

La Tribune

FO Santé

n° 78 - Décembre 2013

les cadres parlent



Quand comprendront-ils qu'il faut arrêter la casse ?

Nous ne nous résignerons pas à voir nos acquis sociaux liquidés sous les coups de boutoir des politiques d'austérité. FO - et notre Fédération en particulier - entend résister !

Les 300 délégués réunis lors de la Conférence des secrétaires départementaux FO de la Fédération à La Roche-Sur-Yon du 22 au 24 octobre ont porté unanimement ce message, cette exigence.

Ce gouvernement, comme les précédents, nous présente des "réformes" marquées du sceau du recul social : allongement de la durée de cotisation pour les retraites, gel des salaires dans la fonction publique, non remplacement d'un fonctionnaire sur deux, remise en cause des modalités d'avancement, etc.

Ce gouvernement, comme les précédents, préfère donner "des signes positifs" aux exigences des marchés financiers, des libéraux qui se nourrissent de l'appauvrissement des populations par la baisse du coût du travail, le gel des salaires, la remise en cause des garanties collectives et de la récupération des parts de marché par la privatisation des services publics.

Eh bien, pour FO, une action courageuse serait de prendre le contre-pied: en arrêtant de détruire nos services publics, nos hôpitaux publics, en arrêtant de supprimer nos emplois, en arrêtant de remettre en cause nos acquis sociaux, nos retraites, en arrêtant le gel de nos salaires. C'est pourquoi, sur le terrain, nous continuons inlassablement de revendiquer l'augmentation des salaires, la revalorisation des grilles indiciaires, l'ar-

rêt des suppressions de postes et la création des emplois nécessaires, l'arrêt de la remise en cause de nos statuts.

Pour FO, la question des retraites, des emplois et des salaires forme un tout indissociable.

En augmentant les salaires, en augmentant le nombre d'emplois, alors les questions de financement des retraites ne se posent plus.

En redonnant du pouvoir d'achat aux salariés, en redonnant du travail à ceux qui en sont privés, alors la relance et la croissance trouveront le carburant qui leur font cruellement défaut.

En préservant (et en les améliorant) les garanties collectives, les conventions collectives nationales, les statuts, la sécurité sociale (assurance maladie, retraite, indemnisation chômage, allocations familiales), alors on garantit la cohésion sociale, on respecte les salariés.

En préservant les services publics et leur accès, on donne du sens au principe d'égalité républicaine à chaque citoyen. Et à FO, nous croyons aux vertus du modèle social qu'incarne la République Française.

Tout ceci implique de rompre avec l'austérité érigée en modèle par la ratification des traités budgétaires européens.

A ne pas entendre les revendications des salariés territoriaux et hospitaliers, nos gouvernants prennent la responsabilité d'une dégradation du climat social et d'un conflit susceptible de se généraliser.



Didier BERNUS
Secrétaire Général



Le mot de Jean-Claude MAILLY secrétaire général

Chers camarades,

Une réforme chasse l'autre : réforme des retraites, réforme fiscale et bientôt on nous annonce une réforme de la protection sociale.

La réforme des retraites, retoquée récemment par le Sénat mais qui risque au final d'être votée par l'Assemblée nationale, nous a fortement mobilisé. Et force est de constater que malgré notre mobilisation, nos revendications martelées, nous avons été confrontés du côté gouvernemental à un silence assourdissant quand, par ailleurs, notamment en ce qui concerne la fiscalité, les lobbys patronaux ou autres obtiennent des volte-faces du gouvernement à chaque grincement de dents.

FO n'a eu de cesse de répéter, s'agissant des retraites, que l'allongement de la durée de cotisation que nous refusons a été le marqueur politique du gouvernement durant toute la période de concertation et de débat qui a eu lieu ces derniers mois. C'est un marqueur de l'austérité mise en œuvre.

Retraites, budget de l'Etat, budget de la sécurité sociale, tout suit la même logique, celle imposée par les engagements restrictifs européens qui, au lieu d'amener la croissance, maintiennent l'austérité, une austérité socialement, économiquement et démocratiquement suicidaire.

Dans le même temps, les salariés se voient mis à contribution, de manière dure et constante, sur les retraites, le pouvoir d'achat, et que dire des plans sociaux qui se multiplient et qui menacent des milliers d'emplois dans le secteur privé.

Le service public n'est pas en reste puisqu'il est menacé dans ses missions, et les réductions drastiques des dépenses publiques et sociales n'arrangent rien : c'est le rôle républicain du service public qui, à terme, est remis en cause, ce que nous martelons au plus haut niveau.

2014 nous promet encore des mobilisations nécessaires et indispensables. En effet, se profile la réforme de la protection sociale. Bien qu'ouverts à la discussion et aux débats sur le sujet, nous resterons vigilants et déterminés à lutter contre toute réforme qui remettrait en cause une nouvelle fois les droits des salariés.

Résister, négocier quand c'est possible, mobiliser quand c'est nécessaire, tel est notre rôle, celui du syndicalisme libre et indépendant.

Fédération des personnels des services publics et des services santé Force Ouvrière 153/155, rue de Rome 75017 Paris - www.fo-publics-sante.org - Directeur de la publication : Didier BERNUS - Rédaction : Secrétariat Fédéral - Impression : Softing Impression Nord, résidence bois du golf, 23 avenue de la liberté, 59290 WASQUEHAL - Diffusion : sarl d'édition de la Tribune Santé - N° commission paritaire : 1109S0706 - 4^{ème} trimestre 2013 -

Sages-femmes

La colère gronde

Depuis plusieurs mois, les sages-femmes (hospitalières et libérales) expriment une volonté d'être considérées, rémunérées et reconnues. Le gouvernement peine à prendre en compte ces légitimes revendications.

Il aura fallu plusieurs mobilisations pour qu'une concertation s'ouvre enfin le 13 novembre.

FO entend bien pousser pour la revalorisation des rémunérations et la prise en compte de ces professionnels, notamment dans les établissements publics de santé qui doivent garantir aux parturientes la qualité et la pérennité de la prise en charge.

Psychologues de la FPH

Les établissements se lancent dans l'expérimentation de structuration institutionnelle de la profession

Comme suite aux travaux conduits sur le métier de psychologue au sein des établissements relevant de la FPH (cf. Tribune n° 73), la réunion entre le ministère de la santé et les organisations syndicales du 11 octobre, portant sur l'expérimentation, a étudié les réponses des établissements volontaires.

A ce jour, plus de 30 établissements sont déjà déjà fermement engagés et autant sont en cours d'engagement.

Ce sont les psychologues qui se sont saisis de cette possibilité et ont fait des propositions aux DRH, avec des accueils plus ou

moins chaleureux : quelques refus, des méfiances, des réticences, mais aussi des soutiens et l'envie énoncée de construire un travail collectif autour de projets articulés avec la politique des établissements.

La DGOS va informer plus particulièrement les médecins (dont les positions de défiance peuvent impacter certaines prises de décision...) et surtout va rappeler aux ARS leur devoir de transmission d'information aux établissements en insistant sur leur rôle de soutien de ces projets ; rappeler aussi que l'engagement dans l'expérimentation n'implique pas un projet finalisé.

Décision est prise de repousser la date d'engagement au 31.03.2014. La date de fin de l'expérimentation recule d'autant.

Nous ne saurions trop conseiller aux psychologues des établissements de prendre l'initiative et de se rapprocher très rapidement, du syndicat, afin d'envisager les conditions de cette "expérimentation" et mettre en avant leurs revendications en matière de déroulement de carrière et d'organisation des concours afin d'intégrer les psychologues contractuels, qui le demandent, dans un emploi statutaire."



- 3** Editorial
Didier BERNUS
- 4** Le mot de
JC MAILLY
- 5** Brèves
- 6** Région
Pays de la Loire
- 8** Action/Presse
2013 année noire
- 10** Commission Nationale
des paramédicaux
- 12** Commission Nationale
Psychiatrie
- 15** Dossier
Cadres hospitaliers
- 22** Droit
Réforme des tutelles
- 24** Etablissements privés
- 26** Portrait de femme
Agnès SEGUELA

Région des Pays de la Loire

Avec ses 3,750 millions d'habitants, la région compte 5 départements : Loire Atlantique, Maine et Loire, Sarthe, Mayenne et Vendée. En partie classée au patrimoine de l'humanité, la vallée de la Loire contribue à la célèbre "douceur angevine" et si l'on ajoute au climat quelques vignobles fameux, on peut dire qu'il y fait bon vivre !

Pour ce qui concerne les conditions de travail dans les établissements relevant de notre Fédération, la douceur n'est, hélas, pas de mise. Indépendamment de la taille de l'établissement et du statut (public ou privé), les agents y sont soumis aux mêmes difficultés : budgets insuffisants, effectifs servant de variable d'ajustement, précarité des statuts avec déroulements de carrière et rémunérations bloqués.

La région n'échappe pas aux restructurations, fusions et regroupements en tout genre et le nombre d'établissement diminue au nom de "l'efficience" prônée par les ARS au compte de la réduction des déficits publics.

Malgré tout, FO progresse en terme d'implantations comme d'adhérents, et cela explique que depuis les dernières élections professionnelles de 2011, FO soit la seconde organisation.

Notre objectif pour 2014, c'est de faire au moins aussi bien. Notre activité est permanente pour défendre les intérêts matériels et moraux de nos mandants et nous n'attendons pas les échéances électorales pour revendiquer !



Jean-Jacques PÉAUD
secrétaire régional FO
des Pays de la Loire

Loire Atlantique



Gérard CAILLON
secrétaire du GD FO santé
de Loire Atlantique

Ce département, qui présente une densité en habitants importante, voit une augmentation très forte de la population lors des périodes estivales. Par ailleurs, le littoral atlantique est très prisé des retraités. Ces deux phénomènes amènent des difficultés de sur-activité et de sous-dimensionnement de structures de soins ou d'accueil.

Un grand nombre d'établissements sont en difficultés financières qui conduisent à des attaques aux conditions de travail et impactent les aspects statutaires et réglementaires de nombreux agents des établissements de santé.

Des établissements des secteurs sociaux et médico-sociaux sont maintenant touchés par les restrictions budgétaires. Ces éléments nouveaux démontrent que tous les établissements, quelle que soient leur taille, seront confrontés aux diminutions budgétaires et à de lourds préjudices aux missions de services publics qui leur incombent.

