

La Tribune
des services
publics et de santé

La Tribune

FO Santé

n° 84- Juin 2015

le financement des hôpitaux

ORGANE DE LA FEDERATION DES PERSONNELS DES SERVICES PUBLICS ET DES SERVICES DE SANTÉ - 153, RUE DE ROME 75017 PARIS Publication trimestrielle - 0,65€ - DIFFUSION GRATUITE AUX ADHÉRENTS - ISSN N° 1260-4





PUB

Créer le rapport de force

Depuis le début de l'année, le Gouvernement met en œuvre les mesures concrètes du plan de réduction des dépenses publiques (50 mds € d'ici 2017) nécessaire au financement du pacte de responsabilité et à la réduction des déficits publics imposés par l'Union Européenne.

Pour 2015, l'addition est salée : 21 mds € répartis entre protection sociale (-9,6 mds €), les collectivités locales (-3,7 mds €) et l'Etat (-7,7 mds €). Au nom de l'austérité, le traitement des fonctionnaires et agents publics est gelé et la valeur du point d'indice est bloquée depuis 2010, soit déjà 6 années consécutives, ce qui est inacceptable !

Dans ce cadre, un plan de 3 mds € de baisse de crédits appliqué aux hôpitaux a été arrêté en février : baisse des dépenses de personnel (860 millions : l'équivalent de 22000 postes), virage vers la chirurgie ambulatoire (qui aura un impact important sur les capacités hospitalières et les effectifs), 1 md € d'économie), etc.

Mais cela ne suffisant pas, un effort supplémentaire de 1md € supplémentaire est exigé. Le gouvernement a annoncé une nouvelle baisse des crédits pour la santé et l'assurance maladie pour 2015 et 2016 ! La progression de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, qui définit les budgets alloués aux hôpitaux) en 2016 ne sera que de 1,75% au lieu des 2% votés initialement !

Pour 2015 il ne sera que 2,05% au lieu de 2,1%. Les collectivités territoriales subissent le même sort puisque la dotation globale de financement versée par l'État aura diminué de 30 mds € d'ici 2017 soit une baisse de 30% depuis 2013. Cela signifie un véritable plan social à l'encontre des personnels territoriaux (suppressions de postes dans le cadre de la mise en œuvre des métropoles, comme à Lyon), diminution du service public de proximité (crèches, centres de vacances, voirie, espace vert, etc.), remise en cause des droits statutaires des agents.

Cette déferlante de suppression de crédits par dizaines de milliards à des conséquences directes pour les collectivités, les établissements hospitaliers, la protection sociale.

Par exemple, à l'Assistance-Publique Hôpitaux de Marseille et à l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris: deux établissements qui se voient contraints à plusieurs dizaines de millions d'économie, avec pour conséquence des plans qui envisagent des suppressions de postes (plus de 1000 à Marseille, plus de 5000 à Paris), de jours de congés, de RTT et du coup, des nouvelles organisations de travail.

La violence de ces plans sociaux correspond au niveau de l'austérité imposée !

Alors, partout, les syndicats FO hospitaliers et territoriaux sont entrés en résistance : à Paris, Lyon, Marseille, Bordeaux, Lille des conflits éclatent ! Nos syndicats, la Fédération, la Confédération, choisissent de résister plutôt que de collaborer à cette politique.

Le 19 mai 2015, la Fédération, avec d'autres syndicats, appelait les personnels territoriaux à la mobilisation pour dire « *Non aux politiques d'austérité, Oui au développement des services publics* » et pour exiger :

- L'abrogation de la loi MAPTAM, responsable notamment des suppressions d'effectifs liées au redéploiement et à la dégradation des conditions de travail
- L'abrogation de la loi de délimitation des régions
- L'abandon du projet de loi NOTRE
- Le rejet de tout acte de décentralisation supplémentaire qui aurait pour objectif de faire disparaître les départements, les communes, avec toutes les conséquences désastreuses en termes d'abandon des missions de service public et de statut des personnels.

Le 25 Juin 2015 la Fédération appelle avec d'autres syndicats les personnels des secteurs de la santé, du médico-social et du social à la grève et à des manifestations dont un rassemblement devant le ministère de la santé à Paris pour exiger l'abandon du plan d'économie contre la santé et le social, le retrait du projet de loi Santé, la défense des statuts et conventions collectives nationales.

Dans tous les cas, FO revendique :

- l'arrêt du gel des traitements des fonctionnaires et agents publics,
- la revalorisation de la valeur du point d'indice de 8% et 50 points pour tous,
- une hausse générale des salaires pour les salariés du privé,
- la hausse du SMIC,
- la revalorisation des retraites et des pensions,
- l'arrêt des suppressions de postes et la création des emplois statutaires nécessaires,
- la défense du service public républicain.

Oui, "*FORCE OUVRIÈRE* marque sa détermination en tous lieux, tous temps et par tous les moyens à défendre les droits sociaux, démocratiques et républicains. FO appelle les salariés conscients des risques sociaux, économiques et démocratiques à rejoindre les syndicats FORCE OUVRIÈRE pour renforcer le rempart contre la soumission des conditions des droits et droits sociaux et républicains au diktat libéral d'austérité et d'inégalité.¹"

¹ Extrait de la déclaration solennelle du bureau confédéral FO du 21 mai 2015



Didier BERNUS
Secrétaire Général

- 3** Editorial Didier BERNUS
- 4** Le mot de JC MAILLY
- 5** Brèves
- 6** Comité national à Reims
- 7** Région Rhône-Alpes
- 10** Techniciens de laboratoire médical
- 12** Projet de loi santé
- 15** Dossier le financement des hôpitaux
- 20** Rencontre Fosps et Fnasfo
- 22** Etablissement Privé comment lire sa fiche de paie
- 24** grève interprofessionnelle du 9 avril 2015
- 25** Congrès Fédéral
- 26** Femme & militante Carherine PONT



Le mot de

Jean-Claude

MAILLY

secrétaire général

La situation dans les hôpitaux s'aggrave un peu plus chaque jour et la fièvre monte dans de nombreux établissements, symptôme d'une maladie qui ne cache pas son nom : la politique d'austérité.

Outre le projet de loi Santé, la baisse des crédits dévolus à la santé et à l'assurance santé, le plan d'économies de 3 milliards supplémentaires, au moins 22 000 postes sont menacés de suppression dans le secteur. Les incidences sur les conditions de travail des personnels sont nombreuses et les tensions se multiplient et ce n'est pas l'ouverture des négociations pour remettre en cause les 35 h dans les hôpitaux de l'AP-HP qui vont apaiser les choses. Le climat est déjà explosif : l'appel à la grève les 21 et 28 mai dans ces hôpitaux a bien été suivi.

C'est notamment pour l'ensemble de ces raisons que FO appelle aujourd'hui, avec d'autres organisations syndicales, à une journée de grève nationale et de manifestations le 25 juin 2015, dans les secteurs de la santé, médico-social, et du social.

C'est aussi une manière de continuer notre combat contre l'austérité, comme nous l'avons fait lors de nos actions du 9 avril dernier, au travers des grèves et rassemblements qui ont émaillé l'ensemble du territoire. Car dans les collectivités territoriales également l'austérité sévit : baisse des dotations de l'Etat, Réforme Territoriale, mise en place des métropoles etc...ce qui a justifié la mobilisation du 19 mai dernier.

Le mot d'ordre de cette journée, qui était « Ça suffit! Et maintenant le social ! » conserve toute son actualité.

Au titre des revendications, lors d'un entretien avec le Président de la République, FO avait proposé un calcul des exonérations de cotisations sociales pa-

tronales le minimum conventionnel là où il est inférieur au Smic, une évaluation rapide des aides aux entreprises pour réorientation et recilage, enfin une négociation au niveau interprofessionnel sur les relations donneurs d'ordre / sous-traitants.

FO a demandé aussi la mise en place de maisons "du" service public en zones rurales, ce qui diffère des maisons "de" services publics ou du service au public que veut le gouvernement.

Par courrier reçu la veille du 1er mai, le Président opère une fin de non recevoir à l'ensemble de ces propositions.

Force est de constater que le cahier revendicatif du patronat a meilleure presse que le nôtre et que le choix de persévérer dans la rigueur demeure celui du gouvernement.

Nous continuerons sans relâche à porter nos revendications et à demander le changement de cette politique dont nous devons subir les conséquences sociales, économiques et démocratiques. Tous les projets de loi qui sont en discussion - le projet de loi santé, les projets de loi « Macron » ou « Rebsamen » , les réformes en cours ou envisagées, les missions de réflexion telle la mission Combrexelle sur la place de la négociation collective, concrétisent la politique de remise en cause dictée par les exigences budgétaires de Bruxelles.

Une politique qui conduit à rechercher toutes les souplesses du côté du social, que ce soit en terme de salaires, de conditions de travail, de protection sociale ou de service public, est inacceptable et FO, en résistance sociale démocratique et républicaine, continuera à combattre l'austérité avec liberté et indépendance.



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 SEGO : 46 Rue Constantin
Pecqueur 95150 TAVERNY
Diffusion Sarl d'édition de la Tribune Santé
N° commission paritaire 11 16 S 0761
2^{ème} trimestre 2015

Publication d'un arrêté incomplet avec certains ratios de promotion en baisse !

Pour FO, c'est inacceptable : la copie est à revoir !

Le journal officiel du vendredi 3 avril 2015 publie l'arrêté fixant les ratios de promotion pour les corps de la fonction publique hospitalière (A. du 26 mars 2015 modifiant l'arrêté du 11 octobre 2007 déterminant les taux de promotion dans certains corps de la fonction publique hospitalière).

- En 2015, pour la plupart des corps, les taux de promotion sont gelés au niveau de 2014.
- Ces mêmes taux gelés sont applicables pour 2016 et 2017.
- Le tableau figurant dans l'arrêté fait ressortir que sur 41 ratios, 18 ne sont pas définis pour 2017.
- De nouveaux ratios sont mis en place pour la première fois, pour les corps de la filière socio-éducative et le nouveau corps des sages-femmes.

· Si seulement 8 ratios sont revus à la hausse, pour certains corps de la filière rééducation ou médico-technique, les adjoints de cadres hospitaliers et les assistants médico-administratifs, voient le taux de promotion diminuer de 2%. C'est inacceptable !

· Pour 2 corps, les ratios sont « non définis » : il s'agit des ASHQ de classe supérieure et des psychologues hors classe ! La DGOS indique « que la direction du budget n'a pas donné de réponse favorable à la proposition de ratio préconisée par le ministère de la santé pour ces deux corps, mais que les discussions se poursuivent ».

Pour FO cette situation n'est pas acceptable et une réponse à l'attente de ces personnels doit être apportée dans les plus brefs délais.

Nomination à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Audrey JOLIBOIS, première femme secrétaire générale de l'AP-HM

Audrey JOLIBOIS a été nommée Secrétaire Générale du Syndicat Force Ouvrière de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille en remplacement de Marc KATRAMADOS.

