

Différent

le journal des *adh* érents de la fédération *Sud* Santé-Sociaux



numéro 39 - Avril-Mai- 2013 -



SOMMAIRE

le journal des adhérents de la Fédération **Sud** Santé-Sociaux - numéro 39



Ont collaboré à ce numéro
Commission Femmes,
Elisabeth Douaisi, Anne
Marie Berthomier, Marie-
Hélène Durieux, Patricia
Garcia, Fabienne Binot,
Nelly Derabours, Jean-
Luc Le Quernec-Bosson,
Nicolas Laadj, Jean Carré,
Jean-Marie Sala, François
et l'équipe SUD de Jos-
signy, Loïc Faujour, Alain
Acquart, Jean Vignes

femmes - page 4,
Accord égalité professionnelle Femme/Homme Fonction Pu-
blique, des avancées qui restent à confirmer.

santé et social - pages 5, 6, 12
La FEHAP a ouvert la voie, la Croix Rouge s'y engouffre
Pacte de confiance, pacte de défiance
6h pour la santé, la protection sociale

société - page 7
Convergence sur l'universalisation des protections sociales

dossier - pages 8, 9, 10, 11,
Les hôpitaux de Paris dans le broyeur
La psychiatrie parisienne placée en hospitalisation sous
contrainte
Restructurations, fusions...

juridique - page 13
Resorption de la précarité dans la Fonction Publique: l'arnaque
se confirme.

International pages - 14, 15
Solidarité avec la Grèce

culture & plaisir - page 16
Debtocracy, «d'abord la vie, après la dette».



Nouvelle formule du journal «offensive syndicale» - ISSN : 1776-1875 - Numéro de CPPAP : 0717S08377

Edité par la Fédération nationale Sud Santé-Sociaux, 70 rue Philippe de Girard, 75018 Paris

Directeur de publication : Patricia Garcia

Téléphone : 01 40 33 85 00 / Télécopie : 01 43 49 28 67 / Courriel : contact@sud-sante.org / Site internet : www.sud-sante.org

Secrétariat de rédaction : André Giral Alain Acquart Jean Vignes

Numéro 39 imprimé en 17910 exemplaires par : IGC communigraphie,
10 rue G. Delory - 42964 Saint-Étienne Cédex

Résistance !

Dix mois après l'élection présidentielle, c'est la même boussole qui donne le sens des grandes orientations du gouvernement que pour la mandature précédente. Non seulement il n'y a pas de rupture avec la rigueur libérale mais ce gouvernement de gauche veut nous imposer une politique d'austérité en réponse au diktat imposée par la troïka (FMI, BCE, CE). C'est ainsi que les accords de Wagram instaurent la régression sociale avec la complicité de la CFDT, la CFTC et la CGC. Le gouvernement s'apprête maintenant à détricoter les acquis de la protection sociale par de nouvelles attaques: retraite, chômage...

Les résistances syndicales et citoyennes s'organisent comme contre la fermeture de maternités à Vire, comme le mouvement des cadres de l'APHP, des mouvements de révolte secouent services, établissements, conventions collectives... dans chacun de ces mouvements la fédération SUD Santé Sociaux prend sa part, largement impliquée grâce à l'activité de ses militantes. C'est l'Union Syndicale Solidaires que l'on retrouve aussi dans les conflits de PSA, de SANOFI, de Pôle Emploi...

Sud Santé sociaux est inscrit dans le réseau européen contre la privatisation de la santé et l'accès au soin pour toutes et tous. Nous soutenons et relayons les initiatives de résistance des populations telles que les « marées » en Espagne, de même, nous exprimons toute notre solidarité militante avec les centres de santé solidaires en Grèce...

Bien au-delà de nos seules forces, notre syndicalisme porte la contestation contre les politiques antisociales, contre les discours dominants dans les médias. Et nous devons faire plus encore. Pour cela, il nous faudra convaincre, nous convaincre de la nécessité de penser lutte unitaire, convaincre autour de nous dans nos établissements que résister est vital, convaincre au-delà du quotidien syndical qu'un autre monde est possible.

Intersyndicales, collectifs, associations, investir tous les espaces d'expression et de lutte et y faire entendre notre voix est impératif. Nous sommes porteurs d'alternatives, conventions collectives, protection sociale, droit du travail, organisation du travail, nos interventions sont motrices dans le désir de construire un monde plus humain.

