



**La Tribune**  
des services  
publics et de santé

# La Tribune

**FC** Santé

n° 82- Décembre 2014

## Le secrétariat médical à l'hôpital

EDITEUR : LES SERVICES PUBLICS ET DE SANTÉ - 153, RUE DE ROME 75017 PARIS. Publication mensuelle - 0,64€ - DIFFUSION GRATUITE AUX ADHÉRENTS - ISSN N° 1260-4





# Créer le rapport de force

Au moment où vous lirez ces lignes, les résultats des élections professionnelles dans la Fonction Publique seront connues, mais à l'instant de notre publication, il est encore trop tôt pour les commenter et de les analyser. Par contre, nous pouvons témoigner de ce que les 45 journées électorales conclues par des meetings - dont 15 avec Jean-Claude MAILLY secrétaire général de notre Confédération - sont révélatrices de la mobilisation des équipes FO.

Ces déplacements à la rencontre des agents des collectivités territoriales et des hospitaliers ont rassemblé plusieurs dizaines de milliers de militants. Cet enthousiasme témoigne certes d'une détermination collective exemplaire à renforcer la représentativité de FO, mais cette "tournee" électorale a aussi confirmé deux choses :

En premier lieu, les attaques menées contre le service public, contre les statuts, dont nous avons pu vérifier grandeur nature les conséquences. L'action conjuguée de la politique d'austérité (baisse des dépenses publiques et sociales finançant le pacte de responsabilité) et des "réformes" dites de structures (loi MAPTAM<sup>1</sup>, loi HPST<sup>2</sup>) affecte notre quotidien : moins de services publics, dégradation des conditions de travail, gel des traitements, suppression des postes, absence de revalorisation des grilles indiciaires. Une pénurie générale de moyens qui s'accroît chaque jour.

En second lieu cela a confirmé la colère des personnels de ne pouvoir exercer leurs missions comme il faut, de ne pas être reconnu, de voir se déliter le service public auquel ils sont si attachés.

Il ne saurait être question de som-

brer dans la résignation, bien au contraire !

La situation légitime pleinement nos analyses et nos revendications.

Nous avons raison de dénoncer un pacte de responsabilité (40 milliards de baisse de charge et de réduction d'impôts aux entreprises) financé par 50 milliards de baisses des dépenses publiques et sociales. Il est suicidaire économiquement, socialement et démocratiquement.

Nous avons raison de revendiquer une hausse générale des salaires (+8% pour la valeur du point d'indice et 50 points d'indice pour tous), l'arrêt des suppressions de poste, la préservation de nos statuts et du service public.

Pour être entendu, il est donc essentiel de construire le rapport de force nécessaire. Le rassemblement du 16 décembre à l'initiative de notre Confédération adresse une mise en garde solennelle au gouvernement. Il marque le début d'une mobilisation d'ampleur interprofessionnelle rassemblant les salariés du privé comme du public.

La Fédération milite avec la Confédération pour la construction de ce rapport de force qui doit déboucher sur une grève interprofessionnelle.

Telles sont les conditions nécessaires à l'aboutissement de nos revendications.

<sup>1</sup> Loi de Modernisation de l'Action Publique Territoriale et d'Affirmation des Métropoles., qui prolonge la RGPP (Réforme Générale des Politiques Publiques)

<sup>2</sup> Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires



Didier BERNUS  
Secrétaire Général

- 3** Editorial Didier BERNUS
- 4** Le mot de JC MAILLY
- 5** Brèves
- 6** in memoriam  
André BERGERON
- 7** Congrès Tours 2015
- 8** Région  
Normandie
- 10** Chirurgie ambulatoire  
Montée en puissance
- 12** Avant projet de loi santé  
Aggrave la loi HPST
- 15** Dossier  
Le secrétariat médical
- 20** Statut  
Maintien de la catégorie active
- 22** Rencontre  
Les délégués des CHU
- 25** Médico-social  
Les petites structures
- 26** Femme & militante  
Carole VERDIER



Le mot de

Jean-Claude

**MAILLY**

secrétaire général

Chers camarades,

Nous nous trouvons dans un contexte économique et politique plus que tendu, qui plus est lorsque les pouvoirs publics accèdent à tort aux revendications d'un patronat qui en veut toujours plus. Ajoutons à cela un gouvernement qui multiplie les annonces provocatrices ou rétrogrades pour les salariés : travail le dimanche, allocations familiales, seuils sociaux, contrat de travail unique...

L'absence de concertation est également criante que ce soit récemment sur les mesures de simplification ou sur d'autres sujets. Comme vous le constatez, les sujets d'inquiétude ne manquent pas. On peut également souligner les craintes de FO sur l'avenir du service public, ce qui a donné lieu à notre ouvrage « Il faut sauver le service public » qui constitue un véritable avertissement de la situation dans laquelle se trouvent les services publics aujourd'hui. Nous dénonçons en effet la logique de rigueur budgétaire qui s'avère dangereuse et remet en cause les services publics républicains.

5,5 millions d'agents de la fonction publique ont été appelés à voter le 4 décembre pour élire leurs représentants et défendre leurs statuts, rappelant ainsi aux pouvoirs publics leurs obligations républicaines.

Le rassemblement national FO du 16 décembre est un avertissement que nous avons adressé au gouvernement et au patronat.

Salaires, emploi, protection sociale, service public républicain, les revendications sont nombreuses et le mécontentement réel et grandissant. Il s'agit d'affirmer et réaffirmer nos positions en toute liberté et détermination. Et être un syndicat responsable, libre et indépendant.



Papier recyclé

Fédération des Personnels des services publics  
et des services santé Force Ouvrière  
153/155, rue de Rome 75017 Paris  
[www.fo-publics-sante.org](http://www.fo-publics-sante.org) -  
Directeur de la publication : Didier BERNUS  
Rédaction  
Secrétariat Fédéral  
Impression SEGO -46 Rue constantin Pecqueur  
95150 TAVERNY  
Diffusion Sarl d'édition de la Tribune Santé  
N° commission paritaire 11145 0761 -  
4<sup>ème</sup> trimestre 2014 -

**Communiqué de FO santé sur l'ONDAM**

**L'hôpital au régime sec**

Le Plan 2015-2017 de réduction de 50 Milliards d'€ des dépenses publiques et sociales qui sont nécessaires au financement du Pacte de Responsabilité impacte directement l'hôpital public.

Au titre de 2015, ce sont 21 Milliards d'€ de réduction qui seront réalisées, dont 10 Milliards sur la santé !

Pour y parvenir, au niveau de l'ONDAM ( Objectif national des dépenses d'assurance maladie) l'évolution du budget accordé au financement des hôpitaux sera plafonné à 2%, desquels il faudra encore retirer 0,35% utilisés par les ARS (agences régionales de santé) au plan régional.

Ainsi, les établissements verront leur budget évoluer que de 1,65 % : du jamais vu !

En tout cas, c'est nettement insuffisant au regard des 2,6% nécessaires à la seule reconduction des moyens des établissements.

Le gouvernement exige le gel de la masse salariale et des effectifs.

Bercy exige que tout recrutement soit validé par les ARS.

Toutes ces raisons fondent FO à s'opposer au pacte de responsabilité et à la baisse des dépenses publiques et sociales. FO a pris ses responsabilités en organisant un rassemblement national à Paris le 16 décembre prochain, prélude à une mobilisation interprofessionnelle de grande envergure.

*La Tribune FO Santé*

**VOUS PRÉSENTE SES**



# André BERGERON

## L'hommage de Jean Claude MAILLY



Salut à toi, André,

André Bergeron nous a quitté. Né en 1922, ouvrier typographe, actif pendant le Front populaire, il eut différentes responsabilités syndicales, à l'union départementale du Territoire-de-Belfort, à la fédération du Livre, puis au bureau confédéral où il fut élu en 1956 avant de devenir secrétaire général en 1963, succédant au premier secrétaire général de la CGT-Force Ouvrière, Robert Bothereau.

Il fut de ceux qui ont grandement contribué au développement de Force Ouvrière.

Présent lors de la scission avec la CGT et à la création de la CGT-Force Ouvrière, il a exercé la première partie de ses mandats de secrétaire général pendant les Trente Glorieuses, une époque où beaucoup d'acquis sociaux ont été obtenus par la pratique contractuelle : des retraites complémentaires à la formation professionnelle en passant par l'Assurance chômage, autant d'avancées pour les travailleurs par la mise en place de régimes paritaires.

Alors que la CGT, courroie de transmission du Parti communiste, et la CFDT naissante, « autogestionnaire » et politisée, ne s'engageaient pas dans les accords, Force Ouvrière fut le pilier syndical de la négociation collective. Une pratique contractuelle conçue comme un outil de l'indépendance syndicale. Comme me le racontait André Bergeron, à cette époque, les accords contenaient du « plus » pour les salariés, ce n'était pas du « donnant-donnant ». C'est tout simplement ce que nous appelons le réformisme.

À la fin des événements de mai 1968, il obtint l'accord du CNPF pour une augmentation du salaire minimum (Smig à l'époque) supérieure à ce que voulait le gouvernement.

Sollicité à différentes reprises pour être ministre, il a toujours refusé, comme il refusa tous « les honneurs ».

Antistalinien, il dénonça aussi en 1981 la présence de ministres communistes au gouvernement. Fin négociateur, surnommé le père tranquille du syndicalisme, André Bergeron savait aussi être ferme quand il le fallait. Il a épousé son époque, ne transigeant pas avec la liberté et l'indépendance syndicales. Il joua également un rôle important à la CISL, dont il était vice-président.

Souffrant depuis quelques années, touché par une maladie qui vous déconnecte des réalités, il s'était retiré sur sa terre natale, du côté de Belfort.

