tous les niveaux peuvent être concernés par l'apprentissage, y compris les "nouveaux métiers"**

#### DANS LE CHAMPS SANITAIRE ET SOCIAL

aide soignant  
 auxiliaire de puériculture  
 auxiliaire de vie sociale  
 assistant de service social  
 conseiller en économie sociale et familiale  
 directeur  
 éducateur de jeunes enfants  
 éducateur spécialisé  
 infirmière  
 manipulateur radio  
 moniteur-rééducateur  
 préparateur en pharmacie  
 psychomotricien  
 responsable d'unité d'intervention sociale  
 sage femme  
 technicien de l'intervention sociale et familiale  
 ...

#### MAIS AUSSI :

contrôleur de gestion  
 responsable ressources humaines  
 responsable systèmes d'information  
 logistique, restauration, technique...

nombreux dans les prochaines années, et de diversifier les sources de recrutement.

Dans le secteur privé, l'effort conjugué de l'ensemble des acteurs – Etat, entreprises, conseils régionaux, chambres consulaires – s'est soldé par un essor des formations et recrutements

### Le rôle de l'A.N.F.H. dans le financement de l'apprentissage est capital puisque sa contribution va jusqu'à 5000€ par apprenti.

par la voie de l'alternance. Le nombre de jeunes inscrits dans les centres de formation d'apprentis atteint 430 000 en 2008, un résultat en cohérence avec l'objectif de 500 000 apprentis fixé pour 2010 par la loi de programmation pour la cohésion sociale.

### Les propositions HENARD pour le "secteur public"

Le rapport HÉNARD cible les services civils et militaires de l'État (administration centrale et services déconcentrés), les conseils régionaux, les conseils généraux et les communes, les établissements publics à caractère administratif, les hôpitaux publics, les maisons de retraite, les établissements sociaux et médico-sociaux.

Le but est d'atteindre en 5 ans 100 000 jeunes formés en alternance dans le secteur public, soit 2% de l'effectif global.

#### HANDICAPÉ

Les personnes handicapées peuvent être recrutées dans la fonction publique par la voie contractuelle réservée aux personnes handicapées.

Si à l'issue du contrat d'apprentissage la personne handicapée est recrutée sur un contrat à durée indéterminée, le F.I.P.H.F.P. verse à l'employeur une prime à l'insertion de 1600 €.

Enfin, s'agissant de l'apprenti, le F.I.P.H.F.P. octroie, via l'employeur public, une aide à la formation de 1525 €, versée la première année d'apprentissage à la confirmation de son embauche (destinée à l'acquisition de matériel scolaire et professionnel nécessaire à la formation).

Ces nouvelles dispositions ont amené certaines régions ou centres de gestion à signer avec le F.I.H.P.F.P. une convention d'expérimentation sur le handicap et l'apprentissage. L'A.N.F.H. est également en train de négocier un accord cadre avec le F.I.F.P.F.P. dans ce domaine.

Pour la fonction publique hospitalière la cible pluriannuelle serait de 25% du total des recrutements externes réalisés via une formation en alternance.

Le développement de l'apprentissage permettant d'atteindre l'objectif de 2% pourrait faire l'objet d'un protocole d'accord national négocié entre le ministère de la santé et des sports, celui de l'emploi et l'ANFH. Cet accord pourrait être décliné au niveau régional entre les conseils régionaux, les agences régionales de santé, et les délégations régionales de l'ANFH.

### Personnel soignant et médico-technique

La proportion de recrutements pourrait s'élever jusqu'à 80% des apprentis ayant réalisé leur formation dans les services hospitaliers.

En effet, la fonction publique hospitalière recrute en majorité sur des métiers en tension (professions paramédicales). Elle souhaite donc conserver les jeunes qu'elle forme. Cet objectif est d'autant plus atteignable que le recrutement n'est conditionné que par la réussite au concours sur titre (titre requis pour exercer la profession)

### Personnel non soignant

La même cible que pour les deux autres fonctions publiques serait visée. L'hypothèse du recrutement d'un tiers des apprentis ayant obtenu leur diplôme serait retenue.

