



SNTRS Informations

Bulletin d'Information du SNTRS-CGT – 7, rue Guy Môquet, 94800 Villejuif
Tel : 01 49 58 35 85 – Télécopie : 01 49 58 35 33 – Mel : sntrscgt@vjf.cnrs.fr – Web : www.sntrs.fr

N°117 du 6 novembre 2007

Spécial Comptes Rendus

SOMMAIRE

- Compte rendu de la réunion entre la Direction et les Organisations Syndicales du 23 octobre 2007
- Election au CA de l'INED
- Lu dans la presse de la CGT
 - Eléments de réflexion pour une réforme de notre système de santé
 - La fonction publique se « smicardise »

Compte rendu de la réunion DG - OS du 23 octobre 2007

Principaux représentants de l'administration :

M. MIGUS (Directeur Général), M. RESPLENDI BERNARD (secrétaire Général), Mme. D'ARGOUGES (DRH), Mme. BEC (Responsable relation sociale), M. RIDENT (Adjoint DRH) et Mme SINANIDES (Adjointe DRH)

Pour les organisations syndicales :

SNCS-FSU, SGEN-CFDT, SNPTES-UNSA, SUD recherche, SNPRES-FO, SNIRS-CGC, Sup'Recherche-UNSA, et le SNTRS-CGT (Michel PIERRE, Denis CLAISSE, Didier GORI)

Préalablement à la réunion le DG nous a indiqué qu'il ne resterait pas longtemps puisqu'il était convoqué à une réunion avec la Ministre de tutelle et le Ministre de la recherche de Jordanie en vue d'un partenariat dans le cadre de la construction d'un synchrotron. Le CNRS compte passer un accord de cession du matériel du LURE.

L'ordre du jour de la réunion portera sur la carrière chercheur et la campagne chercheurs 2008.

Les questions diverses porteront sur :

- les transferts d'UMR dans les universités
- l'évaluation des UMR
- les CDD
- les primes et la politique de rémunération
- Article de M. DEVEDJIAN dans le « 20min » sur l'Iles Seguin
- Avancement au choix ITA 2007
- Recrutement chercheurs handicap
- Groupe de travail sur l'avenir des organismes
- L'action sociale, CAES
- Le subventionnement des Mutuelles

Michel Pierre a interpellé le DG sur la constitution du groupe de travail « François DAUBERT » qui doit porter sur l'avenir des organismes de recherche. Il a demandé qui représentera le CNRS, et quel était le mandat.

Le DG s'en est sorti par une pirouette en prétextant ne pas avoir d'ordre du Mission. C'est le SG qui représentera le CNRS ce qui semble être aussi le cas pour les autres organismes.

- Les transferts d'UMR dans les universités et l'évaluation des UMR :

En introduction, le DG a commenté le communiqué de la présidence et la Direction du CNRS.

Le DG précise que le communiqué commun de la présidente et du DG a été avalisé par le Ministère. Il confirme qu'il n'y a pas de projet d'intégration des UMR dans les Universités. Concernant l'AERES, il insiste sur la nécessité de rendre des comptes concernant chaque euros investi dans la recherche ce qui justifie une évaluation.

Concernant l'évaluation des unités, il considère que l'évaluation des chercheurs ne peut être dissociée de l'évaluation du contexte ... donc des unités. Selon lui, Il n'est pas question de parler tel quel « d'évaluation des unités » mais dans le cadre de l'évaluation des personnels, la nécessité d'une évaluation dans le contexte. C'est un discours risqué et hypocrite. Il insiste en précisant que le décret de constitution du Comité National n'est pas modifié. La mission du Comité National n'est donc pas modifiée.

En conclusion, selon **le DG**, l'ordre de mission du CN n'a pas changé, même s'il ne l'affiche pas tel quel, il demandera aux sections du CN de faire l'évaluation des unités via les personnels...

Nous avons eu un débat sur la nécessité de définir clairement la signification d'agence de moyen et d'opérateur de recherche : **Le DG** considère qu'il est préférable de conserver un certain flou et de faite l'initiative d'en faire la définition. Malheureusement avec de tel propos, nous demeurons dans le flou sur l'avenir de l'organisme et des personnels.

Nous avons eu également un débat sur la notion de crédits récurrents. Nous avons démentie le caractère gracieux des crédits dit « récurrents » en précisant qu'ils sont contractuels et intégrés dans une procédure d'évaluation... Il apparaît nécessaire de bannir la notion de « récurrent » pour en rappeler le caractère « contractuel » et surtout l'adéquation de ceux-ci avec la mission de recherche publique alliant une nécessité de liberté de recherche des chercheurs.

Promotions Chercheurs :

Petit rappel : Dans le cadre de la LOLF, les Directions d'établissements ont « la main » sur la gestion de ceux ci. En Deux mots, ils travaillent à enveloppe globale et peuvent définir eux même l'enveloppe financière correspondante aux promotions. La première conséquence fut de pouvoir « discuter » dès l'an dernier des promotions ITA en tenant compte sur les situations de blocage. C'est généralement l'occasion pour le SNTRS d'avancer des propositions d'un plan de reclassement des ITA. Cette année, nous avons pu être informés des situations de blocage des chercheurs et de la stratégie de promotions que la direction souhaite mettre en œuvre. Voici quelques chiffres :

Grades :	le grade	nombre d'agents dans l'échelon terminal	% d'agents plafonnant	âge moyen des agents au dernier échelon
CR2	1143	655	57%	32,8
CR1	5887	1745	30%	55,2
DR2	3373	2069	61%	56,3
DR1	1092	844	77%	58,5
DRCE1	90	68	76%	59,8
DRCE2	56	56	100%	62,1
TOTAL	11641	5437	47%	53,6

Chiffres au 31 12 2006

Historique et :

grades d'accès	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DRCE2	12	11	13	13	8	12
DRCE1	19	16	17	18	17	25
DR1	112	98	100	123	123	130
DR2	226	161	200	230	247	250
sous total hors CR1	369	286	330	384	395	417
CR1	405	256	425	351	302	X
TOTAL	774	542	755	735	697	417+X

La volonté de la Direction apparaît clairement. Il s'agit de faire un effort significatif sur les possibilités de promotion de DRCE1 et DRCE2.