Aujourd'hui encore, nombreux sont ceux qui rappellent sa formule du « grain à moudre ». Lors de l'une de nos dernières rencontres, il m'expliquait que le monde avait beaucoup changé depuis l'époque où il était secrétaire général. Et il avait pris comme exemple les rencontres avec les patrons : « Ceux que je voyais étaient propriétaires de leurs entreprises, ceux que tu vois sont des représentants des actionnaires, ça change beaucoup de choses ! »

Aujourd'hui, six mois après la disparition de Marc Blondel, les militant(e)s de Force Ouvrière sont de nouveau dans la peine. Je présente à l'épouse d'André, Georgette, à sa nièce et à toute sa famille nos plus sincères condoléances.

Salut camarade!

# Un grand moment de démocratie syndicale

Le congrès de la confédération FO se déroulera du lundi 2 au vendredi 6 février 2015 à Tours.

Plus de 3000 délégués dont plus de 800 de syndicats relevant de notre fédération des services publics et de santés sont réunis en congrès pour débattre.

Jean-Claude Mailly, secrétaire général de la confédération FO présentera le rapport d'activité du bureau confédéral depuis le précédent congrès (mars 2011 à Montpellier).

Il sera discuté pendant 3 jours et soumis au vote des syndicats. Les deux jour suivants permettront aux délégués d'élaborer la ligne et les revendications de FO au travers des résolutions discutées et votées.

Nulle doute que Jean-Claude Mailly mettra l'accent sur la

condamnation de l'austérité, du pacte de responsabilité, du plan de réduction des dépenses publiques et sociales, des propositions inacceptables du MEDEF.

Le congrès sera offensif sur les revendications et sur la mobilisation.

Le développement par l'augmentation des implantations (plus de 18000 syndicats ou sections syndicales FO actuellement) et l'augmentation de la syndicalisation seront également au cœur des préoccupations.

Un hommage particulier sera rendu à Marc BLONDEL et André BERGERON, auxquels Jean-Claude MAILLY a succédé,



et qui nous ont quitté en 2014. Nous prolongeons leur action incessante pour le rayonnement de Force Ouvrière, un syndicat libre et indépendant.



# La région normande

*“D’un côté, il y a la région fédérale, avec ses 3 millions d’habitants, un taux de chômage important, 2 régions administratives : la Haute et la Basse Normandie. Deux ARS ; deux CHU très différents : Rouen, la vitrine, 8500 agents et Caen, entièrement amianté, le plus endetté de France et dont la reconstruction est annoncée depuis 1995, 5000 agents. Et de l’autre côté, il y a le dynamisme, l’investissement, l’envie, la disponibilité qui habitent l’équipe de notre organisation et qui lui font honneur. Vous comprenez pourquoi je suis optimiste et fier d’être leur secrétaire régional ?”* Entretien avec Jacques BODIN délégué Fédéral



Jacques BODIN  
Délégué fédéral FO région Normandie

*“Depuis maintenant 10 ans nous avons priorisé la formation. Chaque année, tous mes secrétaires départementaux proposent des stages découvertes du syndicalisme et de l’hôpital, entièrement financés par la Région: CAPL-D, découverte de la vie au syndicat, découverte des instances, et ceci en plus des deux formations organisées par la Fédération : CTE et CHSCT. Ces formations sont organisées dans chaque département pour que tous les stagiaires puissent rentrer le soir chez eux.*

*La participation est forte et même en hausse permanente, ce qui explique sûrement une syndicalisation en hausse chaque année et des résultats électoraux qui en surprennent beaucoup.*

*Si cela n’explique pas totalement nos résultats électoraux, cela y participe sans doute. Mais l’investissement et le professionnalisme de mes cinq secrétaires de GD y sont pour beaucoup ! Ils ne comptent ni leur temps ni leurs efforts. C’est une véritable équipe et chacun peut compter sur les autres.”*

## L’Orne

Frédéric COCHU, trésorier de la région :

*“L’Orne est un département qui devient peu à peu un désert sanitaire, faute de médecins. Le GD de l’Orne des services de santé compte 10 établissements de santé, 8 EHPAD publics et 1 foyer de l’enfance. Le syndicat FO est implanté dans 7 établissements de santé et présent dans 5 EHPAD.*

Beaucoup de nos établissements de santé sont confrontés

à des difficultés financières qui se répercutent sur les acquis des personnels : baisse des RTT, suppression de personnel, conditions de travail dégradées, absentéisme en augmentation, absence d’investissement afin de moderniser l’outil de travail. Nos syndicats luttent contre ces mesures notamment aux CHIC Alençon Mamers et au CH de Flers.

Dans les EHPAD, nous sommes confrontés au bon vouloir de certaines directions qui n’appliquent pas le statut de la Fonction Publique Hospitalière, ce qui nous oblige à dénoncer ces faits auprès de l’ARS.

FO est la première force syndicale du département depuis les élections de 2007, confirmées aux élections de 2011. L’équipe du GD, très mobilisée sur le terrain, se rend régulièrement dans les petites structures afin de soutenir nos militants et continuer la progression de nos implantations syndicales. Depuis peu, nous nous implantons dans les établissements privés de santé en partenariat avec l’union départementale. Nous avons comme objectif de progresser aux élections du 4 décembre 2014 et conforter notre première place départementale.”

## La Manche

Didier PINSON est l’un des deux secrétaires adjoints de la région.

*“Je ne peux pas parler de mon département sans remercier ma secrétaire adjointe, Annie LEVASSEUR qui travaille autant que moi sur ce département. La Manche est un département tout en longueur, sur plus de 200 kms. Il comprend 4 établissements publics principaux :*

Cherbourg-Valognes au nord, Avranches-Granville au sud, St Lô au centre et un hôpital psychiatrique dans le sud (Pontorson).

Il y a aussi 6 petits hôpitaux de moins de 500 agents et une vingtaine de structures EHPAD, dont 16 ont moins de 50 agents.

Aux dernières élections nous étions la deuxième organisation syndicale du département. Avec Annie, nous avons entrepris il y a deux ans de visiter chaque mois tous les établissements et d’y laisser un tract. Il nous semblait important de conquérir et créer des CTE puisque ce nouveau mode de calcul compte désormais pour la représentativité. Au bout de six mois, les résultats sont arrivés et plusieurs agents ont changé de syndicats pour venir nous rejoindre : nous avons presque doublé notre effectif !

Au GD, nous nous réunissons tous les deux mois avec les copains des territoriaux et de la santé privée qui progressent eux aussi en nombre de cartes et timbres sur le département de la Manche.”

## Le Calvados

Claire GADOIS, très récemment arrivée représente le département :

*“La situation de notre département est loin d’être idyllique car même si nous sommes majoritaires au CHU de Caen ainsi que dans les autres établissements (principalement des petits CH et des EHPAD), notre absence dans certains autres fait que seulement 65% des agents hospitaliers du département peuvent voter pour les listes FO. Le challenge est donc de créer des*



Frederic COCHU GD de l’Orne



Claire GADOIS GD Calvados

syndicats partout où nous ne sommes pas. Pour y parvenir, nous allons continuer à faire des tournées de service dans ces établissements. Je suis persuadée que le travail de fourmi et l'offre syndicale de FO va porter ses fruits : notre force est de nous battre avec des revendications claires et de combattre le pacte de responsabilité qui a pour conséquence de mettre tous les établissements en déficit à la fin de l'année 2014 dans le Calvados.

Autant dire que le travail syndical dans ce contexte fortement dégradé ne va pas manquer ! Mais nous restons optimistes et combatifs, fiers du travail déjà accompli."

### La Seine Maritime

Catherine MONFRAY, secrétaire FO de la Seine Maritime :

"2014, c'est une année marquée pour les hôpitaux et les personnels par une amplification des difficultés budgétaires et leurs conséquences. Le gouvernement est enfermé dans le Mécanisme Européen de Stabilité (MES) et le Traité sur la Stabilité, la Coordination et la Gouvernance (TSCG). La portée de ces textes est une atteinte aux droits des travailleurs.

Cette situation économique générale est très inquiétante et a de fortes répercussions dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière.

La diminution du budget de la protection sociale (-11Md€), et l'Assurance Maladie (-10 Md€), ne peuvent que nous alerter et soucier. Les répercussions sont de plusieurs ordres :

Les effectifs : Avant nous avions un effectif de semaine et un du dimanche. Désormais nous sommes tous les jours sur l'effectif du dimanche !

La charge de Travail est en augmentation constante : les patients arrivent plus tard en EHPAD et sont donc plus dépendants. Les hospitalisations sont de courte durée et dans la phase la plus aiguë. La charge physique et morale pour les personnels est forcément plus forte.

La reconnaissance financière : Blocage du point d'indice à 4,63 depuis juillet 2010 ! De plus en plus d'établissements ne suivent pas les avis des CAPL et ne versent pas aux agents les 3 ou 6 mois (ou plus) de bonification lors des avancements d'échelon.

La qualité de soin : Les Directions comptent beaucoup sur l'engagement et la conscience professionnelle des agents et c'est grâce à cela que les services fonctionnent encore bien aujourd'hui.

Les passages à l'acte, lorsque la Direction refuse le dialogue social et exerce une pression telle sur le représentant syndical que le Groupement Départemental doit intervenir par écrit auprès de l'ARS. Un audit ayant été missionné pour faire un état des lieux et accompagner pour améliorer le fonctionnement, la Direction, acculée, convoque le représentant syndical et, entre autres, lui reproche d'être un mauvais professionnel. Le collègue en est ressorti si éprouvé qu'il a été consulté le lendemain matin et que son corps a été retrouvé 48 h plus tard. Pourtant à plusieurs reprises nous avons signalé que la situation devenait intenable !

Les RPS (risques psycho-sociaux) sont là présents partout tout le temps : refus d'aménagement de poste ; refus de respecter la réglementation pour Nécessité de Service ; refus de mettre en place le versement du complément CGOS à un agent en congé longue maladie car l'établissement attend le rapport de l'expert (expertise en mai, toujours pas de rapport en Octobre), motif de l'établissement : " si vous passez en CLD, il faudra que vous rendiez au CGOS vos prestations et vous aller toucher votre 2ème année de salaire à 100%". Mais pendant ces 5 mois, l'agent fait comment ? Il perçoit uniquement son demi-traitement et reste dans l'inconnu !