Jean-Claude MAILLY, Secrétaire Général de la Confédération FO et Didier BERNUS, Secrétaire Général de la Fédération des services publics et de santé FO ont partagé avec eux ce grand moment d'émotion.

Première femme à occuper cette fonction au sein du syndicat Force Ouvrière AP-HM, Audrey s'est dit déterminée à défendre le Service Public, l'Hôpital Public et les conditions de travail des Hospitaliers, en rassemblant ses équipes pour le travail de terrain et l'investissement quotidien de tous les camarades permettent de rendre aux Marseillais un Hôpital public.



Vers la suppression de l'ordre infirmier ?

ONI soit de la complaisance !

Dans le cadre de l'examen du projet de loi de santé examiné dans la nuit du 9 au 10 avril 2015, les députés ont voté un amendement visant à abroger l'ordre infirmier.

L'immense majorité des professionnels, salariés et libéraux, refuse en effet de s'y soumettre. Force Ouvrière prend acte de cet amendement qui répond à la revendication que nous portons depuis 2006, y compris dans un cadre intersyndical. Cependant, FO demeure prudent : la suppression de l'ordre n'est pas acquise.

En effet, ce vote intervient sans le soutien du gouvernement. Si, au cours de l'année 2013, puis en mars 2014, Mme TOURAINE avait émis de vives critiques sur l'ONI, qu'elle qualifiait alors « d'illé-

gitime et inadapté », ses déclarations contestataires ne se sont pas assorties d'actes dès lors que son projet de loi de santé a été « dans les tuyaux ». A aucun moment, elle n'a fait mine d'apporter son soutien à l'initiative parlementaire votée. Car, dans l'optique du projet de loi de santé, l'ONI est clairement un outil facilitateur : le gouvernement le regarde comme utile au développement de la chirurgie ambulatoire, des pratiques avancées et des coopérations des professionnels de santé nécessaires à la réalisation de 3 milliards d'économie pour les hôpitaux (avec la suppression de postes ... y compris d'infirmiers) ! Aussi, FO appelle tous les professionnels infirmiers à rester mobilisés et déterminés pour l'abrogation de l'ordre et la suppression de l'obligation de « payer pour travailler ».

17-20 mars 2015 : Comité national à Reims



Une urgence : l'augmentation générale des salaires

Le CN réitère sa revendication prioritaire d'augmentation générale des salaires tant dans le secteur public que dans le secteur privé, de la valeur du point d'indice dans la fonction publique, des pensions et des minima sociaux afin de relancer la consommation. Il revendique notamment un SMIC à 1780 € brut/mois (80% du salaire médian) avec obligation d'alignement des minima salariaux des branches à chaque revalorisation. Il se prononce pour la généralisation de l'équivalent d'un 13ème mois de salaire pour tous et pour un minimum de pension égal au SMIC.

Pour la fonction publique, il exige l'arrêt du gel des traitements et salaires des fonctionnaires et des agents publics. Il revendique la revalorisation immédiate de la valeur du point d'indice de 8 %, l'attribution uniforme de 50 points et le rattrapage des pertes de pouvoir d'achat cumulées depuis 2000 par rapport à l'inflation.

Il revendique également une refonte et une revalorisation des grilles indiciaires et des carrières. Aussi, les propositions du Ministère annoncées dans le cadre des discussions des Parcours Professionnels, Carrières et Rémunérations (PPCR) sont inacceptables.

Les cadres statutaires communs, les ratios fixés dans les décrets, la remise en cause des avancements au minimum de durée, la limitation des avancements de grade, ne permettront pas d'améliorer les salaires des fonctionnaires et des agents publics, et ne répondent pas à nos revendications.

Par ailleurs, le CN s'inquiète des objectifs recherchés par le Ministère de la fonction publique au travers les différentes réunions dites de « dialogue social », PPCR (Parcours Professionnels, Carrières, et rémunérations) ; QVT (Qualité de Vie au Travail) ; QDS (Qualité du Dialogue Social). Tout cela ressemble fort à des tentatives d'implication des syndicats dans l'accompagnement des « réformes » jusqu'à l'obtention d'accords majoritaires.

Le CN dénonce le gel des retraites de base programmé depuis avril 2013 jusqu'en octobre 2015 et exige le retour à l'indexation générale des retraites, des pensions et des pensions de réversion au 1er janvier.

Pour le retrait du « pacte de responsabilité »

Le CN revendique le retrait du « pacte de responsabilité » et de ses déclinaisons dans les différents secteurs. Ce pacte est financé par plus de 50 Mds de réduction des dépenses publiques et sociales qui remettent en cause davantage encore les services publics, la rémunération des agents publics, la protection sociale. Ces réductions détruisent

Extraits de la résolution :

Préserver l'Indépendance syndicale

Indépendance, liberté syndicale, liberté de négociation et droit de grève sont intimement liés et constituent la base de l'expression de toutes les revendications.

Le CN rejette toute forme de syndicalisme rassemblé ou « d'intersyndicales permanentes » qui ne visent qu'à « encadrer » les travailleurs, à porter atteinte à la démocratie et à faire disparaître le pluralisme syndical. Si les circonstances le justifient, l'unité d'action sur des bases claires doit constituer une force pour les salariés. Cela suppose tant des revendications précises et communes que des modalités d'action clairement définies.

Combattre l'austérité, désastre économique, social et démocratique

Conformément aux décisions prises dans le cadre de l'Union Européenne, les plans d'austérité sont mis en place par les gouvernements depuis 2010, notamment pour ce qui concerne les budgets de l'État et de la Sécurité sociale : les contre-réformes sur les retraites de 2010 et 2014 en sont l'expression. La loi « MACRON », le projets de loi « Nouvelle organisation territoriale de la République » ou encore « de santé » s'attaquent brutalement aux services publics de proximité et à l'égalité d'accès aux droits essentiels, dont la santé. C'est le résultat de la logique qui consiste à sacrifier les dépenses publiques à un engagement - pris à Bruxelles - de réduction de l'endettement public dont les salariés ne sont nullement responsables. C'est ainsi que, par le pacte de stabilité, des mesures imposées étranglent les hôpitaux et les collectivités territoriales.

Pour le CN, les moyens budgétaires doivent être impérativement dégagés pour soutenir les équipements publics, l'aménagement du territoire, la santé, la recherche publique fondamentale et appliquée, l'innovation...

massivement l'emploi dans le secteur privé au travers de la diminution de la commande publique. « Pacte de responsabilité » et « pacte d'austérité » ne font qu'un : ceux qui cautionnent l'un acceptent l'autre. Dire NON au pacte de responsabilité, c'est dire OUI au progrès social, aux augmentations salariales, à l'emploi, aux services publics et à la sécurité sociale.

Défendre les conventions collectives

Le CN réaffirme son attachement aux conventions collectives nationales. Il condamne toutes les tentatives de dénonciation et de remise en cause. Il exige de véritables négociations sur les classifications.

Défendre le statut, le service public, la République.

Le CN rappelle que conformément au statut de la fonction publique, les emplois permanents doivent être pourvus par des fonctionnaires titulaires. Mettre fin à la précarité dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière passe par un véritable plan de titularisation, en complément de mesures visant à encadrer le recours à l'emploi contractuel, d'un arrêt des suppressions de postes et de l'amélioration de la situation de l'ensemble des agents sous contrats, tant en matière de rémunération que de droits individuels et collectifs.

Le CN réaffirme son attachement à la conception républicaine du service public et au statut général de la fonction publique. Il condamne les « réformes » successives dont l'impact dégrade le service public : elles s'inscrivent dans la continuité des dogmes européens de déréglementation et de privatisations induites par les notions de SIEG (services d'intérêt économique général). Dans le cadre de plans de rigueur budgétaire, les « réformes » se succèdent à un rythme effréné depuis la loi HPST, conduisant à :

- un démantèlement et une privatisation des services publics et de la fonction publique ;
- une destruction du maillage territorial des services publics ;
- des mutualisations forcées de services dans les collectivités et des réductions d'effectifs imposées par des dotations en baisse ;
- des mises en place de partenariats publics-privés, d'agences, de GIP (groupements d'intérêt public), de sociétés publiques locales qui portent en germe la destruction du statut ;
- la gestion de l'hôpital public comme une entreprise privée et la rentabilisation de la santé ;
- une transformation du service public, gratuit et solidaire, en services payants à des « usagers-clients ».

Défendre l'hôpital public c'est abandonner la loi HPST et le projet de loi de santé

Le CN réaffirme son attachement au service public et à l'hôpital public en tant que pivot de l'organisation des soins. La loi HPST, que FO a combattue et continuera de combattre, a sup-

primé la notion de service public et créé des missions de service public incombant aux établissements publics et privés par contractualisation avec les ARS (Agence Régionale de Santé).

Le CN condamne le projet de loi de Santé qui est massivement rejeté. Il se concentre sur la territorialisation de la santé, logique que l'on retrouve aussi dans d'autres réformes comme l'enseignement ou l'organisation territoriale. Il marque un nouveau pas vers la régionalisation du système de santé, y compris de l'assurance maladie, poursuivant en cela le travail amorcé par la loi HPST.

Pour la santé, le gouvernement propose de fondre l'ensemble des acteurs, y compris privés, dans un « service territorial de santé au public (STSP) » sous la houlette des ARS qui voient leurs prérogatives s'élargir. La mise en place de ce « service territorial de santé au public » ou, selon la nouvelle appellation, les "communautés professionnelles territoriales de santé" remettent en cause l'existence même des établissements publics hospitaliers de plein exercice. Ils aboutiront à la fermeture massive de lits d'hôpitaux et de services, à la restructuration à marche forcée des hôpitaux publics, à la disparition de spécialités médicales, en contradiction avec le principe d'égalité et au libre accès aux soins pour tous.

Le CN refuse la création de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) prévue par le projet de loi de Santé, présenté comme « un puissant levier pour la réorganisation de l'offre » débouchant sur des fusions d'établissements.

Le CN exige l'abandon immédiat du plan d'économie

Ce sont 3 milliards à économiser d'ici 2017 sur les hôpitaux. Le tiers concerne la baisse des « charges de personnel », ce qui représente un plan social de 22 000 postes. Avec la baisse des tarifs, ce plan va conduire les établissements à des déficits, aggravant la situation de ceux qui sont déjà en lutte aux « prêts toxiques ».

Il revendique l'effacement complet de la dette des hôpitaux, l'attribution des moyens nécessaires aux missions de l'hôpital et au respect du statut. Il exige aussi la relance des investissements par la caisse des dépôts ou de l'assurance maladie.

Concernant la prise en charge de la perte d'autonomie.