Si on considère le blocage considérable des agents en bout de grille CR1 (1745) et DR2 (2069) en lien avec les âges moyens, ces choix ne semblent pas correspondre à une volonté de déblocage réelle des carrières. Alors que les propos de la direction allaient dans ce sens nous ne comprenons pas cette orientation qui pourrait apparaître comme une stratégie hiérarchique « mandarinale » de favoriser proportionnellement le « haut encadrement ».

La proposition du SNTRS a été de se calquer sur l'arbitrage de 2007, et d'augmenter les possibilités correspondantes aux grades de blocages (passages DR2 et DR1 entre autres). Quoiqu'il en soit l'arbitrage 2008 fait apparaître l'insuffisance des possibilités DR2. La nécessité de rallonger les grilles apparaît être de plus en plus nécessité.

Carrières Chercheurs :

La direction nous a informés des réflexions qu'elle a menées sur les carrières des chercheurs. Celles-ci ont aboutie à un certain nombre de mesure en direction des chercheurs.

- suivi systématisé des chercheurs stagiaires dès 2007 et sur les passages CR2 à CR1,
- préparation et accompagnement de la campagne d'évaluation des chercheurs (suivi),
- information des chercheurs (création d'un memento),
- Suivi des avis du Comité National (processus « post-évaluation », entretien, propositions, suivis,...)

La Direction des ressources humaines fait apparaître une ferme volonté de se saisir davantage de la gestion des carrières des chercheurs. Elle se positionne clairement comme un acteur incontournable de la carrière des chercheurs en lien entre les départements et les sections du Comité National.

Pour cette année, elle s'est emparée des dossiers. La typologie de l'évaluation se définit selon 4 avis :

Favorable, réservé, avis différé et avis d'alerte.

La DRH nous a communiqué la situation des évaluations de cette année :

- 4583 avis favorables
- 206 avis différés
- 191 avis d'alertes

Par ailleurs le Comité National leur a transmis 2 votes d'insuffisance professionnelle.

La DRH souligne la nécessité d'harmoniser la typologie des avis. Elle souligne la démarche active que les services RH prendront à l'avenir dans les carrières des chercheurs.

Questions diverses :

- Avancement au choix ITA 2007

Le SGEN a soulevé des problèmes dans les commissions d'experts Régionales et nationales pour l'avancement des ITA en CAP. Préalablement aux CAP, la Direction établit ses propositions par l'intermédiaire des commissions Régionales en Délégation puis Nationales d'experts par BAP.

Le SGEN proteste contre la nomination des experts. En effet de nombreux DSA apparaissent dans ces commissions et leur expertise professionnelle est clairement discutable. Les fonctionnements apparaissent très différents selon les Délégations.

Le SGEN soulève aussi le problème de parité. Moins de 20% de femmes sont présentes dans ces commissions. Nous avons demandé qu'en ait-il de la « dérogation IN2P3 » sans avoir de réponse.

Le SGEN dénonce les engagements que la Direction n'a pas tenu notamment en matière de consultation des organisations syndicales. Il pose le problème des « quotas » qui ont été imposés de manière illégale par certaines délégations.

La DRH et le Secrétaire Générale ont indiqué que des mesures seraient prises en direction des délégations concernées. Sur les engagements de consultation **le Secrétaire Général** indique vouloir faire « monde honorable » et s'engage à ce que les organisations syndicales soient consultées la prochaine fois.

Il ajoute que les DU qui participent à ces commissions d'experts le font en tant qu'expert et pas représentant de leur unités. Il insiste surtout en indiquant qu'il est de plus en plus difficile de trouver des Directeurs qui acceptent ces responsabilités et que la contre partie est souvent de leur laisser la possibilité de « peser » dans l'avancement de leur personnels.

- Article de M. DEVEDJIAN dans le « 20min » sur l'Iles Seguin :

Concernant l'Iles Seguin, le projet de Siège du CNRS, et l'interview de Monsieur DEVEDJIAN dans le quotidien « 20min ».

Le Secrétaire Général indique que la Région Ile de France n'est pas propriétaire du terrain concerné et que par conséquent ces propos ne comportent aucun intérêt.

Les 2 seules consignes du Ministère sont que cette opération doit se dérouler sans les fonds alloués à la recherche et elle doit être « co-portée » par les universités partenaires.

Par ailleurs, les objectifs sont de ne pas faire de l'île, une ville morte. L'autre aspect serait de faire du siège une vitrine du savoir faire et des technologies du CNRS. Les Bâtiments seraient des constructions dites à « énergie positive ».

Aussi le financement serait intégralement supporté par la vente du site actuel.

Pour la FSU, le projet cache une réduction de surface totale qui tend à se poser des questions sur les services qui seraient victimes de cette réduction, et en premier lieu le comité national.

- Les primes et la politique de rémunération :

Michel PIERRE a sollicité la Direction sur la prime « administrative » et son attribution. Le secrétaire général souligne l'effort particulier de la direction en direction des personnels. L'enveloppe du second semestre s'élève à 750 K€ contre 600K€ pour le premier semestre.

Le SNTRS dénonce l'opacité d'attribution des primes et demande un bilan et des discussions sur les méthodes et critères d'attribution.