Malgré tout, nous continuons à œuvrer journalièrement dans l'intérêt de nos collègues. Nous continuons de créer syndicat après syndicat. Parfois le contexte est tellement compliqué qu'il faut apporter un sou-

tien très proche et régulier, pour éviter que nos collègues ne jettent l'éponge et démissionnent !"

### L'Eure

Martine DUPONT parle de son département :

"Notre département ne cesse de progresser en nombre de militants, aussi bien pour la branche santé que territoriale. Depuis les élections de 2011, notre implantation syndicale s'est étendue dans les établissements médico-sociaux et hôpitaux locaux. Le dynamisme impulsé au moyen de réunions mensuelles du groupement départemental finit donc par porter ses fruits.

Les formations syndicales " Découverte FO" et " CAPD", organisées dans notre département par Jacques BODIN, ont un succès fou. Elles donnent l'envie aux jeunes militants de s'investir plus et donc de mieux faire connaître Force Ouvrière.

Etant présents dans toutes les CAPD et commissions de réforme, nous touchons un grand nombre d'agents et pouvons mieux les défendre et les conseiller, pour leur avancement et ou lorsqu'ils rencontrent des difficultés de santé.

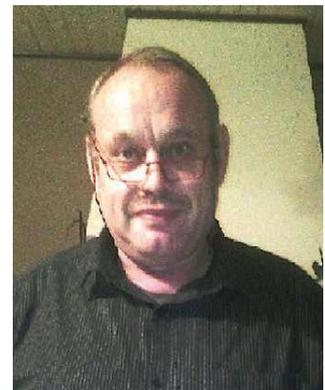
Ma présence aux instances de l'ANFH est un atout sur le terrain pour accompagner les agents dans leur parcours professionnel. Très vite, je sais comment il faut gérer leur dossier et du coup, des collègues adhèrent à FO.

Il faut ajouter à tout cela, les réunions du comité régional qui permettent un échange riche d'entraide et de convivialité profitables à chaque secrétaire départemental et qui, sans Jacques BODIN et Maryse TRAVERS, ne seraient pas ce qu'elles sont.

En ce dernier trimestre 2014, année des élections professionnelles, mon objectif est le suivant : continuer à porter et faire triompher les valeurs de FO, syndicat libre et indépendant, et aussi dépasser le score de 2011 (42 %)."



Martine DUPONT GD de l'Eure



Didier PINSON GD de la Manche



Catherine MONFRAY GD Seine Maritime

# Développement de la chirurgie ambulatoire

“ En 2016, une opération sur deux pourra se faire en ambulatoire”. Tel est un des (ambitieux) objectifs de la stratégie nationale de santé élaborés par la Ministre. Derrière le soit-disant confort qu’apporte le fait de ne rester qu’une journée à l’hôpital pour une intervention chirurgicale, se cache une volonté de réaliser des économies et des gains de productivité.



moins 18 000 lits d’hospitalisation complète, petite avance sur les 50 000 lits que l’Agence Nationale d’Amélioration des Performances préconisait en 2012.

### Une politique du “moindre coût” au détriment du “mieux soigner” ?

Plusieurs hôpitaux développent ce mode d’interventions, avec des objectifs de rentabilité dans le cadre de la tarification à l’activité, tout en diminuant l’offre de la chirurgie conventionnelle.

On a quelques fois du mal à saisir où se situe le projet d’accompagnement (des médecins prescripteurs, des chirurgiens, des relais avec des établissements de suite). C’est la politique de l’hôpital entreprise !

Le gouvernement traite l’hôpital public comme les cliniques privées. Et pourtant, la patientèle n’est pas du tout la même. Où sont adressés sinon à l’hôpital les patients poly-pathologiques, les patients désorientés, les patients sans mutuelle, etc..?

Résultat : des urgences de plus en plus saturées et des programmations de bloc bien souvent difficiles à organiser. En effet, les interventions, même programmées, peuvent connaître des imprévus avec des patients fragiles.

La population vieillissante a besoin d’une prise en charge de première intention plus longue et nécessite en outre des hospitalisations en soins de convalescence; d’où le besoin d’augmenter des lits d’aval.

Le développement de la chirurgie ambulatoire répond-t-il à la problématique de l’engorgement des hôpitaux, et aux besoins de la population en matière d’offre de soins ? Qu’il nous soit permis d’en douter : depuis 20 ans, 100 000 lits d’hospitalisations ont disparu, alors que la population augmente et vieillit et cela n’a pas du tout été anticipé. Pourquoi ? Par souci de rentabilité et d’économie, l’approche comptable prime sur tout le reste.

### 50 milliards de réduction des dépenses publiques et sociales

Cette logique se poursuit et s’accentue. Aujourd’hui, le Programme de stabilité 2014-2017 prévoit 50 milliards de réduction des dépenses publiques et sociales pour notamment financer le pacte de responsabilité. Les dépenses de santé n’échappent pas au serrage de vis. Elles ne progresseront pas de plus de 2 % par an entre 2015 et 2017. Soit le niveau le plus bas depuis 1997.

il s’agit de réaliser 10 milliards d’économies sur l’Assurance Maladie dont 3 milliards pour les hôpitaux. Les grands axes pour y parvenir : le prix des médicaments, la gestion des hôpitaux, les parcours de soins allégés.

“C’est un effort sans précédent” selon la ministre, qui se défend toutefois d’instaurer un système de santé “low cost”.

### Le plan d’économies prévoit la réorganisation du parcours de soins en misant sur les soins de proximité et l’ambulatoire.

La coopération ville-hôpital sera renforcée et les interventions en ambulatoire - qui permettent au patient de sortir le jour même de l’hôpital - seront développées.

“En 2016, une opération sur deux pourra se faire en ambulatoire”. Cela revient à doubler le rythme de croissance de la chirurgie ambulatoire.

Des objectifs par région et par pathologie seront fixés, qui entraîneront la fermeture d’au

Le développement de la chirurgie ambulatoire sans projet d'accompagnement ne répond aucunement à ces attentes. Or 2016, c'est demain !

Ce dont les hôpitaux ont besoin, ce sont de lits, à la fois pour désengorger les urgences mais aussi pour raccourcir la durée des séjours.

Sinon, toute la chaîne de soins se bloque : urgences surchargées, réanimations et soins intensifs ne pouvant pas libérer des lits, obligation de réquisitionner les lits prévus pour l'hospitalisation programmée, désorganisation des autres services de l'hôpital.

A Nantes, un grand projet de ce type est prévu dans le cadre de la construction du nouveau CHU qui prévoit aussi le développement de la chirurgie ambulatoire au détriment de lits de chirurgie conventionnelle.

"Nous sommes hostile à ce projet" dit Sylvie MOISAN, secrétaire FO du CHU de Nantes. "En effet, il ne répond pas forcément aux besoins de la population.

Le CHU de Nantes comme bien d'autres établissements accueillent des patients de plus en plus âgés qui ont besoin d'une prise en charge particulière et plus longue.

Nous ne sommes pas contre la chirurgie ambulatoire, enten-

dons-nous bien mais nous avons besoin de garder nos lits de chirurgie conventionnelle pour, notamment, mieux répondre à la problématique du vieillissement de la population".

### Un cercle vicieux

Ce n'est pas la diminution des lits d'hospitalisation complète en contrepartie du développement de la chirurgie ambulatoire qui va résoudre les problématiques hospitalières (durée de séjour trop longue par manque de lits d'aval, saturation des urgences, gestion des lits...etc.).

Un rapport de l'IGAS préconise fermer des dizaines de blocs opératoires ayant des niveaux d'activités trop bas pour réaliser des économies de personnels et de charges. Nous sommes loin d'une politique de santé de proximité ! FO n'est pas opposé à la chirurgie ambulatoire en tant que telle, c'est un plus pour beaucoup de patients.

Nous alertons les pouvoirs publics des conséquences d'un développement à marche forcée, qui plus est à des fins purement économique. De plus, nous craignons que ce soit prétexte à des suppressions importantes de postes et de lits d'hospitalisation.

D'autant que la législation impose la réduction de 3 lits de chirurgie conventionnelle pour la création d'une place en am-

bulatoire (décret n°99-444 du 31 mai 1999).

### La chirurgie ambulatoire pour quels patients ?

Ce système fonctionne sous conditions, ainsi le patient :

- bénéficie d'une prise en charge spécifique dès la première consultation,
- doit être accompagné pour sa sortie et la première nuit post opératoire,
- doit disposer d'un téléphone et être en capacité de l'utiliser,
- son domicile doit être à moins d'une heure de l'hôpital,
- doit pouvoir bénéficier d'une aide à domicile (famille ou autres) pour les 72 heures suivant l'opération,

Bien entendu, la pathologie et l'état général du patient entre en ligne de compte.

**Tous les patients, toutes les pathologies ne sont pas compatibles avec la chirurgie ambulatoire.**

**L'hôpital public doit conserver des lits de chirurgie conventionnelle.**

**Pour FO, l'hôpital public ne saurait être une entreprise dont la seule visée consisterait à réaliser du chiffre d'affaire pour équilibrer son budget. Il doit demeurer une entité au service de la population et de la santé.**

### LE DÉVELOPPEMENT D'HÔTELS HOSPITALIERS

Nous craignons également que ce type de prise en charge génère un reste à charge important pour les usagers. Exemple avec l'émergence d'hôtels hospitaliers.

Des hôpitaux, encouragée par des ARS, sollicitent un prestataire hôtelier susceptible d'héberger des patients ayant subi une hospitalisation de moins de 24 heures.

Cela existe aux Etats Unis (83% des opérations en ambulatoire) comme en Europe du Nord (70%).