Face aux sombres nuages qui obscurcissent l'avenir sur les retraites, la politique sanitaire et sociale, l'emploi... plus que jamais nous devons être porteurs d'espoirs.

Accord égalité professionnelle Femme Homme Fonction Publique: des avancées qui restent à confirmer.

Sous le gouvernement précédent, des négociations ultra rapides s'étaient soldées par un refus majoritaire des organisations syndicales de signer l'accord et par quelques mesures dans la loi du 12 mars 2012 (congé parental et quota de promotion de certaines fonctions de cadre et direction). De nouvelles négociations ont eu lieu pendant 5 mois et se sont soldées par un accord signé entre autres par Solidaires, FSU, CGT.

Les avancées portent sur les points suivants :

- Une démarche intégrée et décroisée qui prévoit que l'accord soit appliqué aux trois fonctions publiques (d'état, territoriale et hospitalière), aux titulaires et aux non titulaires et à tous les niveaux (jusqu'au niveau local).

- L'ensemble des négociations de la fonction publique devront spécifiquement intégrer les enjeux d'égalité professionnelle et des mesures pour y arriver.

- Un rapport de situation comparée (RSC) des conditions générales d'emploi des femmes et des hommes qui reprend les indicateurs de celui qui existe déjà dans le privé (recrutement, formation, promotion professionnelle, conditions de travail, rémunération effective, articulation vie professionnelle/personnelle...). Ce RSC existera dès 2014 au niveau national et local dans le bilan social (CTE) et servira de base pour négocier

des plans d'action.

- Il est rappelé aux employeur-euses que tous les congés liés à la grossesse et l'adoption ne doivent pas avoir d'impact sur la rémunération par le biais des évaluations, primes... que le temps partiel ne doit pas influencer sur l'évolution de carrière.

- Un bilan annuel sera présenté dans les CAP sur les avancements et les promotions pour les femmes et les hommes.

- La prise en compte de l'homoparentalité : le congé paternité et d'accueil devenant un congé de droit.

- La prise en compte de la question des violences (harcèlement et violences familiales détectées sur le lieu de travail). D'autres mesures sont prévues, mais elles ne vont pas assez loin à notre avis.



Ainsi, les écarts de salaires dans la fonction publique feront l'objet d'une étude qui sera rendue en 2014 et des campagnes contre les stéréotypes et les discriminations, des guides sur les congés familiaux (par exemple les conséquences néfastes sur la retraite du temps partiel, du congé parental, des périodes de disponibilité) seront mis en

place. De même, sont prévus des dispositifs d'organisation du temps de travail pour une meilleure articulation vie privée-vie professionnelle, des chartes de gestion du temps et l'engagement d'une réflexion sur les congés de solidarité familiale, enfants malades, handicapés etc.

La faiblesse de l'accord réside surtout dans le fait qu'il n'y a pas d'obligation de résultat (pas de sanction) et que tout ceci risque de reposer sur l'impulsion que le gouvernement et l'administration donneront pour contraindre les ministères et directions à mettre en œuvre l'accord. Pour autant, un calendrier est mis en annexe du projet d'accord, qui prévoit un rythme dans la mise en application.

Comme dans nombreuses négociations, tout ce qui « coûte » est absent ou renvoyé à d'autres négociations...

Les équipes SUD Santé Sociaux doivent se préparer, se former pour être en capacité d'utiliser ce dispositif. L'enjeu est de taille : rendre visible les inégalités, les freins aux recrutements

et aux promotions, se donner des objectifs concrets pour les faire disparaître.

*Pour le rappel de la situation, se reporter au Différent N°35 de l'été 2012 sur le site internet de la fédération.

commission femmes

La FEHAP a ouvert la voie, la Croix Rouge s'y engouffre

Le « dialogue social » entre la FEHAP et les organisations syndicales est rompu. Suite à la dénonciation par les employeurs FEHAP de la quasi-totalité de la CCN51, le socle conventionnel permettant les discussions entre la fédération patronale et les organisations syndicales a volé en éclat. Reste, depuis le 2 décembre dernier, une recommandation patronale appliquée de façon unilatérale par les employeurs dans les établissements FEHAP.