Le CN dénonce le nouveau report de la mise en œuvre de la loi sur « l'adaptation de la société au vieillissement » dont il ne considère pas, en l'état actuel, qu'elle règle la question. Quant au volet de la réforme consacrée à la prise en charge de la dépendance dans le cadre des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) il est remis à plus tard, pour ne pas dire qu'il est reporté sine die.

Le CN réaffirme sa revendication d'aboutir au ratio d'un personnel pour un résident dans les EHPAD afin d'assurer une prise en charge de qualité et réaffirme que les personnels doivent être formés aux exigences de leur métier.

Rhône-Alpes

La Région Rhône-Alpes regroupe huit départements, du moins jusqu'au 1er janvier 2016, avec la réforme territoriale. C'est la deuxième région de France métropolitaine en superficie, en économie et en population (près de 6.5 millions d'habitants). Fabrice VINSON, fait, avec les secrétaires de GD, un état des lieux de sa région.



Fabrice VINSON
Secrétaire régional santé Rhône-Alpes

"Il y a un peu plus de 750 établissements hospitaliers publics, comprenant le sanitaire, la psychiatrie et le médico-social, soit un peu plus de 99 000 salariés, avec les très grosses structures que sont les Hospices Civils de Lyon (17 700 agents), le CHU de St Etienne (5 300 agents) et le CHU de Grenoble (7 000 agents).

Les établissements, contraints par les contrats de retour à l'équilibre financier, doivent réduire les coûts - c'est-à-dire les effectifs - et augmenter l'activité. La T2A « flexibilise » sans égard pour les personnels. On gomme le temps relationnel (transmissions, patients...) comme non rentable. Ayant perdu le sens de leur travail, les agents qui restent n'éprouvent plus que la contrainte, la surcharge et le sentiment de mal faire leur métier.

C'est ça la réalité dans nos établissements de soins...

Lors des dernières élections, la Région a progressé de 1,13 % et nous avons obtenu 20,02% ce qui nous a permis de retrouver notre place à l'Assemblée Générale du CGOS.

Je tiens à remercier ici l'ensemble des militants de la Région qui ont œuvré sans relâche et qui ont porté haut les revendications et les couleurs de l'organisation.

Bien évidemment, il nous faut amplifier ce dynamisme, créer de nouvelles structures et à FO, nous n'oublions jamais que c'est en revendiquant que nous ouvrons des portes de négociations qui dégagent ensuite des opportunités de contracter au bénéfice des personnels.

Partir du terrain pour mieux y revenir, voilà la vérité du syndicalisme."

Ain

Dès le début de l'année, notre objectif principal fut les élections professionnelles du 4 décembre 2014. Nous avons déposé de nouvelles listes et nous avons été présents lors des protocoles pré-électorales dans différents établissements. Le taux d'abstention reste encore trop élevé malgré une forte mobilisation. Dans certains établissements, le vote par correspondance a été salubre. Globalement, la branche santé de l'Ain a progressé.

En 2014, nous avons créé 2 syndicats en EHPAD et 1 au centre hospitalier de Bourg en Bresse (483 lits et plus de 2000 agents). Le CHBB a signé son adhésion à la Communauté hospitalière de territoire dénommé «Bresse-Haut-Bugey », qui elle-même regroupe déjà plusieurs EHPAD.

Dans les EHPAD, les conditions se dégradent pour les infirmiers, aides-soignants ou agents de service hospitalier. Le taux d'absentéisme est révélateur, que ce soit dans le secteur public ou privé.

Les personnels hospitaliers sont les premières victimes du pacte de responsabilité mais c'est aussi l'impossibilité pour les directeurs d'hôpitaux d'appliquer le droit. La culpabilisation des personnels hospitaliers est un

outil de management très pratiqué.

Le seul, l'outil collectif de droit qui permet à chacun de se défendre, est le syndicat.

Drome-Ardèche

Le groupement Drome-Ardèche santé a connu des élections fluctuantes en décembre 2014 mais continue son développement. Sous l'impulsion de notre secrétaire du GD Fabrice VINSON, de nouvelles structures FO nous ont rejoint et s'investissent activement, dans une volonté commune de s'implanter dans de nouveaux grands centres hospitaliers. Ce sont ces centres qui nous ont fait cruellement défaut lors des dernières élections professionnelles.

Notre marge de progression nous permet d'être ambitieux pour le futur.

Haute Savoie

FO a conforté sa position lors des élections professionnelles de 2014. Grâce à une petite équipe du groupement départemental, nous nous développons sur le département et nous arrachons la 2ème place pour la première fois en Haute-Savoie !

Aujourd'hui nous sommes présents dans 11 des 28 établissements du département.

Le développement est notre objectif depuis plusieurs années. Nous sommes sollicités par des collègues qui voient leurs conditions de travail se dégrader, confrontés à la précarité, à une charge de travail à la limite du raisonnable. Les directeurs que nous avons en face de nous ont comme discours : T2A ou restriction budgétaire.

Nous avons subi et nous subissons encore des réformes qui ont un seul objectif : la rentabilité au détriment de nos conditions de travail et de la qualité des soins. Suite aux nombreuses fusions d'établissements des futurs groupements hospitaliers territoriaux (GHT) annoncés, nous devons rester vigilants et résister pour sauver service public et statut. Nous devons construire le rapport de force qui nous permettra de nous opposer aux mesures qui visent à réduire l'offre de soins de proximité.

Isère

L'Isère est le département le plus vaste et le deuxième en terme de population. Les isérois connaissent une hausse du chômage sur un an de 5,1%.

Le département comprend 46 établissements de la fonction publique hospitalière, dont 15

CH. Il n'échappe pas aux conséquences destructrices du maintien du Pacte de responsabilité en réduisant les dépenses publiques imposé par le gouvernement.

Le syndicat FO est implanté sur 7 sites : le CHU de Grenoble, les CH de Vienne, Voiron, St Laurent du Pont, Bourgoin-Jallieu, l'Hôpital communal de Moresstel et enfin le Centre d'hébergement pour adultes handicapés aux Abrets.

Un mot sur une particularité de l'hôpital de Bourgoin : c'est un des quatre hôpitaux en France entièrement construit avec un Partenariat Privé/Public avec un bail emphytéotique (BEH) d'1,5 M€ par mois sur 35 ans. FO dénonce ces contrats depuis le début.

Lors des dernières élections professionnelles, grâce à leurs actions et leur travail, les syndicats implantés ont fait une nette progression. Avec son équipe dynamique, ses militants actifs, le GD a l'objectif de faire connaître FO dans d'autres établissements et de sensibiliser les agents à la défense des droits des salariés par la syndicalisation. Nous avons quatre ans pour cela et la Force pour le faire !

Loire

Le département compte 1 CHU avec presque 6000 agents et 4 CHG : Roanne, Firminy, Pays de Gier, Forez (issu de la fusion du CH de Montbrison et du CH de Feurs). A cela, il faut ajouter 1 Institut de cancérologie, 37 EHPAD, 1 foyer départemental de l'enfance, 1 maison d'accueil spécialisée et 2 foyers d'accueil médicalisés.

Les Centres Hospitaliers souffrent de déficits cumulés importants, d'où de nombreuses suppressions de personnels. Le Centre Hospitalier de Firminy avoisine les 40 % de personnels contractuels.

Aux dernières élections, la Loire a maintenu sa seconde place, avec la création du syndicat du CH de Roanne. C'était le seul CH où FO n'était pas présent.

C'est au nord du département que se trouvent la plupart des

EHPAD et c'est là que le GD doit développer la syndicalisation et créer de nouvelles implantations FO.

Le sud du département comprend le CHU et les 3 autres CH avec un projet de Groupement hospitaliers de territoire (GHT) qui doit élaborer un projet médical commun. A terme, cette nouvelle organisation se traduira par des regroupements de services et des transferts d'activités (urgences, maternité et chirurgie).

Rhône

Le département du Rhône est confronté à une restructuration permanente :

- le service de médecine de l'hôpital d'Albigny/Saône doit fermer et être reconstruit à ... Dugougeon.

- les 71 lits du SSR et du SLD du centre Bayère seraient transférés à Villefranche... eux aussi !

- les 15 lits de grands brûlés du CH Saint-Joseph-Saint Luc sont fermés et doivent être ouverts à l'hôpital Edouard Herriot où il y en a déjà 21... sauf que l'ARS et Touraine réinventent l'arithmétique et décident que $15+21=30$!

- Aux HCL, la direction écrit dans un document soumis au CTE annoncent une contrainte financière sans précédent.

- Quant à la psychiatrie, la lutte officielle contre l'hospitalocentrisme, c'est-à-dire contre l'hospitalisation des patients amène des patients de plus en plus en crise et de moins moins traités. La réponse des pouvoirs publics «se centrer sur la crise, répondre au comportement» n'envisage que les conséquences, pas les causes et conduit inéluctablement à de nouveaux « faits divers » dont l'actualité est si riche.

Y aurait-il une seule raison, même mauvaise, d'accepter cela ?

Savoie

En Savoie, l'hôpital public et le personnel, déjà à saturation en période normale, sont en situa-

tion critique. Médecins et paramédicaux font face dans les pires conditions à une demande massive. Les internes, rejoints par tous les syndicats de médecins, ont appelé à une manifestation nationale le 15 mars contre le projet de loi de santé. Pourtant la situation est plus qu'alarmante :

A l'hôpital de Modane, les familles s'inquiètent de la prise en charge des résidents et suspectent une maltraitance institutionnelle du fait du manque de personnels soignants.

A l'hôpital de Moutiers : fermeture des blocs opératoires, transfert des urgences sur Albertville et Bourg St Maurice. Du coup, arrêt total de la chirurgie à Moutiers ; sans plateau technique, fermeture des urgences donc transfert vers les établissements privés, en particulier à Médipôle pour les actes chirurgicaux.

Au Centre Hospitalier Métropole Savoie a eu lieu la fusion des hôpitaux de Chambéry et d'Aix-les Bains imposée par l'ARS en janvier 2015. FO s'est toujours opposé à la fusion et à ses conséquences. Actuellement, les premiers impactés sont les services logistiques et administratifs : la centralisation des moyens entraîne la perte d'emplois statutaires.

A l'hôpital de Belley il y a un projet de nouvel hôpital. Le syndicat FO tempère «l'enthousiasme» général : personnels sous pression, rentabilité à tout crin, détérioration des conditions de travail...

Le 9 avril 2015, les hôpitaux de Savoie se sont mobilisés aux côtés du public et du privé pour manifester à Chambéry. Des représentants FO interrogés par la chaîne 8 Mont Blanc ont exprimé la réalité du terrain : il ne suffit pas de construire de nouveaux hôpitaux (Métropole Savoie issu de la fusion Aix Chambéry ou le Centre Hospitalier de Modane) pour régler tous les problèmes. Ce que tout le monde peut constater tous les jours, ce sont le manque de personnels, l'augmentation des tâches, les pertes d'emplois statutaires, les embauches de contractuels... tout cela avec l'accord de l'ARS.