Les patients ne sont pas systématiquement renvoyés chez eux le soir même mais peuvent être hébergés dans un hôtel hospitalier : des chambres

d'hôtel au sein même d'un hôpital, pour des hospitalisations très courtes.

En France, à l'Institut Gustave-Roussy (IGR) de Villejuif, les patients de chirurgie ambulatoire sortant avec un drain peuvent loger dans cet hôtel situé sur le site même de l'hôpital. Ils bénéficient d'une consultation externe le lendemain. Cet hébergement est aussi proposé aux patients dont les conditions de vie ne permettent pas un bon suivi chez eux ou encore à ceux habitant trop loin.

Ces hôtels hospitaliers sont à la charge du patient. La nuitée facturée aux alentours de 80 €, n'est pas remboursée par l'Assurance-Maladie ni par les mutuelles.

# L'avant-projet de loi Santé aggrave la loi HPST

Le projet de loi « relatif à la santé » présenté en Conseil des Ministres cet automne, sera débattu au Parlement au cours du premier semestre 2015. Cette nouvelle "réforme" participe activement à la politique de réduction des dépenses publiques et sociales engagée par le gouvernement.



Ainsi plusieurs points de ce texte visent cet objectif :

- Le renforcement de la logique de territoires.
- Le développement des actions de prévention et renforcement des soins primaires.
- L'amplification du "virage ambulatoire" avec des mesures concernant principalement

l'hôpital : développement de la chirurgie ambulatoire, de l'hôpital de jour et de l'hospitalisation à domicile, optimisation du parcours patient.

- La mutualisation des fonctions supports ou transversales par la création des groupements hospitaliers de territoire.

Le projet propose une "rénovation du SPH" (Service Public Hospitalier) ... qui ouvre les missions au secteur privé, alors que FO demande de revenir à la formulation telle qu'elle figurait dans le code de la santé avant la loi HPST, indiquant que les établissements publics de santé exercent de plein droit le service public hospitalier.

## Beaucoup d'oppositions à ce projet de loi

Le 4 septembre, le conseil d'administration de la Caisse d'Assurance Maladie a émis un avis défavorable au projet de loi.

Le 11, le Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière (CSFPH) émet un avis sur 4 des 54 articles du projet de loi.

Le 8, plusieurs syndicats, dont FO, ont voté contre le projet d'avis sur le projet de loi, présenté à la Conférence Nationale de Santé.

Six organisations syndicales (FO, CGT, CFTC, UNSA, SUD et CGC) font part de leur opposition en quittant la séance du CSFPH.

### Territorialisation de santé

Le projet de loi s'articule autour de la "territorialisation" de la santé. Logique de territoire que l'on retrouve aussi dans d'autres "réformes" en cours dans l'enseignement, les collectivités territoriales, etc...

Pour la santé, le gouvernement veut fondre l'ensemble des acteurs dans le "service territorial de santé au public" sous la houlette des ARS, qui acquièrent, sans partage, le pouvoir d'autorisation et de financement sur tout le secteur de la santé. Article 11 : " Dans chacun des territoires de santé, l'agence régionale de santé est en charge du service territorial de santé au public, qui vise à réaliser, au moyen de contrats territoriaux de santé conclus avec l'ensemble des acteurs de santé intéressés, les objectifs du projet régional de santé".

L'abandon de la formulation ini-

tialement prévue de "service public territorial de santé" explicite bien les objectifs de la future loi : "Le développement de la prise en charge ambulatoire et la révolution du premier recours inscrite dans la stratégie nationale de santé, conduisant à une redéfinition des capacités d'hospitalisation, au profit d'une prise en charge sans hébergement". (Voir article dans ce numéro pp 10-11)

Le service territorial de santé "est animé par le conseil territorial de santé, sous le pilotage de l'ARS. Le conseil organise la réalisation du diagnostic territorial partagé..." qui doit se conclure par des "contrats territoriaux de santé".

En matière de financement, la loi prévoit la possibilité "de mutualiser, pour une période pluriannuelle, des financements provenant de sources différentes..."

**Pour FO, une telle organisation constitue un pas supplémentaire vers la régionalisation/privatisation (augmentation des pouvoirs de l'ARS et ouverture au secteur privé) que nous ne pouvons accepter.**

### Groupement Hospitalier de Territoire

Autre aspect que nous rejetons : l'obligation faite à tous les établissements de santé publics d'adhérer, d'ici décembre 2015, à un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) qui remplacera la Communauté Hospitalière de territoire (CHT).

"Le groupement a pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions et activités par des délé-

gations ou des transferts de compétences entre établissements. Chaque groupement élabore un projet médical unique pour l'ensemble de ses membres" (article 26 du projet de loi).

(...) " Il est nécessaire de rendre obligatoire l'adhésion de l'ensemble des EPS à un dispositif permettant d'atteindre progressivement les effets opérationnels d'une fusion groupe hospitalier de territoire". Le cadre juridique obligatoire dote le GHT de la personnalité morale. Les établissements publics de santé non membres d'un GHT "ne peuvent se voir attribuer de dotation de financement de l'aide à la contractualisation".

Avec l'obligation de mettre en commun un certain nombre d'activités, ces GHT préfigurent un mouvement de fusions d'hôpitaux sur les "territoires".

Ce nouveau dispositif dégagerait une "économie de 270 millions € sur la masse salariale (ce qui correspond à 6 800 équivalents temps plein)" dit la DGOS (direction générale de l'offre de soins).

Le ministère de la santé a clairement indiqué que le projet de loi comprenait "plusieurs mesures qui vont être structurantes pour la politique RH et le développement des compétences au sein des établissements hospitaliers".

D'ailleurs, début octobre, les responsables hospitaliers, à l'occasion des rencontres "RH DE LA SANTÉ", ont convenu que les futurs GHT auraient un impact important sur les politiques des ressources humaines (RH).

Les hôpitaux devront élaborer une "stratégie médicale et soignante unique et mutualiser des fonctions administratives, techniques et logistique", a indiqué la représentante de la DGOS. Les GHT engageraient un développement de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences à l'échelle du ter-

ritoire, une politique de recrutement coordonnée, une politique de formation conjointe et l'organisation des équipes sur un territoire.

### Nouvelle organisation "territoriale" de la psychiatrie

L'article 12 de l'avant-projet de loi a été modifié depuis juin. Il n'y est plus fait aucune allusion à un "Service Territorial de Santé Mentale". Toute l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale est simplement inscrite dans le "service territorial de santé au public".

Par ce projet de loi, le gouvernement affiche sa volonté de réaffirmer le secteur, mis à mal par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST).

#### Qu'en est-il exactement ?

En fait, avec sa logique de "territorialisation de la politique de santé", il s'agit bien d'autre chose... Si la reconnaissance légale du secteur psychiatrique (remise en cause par HPST) est annoncée par la nouvelle formulation dans l'article 12 du projet de loi de santé : "l'activité de psychiatrie comprend une mission dite de psychiatrie de secteur", le chapitre "sectorisation" disparaît du Code de la Santé Publique !

On constate par ailleurs, que ce même article permet l'ouverture au secteur privé : "Dans le cadre du service territorial de santé, le Directeur Général de l'ARS met en œuvre une organisation des parcours en santé mentale (...) Tous les établissements autorisés en psychiatrie participent à la politique de santé mentale ainsi qu'à l'organisation prévue pour la santé mentale par le service territorial de santé au public".

Dans la pratique, la psychiatrie va subir le même sort que celui réservé à tous les établissements publics :

- d'un côté l'obligation d'adhérer à un (ou plusieurs) Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) d'ici fin 2015 et mettre en commun des moyens (effectifs, entre autres),

- de l'autre, la mise en place d'un secteur dit "rénové" qui fera la place au secteur privé et à une dilution de la spécificité de la psychiatrie dans le cadre du "service territorial de santé au public".

#### Cette orientation inscrite dans le projet de loi ne peut nous convenir.

#### Etablissements de santé privés et GHT

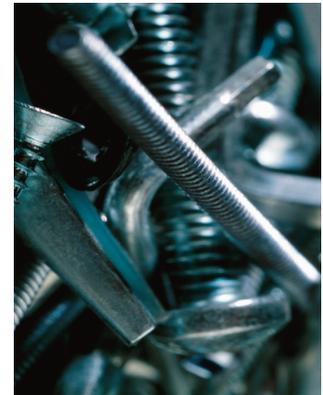
Les établissements privés pourraient être associés aux groupements par voie conventionnelle et bénéficier du statut "d'établissements partenaires". Ils pourraient également être associés à l'élaboration du projet médical unique d'un GHT.

**Au total**, ces nouveaux dispositifs de "rationalisation" par le biais de la "territorialisation" de l'organisation de la santé et l'obligation d'adhésion à un "groupement hospitalier de territoire" auquel pourraient être associés les établissements privés, ont pour fonction essentielle de réaliser des économies considérables, en grande partie sur le dos des personnels (suppressions de postes, mobilité, remise en cause des acquis).

Sous certains aspects, ce projet va plus loin que la loi HPST, dans le renforcement :

- du "T" (Territoire) d'HPST,
- de l'organisation en pôles,
- des pouvoirs et du champ de compétences des ARS,
- et dans la mise en coupe réglée de l'offre de soins.

#### La Fédération FO est opposée à l'ensemble de ces dispositions et en demande l'abandon.







# Le secrétariat médical à l'hôpital

Dans les hôpitaux publics ou les établissements médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière, le secrétariat médical doit être assuré par des AMA (assistants (es) médico-administratifs) depuis la réforme statutaire de 2010. Auparavant ces agents étaient appelés Secrétaires Médicales. Ils sont plus de 27 000 .

Par décret, les AMA assurent le traitement et la coordination des opérations et des informations médico-administratives concernant les patients dans les domaines du secrétariat médical et de l'assistance de régulation médicale. Ils bénéficient d'une formation d'adaptation à l'emploi.

