

DOSSIER

La distribution des médicaments

SANTÉ **FO**

n° 92
Juin 2017



NOUVEAU PRESIDENT !

Dans la continuité de la mobilisation pour faire aboutir nos revendications !

Les citoyens ont élu Emmanuel MACRON Président de la République.

Il va avoir une responsabilité immense, pour ramener l'espoir dans la population et les travailleurs, d'apaiser les tensions en réglant les causes à l'origine de la double fracture, sociale et territoriale !

Pendant cette campagne électorale, nous avons entendu les mêmes idéologies et les mêmes propositions que nous entendons depuis des décennies, pour quel résultat pour les salariés actifs ou retraités, les chômeurs, ... ?

Ainsi, c'est à qui réduira le plus le nombre de fonctionnaires, sans évoquer la qualité du service public, qui prendra les meilleures mesures pour détruire les garanties collectives et notre système de sécurité sociale, afin de fragiliser encore plus des millions de personnes !

Lorsque vous lirez ces lignes, le nouveau gouvernement et ses nouveaux ministres de tutelle pour la fonction publique, la santé et la territoriale seront installés, mais avec quelle feuille de route ?

Pour nous, à FORCE OUVRIERE, nous maintenons que cette politique d'austérité est néfaste, inefficace et démocratiquement dangereuse tant au plan européen que national !

Dans ce contexte, il est très important de défendre l'indépendance syndicale, la liberté de négociation et de concertation. C'est dans cet esprit que nous avons demandé à rencontrer les ministres responsables pour nos secteurs, afin de porter nos revendications et convaincre nos interlocuteurs qu'il est possible de réviser ou modifier un programme. Qu'il ne faut pas s'enfermer dans des certitudes paralysantes, ne pas confondre vitesse et précipitation, cela touche au fond et à la forme.

Mais nous savons qu'il ne faut pas lâcher la garde. Alors mes camarades, il nous appartient de continuer à développer notre organisation syndicale indépendante, à expliquer les positions de FORCE OUVRIERE afin de continuer à combattre toutes les politiques qui visent à détruire les acquis collectifs. C'est ainsi que nous avons la garantie de répondre à l'attente des salariés qui nous font confiance.

L'été, si l'on écoute les propos du Président de la République, avec sa « gouvernance » par ordonnances, sera chaud !

Alors monsieur le Président de la République nous serons là pour opposer à cette politique la réaction nécessaire, et faire en sorte que vous entendiez les millions de gens qui souffrent !

A FORCE OUVRIERE, on ne lâche rien, on ne lâchera rien !



Yves KOTTELAT
Secrétaire Général

3	Editorial Yves KOTTELAT
4	Le mot de JC MAILLY
5	Dernier minute: la Ministre des Solidarités et de la santé
6	CHU Bordeaux
10	Cadre Hospitalier
13	La distribution de médicaments
22	In memoriam Alain BROUSSEAU
24	Orthophonistes
26	Femme & Militante

Le mot de

Jean-Claude MAILLY



La période est inédite, je l'ai déclaré à notre CCN début avril dernier et redit à l'occasion du 1er mai qui, bien que situé entre les deux tours de la présidentielle, est resté une journée de revendications et de solidarité internationale.

En effet l'élection présidentielle ne nous a pas fait oublier nos positions et revendications bien au contraire et le premier mai et son contexte particulier cette année ont permis de revenir aussi sur le fait que depuis des années notre pays n'échappe pas à la remise en cause des droits des salariés et que le social au sens large est devenu une variable d'ajustement.

Plus que jamais porter les attentes des salariés aujourd'hui c'est revendiquer un changement d'orientation en matière de politique économique et sociale au plan européen et national.

C'est une nécessité, une urgence.

Nous continuerons ainsi à réclamer l'abrogation de la loi Travail qui pour le temps de travail a inversé la hiérarchie des normes et dont la porte entrouverte l'année dernière risque d'être complètement ouverte sur les autres aspects de droit du travail.

De même nous continuons de militer pour la préservation des régimes de protection sociale collective, et à refuser la remise en cause du paritarisme.

FORCE OUVRIERE restera vigilante sur les mesures économiques et sociales qui seront prises et nous seront mobilisés et prêts à l'action si nécessaire pour défendre les droits des salariés, lutter contre la précarité et les inégalités, défendre le service républicain mis à mal, dénoncer la dégradation des conditions de travail dans le secteur public comme dans le secteur privé.

C'est aussi en nous développant là où nous sommes et en nous implantant là où nous sommes absents que nous pourrions encore plus faire entendre notre voix, nos positions et nos revendications.

La période n'est pas simple mais comme je l'ai dit récemment nous sommes dans les semaines et les mois à venir, prêts à tout.

Jean-Claude MAILLY

Fédération des Personnels des Services Publics
et des Services de Santé Force Ouvrière
153/155 rue de Rome 75017 Paris
www.fo - publics - sante.org
Directeur de la publication :
Yves KOTTELAT
Rédaction : Secrétariat Fédéral
Impression :
GROUPE DROUIN IMPRIMERIE
92 avenue Ernest Cristal - 63170 AUBIERES
Diffusion :
sarl d'édition de la Tribune Santé
N° commission paritaire 1117S07061
2ème trimestre 2017

Dernière minute:

Demande d'audience auprès de la Ministre des Solidarités et de la santé

Madame Agnès BUZYN
Ministre des Solidarités et de la Santé
14, Avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Objet :
Demande d'audience auprès de la Ministre
des Solidarités et de la santé

Paris, le 18 Mai 2017

Madame la Ministre,

Nous tenons tout d'abord à vous féliciter chaleureusement pour votre nomination à la tête du ministère des solidarités et de la santé. Le secteur de la santé, dans lequel l'hospitalisation occupe une place centrale a, comme vous le savez, subi de nombreuses réformes ces huit dernières années.

De la réforme de sa « gouvernance », avec la loi Bachelot dite HPST, aux regroupements hospitaliers, avec les GHT de la loi Touraine dite de « modernisation de notre système de santé », l'hôpital est confronté à des contraintes de plus en plus importantes, dans un contexte de réduction des dépenses publiques.

De ce point de vue, Force Ouvrière ne cesse de mettre l'accent sur la nature socialement dégradante, économiquement inefficace et démocratiquement dangereuse des politiques économiques et sociales menées aux plans européen et national.

C'est dans ce cadre qu'intervient cette année, la dernière phase du plan Ondam triennal. Celui-ci va directement affecter les conditions de travail et d'exercice des professionnels, par une accélération des suppressions de postes. Quand dans le même temps, la mise en œuvre à marche forcée des GHT, rencontre de plus en plus de crainte et d'opposition de la part des responsables hospitaliers, du corps médical, des agents hospitaliers et de leurs organisations syndicales.

Un exemple récent accrédite encore plus cette analyse, elle concerne la prise de position de la conférence nationale des directeurs de CHU qui demande un desserrement de l'ONDAM 2017, estimant que les moyens budgétaires à leur disposition ne leur permettent pas de mener à bien leurs missions.

Dans ce contexte, il nous paraît important à Force Ouvrière, de rappeler notre profond attachement au cadre national du Statut des personnels en lien avec la nature juridique de l'hôpital public.

Notre Fédération, est tout aussi attachée à la liberté de négociation et de concertation. C'est pourquoi nous vous sollicitons pour une audience afin d'aborder l'ensemble de ces sujets et les mesures que vous entendez mettre en avant afin de préserver l'hôpital public, avec ses emplois et son offre de soins, qui constitue, avec la Sécurité Sociale, l'un des acquis les plus importants de notre pays.

Veuillez croire, Madame la Ministre à l'assurance de notre très haute considération et de nos sentiments les plus cordiaux.

Denis BASSET
Secrétaire Général « Branche Santé »

Le Syndicat FO du CHU de Bordeaux.

*Un levier d'organisation et d'action pour les hospitaliers,
Interview de Didier AMIABLE - Secrétaire Général*



LTS – Quelle place occupe le CHU de Bordeaux en Aquitaine ?

Didier AMIABLE - Le CHU de Bordeaux le plus gros employeur de la région Aquitaine compte 13 902 personnels médicaux et non médicaux répartis sur trois grands groupes hospitaliers en 2015: Saint André, le Groupe Pellegrin, le Groupe Hospitalier Sud et le site de la Direction Générale où se concentrent majoritairement des Personnels Administratifs de l'Informatique, et de la Direction de la Recherche Clinique.

En 2015, c'était 2815 lits et 317 places ,138 564 entrées et 552 187 consultations et plus d'1 milliard de recettes.

LTS – Peux-tu nous dresser le paysage syndical FO au CHU ?

Didier AMIABLE : Le Syndicat FO du CHU de Bordeaux a pris réellement son envol en 2004 avec l'élection d'une nouvelle équipe de militants. Nos camarades après avoir mené un dur combat pour faire retrouver ses lettres de noblesse au syndicat, n'ont eu de cesse de faire progresser Force Ouvrière à travers la représentativité électorale. En 3ème position avant 2003, FO CHU est désormais la première organisation élue par les hospitaliers.

Il a multiplié ses adhérents : partant de moins de 200 adhérents pour arriver à près de 600 en 2016. Malgré de nombreux départs en retraite, une population paramédicale de plus en plus nomade, notre syndicat continue de progresser, pas une semaine ne s'écoule sans de nouvelles adhésions!

LTS – Comment expliques-tu cette confiance des hospitaliers dans le syndicat FO ?

Didier AMIABLE : Ces résultats ne sont pas le fruit du hasard: pour y parvenir, il faut associer plusieurs "ingrédients" établir des liens de confiance avec les personnels, faire du terrain, informer sans démagogie, faire preuve d'écoute, considérer chaque personnel de l'hôpital comme un élément essentiel de la chaîne des soins, soutenir les personnels sans jamais faillir tant dans la gestion individuelle des dossiers que collectivement. Ce qui signifie être honnête.