FO est bien implanté dans les établissements privés de santé et cette implantation s'accroît régulièrement et spontanément. Leurs salariés subissent non seulement des attaques au travers des destructions partielles des conventions collectives, mais connaissent aussi une dégradation de leurs conditions de travail.

Une phase plus intense de la campagne pour les prochaines élections professionnelles s'approche. Majoritaires dans les établissements où nous sommes implantés, FO est le seul à avoir pu présenter des candidats dans les 9 CAPD, grâce au travail de terrain important de la secrétaire du CHU de Nantes.

Pour 2014, nous travaillons sur de nouvelles implantations dans des établissements avec des nombre d'inscrits importants. Troisième organisation syndicale sur le département, nous avons la volonté combative pour monter sur les autres marches du podium.

Maine et Loire



Brigitte MOLINÈS
secrétaire du GD FO santé
de Maine et Loire

Nous comptons 50 établissements Fonction Publique Hospitalière, 32 EHPAD, 13 Hopitaux Locaux, 1 CHU, 4 établissements médico-sociaux.

Les principaux problèmes rencontrés dans notre Département :

- les budgets insuffisants, assortis de la mise en place de mesures d'économies, qui, à leur tour se traduisent par la suppression de RTT, la remise en cause des temps partiels et le rappel incessant des agents sur leurs repos. En lien direct avec des conditions de travail dégradées, les maladies profession-

nelles et l'usure professionnelle sont en recrudescence.

- les Fusions d'établissement sont de plus en plus fréquentes, et, cerise sur le gâteau, nous avons droit à de l'expérimental: « Une fusion du public vers le privé ». C'est une première, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner.

L'objectif de faire baisser les dépenses de santé impacte le fonctionnement des établissements et les EHPAD subissent la double contrainte du Conseil Général et de l'ARS, qui prône le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, comme cela il n'y a plus de problème de financement des établissements !

Le personnel des EHPAD nous sollicite fréquemment, ce qui nous permet d'intervenir régulièrement et conforte notre crédibilité auprès des agents. En effet, contrairement aux autres organisations syndicales, nous n'attendons pas l'année précédant les élections pour faire notre travail. Pour preuve, lors des élections de 2011, nous avons déposé des sigles dans 19 établissements de moins de 50 agents et sommes arrivés premiers ; nous avons déposés des listes dans 16 établissements de plus de 50 agents et nous avons conforté notre seconde place au niveau départemental avec une progression de 4.05 %. Nous comptons bien progresser encore.

Dans le département de la Mayenne nous avons 40 établissements, la majorité est autonome. Les autres sont attachés aux centres hospitaliers. Ces derniers temps nous subissons des «fusions». D'autres regroupements d'EHPAD sont envisagés, avec des établissements qui pourraient être de natures différentes (Foyer occupationnel / MAS / EHPAD), comme le Foyer Blanche Neige / EHPAD Le Rochard (Bais) ou le Foyer des Bleuets (Hambers) et l'hôpital d'Evron avec l'EHPAD de Sainte Suzanne.

Nombre de ces établissements cumulent les mêmes problèmes :

- budgets insuffisants ;
- statut appliqué au bon vouloir du Directeur ;
- absence de Directeur à temps plein ;
- conditions de travail très difficiles compte tenu des effectifs

33 établissements composent l'offre de soins publique dans notre département.

Le Centre hospitalier du Mans (CHM) emploie 4000 agents, le centre hospitalier spécialisé 1200.

En 2 élections, Force Ouvrière au CHM est passé de 18% à 28%. Le CHS a résisté après une campagne difficile face à 3 au-

insuffisants et de la dépendance de plus en plus importante des résidents. Dans ce contexte, on ne s'étonne plus de la progression des maladies professionnelles, voire d'invalidité.

- co-financement ARS/Conseil Général, qui essaient l'un et l'autre de verser le moins possible au nom du respect des équilibres budgétaires ;
- fonctionnement aléatoire des instances statutaires et difficultés à imposer le fonctionnement du syndicat.
- baisse des RTT...

La question de la remise à plat du financement des EHPAD est posée, car, entre les familles, l'ARS et le Conseil Général, démonstration est faite que, sauf à laisser aux résidents et à leur famille une part de plus en plus grande des dépenses, le système va dans le mur.

C'est la solidarité qui est remise

tres organisations syndicales.

A St Calais qui compte 400 agents et dans les maisons de retraites de Marolles les Brauts et Montmirail, FO est majoritaire. Depuis 2011, l'évolution est très positive : on constate le doublement des adhésions au CHM ainsi que les adhérents isolés et des implantations de syndicats.

FO est présent avec des syndicats dans 14 établissements qui représentent plus de 8000 agents (89% des agents du département).

Aux élections de 2011, sur l'ensemble des 23 établissements du département, FO a fait 28,26%.

Les élections anticipées en juin 2013, qui avaient été imposées par FO à la suite à la fusion opérée en janvier du Centre hospitalier Loire - Vendée - Océan à Challans avec le CH de St Gilles Croix de Vie, nous ont permis d'être à nouveau présent sur cet établissement de 1500 agents, avec 26% des voix.

Mayenne

en cause, il est anormal que des personnes qui ont cotisé toute leur vie ne puisse s'assurer un hébergement et d'une prise en charge de qualité sans avoir à craindre de ne pas pouvoir payer.

Concernant les élections professionnelles, d'une manière générale sur l'ensemble du département FO arrive en première position.

Nous sommes passés de 24,48% en 2007 à 40,43 % en 2011.

Nous avons présenté des sigles dans les 16 établissements de moins de 50 agents et sommes arrivés premier dans ces structures.

C'est bien la preuve qu'il ne faut pas minorer l'impact de notre place dans ces petits EHPAD.



Frédérique NAY
secrétaire du DG FO de la Mayenne

Sarthe

Au CHM, compte-tenu de la forte présence de FO et de la récupération des 94.000 heures de RTT (équivalent à 2.9 millions €) pour 2400 agents, les camarades ambitionnent la première place aux prochaines élections professionnelles.



Jacky MARTINEAU,
secrétaire du GD FO de la Sarthe

Vendée

FO est le seul représentant des salariés dans nombre d'établissements privés de Santé, tels la Clinique St Charles, la Croix Rouge Française de St Jean de Mont et les labos de prothèse dentaires.

Un travail conjoint et étroit avec les agents territoriaux permet depuis 3 ans le développement de FO dans les EHPAD.

Une dynamique FO forte, avec 10 réunions de GD par an, nous permet de se soutenir mutuellement dans l'action.



Patrick Bourraseau
secrétaire du GD FO santé de Vendée

2013, année noire des hôpitaux :

près de 4000 suppressions de postes et 900 millions € de déficits



A la tribune, de gauche à droite : YVES KATRAMADOS, Yves CHALLIER, Denis BASSET, Didier BERNUS, Luc DELRUE, Hervé ROCHAS

120 délégués Force Ouvrière, représentant une centaine d'établissements en difficulté budgétaire, se sont réunis le mardi 24 septembre au siège de la Fédération FO des personnels des services publics et des services de santé. Ils exigent du Gouvernement la prise en compte de leurs revendications.

Sur la base d'un état de lieu de la situation budgétaire d'une centaine d'établissements, un consensus s'est imposé : **LA DESTRUCTION DE L'HÔPITAL DOIT CESSER !**

40 délégués sont intervenus pour illustrer la multiplication des mesures de redressement impactant essentiellement les dépenses de personnels.

L'enquête réalisée par FO sur un panel de 103 établissements et moins d'une année, établit un déficit dépassant 900 millions € et la suppression de près de 4000 postes.

Dans tous les hôpitaux, les plans de retour à l'équilibre s'accompagnent de mesures qui remettent en cause les jours RTT, les règles d'avancement, les remplacements (départs et maladie), le non renouvellement des contractuels, la généralisation des 12 heures, les fermetures de services...

Ces mesures d'économie sont le résultat de la baisse des tarifs décidée dans le cadre de l'enveloppe fermée et limitative de l'ONDAM (objectif

national des dépenses d'assurance-maladie).

Une telle politique, qui s'inscrit dans la réduction des dépenses publiques impulsée par les instances Européennes et la règle d'or budgétaire, plonge des centaines d'hôpitaux dans « l'endettement » et le « déficit ».

Les délégués considèrent que la Ministre de la santé et le Gouvernement ont la possibilité d'opérer d'autres choix que ceux faits jusqu'à ce jour. C'est pourquoi ils leur lancent un appel solennel : **« STOP À LA DESTRUCTION DES HOPITAUX PUBLICS ! ».**

Déjà, les conflits sociaux se multiplient (Cherbourg, Montauban, La Rochelle, Caen, Montluçon, St Nazaire, Mâcon, etc...). Les personnels, avec leurs syndicats, se mobilisent pour exiger l'arrêt des plans de retour à l'équilibre.

Pour FO, il faut rompre avec cette rigueur qui étrangle les hôpitaux, remet en cause droits et statuts et démobilise les personnels.



Une délégation a remis les cahiers de revendications lors d'une audience

Ce même jour, une délégation a été reçue durant deux heures au Ministère de la santé par des représentants du Cabinet de la Ministre et de la Direction Générale de l'Organisation des Soins.

La délégation a remis les cahiers de revendications des personnels de 70 établissements. Les délégués, prenant appui sur les conflits sociaux qui se multiplient, ont décrit les difficultés et exposé les attentes des hospitaliers.

Avec détermination, ils ont porté l'exigence de stopper la spirale infernale d'une dégradation des conditions de

travail, aggravée par la diminution des effectifs et la remise en cause des acquis (jours RTT, avancements à la durée intermédiaire, etc).

La délégation a réaffirmé la nécessité de mettre un coup d'arrêt aux plans de retour à l'équilibre, à la loi HPST, à la T2A ainsi qu'à la politique des enveloppes budgétaires fermées.

Durant ces deux heures d'entrevue, l'échange a été franc et les délégués sont intervenus sans complaisance.