Depuis cette date, pour rétablir un nouveau cadre conventionnel, la FEHAP essaie de faire accepter aux organisations syndicales, un accord de méthode dans le but de restaurer un nouveau cadre conventionnel.

Cet accord de méthode définit les modalités et les thématiques d'un futur dialogue social. La FEHAP ne souhaite pas revenir à la CCN51 et semble avec de nouvelles négociations, vouloir dégager, encore, de nouvelles marges de manœuvre.

Cet accord de méthode devrait être soumis à la signature de l'ensemble des organisations syndicales fin mars ou début avril 2013. Mais il n'est sans doute pas près de voir le jour, l'opposition majoritaire CGT/FO/CFTC maintenant ses positions.

Regroupées en intersyndicale, les fédérations CGT, FO et CFTC ont refusé de participer à la dernière commission paritaire de la FEHAP, déclarant le 1er mars dernier dans un commu-

niqué qu'elles s'opposeraient à tout accord de méthode.

Elles demandent notamment la mise place d'une commission mixte paritaire qui regrouperait les organisations syndicales, la FEHAP et le ministère du Travail.

Si les trois syndicats opposants maintiennent leur position, de nouvelles négociations dans la CCN51 sont vouées à l'échec...



Emboitant le pas à la FEHAP, la CROIX ROUGE FRANCAISE met à la révision plusieurs points de sa convention collective : suppression de l'indemnité d'alitement, de la récupération des fériés coïncidant avec un jour de repos, diminution de la reprise de l'ancienneté à l'embauche (40% au lieu de 100% aujourd'hui), des indemnités de départ à la retraite, des indemnités kilométriques, du paiement des astreintes, des congés pour événements familiaux, augmentation de la durée maximale de la journée de travail pouvant aller jusqu'à 11h40, par dérogation...

L'économie annoncée est au moins de 6 millions d'euros et

la Croix Rouge annonce la fin des négociations pour fin avril 2013 !

A qui le tour demain ?

C'est toute la branche BASS qui est attaquée.

Aujourd'hui, les employeur-euses soutenu-es par le gouvernement ont comme objectif prioritaire de baisser le coût du travail. Ils s'unissent pour imposer aux salarié-e-s leur projet d'une seule convention collective unique de bas niveau, dont on peut voir se dessiner les contours dans les projets de la FEHAP et de la CROIX ROUGE.

Même si SUD partage le projet d'une convention collective commune à la branche, ce n'est pas la même, puisqu'elle reprend les meilleures dispositions de chaque convention, en les améliorant même, notamment en ce qui concerne les salaires.

Face au mépris et aux agressions patronales et gouvernementales, la seule réponse qui s'impose est une riposte unitaire de toutes et tous les salarié-es de la branche. Dans ce cadre, SUD Santé Sociaux propose de jeter les bases d'une initiative nationale, pour un grand rassemblement des salarié-e-s de la BASS, afin de poser les fondations de la construction d'un mouvement de résistance d'ampleur nationale.

La lutte doit continuer dans l'unité des conventions et des salarié-e-s.

Elisabeth Douaisi

6 sanitaire et social

Pacte de Confiance, Pacte de Défiance!

Après 6 mois de « durs labeurs », 150 personnes (en trois groupes de travail) se sont réunies 30 fois. Le rapport COUTY qui en résulte comporte 46 propositions qui se résument aux yeux de Mme Touraine à 13 engagements...!

Certes ces engagements reprennent plusieurs propositions, mais il n'en reste pas moins que Mme Touraine n'a pas cru nécessaire de garder celles qui concernaient:

- la santé mentale, qui sera vue ultérieurement,

- la transparence dans les critères d'attributions des dotations et leurs utilisations,

- la transformation du Conseil de Surveillance en Conseil d'Etablissement avec un champ plus étendu en matière de délibération et des moyens pour assurer la mise en œuvre de ses décisions,

- de vraies négociations sur l'amélioration des conditions de travail,

- et enfin une réflexion sur les formations initiales et continues.

Son pacte de confiance personnel ne concerne, dans l'ultra majorité de ses engagements, que les médecins et les directeur-trices, sans oublier bien sûr les ARS qui gardent le contrôle des « territoires », terme qui fait partie intégrante de la loi HPSTerritoire.

Le changement n'est toujours pas pour demain.

Même si Mme la ministre nous a promis des décrets d'ici l'été, ceux-ci ne changeront en rien nos conditions de travail car aucun d'entre eux n'y fait référence.