LTS – Donc la recette de la réussite tient au fonctionnement du syndicat et à la cohésion des militants pour améliorer son audience ?

Didier AMIABLE : Pour fédérer les camarades autour d'un tel projet, il faut réunir nos instances le plus souvent possible. Toujours rendre compte de nos mandats et administrer notre syndicat dans le pur respect de nos statuts en faisant régner la démocratie.

Les militants du CHU de Bordeaux ont tous la volonté d'acquérir les compétences indispensables pour assumer leurs mandats d'élus Force Ouvrière.

Et lors de ces dernières mandatures, que ce soit au Conseil de surveillance, au CTE, dans les quatre CHSCT, au sein des CAPL ainsi que dans tous les groupes de travail ad hoc, FOCHU de Bordeaux a démontré ses compétences, gagnant le respect de la Direction Générale et celui de l'ensemble des Directions fonctionnelles.

Notre Syndicat assume pleinement ses responsabilités dans les instances du CHU de Bordeaux, les réunions telles que le CTE en plus des sujets règlementaires, s'articulent autour des points soumis aux ordres du jour par notre Syndicat et nous sommes passés de 4 CTE à 10 par an. Les échanges contradictoires sont respectueux mais sans concession sur nos revendications entre l'administration et notre Syndicat. Il en va de même pour les quatre Comités d'Hygiène de Sécurité et Conditions de Travail du CHU dans lesquels nos représentants sont pleinement investis.

Nous manifestons en toute circonstance notre maîtrise et connaissance des textes de façon à faire respecter les droits des agents.

Dans le cadre du Conseil de Surveillance nous exprimons avec pugnacité notre insatisfaction face aux difficultés que nous rencontrons, en lien direct avec la mise en œuvre du plan triennal et ses conséquences pour le budget de l'établissement donc pour les Personnels que nous représentons.

Il est difficile d'établir des priorités dans les combats que nous avons menés et que nous menons encore car pour nous, il n'y a pas de petite ou de grande revendication. Il y a les revendications, point ! Par exemple :

- Lutte contre la précarité en mettant en œuvre tous les ans de nombreux concours pour toutes les catégories professionnelles,
- Maintien de prime des AS contractuels un temps retirée par la Direction et que nous avons réussi à rétablir en écrivant jusqu'au ministère,
- Maintien des effectifs en chirurgie cardiaque et partout où les personnels sollicitent notre soutien comme dernièrement pour les Personnels Administratifs dans le cadre de dépôt de préavis de grève ou de grèves effectives.
- En face, nous retrouvons au travers des décisions prises par nos directions, la volonté farouche des politiques



de réduire les effectifs et l'impact de la masse salariale sur nos budgets, par la fermeture de lit afin et de réaliser des économies.

LTS – Comment le Syndicat FO du CHU de Bordeaux apprécie-t-il la situation née des lois HPST et Touraine ?

Didier AMIABLE : Notre syndicat a condamné avec la Fédération ces lois de destruction des droits et de remise en cause à la fois du statut et du Service Public Republicain. C'est pour témoigner de la position du syndicat que nous avons participé à la réunion nationale des syndicats appelée par la Fédération en 2016 et nous nous sommes associés à toutes les initiatives fédérales et confédérales du 8 novembre et tous les appels à la grève jusqu'à celle du 07 mars à laquelle nous avons massivement participé.

Pour combattre la mise en œuvre du GHT, nous travaillons en parfaite harmonie avec nos camarades de la MCO Force Ouvrière pour asseoir nos positions au sujet du futur GHT Alliance de Gironde pour lequel le CHU est l'établissement siège. Nous avons voté contre la convention constitutionnelle du GHT refusé de participer à la Conférence de Territoire de dialogue social entraînant derrière nous la CGT et Sud. Le projet médical partagé constitue la prochaine étape.

L'objectif est précis : réorganisation de l'offre de soins sur tout le territoire avec fermeture de lits et suppression d'emplois en mutualisant l'ensemble des moyens humains et matériels et cela en plusieurs phases.

A Force Ouvrière nous n'acceptons pas la fusion des établissements publics de Santé de Gironde et nous entendons que chaque établissement conserve son autonomie, son statut juridique, son CTE, son CHSCT, ses CAPL ...

Pour exemple, le CHU après le regroupement de la gastro-entéro a supprimé 53 emplois. La fermeture des urgences de Saint André est clairement annoncée à l'horizon de 2021 avec des conséquences lourdes en termes de réorganisation et donc de fermeture de lits. C'est le prix des économies à réaliser pour toute réorganisation.

Alors inutile de dire que les desseins du GHT sont clairs pour nous !

Nous avons réalisé en 2016 plus de 150 tracts et affichettes distribués sur tous les sites, travail colossal de rédaction et d'information pour nos collègues. A cela s'ajoute les mails ou courriers que nous adressons tous les jours aux directions fonctionnelles.

Les militants ne ménagent pas leur peine parcourant les services du CHU (près de 500) de jour comme de nuit, des liens se créent toujours plus nombreux avec nos collègues et les services. Notre Syndicat intervient le plus souvent, à la demande des personnels pour maintenir les effectifs, exiger le respect de la réglementation sur le temps de travail, lutter pour le maintien de bonnes conditions de travail, combattre la précarité, négocier et obtenir des recrutements sur des emplois statutaires et pour toutes les filières.

Ces combats que nous menons portent leurs fruits puisque le CHU de Bordeaux dispose du plus faible taux de contractuels des CHU qui en comptent près de 20%. Pourtant, chez nous il en reste encore, des secteurs tels que la Direction des Services Informatiques ou de la Recherche Clinique qui sont pourvus majoritairement d'emplois contractuels.

LTS Comment vois-tu la poursuite de l'action pour obtenir l'abrogation des lois santé et l'ouverture de réelles négociations pour les revalorisations statutaires ?

Didier AMIABLE : Nous devons continuer ce travail pour progresser encore, puisque nous sommes les seuls aujourd'hui à défendre notre Service Public hospitalier. Le statut des Personnels et la qualité de la prise en charge des patients.

Nous avançons avec la Fédération et la Confédération pour préparer la grève nationale interprofessionnelle pour nos revendications.

La Direction des ressources humaines nous qualifie de syndicat de la fiche de paie et des concours.

Mais lorsque l'on est 1^{ère} organisation syndicale, elle est contrainte de nous écouter et souvent de négocier.

Je le redis clairement, nous avons participé à toutes les grèves et manifestations, pour répondre à l'appel de la Confédération :



- Contre La LOI Travail dite EL Khomry, nous étions présents à Paris ou près d'un million de salariés se sont mobilisés en juin 2016.

- Contre la Loi de modernisation de notre système de Santé et contre la mise en œuvre des Groupements hospitalier de territoire, là aussi, avec une forte mobilisation des Personnels hospitaliers le 8 novembre 2016 à Bordeaux.

Nous sommes entrés dans une période de rigueur budgétaire dont l'hôpital Public est une cible. En application du pacte de responsabilité et stabilité approuvés par certains (ex : CFDT) les pouvoirs publics ont décidé de contenir l'évolution de la masse salariale et leur ambition est de faire travailler les personnels toujours davantage sans connaître d'amélioration significative de leurs salaires et de leurs conditions de travail. Pire ils devraient subir des suppressions d'emplois FO dit: "Non"

Le CHU DE BORDEAUX voudrait continuer ses restructurations et réorganisations pour "améliorer son résultat comptable".

LTS – il n'y a donc pas d'autre alternative que de renforcer le syndicat pour résister ?

Didier AMIABLE : Comment concevoir l'avenir autrement ? De nombreux postes de soignants

sont menacés. Avec l'ambulatorie, plus besoin de personnels de nuit et de week-end ...

Et lorsque l'on évoque les fermetures de lits, inévitablement on pense suppressions de postes. Les roulements en 12 heures fleurissent et plus de 500 agents du CHU de Bordeaux se sont portés volontaires.

Le nouveau président de la CME n'a pas eu peur de le dire, "demain les patients, après une intervention chirurgicale pourront réserver une chambre à l'hôtel dans des locaux du CHU rétrocédés au privé et revenir le lendemain en consultation pour faire changer un pansement." Economie de frais d'hôtellerie pour le CHU certes, mais les patients devront avoir un compte en banque douillet parce que la Sécu ne rembourse pas et pas plus que les mutuelles.

Il m'a confirmé, après une de mes déclarations en Conseil de Surveillance, que mes craintes relatives à la fusion des établissements étaient légitimes et fondées, puisque dans les réunions du GHT ce sujet est déjà abordé entre les Directions et les Présidents des CME.

Nous n'accepterons pas à FO d'être soumis à la mobilité forcée puisque dans le cadre du changement fondamental du fonctionnement de notre hôpital, nous devrions être soumis au choix de nouvelles affectations, parfois sur des sites différents, accepter de nouveaux horaires de travail, consentir à la remise en cause de notre temps de travail en particulier pour les temps



partiels à 80% très mal considérés aujourd'hui par les dirigeants hospitalier et avec le GHT cela peut être une mobilité extra-CHU !

L'externalisation de certaines activités deviendra banale, l'arbitrage ne sera, ni humain, ni qualitatif mais économique. Le fil conducteur de cette politique sera le futur projet médical qui doit s'inscrire dans les directives de la Loi de Santé et donc des groupements hospitaliers de territoire. Le projet Social du CHU de Bordeaux est avant tout orienté vers l'accompagnement des professionnels au changement et sans moyen financier.