Délégation FO conduite par D. BERNUS secrétaire général de la Fédération et Luc DELRUE secrétaire fédéral : Didier BIRIG (Hôpitaux du Bassin Houiller de Moselle), Alain DELAY (CH Montluçon) Daniel DUTHEIL (AP-HP), Sandrine GAMBLIN (CH Cherbourg), Pascal GAUDIN (CH La Rochelle), Marc KATRAMADOS (AP de Marseille), Marie-Françoise LIRE (CHS Charles-Perrens de Bordeaux), Philippe NAVARO (Département du Rhône et CHS Bron), Agnès SEGUELA (CH Montauban), Nelson TECHER (Ile de La Réunion), Jacky ROUELLE (CHU Caen)

Représentants du Cabinet de la Ministre : Mme PARIER, M CRÉMIEUX conseillers auprès de Mme TOURAINE

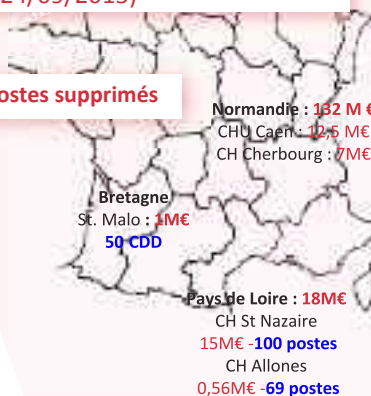
Représentant de la DGOS : M. LE MOIGN

Si nous nous n'avons pas eu de réponses sur la nécessité d'effacer la « dette » des hôpitaux, nos interlocuteurs se sont engagés à faire remonter nos préoccupations à la Ministre de la santé. Nous attendons maintenant les réponses de la Ministre.

103 établissements hospitaliers en difficulté budgétaire

année 2013 (maj 24/09/2013)

Déficits cumulés : +915 M€ et 3500 postes supprimés



Cette initiative de réunir 120 délégués constitue, pour FO, une première étape dans la préparation du rapport de force pour se faire entendre des pouvoirs publics.

Le regroupement des secrétaires départementaux de notre fédération FO de mi-octobre analysera la situation et décidera des suites à donner à cette journée.

Commission Nationale FO des paramédicaux



De gauche à droite : Francis VOILLOT, Hervé ROCHAIS, Pascal MARTIN

Mercredi 25 Septembre 2013, Hervé ROCHAIS, secrétaire fédéral ouvre la journée en rappelant que cette commission nationale des paramédicaux est un espace d'échanges et de travail technique réalisé en lien avec les commissions régionales.

Le contexte de contrainte économique et les politiques de rigueur et de réduction des déficits des établissements publics de santé ont des incidences sur les conditions de travail de tous les personnels, les fermetures de lits, les réductions de moyens et les pertes d'emplois. La logique qui prévaut est d'adapter les soins aux moyens, avec, sur le terrain, la dégradation à tous les niveaux.

guler l'ensemble, notamment par des glissements de tâches.

FO est favorable à l'évolution des professions et dénonce la politique nationale de santé publique.

Le calendrier du processus LMD pour toutes les professions paramédicales résultant des accords de BOLOGNE (qui organise en Europe la mobilité et la libre circulation à partir d'une structure commune des diplômes en ECTS), n'est pas tenu.

L'inscription des professions dans le format LMD nécessite une réingénierie de la formation à partir d'une matrice composée des référentiels d'activité, de compétence et de formation.

Cela engendre une vigilance au sein des groupes de travail techniques afin de ramener les choses à la réalité et de veiller également à la cohérence entre les professions. La plus-value sera aussi en termes statutaires.

tachée, militante pour la promotion professionnelle et sociale. La position de l'Etat est de faire une dichotomie entre le niveau de reconnaissance universitaire et le niveau statutaire.

FO est favorable à la reconnaissance professionnelle par le LMD.

FO milite pour une meilleure rémunération et mène le combat pour exiger la parution du décret « Coquille » qui permettrait de généraliser le principe de la refonte indiciaire en lien avec la réingénierie des professions et diplôme (rééducation et médico-technique).

FO exige la reprise des travaux de réingénierie de l'ensemble des professions paramédicales.

FO est attachée à la référence réglementaire au Code de la santé publique (CSP) afin de ne pas s'orienter vers des pratiques et des diplômes régionaux.

La loi HPST et ses effets entraînent moins de formation pour les personnels. La coopération des professionnels de santé (article 51) est un dispositif de logique restrictive.

Chaque profession répond en principe à deux fondamentaux :

- un arrêté de formation initiale, (ce que je dois savoir-faire)
- un décret d'actes (ce que j'ai le droit de faire) pour les professions réglementées.

Le principal danger est de déré-

D'autres difficultés suscitent la vigilance de FO, notamment celles en lien avec le monde de l'université et de l'enseignement supérieur. Ainsi, les orthophonistes ont obtenu une reconnaissance Master, après 12 ans de combat.

La fédération reste sensible, at-



Les représentants des étudiants en soins infirmiers ont apporté leur éclairage

Avancement des travaux de réingénierie des diplômes

AIDE-SOIGNANT

La Fédération y porte une attention particulière, notamment parce que les AS sont un corps important dans la FPH. Ils sont pour le moment exclus du champ de l'auxiliariat médical.

Le DPAS, puis DEAS en 2005 et la VAE ont reformé la formation et confirmé le travail en collaboration avec l'infirmière.

FO milite pour un reclassement en catégorie B qui devrait permettre l'intégration des primes dans le salaire.

FO a mis en place un groupe de travail sur le sujet.

CADRE DE SANTÉ

les récentes réunions ont relancé le processus avec deux groupes : validation et production. Deux référentiels d'activités et de compétences ont été présentés: cadre en unité de soins et cadre en institut de formation.

FO est pour une seule formation cadre. Le niveau universitaire est à définir, mais FO tient particulièrement au maintien de la filière d'origine et reste vigilant en ce qui concerne la distinction entre cadre de santé et cadre de pôle!

MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE

Mise en œuvre en septembre 2013, avec le grade de licence.

L'objectif d'un diplôme unique est posé pour 2014.

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Aux 3 ans d'études pour le DE s'ajouterait la validation d'une année supplémentaire pour un équivalent M 1.

L'appareil de formation est composé de 42 IFMK: 18 publics dont les 4 pour personnes déficientes visuelles, 20 privés non lucratifs et 4 privés lucratifs. Sur les 2 500 étudiants sortant chaque année, on observe des modalités de sélection différentes selon les écoles avec la PACES, le STAPPS, la BIO.

La réingénierie s'est arrêtée en décembre 2012 après 36 réunions et la DGOS a relancé fin mai avec deux groupes, un pour le référentiel de formation et l'autre pour le conventionnement. Prochaine réunion le 15 octobre. Le point d'achoppement est sur la durée d'études entre 3 et 5 ans. Les modalités de sélection ne sont pas définies, certaines UE (domaines 2 - la recherche) font l'objet de désaccord et le conventionnement avec les universités s'avère délicat à priori.

ORTHOPHONISTE

5 ans d'études seront nécessaires pour obtenir le diplôme avec une mise en place au 1^{er} septembre 2013. A noter une cohésion forte entre les

milieux libéral et salarié qui ont pesé sur les décisions. Une rencontre est prévue le 16 octobre 2013 pour parler du statutaire.

PSYCHOMOTRICIEN

Après les décrets officialisant leur existence, ceux de 1988 et de 1995, les ont intégré dans le titre IV comme auxiliaires médicaux.

L'exercice professionnel est à 90% salarié et 10% libéral et la profession compte environ 750 professionnels.

L'appareil de formation compte environ 15 écoles - le quota est de 900 /an. La réingénierie,

qui a débuté en 2008, est bloquée depuis 2011. Les référentiels d'activités et de compétences sont validés et le référentiel de formation avait commencé. Il semblerait qu'on s'achemine vers les 300 ECTS et la demande de Master, ce qui augmenterait le temps de formation avec un élargissement conséquent de l'exercice. Les conditions d'accompagnement des étudiants posent question.

SAGE-FEMME

La formation débouche au niveau Master et la problématique de la reconnaissance à part en

tière de profession médicale est toujours d'actualité.

TECHNICIEN DE LABORATOIRE

La dernière réunion date du 17 mars 2012 ! Les référentiels d'activités et de compétences sont validés et il reste la négociation avec l'université. Des lobbies sont à l'œuvre, notamment les laboratoires et les pharmaciens. Il y a actuellement 9 voies d'entrée et des cursus en 2 ans, 3 ans avec

des DUT, ES BTS et des licences biologies. D'où une complexité et des interrogations sur le conventionnement, les méthodes de sélection, les équilibres entre formation universitaire et formation pratique. Le Ministère dit que le dossier est en cours...

Commission Nationale FO Psychiatrie

La commission nationale FO de psychiatrie s'est réunie à Paris (26/09/2013). Le tour d'horizon des montre que les problèmes des établissements et des personnels du secteur psychiatrique et de Santé mentale sont, autant que les autres secteurs de la santé, en butte à l'austérité budgétaire.



Préambule : Défendre le secteur et abroger la loi HPST

En préalable à l'ouverture des travaux, la commission a tenu à rappeler son attachement aux secteurs psychiatriques et à la sectorisation issus de la circulaire du 14 mars 1960 et de la loi de juillet 1985, qui reconnaissent et garantissent que les soins psychiatriques appartiennent bien au champ sanitaire.

La loi HPST a fait disparaître la base légale de l'organisation sectorielle. C'est pourquoi, la commission, unanime, revendique son abrogation et exige la réintroduction dans le code de la

santé publique de la notion organique du secteur public hospitalier, ainsi que celle du « secteur ».

En outre, la commission alerte les personnels des établissements sur les risques d'une modification profonde de l'organisation de la psychiatrie au profit d'une « territorialisation » de l'organisation des soins telle qu'elle est actuellement en discussion dans le cadre du groupe de travail sur le service public territorial de santé (SPTS).

Préserver la psychiatrie publique

La spécialité médicale de la psychiatrie est menacée de disparaître.

Au nom de la réduction des dépenses publiques imposée par les instances européennes, l'objectif financier est d'opérer un transfert du secteur sanitaire au vers le champ social et médico-social moins onéreux.

Après les drames de ces dernières années, après la liquidation de plus de 100 000 lits de psychiatrie, les patients sont, pour un très grand nombre, laissés à l'abandon. La commission condamne cette situation qui perdure et exige d'y mettre un terme, en donnant un coup d'arrêt aux fermetures de lits et places et en procédant à la réouverture des lits nécessaires.