### Une double attractivité

Le contrat d'apprentissage s'avèrerait plus attractif pour le jeune formé et pour l'employeur hospitalier : il permet de rémunérer tous les apprentis tandis que les bourses ou allocations d'études ne couvrent qu'un quart environ des étudiants. Par ailleurs, ces contrats sont assortis d'un engagement de servir, ce qui n'est pas le cas du contrat d'apprentissage.

Mais les établissements ne voient pas nécessairement les avantages du contrat d'apprentissage par rapport au contrat d'allocation études en termes d'intégration et de fidélisation des futurs professionnels.

Pourtant il y a plusieurs atouts pour l'employeur hospitalier :

- le développement de l'apprentissage dans la fonction publique hospitalière peut attirer vers des métiers paramédicaux des jeunes qui ne se seraient pas dirigés vers cette formation,

#### A.N.F.H. ET APPRENTISSAGE

Afin de financer les coûts pédagogiques en co-financement avec les Conseils Régionaux, le Conseil d'Administration de l'A.N.F.H. a dégagé 5000.000€ pour 2010/2011 afin "d'amorcer la pompe" avec ces derniers. Il s'agit d'une expérimentation afin de développer les formations initiales.

FO est intervenu afin de souligner qu'il s'agit d'une expérimentation sur une année et qu'il n'est pas question d'aller plus loin sur ce financement.

Les fonds de formation ne doivent pas compenser les manques éventuels d'autres dispositifs. Si les pouvoirs publics veulent développer l'apprentissage à l'hôpital, il est dans leurs attributions de le financer.

**Bien que FO ne soit pas opposé au développement de l'apprentissage, le financement de la formation des tuteurs pose un réel problème : avec la diminution des effectifs qualifiés constatée dans de nombreux services, comment ces agents auront-ils le temps d'assurer un tutorat ?**

faute de moyens (jeunes demandeurs d'emploi ou à faibles ressources)

- l'apprentissage peut aussi constituer une réponse à l'augmentation des abandons en cours d'étude dans les écoles d'infirmières (conditions sociales difficiles, obligation de travailler pendant les études = 20% d'abandon au niveau national).

L'apprentissage permettant de rémunérer les apprentis peut constituer une réponse à ce besoin de financement, tout en offrant une insertion professionnelle précoce.

En outre, les jeunes recrutés en contrat aidé dans le secteur public ne sont pas destinés à rester dans l'emploi qu'ils occupent au-delà des 24 mois de la durée du contrat, ce qui constitue une fréquente source de déception et de conflit avec l'employeur public.

### Alors, apprentissage ou contrats aidés ?

En dépit d'un taux de réussite supérieur à celui des voies classiques, l'image de ce type de formation est toujours associée auprès de certains employeurs publics à un faible niveau de qualification, et au secteur exclusif de la production.

...

Certains employeurs publics hospitaliers ne semblent pas percevoir la compatibilité du statut d'apprenti avec l'évolution de certaines professions paramédicales, telles que les infirmières dont le diplôme d'Etat sera prochainement reconnu comme un grade de licence, dans le cadre du processus LMD (licence-master-doctorat).

**En définitive, les emplois aidés** peuvent se définir prioritairement comme des outils conjoncturels contra-cycliques, qui ne constituent pas toujours un dispositif de recrutement ou de formation à même d'assurer une insertion professionnelle digne des jeunes qui en bénéficient.

**Le contrat d'apprentissage** offre en revanche, au jeune comme à l'employeur public, un cadre de formation et/ou de recrutement clair et sécurisé, bénéficiant d'un meilleur taux de placement en sortie de contrat.

Dans ces conditions, il paraît opportun d'orienter les jeunes de moins de 26 ans vers des contrats d'apprentissage plutôt que vers des contrats aidés.