Ils assurent de nombreuses missions :

- accueil des patients ; renseignement sur les différentes démarches administratives à accomplir
- constitution du dossier administratif et médical des patients ;

- rendez-vous des patients auprès des médecins spécialistes (radiologie, scanner...) ;
- suivi, classement et archivage des dossiers médicaux ;
- information de l'équipe médicale sur la situation administrative du malade lors des réunions de groupe ;
- diffusion à l'équipe médicale les informations émanant de l'administration ;
- travail dactylographique du service médical.

A ces 27 000 AMA, il faut ajouter les centaines d'AAH (adjoints administratifs hospitaliers) qui assurent eux aussi le travail de secrétariat médical sans en avoir la reconnaissance statutaire et salariale ! Ils représentent environ 46 402 ETP (équivalents temps plein) ! FO revendique l'intégration de ces agents sur des postes d'AMA .

**"A TRAVAIL ÉGAL : SALAIRE ÉGAL !"**

# Le secrétariat médical à l'hôpital

Au carrefour entre rapports humains et travail administratif, à l'hôpital, la fonction est aussi surprenante qu'indispensable. S'il n'est pas nécessaire d'être surdiplômé pour assurer le secrétariat médical, c'est un travail qui demande de nombreuses capacités. Pourtant, les réductions budgétaires opèrent des mutations de moins en moins acceptables de ce qui constituent les fondements du métier.



interlocutrice du patient, dès la prise de rendez-vous. En répondant à ses questions, elle met en confiance et apaise ses appréhensions. Elle peut être amenée à renseigner les patients sur les conditions de la prise en charge des soins par les organismes d'assurance maladie et à s'occuper des feuilles de soins (carte vitale).

Elle est chargée au quotidien de préparer les comptes-rendus des consultations, des examens ou des interventions chirurgicales.

Elle peut aussi assister le cadre du service dans la gestion du secrétariat (commande de fournitures, gestion des factures, plannings des congés, remplacement des secrétaires). Elle peut être amenée à codifier et saisir dans un logiciel dédié les différents actes effectués, de façon à bien valoriser l'activité du médecin.

Elle s'occupe tout particulièrement des dossiers médicaux des patients, à la fois les dossiers papiers et, de plus en plus, les dossiers informatisés ; elle les classe et les archive.

L'AMA est un acteur essentiel dans le respect des droits des patients, en particulier le droit au respect de la confidentialité et du secret médical, mais aussi le droit pour les patients d'accéder aux informations médicales qui les concernent. Elle est un rouage essentiel à la bonne marche du service.

Première assistante du médecin dont elle doit connaître l'acti-

tivité, les contraintes, les besoins pour être la plus efficace possible, la personne chargée du secrétariat médical doit faire preuve de rigueur. En effet, des erreurs dans un compte-rendu médical ou un mauvais classement peuvent entraîner de lourdes conséquences pour un malade.

Elle doit être très à l'aise avec les outils informatiques, notamment les outils de mise en forme, les logiciels de dossier médical informatisé, mais aussi des logiciels bureautiques classiques (traitement de texte, tableaux, etc). Elle doit acquérir des connaissances de base sur les termes d'anatomie et de pathologie pour comprendre et user de la terminologie médicale.

Soumise au secret professionnel, elle doit faire preuve d'une grande discrétion sur les informations dont elle dispose. Continuellement en contact avec les patients et les familles, elle doit posséder les techniques d'accueil, faire preuve de tact et savoir gérer des situations difficiles (personnes impatientes, inquiètes, choquées par un événement de vie...). Elle fait souvent le lien entre l'équipe médicale, le cadre du service et personnels paramédicaux.

Tout d'abord, il faut perdre l'habitude de parler de "secrétaire médicale" : les fonctions inhérentes au secrétariat médical demeurent, mais depuis le Décret 2011-660 du 14 juin 2011 portant statuts particuliers des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, le grade de secrétaire médicale est devenu « Assistant médico-administratif » (AMA).

Aujourd'hui, ce sont les AMA et les adjoints administratifs hospitaliers (AAH) qui assurent les fonctions inhérentes du secrétariat médical hospitalier. Ils exercent les mêmes fonctions, mais avec des salaires différents.

## De la théorie ...

Le secrétariat médical est à la fois technique et relationnel. Véritable assistante du médecin, l'assistante médico-administrative (AMA) est la première

## ... à la pratique

Faute de moyens, de rentabilité, on exige des Adjoints administratifs ou aux AMA des tâches médicales qui ne sont pas de leur responsabilité, entachées d'irrégularité voire illé-

gales. C'est ce qu'on appelle les glissements de tâches :

- codage du dossier médical,
- signature d'une ordonnance,
- questions médicales posées au patient ayant pour conséquence la prescription (parfois immédiate) ou pas d'un acte médical...etc

Ces personnels travaillent de plus en plus souvent dans la terreur d'une faute professionnelle.

### Un métier en pleine mutation

Le secrétariat médical en général a bien changé depuis quelques années. En plus de savoir saisir, organiser, trier, répondre au téléphone, les AMA ou adjointes administratives doivent aujourd'hui gérer des dossiers administratifs de l'enregistrement du dossier avec la carte vitale jusqu'à sa facturation. Ainsi, elles doivent acquérir la Gestion Sécurité sociale et Mutuelle, les accidents du travail, les affectations de Longues Durées, la Couverture Maladie Universelle, la régie ... etc

Certains nouveaux hôpitaux, tels celui de St Nazaire, ont choisi de ne plus avoir de guichet de consultations externes ni de bureau des entrées mais d'avoir des secrétariats polyvalents afin de faciliter le parcours du patient. Ces changements ne se font pas sans douleur pour les agents, qui se sentent spoliés de leur expertise. Et tout ça, sans une quelconque reconnaissance salariale.

### L'externalisation

Depuis plusieurs années, certains hôpitaux testent l'externalisation des comptes rendus. Ainsi, les hôpitaux de Dunkerque et de Calais en 2012 ont choisi d'externaliser la saisie de



ces comptes-rendus vers le Maroc (!) avec l'objectif affiché de libérer du temps pour l'accueil des patients : « *C'est un moyen de prioriser l'accueil du patient plutôt que la partie « frappe de courriers* » qui n'est pas forcément la partie qui apporte de la valeur ajoutée dans le travail » dixit le directeur de Dunkerque dans un article de presse de La Voix du Nord. C'est surtout un moyen de diminuer par 3 les coûts ...

L'autre objectif affiché est de réduire la durée de retour des comptes rendus et d'accélérer la remise des courriers aux patients et aux médecins traitants. « *L'externalisation permet de faire face à des pics d'activité, ou durant les vacances de personnel. Sont traités à l'extérieur des courriers dont le volume est plus ou moins important selon les périodes de l'année* ».

Les sociétés qui exercent ce type d'activité sont des sociétés qui recrutent notamment des étudiants en médecine qui font ce travail dans le cadre de petits boulots durant leurs études et qui sont censés maîtriser le vocabulaire médical.

Il s'agit donc bien d'un problème de moyens attribués aux hôpitaux pour faire face à leur obligation de résultat qui les

amène à privilégier ce genre de dispositifs.

**Force Ouvrière s'oppose à l'externalisation de ces tâches, source de réduction des effectifs et de privatisation du service public.**

**Il existe des solutions internes adaptées :**

Dans le cadre du plan Hôpital 2007, l'informatisation des secrétariats médicaux était une priorité et notamment le développement de la dictée vocale par ordinateur.

Un certain temps d'apprentissage est nécessaire avant que l'ordinateur comprenne ce que dit le médecin.

Mais une fois passé ce cap, c'est un vrai gain de temps pour les personnels administratifs mais aussi pour le patient qui reçoit son compte rendu dans des délais plus courts.

Cependant, faute de budget, les établissements de santé subissent un énorme retard sur ce genre d'équipement, tout comme sur la numérisation des dossiers médicaux et engendre une problématique de plus en plus grandissante de l'archivage des dossiers.

## Témoignages

## Marie

Je suis adjointe administrative en ophtalmologie. Avec le développement de la DMLA les patients pour la plupart âgés, demandent à être rassurés, ont très peur de perdre la vue.

Il faut rappeler, rassurer, convaincre de l'intervention, prendre contact avec la famille, tuteur, aide ménagère.

Les conditions environnementales sont propices aux erreurs de programmation : le secrétariat ressemble à un hall de gare, l'accueil et la salle d'attente sont bondés.

Ceux en fauteuil roulants doivent rester dans le couloir tellement la salle d'attente est exigüe.

Tout se concentre dans ou devant le secrétariat ! Les médecins entrent, donnant informations et directives et qu'importe que je sois au téléphone ou à programmer un Rdv, un bloc ou IVT avec un patient. La confidentialité? C'est quoi déjà ?

Il faut aussi sortir les dossiers et aller les reclasser aux archives dans un autre couloir. Il faut aussi préparer les listes des consultations pour la semaine suivante et refaire les trajets dans l'autre sens...

Nous assurons la frappe des courriers avec un casque sur la tête. Une phrase...on enlève le casque, on donne un RDV, on remet le casque et

on recommence... Les plannings médicaux, sans cesse modifiés par les médecins qui se soucient peu qu'il faille chaque fois adresser des courriers aux patients ou les appeler pour annuler et proposer une autre date.

Nous sommes deux secrétaires et nous tournons à 5 sur les congés (2 secrétaires OPH, 2 de guichet administratif, 1 secrétaire de stomatologie). Le calcul est rapide : nous pouvons travailler ponctuellement à -1 ce qui fait que 200 jours par an minimum, nous tournons en sous-effectif.

La majeure partie de l'année une seule secrétaire gère le secrétariat OPH dans des conditions déplorables, avec une charge de travail importante et une cadence infernale.

