

Édito

Les chantiers de la CGT

Rappelez-vous, au mois de juillet dernier nous nous étions engagés à mettre en place un collectif de résistance contre l'ordre infirmier.

Aujourd'hui c'est chose faite.

Le collectif contre l'ordre a suscité une forte mobilisation des personnels.

L'action continue !

Développer l'action unitaire du « tous ensemble » ; recréer du lien, de la solidarité entre tous les salariés de notre établissement était notre priorité.

Vos encouragements, vos témoignages de soutiens, vos sollicitations nous encourageant à développer notre démarche.

Concrètement, cela se traduit par de nouvelles adhésions.

L'autre priorité de notre syndicat : faire reculer la souffrance au travail.

A l'initiative de notre organisation syndicale, nous avons rencontré le médecin du travail, le psychologue du travail ainsi que nos homologues de FO et de la CFDT. D'un commun accord, les 3 organisations syndicales ont élaboré une démarche visant à faire appel à un consultant extérieur sur mandat des membres du CHSCT. Le but étant de faire une photographie objective et en toute indépendance sur les situations de souffrance rencontrées dans notre établissement. Histoire à suivre dans les prochains CHSCT ...

Des divergences existent entre nos 3 Organisations Syndicales. Cela ne doit pas être un obstacle. Face à la direction, il faut continuer et développer notre action unitaire du « tous ensemble ».

La CGT appelle l'ensemble des salariés et les organisations syndicales à se mobiliser « tous ensemble » pour imposer les créations d'emplois dont nous avons besoin.

Le secrétaire



1°) Ne stigmatisons pas nos collègues : histoire d'une enquête administrative bâclée

2°) Stop à la souffrance au travail ! Parce que notre santé le vaut bien : le médecin du travail, un partenaire à ne pas négliger

P.2

Prime au mérite : NON merci !
La PFR

P. 3

Le CPN, c'est aussi les personnels administratifs et techniques : le point sur les négociations en cours

P. 4 et 5

Loi HPST/Conseils de pôles
la base gogne...

P. 6 et 7

1°) Développement durable au CPN : transports en commun, covoiturage, vélo, merci Monsieur le Directeur !

2°) Boycott ordre infirmier

P. 8

Monique LEUCK, Emmanuel FLACHAT, Luc FERRETTI, Audrey DESBROSSES, Florence MERLIN, Sylvain BELUCHE, Céline CUNY, François LOUIS, Pascal BACROIX ont participé à l'élaboration de cette gazette

Si vous voulez apporter votre témoignage, n'hésitez pas à prendre votre stylo pour nous écrire

tél : 51-93 / fax : 51-92 / mail : cgt@cpn-laxou.com

Ne stigmatisez plus nos collègues !

Les faits : suite à un signalement, nos collègues d'un service de soins se sont retrouvés sur la sellette.

La direction s'est empressée de diligenter une enquête administrative aux mois de juillet-août.

Sur le fond :

Notre organisation syndicale n'est pas contre si la direction cherche à établir la véracité de ce qui est dénoncé.

Sur la forme :

La mise en place de « la procédure d'enquête disciplinaire » s'est étalée sur deux mois pendant lesquels les agents se sont demandés de quoi la direction les accusait

Après avoir mené des entretiens à charges, la direction a culpabilisé nos collègues sur leur fonctionnement.

En résumé :

Un signalement devient une dénonciation qui à son tour devient une rumeur.

« *Les ragots, la calomnie, le mensonge* » sont des écrans de fumée qui masquent la réalité.

La CGT désapprouve cette méthode qui ne fait que stigmatiser les professionnels.

La réalité :

La souffrance au travail existe dans notre établissement mais la direction refuse de prendre en compte cette dimension.



La CGT propose :

- dans les cas de dénonciation, mettre en place une procédure qui protège les personnes, les patients comme le personnel,
- faire intervenir le Comité d'hygiène et de Sécurité, et le Service de santé au Travail,
- pouvoir intervenir sur les organisations du travail,
- disposer d'outils d'analyse pour comprendre.

Dénoncer les injustices ne suffit pas. Renouer les liens de solidarité, partager les expériences, proposer des actions, aboutir à des solutions, la CGT s'y emploie.

L.F.

Stop à la souffrance au travail !

La mission de la médecine au travail est de prévenir et de préserver la santé des travailleurs.