La Direction du CHU de Bordeaux ne considère pas cette politique comme un plan social parce qu'il n'y a pas de licenciement. Pour Force Ouvrière CHU de Bordeaux, il en résultera des non renouvellements de contrat et des disparitions d'emplois titulaires.

Pour la ministre, les directeurs d'ARS, et des directions, nous n'aurions plus que des devoirs et les personnels hospitaliers deviendraient « la chair à canon » de la guerre économique

LTS – Le syndicat FO du CHU demeure le syndicat de la feuille de paie, de la revendication, libre et indépendant. On croit comprendre que le syndicat n'attend pas d'entrer en campagne pour 2018 ... Il l'est déjà ?

Didier AMIABLE : le syndicat FO du CHU de Bordeaux a choisi de se battre car demain se prépare aujourd'hui.

L'Assemblée Générale du Syndicat du 20 janvier 2016 a voté à l'unanimité les résolutions suivantes :

FO CHU DE BORDEAUX REVENDIQUE: Que les besoins de notre hôpital et de ses Personnels nécessitent d'abandonner l'austérité budgétaire, FO CHU DE BORDEAUX DIT Non à la baisse des budgets hospitaliers et de leurs financements ; non au regroupement des hôpitaux de Gironde dans le GHT, non aux fermetures de lits, non aux

suppressions d'emplois,

Confirme son exigence d'une revalorisation urgente de la valeur du point d'indice et donc des salaires des personnels ; non aux attaques contre notre statut de fonctionnaire, non à la disparition de la Fonction Publique Hospitalière ; non à la remise en cause des 35 heures

Lorsqu'on porte les couleurs de Force Ouvrière on ne pouvait que dire oui à la Grève et à Manifestation à Paris le 7 mars 2017 et tout mettre en œuvre pour sa pleine réussite.

Notre Syndicat n'a de leçon à recevoir de personne, mais il a à apprendre de tous et en particulier des personnels qui nous donnent la Force de nous battre pour eux et pour la défense du service Public Hospitalier.

Nous sommes le plus important Syndicat de base des Services de Santé de l'ancienne région Aquitaine, nous sommes la preuve vivante que lorsque l'on reste fidèle à ses valeurs et que l'on travaille pour de justes causes, sans opportunisme on peut faire progresser la syndicalisation et préparer de nouvelles victoires.

Nous en appelons à tous nos camarades des autres syndicats Force Ouvrière de la Gironde pour travailler ensemble au sein du Groupement Départemental dont le congrès est proche. Nous devons surtout nous battre contre les politiques de rigueur dont tous les Personnels et nos Etablissements sont victimes.

Pour bâtir un avenir il faut connaître et respecter le Passé !

Il appartient aux responsables syndicaux que nous sommes d'assurer la pérennité de nos syndicats en les développant et en sachant passer le relais et nos valeurs à nos nouveaux militants.

Force Ouvrière CHU de Bordeaux est fier d'appartenir au véritable SYNDICALISME LIBRE ET INDEPENDANT.

Force Ouvrière CHU de Bordeaux soutient et soutiendra la Fédération des Services Publics et de Santé Force Ouvrière dans toutes les initiatives qu'elle prendra.



Pour bâtir un avenir il faut connaître et respecter le Passé !

Au sein de l'hôpital en grave souffrance, les cadres hospitaliers, sont des agents comme les autres !

Il est habituel de dire que devant la souffrance, nous sommes tous égaux. Cela n'a jamais été aussi vrai au sein des établissements hospitaliers.

L'état de santé de nos hôpitaux ne cesse de se dégrader depuis de nombreuses années.

Les différentes réformes constituent des attaques répétées et massives contre le maillage d'une offre de soins de qualité pour tous. Aujourd'hui, l'Hôpital est en situation de grave souffrance avec la Loi Touraine et l'objectif annoncé de la suppression de 22 000 emplois et de 16 000 lits.

Sa mise en œuvre, à travers les Groupements Hospitaliers de Territoire, se traduira par de nombreux regroupements et disparitions de services soignants et supports ce qui aura des conséquences directes sur la vie au travail de tous les agents de la Fonction Publique Hospitalière.

Dans ce contexte, où nos conditions de travail se dégradent à une vitesse vertigineuse et où l'augmentation de nos salaires ont à la vitesse zéro, la communauté des agents hospitaliers est en grande souffrance et personne n'est épargné.

L'ensemble de nos syndicats œuvrent chaque jour pour la défense des droits et des conditions de travail de tous les agents et nous constatons que de plus en plus de cadres hospitaliers osent exprimer leur malaise, leur mal être au travail. Cette expression pas toujours entendue et parfois pas toujours explicite, signe la nécessité absolue qu'éprouvent les cadres de vouloir sortir de leur position de plus en plus isolée entre des directives

contraignantes qui émanent des ARS et la souffrance des équipes.

Notre syndicat **Force Ouvrière** a pris l'option de prendre en considération cette expression cadre, de ces agents comme les autres, afin qu'ils puissent trouver des réponses concrètes à leurs difficultés tant sur le plan de l'exercice de leur métier que sur leur avancée de carrière. Nous considérons en effet que tous les agents sont logés à la même enseigne devant la machine à broyer qui est mise en œuvre par les gouvernements successifs. La commission nationale professionnelle des personnels d'encadrement a été le point inaugural de cette action globale de la Fédération qui vise à l'expression syndicale de tous les agents. Nous élargissons cette réflexion avec la Fonction Publique d'Etat et la Fonction Publique Territoriale pour que nos revendications aient plus de force.

Voici le point sur l'avancée des travaux :

Ingénieurs

Le texte concernant le reclassement des Ingénieurs, dans le cadre du protocole PPCR, a été examiné au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière le 09 Février 2017. Force Ouvrière dénonce ce protocole, qu'elle n'a pas signé.

Nous avons souligné l'importance du rôle et de la place des ingénieurs hospitaliers au sein de nos établissements en constante mutation.

Leur niveau de recrutement est en inadéquation totale avec leurs grilles de rémunération. Les propositions consenties ne sont pas à la hauteur des

attentes et ne sont pas à la hauteur du statut de leurs collègues de la Fonction Publique Territoriale qui a été revalorisé en 2016. C'est pourquoi Force Ouvrière a voté contre ce texte et continue à revendiquer une revalorisation du statut qui soit à la hauteur des missions assurées par les Ingénieurs Hospitaliers.

Attachés d'Administration Hospitalière (AAH)

La situation statutaire des attachés est symptomatique de l'évolution que connaissent les corps et grades de la Fonction Publique avec une volonté d'harmoniser les grilles au sein des trois versants.

Mais ce mouvement n'est pas synonyme d'avancée positive pour les agents: ainsi, dans la FPH, les textes PPCR ne sont toujours ni arrêtés ni publiés.

En effet, au sein de nos établissements, c'est la logique budgétaire qui l'emporte et l'incertitude demeure totale sur la possibilité des attachés à accéder au grade hors classe, ce que Force Ouvrière revendique avec force pour une véritable avancée de carrière pour tous. Un dossier spécial «attachés dans les trois versants de la Fonction Publique» est en voie de réalisation.

Il fera un point d'étape sur les grilles et l'avancement entre 2017 et 2020 en soulignant le trompe l'œil du texte PPCR.

Les revendications de Force Ouvrière portent sur une véritable revalorisation des grilles indiciaires, la mise en place d'un troisième grade accessible à

tous dans le respect de la spécificité de chaque versant de la Fonction Publique.

Cadres de santé

Pour Force Ouvrière les cadres de santé sont très exposés aux

injonctions paradoxales.

La maltraitance dont ils sont l'objet est réelle et se reporte de facto sur les équipes.

L'expression de ces agents doit être rapidement et sérieusement prise en compte. La féderation mène un travail spéci-

fique pour cette catégorie afin que leurs revendications tant sur leur conditions d'exercice professionnel que sur leur rémunération soient entendues. Le témoignage suivant illustre cette nécessité :

Gabrielle, 52 ans cadre de santé PACAC

« Lorsque j'ai fait le choix de la profession de Cadre de Santé, j'avais trente ans et je me sentais jeune et dynamique. Motivée par une profession que je percevais avant tout sous l'aspect de la régulation collective des professionnels, des humains, porteurs de projets axés sur la résolution de diverses problématiques ciblées, axés sur les pratiques et visant une meilleure qualité de prise en charge des patients au sens noble du terme.

A l'époque, nous étions concertés. Dans les réunions de travail chacun trouvait sa place et s'exprimait en toute sérénité. Les désaccords étaient entendus et régulièrement pris en compte. La différence était perçue comme constructive et non considérée comme non productive voire hostile.

Nous parlions de management participatif et non autoritaire, du respect de l'autre, de la pensée autre, la différence gage de liberté et la « machine avançait » tous solidaires.

Mais du « tous solidaires » nous sommes passés au « tous solitaires ».

L'humain au cœur du métier a été remplacé par la productivité où tous les coûts et « coups » sont devenus la normalité de ce système.

Etre Cadre de Santé aujourd'hui à l'hôpital est devenu compliqué dans un environnement hostile, surfant au milieu des bourrasques et tempêtes, tentant de maintenir la barre dans un navire naviguant à vue, devenu fou.

Je suis une de ces professionnelles qui voient le monde hospitalier sombrer depuis quelques années. Nous assistons à ce triste spectacle anéanti par un quotidien affligeant et choquant.

La parole n'est plus, il faut exécuter sans discuter. Sommes-nous devenus des cadres trépanés ayant perdu leur liberté de pensée ? Qui plus est de s'exprimer ?

S'exprimer ? Mais quel est ce mot devenu diabolique ! Pour peu que vous exprimiez un désaccord, une pensée contraire à ce qui est dit ! Là vous devenez le gêneur... gare aux représailles !