Cette situation engendre stress, essoufflement, impatience avec les patients, rapidité, manque d'informations données aux patients et donc une prise en charge médiocre et des sources d'erreurs de plus en plus nombreuses.

Nous sommes fatiguées, épuisées, certains soirs déçues de notre journée, démotivées et surtout nous nous demandons si nous sommes à la hauteur de nos compétences, puisque les encouragements sont assez rares pour ne pas dire inexistantes.

## Nathalie

Titulaire d'un BAC F8, Nathalie a travaillé 12 ans dans le secteur privé avant d'intégrer l'hôpital.

Adjointe administrative faisant fonction d'AMA dans un secrétariat d'imagerie médicale, Nathalie, 42 ans, se sent chaque jour plus opprimée.

Les tâches qui lui sont imposées sont sans rapport avec sa qualification : elle doit prioriser l'ordre de passage des patients hospitalisés, mais comment savoir à qui elle doit donner la priorité des bons d'urgence de scanner, entre AVC et occlusion intestinale ?

Entre deux RDV téléphoniques, un médecin qui lui parle et l'accueil, elle doit aussi remplir le questionnaire du patient avant l'examen et rester concentrée sur le moindre détail.

Aucune erreur ne peut être tolérée dont les conséquences sur scanner ou IRM pourraient être redoutables.

La cadence est de plus en plus soutenue. " Je fais de l'abattage. La quantité prime sur le relationnel. Je n'ai plus l'impression d'avoir un patient devant moi mais un tiroir caisse".

Conséquence : Nathalie cherche la motivation : « J'ai un métier « formidable » : tu parles, pour un salaire « fort minable ! ».

A 42 ans, elle touche à peine un peu plus que le SMIC, ses conditions de travail deviennent épuisantes pour sa santé. Elle se demande si elle va rester.

## Céline

*"Adjointe administrative depuis 15 ans, je suis continuellement en contact avec les patients et les familles, je me dois donc d'être toujours accueillante et rigoureuse.*

*Il faut parfois savoir être rassurante car certains patients appréhendent leur rendez-vous. Il y a beaucoup de dossiers médicaux informatisés à*

*traiter dans la base de données, il faut donc être très organisé et maîtriser l'informatique.*

*Je travaille aussi quotidiennement en relation avec le médecin, notamment pour la gestion de son agenda.*

*C'est donc un travail très varié où l'on ne s'ennuie jamais !"*

## Véronique

*" J'ai assuré le secrétariat pendant plus de 10 ans comme adjointe administrative.*

*Par le biais d'un concours interne je suis AMA depuis 1 an et je me sens enfin reconnue dans mon métier et non exploitée. Après un Bac science médico-sociale puis un BTS secrétariat de direction, j'aspirais à obtenir un salaire à la hauteur*

*de mes diplômes. C'est grâce à FO qui a contracté la transformation de postes d'adjointes administratives en AMA (130 sur 4 ans) avec la direction, que j'ai pu passer le concours et avoir un salaire en correspondance avec mes responsabilités et mes compétences. "*

### Formation

La formation est accessible à différents niveaux de diplômes.

- Bacheliers (bac technologique ou bac sciences technologiques de la santé et du social est conseillé)

- Niveau brevet, BEP et CAP. Il n'existe pas de diplôme d'État. Le centre national d'enseignement à distance (CNED) organise une formation à distance sur une année qui prépare notamment aux concours de la fonction publique.

### Recrutement dans le corps des AMA

Les agents du premier grade du corps peuvent être recrutés :

- 1) Parmi les AAH et les permanenciers auxiliaires de régulation médicale justifiant de 9 ans de services publics, inscrits sur une liste d'aptitude établie dans chaque établissement après avis de la CAP (computation départementale)
- 2) par voie de concours interne sur épreuves, ouverts aux agents comptant au

moins 4 ans de services publics au 1er janvier de l'année pour laquelle le concours est ouvert.

3) par concours externe sur titres.

### Indemnités - Prime - NBI

Les AMA perçoivent l'indemnité de sujétion spéciale et la prime de service.

Sous certaines conditions :

- l'indemnité horaires pour travaux supplémentaires
- l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires si parvenus à un échelon doté d'un indice supérieur à l'indice brut 390 (2 taux : maximum et moyen).

En fonction de leur mission, elles peuvent prétendre à la Nouvelle bonification indiciaire mensuelle :

**25 points** : si exerçant les fonctions de coordination des secrétariats médicaux ou encadrant au moins 5 personnes (Décret 2001-979 du 25/10/01 modifié par le décret 2007-337 du 12/03/07)

**10 points** : Agents appartenant la "filiale administrative", affectés à titre principal dans un service de "consultation externe", en contact di-

rect avec le public, chargés d'établir les formalités administratives et/ou financières d'encaissement nécessaires à la prise en charge des soins dispensés aux patients (décret 97-120 du 5 février 1997)

### Un métier exercé par des agents de catégories C et B

En l'absence de diplôme d'état, les recrutements se font souvent sur la catégorie C échelle 3, comme "AAH" qui ne reconnaît ni leurs diplômes, ni leurs responsabilités et compétences.

### Rémunérations

Il existe de grandes disparités de salaire entre des agents de catégorie C (AAH) et ceux de catégorie B (AMA) qui exercent pourtant les mêmes fonctions.

### AMA salaire mensuel (bases)

Environ 1509,48 € brut en début de carrière et 2603,23 € brut en fin de carrière.

### POUR LE SECRÉTARIAT MÉDICAL, FO REVENDIQUE :

Pour l'ensemble de la filière administrative, technicité et responsabilité croissent sans que la rémunération suive.

La Fédération des services publics et de santé Force Ouvrière n'a de cesse de revendiquer auprès du Ministère de meilleurs déroulements de carrière pour les personnels administratifs, mettant en exergue

“ À TRAVAIL ÉGAL, SALAIRE ÉGAL ”.

De nouveaux dispositifs de concours ont pu être mis en place. Des protocoles ont abouti dans de nombreux établissements où Force Ouvrière est présent. Pourtant ce n'est pas assez ! Encore trop d'agents de catégorie C attendent de passer en catégorie B.

Les directions, trop concentrées sur des priorités d'équilibre budgétaire, restent sourdes aux revendications de déroulement de carrière de ces personnels.

- la transformation des postes de catégorie C en B par le biais de l'organisation de concours.

- que toutes celles qui effectuent ces fonctions soient recrutées et rémunérées conformément à la réglementation, c'est-à-dire en catégorie B.

- que toutes celles qui sont en fonction bénéficient d'un véritable déroulement de carrière en augmentant les promotions pour passer d'un grade à l'autre et qui permettent un accès facilité en catégorie A.

# FO se mobilise pour le maintien de la catégorie active

Depuis quelques mois, au moment de partir en retraite, de nombreux agents (des services publics comme des services de santé) dont le corps et le grade sont pourtant classés en catégorie active, découvrent qu'ils sont obligés de repousser l'âge de départ à la retraite initialement prévu (entre 57 ans et 60 ans) s'ils ne veulent pas subir une importante amputation de leur pension. C'est notamment le cas des auxiliaires de puériculture exerçant leurs fonctions dans les crèches pour les enfants du personnel.

## CE QUI EST INACCEPTABLE !

Cette situation intolérable est l'une des conséquences des lois de 2010 et 2014 (contre-réformes des retraites que FO a combattues). Celles-ci ont poussé encore plus loin la logique d'individualisation qui permet aujourd'hui des "interprétations" de l'arrêté du 12 septembre 1969 créant la catégorie active.

Contrairement au dispositif de compte individuel de la loi de 2014, le code des pensions et cet arrêté reposent tous deux sur une approche collective liant le bénéfice de la catégorie active au grade ou à des emplois précis.

Selon un récent rapport du Sénat, ce sont près de 507 000 agents de la Fonction Publique Hospitalière qui relèvent de la catégorie active (personnels infirmiers et paramédicaux en contact avec les malades n'ayant pas exercé le droit d'option ; autres personnels hospitaliers : aides soignants et agents des services hospitaliers qualifiés ; assistantes sociales dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec les malades ; puéricultrices; maîtres ouvriers et ou-

vriers professionnels (certaines fonctions) ; agents d'entretien (certaines fonctions) ; agents de service mortuaire et de désinfection.

C'est pourquoi FO s'est adressée à Mme Marisol TOURAINE, Ministre de la santé et à Madame Marylise LEBRANCHU, Ministre de la Fonction Publique, pour leur demander de se prononcer clairement pour le maintien de la catégorie active pour tous les agents qui remplissent les conditions de services actifs validés, et obtenir le réexamen de tous les dossiers d'agent ayant conduit à une décote (baisse importante du montant de la pension) et qui sont déjà partis en retraite.

## Un seul mot d'ordre, une seule revendication :

### MAINTIEN DE LA CATÉGORIE ACTIVE !

Le Ministère de la santé confirme qu'il y a aujourd'hui une interprétation différente de la réglementation par les différents services de l'Etat, notamment suite aux différentes contre-réformes des régimes de retraite (loi de 2010 et loi de 2013).

L'appréciation juridique de l'arrêté du 12 septembre 1969 a fait l'objet de l'expertise juridique de la MJCE (Mission Juridique du Conseil d'Etat) dont les résultats auraient dûs intervenir fin 2014...

## Les grandes questions :

- 1) Tous les emplois d'un corps classé en catégorie active valent-ils services actifs ? (présence continue et permanente auprès du patient).
- 2) Quelles sont les règles de liquidation pour les agents en catégorie active ?

Aujourd'hui, pour la jurisprudence de la CNRACL, c'est le dernier emploi occupé qui compte pour le rattachement à la catégorie active ou à la catégorie sédentaire (!?).

Pour la Direction de la sécurité sociale (DSS), c'est le dernier emploi occupé qui prévaut ...