Technicien de laboratoire médical



Historique

Ce sont d'abord les infirmières ou les aides chimistes qui ont pratiqué les analyses de laboratoire. L'arrêté du 29 décembre 1952 consacre cette pratique aux infirmières sous la responsabilité d'un médecin, grâce à une formation de 9 mois qui permettait d'accéder au titre d'infirmier spécialisé en laboratoire option Chimie/Microbiologie.

En 1967, la création du nouveau diplôme d'état de laboratoire d'analyse médicale (DELAM) supprime le titre d'infirmier spécialisé.

Dans les années 70, l'Education Nationale instaure des BTS et DUT qui permettent d'être recruté en tant que technicien de laboratoire.

En 1992, le laborantin prend le titre de « technicien de laboratoire en Analyses Biomédicales » (DELAM → DETAB).

En 1996, le DETAB se fait désormais en 3 ans d'études. L'ordonnance 10-49 du 13 janvier 2010 accorde enfin aux techniciens de laboratoire médical le statut de professionnel de santé à part entière par l'inscription

de cette profession dans le Code de la Santé Publique.

Multitude de diplômes

L'arrêt du 21 octobre 1992 fixe la liste des 16 titres et diplômes donnant l'accès à la profession (BTS, BTSa, DELAM, DUT, étude spécifique) avec 4 ministères de tutelle différents : agriculture, santé, éducation nationale et travail.

Les principales disciplines sont la chimie, la biochimie, la biotechnologie, la microbiologie (bactériologie, virologie, parasitologie), l'hématologie, l'immunologie, l'immuno-hématologie, l'histologie, ...

Dans le domaine de l'analyse médicale, le technicien est également fréquemment titulaire d'un certificat d'aptitude aux prélèvements sanguins lui permettant la réalisation de prises de sang.

De plus, le technicien doit détenir « l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence » (niveau 1 et 2).

Les débouchés sont variés : hôpitaux ; laboratoires d'analyses médicales de ville ; laboratoires de recherche (CNRS, INSERM, IFREMER) ; laboratoires phar-

maceutiques et agro-alimentaires ; EFS ; laboratoires de l'administration (police, armée, éducation nationale,...)

Il existe une filière de techniciens spécialisés en hygiène hospitalière nommée « technicien biohygiéniste ».

Reingénierie du diplôme

Suite aux accords de Bologne ratifiés en 1999 par la France, les différents diplômes de la profession devraient "s'universitariser" et rentrer dans le cursus LMD (licence, master, doctorat).

Le 2 février 2010, Roselyne BACHELOT, Ministre de la Santé, a signé avec les organisations syndicales un protocole d'accord actant l'intégration des personnels paramédicaux de la F.P.H. au niveau L.M.D. dans la catégorie A.

Fin 2010, FO (représenté par Jacques BODIN Région Normandie, Yves BOURDEL Région Languedoc Roussillon, Grégory LEDUC Région Picardie) ont participé, au Ministère de la Santé, aux travaux de réingénierie. Le référentiel d'activité, de compétence et de formation a été élaboré.

Forcé est de constater qu'à ce jour, la réingénierie du diplôme de technicien de laboratoire médical est au point mort. En effet, le ministère de la Santé du nouveau gouvernement a déclaré ne pas être lié au gouvernement précédent. Un rapport de l'IGAS a seulement été commandé pour faire un bilan sur l'opportunité de la poursuite du LMD...

La Fédération FO Santé a relancé le ministère pour la reprise des travaux de réingénierie. Nous attendons toujours.

Cependant, même si la réingénierie est nécessaire pour un métier en plein évolution et notamment en responsabilités, FO ne perd pas de vue que l'objectif premier est le reclassement des Techniciens de Laboratoire en catégorie A sur les grilles infirmiers (ISGS).

Réforme de la biologie

Suite au rapport BALLEREAU, la réforme de la Biologie Médicale trouve corps dans l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010.

Les mesures phares sont :

- réglementation identique pour la ville et l'hôpital ;
- médicalisation renforcée de la discipline ;
- la qualité prouvée par l'accréditation ;
- une organisation territoriale ;
- l'adaptation des prix aux volumes.

A la lecture des mesures que contient cette réforme, une chose est sûre : la biologie n'est pas épargnée par l'adaptation des analyses aux moyens, comme l'est actuellement tout notre système de santé.

Cette réforme, si elle n'est pas contestée sur la nécessité d'une montée en charge de la qualité, l'est notamment sur la réduction de l'offre sur le territoire. Il ne faudrait pas que la qualité soit l'excuse de fermeture de nombreux laboratoires ou de nombreuses fusions/acquisition par de gros groupes.

Car, au final, cela finit toujours par des suppressions de postes, des mauvaises conditions de travail et du dumping social.

Avec la future loi Santé et ses GHT, se profilent soit des fusions de laboratoires publics/privés, soit de futures externalisations, essentiellement privées.

Bon nombre ont déjà été engagées...

Condition de travail et perspectives

Le métier de technicien de laboratoire est en perpétuelle évolution. Après les techniques très artisanales, manuelles et chronophages des années 70-80, le 21^{ème} siècle voit la mise en œuvre de méthodes industrielles, productivistes, et toujours plus rapides.

Cette mutation ne s'est pas faite sans heurt. Evidemment, FO n'est pas contre le modernisme, cependant la course effrénée à l'efficacité, à la robotisation, en partie du fait de la réduction des coûts n'a eu de cesse de dégrader les conditions de travail, aboutissant par exemple à :

- des horaires atypiques (3 x 8, 12h, nuit) ;
- une charge de travail en constante augmentation de par des prescriptions d'analyses en hausse et pas forcément pertinentes ! ;
- un stress et une pression au travail en forte progression (toutes les analyses sont ur-

gentes sans distinction, les appels pour l'obtention des résultats incessants) ;

- une adaptation et des connaissances sans cesse renouvelées face aux nouvelles technologies ;

- un corps médical de plus en plus exigeant, voulant laisser des responsabilités et des glissements de tâches de plus en plus importants.

Perspective, évolution

Avec l'évolution de la technologie, le technicien de laboratoire est plus un vérificateur, un contrôleur, un gestionnaire de maintenance qu'un chef "burette et microscope", comme il l'était à ses débuts.

Le GBEA (guide de bonne exécution des analyses) et la norme d'accréditation 15189 ont totalement « procéduré » le métier et ses marges de manœuvre (libertés), qualité oblige !

Cependant, de nouveaux métiers pointent leur nez, qui pourront permettre des évolutions aux techniciens de laboratoire tels :

- qualisticien
- métrologue
- technicien de maintenance
- et même ingénieur

A terme, ils pourraient bien remplacer une partie des médecins biologistes, comme c'est le cas dans d'autres pays européens.

AIDES DE LABORATOIRE, AIDES DE PHARMACIE, AIDES DE RADIO : MEME COMBAT

Un technicien de laboratoire ne peut pas parler des difficultés de son travail et de la reconnaissance de celui-ci sans évoquer celles de ses collègues aides de laboratoire. Ces derniers sont effet mis en cadre d'extinction depuis octobre 2001, ce qui signifie qu'aucune évolution indiciaire ne peut avoir lieu au delà de l'échelle 4, même si, depuis le 26 février 2006, le passage à l'échelle 5 est possible.

Malheureusement, les aides de laboratoire en échelle 3 et 4 ne peuvent pas accéder à l'échelle 5 comme agents de maîtrise, les directions arguant du fait que c'est un grade d'encadrement. FO conteste cet argument puisque c'est un grade de catégorie C et qu'aucune notion d'encadrement ne fait partie du statut particulier.

FO exige l'application du statut pour l'ensemble des aides de laboratoire.

Projet de loi santé : procédure accélérée

Le 16 mars, le gouvernement a décidé d'appliquer la « procédure accélérée » au projet de loi de Santé, pour qu'il ne fasse l'objet que d'une seule lecture dans chaque chambre. La discussion à l'Assemblée Nationale, débutée le 31 mars, s'est conclue par le vote solennel le 10 avril. La loi va maintenant partir au Sénat pour être discutée fin septembre début octobre.



L'Assemblée a largement amendé le texte, rebaptisé pour l'occasion « Projet de loi de modernisation de notre système de santé ». Cette loi, souvent qualifiée « de fourre tout », comprend 57 articles. Ce ne sont pas moins de 2 400 amendements qui ont été déposés.

Les modifications qui vont impacter le fonctionnement des établissements auront des répercussions nocives immédiates sur les personnels.

Déclinaison du « Pacte de responsabilité ».

Cette loi, voté en première lecture, s'inscrit dans les mesures d'austérité liées à l'application du pacte de responsabilité et des 54 milliards d'économies sur les dépenses publiques dont 3 initialement imposés aux hôpitaux d'ici 2017. L'annonce vient d'être faite que ces montants seront encore augmentés. FO condamne expressément de telles mesures.

En d'autres termes, cette loi « de modernisation de la santé » est une déclinaison juridique de ces mesures strictement comptables. Son objectif est de supprimer encore plus d'emplois et de moyens pour économiser, dégradant ainsi davantage service public, qualité des soins, conditions de travail et d'exercice professionnel. Elle ne rompt pas avec la loi Hôpital Pa-

tient Santé Territoire (HPST) qui a mis en place les Agences Régionales de Santé (ARS) dont les pouvoirs se retrouvent renforcés pour encadrer l'ensemble des acteurs du secteur de la santé et du médico-social, dans le cadre de la mise en place de la « territorialisation de la santé ».

Aussi, FO maintient plus que jamais sa position de retrait de cette loi qui s'attaque à l'organisation de l'assurance maladie en régionalisant la convention médicale et toutes les conventions passées entre la CNAM et les professionnelles de santé. Cette nouvelle « organisation territoriale » inscrite dans la loi renforce les pouvoirs des ARS sur l'ensemble des dispositifs de soins, pour contraindre encore plus les enveloppes dédiées aux soins pour l'ensemble des établissements comme pour la médecine de la ville.

Les regroupements hospitaliers à l'ordre du jour

Parmi les dispositions qui visent spécifiquement les hôpitaux, l'article 27 qui traite des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT) constitue une véritable machine de guerre pour réduire les activités hospitalières et l'emploi.

Chaque établissement public de santé (sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale) doit passer une convention de Groupement Hospitalier de Territoire. A ce stade de la loi, le GHT n'est pas doté de la personnalité morale.

Le projet médical unique ou partagé

Le GHT vise à ce que les établissements soient à même « de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient ».

Le GHT « assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités

entre établissements. Chaque groupement élabore un « projet médical partagé ».

Tous les GHT s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires. Cette association devra être traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord de l'ARS, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas intégrés, dans le cadre des « communautés psychiatriques de territoire ».

Dans les mêmes conditions, les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT. Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent eux aussi intégrer une convention de GHT.

Les établissements privés peuvent être partenaires d'un GHT.