La Direction indique qu'un volant supplémentaire de prime (PPRS) sera attribué. Nous sollicitons d'en débattre l'arbitrage (méthodes et critères).

- L'action sociale, le CAES :

Denis CLAISSE est intervenu pour dénoncer l'intention de la direction de revenir sur ses engagements pluriannuels de subvention de l'action sociale par l'intermédiaire du CAES.

Ce dernier s'est engagé à des subventions tarifaires et à des projets d'aménagements sur la base de cette subvention. Le fait que la Direction revienne sur ses engagements tant à mettre en péril l'équilibre financier de l'association. **Le SNTRS** dénonce la remise en cause de cet engagement.

Le Secrétaire Générale indique que le CNRS doit faire face à d'importante dépense. La contribution « handicap » (pénalité pour non respect des 6% de personnels handicapés) augmente de façon considérable année après année. Il indique que la restauration sociale a également connu une très forte croissance. Il ajoute que d'autres priorités ont été définies comme le problème du logement social dans l'Ile de France pour les personnels CNRS. Tout cela justifie selon lui la remise en cause des accords.

- Le subventionnement des Mutuelles de couverture sociale :

La Direction indique que la possibilité de subventionnement des mutuelles pour la couverture sociale des agents de la fonction publique, va donner lieu à un chantier de réflexion et d'échanges avec les partenaires sociaux en 2008-2009. Des négociations sont donc à venir sur ce sujet.

- Le dossier carrière des ITA :

Une réflexion a lieu au CNRS depuis plusieurs mois pour faire évoluer le dossier de carrière. Nous avons examiné une proposition de la Direction.

Les 3 premières pages n'ont pas beaucoup évolué ou à la marge :

Nous avons relevé que la Direction a pris note de nos remarques concernant la rédaction des dossiers. Ainsi, le Directeur aura en charge la rédaction du paragraphe « missions de l'agent ». Par contre, l'agent, lui, aura en charge de décrire ses activités dans un autre paragraphe. Cette double rédaction « agent et DU » permet de formaliser certaines pratiques dans les unités, et surtout d'homogénéiser la rédaction des dossiers de carrière.

La mention de la participation à des concours internes n'est plus obligatoire. Celle-ci restera à la discrétion de l'agent s'il souhaite le mentionner ou pas.

Par contre, les 2 pages qui suivent, ont posé problème : Nous suspicions la Direction de faire apparaître une démarche de « contrat d'objectifs » particulièrement néfaste aux personnels.

Par ailleurs, cette démarche peut mettre en péril tout le travail développé autour de l'évaluation professionnelle des qualifications des ITA.

Dans un premier temps, **la Direction** s'est appuyée sur la confusion de son projet et donc la division des organisations syndicales sur l'interprétation.

Elles font apparaître un « bilan de l'entretien annuelle d'activité ». Ce document est identifié comme confidentiel, mais il tendrait à encadrer la démarche des entretiens d'évaluation d'une année à l'autre. Il doit faire mention des objectifs évoqués à l'année N-1, leurs réalisations, l'analyse des résultats et la projection vers de nouveaux objectifs.

Le SNTRS a « lourdement » insisté afin de pousser la Direction à dévoiler ses motivations sur l'intérêt de ces deux pages. Après notre persévérance sur les confusions, la Direction a clairement fait apparaître une volonté de mettre en œuvre un contrat d'objectifs qui lui a valu un front uni des organisations syndicales pour un rejet ferme de son projet.

L'idée retenue serait un support informel à la discrétion du DU et de son agent sur une « synthèse de l'entretien annuel d'activités ».

Autre nouveauté, c'est les 2 pages sur la formation dont on a demandé de faire évoluer dans les mois ou années à venir compte tenu des évolutions avec la réforme sur la Formation

Cet aspect sera traité de façon différée compte tenu des contraintes de calendrier...

- Recrutement Handicap :

La Direction nous rend compte de la situation de recrutement « handicap ». La campagne de recrutement a débuté avec un certain succès. Elle indique que deux recrutements chercheurs handicapés sont en cours, de même qu'un certains nombres de recrutement de post-docs.

Mme BEC indique leurs difficultés de constituer des viviers de dossiers pour parvenir aux quotas de recrutements de chercheurs handicapés. Il semble aussi qu'ils rencontrent des difficultés pour trouver des candidats aux recrutements ITA handicapés. La Direction en appelle aux organisations syndicales pour relayer l'information.

Sans un « recrutement handicap » suffisant, le CNRS devra continuer à payer des contributions (pénalités) qui croissent de 25% par an...

L'idée d'un rapprochement du CNRS auprès des écoles doctorales est à l'étude.

Election au CA de l'INED

Yann PERIN, Secrétaire de section

Bonjour,

Les élections pour les représentants du personnel au CA se sont déroulées en début de semaine et les résultats sont excellents.

L'ancien CA était composé de 2 représentants CFDT et 2 CGT. **Le nouveau sera composé de 4 élus CGT!**

Le nombre d'inscrit était de 164 contre 148 en 2004, celui des votants de 113 contre 98. Sont élus **Michel BOZON** (Chercheur-50 voix) par tirage au sort, **Géraldine DUTHE** (Chercheuse-73 voix), **Efstathia-Efi MARKOU** (ITA-53 voix) et **Yann PERIN** (ITA-89 voix).

Lu dans la presse de la CGT

Le Peuple du 26 Octobre 2007

Éléments de réflexion pour une réforme de notre système de santé

Document publié dans Le Peuple n°1655 du 24 octobre 2007

Ces quelques réflexions ne constituent que des pistes de travail pour initier, dans toute la CGT, le débat autour de la question de la santé, plus particulièrement du droit à la santé pour chaque individu, et de la responsabilité de la collectivité pour que ce droit devienne effectif dans le cadre d'une société solidaire.