La loi HPST s'applique toujours et encore avec ses restructurations, ses fusions, ses retours à l'équilibre, ses fermetures de lits voire d'hôpitaux, la T2A.



Mme Touraine semble ne pas savoir que pour faire tourner un hôpital ou une clinique il faut du personnel non médical, administratif et ouvrier.

Elle a beau faire la part belle aux médecins et aux directeurs, sans les autres personnels il n'y a pas de soins.

Le seul engagement qui concerne le personnel non médical est l'engagement n°11 sur les CLACT

(Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail), mais que sera un service avec du matériel mais sans personnel pour l'utiliser?

De même, quand elle considère que le problème des urgences est en priorité un problème d'organisation, elle oublie encore que la suppression de nombreuses structures d'urgence de proximité a entraîné en engorgement des urgences restantes.

Ces dernières n'ont pas bénéficié d'augmentation de personnel, tant médical que paramédical.

La fonction de « gestionnaire de lits » prônée pour fluidifier le passage des patients nous paraît complètement utopique quand on peut mettre en parallèle le nombre de lits supprimé dans les hôpitaux et la diminution constante du personnel.

La demande est largement supérieure à l'offre !

Les fondamentaux de la loi HPST sont confirmés. Ce sont les mêmes politiques qui sont en œuvre. Cela confirme nos craintes quant à la remise en cause du statut de la fonction publique pour les personnels, car l'hôpital public sera un hôpital ouvert y compris pour les libéraux-rales et les structures privées.

Par contre c'est toujours la part belle faite au secteur privé lucratif grâce aux mesures tarifaires...

M. H. D

Convergence sur l'universalisation des protections sociales

Les organisations présentes au FSM de Tunis, ont établi les axes de convergence suivants :

- là où il existe ou existait une protection sociale généralisée et universelle, basée sur un financement solidaire, avec un dispositif de soins de santé public accessible à tous-tes, ceux-ci font l'objet d'une privatisation, d'une marchandisation et d'une financiarisation intense et accélérée;

- il se développe un système de protection sociale à but lucratif, qui devient inaccessible à une part croissante de la population qui n'a d'autre choix que de se tourner vers les initiatives humanitaires ou caritatives;

- les services de santé, qu'ils soient primaires ou hospitaliers, ne parviennent plus à offrir un accès universel à la santé. Ils encouragent ainsi le développement d'une offre privée, basée d'une santé à plusieurs vitesses. Ces mécanismes sont accélérés par les politiques d'austérité.

Les organisations réaffirment leur attachement à une protection sociale universelle, accessible à tous, permettant de préserver les populations de la pauvreté.

Elles refusent les concepts de « socle de protection sociale » qui aboutissent en réalité à renforcer les inégalités.

Elles insistent sur une vision de la santé globale, incluant la prévention et l'action sur les déterminants de la santé.

La santé est un bien commun et ne peut en aucun cas être considérée comme une marchandise.

Les organisations soutiennent l'initiative du Réseau européen contre la privatisation et la commercialisation de la protection sociale et de la santé et invitent à le rejoindre et l'élargir.

Elles dénoncent les attaques contre la protection sociale dans des pays comme la Palestine, le Pérou, ...

Elles appellent les organisations européennes et extra européennes à rejoindre le Réseau. Elles leur donnent rendez-vous lors de l'Alter Summit d'Athènes en juin 2013.

Elles s'engagent à préparer dans l'intervalle un plan d'action qui puisse être adopté lors de l'Alter Summit, qui visera plusieurs objectifs.



La défense ou la mise en place de systèmes universels de protection sociale, financée par des mécanismes de redistribution des richesses.

- Une opposition farouche aux politiques d'austérité et d'utilisation de la dette pour justifier ces politiques.

- Un rejet de la commercialisation et de la financiarisation de la protection sociale et de la santé.

- Marquer une solidarité effective et concrète envers le peuple grec en matière de santé, par un appui aux centres de santé autogérés...

Elles proposent aux organisations extra-européennes d'apporter la richesse de leur propre analyse et l'expérience de leur mobilisation lors de l'Alter Summit et de mettre en place des initiatives conjointes dans les autres régions du monde.