La convention constitutive du GHT

Cette convention définit :

1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements du GHT ;

2° Les délégations éventuelles d'activités ;

3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements du groupement ;

4° Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;

5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, c'est à dire :

- la désignation de l'établissement support chargé d'assurer, les fonctions et les activités déléguées,.

- la composition du comité stratégique (qui comprend les di-

recteurs d'établissements, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements);

- le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;
- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du GHT et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements du groupement.

L'établissement support du GHT peut gérer pour le compte des établissements du groupement des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Les centres hospitaliers universitaires coordonnent pour le GHT les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, de recherche et de gestion de la démographie médicale.

La certification des établissements de santé est conjointe pour les établissements publics de santé du même groupement. Les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent la liste des groupements hospitaliers de territoire. La publication de cette liste entraîne la création du « comité territorial des élus » de chaque groupement hospitalier de territoire. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement. L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à un établissement public de santé est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de GHT.

Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application de ces mesures.
- À compter du 1er janvier 2016, les communautés hospitalières de territoire (CHT) deviennent des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

- La liste des groupements hospitaliers de territoire est arrêtée avant le 1er janvier 2016 en conformité avec le schéma régional.

- Chaque établissement public de santé, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1er janvier 2016.

- Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables des groupements hospitaliers de territoire.

GHT : - 7000 emplois

Ces GHT sont présentés par la Ministre de la Santé comme étant un « puissant levier pour la réorganisation de l'offre » et donc un puissant outil pour réduire considérablement les postes. Le gouvernement estime que cette réforme se traduirait immédiatement par environ 400 millions € d'économies, dont 270 millions au titre de la réduction du coût des fonctions techniques, administratives et logistiques (ce qui représente 7 000 emplois en moins).

Groupements de coopération sanitaire (GCS)

L'article 50 de la loi de santé autorise le gouvernement à assouplir par voie d'ordonnance le droit des groupements de coopération sanitaire (GCS), dans un délai d'un an après la promulgation de la loi. Cette article vise à prendre par ordonnance des mesures relevant du domaine de la loi permettant de faciliter la constitution et le fonctionnement des GCS afin notamment d'accompagner la création des GHT, auxquels peuvent être associés des établissements privés.

Les mesures visent à mettre à disposition les fonctionnaires dont l'activité a été reprise par un GCS et à appliquer les dispositions du Code du travail en matière de représentation du personnel.

Pour le gouvernement, le dispositif actuel constitue « une entrave à la création d'un groupement chargé de la poursuite d'une activité » car les

« fonctionnaires concernés peuvent refuser leur mise à disposition auprès de la structure de coopération pour y exercer les mêmes missions que précédemment ».

Une fois encore, ce sont les droits statutaires qui sont attaqués : il s'agit de faire disparaître les contraintes du droit statutaire pour pouvoir poursuivre et accélérer l'ouverture à la privatisation.

En conclusion, ces dispositions sont inacceptables, FO revendique le retrait de ce projet de loi. Tout ceci justifie pleinement l'appel à la grève le 25 juin des hospitaliers contre les mesures d'austérité à l'hôpital et pour le retrait du projet de loi Santé !"

La loi c'est aussi :

- L'Assemblée nationale qui a voté la suppression de l'Ordre national des infirmiers.

- Une refondation du service public hospitalier (SPH), le définissant comme un seul bloc et non plus sous la forme de plusieurs missions. Le SPH pourrait être assuré par les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées, les établissements de santé privés à but non lucratif et les autres établissements de santé privés. Les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation seraient déterminées par décret en Conseil d'Etat.

- L'autorisation pour les kinés de renouveler la prescription d'acte de massokinésithérapie datant de moins d'un an.

L'article qui permettait à certains personnels non médicaux et non soignants d'effectuer, dans certains cas, des actes infirmiers (administration de valium, aspirations trachéales) en l'absence d'infirmier a été, fort heureusement, supprimé.

- Le tiers payant, qui constitue pour les assurances complémentaires une opportunité en leur permettant de collecter des données de santé par le biais des remboursements de soins. Les patients américains en sont là depuis longtemps : on perd la possibilité d'un remboursement de sa complémentaire pour une maladie dès lors qu'elle prétend que les soins d'aujourd'hui « pourraient être en rapport avec une maladie survenue hier !

- L'Assemblée a validé la réforme du développement professionnel continu (DPC) qui deviendra une obligation triennale à compter de 2016.

- La loi va permettre l'adaptation régionale des conventions des professionnels libéraux.

- La loi confirme l'organisation en pôles, déjà généralisée par HPST. Le chef de pôle « organise le dialogue interne au sein des pôles, dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte »

PUB



le financement des hôpitaux

Comment expliquer la T2A ?

La Tarification À l'activité (T2A) est le mode de financement des activités des hôpitaux publics et privés (hors soins de suite et de la psychiatrie, pour le moment) issue de la réforme hospitalière préconisée par le « Plan Hôpital 2007 ».

Pour FO, il s'agit d'un tournant politique vers une logique de privatisation de la santé. Ce système est à l'opposé de la logique de moyens qui prévalait jusque-là, en cédant la place à une logique de résultats prônée par la loi organique relative aux lois de Finances (LOLF) dont l'objectif est la réduction des dépenses publiques et par la « nouvelle gouvernance », mise en place

par les ordonnances de mai et septembre 2005.

La T2A est devenue la seule source de financement pour les activités de court et moyen séjours des (EPS). Or, les tarifs de certains actes médicaux, arrêtés chaque année, sont sous-évalués et plongent l'ensemble des établissements dans des difficultés budgétaires inextricables. L'hôpital public doit ainsi assumer des activités qui lui coûtent plus qu'elles ne lui rapportent.

La T2A conduit également à la sélection des patients et des activités en fonction de leur rentabilité.

Vous avez dit T2A ?

Voici, en quelques points de repères, ce qu'il convient de savoir au sujet de la T2A, comment s'y retrouver dans le maquis des sigles qu'a généré cette réforme et enfin, quelques éléments critiques après dix ans d'application.



La T2A - ou Tarification A l'Activité - est le mode de financement des activités de court séjour des établissements sanitaires en France. Auparavant, ils recevaient une dotation globale annuelle sensée couvrir l'ensemble de leurs coûts et reconduite chaque année moyennant l'application du taux d'évolution voté par le Parlement : l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie).

Introduite en 2004-2005, cette tarification avait pour but d'améliorer l'efficacité des établissements du secteur hospitalier en répartissant les ressources non plus en fonction des situations historiques mais en fonction de l'activité réelle.

Cette nouvelle procédure devait servir de révélateur aux établissements quant aux progrès d'organisation et de fonctionnement qu'ils auraient à accomplir.

Le nouveau mode de tarification qui détermine le financement des établissements en fonction de leur activité est basé sur les notions de **Groupe Homogène de Malades (*) (GHM)** et de Groupe Homogène de Séjours (GHS). Ce dernier étant la traduction en prix du GHM.

Pour rappel, les prix étaient auparavant, fonction des disciplines des services hospitaliers.

En résumé, on va payer désormais pour une prothèse de hanche et non plus un patient soigné dans le service orthopédie, en vertu du principe que chaque prestation est payée au même prix..

* Le GHM est un système de classification médico-économique des hospitalisations en médecine, en chirurgie, en obstétrique et en odontologie (alias MCO, voir infra). Au terme de l'hospitalisation d'un patient, un recueil d'informations synthétique est produit : le résumé de sortie standardisé (RSS).

Il est composé d'autant de résumés d'unité médicale (RUM) que le patient a fréquenté d'unités médicales pendant son séjour en MCO. Pour que les informations administratives et médicales contenues dans le RSS puissent bénéficier d'un traitement automatisé, elles sont codées, et le classement de chaque séjour hospitalier dans un GHM, ou groupage, résulte de tests prédéterminés sur ces informations. Par conséquent à chaque GHM correspond un ou plusieurs GHS.

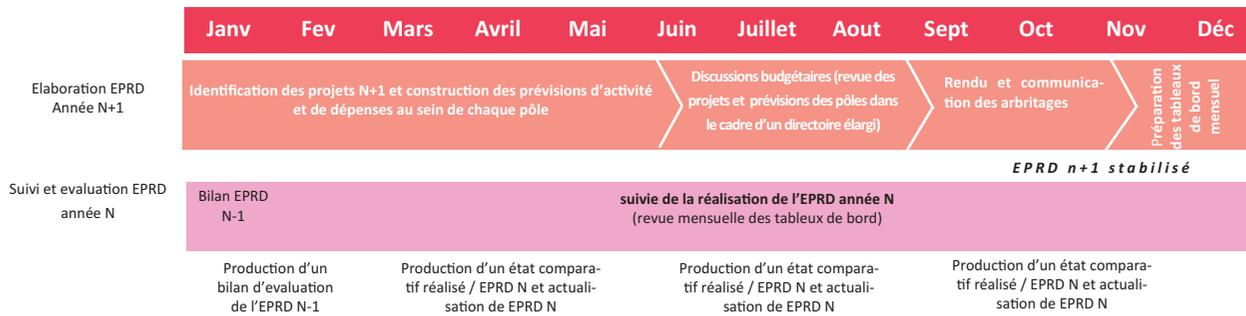
A priori, cela semble frappé au coin du bon sens : recevoir ses ressources en fonction de son activité est le moyen logique de soutenir et d'accorder les moyens adaptés aux établissements qui travaillent beaucoup et de les réduire pour ceux qui sont les moins dynamiques. De même, le système semble équitable puisqu'il prévoit de payer le même service rendu au même prix.

Cette réforme étant applicable aux établissements publics et privés, elle avait aussi pour objectif d'harmoniser les modes de financement, de renforcer la connaissance des coûts et donc d'améliorer la comptabilité analytique des établissements.

Une nouvelle classification des GHM est intervenue en 2009 avec pour conséquence le passage de 950 à 2500 GHS (voir supra), ce qui permet un codage plus fin et plus réaliste des actes médicaux mais le rend aussi plus complexe.

De façon simplifiée, le « revenu » de l'hôpital se détermine ainsi :

Nombre de patients traités dans chaque GHM x prix de chaque GHS + autres recettes (c'est-à-dire activité d'enseignement, missions d'intérêt général(2), coûts liés aux disparités et spécificités géographiques ou sociodémographiques)



Qu'en est-il des investissements ?

La T2A ne concerne pas directement l'investissement hospitalier, toutefois sont intervenus de façon liée et concomitante les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 qui sont des plans d'aide à l'investissement.

En réalité, comme l'a relevé l'IGAS dans son rapport de mai 2013, ceux-ci ont enregistré un « accroissement des charges des établissements sur la partie non aidée des investissements » (en clair, les surcoûts d'investissement ont été financés par l'endettement auprès des banques) dans une période où la relation avec ces dernières était difficile et où les opérations inéluctables s'accumulaient (mises aux normes de sécurité, désamiantage, vétusté des locaux et équipements...)