## Le P.A.C.T.E.

Autre dispositif proposé aux employeurs publics pour recruter des jeunes formés en alternance, le P.A.C.T.E. (parcours d'accès aux carrières territoriales, hospitalières et de l'Etat) connaît un succès mitigé (3 ans après son lancement, seules 1.700 embauches ont été réalisées par cette voie, essentiellement dans la fonction publique d'Etat.) C'est un mode de recrutement, sans concours, dans la fonction publique, pour des emplois de catégorie C.

Le P.A.C.T.E. s'adresse aux jeunes de 16 à 25, sans diplôme et sans qualification professionnelle reconnue et à ceux dont le niveau de diplôme est inférieur à celui attesté par un diplôme de fin de second cycle long de l'enseignement général, technologique ou professionnelle. Un contrat en alternance de un à deux ans leur est proposé par une administration, contrat pendant lequel ils suivent une formation et perçoivent une rémunération égale à un pourcentage du traitement minimum de la fonction publique. Au terme du P.A.C.T.E. et après évaluation concluante de leurs compétences, les jeunes sont titularisés.

*"Pour permettre aux jeunes peu ou non qualifiés d'atteindre le niveau du bac professionnel ou du bac, il est nécessaire d'étendre la durée maximale du P.A.C.T.E., de 24 mois à 36 mois, temps minimum de préparation du bac professionnel après la troisième.*

*Pour assurer aux bénéficiaires toutes les chances d'atteindre le niveau requis, il serait également utile de renforcer la durée effectuée dans un organisme de formation. Ce temps de formation est aujourd'hui fixé à 20% au minimum de la durée totale du contrat. (extraits du rapport HENARD)*



# Les grandes axes de la formation des hospitaliers pour 2011

Une lettre-circulaire\* relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents vient de paraître. Elle a pour but de déterminer des orientations nationales qui pourront être mises en œuvre par les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, notamment à travers leur plan de formation. Elle doit faciliter la construction du plan de formation en rappelant le cadre des politiques de santé publique et leur caractère pluriannuel.

Deux types d'orientations sont distingués : les axes et les actions de formation nationales (AFN).

Les premiers sont mis en œuvre par les établissements, alors que les secondes font l'objet de sessions organisées par l'Association Nationale pour la Formation Permanente du personnel Hospitalier (ANFH), dans le cadre des cotisations mutualisées qu'elle recueille en sa qualité d'Organisme Paritaire Collecteur Agréé. (OPCA)

Sont ainsi proposées pour 2011 :

- les nouveaux axes de formation ainsi que ceux qui doivent être renforcés ;

- les actions de formation nationales prioritaires pour l'exercice 2011 : elles sont au nombre de 5 et ont été déterminées après examen par la commission de formation du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, tenue le 4 mai 2010.

## Axes de formation 2011

Ces axes rappellent les formations prioritaires des années précédentes en cours de déploiement ou qu'il convient de renforcer dans les plans de formation des établissements (cf. Circulaire N°DHOS/RH4/2009/215 du 15 juillet 2009) ainsi que les nouvelles orientations à mettre en œuvre en 2011 au sein des établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

### Axes en cours de déploiement ou à renforcer

Formation de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (préposé d'établissement)

Formation des Techniciens d'Etudes Cliniques des COREVIH à la gestion des données médico-épidémiologiques

Bien-traitance en institution

Formation des assistants de soins en gérontologie

Hépatites Virales B et C

Formation à la gestion des métiers et

compétences

Renforcer le développement d'une culture de la prévention des risques professionnels en milieu hospitalier

### Axes à mettre en œuvre

Allaitement : améliorer la formation des professionnels de santé

Les préalables à la mise en place de la comptabilité analytique

Qualité et sécurité de la prise en charge de l'opéré : appropriation de la démarche de management de la qualité et de la sécurité de l'opéré

La dénutrition chez les sujets âgés : dépistage et prise en charge

Les règles de circulation des professionnels de santé de l'Union européenne après la transposition en droit français de la directive 2005/36 relative aux qualifications professionnelles

Le tableau de bord du manager de pôle débutant

Quels outils de gestion des risques utiliser pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?