Les différentes directions des administrations centrales se réfugiant sous ce flou juridique, FO a demandé une réunion spécifique en présence :

- de la DGOS (Direction générale de l'Offre de Soins) ;
  - de la DGSS (Direction Générale de la Sécurité Sociale) ;
  - de la DGAFP (Direction Générale de la Fonction Publique) ;
  - de la Direction du budget ;
  - de la CNRACL (Caisse Nationale de retraite des Agents des Collectivités Locales) ;
  - des organisations syndicales.
- avec en outre la présence physique d'un membre du cabinet de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

Cette situation est scandaleuse eu égard à la situation de plusieurs centaines d'agents classés en catégorie active (éligibles à l'arrêté du 12 septembre 1969) et qui se voient obligés soit de prolonger leur activité de 8,12 ou 16 trimestres supplémentaires, soit soumis à une décote de leur pension de retraite qui atteindra 80, 100, à 150 € mensuels.

Pour FO, cette situation ne peut perdurer : cela devient un scandale d'Etat. C'est la première fois qu'une réglementation est remise en cause par des administrations centrales dont le seul credo aujourd'hui est : Travailler plus, plus longtemps, en gagnant moins



# Les syndicats FO de 25 CHU reçus au ministère

Le 23 octobre 2014 la Fédération FO Santé a pris l'initiative de réunir 60 responsables de syndicats FO de 25 CHU-CHR (sur 32 établissements au plan national) à Paris pour faire le point sur les problèmes propres à ces établissements. A l'issue de cette réunion, une délégation composée d'un représentant par CHU-CHR, conduite par D. BERNUS secrétaire général de la Fédération, a été reçue par le Directeur adjoint de cabinet de la Ministre de la santé.

Comme l'ensemble des hôpitaux publics, les CHU-CHR subissent de plein fouet les effets de la politique d'austérité appliquée aux finances publiques. L'insuffisance des budgets associée aux exigences de performance, de rentabilité ont des conséquences désastreuses sur les personnels et sur les établissements. Examiner la situation des 32 CHU-CHR c'est obtenir un effet de loupe grossissant sur la situation générale de l'hôpital public.

En réunissant les syndicats FO des CHR-CHU, la fédération a souhaité rassembler l'ensemble des cahiers de revendications, lesquels ont ensuite été portés dans l'après-midi au cabinet de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol Touraine.

FO adresse un appel solennel à Mme Touraine et cible quatre revendications : arrêter les suppressions de postes ; octroyer les crédits nécessaires aux hôpitaux pour garantir les lignes de trésorerie, qui ne doivent plus être assurées par les banques privées mais l'État ; respecter les textes réglementaires afférents à l'organisation du travail ;

reconsidérer la question des remplacements en octroyant en urgence des crédits ciblés sans les dissoudre dans les tarifs.

### La situation se dégrade, les signes d'alerte se multiplient !

Les 60 délégués sont unanimes et formulent un constat accablant, tant du point de vue de la situation financière des établissements que des conditions de travail et d'exercice professionnel.

### Du point de vue financier, on constate :

- insuffisance des crédits délégués par les ARS ;
- taux d'endettement très important pour une majorité d'établissements ;
- lignes de trésorerie insuffisantes,
- baisse considérable de la capacité d'autofinancement ...

Cette situation impacte directement le fonctionnement des établissements. De plus en plus d'activités sont concédées au secteur privé. Les organisations de travail sont revues fréquem-

ment. Si l'organisation en pôle est la règle, les restructurations internes se multiplient. Le tout sur fond de rentabilité, "d'efficacité" comme ils disent, à tous niveaux : services de soins et de rééducation, médico-techniques, administratifs, techniques et logistiques.

### Du point de vue des conditions de travail des agents :

Dans de nombreux CHU, on observe le non respect de la réglementation du temps de travail. Les contractuels et les agents à temps partiel sont les premiers à faire les frais des contraintes budgétaires. Les uns sont victimes de la remise en cause de leurs emplois, les autres servent de variable d'ajustement pour équilibrer les plannings ou les roulements. On constate aussi une baisse des effectifs dans les services administratifs, ouvriers et techniques. Les arrêts maladie, les départs en formation, les congés maternités, les départs en retraite sont de moins en moins compensés. Conséquence : le recours de plus en plus fréquent aux rappels intempestifs des agents sur leur temps de repos.

### Une bombe à retardement

Les personnels travaillent à crédit : partout, on observe la remise en cause des jours RTT, l'impossibilité de récupérer les RTT (avec des comptes épargne/temps qui explosent). Le nombre d'heures ou de jours à récupérer augmente dans des proportions inquiétantes (l'équivalent de 450 emplois au CHU de Clermont-Ferrand). À Marseille, pour le premier semestre 2014, le cumul des heures supplémentaires représente 300 postes équivalents temps plein.



Réunion à la Fédération Santé des délégués des syndicats FO des CHU-CHR

C'est une véritable dette sociale que les établissements contractent à l'encontre des personnels !

Les délégués des CHU dénoncent également la mise en place de Comptes Épargne Temps virtuels en plus des CET réglementaires (qui sont plafonnés), les agents provisionnant des jours à la demande de leur encadrement mais hors de tout règlement.

**Pour FO, tout ceci constitue une véritable bombe à retardement !**

Dans certains services, certains établissements, l'absentéisme augmente de façon importante et inquiétante, notamment pour raison de santé. Qui plus est, sans que les agents soient remplacés, ce qui est facteur de désorganisation du travail et des organisations mais également d'usure et d'épuisement professionnel. On entre ainsi dans un cercle vicieux de dégradations des conditions de travail.

Le manque de moyens financiers affecte aussi la formation continue ou la formation professionnelle. Nombreux sont les agents en attente de financement pour pouvoir suivre des formations d'aides soignants, d'auxiliaires de puériculture, d'IDE et d'infirmiers spécialisés, de cadres...

C'est également souvent prétexte à la remise en cause des avancements d'échelon à durée intermédiaire.

**Cette pénurie génère encore bien d'autres conséquences :**

À Fort-de-France, le délégué FO du CHU, Jean-Pierre JEAN-LOUIS explique que certains agents sont amenés à acheter sur leurs propres deniers les produits d'entretien nécessaires pour nettoyer l'hôpital !

À la maternité de Strasbourg, on est passé de 6 ASHQ pour un étage, à 4 pour 2 étages. En l'absence de perspective de renforcement de leur équipe, les



Les délégués Fo des CHU sur les marches du Ministère de la Santé

personnels en sont réduits à réclamer au moins des balais en bon état et performants, la surface à entretenir ayant considérablement augmenté... Édifiant !

### Quant à l'offre de soins...

Tout ceci affecte considérablement la qualité de l'accueil, de la prise en charge et même des soins !

Ainsi, à Clermont-Ferrand, le passage de l'ANAP (Agence Nationale d'Aide à la Performance) a marqué les esprits : le service d'oncologie pédiatrique y comptait 14 lits avec un taux d'occupation de 110%. Ce qui n'a pas empêché l'agence de recommander la fermeture de 5 lits... C'est aussi la reconstruction du CHU de Nantes qui doit s'effectuer en fermant plus de 200 lits ! C'est encore la fermeture temporaire de lits ou de services l'été car pas assez de personnels du fait des congés non remplacés.

Cette situation très dégradée légitime le dépôt sans délai au ministère de la santé des cahiers de revendications des délégués représentant 25 CHU. Ils ont demandé la fin de cette politique d'austérité qui détruit littéralement les hôpitaux publics.

Didier BERNUS, secrétaire général de la Fédération FO des personnels des services publics et des services de santé a réaffirmé solennellement les quatre revendications principales de FO :

- l'arrêt immédiat des suppressions de postes ;

- l'octroi en urgence de crédits ciblés permettant d'assurer les remplacements nécessaires.

- l'octroi des crédits nécessaires aux hôpitaux garantissant les lignes de trésorerie, ces dernières ne devant plus être assurées par les banques (à des taux exorbitants payés in fine par la sécurité sociale) mais par l'État ;

- le respect des textes réglementaires liés à l'organisation du travail.

Il a également réaffirmé la nécessité absolue d'abandonner la loi HPST que le projet de loi santé va renforcer s'il est adopté.

Alors, qu'on arrête de dire aux personnels que l'on peut faire toujours mieux avec toujours moins de moyens !

Les pouvoirs publics doivent prendre en compte ces revendications ou prendre la responsabilité d'une explosion sociale majeure !

### Les 32 CHU-CHR de France

- CHU Amiens
- CHU Angers
- CHU Besançon
- CHU Bordeaux
- CHRU Brest
- CHU Caen
- CHU Clermont-Ferrand
- CHU Dijon
- CHU Grenoble
- CHU La Réunion
- CHU Lille
- CHU Limoges
- Hospices Civils de Lyon
- Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
- CHU de Martinique
- CHR Metz-Thionville
- CHU Montpellier
- CHU Nancy
- CHU Nantes
- CHU Nice
- CHU Nîmes
- CHR Orléans
- Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- CHU Pointe-à-Pitre
- CHU Poitiers
- CHU Reims
- CHU Rennes
- CHU Rouen
- CHU Saint-Etienne
- CHU Strasbourg
- CHU Toulouse
- CHU Tours

# Conséquences sur les “petites structures” de la recomposition du paysage sanitaire et médico social

A l'occasion de « l'université d'été de la performance en santé » organisée par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) le 1<sup>er</sup> septembre dernier à Lille, M. Laforcade, directeur général de l'ARS Aquitaine a milité pour l'idée de la légitimité des regroupements forcés entre établissements...



Les difficultés auxquelles est confronté notre pays poussent les pouvoirs publics à vouloir “recomposer de l'offre sanitaire et médico-sociale” et plus largement “à moderniser les politiques publiques”.

Instinctivement, on est enclin à vouloir dépasser le clivage qui peut exister encore entre sanitaire et médico-social. Ce qui n'est pas chose aisée, tant il existe d'obstacles d'ordre juridico-administratif (le schéma gérontologique n'a pas d'articulation avec le PRIAC \*).