L'EPRD

EPRD ("état des prévisions de recettes et de dépenses") est un document qui, pour un exercice comptable donné, estime les recettes et les dépenses prévisibles de certains établissements publics, en particulier à caractère industriel et commercial. Un EPRD joue un rôle comparable à un budget, mais ses dispositions sont moins contraignantes dans la mesure où recettes et dépenses ont un caractère clairement évaluatif.

La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements publics de santé (EPS) et des établissements privés (antérieurement financés par dotation globale depuis 2005) concrétise le changement de logique mis en œuvre par la T2A.

Cette réforme se caractérise par l'instauration d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) en lieu et place du budget et a pour objectif de rendre la réforme de la tarification à l'activité opérationnelle en ce qui concerne le volet budgétaire.

Outre la prévision budgétaire, l'EPRD comporte la particularité de fonctionner sur la base de crédits évaluatifs, en dépenses comme en recettes (voir schéma ci-dessus).

En pratique compte tenu du lien instauré par la T2A entre l'activité et les recettes du caractère évaluatif des crédits, le suivi et l'analyse de l'exécution de l'EPRD doivent être présentés périodiquement au conseil de surveillance de l'hôpital et transmis à l'ARS. L'ordonnateur établit chaque quadrimestre un état comparatif de l'activité (recettes et dépenses réalisées par rapport aux prévisions).

En outre, la dimension investissement doit s'insérer dans un contexte de régulation territoriale (en clair : il appartient non pas à l'établissement mais en fait à l'ARS de prendre les décisions en la matière) et en l'absence de régulation nationale en matière d'équipement lourd (ex : équipement informatique).

Qu'est-ce que les MIGAC et les MERRI ?

(CIRCULAIRE N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013) :

Les MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) qui comprennent les MERRI (missions d'enseignement et d'innovation) sont des enveloppes destinées à financer « la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés qui ne peuvent être tarifées à l'activité ».

Cette précision montre bien que les MIGAC recouvrent des notions variées, plus larges que la notion juridique de service public. Leur périmètre même, s'il n'est pas figé, est toutefois délimité.

On y retrouve entre autres l'activité des centres anti-poisons, les centres de coordination des soins cancérologie, les équipes mobiles de soins palliatifs, la permanence d'accès aux soins, les SAMU et les SMUR, etc.

Elles sont allouées par l'ARS sur une base contractuelle (CPOM).

Critiques à la T2A

Le système d'allocation de ressources par le mécanisme T2A peut se considérer sous deux angles

- d'une part, il s'agit d'un système de financement plus souple et plus réactif que les précédents (prix de journée et dotation globale)
- d'autre part, les recettes sont plus « volatiles » puisque directement proportionnées à l'activité.

Ainsi, pour un établissement de taille moyenne, le départ d'un praticien aura une incidence directe et immédiate sur les ressources dont il dispose.

Sur le plan macro-économique, la recherche de l'activité la plus rémunératrice n'est pas le gage du meilleur service rendu. En effet, en forçant un peu le trait, on pourrait même dire que l'intérêt de l'établissement est contraire à l'intérêt général et s'interroger ainsi sur la pertinence des soins dispensés ou sur la multiplication des examens pratiqués.

Plus grave, en termes d'accès aux soins, la logique T2A peut également inciter à faire le tri entre « les patients qui rapportent et ceux qui coûtent ». Une variante consiste à « classer » de façon fallacieuse les patients dans des GHM plus rémunérateurs.

Enfin, la réduction au-delà du raisonnable de la durée des séjours est un élément qui a déjà été dénoncé par de nombreux auteurs dans tous les pays ayant déjà adopté ce système (Etats Unis, Grande Bretagne, Danemark, etc.).

Elle est antinomique à l'idée de qualité des soins. A terme, elle peut même mener à une augmentation de ré-hospitalisations et donc être contre productive par rapport aux ambitions initialement affichées.

C'est d'ailleurs ce que démontre le document de l'institut de recherche et documentation en économie de santé (IRDES) : « Questions d'économies et santé » n°186 d'avril 2013.

Entre injonction paradoxale et syllogisme (2)

La logique de la T2A est, on l'a dit, celle de la souplesse et de la réactivité. Au point d'apparaître antinomique à la notion d'emplois statutaires : par nature, l'activité hospitalière peut être soumise à des « à-coups » (suractivité ou sous-activité) qui ont une incidence directe sur les besoins en effectifs, de sorte que pour faire face à l'un ou l'autre cas de figure, il convient de disposer d'un « volant de personnels » aisément embauchables et débauchables : les contractuels. En d'autres termes, si la dotation globale créait des files d'attente dont il fallait s'accommoder bon gré mal gré, la T2A, elle, pousse à recourir aux précaires pour les résorber au plus vite.

Au moment où les pouvoirs publics insistent auprès des établissements afin qu'ils réduisent l'emploi précaire, cette constatation ne manque pas d'interpeller. Plus redoutable encore est la pression faite sur les établissements qui, n'ayant pas la maîtrise de leurs tarifs (ces derniers sont arrêtés nationalement) sont acculés à augmenter leur niveau d'activité pour garantir leur niveau de ressources.

Ainsi, au moment de la « campagne budgétaire », le gouvernement fait son évaluation de ce que doit représenter l'évolution des coûts des activités.

En général, cela se traduit par le blocage des tarifs, de sorte que les établissements, afin de garantir leur niveau de ressources, doivent « faire de l'acte » sans véritablement se soucier de pertinence ! C'est du travailler plus ... pour le même prix !

Le point de vue de FO

Il est nécessaire de resituer la T2A dans le cadre de l'enveloppe fermée de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (Ondam).

FO s'est toujours opposé à cette logique qui aboutit d'année en année à une baisse des tarifs.

Dans le contexte de réduction massive des dépenses publiques dictée par le pacte de responsabilité (soit 11 milliards sur les dépenses d'assurance maladie dont plus de 3 milliards sur les hôpitaux) la loi dite "de Santé" en cours de discussion aggrave tous les dispositifs de contractualisation et de coopération initiés par la loi HPST.

Cette loi "de Santé" consacre les pleins pouvoirs des directeurs généraux des ARS et

marque une étape vers une « territorialisation » de la santé et une régionalisation de l'assurance maladie.

Parallèlement, le gouvernement poursuit les fermetures de lits au profit de la chirurgie ambulatoire (en 2017, 62% des actes de chirurgie devront être effectués en ambulatoire). Pour inciter les hôpitaux, les tarifs d'hospitalisation en chirurgie seront inférieurs à ceux de l'acte en ambulatoire !

FO revendique l'abandon de l'enveloppe fermée et le retour à un mode d'allocation des ressources s'apparentant au système du prix de journée - tel qu'il existait avant le budget global - qui permettrait de rectifier à la hausse les budgets en cours d'année afin de prendre en charge les besoins de la population.

PUB

Réunion des Fédérations FO des services publics, services de Santé et de l'Action Sociale

Le 4 mars 2014, un groupe de travail a réuni des responsables de la Fédération des personnels des services publics et de santé FO et de la Fédération nationale de l'Action Sociale FO.



L'objectif était, à partir d'une appréciation commune de la situation réservée au secteur social et médico-social public et privé, de formuler une expression interfédérale sur ses différents aspects, en vue d'une intervention coordonnée dans nos champs de syndicalisation réciproque.

Présentation du cadre général

La réduction des dépenses publiques en matière de santé, de solidarité et d'éducation, imposée par le pacte de responsabilité, le projet de loi MACRON, le projet de loi dit de santé et les directives européennes, sur fond de privatisation des services publics, de réduction des dépenses publiques, engendre une situation où les conditions de travail des agents et des salariés du secteur sanitaire, social et médico-social et l'accès aux soins ou à une prise en charge spécialisée ne cessent de se dégrader.

Nous assistons à une détérioration sans précédent des droits républicains, déjà altérés par le

désengagement continu de l'Etat par les transferts de responsabilité et de charges en matière sociale et médico-sociale à travers les lois de décentralisation (dès 1983) et les réformes territoriales successives

Remise en cause des droits statutaires et conventionnels

Les personnels du secteur social et médico-social public (Hospitalier, Territorial et Etat) et privé non lucratif (CCN du 15 mars 66 et du 31 octobre 51 notamment) sont de plus en plus confrontés au non respect des droits statutaires et conventionnels et des exercices professionnels.

On assiste à un affaiblissement des cadres juridiques (statut, conventions collectives). En effet, les conventions collectives sont révisées ou dénoncées par les employeurs privés et le statut de la Fonction Publique est menacé pour les personnels et agents publics.

Les salaires, les valeurs des points d'indice sont gelés, tout ceci au nom de la baisse du coût du travail et de la réduction des dépenses publiques et sociales.

Parallèlement, les règles de gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux, alignées sur le modèle du secteur marchand initié par les directives européennes, ouvrent la voie à de nouveaux critères de « productivité » par :

- l'externalisation d'activités et de services,
- le recours au « moins disant » à travers la nouvelle logique des appels d'offre,
- les évaluations externes préparant les restructurations,
- le contournement des ins-

tances représentatives des personnels et des organisations syndicales pour y opposer des pratiques de co-gestion des personnels et de leurs représentants, sous couvert de « modernisation du dialogue social » et de « démocratie participative » (ex conseils de service, de pôle...).

Déqualification des formations

Les insuffisances budgétaires récurrentes mettent à mal la reconnaissance salariale des qualifications et conduisent

- à la déqualification des emplois de niveau III par l'évolution croissante des certifications de niveau IV et V,
- à l'amplification des glissements de tâches et de fonctions,
- à l'introduction de formes d'individualisation des rémunérations à travers l'évaluation individuelle, la GPMC-GPEC,

Cette situation aboutit à l'affaiblissement et à la dégradation des prises en charge sociales, médico-sociales, éducatives, thérapeutiques et sanitaires.

Le refus du gouvernement d'accéder à la revendication de FO et d'une très large majorité des personnels sociaux publics et privés, d'un reclassement des diplômes de niveau III au niveau II (licence) alors que la réingénierie des certifications a intégré de nouvelles architectures des maquettes de certification en ECTS de niveau licence, renvoie les professions du secteur social et médico-social à une forme de déclassement.

Le gouvernement renonce à recourir à sa capacité à décider du positionnement au niveau II dans le Répertoire National des Certifications Professionnelles

(référence nationale). En l'absence de cette reconnaissance légitime, les diplômes nationaux du Travail Social connaîtront un déclassement par les dispositions européennes, avec les conséquences prévisibles sur les niveaux statutaires et conventionnels de rémunération.

C'est ce qui a conduit la délégation FO à voter contre les conclusions du groupe de travail de la commission paritaire consultative (CPC) de mars 2015 (cf. communiqué du 05.03.15).