Le système sanitaire doit être à même de répondre à l'ensemble des besoins de santé des populations dans le sens de la charte d'Ottawa qui définit la santé comme *«une ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci»*. Par milieu, il faut comprendre l'environnement familial, social et de travail. Ce dernier est un élément fondamental de la construction identitaire de l'individu. Il est structurant en matière de santé publique.

Rappels des principes de base

L'accès à la santé est un droit pour chaque individu dans notre société. Au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie..., bref à tout ce qui est nécessaire pour vivre et se développer. Mais c'est aussi un devoir pour tous que de l'assurer à tous. Et puisque c'est à la Nation, tout entière, d'assurer cet accès à la santé, c'est à son émanation démocratique, l'Etat, qu'il revient de garantir à chaque individu, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine, l'accès à des soins de qualité dans le cadre de la solidarité nationale qui est le socle fondamental de la Sécurité sociale, en particulier de l'assurance maladie, telles qu'elles ont été conçues à la Libération et, au-delà, qui est le ciment de la République. Il s'agit de mettre en place un véritable service public de santé financé et régulé par les cotisations sociales, car elles sont assises sur la création collective de richesses, et non par l'impôt.

Il faut donc rompre avec l'idée que la santé n'est qu'une charge, d'autant qu'elle est fortement créatrice de richesses. Outre la problématique des moyens, il s'agit d'une question d'organisation, de régulation du fonctionnement et, en permanence, de recherche. C'est au surplus une question d'éthique.

L'organisation générale du système

La région organisée en territoires de santé(1) est le cadre le plus pertinent pour évaluer les besoins et assurer une régulation des réponses au plus près de la population. Cependant, pour éviter des avantages ou des désavantages de situation, une régulation nationale forte est nécessaire pour réduire les inégalités de santé entre les territoires.

Pour prendre à bras-le-corps ce problème de démocratie, nous proposons la mise en place de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et organisations syndicales de salariés, des associations de patients, des financeurs (Sécurité sociale et Etat). Une structure nationale aura un pouvoir de contrôle sur l'activité de ces chambres pour permettre l'harmonisation de l'organisation du système de santé sur l'ensemble du territoire. L'actuelle répartition des compétences en Ddass (Direction départe mentale d'action sanitaire et sociale), URCAM (Union régionale des caisses d'assurance maladie), DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), ARH (Agence régionale d'hospitalisation), provoque un cloisonnement préjudiciable, en terme d'efficacité et coûteux. Ces différentes institutions doivent être repensées et rassemblées sur cette base régionale.

Ces structures auraient pour mission d'organiser l'ensemble du dispositif sanitaire au sein des territoires, réunissant les structures médico-sociales, les soins de santé primaire(2), l'hospitalisation ainsi que la santé au travail, et en y intégrant à tous les niveaux la prévention, aujourd'hui isolée et donc embryonnaire. Les missions qui incomberont aux chambres régionales seront notamment la planification et la régulation de la formation et de l'installation des professionnels, l'évaluation des besoins en structures et équipements sanitaires ainsi que des politiques de santé et des programmes de santé publique. Afin de pouvoir mettre en œuvre ces mesures, il est nécessaire que les modalités d'attribution des enveloppes budgétaires soient radicalement modifiées. Par exemple pour l'hospitalisation, la mise en pratique de la tarification à l'activité a instauré une logique purement comptable que nous dénonçons dans sa forme actuelle d'inspiration purement libérale. Elle constitue une grave menace pour un avenir proche par l'avantage qu'elle donne de fait aujourd'hui aux cliniques privées lucratives. En ce qui concerne l'activité de ville, la rémunération exclusive à l'acte, centrée autour du curatif, ne permet ni une prise en charge globale, ni de répondre aux besoins de plus en plus diversifiés des patients. Nous proposons d'étudier la piste d'une rémunération contractualisée sur la base d'objectifs de santé publique et non plus d'objectifs financiers. Ces objectifs de santé publique sont construits à partir d'une moyenne nationale ajustée par les

chambres territoriales en fonction des caractéristiques démographiques, sociales, sanitaires des populations et des configurations géographiques des territoires.

Cette approche est la meilleure garantie d'un traitement équitable de tous.

La formation des professionnels

Le concept d'Université de santé apparaît le plus pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels vers une approche coordonnée des problèmes de santé. Comme le préconise L'OMS, il nous semble évident que «pour travailler ensemble, les professionnels de santé doivent bénéficier de bases de formation communes». La reconnaissance de l'ensemble des formations aux métiers de la santé dans le cursus universitaire : licence, maîtrise, doctorat, apparaît donc comme une nécessité. Elle permettrait par ailleurs la mise en place de passerelles au niveau des différents métiers, tant en formation initiale qu'en formation continue, y compris dans le cadre des dispositifs de Vae (validation des acquis et de l'expérience). Elle permettrait aussi une nouvelle reconnaissance des statuts et des salaires. Pour autant, il apparaît essentiel de créer de nouvelles formations, tant au niveau de la spécialisation des infirmières que de la professionnalisation de nouveaux métiers, notamment dans le domaine du vieillissement et de la dépendance.

Il faut également en finir avec des quotas de formation ou numerus clausus ne prenant pas en compte la réalité des besoins croissants de la population. Une politique nationale de formation, de reconnaissance des qualifications et de valorisation des emplois des métiers de la santé doit constituer une priorité. Nous proposons, en particulier, d'instaurer un statut d'étudiant de santé salarié sous contrat avec engagement de service. Cette rémunération sera modulée en contrepartie d'un engagement d'exercice futur dans des territoires prioritaires.