Evaluations servant d'exutoires et parfois d'exécutoires, notes gelées, sanctions diverses et j'en passe...

La liberté de s'exprimer devient un luxe désormais réservé à une certaine caste.

La gangrène intellectuelle doit être neutralisée,

nous sommes cernés par l'ère de la robotisation, « simples petits exécutants insignifiants » que nous sommes.

On peut également vous reprocher votre faciès, le fait d'avoir un visage expressif trahissant une pensée... Vous franchissez une limite la célèbre ligne Maginot...

Nous nous débattons dans des plannings et servons de fusibles avec des équipes épuisées. De plus en plus d'absentéisme car les agents sont fatigués, fragilisés non pas par les patients mais par les contraintes liées aux mesures budgétaires émanant des autorités.

A coup d'économies on définit des quotas, les certifications qui font trembler les établissements, évaluations des pratiques, protocoles, procédures, processus qualités.... Les professionnels dénoncent les manques de moyens, crient leur colère mais il faut tenir.

Alors pour se donner bonne conscience, le ministère nous abreuve de mots doux : bienveillance, bientraitance, qualité de vie au travail, risque psycho-sociaux... qui ne sont que des cache-misère.

Les mots pour mieux cacher les maux et là il faut réagir si on ne veut pas « mourir ».

Burn out, dépressions et maintenant suicides découlent de tout ce marasme.

Les professionnels s'écroulent tel des marionnettes désarticulées.

Les marionnettistes font les surprises et des beaux discours, puis utilisent d'autres marionnettes qui à leurs tours s'écroulent....

Les pauvres humains que nous sommes résisteront-ils encore longtemps ?

Peut-être sous antidépresseurs, visites chez le psychologue du travail ou en consultations privées.

Puis malgré cette lutte, un jour submergé par cette vague malgré nos efforts on tombe à notre tour... Nous voulons garder la tête hors de l'eau, on continue à se battre... Mais le constat est là nous sommes épuisés et nous ne pouvons plus y retourner ...

Alors réagissons, unissons-nous à travers le syndicat Force Ouvrière afin que nos préoccupations rejoignent celles de tous les agents soient entendues et portées avec force afin d'être à nouveau respectés, de replacer l'humain au cœur de notre exercice professionnel...

PUB

La distribution des médicaments



Contrairement à la profession d'infirmière, dont les compétences sont définies par le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, les Aides-soignant(es) (AS), les Aides Médico Psychologiques (AMP) et les Auxiliaires de Puériculture (AP) exercent quotidiennement leur métier dans l'insécurité et l'interrogation quant à l'engagement de leur responsabilité, et la distinction entre collaboration et glissement de tâches.

La distribution des médicaments est emblématique de ces problématiques.

Cet article a pour objet de clarifier les dispositions législatives encadrant la distribution des médicaments par les auxiliaires de soins, ainsi que de préciser l'organisation du circuit du médicament et les responsabilités de chaque acteur.

Les Agents de Services Hospitaliers Qualifiés (ASHQ) ne peuvent pas aider à la prise ou procéder à la distribution des médicaments. En revanche les éducateurs, spécialisés et moniteurs éducateurs, en tant qu'accompagnants des gestes de la vie courante dans les établissements sociaux, trouveront des éléments les aidant à se positionner sur la question de la distribution des médicaments.

LES TEXTES APPLICABLES :

Annexe IV (référentiel d'activité) de l'Arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant, et Annexe I (référentiel de formation du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture) de l'Arrêté du 16 janvier 2006 : ces référentiels définissent les métiers d'AS et d'AP et précise que ces professionnels aident à la prise de médicaments sous forme non injectable (faire prendre et vérifier la prise), et observent les réactions du patient.

Article R.4311-4 du Code de la Santé Publique (CSP) : *“Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites*

de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3”.

Cet article du CSP précise le cadre juridique de la collaboration entre infirmier et auxiliaires de soins, et les responsabilités de chacun.

L'article 124 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) :

Il précise l'article L.313-26 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) permettant l'aide à l'administration des médicaments en établissement social ou médico-social par des personnels éducatifs.

Article L. 313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) :

Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du CASF (établissements et services sociaux et médico-sociaux), lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie

suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante.

L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante. Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise. »

ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES (HÔPITAL, CLINIQUE...)

Dans les établissements de santé, la distribution des médicaments relève de la seule compétence des infirmiers. La prescription est faite par le médecin, l'infirmier (IDE) prépare et distribue les traitements aux patients. Si le patient est autonome, l'IDE donne le traitement au patient.

Le cas échéant, l'infirmier va aider le patient ou être aidé par l'aide-soignant.

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (EHPAD, FOYER DE VIE...)

Dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), les auxiliaires de soins (aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, et aides médico psychologique) procèdent à la distribution des médicaments lorsque cet acte est considéré comme relevant d'un accompagnement de la vie courante de l'usager.

LES JURISPRUDENCES SIGNIFICATIVES:

Cour d'Appel d'Aix-en-Provence du 7 mai 1990 :

L'employeur qui demande à une aide-soignante de prodiguer des soins réservés aux infirmiers est responsable de l'erreur de la salariée sur la personne d'un malade.

L'intéressée ayant obéi à un ordre illégitime.

Faute de l'aide-soignante : NON.

Responsabilité de l'établissement employeur : OUI

Cour d'Appel d'Aix-en-Provence du 19 juin 1997 :

Commets une faute grave, l'aide-soignante, même expérimentée et avertie, qui distribue aux patients des médicaments et qui leur administre des injections et des perfusions alors qu'il

s'agit d'actes de soins infirmiers.

Faute de l'aide-soignante : OUI.

Responsabilité de l'établissement de SANTE: OUI

Conseil d'État décision N° 233939 du 22 mai 2002 :

A jugé que relève de la compétence des aides-soignants la distribution des médicaments lorsqu'il s'agit d'apporter une aide, un soutien à une personne qui a perdu son autonomie.

La justice a validé cette pratique en retenant la qualification de faute professionnelle, le refus de distribuer des médicaments par le personnel cité à l'article R.4311-4 du code de la santé publique.

Arrêt du Conseil d'État n°301784

du 7 Avril 2010 :

Précise qu'un aide-soignant ou un auxiliaire de puériculture qui distribue des médicaments collabore aux tâches de l'infirmier, mais demeure responsable de son acte en cas d'erreur. Ainsi, le Conseil d'Etat a estimé qu'une auxiliaire de puériculture a outrepassé ses fonctions en effectuant un acte qui devait, compte tenu de la difficulté inhérente au calcul de la dose prescrite, être effectué par le personnel infirmier et d'autre part, fait preuve de négligence dans l'accomplissement de cet acte (administration d'une dose 40 fois supérieure à la prescription). L'agent a fait l'objet d'une exclusion définitive de l'établissement.



LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX:

Le circuit du médicament dans les établissements médico-sociaux s'avère complexe, particulièrement en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), car il implique la prise en charge d'usagers présentant souvent des poly-pathologies et l'implication de multiples étapes et acteurs.

Le rapport Verger de décembre 2013 sur la politique du médicament en EHPAD, et le Rapport IGAS 2005-022 de mars 2005 présentant les conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées, permettent une approche détaillée des enjeux et du rôle des divers acteurs impliqués dans la sécurisation du circuit du mé-

dicament dans les établissements médico-sociaux (EMS).

Ainsi, le circuit du médicament en Etablissement Médico-social se décompose en 3 phases :

Phase 1 : Prescription et commande des médicaments

Cette phase implique la gestion des ordonnances individuelles des résidents par l'IDE/ISGS qui doit récupérer toutes les ordonnances des médecins traitants et prendre en compte, les ordonnances émanant des autres prescripteurs éventuels (spécialistes, hospitaliers, urgentistes).

En revanche la conciliation entre les ordonnances des différents prescripteurs est de la responsabilité du médecin traitant, mais son manque de disponibilité oblige trop souvent l'IDE/ISGS, qui doit mettre à jour ses fiches de traitement, à des retranscriptions (manuelles ou informatiques) qui peuvent être sources d'erreurs médicamenteuses.

L'infirmière assure ensuite la transmission des ordonnances au pharmacien, le plus souvent par fax (avec parfois des problèmes de lisibilité à la réception) ou par messagerie.

Phase 2 : Préparation des traitements

Cette phase met en relation l'EHPAD et la pharmacie qui l'approvisionne :

- soit la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'établissement
- soit une ou plusieurs pharmacies d'officine.

Conformément à l'article **R. 4235-48 du CSP**, le pharmacien réalise dans son intégralité l'acte de dispensation (analyse pharmaceutique de chaque ordonnance avant délivrance des médicaments).

Le pharmacien doit signaler au prescripteur les contre-indications et la présence d'interactions médicamenteuses dangereuses, et lui rappeler si besoin les alertes émises sur certains médicaments par les autorités sanitaires ou l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

La délivrance des médicaments se fait le plus souvent en conditionnement usuel nominatif. Dans certains cas moins fréquents, il peut être réalisé la **Préparation des Doses à Administrer (PDA)**, c'est-à-dire « la mise en pilulier » individualisée par résident.

Cette prestation complémentaire à une dispensation individuelle est effectuée très majoritairement (60 à 70 %) par le personnel infirmier de l'EHPAD et non par un pharmacien.

Dans les conditions actuelles de pratique, la PDA implique un déconditionnement/reconditionnement des spécialités pharmaceutiques.

En effet, il est souvent nécessaire de déconditionner les médicaments de leur embal-

lage d'origine pour les reconditionner dans un pilulier qui contient autant d'alvéoles que d'unités préparées.