Remise en cause des niveaux de certification professionnelle

Les projets de « réforme » des formations sociales initiés par la DGCS au sein de la Commission Professionnelle Consultative de l'Intervention Sociale et du Travail Social et du Conseil Supérieur du Travail Social, loin de répondre aux revendications de revalorisation des qualifications professionnelles du secteur social et médico-social, remettent en cause les maquettes de formation nées de l'alternance des formations du Travail Social instaurée depuis les années 70 (création des Diplômes d'Etat).

Ces projets visent rien de moins que la réduction des temps de formation, aboutissant à une remise en cause des identités professionnelles nationales et menacent le niveau des qualifications.

Ils ouvrent la voie à tous les décroissements et à l'« adaptation » de l'offre de formation – sa mise en concurrence « libre et non faussée » - aux enjeux économiques prioritaires des politiques de réduction des dépenses publiques par la régionalisation de la formation professionnelle et l'adaptation des coûts de formation aux restrictions budgétaires imposées par le pacte de responsabilité et les réorganisations territoriales.

Dégradation des conditions de travail

L'insuffisance des effectifs aboutit à des difficultés récurrentes dans les prises en charge, produisant un accroissement

de la violence en direction des personnels qui contribue à son tour à la dégradation des conditions de travail et d'exercice professionnel.

Pendant ce temps, les revues professionnelles ne cessent de faire la promotion du statut libéral, présenté comme « avenir » des professions sociales et éducatives, alternative à l'épuisement professionnel des salariés et agents.

L'avenir du secteur social et médico-social menacé

Les lois du 2 janvier 2002 et de 2005 ont été à l'origine des réorganisations formalisées par la loi HPST et ont préfiguré les restructurations du secteur : fusions d'associations, d'établissements, regroupements d'établissements - GCS/GCSMS – public/privé, le maintien à domicile (chèque service), programment les adaptations aux réductions budgétaires et à la remise en cause des prises en charge et de leur financement public.

De son côté, le projet de loi Santé, dont nous demandons le retrait prévoit, pour tous les hôpitaux, l'obligation d'ici décembre 2015 d'adhérer à un groupement hospitalier de territoire (GHT), prélude à la fusion des hôpitaux.

Par ailleurs, les ARS constituent le bras séculier des politiques autoritaires de restructuration des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, à travers la généralisation des pratiques d'injonction en matière de fusions et de regroupements, notamment par le biais des appels à projet.

Les réformes territoriales: un danger imminent

La programmation des créations de métropoles en cours ou réalisées comme à Lyon et le transfert de compétences des Conseils Généraux aux métropoles et intercommunalités, avec disparition des Conseils Généraux et l'institution de conseils départementaux sur certains territoires (fin de la clause de compétences générales) constituent une aggravation des inégalités d'accès aux

services publics et la remise en cause des droits républicains nationaux à la santé et à la solidarité.

Ces « réformes » territoriales interrogent les financements de l'action sociale et médico-sociale pour l'ensemble des secteurs : personnes âgées, handicap, protection de l'enfance et de la famille, action sociale, la lutte contre les exclusions et la précarité, prises en charge des pathologies mentales et des troubles du comportement (enfants, adolescents et adultes)...

C'est ce qui légitime l'opposition de la confédération FO et de nos Fédérations à ces contre-réformes.

En conclusion

L'ensemble de ces points justifie la poursuite de la réflexion de nos structures fédérales, tant sur le financement et l'avenir des établissements et services sociaux et médico-sociaux à travers les restructurations en cours, que sur les conséquences de la mise en cause des financements publics de l'offre sociale et médico-sociale sur la déqualification des certifications du travail social.

Cette réunion des responsables de la Fédération des personnels des services publics et de santé FO et de la Fédération nationale de l'Action Sociale FO n'a pas la prétention d'avoir abordé l'ensemble des problématiques auxquels les salariés et nos syndicats de ces secteurs sont confrontés. Mais elle constitue un premier outil à la disposition de nos structures syndicales, et il leur appartient d'en compléter les revendications.

Le principe de rencontres régulières a été retenu afin de coordonner nos interventions, notamment à la Commission Professionnelle Consultative ou en direction des pouvoirs publics. Il s'agit de mettre en commun nos initiatives syndicales afin d'optimiser la performance collective et l'unité de FO, renforcer nos implantations syndicales, mieux défendre et faire avancer les revendications.

Comment lire une fiche de paie ?

Chaque fin de mois, le salarié reçoit sa fiche de paie. Si la dernière ligne « Net à payer » reste pour nous le plus important, face à l'accélération et à la complexité des dernières modifications, il nous semble utile de procéder à un décryptage.

LES INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Identité de l'employeur :

- Raison sociale de l'employeur
- Adresse postale
- Numéro de Siret : identifiant de l'établissement sur 14 chiffres dont les 9 premiers sont le numéro de SIREN.
- Code NAF : il est attribué en fonction de l'activité principale de l'entreprise et sert aux statistiques de l'Insee
- Numéro URSSAF : identifiant de l'entreprise et caisse de laquelle elle dépend.

Références du bulletin de salaire :

- Période couverte par le bulletin de salaire
- Date de paiement du salaire
- Dates de validité du contrat du salarié;

C Congés payés :

- CP-N1 fait référence aux congés payés acquis l'année précédente. Elle est généralement comptée du 1er juin au 31 mai.
- CP-N comptabilise les congés payés de la période en cours
- Acquis : nombre de jours à prendre que le salarié a cumulés
- Total pris : cumul du nombre de jours utilisés par le salarié
- Solde : cumul des jours restant à prendre.

Matricule et N° Sécurité sociale

- Le matricule est le numéro du salarié au sein de l'entreprise
- N° Sécu : Numéro de sécurité sociale du salarié
- R références du poste occupé par le salarié

- Date d'entrée en poste
- Emploi : poste occupé dans l'entreprise
- Ancienneté dans l'entreprise
- Qualification : statut du salarié Employé, Cadre, etc
- Classification selon la convention collective

- Coefficient selon la convention collective
- SMIC Horaire : valeur du SMIC horaire en euros fixé par la loi
- Plafond sécu : plafond de la sécurité sociale fixé par la loi. Il est utile pour déterminer la base de calcul des cotisations.
- Convention collective : Convention collective applicable aux salariés d'une entreprise donnée.

LES RUBRIQUES

Salaire de base : Le salaire de base correspond au salaire brut avant déduction des cotisations sociales et avant versement des prestations sociales.

Il ne comprend ni les primes ni les heures supplémentaires, il correspond au salaire horaire ramené au temps de travail.

Ex : 1554€ : 151,67h (35h semaine) = 10,2459 taux horaire

Salaire brut : Le salaire brut correspond à l'intégralité des sommes perçues par le salarié au titre de son contrat de travail, avant toute déduction de cotisations obligatoires. Le salaire brut intègre les heures de travail effectives ainsi que les différentes primes ou bonus.

Il prend également en compte les heures d'absence pour cause de maladies, de congés ou de jours fériés.

Il sert de base pour calculer les cotisations sociales

Cotisations URSSAF : La rémunération du travail salarié donne lieu au versement de cotisations et contributions venant couvrir divers risques.

- EP01 Assurance maladie, maternité, invalidité, décès
- EP02 contribution solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et handicapées
- EP03 Accident du travail. Le taux est fixé en fonction du nombre de jours d'arrêt pour

accident dans l'entreprise l'année précédente

- EP11 Allocations Familiales
- EP05 Assurance vieillesse plafonnée au plafond de la sécurité sociale
- EP06 Assurance vieillesse déplafonnée, applicable à la totalité du salaire.

Cotisation FNAL :

- EP07 Fonds National d'Aide au Logement (FNAL)

Financement des organisations professionnelles et Syndicales :

- EP16 La contribution patronale de financement des organisations professionnelles et syndicales permet d'alimenter un fonds paritaire pour plus de transparence.

Réduction Fillon 2015 :

- EFG2 Réduction TEPA Fillon 2015 : elle est calculée en fonction de la rémunération brute mensuelle du salarié dans la limite de 1,6 SMIC.

Cotisations chômage, retraite, prévoyance et formation :

- EP12 Assedic. Cotisation assurance-chômage, qui sert à financer les prestations de chômage versées par le Pôle Emploi

- EP19 Fond de garantie de l'Association pour la Gestion du régime d'assurance des Salaires : il garantit le paiement des salaires en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'entreprise

- EP20 Fédération d'institutions de retraite complémentaire, l'Arrco (Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés) gère le régime de retraite complémentaire de l'ensemble des salariés du secteur privé, cadres compris.

L'assiette de cotisation est découpée en tranches de salaire en fonction du plafond de sécurité sociale. Les salaires au-delà de 3 fois ce plafond, cotisent

Etablissements privés de santé

pour l'Agirc (Association générale des institutions de retraite complémentaire des cadres)

- EPR1 AGFF (Association pour la Gestion du Fonds de Financement Agirc et Arrco) : créée en 2001 par les partenaires sociaux, l'AGFF finance le surcoût de la retraite à 60 ans, des mesures en faveur des « carrières longues », des droits des participants handicapés avant 60 ans et la validation des périodes de garantie de ressources.

- E901 : prévoyance décès
- EP28 : La taxe d'apprentissage finance le développement des premières formations technologiques et professionnelles.
- EP29 La taxe de formation continue finance la formation continue de son personnel et des demandeurs d'emploi
- EX34 : La taxe sur les salaires tranche 1 et EX35, la taxe sur les salaires tranche 2 sont un impôt touchant les professions libérales

Toutes ces cotisations sont indispensables pour garantir des « accidents » de la vie. Perte d'emploi, maladie, ainsi que les allocations familiales et notre retraite le moment venu.

CSG déductible :

- EP37 CSG déductible : La CSG (contribution sociale généralisée) n'est que partiellement déductible du revenu imposable. Elle participe au financement de la sécurité sociale.

Forfait social :

- EWFS Forfait social : Les entreprises de plus de 10 salariés contribuent au financement de la sécurité sociale sur les éléments du salaire non soumis aux cotisations de sécurité sociale et à la CSG. Cette société n'est pas concernée.

- EWZB Réduction heures supplémentaire : exonération de cotisation patronale pour les heures supplémentaires.