Le médecin du travail doit établir une rencontre médicale basée sur la confiance, de façon régulière avec chaque salarié du CPN. Il doit pouvoir valider une clinique médicale du travail en toute liberté et indépendance.

Associé autant que possible au Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), le médecin du travail doit rendre compte des situations où l'environnement du travail produit des effets néfastes sur la santé des agents du CPN.

Face à des situations dégradées, le médecin du travail doit pouvoir faire des alertes médicales. Ces alertes sont destinées à faire l'analyse des organisations du travail et des effets psychosociaux que cela engendre sur la santé des agents.

En lien avec les missions du CHSCT, le médecin du travail doit pouvoir engager des actions de prévention contraignantes afin de préserver la santé d'un agent ou d'un groupe d'agents en difficulté.

Construire une relation de confiance entre les agents du CPN et le SST est un passage obligé pour assurer la santé au travail. Cela demande une indépendance totale des modes d'actions et d'interventions du SST et du CHSCT.

Travailler ensemble (SST. CHSCT. DRH) pour améliorer la santé des agents du CPN est primordial



Préserver l'indépendance du SST et du CHSCT est une condition incontournable que la direction doit respecter, si elle veut diminuer la souffrance au travail.

La santé des agents du CPN dépend pour beaucoup de « son » SST, de notre capacité à défendre notre médecine du travail.

Les salariés du CPN et leurs mandants doivent pouvoir intervenir et contrôler le bon fonctionnement du SST.

C'est cette pratique de santé au travail que les membres de la CGT entendent mettre en œuvre avec le Service de Santé au Travail (SST), le CHSCT et la direction.

C'est l'objectif que la CGT s'est fixé : faire reculer la souffrance au travail.

L.F.

Cette formation a mis en évidence l'impossibilité de jouer pleinement son rôle dans cette instance sans documents préparatoires, sans temps de préparation, d'échange avec les collègues avant la réunion, ni temps de restitution d'information après la réunion. L'expression des personnels ne peut absolument pas être restituée par les membres élus. Lors des conseils, eux même découvrent et subissent les décisions prises par les membres des bureaux de pôles en amont sans concertation des agents.

Le Pôle à Grande VitesseLe Pôle support médico technique et clinique:

Présenté comme « le super pôle » s'engageant le premier dans le contrat de pôle fin 2007, dont l'un de son premier travail participatif fut une enquête de satisfaction concernant ses 3 services :

UMPS / PHARMACIE / DIM-ARCHIVES

Considérés comme des prestataires de services, les agents du CPN pouvaient donner leur avis, leur ressenti avec tout ce que cela implique comme subjectivité sur, notamment l'accueil téléphonique, la rapidité de réponse, la connaissance des documents etc.... comme dans les études de marketing...

Depuis 1 an, seuls 2 services sur 3 sont encore représentés par des membres élus au conseil de pôle, du fait du très faible nombre de postes pourvu par manque de candidats aux élections puis de leurs mutations.

Pôle central pour l'évaluation des pratiques professionnelles par les activités propre à chacun des 3 services :

- met en place de nombreux outils d'évaluations quantitatives et qualitatifs
- l'observation à la loupe des consultations somatiques (pertinences, statistiques par service, par tranches horaires)
- aide à la codification des actes, gestion RIM-PSY, PMSI, indicateurs d'activités des pôles cliniques, indispensables aides à la mise en place de mesures d'évaluations, observations, comparatifs et coût des activités.
- sécurise le circuit du médicament en traçant les activités de chaque professionnel de santé, de la pertinence des prescriptions médicales à la validation de l'administration en passant par la fabrication, préparation, livraison.

Très préoccupé par la qualité du circuit des médicaments le service Pharmacie devrait faire l'acquisition d'un automate en janvier 2010, budgétisé par le non remplacement d'un agent partant en retraite. Cet outil est prévu pour développer la dispensation nominative à tous les patients du CPN avec des perspectives de sous-traitance.

Les personnels semblent avoir quelques inquiétudes difficiles à exprimer: l'impact sur les conditions de travail, cadences de l'automate, nuisances sonores, températures des locaux, valorisation des déchets plastiques produits par l'appareil etc....

Les seringues voie orale à usage unique produisent déjà des déchets plastiques.