Quelle que soit la solution retenue, **le rapport IGAS 2005-022 recommande de préparer les doses et les mettre sous piluliers pour une durée maximum d'une semaine et de prévoir une procédure spécifique pour gérer les changements de traitements.**

Phase 3 : Administration du traitement et surveillance des effets

Cette phase est à l'origine de la polémique sur l'intervention des auxiliaires de soins dans le circuit du médicament en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

En effet, dans les conditions énumérées à la suite de cet article, **la législation autorise et oblige les auxiliaires de soins à participer à la distribution des médicaments dans les ESMS.**

La principale voie d'administration des médicaments est, en EHPAD comme en ville, la voie orale sous forme sèche (comprimés, gélules...) ou liquide (solutions buvables, sirops...). La voie injectable, cutanée, les collyres et les autres voies restent plus marginaux.

Dans les ESMS, l'aide à la distribution des médicaments par les auxiliaires de soins n'est possible que pour la voie orale.

Par ailleurs, **tout médicament administré doit faire l'objet d'une traçabilité rigoureuse** (qui, quand, comment, heure et mention si problème rencontré).

L'auxiliaire de soins doit communiquer à l'infirmière d'éventuelles observations (non prise de traitement, problème de déglutition...) afin de garantir une bonne traçabilité de l'administration.

Il faut également signaler que les médecins doivent réglementairement privilégier la prescription de médicaments génériques. Or cela peut poser problème en EHPAD, d'une part au résident qui ne reconnaît plus ses pilules, ce qui nécessite un travail d'explication et d'accompagnement, d'autre part pour l'IDE, pour qui l'identification de médicaments dans le pilulier est rendue plus difficile en cas de changement de traitement, surtout quand l'EHPAD est approvisionné par plusieurs officines, chacune d'elle pouvant s'adresser à des « génériqueurs » différents.

Les auxiliaires de soins quant à eux peuvent être mis en difficulté pour signaler une éventuelle erreur médicamenteuse lors de la distribution.

Enfin, la Haute Autorité de Santé (s'appuyant sur le SFPC - Dictionnaire français de l'erreur médicamenteuse 1ère édition, p 45) précise que des facteurs environnementaux favorisent les erreurs médicamenteuses, tels que : la charge de travail, la pression de l'urgence, des professionnels de santé en effectif insuffisant, le niveau d'effectif, l'indisponibilité d'un professionnel de santé pour la participation aux soins requis.

Ce qui souligne la nécessité d'un vaste plan de recrutement d'IDE et d'auxiliaire de soins (AS, AMP...) pour pallier à une situation de sous-effectif chronique qui affecte la sécurité des patients.

QUI ADMINISTRE LES MÉDICAMENTS ?

L'infirmière Diplômée

D'Etat (Ide):

L'administration des médicaments fait partie des actes que l'IDE est habilité(e) à pratiquer *"soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin"* (art. R. 4311-7 du CSP).

Dans le cadre de son rôle propre, défini par les dispositions de l'article R. 4311-5 du CSP, alinéas 4°, 5° et 6°, l'IDE aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable, vérifie leur prise, surveille leurs effets et assure l'éducation du patient.

Pour rappel, l'IDE *"est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, il est également responsable des actes qu'il assure notam-*

ment avec la collaboration des aides-soignants qu'il encadre." (art. R. 4312-14 du CSP).

L' Aide-soignant (E) (As):

"Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation.

Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3 " (art. R. 4311-4 du CSP).

Sous ces conditions et de par leur formation, les AS peuvent, sous la responsabilité des IDE et dans le cadre de l'aide aux soins réalisés par ces derniers, aider à la prise des médicaments présentés sous forme non in-

jectable.

Lorsque le traitement n'est pas administré par l'IDE, il lui incombe :

- d'organiser la collaboration avec les AS en contrôlant leurs connaissances, leurs compétences et leurs pratiques ;
- de transmettre les instructions nécessaires à la bonne administration ;
- de coordonner les informations relatives aux soins, notamment dans le dossier du résident.

L'AS devra notamment :

- respecter les consignes écrites de l'IDE ;
- transmettre précisément à l'IDE/ISGS les informations importantes (non prise d'un médicament par exemple) ;
- signaler tout événement anormal concernant un résident ou toute difficulté rencontrée.



LES CONDITIONS DE LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS :

La distribution des médicaments demande à la fois précaution et réflexion :

1/ CE QUE L' AUXILIAIRE DE SOINS DOIT EXIGER :

- De disposer de protocoles de soins élaborés avec l'équipe soignante afin d'être informé des doses prescrites et du moment de la prise, en vertu de l'article L.313-26 du CASF.
 - Qu'une infirmière soit présente lors de la distribution des médicaments en vertu du principe de précaution et de la sécurité du circuit du médicament.
- En effet, seule l'infirmière est habilitée à préparer les traitements médicamenteux, l'auxiliaire de soins doit donc pouvoir l'interroger en cas de doute lors de la distribution (pilulier absent ou mal identifié...).

2/COLLABORATION ET RESPONSABILITÉ DE L'AUXILIAIRE DE SOINS :

L'article R.4311-4 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que seuls les aides-soignantes, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques, peuvent collaborer avec le personnel infirmier.

La législation utilise précisément le terme de **collaboration** (c'est à dire une aide sans transfert de responsabilité) et non le terme **délégation** qui désigne un transfert de responsabilité sur la personne qui accomplit les gestes en lieu et place du délégataire.

Par ailleurs, il convient de rappeler que **toutes les délégations de compétence doivent être expressément prévues par les textes et régulièrement publiées pour être légales.**

De plus, l'article R.4311-4 du CSP précise que la collaboration avec les auxiliaires de soins **est bornée aux soins relevant du rôle propre de l'infirmier (cf. Article R.4311-5 du CSP) et exerce dans la limite de leur qualification et de leur formation.**

L'infirmier doit s'assurer que l'auxiliaire de soins dispose des compétences nécessaires pour collaborer à l'exécution d'une tâche.

En l'absence de décret spécifique, **les compétences des auxiliaires de soins sont définies et bornées par les référentiels d'activités et de formation propres à chaque profession.**

Les actes réalisés sont exercés sous la responsabilité de l'infirmier.

Cependant, **cela ne signifie pas que les auxiliaires de soins bénéficient d'une exonération quant à leur responsabilité.**

En effet, **toute personne qui commet une erreur médicamenteuse dommageable pour le patient voit sa responsabilité pénale engagée et peut donc être poursuivie personnellement pour cette erreur** (principe de la responsabilité personnelle au pénal).

En cas d'incident, la faute à l'origine du dommage est toujours recherchée, si celle-ci relève du champ de compétence ou du fait de la négligence de l'auxiliaire de soins sa responsabilité pourra être engagée.

(Voir sur ce point l'Arrêt du Conseil d'État n°301784 du 7 Avril 2010)

DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS : UN ACTE DE LA VIE COURANTE ?

Sur la base de l'article L.313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles, plusieurs conditions sont requises pour que la distribution des médicaments en établissements sociaux et médico-sociaux puisse être définie comme un acte d'accompagnement de la vie courante et donc réalisable par les auxiliaires de soins. Le traitement doit impérativement être prescrit par un médecin. L'usager ne dispose pas d'une autonomie suffisante

Le mode de prise du traitement ne doit pas présenter de difficulté d'administration ou d'apprentissage particulier (ce qui exclut la voie injectable).

De manière générale, il convient de rappeler qu'aucun des actes relevant de l'article R.4311-7 du code de santé publique ne peut être confié à l'aide-soignant (lavement, changement de perfusion, aérosol médicamenteux, etc.)

Le libellé de la prescription médicale précise si l'intervention d'auxiliaires médicaux est nécessaire. Si aucune précision n'est apportée, deux hypothèses sont envisageables :

- L'intervention d'auxiliaire de soins est considérée comme nécessaire, la prise de traitement ne s'apparente pas à un acte de la vie quotidienne.
- L'intervention d'auxiliaire de soins n'est pas considérée comme nécessaire, la prise de traitement est assimilable à un acte de la vie courante.

QUESTIONS / RÉPONSES

"S'il y a un jour une erreur dans un semainier, qui est responsable au cas où est provoqué un problème chez l'usager, bénéficiaire ? Les responsabilités sont diluées du plus bas au plus haut de la hiérarchie ou bien est-ce c'est le professionnel qui a aidé à la prise qui est responsable ? Ou bien encore le pharmacien qui a réalisé le semainier ?"

Si une erreur dans la préparation d'un semainier avait des conséquences dommageables pour la santé d'un usager ou d'un résident, alors il serait possible de rechercher la responsabilité de la personne chargée de la préparation de ce semainier ainsi que celle de la personne qui aurait aidé à la prise du médicament sans avoir dûment vérifié qu'il s'agissait bien du bon médicament.

C'est notamment pour prendre en compte ce type de situation que l'article L. 313-26 du CASF prévoit le recours à des protocoles de soins.

"Un éducateur peut-il préparer un pilulier ?"

Il n'entre pas dans les missions d'un éducateur de préparer les piluliers, cette mission incombe à un pharmacien ou à une infirmière.

"Jusqu'à présent nous demandions au médecin de s'engager clairement, en notant sur l'ordonnance "acte de la vie courante". Maintenant s'il ne note rien, cela devient-il automatiquement un acte de la vie courante?"

Il n'existe aucune automaticité en la matière : le libellé de la prescription doit être explicite, c'est-à-dire mentionner - ou non - l'intervention nécessaire d'un auxiliaire médical

"Je travaille en maison de retraite, je suis aide-soignant, on me demande de distribuer et de mettre en bouche les médicaments, les médecins ont donné leurs prescriptions, je voudrais savoir si je dois contrôler le nom des médicaments avant la mise en bouche.