Total des retenues : somme des différentes cotisations pour le salarié et pour l'employeur.

| Elément | Libellé | Base Sal. | Tx. SAL. | Mt. SAL. | Tx. PAT. | Mt. PAT. |
|---------|-------------------------------------|---------------|---------------|----------------|----------|----------------|
| | SALAIRE DE BASE | 151.66 | 13.187 | 2000.00 | | |
| | Forfait annuel de 217 jours | | | | | |
| | SALAIRE BRUT | 151.66 | 13.187 | 2000.00 | | |
| C115 | CSG+CRDS non déductibles | 1969.10 | 2.900 | -57.10 | | |
| C116 | CSG déductible | 1994.48 | 5.100 | -101.72 | | |
| C120 | Maladie Mater. Décès Vieill. | 2000.00 | 0.750 | -15.00 | 12.800 | -256.00 |
| C130 | Assurance vieillesse | 2000.00 | 6.650 | -133.00 | 8.300 | -166.00 |
| C140 | Vieillesse déplafonnée | 2000.00 | 0.100 | -2.00 | 1.600 | -32.00 |
| C150 | Allocations familiales | 2000.00 | | | 5.400 | -108.00 |
| C160 | Accident du travail | 2000.00 | | | 1.000 | -20.00 |
| CFIL800 | Réduction Fillon | 136.00 | | | -100.000 | 136.00 |
| C180 | Aide au logement | 2000.00 | | | 0.100 | -2.00 |
| C190 | Solidarité aux personnes âgées | 2000.00 | | | 0.300 | -6.00 |
| C200 | Assurance chômage, AB4 | 2000.00 | 2.400 | -48.00 | 4.000 | -80.00 |
| C220 | AGS (FNGS) | 2000.00 | | | 0.300 | -6.00 |
| C400 | Retraite cadre, A | 2000.00 | 3.000 | -60.00 | 4.500 | -90.00 |
| C420 | Prévoyance cadre, A | 2000.00 | | | 1.500 | -30.00 |
| C421 | Taxe Prévoy. cadre, A | 30.00 | | | 8.000 | -2.40 |
| C450A | AGFF cadre, TA | 2000.00 | 0.800 | -16.00 | 1.200 | -24.00 |
| C600 | Taxe d'apprentissage | 2000.00 | | | 0.500 | -10.00 |
| C601 | Contrib.additionnelle taxe apprent. | 2000.00 | | | 0.180 | -3.60 |
| | TOTAL RETENUES | | | -432.82 | | -700.00 |
| | NET IMPOSABLE | | | 1624.28 | | |
| | NET A PAYER | | | 1567.18 | | |

NET IMPOSABLE : 1624.28 NET A PAYER : 1567.18

| CUMULS | | | | |
|---------|------------|---------------|-----------|----------------|
| Brut | Cotisation | Net Imposable | Hrs trav. | Part Patronale |
| 2000.00 | 432.82 | 1624.28 | 151.66 | 700.00 |

| | Congés Payés | | Repos Compensateur |
|-------|--------------|------|-----------------------|
| | N-1 | N | |
| D0 | 0.00 | 2.50 | 0.00 |
| Pris | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| Reste | 0.00 | 2.50 | 0.00 |

Net imposable : Salaire brut moins le total des retenues salariales.

CSG non déductible : La CSG (contribution sociale généralisée) n'est que partiellement déductible du revenu imposable. Elle participe au financement de la sécurité sociale.

CRDS : La contribution pour le remboursement de la dette sociale a été créée afin de financer la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

Remboursement transport : Les salariés qui utilisent les transports en commun entre leur résidence et leur lieu de travail bénéficient d'une prise en charge de 50% de leur abonnement par leur employeur.

Net à payer : montant que recevra le salarié sur son compte bancaire.

Les cumuls du bulletin de paie
Cumuls d'heures et de jours :

- Heures période : nombre d'heures travaillées dans le mois
- Cumul heures : nombre d'heures travaillées depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours
- Cumul h.sup : nombre d'heure supplémentaires depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours
- Solde rep remp : nombre de

jours de récupération cumulé par le salarié sur la période

- Solde rep récup : nombre de jours de récupération pris par le salarié sur la période.

Il est intéressant de tenir son propre calcul d'heures travaillées car il peut, dans certain cas, être différent de celui noté sur la fiche de paye.

Cumuls des salaires :

- Cumul bases : somme des salaires de base depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.
- Cumul bruts : somme des salaires bruts depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.
- Cumul imposable : somme des salaires nets imposables depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.
- Cumul H Majorées : somme des heures supplémentaires majorées depuis le 1^{er} janvier de l'année en cours.

Cumuls des cotisations :

- Total des cotisations patronales : somme de toutes les cotisations patronales.
- Total des retenues : somme des cotisations patronales et salariales.
- Coût global période : coût du salarié pour l'employé.

« Ça suffit ! »



A l'initiative de FO, l'appel commun FO, CGT, FSU, Solidaires à la grève interprofessionnelle et à la manifestation du 9 avril 2015 a constitué la première étape du rapport de force.

Pour :

- L'arrêt de l'austérité, le retrait du pacte de responsabilité, de la loi « MACRON », de la réforme territoriale et du projet de loi santé,
- la défense des services publics, du statut de la fonction publique, parties constituantes de la République, de la protection sociale, des conventions collectives
- et l'augmentation générale des salaires.



27^{ème} congrès de la fédération FO des services publics et des services de santé à Reims

au Parc des expositions, du 23 au 27 novembre 2015

Les 2700 syndicats de notre Fédération sont invités à participer aux travaux de notre congrès. Ils représentent tous les secteurs couverts par notre champ de syndicalisation fédérale :

- Fonction Publique Hospitalière
- Fonction Publique Territoriale
- Sapeurs-pompiers professionnels
- Cliniques privées et établissements de santé privée
 - Logement social
 - Médecins hospitaliers
- Collectivités départementales et régionales
 - Centres de lutte contre le cancer
 - Entreprises privées des services Funéraires
 - Entreprises concessionnaires des services des eaux
 - Cadres hospitaliers.

Tout syndicat régulièrement affilié à la Fédération a le droit et le devoir d'être représenté au congrès fédéral.

Par «régulièrement affilié », il convient d'entendre le fait d'être à jour de ses cotisations, être admis à la Fédération six mois avant le congrès et confédéré.

Le syndicat est représenté au congrès fédéral, soit directement par un délégué qu'il choisit lui-même parmi ses adhérents, soit indirectement par un adhérent à la fédération appartenant à sa propre région ou à son Union Nationale.

L'ambition de la Fédération est de faire de ce 27^{ème} congrès un très grand moment de démocratie syndicale par:

- la richesse de ses rapports introductifs,
- l'expression des délégués présents,
- la richesse des débats,
- les travaux des commissions de branche



- la pertinence des résolutions qui seront débattues.

Ce 27^{ème} congrès se tiendra dans un contexte très particulier socialement et économiquement :

- politique d'austérité salariale
- lois qui réorganisent la république :
 - décentralisation accrue pour la Fonction Publique Territoriale
 - loi Santé pour la Fonction Publique Hospitalière qui est une accentuation de la loi HPST.

- un dialogue social atone
- des attaques répétées contre le statut, le Code du travail et les Conventions Collectives.

Tout cela ne peut que produire un congrès revendicatif et ambitieux dans son affichage militant.

D'autant que depuis 6 ans, la syndicalisation connaît une progression continue au sein de notre Fédération et nous enregistrons entre 2000 et 2500 nouveaux syndiqués par an.

Le congrès s'ouvrira le lundi 23 novembre 2015 avec un nombre d'adhérents compris entre 85 000 et 90 000.

Toutes les conditions sont réunies pour un congrès dont le déroulement restera dans la mémoire des militants qui y participeront.

VIVE FORCE OUVRIÈRE !

Catherine PONT

«Tous les militants se lèvent, mangent et dorment FORCE OUVRIERE !» Je me rappelle souvent cette phrase de notre secrétaire général Didier BERNUS, phrase dans laquelle mon parcours syndical s'inscrit totalement...



Catherine PONT
Secrétaire du Groupement Départemental de la Loire

Dès que j'ai eu mon bac professionnel en vente et représentation, je me suis rendue compte que je n'étais pas faite pour être commerciale chez un concessionnaire ou dans une agence immobilière, que le contact n'était pas celui que j'attendais !

J'ai passé alors mon diplôme d'aide soignante en Février 2000.

Après 2 mois de remplacement à la Clinique Privée du Forez, j'intègre l'Hôpital Local de Boën en avril 2000. C'est un établissement qui comprend 120 lits d'EH-PAD, 15 lits de soins de suite et de réadaptation et 59 places de soins à domicile. Le travail me plaît, l'ambiance est agréable et même familiale malgré une charge de travail très importante.

En 2003, c'est Nicole CELLIER, la secrétaire du Syndicat FO, qui m'a annoncé ma titularisation. Nicole a toujours été à mon écoute et a répondu à toutes mes interrogations concernant l'hôpital et très vite, des liens d'amitiés se sont créés. C'est tout naturellement que j'ai adhéré au syndicat.

A cette époque, je ne connaissais rien au fonctionnement des syndicats et elle m'a proposé dans un premier temps de venir au local une fois par mois pour me familiariser avec le monde syndical.

J'ai suivi toutes les formations mises en place par la fédération et notre UD : j'avais besoin de bases solides pour avancer et comprendre le fonctionnement des instances et de l'hôpital en général.

Mon parcours syndical a évolué très rapidement. Dès le départ en retraite de Nicole, je deviens secrétaire du syndicat, j'intègre en même temps le bureau du Groupement Départemental et je suis élue secrétaire du groupement départemental de

la Loire au Congrès de Romans en 2006, aux côtés de Fabrice VINSON qui m'épaule et me donne toute sa confiance.

A ce moment là, je ne sais pas si je suis capable de tout assumer et de défendre les personnels qui me sollicitent. Tout ce que je sais, c'est que la motivation et l'envie sont là ! Mon intérêt à réparer les injustices a toujours été présent ! Nicole et Fabrice sont les deux personnes qui ont le plus compté dans mon activité syndicale. Enfin, je trouve un équilibre dans ce contact avec l'autre et une solidarité avec tous mes camarades

Les premières victoires dans les négociations, les premières grèves, la préparation de mes premières élections en 2007, le Congrès Départemental dont je deviens la secrétaire, mon premier Congrès Fédéral à Marseille ne font que conforter ma conception du rôle du représentant du personnel : défendre les droits et les intérêts du travailleur. C'est pour me permettre d'accomplir les mandats qui m'ont été confiés que je suis détachée à 100% après trois années à exercer à temps partiel sur un poste de nuit.

Les années ont passées très vite. Depuis, les élections professionnelles de 2007 et celles du 4 décembre 2014 ont eu lieu et Force Ouvrière est la seconde organisation syndicale sur le département, devant la CFDT.

Bien sûr, rien n'est simple, rien n'est acquis avec des réformes hospitalières toujours plus restrictives, des regroupements d'établissements, des fermetures de services de plus en plus nombreux. Les personnels ont plus que jamais besoin d'aide, de soutien.

Je milite toujours avec le même enthousiasme. Négociateur, accompagner, défendre les agents au niveau de mon établissement, du département et de la région, défendre les valeurs de Force Ouvrière LIBRE et INDEPENDANT, voilà ce qui m'anime.

«Tous les militants se lèvent, mangent et dorment FORCE OUVRIERE » ! Je me rappelle souvent cette phrase de notre secrétaire général Didier BERNUS, dans laquelle mon parcours syndical s'inscrit totalement...

PUB

PUB