De nombreux établissements sont confrontés aujourd'hui à

des difficultés budgétaires graves qui affectent directement leur fonctionnement, avec des répercussions inadmissibles sur le niveau des effectifs et sur la capacité du service public à répondre aux besoins de la population.

Ces insuffisances budgétaires s'inscrivent dans le cadre du respect du pacte de stabilité, avec comme outil un ONDAM fermé. La ligne de mire est bien évidemment un retour à l'équi-

libre imposé aux hôpitaux. Les dernières annonces faisant état d'une volonté du gouvernement et de la Cour des comptes de vouloir réduire encore les budgets des hôpitaux est très inquiétante.

FO met en garde les pouvoirs publics des conséquences catastrophiques que pourrait avoir une telle restriction budgétaire dans les hôpitaux, en particulier en termes d'explosion sociale.

FO dénonce

■ La réduction de l'offre de soins et la diminution constante des lits ayant pour conséquence la sortie prématurée des malades, voir la clochardisation des malades mentaux.

■ La situation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui ne dispose d'aucun lit d'hospitalisation dans certains départements.

■ La dégradation continue des conditions de travail.

■ L'augmentation des faits de violence dans les structures de soins.

■ La complexification du mode d'hospitalisation par la mise en place de la loi du 5 Juillet 2011, malgré les aménagements récents.



Revendications FO pour la psychiatrie :

- Défense de la psychiatrie publique.
- Abrogation de la loi HPST. Réintroduction dans le code de la santé publique de la notion de « secteur ».
- Refus d'un financement à la tarification.
- Maintien de tous les établissements publics et des secteurs ainsi que de l'ensemble des services administratifs, techniques et ouvriers
- Attribution des moyens budgétaires conformes aux besoins.
- Arrêt des suppressions de lits et places. Réouverture des lits et places nécessaires dans l'ensemble des secteurs, qui sont tous sous dotés.
- Renforcement des lits et places dans les unités pour malades difficiles (UMD), les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) et les alternatives que représentent les unités pour malades agités et perturbateurs (UMAP) et les unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP)...
- Inverser la baisse des effectifs par des embauches immédiates de personnels qualifiés et

la titularisation des contractuels, afin de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, de prise en charge de soins de qualités, et sécurisés.

- Augmenter le nombre de places dans les IFSI et garantir que la formation débouchant sur le diplôme d'infirmier, prenne en compte la spécificité de la psychiatrie. Revoir la formation et les stages.
- Cesser immédiatement et définitivement les expériences de médiateurs "pairs-aïdants".

La Commission nationale appelle les personnels hospitaliers à se regrouper dans les syndicats FO pour se faire entendre et agir pour préserver le service public de psychiatrie publique (FPH et PSPH) ainsi que les droits collectifs.

Le gouvernement vient d'annoncer sa «stratégie nationale de santé ».

Celle-ci doit être objectivée en 2014 par une loi de santé publique, intégrant un « volet psychiatrique ».

La Commission Psychiatrie de FO se considère en vigilance permanente.



Luc DELRUE
secrétaire fédéral
en charge du dossier "psychiatrie"



les cadres parlent

Les cadres, qu'ils appartiennent aux services de soins, techniques ou administratifs, sont mal dans leurs fonctions.

Ouvrir le dossier de l'encadrement dans les établissements publics de santé est essentiel. A la suite des multiples rapports diligentés par le ministère de la santé (C. de SINGLY, Noël MOUNIER), les problèmes sont parfaitement identifiés.

Devenir cadre : couronnement d'une carrière hospitalière, cette ambition s'est bien souvent évaporé dans le désenchantement.

Les notions nouvellement introduites dans le domaine de la santé (productivité, rentabilité) ont profondément bouleversé le paysage du soin et de l'hôpital tout entier.

Nouveaux étalons en matière de santé, elles ont rapidement engendré la remise en cause des savoirs et des savoir-faire, les déplacements de tâches et, plus généralement, le renversement des valeurs. Ainsi, le temps valorisé auprès des usagers

n'est plus celui que l'on accomplit mais celui que l'on gagne.

Des formations, justifiées par la promesse d'une noble élévation du niveau ont entraîné des augmentations de reponsabilités sans augmentation des salaires.

Il est plus que temps de rentrer dans la phase de négociation pour les personnes d'encadrement des trois filières (soignant, administratif, technique et ouvrier).

Le ministère l'envisage.

FO l'attend avec impatience.

Pour l'instant, nous leur donnons la parole. Nous leur avons posé à tous les mêmes questions :

Comment définiriez-vous votre profession, telle que vous l'exercez aujourd'hui?

En quoi la profession que vous exercez aujourd'hui est-elle différente de ce qu'elle était à vos débuts ?

Comment pensez-vous que sera votre profession demain ?

La parole est aux cadres hospitaliers

ils ont répondu à nos 3 questions :

- 1 **Comment définiriez-vous votre profession, telle que vous l'exercez aujourd'hui ?**
- 2 **En quoi la profession que vous exercez aujourd'hui est-elle différente de ce qu'elle était à vos débuts ?**
- 3 **Comment pensez-vous que sera votre profession demain ?**

Corinne, cadre de santé

"Cadre en CHU depuis 1999, j'ai pu noter un net changement de notre profession, en lien avec dans un premier temps avec la mise en place du fonctionnement en pôle, renforcé par la conjoncture économique et les différentes réformes hospitalières peu favorables à l'amélioration des conditions de travail.

Les missions du cadre de santé ont bien changées. Si le rôle du cadre de santé pouvait être associé au rôle d'un coach sportif attentif au bien être de son équipe pour les meilleures prestations possibles, aujourd'hui on lui fait plutôt assumer le rôle de l'actionnaire qui veut des profits sans se soucier comment et à quel prix ils sont obtenus.

Le cadre de santé est devenu essentiellement un gestionnaire d'effectifs et cette mission devient de plus en plus périlleuse. Pour assurer la continuité des soins, on est amené à mettre en place des scénarios tordus (rappel sur congés, RTT, allongement de la semaine de travail, heures supplémentaires, polyvalence sur plusieurs poste). Non seulement il nous est pénible de recourir à de telles extrémités qui préservent les équipes, mais on est très vite abandonné par sa direction tout comme par les

organisations syndicales.

Le cadre est aussi un gestionnaire de moyens, mais dans un contexte nouveau (moins moyen pour plus de résultats), peu propice à la motivation et l'investissement des équipes. Améliorer les organisations est souvent nécessaire et toujours possible, mais on atteint vite les limites...

Le cadre de santé étant devenu un gestionnaire de résultats, il a fallu inventer des systèmes et des personnels consacrés au décorticage des tableaux en tous genres (création du métier d'assistante de pôle, bureau de pôle hebdomadaire, implication des médecins chefs de pôles, attachés de direction...)

Si seulement on pouvait disposer d'autant de personnes pour soigner !

Enfin, le cadre de santé est gestionnaire de projets, et selon le mode de management mis en place, sa participation peut aller de la réflexion à la mise en place ou être cantonné à l'exécution des décisions du pôle.

Et le management des équipes dans tout cela ? Animer, motiver, rassurer, faciliter, valoriser, partager, enseigner ? Eh bien, c'est comme on peut quand on peut, avec les forces

qui nous restent en cohérence avec nos valeurs, et souvent dans l'isolement.

Les temps difficiles restent encore à venir.

Cependant, étant d'un tempérament plutôt optimiste, j'observe chez la jeune génération des professionnels moins soumis, plus clairs dans leur positionnement face à la direction. Mais l'encadrement de proximité s'éloigne du terrain. La gestion de projets pour améliorer la prise en charge du patient et les conditions de travail du personnel est certes importante et intéressante, mais attention à rester dans la course au milieu des coureurs ! Attention aussi à ne pas avoir la tête dans le guidon : pour donner la bonne direction, encore faut-il savoir préparer les équipes au parcours.

Ma crainte est de voir la formation de cadre de santé évoluer vers une formation trop administrative. Les cadres doivent rester issus de la filière soins.

Pour garder une note d'optimisme, j'espère que la situation de crise va finir par s'améliorer et que les prochaines lois hospitalières s'intéresseront plus à la qualité des soins qu'au rendement des établissements hospitaliers,

Odile, agent de maîtrise principale - lingerie

"Je suis agent de maîtrise principale à la plus grosse blanchisserie du département. Nous prenons en charge la blanchisserie de plusieurs établissements. Notre "plateforme logistique" comprend lingerie, cuisine, magasin. Notre travail,

c'est un travail de production, un travail de technicien. Nous sommes l'un des premiers maillons de la chaîne à l'hôpital.

On travaille beaucoup sur la rentabilité, l'hygiène et la sécurité. Dans les coulisses de l'hôpital, sortes "d'agents de

l'ombre", nous sommes peu connus par l'ensemble des hospitaliers et peu reconnus.

Aujourd'hui, ce qui a vraiment changé les choses, c'est le développement de la robotisation. Elle a eu pour conséquence une production



plus élevée et une baisse d'effectifs. Dans mon établissement, le fait de travailler maintenant dans des bâtiments et locaux neufs, ajouté au fait que nous bénéficions de l'investissement de matériels et machines a considérablement amélioré nos conditions de travail : autrefois, on faisait tout à la main et la pénibilité de travail en blanchisserie était bien connue !

Pourtant, toutes ces améliorations n'ont pas eu que des effets positifs : nous devons assurer le travail de plusieurs établissements, ce qui fait que nous avons de plus en plus de clients mais pas plus d'argent... En gros, c'est beaucoup mieux et c'est pareil...

Demain, les blanchisseries sont appelées à grossir encore dans le cadre de groupements inter-hospitaliers. Et puis il y a

l'évolution des textiles et des produits chimiques qu'il faut suivre, et les préoccupations concernant le développement durable...

Donc, pour toutes ces raisons, gain de temps et d'argent restent un souci permanent.

Il est absolument nécessaire de développer des formations CAP pour que nos métiers soient mieux reconnus et restent au top."