En cas d'erreurs qui sont responsables, est-ce que je peux me retrouver au tribunal ?"

Il paraît effectivement opportun que vous vérifiiez que les médicaments que vous aidez à prendre sont bien ceux qui ont été prescrits.

En termes de responsabilité, si une erreur dommageable à la santé d'une personne était commise par vos soins, alors elle engagerait la responsabilité civile de votre employeur. Vous pourriez, le cas échéant, encourir une procédure disciplinaire si une faute professionnelle était avérée. Dans le cas le plus grave, vous pourriez également faire l'objet de poursuites pénales pour administration de substances nuisibles (article 222-15 du Code pénal).

"Je distribue les traitements (préalablement préparés par une infirmière) des personnes dont j'ai la charge. Il arrive parfois

(souvent en soirée) qu'un médicament manque dans la barrette du pilulier, je me dois donc d'appeler mon cadre d'astreinte, lequel me répond de pénétrer dans l'infirmerie (normalement interdite à l'équipe éducative) et de prendre le médicament en question. Suis-je en droit de refuser ? Le cadre d'astreinte n'est-il pas dans l'obligation de se déplacer ?"

La question que vous posez porte sur l'organisation de l'activité ; elle relève à ce titre de la direction. J'imagine que vous avez pris l'initiative de l'en saisir.

Au cas particulier, compte tenu des informations que vous m'avez communiquées, le fonctionnement actuel n'apparaît pas conforme dans la mesure où il n'appartient pas à un professionnel autre qu'un pharmacien ou une infirmière de constituer les piluliers. De ce point de vue, le cadre d'astreinte n'est pas plus compétent et autorisé qu'un membre de l'équipe éducative.

"Clairement qu'est-ce que veut dire le terme acte de la vie courante ? Et doit-on avoir l'ordonnance lorsque nous donnons les médicaments avec la mention actes de la vie courante ?"

L'article L.313-26 ne définit pas la notion d'acte de la vie courante, il semble que cette notion soit caractérisée :

Lorsque la personne, à raison de son manque d'autonomie, n'est pas en état de prendre elle-même le médicament ;

Et lorsque, sur la prescription médicale, le médecin prescripteur mentionne (cf. commentaire ci-dessus) que le médicament relève effectivement des actes de la vie courante.

Par ailleurs, il n'est pas obligatoire que vous disposiez de la prescription si, par ailleurs, vous disposez d'un protocole de soins précis sur la nature du médicament et sa posologie.

"Agent de service hospitalier en CAE, je dois distribuer les médicaments et leur faire prendre c'est légal ?"

Votre participation à l'aide à l'administration des médicaments dépend de votre statut pour le secteur public cela est interdit.

Pour le secteur privé du fait que vous ayez été chargée de l'assistance aux actes de la vie courante.

Elle dépend également, bien sûr, du fait que vous exercez cette assistance à la prise de médicaments conformément aux prévisions de l'article L.313-26 du CASF décrites ci-dessus.

Les ASHQ peuvent-ils distribuer et administrer les médicaments ?

Cette question est souvent posée à nos équipes syndicales mais qu'en est-il vraiment ?

Le ministère avait en 1999 publié une circulaire relative à la distribution des médicaments mais depuis lors, plusieurs groupes de travail dans certaines ARS ont dressé un état des lieux des pratiques professionnelles afin de préparer des protocoles de coopération entre professionnelles de santé via l'article 51 de la Loi HPST.

L'article 124 de cette même Loi sur l'aide à la prise de médicaments ainsi que quelques décisions de justice ont semé le trouble dans la pratique.

La mise en œuvre de la Loi HPST

Certaines ARS ont mis en place des groupes de travail ayant pour objet la coopération entre professionnels de santé, l'aide à la prise de médicaments et l'éducation thérapeutique en application des articles 51, 124 et 84 de Loi HPST.

C'est ainsi que L'ARS Midi Pyrénées en 2011 a déterminé qu'il n'est pas possible à une ASHQ de distribuer des médicaments mais cette même ARS, rappelle que les ASHQ peuvent aider à la prise de médicament !

La ligne jaune est vite franchie puisque dans "la vraie vie", il arrive qu'il n'y ait pas d'autres personnels que les ASHQ pour aller chercher les médicaments dans la salle de soins.

Mais toujours selon cette même ARS, distribuer serait prendre les médicaments de la salle de soins et de les emmener dans les chambres ou dans la salle à manger.

Aider est donc « aider le résident à prendre ses médicaments ».

En réalité, pour les résidents totalement dépendants, les ASHQ aident ou administrent les médicaments ?

Que dit l'article 124 ?

Alinéa 21 : L'article L. 313-26 code de la santé publique devient l'article L. 313-27 et il est rétabli un article L. 313-26 ainsi rédigé :

"Art.L. 313-26.-Au sein des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre, l'aide à la prise de ce traitement constitue une modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante."

"L'aide à la prise des médicaments peut, à ce titre, être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier."

"Le libellé de la prescription médicale permet, selon qu'il est fait ou non référence à la nécessité de l'intervention d'auxiliaires médicaux, de distinguer s'il s'agit ou non d'un acte de la vie courante."

"Des protocoles de soins sont élaborés avec l'équipe soignante afin que les personnes chargées de l'aide à la prise des médicaments soient informées des doses prescrites et du moment de la prise."

Si le prescripteur n'indique pas sur la prescription que la prise de médicament doit être faite par un auxiliaire de médical (IDE/ISGS), l'aide à la prise du médicament peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante dès lors que, compte tenu de la nature du médicament, le mode de prise ne présente ni difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

La Loi HPST aggrave la problématique de la distribution des médicaments dans les EHPAD:

Force ouvrière a dès la présentation du projet de Loi HPST alerté des méfaits de cette Loi. La coopération entre professionnel de santé entraîne des dérives sur les pratiques par exemple des Aides-soignants devant injecter des produits anesthésiants au sein d'un service de consultation, qui a été validé par la CME de l'établissement. Le Ministère a été saisi par la Fédération des Personnels des Services Publics et de Santé FO et a fait interdire cette pratique. Mais si les ARS jouent sur les mots, qu'en est-il des douches, des soins de bouches,réalisés par les ASHQ dans les EHPAD ?

Parent pauvre du système de santé, les EHPAD voient leur situation se dégrader encore plus sévèrement, les restrictions budgétaires liées au Pacte de Responsabilité, les diminutions des dotations budgétaires des collectivités territoriales via la Loi NOTRe engendrent des réductions d'effectifs.

Des recrutements de personnels non formés obligent les personnels en poste à jouer un rôle de formateur en plus de leur travail.

Cela aboutit à des transferts de compétences, "à des apprentissages sur le tas", sans aucune compensation sur la fiche de paie.

La Fédération des Personnels des Services Publics et de Santé Force Ouvrière va demander au Ministère une position claire et précise afin de garantir une sécurité pour tous.

La Fédération des Personnels des Services Publics et de Santé Force Ouvrière demande que l'article 13 de l'Arrêté du 6 avril 2011 soit étendu à tout le secteur médico-social

Non aux transferts de tâches !

Oui à l'accès à la formation professionnelle !

PUB

Hommage à Alain Brousseau



Alain BROUSSEAU

Ancien secrétaire général de la fédération de 1994 à 1997, Alain nous a quittés le 7 avril 2017 des suites « d'une longue maladie » comme l'on dit communément.

Recruté en 1971 au centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers comme ASH (sans baccalauréat), il a, grâce à la formation professionnelle franchit les différentes étapes : infirmier, cadre de santé, cadre enseignant, directeur d'institut de formation en soins infirmiers.

Il s'est syndiqué à Force Ouvrière en 1972, il a intégré le secrétariat fédéral en 1983 au sein duquel il a suivi différents dossiers (personnel paramédical, la psychiatrie, la formation professionnelle continue, la formation des militants).

Devenu secrétaire général de la fédération de 1994 - 1997, il a par la suite souhaité réintégrer les établissements de santé où il a occupé différents postes de direction: directeur adjoint au centre hospitalier universitaire de Rouen au centre hospitalier de Gisors, directeur adjoint de l'ARPH du Poitou Charente pour finir sa carrière en tant que Directeur Général du centre hospitalier de Dieppe.

Parmi tous ses mandats syndicaux, celui qu'il lui tenait très à cœur, était celui d'administrateur national de l'ANFH de 1977 à 1998. Il en a été président à 3 reprises (en 1992, 1994, et 1998) c'est à l'occasion de la parution du numéro consacré au 40 ans de l'ANFH, qu'Alain avait accepté de répondre à nos questions c'est son interview que nous reproduisons au terme de cet hommage...

Quel était le contexte lorsque tu as débuté à l'ANFH ?

Alain BROUSSEAU : Mon premier mandat à l'ANFH débute en octobre 1977 par ma désignation comme représentant FO au CPR de l'ANFH Poitou-Charentes, dont j'ai été le coordonnateur.

A l'époque, l'ANFH est en pleine construction et la ligne politique se concentre autour de priorités très simples et partagées par tous les militants :

- Faire adhérer le maximum d'établissements- Asseoir le rôle du CTP dans la détermination des besoins de formation
 - Tenter de normaliser un peu la « jungle » des organismes de formation qui se créent à foison.
- Aujourd'hui, cela peut paraître « basique » mais si l'on se replace dans le contexte, on comprend qu'à cette époque, tout est à inventer. Nous n'avons alors quasiment qu'une seule doctrine : « La formation pour tous, selon des besoins déterminés par les personnels eux-mêmes, portées par leurs représentants. »

En tout cas, si les petits établissements adhèrent rapidement et en grand nombre, il en va tout autrement des moyens et des

grands établissements : certains directeurs voient dans cette adhésion une perte d'autonomie et aussi une perte de moyens au profit des petits. De plus, certaines centrales syndicales, aujourd'hui pleinement intégrées aux objectifs de l'ANFH, militaient d'autant plus bruyamment pour l'autonomie dans les grands établissements qu'ils y étaient majoritaires !...