La formation continue des médecins ainsi que la recherche médicale, qui dépendent actuellement quasi exclusivement de l'industrie pharmaceutique, devraient s'inscrire et s'organiser dans le cadre de l'université.

Les différents niveaux de réponse

Le système actuel est caractérisé par plusieurs défauts :

- une coupure plus ou moins franche entre la médecine de ville et l'hôpital, malgré l'existence de nombreux «réseaux», parfois plus virtuels qu'efficaces ;
- une absence de régulation de l'installation des professionnels entraînant des disparités flagrantes sur l'ensemble du territoire avec de véritables zones sinistrées en terme de démographie médicale, mais aussi de structures d'accueil. Sans faire l'impasse sur l'étude approfondie des besoins en fonction, entre autres, des particularités géographiques (zones montagneuses par exemple) ou démographiques (personnes âgées moins mobiles et nécessitant peut-être plus que d'autres la présence de solutions de proximité ;
- un exercice isolé qui ne correspond plus ni à l'attente des professionnels, ni à une offre sanitaire de qualité ;
- un système de rémunération à l'acte inflationniste et ne prenant pas en compte la diversité de l'exercice de la médecine de proximité.

Nous proposons plusieurs niveaux de réponse organisés en réseaux :

- les maisons de santé,
- les centres hospitaliers généraux,
- les établissements publics de psychiatrie de secteur,
- les CHU et CHR.

Ces différents niveaux doivent être en lien en permettant à des praticiens d'exercer simultanément à plusieurs niveaux (par exemple praticien hospitalier donnant un temps sur la maison de santé).

L'idée générale s'inspire de la sectorisation psychiatrique où une même équipe assure la continuité des soins : prévention, soins et suivi. Il faut dépasser l'idée que la santé serait limitée aux seuls soins, ce qui nécessite de réinterroger la place centrale du paiement à l'acte. Beaucoup de missions des professionnels de santé comme la prévention, l'éducation pour la santé doivent pouvoir reposer sur d'autres modes de rémunération. D'un autre côté, une coordination entre les professionnels est indispensable pour assurer une couverture territoriale correcte, répartie en fonction des besoins et pour que puisse être assurée la permanence des soins et le système de garde de proximité. Il s'agit d'assurer un accès équitable aux soins pour éviter les actuelles disparités territoriales et locales aggravées par la démographie médicale et paramédicale.

Améliorer la prise en compte des questions de santé au travail : les risques professionnels et psychosociaux, la précarité économique et sociale auxquels un individu est confronté ont des incidences sur la santé. Les professionnels de santé doivent être formés à cette approche. Des consultations de psychopathologie du travail seront organisées dans certaines maisons de santé ou centres hospitaliers ; la collaboration entre médecins du travail, médecins traitants, médecins conseils des caisses primaires d'assurance maladie est à favoriser; le dépistage et la reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail doit être développée. La même approche doit être adoptée vis-à-vis des problèmes liés à l'environnement.

Le premier niveau suppose de généraliser, partout, dans tout le pays, des maisons de santé.

La maison de santé

C'est une structure de soins de proximité qui aurait un rôle pivot dans le dispositif avec les missions suivantes :

- assurer la continuité des soins et faciliter l'accès aux soins sur le territoire de santé, y compris auprès des spécialistes ;

- assurer une coordination des professionnels, notamment entre la ville et l'hôpital, autour du patient. Ceci suppose rait que soient garantis des temps suffisants de rencontre entre les professionnels, ce qui est actuellement impossible dans la logique du paiement à l'acte en ville et du fonctionnement en flux tendu à l'hôpital ;
- s'acquitter de missions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- évaluer les besoins de santé et avoir une position d'expertise pour les décideurs, les élus et l'assurance maladie pour les réponses locales à y apporter;
- coordonner et garantir la permanence des soins impliquant les professionnels libéraux de proximité. L'équipe définie par voie réglementaire serait pluridisciplinaire, comprenant des médecins, des paramédicaux, mais aussi ouverte sur d'autres compétences sociales et médico-sociales, permettant une prise en charge globale, source d'efficacité sociale et économique. Toutes les spécialités ne pourront pas être représentées mais un financement devrait être prévu pour intégrer en priorité des spécialités non accessibles sur le secteur. Pour les soins ou les prestations non disponibles sur la place, il est nécessaire de s'appuyer sur l'existant, public comme privé, ainsi que sur le secteur médico-social. En cela les maisons de santé s'inscrivent dans une logique de réseaux.

Ceci nécessite non seulement des liens mais aussi une participation, voire une intégration dans les maisons de santé des professionnels ayant des missions de santé publique : service de santé publique, médecine scolaire, équipe de PMI, de santé au travail, équipe de psychiatrie... Les maisons de santé permettent de faire progressivement rentrer une autre forme de rémunération des praticiens, mieux adaptée aux pratiques et aux besoins actuels, ce qui permettrait aux généralistes de consacrer du temps au suivi de leurs patients à l'hôpital et à des actions d'éducation pour la santé.

Nous proposons, dans une période transitoire, les modalités suivantes :

- Par principe ouverte à tous les professionnels de santé du territoire quel que soit leur statut.
- Le mode de participation serait celui de la contractualisation.
- Pour les médecins hospitaliers, cette participation peut entrer dans le cadre de leur statut ; pour les actuels libéraux, la rémunération pourrait correspondre soit à un temps partiel salarié, soit à un autre mode de rémunération, sous forme d'honoraires correspondant à une prestation forfaitaire par exemple.
- Toute forme de rémunération à l'acte est exclue dans ce cadre. Il ne s'agit pas en effet d'être en concurrence avec le secteur libéral qui doit être partie prenante des maisons de santé, mais de prendre en compte des pratiques ou des missions de santé que les médecins ou les autres professionnels de santé ne peuvent actuellement réaliser dans le cadre du paiement à l'acte.