Jean-Marie, maître ouvrier principal

"Je travaille actuellement dans un établissement psychiatrique et mon métier dans les services techniques a beaucoup évolué. Les missions sont très variées, cela va de régler des problèmes de sanitaire (robinetterie, climatisation) à ceux de la serrurerie. De manière générale, tout ce qui touche à la maintenance. La polyvalence est donc de mise et les compétences à acquérir sont multiples, complexes et ne découlent pas forcément de notre formation

initiale. Ainsi, les avancées technologiques ont fortement impacté nos pratiques. L'informatique, l'automatisme et la robotisation nous ont obligé à revoir nos manières de travailler. L'hôpital est devenu un environnement complexe, où la clé à molette côtoie "Auto-Cad"^(*). Nous devons sans cesse nous former pour acquérir de nouvelles compétences et rester opérationnel.

Je ne cacherai pas que je suis

inquiet pour l'avenir de nos métiers à l'hôpital. D'une part, pour des raisons de coût et de masse salariale, l'hôpital fait appel de plus en plus souvent à des entreprises de sous-traitants. D'autre part, il faut bien reconnaître que les salaires proposés en début de carrière aux ouvriers de catégorie C ne sont pas attrayants et n'incitent pas les candidats à se bousculer pour ces boulots-là..."

* logiciel de dessin assisté par ordinateur, à vocation pluridisciplinaire.



Jean-Claude, AAH direction des finances

"L'attaché d'administration hospitalière et le collaborateur direct du Directeur de service. Il gère une ou plusieurs équipes avec l'aide d'adjoint des cadres. Il est avant tout le référent technique et le spécialiste du domaine dans lequel il évolue (ressources humaines, finances, achats marchés etc...)

La profession a nettement évolué depuis plus de trente ans que je l'exerce (chef de bureau puis attaché d'administration). Cette évolution est due à deux raisons principales, la première

est l'arrivée de "nouveaux directeurs" moins proches des agents et moins préoccupés des relations humaines, qui ont avant tout une approche carriériste de leur profession et un souci constant de rentabilité.

La deuxième est que les agents ont eux aussi évolué avec un individualisme qui a progressé et une solidarité qui est moins présente.

Ces deux facteurs font que si l'aspect technique de la profession est resté, son aspect ani-

mation d'une équipe a nettement évolué, avec un temps certain passé à résoudre des conflits ou à gérer la pénurie de ressources, en particulier en matière de personnel.

Demain, est-ce que la profession d'attaché d'administration hospitalière existera toujours ? Je pense que l'on évoluera progressivement vers une disparition de ces postes, les directeurs ayant directement sous leurs ordres une équipe d'adjoints des cadres qui gèreront chacun 5 à 10 agents."



Delgado, ingénieur hospitalier

"L'ingénieur au sein d'un département est un échelon intermédiaire entre une direction et des personnels. Sa vocation est de réaliser des opérations techniques (programmées ou non) et surtout d'assurer le management des équipes sur le terrain avec équité.

L'ingénieur est à la disposition de l'ensemble des services ou des départements du CHU afin que soit assurée la continuité du service. Sa présence est parfois sollicitée auprès des organismes de tutelles (ARS, Préfecture...) et le CHSCT en tant que « sachant » afin de répondre techniquement sur

l'évolution des dossiers en cours. De plus en plus, l'ingénieur est le garant des bonnes pratiques : des marchés publics et du respect des CCTP (cahier des clauses techniques particulières) par les entreprises. Cette dernière activité est extrêmement chronophage.

Dans mon secteur d'activité, l'ingénieur se positionne sur plusieurs activités qui demandent de maîtriser : des textes (règlements, des normes (générales et celles applicables à l'activité hospitalière), les relations avec les organismes extérieurs, les Maîtres d'Œuvre et les entreprises, les risques, les budgets.

Comme dans beaucoup de secteurs d'activités, l'ingénieur

doit être de plus en plus polyvalent et performant, ce qui demande une grande disponibilité (le temps de travail quotidien effectif est d'environ 10H/j) et une grande capacité de réactivité aux divers sollicitations. Les exigences des hôpitaux sont à présent égales à celles du secteur privé.

Les contraintes économiques font qu'on exige déjà de l'ingénieur qu'il assume des tâches

qui se répartissaient autrefois sur plusieurs postes. Cela va devenir systématique dans un avenir proche.

La différence fondamentale, c'est que les perspectives d'avenir et d'évolution dans le secteur public à compétences égales avec un ingénieur présent dans le secteur privé restent peu attractives et peu motivantes."

Patrick, cadre de santé en UMD

A mes débuts comme cadre, mon rôle consistait principalement à créer de l'émulation au travers une organisation des soins résolument orientée vers le patient.

Aujourd'hui, il s'agit de satisfaire à des critères et des indices de qualité théoriques souvent emprunts d'hypocrisie; la qualité réelle et perçue comme important peu. Maintenant, mon travail consiste essentiellement à tenter d'expliquer l'inexplicable aux personnels, tant les obligations légales qui s'imposent à nous

sont en décalage complet avec la réalité du terrain. Nous passons plus de temps à soigner nos écrits pour correspondre aux attentes des technocrates qu'à prendre soin de nos patients. La «suspicion» sous-jacente sur nos pratiques et notre déontologie devient de plus en plus pesante et démotive la plupart des soignants. Ce que nous faisons réellement importe finalement très peu, pour peu...que nous sauvions les apparences.

Je crains que l'évolution fasse que l'on attende demain de

nous que nous devenions à notre tour des technocrates comptables. Les cadres paramédicaux pourront être directement recrutés au sortir des écoles de management. C'est d'ailleurs dans les tuyaux : pour être cadre, il faudra être muni d'un master en management ! Les notions humanistes, fondatrices des métiers du soin, ne seront alors plus que des concepts abstraits au sein de notre profession.

J'espère prendre ma retraite avant...



Bruno, technicien supérieur hospitalier

" Notre profession de Technicien Supérieur se définit par trois mots : Encadrement, Pa-perasse et Justifications.

A mes débuts d'Adjoint Technicien, dans les années 90, le métier était intéressant, nous faisons vraiment du terrain, nos compétences techniques étaient réellement utilisées. La Direction et les ingénieurs comptaient sur notre connaissance des équipements, sur nos analyses, et le règlement des dysfonctionnements se faisait d'une manière collégiale, chacun portant sa pierre à l'édifice.

Ce temps-là est révolu : nous sommes à l'ère des justifica-

tions et de la "couverture" ; nous passons plus de temps à écrire qu'à intervenir sur nos installations, à encadrer des sociétés qui font le travail qui était le nôtre il y a une dizaine d'années. Il s'en suit, d'une part une implication technique moins forte car faire travailler les autres est toujours moins intéressant que "d'avoir les mains dans le cambouis" et d'autre part un stress permanent qui s'installe petit à petit, avec la question qui revient tout le temps (surtout en dehors du boulot) : "ai-je pensé à tout ?"

Certains secteurs ont su prendre le virage, comme nos col-

lègues du Biomédical ou de l'Informatique (dans ces métiers un TSH est réellement un technicien); pour les services techniques, l'institution attend des ouvriers un travail de technicien et pour notre catégorie du travail d'ingénieur... Il y a vraiment un glissement et la situation budgétaire des établissements hospitaliers n'arrangera pas cette dérive.

Je pense que demain nous ne serons plus que des gestionnaires de contrats, des gratte-papiers qui ne connaissent les installations qu'à travers des DOE (dossiers des ouvrages exécutés) ou des courriers recommandés..."

Estelle, maître ouvrier sécurité-incendie

" Au Centre Hospitalier, la sécurité des personnes et des biens est par définition plus im-

portante qu'ailleurs ! L'agent de sécurité est un acteur-clé ! Moi, j'ai choisi ce métier car

j'aime le mouvement. Les jours et les nuits ne se ressemblent pas.

Aujourd'hui, nous effectuons de plus en plus d'actions en relation directe avec les actes de malveillance. Les agressions ne sont pas nouvelles, mais ce phénomène a pris de l'ampleur au cours de ses dernières années (patients alcoolisés, problèmes psychologiques, règlement de compte....) Depuis 7 ans, je vois cette violence s'accroître et se banaliser au détriment de notre activité principale la sécurité incendie.

Un Centre hospitalier reste ouvert pour tous mais tout employeur doit penser à la sécurité de son personnel et des patients. Pour cela, notre direction rattrape progressivement le retard qui s'est accumulé : un système de vidéosurveillance et contrôle d'accès va être mis en place d'ici la fin de l'année, des formations pour la gestion de la violence sont dispensées.

Il est essentiel de pérenniser les

mesures techniques et organisationnelles mises en place par les formations incendies du personnel.

Nous, agents de sécurité incendie, sommes prêts à assurer toutes ces nouvelles mesures en plus de toutes les nombreuses missions qui nous sont attribuées. Mais nous voulons aussi que notre métier soit plus reconnu car nous aussi, nous prenons des risques qui peuvent être fatals."



Sophie, cadre de santé

"En tant que cadres, nous sommes responsables de la qualité des soins et prestations, de la gestion des ressources humaines, de la gestion matérielle, de la communication, l'information et la formation.

Nous sommes à l'intersection de toutes les logiques : paramédicales, médicales et administratives (ou plus exactement économiques).

Devant concilier des attentes légitimes mais contradictoires, nous sommes contraints de

passer énormément de temps sur l'ordinateur, sur des tableaux, des bilans, ou dans des réunions imposées par la direction, parce que l'aspect économique a pris le pas sur tous les autres.

En fait, dans la pratique, nous sommes contraints de nous éloigner de plus en plus des patients et des équipes. "L'intérêt commun" prime la prise en charge individualisée du patient. On parle maintenant de prise en charge "optimale",

sorte de meilleur rapport qualité/prix.

Soumis à des exigences administratives et économiques, aux contraintes des pôles, les cadres de santé ont du revoir leur façon de travailler pour pouvoir garder du temps auprès des équipes.

Quant à l'avenir de cette profession... j'avoue que j'ai du mal à l'imaginer..."

Dominique, AAH mandataire judiciaire à la protection des majeurs

"Etre cadre d'un service de protection juridique des majeurs au sein d'un établissement de santé public est complexe, lourd et périlleux. Le tableau des effectifs ne connaît que la fonction de mandataire/préposé, qui est sensée s'exercer à temps plein. Du coup, aucun temps n'est affecté à la fonction d'encadrement des autres mandataires du service, collaborateurs, comptables ou secrétaires. Au final, non seulement la fonction cadre est un exercice "bénévole" mais le nombre d'heures de présence effective s'en trouve alourdi.