Les procédures d'agrément des organismes de formation étaient un peu à l'initiative de chaque région et par la suite, le CPN (Conseil Pédagogique National) a élaboré une sorte de « charte » ainsi qu'une liste d'organismes réputés « sérieux ». Ce CPN, présidé par un camarade FO, Alain DENIS, disparaîtra lors de la création des deux commissions internes du Conseil d'Administration.

Deux autres combats, qui pourraient faire sourire aujourd'hui, furent menés par FO dans ces années-là :

- Obtenir qu'au moins un soignant soit membre de la cellule de formation de chaque établissement.
- Cesser de compter le coût de la cellule de formation dans le 1% des dépenses de formation. C'est dire que nous venions de loin !

Pendant toute cette phase de

« construction », les questions de la prise en compte des aspirations des agents puis du respect du « Plan de Formation » étaient au centre des enjeux entre les organisations parties prenantes dans les établissements et l'ANFH. Les questions de méthode de recueil des demandes des agents et des services étaient au centre des débats et des affrontements.

Peu à peu, des règles de transparence ont pu être mises en œuvre. Ainsi, l'ANFH finit par ne rembourser que le salaire de l'agent remplaçant celui parti en formation, à condition exclusive que la preuve du remplacement soit apportée. En octobre 1983, je deviens membre titulaire du Conseil d'Administration de l'ANFH et c'est au même moment où je suis élu Secrétaire Fédéral. Je vais travailler avec René CHAMPEAU pendant les 6 années suivantes.

Pendant cette période, quelles ont été les actions portées par FO ?

Un des problèmes majeurs rencontrés à cette époque par l'ANFH était la non- consommation des fonds censés être consacrés à la formation. Les CPR et CRG des régions, sous la houlette de nos militants, se montraient vigilants sur le contenu des plans, les organismes

et les remplacements des agents que les plans prévisionnels. Ceux-ci, votés par les instances au niveau du 1 % formation, finissaient péniblement à 50% des droits ouverts, notamment à cause d'annulations d'actions de formation ou du rejet de tel ou tel organisme non conforme aux critères des CPR et des CRG.

Une des conséquences fût l'épinglage de l'ANFH par la Cour des Comptes pour « thésaurisation des fonds devant être dépensés en formation professionnelle continue ». Il faut quand même se rappeler que pendant cette période, l'ensemble du coût de fonctionnement de l'ANFH, sections régionales comprises, était financé avec les seuls intérêts des sommes placées !...

C'est donc en quelque sorte « grâce » à cette injonction de la Cour des Comptes que les plans de formation ont ensuite été présentés à 150% voire 200% des droits théoriques. Seuls les plans exécutés devant respecter l'enveloppe dévolue. Cette mesure a permis une accélération des formations et assez vite les plans ont été pleinement réalisés.

Y a-t-il eu une action particulière de FO pour promouvoir la prise en charge des études promotionnelles par l'ANFH ?

Oh oui ! En octobre 1989, je deviens porte parole de la délégation FO à l'ANFH et la question de la mutualisation au-delà du 1% a pris une place prépondérante dans nos objectifs. Nous avons en effet constaté qu'il était bien plus facile de bénéficier d'études promotionnelles si l'on exerçait dans un grand établissement plutôt que dans un petit. Transformer ce constat en solidarité effective prendra 10 ans. Aujourd'hui, chacun trouve naturelle la mutualisation au-delà du 1%, que ce soit pour l'adaptation à l'emploi ou pour les études promotionnelles.

Mais à l'époque, intégrer les études promotionnelles dans le champ de la formation continue représentait un choix politique que les représentants

des chefs d'établissement ne partageaient pas. Pour dire les choses clairement, les représentants de la FHF partaient du principe que la promotion professionnelle relevait de la formation initiale et donc de la responsabilité exclusive de la politique de l'établissement...

Lors des premières discussions engagées pendant le mandat de Président de Claude- Guy CHARLOTTE, l'énormité des réserves financières de l'ANFH, l'intangibilité de l'annualité budgétaire et la rigueur des budgets hospitaliers ont permis d'ouvrir un champ de convergence aboutissant aux « versements libres et facultatifs des établissements, au-delà du 1% ».

Ces versements, non-mutualisés, ouvraient toutefois la voie à une assiette supérieure à 1%, et, pour échapper à l'annualité budgétaire, nous avons obtenu que la reprise pluriannuelle de ces fonds par les établissements soit effectivement consacrée à la formation des agents avec vérifications possibles par les instances régionales de l'ANFH.

Dès lors, la délégation FO à l'ANFH s'est battue sans relâche pour une mutualisation au-delà du 1%. Des négociations nombreuses ont eu lieu pendant la Présidence de Jean LE CAMUS : nous avons créé un groupe de contact entre la FHF et FO pour travailler aux évolutions possibles des règles de mutualisation. Pour FO, Didier BERNUS, Luc DELRUE et Jacques DUVAL m'accompagnaient dans cette démarche.

A propos de la mutualisation, nous avons débuté en demandant qu'elle soit à hauteur de 1.6% et nous étions d'accord pour 1.1%. Chacun comprendra que pour FO, il fallait d'abord ancrer le principe : ensuite, les évolutions se feraient naturellement.

Malgré de nombreuses réunions FO-FHF, y compris à Angers, sur les terres du Président et DG de ce CHU, ces négociations n'ont pu aboutir sauf à accepter que les fonds versés au-delà du 1% restent totalement acquis à l'établissement, en retraits pluriannuels et libres de

tous frais de gestion. C'était déjà le cas des versements volontaires et nous ne pouvions accepter d'en faire une règle de mutualisation. Il faudra attendre 2000 pour les établissements volontaires. Le principe en sera généralisé en 2004 par la mise en place du FORMEP (Fonds Régional Mutualisé d'Etudes Promotionnelles).

Avec le recul, quel bilan fais-tu de ces années ?

De ces 23 années passées dans les instances de l'ANFH dont 17 ans au Conseil d'Administration et 10 au Bureau National, comprenant 3 fois la vice-présidence, je garde un souvenir d'engagements forts et sincères des militants impliqués à tous niveaux dans ce challenge de la formation professionnelle continue considérée comme un droit individuel et collectif et non comme une récompense.

Le droit d'accéder au savoir et à des compétences reconnues par l'acquisition de nouvelles qualifications opposables au statut, n'allait pas de soi. Et si aujourd'hui, ce droit est largement reconnu, il a fallu des rêveurs, des précurseurs, puis des bâtisseurs pour y parvenir. En période de récession budgétaire et de politique de baisse des dépenses publiques imposée aux hôpitaux par le gouvernement, il faut que ces acquis soient maintenus.

C'est ce combat que les militants en exercice livrent d'une manière permanente, attachés qu'ils sont aux garanties statutaires et l'égalité des droits et des chances.

Il est à noter qu'Alain était également chevalier de la légion d'honneur, nous avons perdu un camarade, un ami, un frère.

Salut et fraternité Alain

La non-reconnaissance statutaire des orthophonistes de la FPH : répercussions et conséquences

Si le concept d'orthophonie remonte au début du 19^{ème} siècle, la profession a obtenu son statut légal le 10 juillet 1964 (institution du certificat de capacité d'orthophonie -CCO *) elle n'a cessé d'évoluer pour répondre aux besoins de la population .

Plusieurs événements sont à relever dans l'actualité récente:

- L'annonce en juin 2015 de la publication imminente d'un décret, concernant les orthophonistes et les ergothérapeutes : a suscité opposition et mobilisation de la profession laquelle a obtenu le retrait de ce texte .
- Janvier 2016 : Les évolutions de notre profession sont enfin actées au Code de la Santé Publique !

Par ailleurs plusieurs annonces ont été faites :

- Primes en fonction du lieu d'exercice ou du type de service, prime de 9000 euros sur 3 ans pour les nouveaux orthophonistes, grilles hypothétiques bac +4 ...

D'un montant trop faible et limitées dans le temps elles sont perçues comme injustes et inefficaces, c'est à dire fondamentalement très insatisfaisantes!

- l'Ordonnance n°2017- 50 de Janvier 2017 a procédé à une ouverture de la profession aux autres pays européens. Avec la conséquence curieuse d'autoriser l'exercice de l'orthophonie à des personnes ne maîtrisant pas forcément la langue française, ou bien encore autoriser des enseignants spécialisés à prendre en charge des enfants

ayant des troubles du langage sans qu'ils aient la maîtrise de l'ensemble des domaines couverts par l'orthophonie.

Le 13 et 27 mars 2017 a vu le rejet l'unanimité par l'ensemble des organisations syndicales du projet de décret relatif au reclassement salarial des métiers de la rééducation.

(reclassement non corrélé à son niveau de compétences, d'autonomie et de formation initiale).

En tentant d'imposer cette position, le Ministère signe la dégradation :

-de l'offre de soins dans les hôpitaux pour l'ensemble des professions dites de « rééducation » dont font partie les orthophonistes.

-de la prise en charge aiguë et/ou pluridisciplinaire des patients et des familles de patients.

-de la formation des étudiants en orthophonie, qui à très court terme ne pourront plus être formés correctement sur l'ensemble du territoire.

Les orthophonistes à l'hôpital :

Si les orthophonistes sont plus de 1700 au sein de la fonction publique hospitalière, ils ne représentent que 950 équivalents temps plein dans l'hôpital public.