Elles défendent le droit d'association et la liberté syndicale, particulièrement dans les combats pour la défense du service public, de tous les domaines de la protection sociale et en particulier de la santé.



Les hôpitaux de Paris dans le broyeur

L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) avait bénéficié d'un différé dans la mise en œuvre des restructurations qui ont lourdement saccagé les hôpitaux publics. L'AP-HP, personnels et institution, croyait échapper au traitement de choc imposé aux autres établissements de la FPH.

Les effets dévastateurs de la loi HPST frappent maintenant durement l'AP : diminution des effectifs et fermetures de sites et de services battent leur plein et les annonces inquiétantes se multiplient.

Les effets sur l'offre régionale de soins se font sentir, la qualité et la sécurité des soins et des locaux deviennent aléatoires.

La stratégie de la tension

La direction générale de l'AP, pour faciliter la déclinaison de ses sombres projets, développe une communication qui allie rumeurs distillées et fuites médiatisées savamment orchestrées et démenties.

La manière dont a été (mal) traité l'hôpital Henri Mondor (un des deux centres hospitalo-universitaires du Val-de-Marne) est révélatrice des méthodes utilisées. Pendant d'interminables mois une menace de fermeture de la chirurgie cardiaque de cet établissement a plané. La direction générale présentant cette décision comme une exigence de l'ARS.

Démenti de l'ARS qui affirmait avoir « seulement » demandé la fermeture d'un service sur la région, sans préciser lequel. Emportée par son élan, la direction laissait ensuite filtrer des menaces contre la neurologie et le plateau technique de Mondor.

En compilant les annonces, nous pouvions nous demander si l'AP n'avait pour projet, à moyen terme, de liquider Mondor et toute sa filière d'aval (4 établissements !) de ne conserver qu'un site hospitalo-universitaire dans le département (BICETRE).

La stratégie sournoise et le numéro de duettistes (AP/ARS) ont finalement été interrompus par le ministère. Non que Xavier BERTRAND ait soudain découvert l'intérêt de préserver l'intégrité de MONDOR, c'est l'énergique mobilisation du personnel et la bronca unanime des élus politiques qui ont fini par peser.

Le site maintenant plongé dans l'œil de cyclone est l'HOTEL-DIEU. Cet établissement, implanté au cœur de Paris, sera fermé dans quelques semaines, sous prétexte de l'impossibilité de l'adapter aux exigences de l'activité hospitalière. Il faut noter que cette fermeture fait l'objet d'un consensus impressionnant entre la droite et le PS. Si une partie des services est transférée à COCHIN, avec cure d'amaigrissement au passage, le Service d'Accueil d'Urgence va disparaître.

Les urgences de l'HOTEL-DIEU, 44.000 passages par an qui vont se déverser sur COCHIN, PITIE, SAINT-ANTOINE et LARIBOISIERE, des SAU déjà sursaturés où des patients sédimentent sur des brancards dans les couloirs, faute de lits d'aval.

Cette énième fermeture de SAU est la dernière d'une longue liste dans Paris intra-muros : en deux décennies ont disparu BOUCICAUT, BROUSSAIS, LAENEC et ROTHCHILD pour les urgences adultes, HEROLD et SAINT-VINCENT-DE-PAUL pour les urgences pédiatriques.

Et ce n'est peut-être pas terminé : une sourde tentative, pour l'instant écartée mais pas abandonnée, menaçait BEAUJON (à CLICHY mais à deux encablures de PARIS) et il est envisagé de fermer les urgences généralistes de SAINT-LOUIS pour ne conserver que des urgences spécialisées.

Toujours au registre de l'intoxication et de la déstabilisation, des bruits et des confidences « off » évoquent une fermeture de BEAUJON et BICHAT, gagée par la construction d'un nouveau site, lieu d'implantation et financement dans un flou total.

Autre spécialité sérieusement malmenée : l'obstétrique. Depuis des années les maternités de l'AP voient leur capacité diminuer, la dernière victime : SAINT-

ANTOINE où la maternité a été fermée, son activité étant sensée être prise en charge par celle de TENON.

Surprise : depuis la fermeture de SAINT-ANTOINE, l'activité de TENON diminue !

La récente dramatique affaire de la maternité de PORT-ROYAL n'est probablement pas sans lien avec la désintégration de l'obstétrique de l'institution.