Ce pôle a avancé très vite en oubliant peut-être un peu la progression des autres pôles. Très productif en 2008 (3 réunions) aucun conseil n'a eu lieu en 2009. Malgré la bonne volonté des responsables, les agents élus au conseil de pôle ne semblent pas avoir le sentiment d'être associés aux décisions et projets des services, d'autant que le travail du bureau de pôle cette année a, semble-t-il été centré sur la V2010 et les Evaluations des Pratiques Professionnelles.

Ce pôle fait un travail « remarquable » sur toutes les évaluations quantitatives que le secteur marchand regarde avec envie... aussi quel avenir en matière de :

- conditions de travail ?
- notion de service public ?
- qualité du service ?
- humanisation des soins ?

Demain, les services logistiques du CPN pourront subir la **logique d'hôpital entreprise** malgré des outils modernes et performants ...

Les décideurs d'aujourd'hui seront-ils encore là pour en voir les conséquences?

En divisant les hôpitaux en pôles, avec une délégation de gestion et une indépendance financière, le gouvernement organise une vente à la découpe aux entreprises privées... il est plus facile de privatiser par petits bouts. C'est déjà le cas dans certains établissements pour les services logistiques (cuisine, lingerie, stérilisation...)

Ce pôle ne se tire t-il pas un coup de fusil dans le pied aujourd'hui ?

Le Pôle du Grand Mépris ... Pôle Ressources:

0 conseil en 2008 0 conseil en 2009

(Finalement on peut être hors la loi alors ?)

Un modèle de démocratie participative et de motivation !

Les agents élus au conseil de pôle se sentent très importants dans la vie du pôle «ressources»...

Le Pôle du Grand Bazar.....le Pôle du Grand Nancy:

Pôle ou les membres élus ont le plus de mal à comprendre leur rôle, mais aussi, la stratégie des projets médicaux des prises en charge, les décisions étant toutes prises en bureau de pôle, les projets sont très confus.

Les exemples ne manquent pas : tentative de changement fondamental des prises en charge à la clinique, ouverture du BPEAS dont la gestion de lit est souvent incomprise, les nouvelles missions d'HE, fermeture de l'unité 3 étage... fermeture du CAP prévu en octobre avec la plus grande inquiétude sur «le parcours du combattant» qu'on va imposer au patient.

Le manque chronique de lit du PGN a pour conséquence des prises en charge chaotiques, avec les mutations de patients dans plusieurs services pour un même séjour.

Des projets médicaux,...une démission de chef de pôle, ...un nouveau chef de pôle, ...nouveaux projets médicaux, ...une logique de profils cliniques, ...de filières de soins, ...un semblant retour à une logique d'hospitalisation par secteur...

Le vote a été largement défavorable au conseil de pôle de juin 2009, projet malgré tout soumis à la CSIRMT. L'adhésion des personnels élus au conseil semble avoir assez peu d'importance.

Il paraît légitime que les personnels revendiquent un point de vue critique sur l'organisation du travail à laquelle eux même et les patients sont confrontés.



Les prises en charges psychiatriques connaissent un mouvement paradoxal d'externement abusifs des malades nécessitant une hospitalisation dont la «sortie» est pratiquement programmée dès leur admission d'une part et d'autre part par un retour à l'enfermement à vie pour ceux jugés potentiellement dangereux. Ce qui se traduit par la **fermeture excessive de lits d'hospitalisations** dans le même temps où l'on va ouvrir des structures fermées pour ces populations dangereuses.

Trop souvent l'hospitalisation se résume à veiller à l'hygiène, à l'alimentation du patient et à sa prise de traitement.

Pour certains décideurs, la seule utilité sociale du malade mental est d'être un marché pour l'industrie pharmaceutique. L'exemple le plus frappant étant l'hyperactivité des enfants devenu un marché très lucratif pour le laboratoire fabriquant la Ritaline.

La T2A est remplacée par **la VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie** le coût le l'acte n'est pas fonction de la pathologie. Son montant sera défini en fonction de la nature de la structure (Hospitalisation complète, CMP, CATTP, HDJ, HDN) où seront administrés les soins, le temps que dure la séance, du nombre d'intervenants et du nombre de patients. Cela entraînera une rigidité bureaucratique de la modalité des prises en charge.

Le **secteur** doit être réaffirmé comme pivot de l'organisation du dispositif de santé mental qui prévoit que la même personne est suivie avant, pendant et après l'hospitalisation par la même équipe.