Celui ci n'attire plus désormais que 7% de la profession .

Une des raisons tient peut être au fait que leur rémunérations est actuellement une des plus faibles de l'AFPH à niveau de

diplôme équivalent (environ 1200 euros net en début de carrière, 2100 euros en fin).

Noyée au milieu des 1.140 .000 agents des hôpitaux publics, la profession rétrécit comme peau de chagrin : postes morcelés, postes précarisés, turnover conséquent, glissement de tâches, vacances de postes qui finissent par être supprimés.

Des orthophonistes à l'hôpital, pour quoi faire ?

En neurochirurgie,
Qui permettra au chirurgien de préserver des zones essentielles au langage, lors des ablations de tumeurs cérébrales en chirurgie éveillée ?

En neurologie,
Qui consulter au lendemain d'un AVC qui aura entraîné une aphasie, une dysarthrie, ou des troubles de la déglutition ?

Qui pourra engager une rééducation précoce en phase aiguë?
Qui prendra en charge les patients présentant une paralysie faciale périphérique ?

En gériatrie
Qui permettra le maintien des fonctions essentielles de communication, d'échange, de déglutition ?

En ORL,
Qui s'occupera de l'évaluation et de la remédiation des troubles de déglutition, de phonation, d'articulation des patients ?

* Diplôme initialement sanctionné au bout de trois ans d'études, puis quatre en 1986 le CCO est depuis 2013 d'une durée de 5 ans en application du cadre européens LMD.

Qui participera à la réadaptation après pose d'un implant cochléaire ?

En néonatalogie, en pédiatrie, qui aidera les bébés prématurés ou porteurs de fente vélo-palatine à s'alimenter ?

En pédopsychiatrie, Qui pourra recevoir les enfants en grande souffrance psychique ?

En Médecine Physique et de Réadaptation, Qui participera à la prise en charge des accidentés vasculaires, des traumatisés crâniens, des parkinsoniens ? Qui participera à la réadaptation du patient, sur les plans de la communication et de l'alimentation ?

Enfin, dans les centres référents, qui participera à l'élaboration du diagnostic, essentiel avant de débiter une prise en charge ?

Or, nous déplorons à l'heure actuelle :

- La non -dispensation des soins urgents (réveil de coma, post AVC, dysphagie, oralité).
- Des retards de plusieurs mois dans les confirmations d'autisme, de troubles graves du langage ou de démences.
- Des démarrages tardifs de prise en charge,

- La perte de l'acquisition et de la transmission de l'expertise clinique,
- La mise en péril de la cohérence et de la continuité du projet thérapeutique par la rupture du réseau hôpital-ville. ...

Tout ceci va à l'encontre de tous les plans de santé publique définissant les orthophonistes comme des acteurs de premier

recours dans de nombreuses pathologies : autisme, Alzheimer, surdité, etc ...

Quelles répercussions sur la formation des étudiants en orthophonie ?

- les effectifs d'orthophonistes hospitaliers sont trop faibles pour permettre aux 3300 étudiants d'avoir accès a un stage hospitalier.

50 % du temps de formation, toutes années confondues, est consacré à l'immersion en milieu professionnel.

Par ailleurs la raréfaction des terrains de stages contraint à de trop nombreux déplacements sur l'ensemble du territoire,

Effet induit: les étudiants sont moins sensibilisés et moins attirés par le mode d'exercice hospitalier. (moins de 11% choisissent de travailler dans la FHP, et 76% en libéral étude FNEO de 2016 .

Conclusion :

L'ensemble de la profession dans toutes ses composantes y compris les étudiants en orthophonie continuent à se mobiliser contre la non reconnaissance statutaire de la profession et donc sa fragilisation, qui amèneront à court terme une perte de ses compétences professionnelles.

Nous continuons à nous battre pour défendre :

L'orthophoniste, acteur incontournable du diagnostic précoce et de la prise en charge de nombreuses pathologies : autisme, Alzheimer, AVC, surdité, troubles spécifiques du langage et des apprentissages selon les recommandations de La Haute

Autorité de santé.

Le diagnostic et la prise en charge des patients en phase aiguë pleinement justifiés à l'heure où la prise en charge ambulatoire est en pleine expansion.

Notre rôle moteur dans le développement de pratiques thérapeutiques spécifiques et innovantes (comme la neurochirurgie  veill e par exemple). Notre participation aux projets de recherche et à l'avancée des connaissances scientifiques.

Notre participation à la formation initiale tant théorique que clinique des étudiants en orthophonie.

La cohérence et la continuité du projet thérapeutique du patient dans le réseau hôpital-ville.

Nous exigeons un reclassement statutaire qui tienne compte de notre niveau de formation initiale et du niveau de diplôme validé par l'Enseignement Supérieur.

Nous attendons des engagements justes et précis pour les salaires des orthophonistes, correspondant réellement aux niveaux de diplôme, d'autonomie et de responsabilité.

Si l'orthophonie disparaît de l'hôpital, lieu qui l'a vue naître, c'est la profession toute entière telle que nous l'exerçons , telle que nous la concevons au cœur des questions de santé publique et du système de santé, qui est en danger et non pas uniquement l'exercice salarié.

*Christine Arcay Orthophoniste
Pôle de Gérontologie Clinique*

Groupe Hospitalier Régional de Mulhouse et Sud Alsace



*Christine Arcay Orthophoniste
Pôle de Gérontologie Clinique*

Aujourd'hui le seul réel contre pouvoir c'est le vrai syndicalisme, militer est donc indispensable!



Michèle Secrétaire Générale du Syndicat FO Ch de Lens

Je suis Secrétaire Générale du Syndicat FO du Centre Hospitalier de Lens depuis 2009.

Mes fonctions de permanente syndicale pendant ces huit années m'ont confortée dans l'idée que fédérer est la base du développement de l'organisation.

Sans militantisme, pas de résultats électoraux satisfaisants.

C'est grâce à cette idée simple (mais très prenante) que notre syndicat ne cesse de progresser.

Nos résultats en 2011 ont mis un terme à 20 ans d'hégémonie de la CGT et ceux de 2014 ont contribué à faire perdre la représentativité à la CFDT!

Ainsi pour les 2700 agents hospitaliers du premier établissement de santé du Pas-de-Calais, le paysage syndical est devenu plus visible, les valeurs et les revendications de FO mieux audibles.

Un Bureau motivé qui travaille d'arrache-pied, qui se réunit régulièrement pour mettre en place la stratégie syndicale, avec des référents reconnus, présents sur le terrain.

Voilà la seule manière efficace de mener les actions collectives.

Mon expérience en association sportive (capitaine d'une section de Volley-Ball) conforte l'approche "esprit d'équipe" qui fonde l'efficacité de notre section syndicale.

Mes 28 ans d'expériences d'agent administratif au contact au public ont développé

mon attachement au service public hospitalier c'est à dire avant tout la qualité de la prise en charge des usagers.

C'est parce que j'ai été confrontée parfois à des réorganisations que j'estimais incompatibles avec cette idée de défense du service public, que ma fibre militante s'est développée et c'est ce qui m'a fait être remarquée par Jean-Claude COQUEL qui m'a beaucoup soutenue dans "mes premiers pas" de responsable syndicale". Cela ne m'a pas exonérée de l'obligation de faire mes preuves dans une milieu à la fois masculin et soignant, moi qui suis "une administrative".

Et ce qui m'a valu d'être élue lors de l'assemblée générale de 2009.

C'est ainsi que j'ai compris que le syndicalisme est une rude mais riche école et aussi que les valeurs de FORCE OUVRIERE étaient celles qui me convenaient le mieux : il est probable que dans d'autres organisations syndicales je n'aurais pas pu exprimer mon potentiel de cette manière.

Je pense souvent à Jean-Claude COQUEL qui fait valoir ses droits à la retraite et qui quitte cette année son dernier mandat régional. Il m'a beaucoup aidée, soutenue et a toujours cru en moi.

Ma plus grande satisfaction est de lui avoir donné raison, puisque grâce à un bureau en partie reconstitué formant "un sacré bon petit groupe",

la section syndicale FORCE OUVRIERE du CH LENS est désormais le premier syndicat hospitalier FO dans le Pas-de-Calais si on raisonne en termes de timbres placés!

La syndicalisation est très souvent le reflet de notre efficacité locale.

Je n'oublie pas non plus la richesse des échanges que procure l'action syndicale: mon action en tant que membre titulaire de la Commission Administrative de l'Union Locale de LENS permet de dépasser "le pré carré" de la fonction hospitalière.

Avec nos camarades de l'inter pro, on se sent intégrés à une famille plus large, avec laquelle on mène des combats communs sous la bannière de FORCE OUVRIERE.

Cela nous rend plus forts encore pour assumer le travail syndical au quotidien.

La première richesse de Force Ouvrière tient à la richesse des profils qui composent le syndicat et je ne laisserai personne soutenir que militer est une activité de tout repos: 10 ans de militance m'ont amené à considérer que ces derniers sont parfois facultatifs.!

Je reste fière des valeurs de Liberté et d'Indépendance de FORCE OUVRIERE

Nouvelle formule du journal des syndicats



L'édito,
le dossier,
les actus, les idées,
l'info juridique
et conso, la vie
des syndicats,
l'agenda



FO

HEBDO la Force de l'information

Chaque semaine, dans FO Hebdo, des articles,
des informations que vous ne lirez nulle part ailleurs.
Un journal que vous ne trouverez pas dans les kiosques mais qui
sera chaque semaine dans votre boîte aux lettres pour **54 € par an**
(18 € seulement pour les adhérents de FO).

ABONNEZ-VOUS !

Force Ouvrière Hebdo - Service abonnement
141, Av. du Maine - 75680 Paris cedex 14

PUB