La structuration de l'AP en groupes hospitaliers (GH) et la création des pôles ont également permis une réduction de la voilure sans précédent. Le protocole est identique sur tous les GH : sous prétexte de rationalisation et d'économie d'échelle, les services que l'AP souhaite conserver sont concentrés sur le site-amiral de chaque GH.

A la faveur de ces opérations la capacité d'accueil est minorée et des lambeaux de déserts hospitaliers émergent en Ile-de-France.

Un nouveau serrage de boulons est annoncé pour 2013 : au moins 1.500 suppressions de postes et 150 millions € d'économies (afublées de la douce appellation de plan d'efficience).

Dialogue social aboli, personnels épuisés et démotivés

La directrice générale actuelle, relayée par le DRH central, avait proclamé sa ferme volonté de rétablir le dialogue social à l'AP. Force est de constater que, depuis son arrivée, les relations avec les personnels et leurs représentants sont, soit conflictuelles, soit inexistantes. Même



dans les lieux « naturels » d'épanouissement du dialogue, les instances, la direction générale interdit tout échange, voire multiplie les provocations. Dans les établissements, tous les agents, sans distinction de grade ou qualification, rencontrent, au mieux l'indifférence, au pire le mépris.

Même les médecins et les cadres, qui se croyaient à l'abri, se plaignent du comportement des directions locales à leur égard.

Le mouvement des cadres paramédicaux-ales, en cours depuis le 6 décembre dernier, montre, si besoin était, que même ces personnels sans culture d'action revendicative n'en peuvent plus et s'organisent.

Pour comprendre l'épuisement du personnel, il suffit de prendre connaissance de la statistique « officielle » publiée par l'AP : 1.400.000 jours dus aux agents, pour l'essentiel stockés dans les comptes épargne temps (CET). La plupart des « heureux-ses bénéficiaires » n'arrivent à les utiliser qu'à leur départ (démission ou retraite). Une fleur pour les héritiers : en cas de décès d'un titulaire d'un CET, le montant monétarisé est versé aux ayants droits (de 65 à 125 €/jour).

La majorité du personnel a maintenant le sentiment d'assurer ses fonctions au mépris du respect des bonnes pratiques professionnelles, en faisant l'impasse sur la qualité et la sécurisation des soins, sur l'éthique.

La relation soigné-soignant, paramètre essentiel de notre exercice professionnel, a disparu.

La démobilisation et l'épuisement s'installent, les effets sur la vie personnelle des agents sont indiscutables, tentatives d'autolyses et syndrômes de désocialisation entrent en force dans les statistiques, rubrique dégâts collatéraux.

Et les patients ?

Les patients sont les premières victimes de la poursuite d'une politique initiée par la droite, reprise à son compte sans états d'âme par le PS.

La loi HPST et ses bras armés, les ARS, ont un objectif évident : diminuer l'offre de soins publique.

Il s'agit, en toute simplicité, de rendre moins accessible l'accès aux soins pour tous.

« Nous n'arrivons pas à maîtriser la demande de soins, il faut donc minorer l'offre » : cette froide préconisation des ultra-libéraux est suivie à la lettre.

Pendant ce temps le secteur hospitalier privé lucratif, sans contrainte de participation au service public hospitalier, prospère. Pour préparer sa retraite, faut-il acheter des actions de la Générale de Santé ?

J. L. Q. B

La psychiatrie parisienne placée en hospitalisation sous contrainte

Depuis juillet 2011, les personnels des hôpitaux publics, Perray-Vaucluse, Henry EY, Maison Blanche, Sainte-Anne, des Hôpitaux de Saint-Maurice (ex Esquirol) et l'ASM 13 (CC 51) sont mobilisé-es contre la mise en place d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) parisienne pour la psychiatrie.

Les directions respectives souhaitaient aller vite...

Elles ont déjà créé des instances communes : commission de communauté, Commission Médicale d'Etablissement, bureau exécutif et Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT).

La goutte de sérum qui a fait déborder la seringue, c'est la mise en place d'une direction hospitalière commune entre Maison Blanche, Perray Vaucluse et Sainte Anne.

L'intersyndicale CFDT, CGT, FO et bien sûr SUD Santé Sociaux a appelé à la grève et à la mobilisation pendant les séances des Conseils de Surveillance.

Les instances ont été systématiquement envahies par le personnel.