L'évaluation du travail à outrance introduit une concurrence déloyale entre les salariés, privés, publics. La démotivation et le manque de participation réelle sur notre propre organisation de travail engendrent des phénomènes de peur et de dégradation de la qualité du travail.

La CGT propose le retrait de la loi «HPST» et de la «Nouvelle gouvernance» qu'il contient ainsi que les éléments du rapport Couty. Pour la psychiatrie, cela implique l'arrêt des dispositifs de la **Validation de l'Activité en Psychiatrie**, du **RIM-PSY** (relevé d'information médicale en psychiatrie), la suppression des Pôles et des contrats de Pôle. **La pensée marchande de l'esprit de cette loi réduit le qualitatif au quantitatif.**

Les contrats de pôle étant la mise en pratique de la marchandisation de la santé. N'hésitez pas à nous faire part de votre expérience au sein des pôles du CPN.

La Prime de Fonctions et de Résultats : la PFR

En route vers la prime au mérite ?



La PFR s'appliquera à toutes les fonctions publiques (d'état, territoriale et hospitalière). Les corps et emplois concernés seront fixés, pour chaque ministère, par arrêté conjoint du ministre chargé de la fonction publique et du ministre intéressé, avant le 01 janvier 2012.

La PFR est instituée par le décret N° 1533 du 22 décembre 2008. Elle se substitue aux diverses primes existantes et distingue 2 parts :

- une part liée aux fonctions exercées (60 à 70% du total),
- une part liée aux résultats individuels de chaque agent (30 à 40% du total).

La part liée aux fonctions exercées tiendra compte du type d'emploi, du niveau de responsabilités, de ses contraintes et de l'expérience requise ; elle a vocation à rester stable.

La part liée aux résultats sera purement individuelle et véritablement variable à l'issue d'un entretien individuel d'évaluation. Elle tiendra compte de la performance et de la manière de servir de l'agent.

« C'est la porte ouverte à l'arbitraire... »

La part de la prime liée aux fonctions exercées est cotée de 1 à 6 ; celle liée aux résultats individuels de l'agent de 0 à 6 , 0 pour un agent « non méritant » et 6 pour un agent « très méritant ».

« Comment décider si le fonctionnaire est méritant alors que les performances sont souvent collectives dans le service public hospitalier? »



Chaque agent se voit notifier chaque année par écrit la décision lui attribuant le détail des 2 parts.

En cas de contestation, l'agent peut, après avoir adressé un recours gracieux auprès de son évaluateur, saisir la Commission Administrative Paritaire. Cependant l'évaluateur n'est pas tenu de satisfaire la demande de réévaluation émanant de la CAP.

En réalité il apparaît que le rapport d'entretien professionnel établi par l'évaluateur devient un acte administratif totalement incontestable puisque le CAP n'aurait pas le pouvoir d'imposer qu'il soit modifié.

Ceci est une dénaturation profonde du rôle des élus du personnels et modifie la situation statutaire des fonctionnaires qui deviennent des employés de leur supérieur hiérarchique immédiat.



Au CPN, devant la forte augmentation du nombre de demandes de révision de note, on peut se demander quelle attitude la direction et les évaluateurs adopteront face à d'éventuels mécontentements.

Par ailleurs ceci remet en cause le fruit de négociations antérieures entre la direction et les syndicats sur l'évolution de la note chiffrée et pose question quant à l'évolution des carrières et des statuts des agents au CPN.

La CGT dénonce fermement la mise en place annoncée de telles mesures et ne manquera pas de vous tenir informés de son évolution.

NOTATION 2009 /CAPL/DEC.2009

Si vous estimez votre note insuffisante ou votre appréciation non satisfaisante pensez à saisir la Commission Paritaire Locale.

Contactez nos représentants :

cgt@cpn-laxou.com

BILLET D'HUMEUR SUR LA PLACE DES ADMINISTRATIFS ...

A l'heure où M. Éric WOERTH annonce la poursuite des suppressions de postes dans la fonction publique (dans le cadre de la Révision Générale des Politiques Publiques) et prend l'engagement en contrepartie d'augmenter les salaires pour les personnels restants, la C.G.T entend informer sur les négociations actuellement en cours au sein de la Fonction Publique Hospitalière.

Concernant la catégorie C (adjoints administratifs), aucune négociation n'est prévue : déjà servis, circulez !!!

Bien que particulièrement impliqués dans la mise en œuvre des évolutions dans les établissements, ces agents trouvent en fait bien peu de reconnaissance.