Cependant, cette volonté de recomposition s'est concrètement traduite depuis plusieurs années par des dérives. La plus grave et la plus embléma-

tique étant celle de la concentration du pouvoir décisionnaire.

## Les établissements

Ainsi la création des ARS par la loi HPST (Loi du 21 juillet 2009) a introduit de façon quasi systématique la procédure d'appel à projets en matière médico-sociale pour la création, la transformation ou l'extension de structures ou services.

De sorte que l'on est tombé dans une super technicisation, voire une technocratisation du secteur, passant d'une relation partenariale à une relation de prestataire de services soumis à des impératifs marchands : les établissements doivent répondre à des cahiers des charges établis unilatéralement, à un échelon très éloigné des préoccupations et attentes des populations environnantes, sans que leur capacité d'initiative et leur savoir en matière de repérage de besoins locaux soient sollicités.

De même, les établissements sont mis en concurrence avec des acteurs du secteur lucratif, ce qui a pour effet de standardiser les réponses (exit les projets novateurs parce que “ pas dans la norme “) et de fausser la relation avec la personne accueillie. Sous couvert de “ rationalisation des moyens budgétaires “ les établissements sont soumis depuis plusieurs années à la convergence tarifaire, dénoncée régulièrement par FO

comme par l'ensemble des opérateurs en ce qu'elle aligne par le bas les moyens déjà trop faibles consacrés au secteur.

Pourtant, ce ne sont pas les propositions, rapports et préconisations indiquant des voies alternatives qui manquent ! Un des derniers, le rapport DEVICTOR (pourtant peu susceptible d'être taxé de révolutionnaire) milite pour une organisation du parcours de santé alliant hôpital, SSIAD, EHPAD, médecine ambulatoire etc, sur un mode PARTICIPATIF c'est-à-dire comme une “ association active de différents intervenants qui tout en maintenant leur autonomie, acceptent de partager leurs efforts”.

En d'autres termes, décidés au niveau local et non pas téléguidés à un niveau régional, globalisant et ignorant des contingences et spécificités locales. Dit encore d'une façon différente, certainement pas en forçant la main aux opérateurs pris au sens large du terme.

## Les personnels

Il est troublant de constater que, depuis des années, les “penseurs professionnels de la profession” se gargarisent à l'envi de préconisations en matière de qualité institutionnelle, de prescriptions en matière de bienveillance, d'amélioration de la communication, de conduite de changement, de plans qualité, de

protocoles et procédures, de convention et on en oublie.

Mais toutes ces bonnes choses sont le plus souvent déconnectées du principal aspect : les moyens. A commencer par les moyens humains. Or qu'il s'agisse de recomposer, de resituer, de redéfinir ou repenser la (petite) structure médico-sociale, on en revient systématiquement à ceci : on ne peut faire sans les personnels ! Et on ne peut mettre de côté les conséquences qu'ils ont à subir.

### Les politiques de restrictions ont des effets :

sur l'accroissement de la pénibilité des tâches

- à cause de l'augmentation de la lourdeur des situations individuelles des personnes accueillies eu égard au nombre de personnels. Comment peut-on mieux prendre en charge ces personnes, avec,

au mieux, le même niveau de moyens ?

- à cause du manque d'investissements dans les cadres bâtis et dans les matériels modernes/innovants/adéquats : le cadre de travail n'est plus adapté aux situations individuelles accueillies. Les solutions "palliatives" tiennent du bricolage d'urgence démotivent les personnels. Quand ils ne les exposent pas aux mauvaises postures de travail (= dos cassés)...

Sans parler des heures supplémentaires qu'on ne marque même plus, sachant qu'elles ne seront ni récupérées, ni payées !

Le corollaire de l'accroissement de la pénibilité des tâches entraîne l'accroissement de l'absentéisme.

sur l'organisation de travail

On constate la multiplication des organisations en 10 ou 12 heures. Or l'amplitude dérai-

sonnable de travail a des répercussions sur la santé et sur la fatigabilité des agents. Le leurre du gain en jours non travaillés ne compense pas les dégâts occasionnés à moyen et long terme.

sur les perspectives de carrière

Une formation professionnelle ne débouche plus sur des perspectives de carrière (un ASHQ ayant suivi une formation d'aide soignant ou d'aide médico psychologique (AMP) n'est pas sûr d'obtenir un poste correspondant dans sa petite structure si "les autorités de tarification" ont passé le "rabet budgétaire") !

**La conclusion se tire d'elle-même : il est plus que temps que cette situation se termine. Et vite !**

\* PProgramme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

### Selon FO :

Tant qu'on en restera à une politique autoritaire en la matière, Force Ouvrière continuera de s'y opposer et ne cessera de formuler des propositions alternatives.



# Carole VERDIER

*Militante FO, c'est un nouveau métier par le côté administratif mais il y a toujours un point commun avec mon métier d'aide-soignante : aider et accompagner.*



Carole VERDIER  
Secrétaire du syndicat FO de Bourgoin-Jallieu

A 18 ans, je suis ASH à l'hôpital de Thonon-les-bains, faisant fonction d'aide-soignante. En 1997, je fais ma formation à Annecy et je travaille dans des différentes structures. A chaque fois, je suis contractuelle. J'atterri à Bourgoin-Jallieu en 2004 comme aide-soignante de nuit à l'Unité Hospitalisation post-urgences en douze heures. Ce travail me plaît et je suis enfin titularisée.

En 2006 à mon retour de congé maternité, on me change de poste sans m'en avertir. Je me retrouve devant le DRH et j'obtiens gain de cause. Au même moment, en désaccord avec les revendications et les méthodes des deux syndicats de l'établissement, un collègue infirmier décide de créer une section FO. Comme je me retrouve dans les valeurs de ce syndicat, je prends ma carte en 2007. Très rapidement, je deviens secrétaire adjointe du syndicat FO de l'établissement. En 2010, un

concours de circonstance m'amène à prendre la succession du secrétaire. Je ne savais pas dans quoi je m'embarquais ! J'étais convaincue de la nécessité de l'existence du syndicat, c'est tout !

Un an après, on emménage dans un hôpital flamboyant neuf, construit par un partenariat public/privé (PPP) avec un BEH (bail emphytéotique hospitalier). L'hôpital a doublé en capacité. Les problèmes sont légions. A force d'insister, j'ai pu imposer la présence d'un représentant du personnel CHSCT dans une commission de maintien à l'emploi. J'ai dû faire venir l'inspectrice du travail pour m'aider. Les agents en reclassement ou en réaménagement de poste sont laissés à l'abandon, les salariés ne sont utiles que s'ils sont en bonne santé !

Cette année-là, je découvre mes premières élections et nous gagnons la deuxième place.

J'ai dû faire face à un directeur sans aucun esprit d'ouverture au dialogue social et qui donnait comme consigne à son équipe "ôtez le mot négociation de votre vocabulaire!".

Ces trois années ont été un combat de chaque instant. Il n'y avait que le rapport de force et la conviction de ne rien lâcher. Mais je me disais que si on n'était pas là, ce serait pire !

Pour affronter la direction sans risque de représailles, j'ai pris un détachement syndical à 100%. J'ai pu ainsi être la "voix" du personnel et oser tenir devant ce directeur.

L'année dernière, les conditions de travail dans l'établissement se sont dégradées. Nous dénonçons alors les conditions de travail dans plusieurs secteurs, notamment aux urgences : à l'ARS, aux élus, à la ministre de la santé, au préfet. Je déclare un danger grave et imminent. A peine un mois après, 4 infirmières des urgences se font agresser à l'arme blanche. Lors du CHSCT extraordinaire, le cynisme de ce directeur atteint son apogée quand il dit aux 4 infirmières agressées : « il ne faut pas en faire une montagne, faut pas exagérer... »... Une médiatisation télévisuelle s'étant faite autour de cet incident, l'ARS missionne deux inspectrices pour enquêter dans ce service. Nous avons été reçus et écoutés. Résultat : un rapport d'enquête confirmant tout ce que FO revendiquait depuis trois ans ! Une grande satisfaction pour notre syndicat qui n'a pas baissé les bras malgré les nombreuses attaques.

Le directeur, qui aura "régné" 33 ans sur le même établissement, a fini par prendre sa retraite. Son remplaçant nous reçu et a tout de suite voulu mettre en place un vrai dialogue social. Une bouffée d'oxygène pour notre organisation, enfin considérée comme un véritable interlocuteur.

Ce qui me fait tenir, ce sont d'abord les camarades qui sont venus se joindre au syndicat. Nous prenons les décisions ensemble, c'est important de pouvoir échanger avis et points de vue. Pour moi, un bureau soudé est une base indispensable pour faire face aux diverses difficultés. Avoir le soutien des camarades est indispensable pour militer. Tous les nouveaux camarades qui veulent s'impliquer, qu'ils soient militants ou secrétaires, ne doivent pas se sentir seuls, sinon ils s'épuisent et s'en vont. Cela doit fonctionner ainsi à tous les niveaux.

L'injustice et l'abus de pouvoir m'ont toujours fait réagir et je ne me suis jamais retenue de le dire ! Je suis obstinée et grâce à FO, je peux aller au bout de moi-même. J'ai mené des dossiers sans rien lâcher pendant deux ans. Comme au tennis que je pratique, l'affrontement ne me fait pas peur. J'aime m'investir à 100%. Le travail sur le terrain est primordial et j'aime le relationnel, le contact humain, surtout dans ce monde où le numérique prend toute la place : un mail ne remplace pas une poignée de main ou un sourire.

Aujourd'hui, je suis également secrétaire adjointe départementale et je fais partie du bureau de l'Union Locale de Bourgoin. J'attache de l'importance à avoir un lien avec le département. Je reste dans ma vision du travail en équipe.

Je suis convaincue que l'investissement syndical payera un jour : verdict le 4 décembre !