Formation des personnels des établissements de santé aux gestes et soins d'urgence et à la gestion de crises sanitaires

Accès aux soins des personnes handicapées

Principales problématiques santé concernant les migrants en France : leviers à destination des professionnels pour améliorer la prévention et l'accès aux soins

Prise en charge sanitaire des personnes détenues

### Actions de formation nationales prioritaires 2011

Pour 2011, la Direction générale de l'offre de soins a identifié après concertation en commission de formation du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, cinq thématiques d'actions nationales qui sont les suivantes :

Conduite de l'entretien professionnel  
Mettre en place le développement pro-



fessionnel continu dans les établissements

Prévention et prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC)

Sensibilisation du personnel aux approches non-médicamenteuses pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer

Mal-être, déprime, ... quand faut-il penser à une dépression ?

Enfin, dans le cadre de l'accompagnement de la mise en œuvre des réformes, un partenariat entre l'ANAP et l'ANFH sera développé pour le déploiement de la formation commune des chefs de pôles et cadres de pôle en 2011, en fonction de l'avis favorable des instances de ces organismes. Cette formation d'une durée de 60 heures concernera dans un premier temps 100 chefs de pôle et 200 cadres de pôles, dans des régions pilotes, le principe étant de former systématiquement des "trinômes".

\* N°DGOS/RH4/2010/284 du 22 juillet 2010

# Représentativité

## Les syndicats catégoriels garderont leur spécificité



dans lesquels leurs règles **statutaires** leur donnent vocation à présenter des candidats, les **organisations syndicales catégorielles affiliées à une confédération syndicale catégorielle** interprofessionnelle nationale qui satisfont aux critères de l'article L. 2121-1 et qui ont recueilli au moins **10%** des suffrages exprimés au premier tour des dernières élections des titulaires au comité d'entreprise ou de la délégation unique du personnel, ou, à défaut, des délégués du personnel **dans ces collèges**, quel que soit le nombre de votants ».

Ce qui a pour conséquence qu'un syndicat catégoriel affilié à la C.F.E.-C.G.C. est reconnu représentatif dès lors qu'il obtient 10% dans le seul collège où ses statuts lui permettent de présenter des candidats. Alors que pour les autres organisations, dont la FO, il leur faut avoir obtenu 10% sur l'ensemble des collèges.

**FO considère que cet article L. 2122-2 du Code du Travail est contraire à la liberté syndicale et au principe d'égalité des organisations syndicales devant la Loi.**

Un syndicat FO qui avait obtenu 9,42% des suffrages exprimés, tous collèges confondus, avait désigné 2 délégués syndicaux. Dans le même temps, la C.F.E.-C.G.C. avait présenté une liste de candidats dans le 3<sup>ème</sup> collège et obtenu 79% dans ce collège et 5,47 % sur les 3 collèges. La C.F.E.-C.G.C. a désigné 1 délégué syndical.

L'employeur a saisi le Tribunal d'Instance et contesté les désignations faites par FO : il a été débouté de sa demande. Le Tribunal estimait la loi du 20 août 2008 contraire aux engagements internationaux de la France.

L'employeur a formé un pourvoi en cassation et le syndicat FO a soulevé une question prioritaire de constitutionnalité à propos de l'article L. 2122-2 et les règles particulières qui sont établies pour la mesure de l'audience des syndicats catégoriels affiliés à une Confédération syndicale catégorielle nationale.

Réponse du Conseil Constitutionnel : Le Conseil Constitutionnel juge l'Article

L. 2122-2 du Code du Travail conforme à la Constitution.

Selon les sages, le législateur :

- Ne méconnaît pas la liberté syndicale.
- Ne méconnaît pas le préambule de la Constitution de 1946.
- A fixé le seuil de l'audience à 10% pour éviter la dispersion de la représentation syndicale.

En conclusion, le Conseil Constitutionnel estime que les organisations syndicales, ayant vocation à représenter certaines catégories de travailleurs et qui sont affiliées à une Confédération syndicale catégorielle, ne se trouvent pas dans la même situation que les autres organisations syndicales. Il précise que le législateur, en prévoyant que le seuil de 10% soit calculé dans les seuls collèges où ces organisations syndicales catégorielles peuvent présenter une liste de candidats, a constitué une différence de traitement en lien avec la loi.