Les maisons de santé peuvent également mettre à disposition des équipements techniques coûteux dont l'acquisition serait assurée par la Chambre territoriale de santé. De plus, les maisons de santé peuvent être adossées, dans certains cas, à des structures hospitalières locales assurant la prise en charge des urgences de proximité, l'hospitalisation de pathologies simples ainsi que les soins de suite. Le but est de faire des maisons de santé un dispositif attractif pour les professionnels, mais sans concession sur des questions éthiques. Il serait dangereux que les maisons de santé, dans un contexte de médecine à deux vitesses, deviennent des dispensaires pour les plus pauvres.

Il ne s'agit pas de s'attaquer en soi au fonctionnement libéral pour des raisons idéologiques mais d'inscrire le soin dans une logique de santé globale ; l'acte technique doit être intégré à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. Une consultation de gynécologie doit être articulée avec le planning familial. Pourquoi ne pas imaginer un accompagnement infirmier à domicile pour certains patients, par exemple lors de la mise en place d'un régime? Ne pourrait-on pas envisager aussi des groupes de parole ou un accompagnement des familles pour des patients en fin de vie ?

Il est indispensable que les maisons de santé soient des lieux d'échanges autour des situations cliniques, humaines et sociales que rencontrent les professionnels.

Les centres hospitaliers généraux

Au sein de chaque territoire de santé doit se trouver un hôpital général comprenant une activité de médecine et de chirurgie dans les principales spécialités, un service d'accueil des urgences (SAU), un SMUR ou une antenne SMUR, une maternité, un service de psychiatrie ainsi que des structures fixes et mobiles pour l'hospitalisation à domicile, la gériatrie, les soins de suites, les soins palliatifs.

L'hôpital doit rester organisé en services, son organisation repose sur trois niveaux :

- intra service,
- interservices,
- extrahospitalier.

A l'intérieur du service, il faut développer les échanges au sein de l'équipe. Permettre des temps de chevauchement entre équipes successives pour faciliter les transmissions. Ceci suppose une disponibilité de temps et des lieux où l'équipe puisse se réunir pour une transmission réellement transdisciplinaire. Il faut redonner une place centrale au collectif de travail, permettant la participation de chacun au plan de soins du patient. Cet échange a aussi une fonction de formation et de soutien psychologique pour l'équipe, il peut être renforcé par des groupes de paroles. Il s'agit de développer toutes les compétences en associant les malades eux mêmes à leur projet de soins. Cette organisation suppose une continuité de la présence des équipes, qui va à rencontre de la mobilité du personnel préconisée par le management façon « Hôpital 2007 », qui cherche à remplacer les moyens humains par des modes opératoires. Le fonctionnement clivé des services a créé une insatisfaction et des dysfonctionnements, mais les pôles d'activité sont une mauvaise réponse. La coopération entre

services ne doit pas être liée à une optique gestionnaire. Les liens entre services doivent être pensés en termes de complémentarité et d'échanges de compétences. La mutualisation des personnels sur plusieurs services empêche le développement des collectifs de travail définis plus haut. Les liens avec l'extérieur et la médecine de ville doivent être favorisés. Les maisons de santé peuvent avoir un rôle important dans ces liens comme nous l'avons vu, donnant la disponibilité nécessaire pour les professionnels qui y travaillent. Il s'agit de promouvoir la cohérence des projets de soins en intégrant la prévention, l'éducation pour la santé au-delà de l'hospitalisation. La place des associations de patients doit y être reconnue.

Les établissements publics de psychiatrie de secteur (EPPS)

La psychiatrie de secteur est une approche globale des besoins de santé qui s'occupe de la prévention, du soin et de la postcure. Les hôpitaux psychiatriques, contrairement aux autres hôpitaux, ont à gérer une partie importante de structures d'alternatives à l'hospitalisation.

Pour éviter une référence systématique à l'hôpital, nous proposons la généralisation de l'appellation d'établissement public de psychiatrie de secteur (EPPS). L'ensemble des structures de soins de psychiatrie d'un département, quel que soit leur lieu d'implantation (structure de soins dans la cité, hôpital général, hôpital psychiatrique), serait géré par cet établissement public, pour assurer une attention et une cohésion à l'ensemble du dispositif de psychiatrie d'un département. Seul un dispositif de ce type peut permettre que les secteurs de la psychiatrie implantés dans les hôpitaux généraux, ne subissent pas une fuite de leurs moyens.

En cinquante ans, les CHU se sont fortement inscrits dans le paysage hospitalier français : leur rôle régional est majeur. Ils constituent, dans chaque région, l'établissement de référence. Les CHU assurent aussi la formation initiale et continue des médecins. Ils ont un rôle moteur dans le progrès de la recherche.

La capacité à traiter aujourd'hui des maladies rares et, de main des maladies encore plus rares, le coût grandissant de la recherche (en 30 ans, le coût moyen de l'effort de recherche conduisant à une publication de niveau international a été multiplié par 50), conduisent à promouvoir une organisation interrégionale de six ou sept grandes inter-régions, fédérant chacune plusieurs CHU et/ou CHR. C'est un moyen de rééquilibrer la France. Il y va de l'excellence de la recherche en santé dans notre pays et de l'emploi dans ce domaine d'avenir.

Le mode d'exercice des professionnels

Afin de faire fonctionner ce dispositif, nous sommes obligés de sortir du système actuel de « liberté d'installation » et de « rémunération à l'acte ». Cette remise en cause est nécessaire, d'autant que les différentes mesures proposées ces dernières années pour tenter de corriger les dérives du système se sont révélées inefficaces. Nous ne proposons pas un système étatisé à l'anglaise, mais une modification des modes d'installation et d'exercice, permettant de répondre à la fois aux besoins de la population et aux aspirations des professionnels, notamment en termes de qualité et de choix d'exercice.