En outre, le management est particulier parce qu'il faut faire abstraction des grades pour maintenir la motivation des agents, ce qui n'est ni légitime ni simple !

La complexité de l'encadrement dans ce domaine particulier réside dans le nombre de hiérarchies auxquelles on est

soumis : l'hôpital, les magistrats du Tribunal d'Instance (juges des tutelles), le Parquet (Procureur de la République), les services du Préfet (DDCS), et de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Certains jours cela relève de la quadrature du cercle...

La profession de "gérant de tutelle" d'autrefois était bien plus sécurisée. Celle de mandataire judiciaire à la protection des majeurs a été créée par la loi de 2007 et par un ensemble de réglementations denses mais parfois difficiles à mettre en œuvre. Si les conditions de formation, de diplôme, d'exercice et de responsabilités (civiles et pénales) ont été pensées et organisées, rien n'a été fait quant au statut, à la Fiche Métier, aux indicateurs permettant d'obtenir les financements nécessaires, aux partages de responsabilités et aux délégations de fonctions (par ex. lorsque ses collaborateurs appartiennent au cadre C).

Le nombre de situations confiées par les tribunaux au service augmente en nombre et en complexité, requérant souvent un lourd travail de médiation auprès des partenaires extérieurs et des familles.

J'ajoute que pour tous les mandataires qui ont accepté de se former et qui exercent dans des conditions souvent difficiles et précaires, la prime spécifique qui existait a été abolie ...

Ma profession sera de plus en plus indispensable au fonctionnement des établissements publics de santé : l'action de protection juridique des personnes vulnérables en psychiatrie, en gériatrie ou en services MCO est complémentaire des soins, en facilitant les filières d'aval et en évitant des hospitalisations. Cette fonction permet aussi que soit assuré le règlement des frais de soins et de séjour, surtout dans les situations au long court. Le travail de proximité avec les



unités médicales est pertinent et l'expertise de ces professionnels hospitaliers est reconnu et apprécié des familles.

Puisque le nombre de mesures de protection augmente, peut-être faudrait-il envisager de créer des services dédiés au sein des établissements hospi-

taliers, à l'instar de ceux organisés en EHPAD, ce qui permettrait aussi une meilleure reconnaissance du travail de ces agents en établissements

Christian, maître ouvrier principal restauration



"Je suis maître ouvrier principal au CHRU de Besançon où j'exerce le métier de cuisinier depuis plus de 25 ans.

Aujourd'hui, le métier de cuisinier dans les CHRU n'a plus rien à voir avec celui qui se pratiquait il y a 20 ans. La poêle a disparu. Nous travaillons en différencié, en liaison froide, avec une

traçabilité permanente qui procure une surcharge de documents à remplir chaque jour, sans effectif supplémentaire. L'ambiance d'antan n'existe plus, la vraie cuisine a disparu au profit des fiches techniques élaborées par les fabricants des produits utilisés.

Pourtant, il faut être positif :

c'est une autre génération de cuisinier qui va nous remplacer. Espérons que la cuisine existera toujours dans la Fonction Publique Hospitalière !...

En attendant, je rentre chez moi faire à manger à ma famille, avec ma poêle, mes casseroles, comme à l'époque de mes parents..."

Michel, cadre technique



"En 1978, j'ai été recruté comme technicien courants faibles, activité qui a été créée à mon arrivée. Aujourd'hui, je suis responsable de la cellule courants faibles du CHD Vendée, rattachée à la direction des services techniques et travaux.

Sous la direction du directeur technique, j'ai la responsabilité de 2 techniciens spécialisés en courants faibles. Je m'occupe également des appels d'offres, de l'élaboration des cahiers des charges et de la gestion des entreprises prestataires, pour les installations et travaux dont j'ai la charge.

La profession que j'exerce aujourd'hui est totalement différente de celle qu'elle était à mon arrivée, les évolutions technologiques et informatiques ont fait évoluer mon métier et m'ont imposé en permanence une remise en cause et des formations.

Je suis convaincu de changements majeurs dans ma profession pour les années à venir. Compte tenu des permanentes évolutions technologiques et de la convergence de mon métier vers l'informatique, il ne fait aucun doute que les systèmes de téléphonie vont basculer vers le tout IP (dont la

WiFi). D'où l'on peut penser que l'administration des postes IP ainsi que la gestion des réseaux intersites seront probablement transférées à l'équipe informatique du CHD Vendée.

Ma profession se limitera aux dépannages matériels pour la téléphonie, et tous les autres systèmes resteront techniquement sous ma responsabilité.

La cellule courants faibles du CHD Vendée a encore de belles années devant elle, pour une profession qui ne cessera d'évoluer..."

Joëlle, cadre supérieur de santé

"Pour définir ma profession, telle que je l'exerce aujourd'hui ce qui me vient tout de suite à l'esprit c'est : polyvalence, gestionnaire en tous genres, adaptabilité rapide au poste de travail, capacité à reconnaître les limites de son pouvoir et de son influence. Il faut être au service de la conception des projets et de leur mise en œuvre, articulant les intérêts de l'Institution et des acteurs, être régulateur des effectifs, gestionnaire de l'absentéisme, arbitre des tensions à l'intérieur des différents services, médiateur et conciliateur dans les décisions, entre les stratégies de changement, les contraintes hospitalières, gestionnaire des

lits et orientateur des patients...

Tout cela doit aller avec une capacité d'analyse et de diagnostic des logiques et des dynamiques des équipes.

En cessant d'être "surveillante" de la bonne organisation du soin, on s'est vu en charge de veiller à l'amélioration de l'image de l'hôpital auprès de la population.

Alors qu'il y avait plusieurs cadres de santé par service, il y a plusieurs unités pour un seul cadre. Le cadre avait la responsabilité de sa mission et aujourd'hui il a plusieurs missions. Et je ne parle même pas de l'informatisation (dos-

sier patient, codification des actes, plannings)...

Depuis la mise en place des Pôles, nous sommes à l'interface de 2 pouvoirs, médical et administratif et au carrefour de plusieurs logiques : médicale, administrative, soignante, logistique et, enfin, de celle des patients. Tout cela oblige à beaucoup de compromis avec la Direction au détriment du personnel et des patients. On doit penser budget avant "de prendre soins".

Nous sommes de plus en plus des gestionnaires, contraints à la poursuite d'objectifs ambigus, à l'évaluation permanente de la qualité des soins,

de la mise en conformité pour les certifications - qui ne sont pas toujours suivis d'effets. Les actions sont hyper protocolisées, les formations hyper ciblées, les méthodologies hyper pointues. Les relations sont ... différentes, la communication inter-services et avec les Directions se faisant par mail...

Dans le contexte économique et social actuel, les hôpitaux ont besoin de responsables capables d'assumer des choix, de prendre des décisions, de prévoir des objectifs ambitieux et d'évaluer les résultats, mais attention de ne pas négliger le regard porté sur les équipes et les patients !

Le cadre de travail n'est plus satisfaisant ni stimulant.

Voilà quelques réponses aux questions posées ... mais il y aurait encore tant à dire sur une profession en quête d'une identité...

Laurent, technicien hospitalier responsable sécurité

"Un responsable sécurité dans les établissements hospitaliers a un rôle de préventionniste dans le domaine de la sécurité. Il est considéré comme le sachant dans le domaine de la sûreté, la sécurité incendie, la sécurité des installations techniques et les risques professionnels, entre autres. Il doit également s'engager dans une politique d'information et de formation envers le personnel et plus particulièrement le personnel soignant.

Nous pouvons constater un changement de mentalité en ce qui concerne la sécurisation de

nos établissements. Pour répondre aux nouveaux textes réglementaires et pour faire face aux agressions (surtout aux urgences), de nouveaux moyens ont été mis en place (vidéo protection, contrôle d'accès, ajout d'agents de sécurité). Ces changements impactent les financements (personnels, achats matériels, constructions).

Dans l'avenir, il nous faudra prendre en compte des technologies de plus en plus sophistiquées et de plus en plus coûteuses, tout en faisant face aux contraintes budgétaires

qui vont parallèlement s'aggraver. Il faudra accroître notre niveau de sécurité en analysant les événements passés, en traçant tous les événements indésirables de nos structures. Les services «missions qualifiées» des établissements joueront un rôle important afin de piloter les actions préventives et correctives sur chaque signallement mettant en danger patient ou professionnel de santé. Le responsable de sécurité devra s'investir dans ce groupe de travail pour amener sa connaissance et son expérience."



Martine, cadre de santé

"Cadre de santé en psychiatrie en extrahospitalier dans un secteur rural, je gère 3 structures de soins (2 hôpitaux de jour et un CMP). Je me sens privilégiée car je fais un management de proximité où patient et soignant restent au cœur de la prise en charge.

Notre population a changé, plus sur le versant "social" : nous sommes de plus en plus amenés à prendre en charge des personnes confrontées à des questions liées au travail (harcèlement, perte d'emploi)

ou présentant des addictions.

Ici, on a la chance que le service public soit pour le moment assuré dans de bonnes conditions, mais pour combien de temps encore ?

A mes débuts, le problème de la restriction budgétaire était moins prégnant. Il n'y avait pas d'incertitude quant au remplacement de personnel absent. L'informatique, le respect et la connaissance de beaucoup de protocoles sont aujourd'hui chronophages au dépend du soin. Mais là aussi, l'intra

est beaucoup plus impacté que l'extra-hospitalier.

Je m'interroge sur les futures conditions de travail, sur la qualité des soins prodiguée, sur la place du patient dans un dispositif de soin, où restriction budgétaire et équilibre financier seront les lignes directrices.

Notre engagement sera nécessaire pour défendre et garder un service public de qualité en psychiatrie. Des luttes seront peut-être au rendez-vous..."