La combativité du personnel a permis le report de ce projet. Ce combat est politique, car c'est une autre conception et organisation de la psychiatrie que veulent nous imposer les directions, loin des principes de la politique de secteur.

Jusqu'à présent, la politique généraliste de secteur tente de survivre face aux attaques successives qu'elle a déjà subies : notamment les nouvelles gouvernances de l'hôpital 2007, la loi Bachelot (dite loi HPST) et la loi sécuritaire de juillet 2011.

Les restructurations en psychiatrie éloignent les structures de

proximité des malades mentaux et fragilisent la continuité des soins.

Le projet médical commun de la CHT prévoit une standardisation de l'offre de soins sectorielle : composition d'une équipe de CMP, horaires, dispositif d'intervention mobile et réponse à l'urgence, accueil familial thérapeutique... Ainsi la spécificité de chaque secteur parisien (composition de la population desservie, partenaires présents sur le secteur géographique, problématiques particulières) se trouve balayée au nom d'une égalité de traitement des usagers face aux soins.

Un des buts de cette CHT, sous couvert « d'optimiser l'offre de soins » par le biais de la mutualisation et de la spécialisation est de diminuer les coûts de la main d'oeuvre (des ouvriers aux soignants en passant par les administratifs) et des équipements..

Cette Communauté Hospitalière remet en cause le caractère d'intérêt général de l'hôpital psychiatrique public. Alors oui !

Ce combat est bien un combat politique !

Hélas, dernière minute, le 27 Mars 2013, l'ARS Ile de France a approuvé la convention constitutive de la CHT.

N. D et N. L



Restructurations, fusions, fermetures de maternités se poursuivent à marche forcée.

La maternité de Vire veut vivre

L'ARS de Basse Normandie a confirmé fin janvier la fermeture de la maternité de Vire officiellement du fait d'une insuffisance d'encadrement médical.

Pourtant la direction de l'hôpital avait reçu des candidatures d'obstétriciens et n'y a pas donné suite, ce qui confirme qu'il y a une volonté délibérée.

A l'appel de la Coordination Nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité, samedi 23 mars une manifestation a été organisée pour exiger les moyens pour la réouverture de la

maternité. Une trentaine de comités de défense de différentes régions y ont participé.

La réouverture de la maternité est un enjeu crucial pour l'avenir de l'hôpital. En effet plusieurs services aigus sont menacés (gastrologie, cardiologie, pneumologie) ce qui fragiliserait la structure même de l'hôpital.

Le comité de défense prépare déjà les prochaines batailles pour préserver la totalité des services de l'hôpital afin que le bocage normand ne devienne pas un nouveau désert médical.

Marie Galante aussi

La maternité et la chirurgie de Marie Galante sont fermées depuis le 17 septembre 2012. Elus, syndicalistes, population continuent à se battre pour sa réouverture et participent à toutes les mobilisations.

Une délégation du comité de défense participait à la manifestation de Vire.

Marie Galante subit une double insularité, située à une heure de bateau (quand la mer est calme) de la Guadeloupe. Mais les critères de l'Agence Régionale de Santé ne semblent pas intégrer cette spécificité, plongeant les marie-galantais dans la précarité sanitaire.

Jean Marie Sala



On ne vous dit pas tout, vous ne nous croiriez pas.

Voilà un aperçu du quotidien à Jossigny, les patients désertent cet hôpital (jusqu'à 19 heures d'attente aux urgences) et demandent aux pompiers d'éviter Jossigny.

Le personnel n'attend que sa mutation au Sud Francilien où le travail semble si facile ou bien passer ses vacances à Koh-Lanta où la vie est si douce...

l'équipe Sud de Jossigny

Jossigny, nouvel hosto en Seine et Marne: un Koh-Lanta sanitaire.

L'architecture est un bloc rectangulaire : services découpés à la va-vite, en « L » ou « S », oublis de salles de repos, de secrétariats (réfugiés dans les réserves donc sans fenêtre), de toilettes (si, si les agents ont une vessie). Résultat une infirmière des urgences parcourt 10 km/jour, le brancardier 18 à 20 km/jour...

L'emménagement a été épique. La psy : pas de chauffage, pas de serrure aux portes, fenêtres sans sécurité. Les urgences ont débarqué dans leurs nouveaux locaux mais sans téléphone, sans informatique. Le bio nettoyage n'avait que de l'eau claire pour nettoyer les sols.