La fusion des agents et adjoints administratifs n'a en rien donné du souffle à leur déroulement de carrière.

Quant à la fusion des échelles II et III, elle a engendré un effet particulièrement injuste : la non-prise en compte de l'ancienneté pour une partie des agents de catégorie C.

A cela s'ajoute une rémunération en début de carrière flirtant scandaleusement avec le SMIC alors qu'en 1986, le traitement correspondant au 1^{er} échelon du grade était supérieur au SMIC de l'époque à hauteur de 14,72 % !

Peu de considération, peu de reconnaissance professionnelle, peu d'opportunité de déroulement de carrière, peu d'offres de concours, peu de remplacement des postes vacants, un nombre croissant d'emplois précaires, ...

Mais où est l'outil de motivation ? En tout cas, pas dans les mesures à venir ..

La R.G.P.P. et les orientations portées par le gouvernement s'orientent vers la libéralisation de la Fonction Publique et la mise à mal du statut des agents : élargissement de la contractualisation, rémunération au «mérite», mobilité des agents sous contrainte (cf décret paru cet été sur la mobilité des fonctionnaires),

Le C.P.N. n'échappe pas à la règle : il est de plus en plus fréquent au nom de l'évolution des contenus professionnels de voir des recrutements en catégorie C de personnels à qui l'on demande des diplômes et du travail auparavant réservé à la catégorie B).

Citons le cas des agents possédant le diplôme de secrétaire médicale et l'expérience mais pourtant confinés en catégorie C ou le cas d'adjoints administratifs effectuant des tâches de conception (gestion des marchés, préparation des budgets, ...) relevant naguère de la catégorie des adjoints des cadres voire des chefs de bureau !

Pour rappel, les statuts sont pourtant clairs : « les agents de catégorie C ont pour mission d'effectuer des tâches d'exécution [...] le recrutement s'effectue sans condition de diplôme. »

Concernant la catégorie B (adjoint des cadres), les discussions entamées le 8 juillet 2009 ont de quoi mettre en colère !

Dans le cadre de la transposition des grilles du décret général de la fonction publique, la catégorie B serait revue à la hausse pour le début et la fin de carrière (début à l'indice 310 au lieu de 290 et fin à 562 au lieu de 514 actuellement)

Pour la C.G.T., le compte n'y est pas puisqu'au vu de la nouvelle grille proposée (moins favorable en milieu de carrière)

les agents perdraient jusqu'à 7 000 € sur une carrière complète par rapport à la situation actuelle :

INADMISSIBLE !

Cette situation est tout bonnement inacceptable : le contenu du travail a beaucoup évolué et les glissements de tâches de la catégorie A vers la catégorie B se sont multipliés sans pour autant que la technicité des adjoints des cadres soit reconnue à sa juste valeur.

Au C.P.N, le recrutement s'effectue de plus en plus souvent au minima à BAC + 2.

Il n'est pas rare de voir des adjoints des cadres assumer des missions de management, de conduite de projet, d'expertise auparavant confiées à la catégorie A (anciens chefs de bureau devenus aujourd'hui attachés d'administration)

Ces nouvelles missions ont demandé aux adjoints des cadres une réelle remise à niveau : fonction acheteur, analyste financier, gérant de tutelles,

Le tout s'est traduit par une augmentation de leurs tâches de travail, une autonomisation et une responsabilisation croissantes sans contrepartie financière..

Pour rappel, les statuts stipulent que « les adjoints des cadres sont recrutés à niveau BAC et assurent l'instruction administrative ou financière des affaires qui leur sont confiées. »

C'est pourquoi, la CGT exige du Ministère une négociation portant sur l'ensemble de la filière administrative et revendique une revalorisation cohérente et harmonieuse, qui prenne en compte les nouveaux contenus professionnels induits par l'évolution des techniques et les incidences des réformes ministérielles.