Pour FO, la négociation sur les cadres devra aborder les questions suivantes :

- **Place et rôle** de l'encadrement dans les établissements publics de santé
- **Verticalité** des professions de l'encadrement
- **Transversalité et conséquences** en terme de formation, de positionnement et d'évaluation professionnelle
- **Refonte totale des grilles indiciaires et des évolutions de carrière**
- **Attractivité** demain pour les professions de l'encadrement
- **Avenir des cadres chargés de l'enseignement et de la formation.**

La réforme des tutelles et curatelles

Les mesures de protection des majeurs concerne 800 000 personnes en France en 2012 (85 000 en 1968) dont moins de la moitié sont exercées par les familles elles-mêmes et 34 000 par des préposés d'établissements de santé ou médico-sociaux. (source : DGCS)

La loi du 5 mars 2007 - entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 - a profondément réformé la protection juridique des personnes vulnérables.

Jusqu'alors, la protection des personnes ne concernait que l'aspect patrimonial, ce qui était insuffisant et propice à ce qu'on appellera des "dérives"...

Cette loi vise à corriger ces deux défauts majeurs par l'individualisation des prises en charge et par le renforcement de la professionnalisation des intervenants. Désormais, l'activité tutélaire est

régie non seulement par le Code Civil mais également par le CASF (Code de l'Action Sociale et des Familles). La loi confie la responsabilité des mesures au Conseils Généraux, lesquels peuvent, par convention, déléguer à des organismes spécialisés (ex : UDAF, Union Départementale des Associations Familiales)

Parce que c'est une réforme particulièrement complexe qui touche le quotidien des établissements sanitaires et médico-sociaux, quelques rappels et points de repère s'imposent.

Rappels

Lorsqu'un majeur connaît une altération de ses facultés mentales ou physiques (par exemple abolition de la volonté ou entrave de son expression) qui le met dans l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts, le juge organise sa protection dans le respect des libertés individuelles selon trois modes de protection :

① **La curatelle**, lorsque le majeur a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans les actes de la vie courante. Elle permet de l'assister dans les actes de la vie civile. Il existe différents degrés de curatelle :

La curatelle simple, lorsque la personne accomplit seule les actes de gestion courante (dits actes d'administration ou actes conservatoires), comme la gestion du compte bancaire ou la souscription d'une assurance. En revanche, elle doit être assistée de son curateur pour des actes plus importants (dits actes de disposition). Par exemple, le curateur doit consentir à un emprunt.

La curatelle renforcée, lorsque le curateur perçoit les ressources de la personne et règle ses dépenses sur un compte ouvert au nom de celle-ci.

La curatelle aménagée lorsque le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non.

La décision de curatelle ne

peut excéder 5 ans

Le curateur est désigné par le juge des tutelles. C'est souvent un membre de la famille.

Le curateur ne fait qu'assister le majeur protégé pour les actes qui excèdent sa capacité, il ne le représente pas.

② **La tutelle**, lorsque le majeur est hors d'état d'agir lui-même et a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile.

L'ouverture d'une mesure de tutelle ne peut être demandée au juge que par certaines personnes.

La demande doit comporter le certificat médical circonstancié établissant l'altération des facultés de la personne, l'identité de la personne à protéger, l'énoncé des faits qui appellent cette protection.

Elle est adressée au juge des tutelles du tribunal d'instance dont dépend le lieu de résidence du majeur à protéger.

Le juge auditionne le majeur à protéger (si cela est possible) et examine la requête. Il entend également la personne qui a fait la demande, et leurs éventuels avocats.

La décision de tutelle ne peut excéder 5 ans. Elle est révocable à tout moment par le juge.

③ **La sauvegarde de justice** est une mesure de protection juridique urgente ou de courte

durée, qui permet à un majeur d'être représenté pour accomplir certains actes, en évitant de prononcer une tutelle ou curatelle. Elle correspond le plus souvent à un besoin de représentation temporaire (ex : coma, traumatisme crânien...).

La sauvegarde de justice ne peut dépasser 1 an, renouvelable une fois par le juge des tutelles. La durée totale ne peut donc excéder 2 ans.

Qui prend l'initiative?

Toute personne qui s'interroge sur son état (ou membre de la famille qui s'inquiète de l'état de son proche parent affaibli par l'âge, la maladie, le handicap) peut saisir le juge des tutelles. La demande doit s'accompagner d'un avis médical d'expert (médecin inscrit sur une liste spéciale départementale fournie par le tribunal).

Le juge des tutelles est le juge du TI du lieu de résidence de la personne à protéger.

Quel coût ?

La demande est gratuite et le recours à un avocat n'est pas nécessaire. L'exercice de la protection confié à un tiers (organisme tutélaire, ADAPEI, UDAF, etc.) donne lieu à rémunération (plafond : 20% des ressources de la personne).



Tableau récapitulatif

Qui demande ?	La personne elle-même Sa famille (conjoint, parents, enfants, ...) Un service médico social Le procureur de la République (avec certificat établi par un médecin expert)
Quelle demande ?	Sauvegarde de justice (mesure d'urgence en attendant la mesure de protection adaptée) Curatelle simple ou renforcée Tutelle Mandat de protection future (mandat donné à quelqu'un pour intervenir en lieu et place de la personne protégée, sous forme d'acte sous seing privé ou notarié). MABS (mesure d'accompagnement budgétaire et sociale, à la charge du Conseil général)
Qui exerce la protection ?	Famille (en première intention) MJPM (mandataires judiciaires qui remplacent les tuteurs et curateurs) agréés et répertoriés sur une liste établie par la préfecture.
Quel financement ?	Principe de gratuité de la demande pour la personne. Financement : 20% par prélèvement sur les ressources de la personne, le reste étant financé par l'Etat et la Caisse d'Allocations Familiales.

Depuis 2009, qu'est-ce qui a changé ?

Le rôle du juge des tutelles

Il est désormais guidé par 3 principes :

Nécessité : le majeur protégé reçoit la protection de sa personne et de ses biens que leur état rend nécessaire. L'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts doit être médicalement constatée la mesure de protection est dès lors une possibilité elle n'est pas automatique.

Proportionnalité : la mesure est prise en fonction du degré d'altération des facultés et elle est individualisée.

Subsidiarité : la mesure de protection n'est ordonnée que s'il n'existe pas d'autre solution.

Enfin, le juge des tutelles doit :

- Harmoniser son action avec celle du Département
- Réviser obligatoirement les situations des personnes protégées tous les 5 ans.

Le rôle du greffier

Le rôle du greffier est accru : obligation lui est faite de rendre compte à la personne protégée et/ou sa famille, de réaliser des inventaires.

Les mandataires de justice

Ils sont désignés pour accomplir un ou plusieurs actes, et pour une durée déterminée.

Les perspectives

Ce n'est un secret pour personne, ce nouveau dispositif s'est mis en place avec difficulté. C'est pourquoi les services du ministère ont entrepris cette année un programme de travail qui traitera notamment de l'amélioration de l'information aux familles/tuteurs familiaux ainsi que de la simplification et de l'adaptation des dispositifs.

FO insiste sur d'autres aspects

● Une meilleure reconnaissance de la fonction de mandataire de justice au sein des équipes parce qu'il s'agit là de compétences et de savoir-faire importants et recherchés, qui doit se traduire par un **reclassement des MJPM qui sont catégorie C en catégorie B.**

● Du fait d'un manque d'effectifs (3000 mandataires individuels en 2009 et seulement 2000 aujourd'hui) alors que la

tâche est en augmentation constante, il y a une réelle difficulté à ce que les mesures prononcées soient effectives.

Sachant que la **formation obligatoire diplômante est de 8 mois, FO considère qu'elle ouvre droit à une contrepartie financière (prime, indemnité...)**

Dans les établissements disposant d'un service où ce sont des **secrétaires qui gèrent les dossiers de majeurs sous protection, celles-ci doivent bénéficier d'une NBI.**



Droit syndical : les heures de délégation au titre de représentant du personnel

Ces données répondent à toutes les questions, situations particulières qui peuvent se présenter au sein de nos entreprises et ne peuvent que nous aider à faire respecter nos droits.

Utilisation des heures de délégation

1 - COMMENT S'UTILISENT LES HEURES DE DÉLÉGATION ?

Le représentant du personnel (RP) est libre d'utiliser ses heures de délégation à sa convenance, dès lors qu'elles s'exercent dans le cadre de l'exercice de son mandat. Le représentant du personnel bénéficie d'une présomption d'utilisation licite de ses heures de délégations.

L'employeur n'exerce aucun contrôle a priori sur l'emploi du temps des représentants du personnel, ni sur les activités exercées pendant ce crédit d'heures. Il peut par contre, demander à être informé au préalable. Cette demande ne constitue pas une demande d'autorisation d'absence (l'employeur ne peut s'y opposer).

L'information de l'employeur, si elle est demandée, se fait au préalable, dans un délai « suffisant » (variable selon l'emploi et la répercussion de l'absence sur le service...) qui ne peut être imposé unilatéralement par l'employeur mais doit faire l'objet d'une concertation avec les représentants du personnel.

L'employeur peut souhaiter l'utilisation de « bons » de délégation afin de comptabiliser le temps de délégation. Auquel cas, la forme et les conditions d'utilisation de ces bons doivent faire l'objet d'une concertation avec les RP (représentants du personnel) concernés ou figurer dans un accord collectif et ne peuvent, non plus, être imposés unilatéralement par l'employeur. Ces bons peuvent être informatisés (intégrés au dispositif de pointage par exemple).

Le refus d'utiliser un dispositif licite de bons de délégation peut entraîner des sanctions disciplinaires.

Si l'employeur demande la justification de l'utilisation de ces heures, il ne peut le faire qu'après leur paiement.

Le délégué peut refuser de les justifier. En cas de refus, ou en cas de contestation de l'utilisation des heures de délégation, l'employeur peut saisir le conseil des prud'hommes, mais **c'est à l'employeur d'apporter la preuve que les heures n'ont pas été employées conformément aux missions du représentant du personnel.**

Toutefois, le délégué doit apporter au juge des prud'hommes des précisions sur les activités exercées dans le cadre de son mandat.

2 - QUAND UTILISER LES HEURES DE DÉLÉGATION ?

La libre utilisation des heures de délégation implique que l'employeur ne peut les planifier au préalable. Notamment, il ne peut pas imposer à un salarié travaillant de nuit de ne prendre ses heures de délégation que la nuit.

Pendant ou hors du temps de travail

Le temps de délégation peut être pris pendant, ou HORS du temps de travail si les nécessités du mandat le justifient. La justification est à la charge du RP. Si elles sont justifiées, les heures prises hors du temps de travail doivent respecter la réglementation des heures supplémentaires (maximum autorisées) et peuvent être rémunérées comme telles.