**Pour FO, la réponse du Conseil Constitutionnel s'apparente à un soutien indéfectible à la loi liberticide du 20 août 2008.**

**L'Union Nationale des Syndicats FO de la Santé Privée attire l'attention des syndicats sur cette décision portée par le Conseil. Les conséquences sont importantes et confirment ce que nous avons écrit et expliqué depuis la parution de la Loi du 20 août 2008, les syndicats FO doivent présenter des candidats dans tous les collèges car l'appréciation du seuil de 10% se fait par l'addition des voix obtenues dans chaque collège.**

**Le combat de FO continue contre la Loi du 20 août 2008 qui restreint la liberté syndicale et qui n'a d'autre objet que de réduire le nombre des organisations syndicales dans le pays.**

**Alors, plus que jamais il est nécessaire de renforcer nos syndicats pour que vive le syndicalisme libre et indépendant qu'est FO.**

Le 7 octobre 2010, le Conseil Constitutionnel a validé les dispositions de la Loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale, concernant la représentativité des organisations syndicales catégorielles affiliées à une Confédération syndicale catégorielle nationale.

Cette décision fait suite à la question prioritaire de constitutionnalité posée par la Cour de Cassation à la demande de FO qui constatait l'avantage dont bénéficie la C.F.E.-C.G.C., syndicat catégoriel au détriment des syndicats généralistes.

**RAPPEL : Article L. 2122-2 du Code du Travail :** « dans l'entreprise ou l'établissement, sont **représentatives**, à l'égard des personnels relevant des **collèges** électoraux

# Cinquième risque

## Les pouvoirs publics rassurent les assureurs !

Les 4 branches de la Sécurité (maladie, accidents du travail et maladie professionnelle, famille, vieillesse) ne seront pas en mesure de répondre au défi démographique de la perte d'autonomie liée à l'âge, au grand âge. Le gouvernement envisage d'assurer la prise en charge de la dépendance par la création d'un "5<sup>ème</sup> risque", combinant un financement public au titre de la solidarité et la mise en place d'une assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales.

D'où l'emploi de l'expression "5<sup>ème</sup> risque", avec la dimension assurantielle qu'elle suppose, préférée à celle de "5<sup>ème</sup> branche" de la Sécurité sociale...

La réflexion sur le cinquième risque poursuit son bonhomme de chemin. En plus de la « finalisation » de deux groupes de travail pilotés par les ministères concernés, le rapport « ROSSO-DEBORD » a été présenté début juillet.

Après quelques constats d'évidence (tels l'important reste à charge pesant sur les familles de personnes prises en charge en établissement, ou bien les grandes disparités entre forfaits journaliers), il recommande un certain nombre de pistes que les pouvoirs publics devraient emprunter en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

17 propositions sont donc avancées, parmi lesquelles :

- consultation gratuite de prévention pour les plus de 60 ans
- le recours à l'assurance obligatoire « perte d'autonomie liée à l'âge », dès 50 ans. Les bornes envisagées sont une cotisation d'environ 15 euros mensuels pour une rente d'environ 500
- révision des conditions d'accès à l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) : une option serait offerte aux détenteurs d'un patrimoine de plus de 100.000 euros : soit APA à taux plein mais qui implique une récupération sur succession soit une APA à 50% sans récupération.

Pour ce qui concerne le financement du « cinquième risque », le nouveau système, outre le régime d'assurance personnelle obligatoire (voir encadré 3), explore deux pistes : l'une qui de réduc-



tion des dépenses, l'autre d'accroissement des recettes.

Sur le premier aspect, le rapport ROSSO-DEBORD préconise l'exclusion du périmètre de l'A.P.A. les personnes en «G.I.R. 4», soit 45% des bénéficiaires.