Nous proposons donc deux types d'exercice avec, si possible, une généralisation de l'activité mixte :

- Un exercice indépendant, basé sur une relation contractuelle avec la Chambre territoriale ou régionale de santé et une rémunération forfaitisée sur la base de contrats définissant les actions de santé à mettre en œuvre par le praticien. Il ne s'agit en aucun cas d'uniformiser les rémunérations puisque chaque praticien aura le choix de contractualiser ou pas sur les différentes missions proposées. Par contre, l'installation sera conditionnée d'une part, à l'existence d'un besoin sur le territoire et d'autre part, au fait que l'en semble des missions définies par les chambres de santé soit bien respecté. De fait, l'installation sera conditionnée à l'existence de lieux d'exercice proposés par les Chambres de santé. Il serait illusoire d'avancer de tels projets sans mettre sur la table la disparition officielle de la possibilité de s'installer en cabinet libéral pour les futures générations d'étudiants en médecine. Ce chantier nécessite un profond changement des mentalités des praticiens. Il nous apparaît indispensable que tous les médecins exerçant dans les maisons de santé travaillent également une partie de leur temps (une demi-journée à une journée par semaine, voire plus) dans l'hôpital général du territoire. Il en va de l'intérêt tant du patient (lien entre les soins primaires et l'hôpital) que du professionnel (contacts avec d'autres spécialistes, formation continue).
- Un exercice salarié à l'hôpital ou dans d'autres structures de santé. Nous préconisons un seul statut de médecin salarié, ce qui permettrait des passages plus faciles d'un employeur à l'autre. Par ailleurs, l'exercice multi sites semble une nécessité afin que ce soit plutôt le médecin qui aille vers le patient que le contraire. En effet, du fait des problèmes actuels de démographie qui vont peser sur le système pendant une assez longue période, il semble opportun d'examiner la meilleure organisation prenant en compte la mise en place de consultations spécialisées dans les maisons de santé, la possibilité de soins spécialisés ambulatoires dans les hôpitaux locaux ou généraux, la continuité de la prise en charge entre les soins aigus dans un centre spécialisé mais éloigné et les soins de suite dans une structure de proximité...

Enfin, il conviendrait de mettre en place une extension de missions de l'hospitalisation à domicile (HAD) avec des équipes dépendant des hôpitaux, dotées de personnels qualifiés pour assurer le retour à domicile des patients, tout particulièrement les personnes âgées. Ces missions ne doivent pas être assurées par le système associatif, reposant sur une bonne part de bénévolat, cachant mal la sous-qualification des personnes embauchées et la précarité de leurs emplois. Cette activité sera en lien avec les maisons de santé.

La question du secteur de l'hospitalisation privée lucrative

L'existence de ce secteur a été « justifiée » par une offre supplémentaire assurant la « liberté de choix du patient ». Aujourd'hui, cet argument n'est plus valide. En effet, les réorganisations sanitaires ont souvent pour effet de substituer des structures privées lucratives aux structures publiques, ne laissant plus le choix au patient.

Il faut être clair. Le financement de l'ensemble du système est assuré par la solidarité nationale, c'est-à-dire par la collectivité. La santé ne peut être un service marchand source de profit et les hôpitaux n'ont pas pour mission première de contribuer au développement du marché.

Dans ce cadre, nous proposons de laisser la liberté de créer des structures sur initiative individuelle à partir du moment où elles répondent à des besoins. En revanche, il nous semble logique d'interdire toute possibilité de réaliser des bénéfices versés à des actionnaires et d'imposer que les marges de financement dégagées soient obligatoirement réinvesties dans le domaine de la santé. Pour être plus clairs, nous proposons de ne conserver, à côté d'un service public pivot, qu'un mode de fonctionnement correspondant au secteur PSPH actuel (privé participant au service public hospitalier).

Les questions d'éthique et de liberté

Il est essentiel d'affirmer la nécessité d'assurer l'indépendance de chaque professionnel de santé dans l'exercice de son métier. La relation de confiance patient-professionnel ne peut exister qu'à cette condition. Il découle de ce principe qu'aucun professionnel de santé ne peut s'inscrire dans une démarche de contrôle social des individus et/ou des populations.

De la même manière, il ne faut pas confondre les outils nécessaires aux professionnels pour assurer une prise en charge coordonnée des patients et données de santé utilisables à des fins commerciales ou de contrôle individuel et/ou collectif.

Dans ce cadre, le dossier médical partagé (DMP), tel qu'il est conçu actuellement, ne répond pas aux besoins des patients ni à ceux des professionnels. Enfin, nous réaffirmons que doit disparaître définitivement l'autorisation accordée à certains médecins hospitaliers d'avoir une activité privée lucrative au sein de l'hôpital.

Cette pratique s'étend de plus en plus à l'heure actuelle et crée, elle aussi, d'insupportables inégalités d'accès aux soins. De graves dérives voient le jour et ont d'ailleurs fait l'objet d'une médiatisation il y a peu de temps.

Commission confédérale Organisation du système de santé

1) Zone de taille variable en fonction des spécificités locales : nombre d'habitants, particularités des populations, géographie, transport...

2) Terme mis en avant par l'Organisation mondiale de la santé pour désigner le premier niveau de recours sanitaire sur la base des principes suivants : accès universel et couverture en fonction des besoins, garantie d'une équité dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale, participation communautaire à la définition et à l'exécution des programmes de santé, approche intersectorielle de la santé.