La CGT propose :

- **la création d'un grade de technicien administratif (catégorie B) pour les adjoints administratifs disposant du BAC et du niveau requis pour assurer leurs fonctions.**
- **le maintien du grade d'adjoint administratif en stricte adéquation avec des tâches d'exécution mais surtout dans une fonction sociale pour permettre l'accès à l'emploi de personnes sans qualification**
- **la création d'un grade de technicien supérieur administratif pour les agents dont le contenu professionnel requiert des compétences dépassant celles des techniciens administratifs mais avec une condition de diplôme BAC +2 (catégorie B+)**
- **la régularisation de la situation des trop nombreux faisant fonction (secrétaire médicale, ACH, AAH, ...)**
- **les salaires en début de carrière à 1,4 fois le SMIC pour le niveau BAC et à 1,6 fois le SMIC pour le niveau BAC+2**

Parallèlement, le doublement du salaire sur la carrière afin de prendre en compte l'ancienneté et l'expérience.

... ET DES TECHNIQUES !



Le personnel ouvrier doit retrouver sa place dans l'hôpital. L'hôpital a besoin d'une logistique performante et disponible 24h/24

Les conséquences de la réforme de la catégorie C suite au dernier protocole d'accord de 2006 ont débouché sur un tassement de la grille des salaires par le bas et aggravé le mécontentement des agents

Pourtant sur le terrain, on demande de plus en plus de technicité, de polyvalence, de responsabilité.

Les nouvelles méthodes de travail : H.A.C.C.P. dans les cuisines, R.A.B.C. à la blanchisserie, règlement incendie de plus en plus complexe,..., en sont l'illustration.

Pour preuve au CPN, la relégation des ouvriers à un rôle de maintenance, devant la part croissante du recours aux entreprises extérieures, la forte pression exercée sur les agents, préfigure la fermeture de certains services.

La CGT du CPN se bat pour garder les services techniques et s'insurge contre les grilles de salaires de cette filière (nous avons d'ailleurs été les seuls à refuser de signer le protocole portant réforme de la catégorie C en octobre 2006)

Pour rappel, un ouvrier professionnel (OP) en début de carrière gagnait 1,2 SMIC et en fin de carrière 1,9 fois le SMIC.

Aujourd'hui, un OP gagne le SMIC en début de carrière et en fin de carrière, 1,3 SMIC.

Concernant les agents de maîtrise et les agents de maîtrise principaux, les carrières sont bloquées depuis plusieurs années sans aucune reconnaissance de leurs responsabilités et de leur technicité.

La CGT dénonce :

- la stricte conformité des grilles indiciaires applicables aux agents de maîtrise (à l'exception d'une misérable NBI) avec celles du corps des maîtres ouvriers.
- Le classement anormal en catégorie C du corps des agents de maîtrise exerçant des responsabilités d'encadrement

C'est pourquoi, la CGT a exigé lors des négociations ouvertes avec le Ministère depuis le 2 juin 2009 :

- l'intégration dans le corps des agents-chefs (catégorie B) de tous les agents assurant une fonction d'encadrement
- l'octroi de la NBI à tous les personnels exerçant des missions d'encadrement et/ou de responsabilité
- une rémunération à la hauteur de la technicité
- la création de nouveaux emplois statutaires (sécurité-incendie, biomédical, électricité, hygiène en cuisine et en blanchisserie, ...)

Il est de notre devoir de mobiliser les personnels pour faire pression sur le Ministère et ne pas accoucher à nouveau d'un protocole d'accord au rabais fin 2009.

E.F.



LOI HPST / CONSEILS DE PÔLES...la base grogne...

On ne peut parler de conseil de Pôle sans évoquer la loi Hôpital Patient Santé Territoire dite « loi Bachelot » qui vient d'être votée en juillet 2009 malgré des mobilisations inédites des personnels hospitaliers, de nombreux médecins et citoyens.

La loi modifie fondamentalement l'organisation du système de soins.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) auront un pouvoir de vie et de mort sur les établissements.

Le Directeur Général d'une ARS, nommé et révoqué par le Conseil des Ministres va régner en maître sous contrôle politique sur les professions de santé, le secteur hospitalier et les établissements médico-sociaux d'une région. Il va imposer toutes formes de coopérations entre les établissements publics et les établissements privés par les Groupements de Coopération Sanitaire à travers 200 Communautés Hospitalières de Territoire. Le Directeur Général dispose de pouvoirs accrus sur les directeurs d'établissement, décide du caractère contractuel ou statutaire du poste, fixe les objectifs et fixe la part variable de leur salaire (jusqu'à 70% de la part fixe). Il pourra transférer des activités ou équipement et les agents qui vont avec dans la région et au-delà. Cette loi introduit des salaires à part variable, pour les directeurs, pour les médecins et pour les agents par le biais de l'intéressement à l'intérieur des pôles en fonction de la réalisation d'objectifs essentiellement financiers.