Sur le deuxième aspect, le document propose un relèvement du taux de C.S.G. applicable aux retraites (7,5% pour les montants les plus élevés) ainsi qu'un élargissement de l'assiette de la contribution solidarité autonomie aux agriculteurs, artisans, professions libérales et indépendantes.

C'est en automne 2010 que seront dévoilées des projections financières plus précises sur la base de ces propositions, étant entendu que le calendrier prévisionnel de la réforme de la dépendance prévoit une proposition de loi en la matière pour le début 2011 !

Pour FO, ce rapport se situe aux antipodes de notre volonté de mise en place d'un droit universel de compensation de la perte d'autonomie, financé par la solidarité nationale.

En effet, nous dénonçons vivement la proposition phare du rapport d'information qui consiste à passer d'un financement public de la perte d'autonomie à un système d'assurance privée obligatoire. Ainsi, nous rappelons que le recours aux assurances privées, c'est-à-dire à la responsabilité individuelle, ne peut se

concevoir qu'en complément d'un socle financé par la solidarité et accessible à tous (y compris lorsqu'il s'agit d'un accord collectif de branche ou d'entreprise).

Ce rapport consacre l'abandon de l'idée d'une cinquième branche au profit d'un «cinquième risque au rabais » sacrifié sur l'autel de la recherche de mesures visant à alléger les déficits publics.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, l'INSEE recensait 1.314.920 personnes âgées de plus de 85 ans. En 2015, elles seront plus de 2 millions.

Selon le Centre d'analyse stratégique, le nombre des personnes présentant de forts handicaps devrait passer de 660.000 en 2005, à 940 000 en 2025. Parallèlement, du fait même du vieillissement de la population, le nombre moyen d'aidants potentiels par personne âgée dépendante aura tendance à diminuer.

Selon le rapport annuel de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, moins de 2 millions de personnes ont souscrit – en individuel ou en collectif – un contrat en garantie dépendance.

Les cotisations versées atteignent pour cette même année 403 Ms alors que les prestations versées se situent à 128 Ms . Et si l'on se souvient que ces produits assurantiels existent depuis environ 25 ans, on ne peut s'empêcher de penser que les sociétés qui les commercialisent doivent attendre avec impatience la réforme qui s'annonce...

## Marie-Brigitte FIRAGUAY-WERMEISTER

Réunion, Nouvelle Calédonie, métropole et... FO comme port d'attache !



Marie-Brigitte FIRAGUAY-WERMEISTER  
Aide Soignante au centre hospitalier d'Alès  
secrétaire de section FO au Centre Hospitalier d'Alès,  
membre du bureau régional Languedoc Roussillon.

Native de l'île de la Réunion, j'ai grandi entre les DOM-TOM et la métropole. A la fin de mes études à Montpellier, je suis partie sur la côte d'Azur où j'ai présenté différents concours pour entrer dans la fonction publique.

En 1978, j'intègre le C.H. de Clavary à Grasse (06) et n'ayant pas trouvé de poste d'Agent Administratif, je m'inscris au Concours d'Aide Soignant. J'obtiens mon diplôme en 1981.

Avril 1981 : je prends une disponibilité pour suivre mon conjoint militaire à Nouméa en Nouvelle Calédonie où je reste deux ans avant de rentrer en métropole où mon mari est de nouveau muté, à Miramas (13).

Je reste pendant 3 ans à la Clinique de La Crau et en 1989, je suis officiellement mutée à la Maison de Retraite Publique de La Fare Les Oliviers, en tant qu'Aide Soignante de nuit.

C'est au fil de mes voyages que j'ai pu lire les différents articles publiés par le syndicat FO, alors majoritaire dans cet établissement. Juliette, la secrétaire du syndicat, voyant mon intérêt pour la défense des salariés et l'amélioration des conditions de travail m'a invitée à rejoindre l'équipe syndicale et m'a présentée aux différents responsables syndicaux FO de Marseille, à savoir Antoine CROCE à la Timone et Jean-Paul BRAMANTI à l'hôpital Nord. Je suis ensuite partie en formation syndicale.