La Nouvelle Vie Ouvrière du 2 novembre 2007

La fonction publique se « smicardise »



Jean-Marc Canon
Secrétaire Général
de l'UGFF-CGT

PROPOS RECUEILLIS PAR KAREEN JANSELME

Le 26 octobre, tous les syndicats claquaient la porte face aux mesures salariales proposées par le gouvernement. Depuis 2000, les 5,2 millions de fonctionnaires ont perdu quelque 6,5 % de leur pouvoir d'achat. Explications avec Jean-Marc Canon

■ Quelles mesures salariales vous a présentées le ministre du Budget et de la Fonction publique, et pourquoi l'ensemble des organisations syndicales les ont-elles rejetées?

Jean-Marc Canon : Ce que nous a présenté le ministre peut se résumer rapidement. D'une part, une prime serait versée fin 2007 aux agents « bloqués au sommet de leur grade » depuis au moins cinq ans : 700 euros pour la catégorie A (cadres) et 400 euros pour la catégorie B (cadres intermédiaires). Mais rien pour la catégorie G, c'est-à-dire l'ensemble des bas salaires des trois versants de la fonction publique (État, collectivités territoriales, hôpitaux). Cette première « mesurette » concerne entre 50 000 et 80 000 agents, soit à 1,5 % du personnel. C'est la seule mesure nouvelle, critiquable au demeurant. Le reste a trait au paiement des heures effectuées. Le personnel de la fonction publique hospitalière, qui a accumulé depuis des années plusieurs centaines de milliers d'heures supplémentaires non payées ni compensées, verra ses heures payées à hauteur d'un tiers sur la base du volontariat des agents. Et ceux qui ont travaillé durant leurs jours RTT en 2007 pourront les faire « monétiser », selon le terme employé, à hauteur de quatre jours. Dans un cas comme dans l'autre, on nous apprend qu'on va payer ses heures effectuées, donc des heures dues...

■ Pour vous, ces mesures sont donc inacceptables autant sur le fond que sur la forme...

Toutes les confédérations syndicales ont réclamé depuis l'élection de Nicolas Sarkozy l'ouverture immédiate de négociations salariales, pour débattre et envisager des solutions acceptables. Or, quand le président affirme avoir pour priorité le respect des partenaires sociaux, le gouvernement nous convoque à une réunion où tout est décidé, sans négociation possible. C'est inacceptable sur le fond, car les mesures sont aux antipodes des attentes des salariés, et inadmissible sur la forme puisqu'on ne donne strictement aucun espace au dialogue social.

■ Quelles revendications salariales défend la CGT?

Nous souhaitons une augmentation significative de la valeur du point d'indice qui est le seul élément commun à tous les agents de la fonction publique, qu'ils soient titulaires ou hors statut (contractuels, vacataires, soit 1,2 million sur les 5,2 millions d'agents). L'indice Insee observe en effet que la valeur du point a chuté de 6,5% depuis janvier 2000. Cette date fait référence car il n'y a pas eu d'accord salarial depuis. Deuxièmement, la CGT réclame une revalorisation de la grille indiciaire, totalement délabrée du fait d'années de politique régressive. Le Smic est augmenté chaque premier juillet, et chaque année depuis six ans, le gouvernement est obligé de sortir un décret pour que le salaire minimum de la fonction publique ne soit pas inférieur au Smic. Les agents de catégorie B sont recrutés dans les faits avec un niveau moyen équivalent à bac +3 et sont rémunérés à 4% au-dessus du Smic. Et les agents de catégorie A sont recrutés à bac +5 en moyenne et débutent à 23% au-dessus du Smic. On assiste à un phénomène de « smicardisation » de la fonction publique extrêmement préoccupant.

■ Qu'en est-il des menaces sur l'emploi et les garanties collectives?

Le budget 2008 prévoit 22 900 emplois en moins. Au total, de 2002 à 2008, la fonction publique de l'État aura perdu 120 000 à 140 000 emplois, avec la suppression massive d'emplois aidés comme les emplois jeunes. Ce que nous propose Sarkozy, à savoir ne pas remplacer un fonctionnaire sur deux partants à la retraite, conduira d'ici 2012 à la suppression de 30 000 emplois. Avec pour conséquences l'aggravation des conditions de travail et de nouvelles privatisations. On nous fera la démonstration par l'absurde que le service public n'est plus à la hauteur et qu'il faut donc privatiser. L'enjeu de la fonction publique est donc un enjeu citoyen. Autre aspect fondamental : les attaques contre les garanties collectives. L'agent recruté pourra choisir entre le statut de fonctionnaire et un contrat de droit privé négocié de gré à gré avec son employeur. On remet en cause le concours, socle républicain issu de la Libération pour l'égalité d'accès et de promotion dans la fonction publique. Si Nicolas Sarkozy parle de « pacte 2012 » pour la fonction publique, nous dénonçons plutôt un « pacte 1912 », car c'est un retour à la fonction publique discrétionnaire et clientéliste du début du XXème siècle.

■ Quels sont dès lors les enjeux de l'action unitaire du 20 novembre?

Le gouvernement porte l'entière responsabilité du conflit. Nos ministres savent qu'une grève et des manifestations auront lieu le 20 novembre à l'appel de toutes les organisations de fonctionnaires. Le préavis de grève a été instauré pour laisser du temps aux parties pour négocier. C'est donc aujourd'hui au gouvernement qu'il appartient d'ouvrir ces négociations. S'il ne le fait pas, nous mettrons tout en œuvre pour que l'action du 20 novembre soit massivement investie par les personnels, et nous prendrons toutes nos responsabilités, si le gouvernement ne réagit pas au soir du 20 novembre, pour continuer à porter ces revendications.