Le maître mot n'est plus la santé mais la rentabilité. Cette loi cale l'hôpital sur l'entreprise. Ce directeur pourra n'avoir aucune compétence médicale ou en santé, décidera pourtant de l'organisation interne des établissements.

Le Directeur de l'hôpital devient le Président du Directoire. Le Directoire remplace le conseil Exécutif (CE) Le Conseil de Surveillance (CS) remplace le Conseil d'administration, la CME (dont le président ne cosignera plus les contrats de pôles) aura une obligation de résultat le CTE, le CHSCT, la CSIRMT, seront consultés dans leur domaine de compétence.

Les pouvoirs et la réorganisation de l'offre de soins sont posés. La « rationalisation » de l'offre de soins consiste en fait à imposer la collaboration entre le secteur marchand et les établissements publics par les Groupements de Coopérations Sanitaires.

Le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) : depuis le plan Juppé ce sont les députés qui fixent le budget des dépenses publiques de santé au parlement. La part assurance maladie consacrée à l'hôpital public ne cesse de baisser. Les hôpitaux sont invités à diminuer leurs dépenses.

Le budget 2010 en cours de présentation prévoit déjà l'augmentation des déremboursements de médicaments, le forfait hospitalier à 18€ auquel s'ajoutent les pénalités hors parcours de soin, les franchises médicales (médicaments, transports sanitaires... max. 50€/an) + les participations forfaitaires (consultations, analyses biologiques, radiographies...max.50€/an) total : 100€/an. Les patients subissent l'explosion scandaleuse des dépassements d'honoraires. On prépare aussi la part restant à charge pour le patient en fonction de ses revenus (les remboursements Sécu débuteraient à partir d'un montant de 400€/an de dépenses par exemple pour un revenu moyen)

Les PLFSS successifs ont progressivement fait glisser un système solidaire et égalitaire ou chacun cotise selon ses moyens et soigné selon ses besoins vers un système individualisé et privatisé, 14%des français sont déjà exclus des soins.

Outil pervers, aide à la déshumanisation : La tarification à l'activité dite «T2A»: ce sont les pathologies traitées qui sont pris en considération et valorisées et non le patient. Si la tarification pour traiter telle ou telle pathologie s'avère peu rentable, l'hôpital souhaitera l'abandonner ou la réduire. Au

contraire les établissements de santé entreront en concurrence les uns contre les autres pour capter les malades «rentables».

Les personnels dans la ligne de mire des plans d'économie : Actuellement déjà, la nouvelle gouvernance imposant la T2A, a conduit 50% hôpitaux publics à un déficit Ce qui a pour conséquence la suppression massive et injustifiée d'emplois d'infirmières et d'aides soignants et la sous-traitance des services logistiques comme les lingeries, les espaces verts, les transports et les stérilisations. Particulièrement grave le nombre croissant de département ou villes où le privé est maintenant en situation de monopole pour certaines activités.

La loi prévoit que le chef de pôle soit nommé par le directeur après avis de la CME et en cas de désaccord c'est la décision du directeur qui prime. Il aura autorité sur l'ensemble des personnels du pôle et les affectations. Les références aux unités fonctionnelles, services et bien évidemment chefs de service n'existeront plus.

Pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public comme pour les directeurs un nouveau statut de contractuel sera proposé aux chefs de pôle dont la part attribuée en fonction des réalisations des objectifs pourra aller jusqu'à 70% de la part fixe.

Décret 26 déc. 2005 : au CPN, juin 2007, **élection des membres des conseils de 7 pôles, participation très faible** :

- **Pôle d'activité clinique du Grand Nancy (G01, G04, G05)** -
- **Pôle d'activité clinique de Pont à Mousson (G02)**
- **Pôle d'activité clinique de Lunéville (G03)**
- **Pôle d'activité clinique infanto juvénile (I01, I02, I04)**
- **Pôle support médico technique et clinique (Dim, Pharmacie, Umps)**
- **Pôle Ressources**
- **Pôle Qualité, Efficience**

Qu'est-ce qu'un Conseil de pôle Instance participative de proximité, remplace le conseil de service, permet l'expression directe des personnels hospitaliers qui font toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle, ses structures internes, la permanence des soins, vote un règlement intérieur qui détermine les règles de fonctionnement des conseils, horaire de travail, missions.... Ses membres participent à l'élaboration du contrat de pôle, projet, rapport d'activité.