Pendant les périodes où le contrat de travail est suspendu (absences et congés)

La jurisprudence admet que le mandat se poursuit pendant la suspension du contrat de travail du représentant du personnel. Cette jurisprudence s'applique à tous les cas de suspension du contrat de travail, y compris la mise à pied disciplinaire (Cass. soc. 23 juin 1999) ou conservatoire (Cass. soc. 2 mars 2004, Cass. crim. 11 septembre 2007). L'absence du RP n'a donc aucun impact sur le nombre d'heures de délégation dont il dispose et sur leur utilisation.

Chômage partiel :

Le chômage partiel n'entraîne pas la suspension du mandat d'un RP. Le RP a droit, s'il en est justifié, au paiement des heures de délégation prises au cours du chômage partiel.

Préavis non travaillé :

La dispense d'exécution d'un préavis ne rompt pas le contrat de travail. En conséquence, le RP peut utiliser son temps de délégation pendant son préavis non travaillé.

Grève :

Le mandat du RP n'est pas suspendu par la grève. Il dispose de sa liberté de circulation dans l'entreprise pour l'exercice de ses missions.

Mise à pied :

La mise à pied, conservatoire ou disciplinaire ne suspend pas le mandat du RP. Dans ces conditions, le RP peut utiliser son temps de délégation pendant sa mise à pied. L'employeur ne peut s'opposer à sa présence dans l'entreprise.

Mi-temps thérapeutique :

Prise de temps de délégation soumis à deux conditions : a) le temps de délégation ne peut réduire le temps travaillé de plus



d'un tiers ; b) le temps de délégation est forcément pris sur le temps de travail.

Congés payés : Un RP peut prendre du temps de délégation pendant ses congés payés, mais ces heures ne peuvent faire l'objet d'une rémunération cumulée avec l'indemnité de congé payés.

Maladie :

Prise de temps de délégation POSSIBLE, dans le cadre du respect de la réglementation Sécurité Sociale (heures de sorties). Un employeur DOIT convoquer un RP malade, sous peine de délit d'entrave.

Maternité :

Prise de temps de délégation POSSIBLE, dans le respect de la réglementation (article L1225-29 du code du travail : « Il est interdit d'employer la salariée pendant une période de huit semaines au total avant et après son accouchement. Il est interdit d'employer la salariée dans les six semaines qui suivent son accouchement. ».)

3 - LE CRÉDIT D'HEURES PEUT-IL ÊTRE DÉPASSÉ ?

OUI, dans des circonstances exceptionnelles, sous réserve de son utilisation dans le cadre des fonctions de chaque institution représentative. Le RP doit pouvoir justifier à la fois de la nécessité du dépassement et du caractère licite de son utilisation.

Exemples (jurisprudence) :

- Déclenchement d'une procédure d'alerte ;
- Enquête CHS-CT consécutive à un accident du travail ;
- Conflit collectif prolongé ;
- Projet de restructuration ou de délocalisation de l'entreprise ;
- Examen d'un projet de mise en place d'un régime de prévoyance ;
- Surcroît d'activité du fait du licenciement de plusieurs salariés ;
- Mise en place dans l'entreprise de réformes légales en droit du travail.

Dispositions particulières

Salarié à temps partiel

Le temps de délégation ne peut réduire le temps travaillé de plus d'un tiers.

Par contre, le solde éventuel peut être utilisé en dehors des heures de travail de l'intéressé. Dans ce cas, les heures sont PAYEES comme heures complémentaires.

Salarié sous convention de forfait annuel en jour

Il n'y a pas de dispositions légales, d'où la nécessité de régler le problème dans le cadre d'un accord collectif.

Dans ce cas, il convient de négocier AU MINIMUM la conversion du crédit légal d'heures de délégation en équivalent jour en prenant comme référence l'horaire collectif annuel. Exemple : pour 1600 heures annuelles, 20 heures par mois (titulaire CE) correspondent à 15 % du temps de travail (1600/[20x12]). Le nombre de jours de délégation d'un salarié au forfait-jour correspondra donc au minimum à 15 % du nombre de jours de son forfait.

Paiement des heures de délégation

1- A QUELLE ÉCHÉANCE ?

Dans le cadre du crédit

Les heures sont OBLIGATOIREMENT payées à l'échéance normale de la paie (voir précédemment)

Au-delà du crédit

L'employeur peut décider de ne pas les payer à échéance normale de la paie. Mais dans ce cas il doit expressément contester le caractère exceptionnel des circonstances invoquées par le représentant du personnel pour justifier de son dépassement.

Dans ce cas, c'est au représentant du personnel de saisir le conseil des Prud'homme et de prouver que les circonstances étaient bien exceptionnelles.

2 - SUR QUELLE BASE ?

La règle est que l'utilisation d'heures de délégation ne doit entraîner AUCUNE PERTE DE SALAIRE

En conséquence, sont incluses au salaire de base toutes les primes, indemnités, avantages, qui revêtent un caractère de fixité, de constance et de généralité qui les font considérer comme partie intégrante du salaire. Ainsi, une prime de sujétion normalement versée est due à un représentant du personnel qui, pourtant, n'est pas exposé à cette sujétion pendant les heures de délégation.

Un représentant du personnel travaillant habituellement le week-end qui serait conduit à exercer son mandat la semaine bénéficierait quand même des majorations pour travail le week-end.

Un représentant du personnel ne peut pas être privé d'une prime récompensant la productivité.

Le bulletin de paie ne doit pas porter mention de l'exercice d'un mandat.

CRÉDIT MINIMUM LÉGAL D'HEURES EN FONCTION DU MANDAT ET DE LA TAILLE DE L'ENTREPRISE

Effectif	DP	CE (ou DUP jusqu'à 199 salariés)	RS au CE ou au CCE	CHS-CT *	DS**	RSS
11 à 49	10	-	-	-	-	-
50 à 99	15	20	-	2	10	4
100 à 150	15	20	-	5	10	4
151 à 199	15	20	-	5	15	4
200 à 299	15	20	-	5	15	4
300 à 499	15	20	-	10	15	4
500 à 1499+	15	20	20	15	20	4
+ 1500	15	20	20	20	20	4

DP : délégués du personnel

CE : comité d'entreprise

DUP : délégation unique du personnel

RS : représentant syndical

CCE : comité central d'entreprise

DS : délégué syndical

RSS : représentant de la section syndicale

(*) CHS-CT : Temps majoré de 30% dans les entreprises comportant un ou plusieurs établissements à haut risque.

(**) Dans les entreprises de plus de 2000 salariés comportant au moins 2 établissements, 20 heures par mois sont accordées au Délégué Syndical Central.

A l'exception du CHS-CT, et sauf accord plus favorable, les heures de délégation sont personnelles. L'employeur peut refuser de les globaliser. Le cumul des mandats entraîne le cumul des crédits d'heures (élu DP+CE, entreprise de plus de 50 salariés : 15 + 20 = 35 heures de délégation.)

Les élus CHS-CT peuvent globaliser leurs heures. Dans ce cas, l'employeur doit en être informé.

Agnès SEQUELA

J'ai confiance en l'avenir : les agents sauront reconnaître l'action sans faille de FO, toujours à leur côté pour défendre leurs intérêts.



Agnès SEQUELA
secrétaire du GD du Tarn et Garonne

J'ai eu mon diplôme d'état d'infirmière en juin 1986. Après un remplacement de quelques mois dans une clinique privée de la ville, j'ai intégré le centre hospitalier de Montauban en psychiatrie où je suis restée 9 ans, en tournant sur plusieurs unités. Il y avait 2 syndicats et j'ai été attirée par FO et son indépendance politique. Les responsables de l'époque parlaient des conditions de travail.

Je me suis syndiquée en 1992 et l'année suivante, on m'a demandé d'être collectrice pour mon secteur.

En 1994, le trésorier départemental étant devenu secrétaire du GD (groupement départemental) m'a demandé d'être trésorière du département. Je ne connaissais rien à l'action syndicale et mon action se limitait à gérer la trésorerie au niveau de mon rôle de collecteur.

Quelques années plus tard, à quelques mois des élections professionnelles, j'ai dû, avec l'équipe en place, organiser les élections des

représentants des personnels. Entre temps j'avais intégré le service d'urgence sans aucun temps syndical.

En 2002, au retour de mon congé maternité, je suis allée à l'UCSA (l'infirmier de la prison) avec un mi-temps syndical. Heureusement, Jean Marie BELLOT était venu à Montauban discuter et apporter tout son soutien au syndicat local. José AMIGO était passé secrétaire du GD, et moi, trésorière et secrétaire du syndicat local. Mon vrai travail syndical a pu enfin commencer.

Le secrétaire de l'UD (union départementale) avait changé, les relations constructives avec Michel COULOM nous sont toujours précieuses. Avec José, nous avons commencé à reconstruire le groupement départemental et le syndicat. C'est à ce moment là qu'il est parti du syndicat, fin 2010, appelé à d'autres fonctions dans un autre établissement.

En 2011, j'ai exercé les fonctions de secrétaire de syndicat et de GD. J'étais passée à temps plein, avec comme objectif les élections des représentants des personnels. Malheureusement, à cause des difficultés à tout gérer, les résultats aux élections se sont avérés décevants.

Après le choc, l'important a été de s'entourer d'une équipe, tant sur le plan local que sur le département. J'ai souvent sollicité l'aide de la Fédération car la pression subie par les agents en ont amené certains jusqu'aux tentatives de suicide.

D'ailleurs, depuis cet été, l'hôpital est en constante ébullition à cause du déficit budgétaire. Le 12 septembre, plus de 350 agents se sont mobilisés pour obliger le directeur à négocier un accord RTT qu'il remettait en cause. Ses trois adjoints et lui-même ont porté plainte contre les trois secrétaires de syndicat pour séquestration. Au passage, je remercie la fédération et le nouveau secrétaire régional, Gérald MURAT qui m'apportent leur soutien.

J'ai confiance pour l'avenir. Je suis sûre qu'au moment des prochaines élections des représentants des personnels, les agents sauront reconnaître l'action sans faille de FO, toujours à leur côté pour défendre leurs intérêts