Dans la foulée, à l'issue des élections professionnelles, FO a obtenu 95% dans mon établissement. Pour la 1<sup>ère</sup> fois, j'étais donc secrétaire de section syndicale FO dans un établissement en pleine restructuration et rénovation.

Au 1<sup>er</sup> février 1996, me revoilà partie en mutation pour l'hôpital de Beaucaire, où je suis devenue l'adjointe de la secrétaire de Section FO. Aux élections de 1999, je suis à nouveau élue majoritairement et membre du C.H.S.C.T.

Depuis 2005, je suis secrétaire de section FO au Centre Hospitalier d'Alès, où le syndicat FO émerge petit à petit, grâce à mon prédécesseur Daniel BRUNEL, que j'ai remplacé par intérim durant sa maladie. Ayant été Aide soignante sur le pool, j'ai pu me faire connaître auprès des salariés et en 2007, le résultat aux élections professionnelles m'a conforté dans ma position.

Depuis, j'exerce mon mandat syndical à temps plein au sein de mon établissement. Je suis également administrateur de l'ANFH du Languedoc Roussillon et membre des instances régionales FO de la région Languedoc Roussillon.

Le syndicat FO connaît une forte croissance exponentielle à l'hôpital d'Alès entièrement refait à neuf dans les normes Haute Qualité Environnementale

Mon parcours professionnel a fait de moi une militante FO qui a toujours le même enthousiasme et le même dynamisme. La section syndicale FO de l'hôpital est à présent reconnue au delà même de l'enceinte de l'établissement, notamment auprès de l'Union Locale FO de la ville d'Alès.

# Agir, c'est déjà réussir

Prix OCIRP Acteurs Économiques & Handicap > 4<sup>e</sup> édition



Vous vous engagez et vous agissez de façon concrète pour le bien-être et le mieux-vivre des personnes en situation de handicap dans votre structure. Entreprises privées, publiques et acteurs de l'économie sociale, nous devons tous nous unir pour faire connaître et échanger nos idées et nos actions. L'OCIRP, Organisme commun des institutions de retraite et de prévoyance, est spécialisé dans la protection sociale complémentaire de la famille.

Pour participer, contactez-nous par téléphone : 01 44 56 22 56  
par mail : [exemplesuivre@ocirp.fr](mailto:exemplesuivre@ocirp.fr) ou sur le site : [www.exemplesuivre.com](http://www.exemplesuivre.com)  
Dossier à remettre avant le 10 avril 2011.

Sous le haut patronage du

En partenariat avec

En association avec



**OCIRP**

unis par excellence

VOILÀ CE  
QUE VOUS  
TOUCHEREZ  
À VOTRE  
RETRAITE.

HEUREUSEMENT  
QUE J'AI UN  
SOLIDE SENS  
DE L'HUMOUR...



## LA SOLUTION :

# la Complémentaire Retraite des Hospitaliers

À la retraite, les ressources des hospitaliers chutent d'environ 40 % en moyenne. Pour compenser cette baisse de revenus, le C.G.O.S vous propose la Complémentaire Retraite des Hospitaliers.

**Vous décidez du montant de votre cotisation :** 2,5 %, 3,5 %, 4,5 % ou 5,5 % de votre traitement brut de base. Le prélèvement se fait directement sur votre traitement. C'est simple et efficace.

**Vous bénéficiez d'une grande souplesse :** selon vos possibilités financières, vous pouvez à tout moment modifier votre taux de cotisation, ou bien suspendre puis reprendre vos cotisations, quand vous le désirez, sans aucun frais ni pénalités.

**Vous faites le plein d'avantages :** des économies d'impôts, l'accès à une aide remboursable sans intérêt (sur 3 ans 1/2 maximum), une **offre attractive pour les 18-35 ans** (un 13<sup>e</sup> mois de cotisation offert jusqu'à vos 35 ans, pendant 5 ans maximum). Et bien sûr, vous avez la certitude d'un complément de revenus garanti à vie<sup>(1)</sup>.