La CGT a évidemment mis en avant le risque de représentativité personnel, le manque de légitimité des membres élus.

Quel mandat ? Quel rôle ? Quels moyens ? Quels pouvoirs ?

Après 1 an de fonctionnement, la DRH a instituée fin 2008 une formation des membres des conseils de pôle. Elle a semble t-il, été suivie essentiellement par les membres élus et non les membres de droit...Seuls les membres élus ont ils eu besoin d'éclaircissement sur leur rôle ?

Initialement prévue cloisonnée par pôle, cette formation a permis par hasard que se côtoient des membres de plusieurs pôles.

Des échanges « transversaux » intéressants nous permettent donc quelques observations sur **3 pôles**.



Sachant que les règlements intérieurs imposent au moins 2 conseils de pôle annuels. Depuis les élections de juin 2007 :

	2007	2008	2009
Pôle Ressources :	1 conseil	0 conseil	0 conseil
Pôle S.Médico Tech. :	1 conseil	3 conseils	0 conseil
Pôle du Grand Nancy :	1 conseil	2 conseils	3 conseils

DÉVELOPPEMENT DURABLE AU CPN : la CGT PROPOSE

L'organe de presse de la Direction (CPN INFOS) a fait paraître en juillet dernier, un article de 2 pages sur les objectifs du CPN en terme de transports avec en ligne de fond un projet de Plan de Déplacement Entreprise (P.D.E.)

Conscients des enjeux en matière d'environnement, les salariés de notre établissement le sont aussi quand il s'agit de diminuer leurs dépenses de trajet domicile - travail.

Si le Grenelle de l'environnement incite les salariés à l'utilisation des transports en commun, encore faut-il pouvoir les prendre pour se rendre au CPN !

Les solutions alternatives : les transports en commun, le covoiturage, la bicyclette que la direction reprend à son compte ne sont que des effets d'annonce et des slogans....

A l'heure où le gouvernement nous pond un nouvel impôt particulièrement injuste à travers la loi carbone, il serait de bon ton que notre employeur s'engage à la hauteur des ses ambitions

Le décret 2008-1501 du 30/12/2008 sur la prise en charge par l'employeur des frais de transport existe déjà dans la Fonction Publique d'Etat et la Fonction Territoriale. Au niveau national et local, la CGT intervient afin que ce décret s'applique à la Fonction Publique Hospitalière.

Nous sommes toujours dans l'attente de la parution de ce décret.

La CGT du CPN demande que la direction du CPN anticipe la mise en place du décret pour les agents utilisant les transports publics. L'article CPN INFOS fait mention d'un coût de frais de transport en commun de l'ordre de 310 euros annuel. La CGT et les salariés de notre établissement demandent que les effets d'annonce en matière de plan de déplacement entreprise (PDE) se concrétisent.

La CGT propose que la direction du CPN trouve également un arrangement avec la CONNEX et la CUGN afin que des bus accèdent sur le site de l'hôpital.

Il est inconcevable que seuls les salariés de la FPH soient exclus d'un décret d'état qui

prend en compte les frais de transport en commun des salariés.

Le gouvernement nous fait déjà supporter les effets de la crise financière, ce n'est pas aux travailleurs de trinquer à la place des grandes firmes qui polluent avec leurs émissions de CO².

Monsieur le Directeur, avec la CGT, montrez votre réel engagement en faveur du développement durable et nous serons vos partenaires !

E.F.

BOYCOTT DE L'ORDRE INFIRMIER ET DE LA COTISATION : L'ACTION CONTINUE



Devant la DDASS - rue Bénit à NANCY

Mercredi 30 septembre 2009



Nous recevons encore de nombreux appels au sujet de l'ordre infirmier.

Beaucoup de nos collègues n'ont peut-être pas pu déposer leurs dossiers d'inscription lors de la mobilisation devant la DDASS le 30 septembre dernier.

Il n'est pas encore trop tard pour réagir : vous pouvez nous contacter au 51-93 (les mardis et vendredis) ou nous envoyer vos dossiers au local syndical CGT.

Nous conviendrons avec vous d'une date pour les renvoyer à la DDASS.

POUR RAPPEL : le non-paiement de la cotisation ne vous met pas en situation irrégulière au regard de la Direction !