Aucune organisation de travail n'a pris en compte l'agrandissement des services et leurs découpages. Il n'y avait pas assez de personnel à Lagny, il n'y en a pas plus ici.

On ne vous parlera pas des mal-façons, des secrétariats sans lumière directe, des agents déplacés dans un autre hôpital, des services privatisés, des «IDE», sous anti dépresseur, une ventilation sans humidificateur (maux de tête, maux de gorge, saignement de nez, conjonctivites), des sols glissants, du parking payant pour l'usager et un nombre de places très limitées. On ne vous parlera pas des inondations au sous-sol, des primes versées à certains mais pas à d'autres, d'autres primes oubliées d'être versées par la direction, des démissions en pagaille du personnel et des directeurs mutés (ça c'est marrant), il n'est pas rare de rencontrer agents ou usagers perdus dans les couloirs : les ascenseurs qui montent aux étages ne descendent pas et inversement. Idem pour les escaliers.

la santé, la protection sociale !

Chères et chers ami-es

Le mouvement **Notre Santé En Danger** qui regroupe autour d'un **socle commun** de nombreuses associations, collectifs, syndicats et partis politiques a lancé en septembre 2012 une pétition pour demander :

- la suppression des dépassements d'honoraires, des forfaits et des franchises ;

- l'arrêt des fermetures d'établissements, de services hospitaliers, de maternités et de centres d'IVG, de centres de proximité tant dans le secteur des soins que dans celui de la prise en charge du handicap et des personnes âgées ;

- l'attribution des moyens humains et financiers pour un service public de santé incluant les soins de premier recours et la prévention ;

- la suppression des exonérations et des exemptions de cotisations sociales ;

- l'augmentation du budget de la Sécurité Sociale pour 2013 répondant aux besoins de la population.

- le rétablissement de la démocratie en matière sanitaire, usager-ère-s, professionnel-les de santé, élu-e-s locaux, devant être parties prenantes des décisions prises concernant notre

système de sante et de protection sociale.

En ce début d'année 2013, c'est avec inquiétude que nous constatons que les dépassements d'honoraires sont aujourd'hui officialisés, que les franchises sont toujours là, que les restructurations en application de la loi Bachelot continuent et que le budget qui a été adopté pour la sécurité sociale ne permettra pas de faire face aux besoins. De même les orientations en matière de psychiatrie et de soins aux migrants ne donnent aucun signe de rupture avec les politiques antérieures.

Le gouvernement annonce pour 2013 un projet de réforme du financement de la sécurité sociale et un projet sur la perte d'autonomie. Ces réformes structurelles ne peuvent que nous inquiéter dans le cadre de la « règle d'or » et de la recherche permanente de la baisse du coût du travail.

C'est également avec inquiétude que nous voyons monter dans la population, notamment pour les plus fragiles, les renoncements aux soins pour des

raisons financières ou pour des motifs de désertification.

Parmi les personnels professionnels de santé, le cumul des heures supplémentaires, les horaires de travail en 12heures, les postes vacants et la pénurie entraînent une dégradation des conditions de travail et un stress insupportable pour les personnels et préjudiciable aux soins.

Pour toutes ces raisons nous envisageons d'organiser une initiative publique, unitaire, nationale, convergente, sous forme de « 6 heures pour la santé et la protection sociale ». Cette initiative permettrait d'affiner nos analyses, revendications et propositions dans le cadre d'ateliers avec une restitution en plénière. Conscient-es que ces questions vous concernent et vous préoccupent également, nous vous proposons d'unir nos forces à hauteur de l'enjeu de société qu'elles représentent.

Ensemble débattons ; usager-ères du système de santé, professionnel-les, militant-es associatifs, syndicalistes et politiques

Le collectif Notre Santé en Danger

A Paris le 25 Mai 2013, et partout ailleurs dans les régions, les villes où nous sommes organisé-es; initions le débat, autour de quatre ateliers de réflexion: accès aux soins, organisation du système de soins, financement, Europe et international.

Ces débats alimenteront les actions que nous devons mettre en oeuvre pour modifier les orientations de la politique actuelle.

Résorption de la précarité dans la Fonction Publique : l'arnaque se confirme

Le protocole d'accord du 31 mars 2011 n'a pas été signé par l'Union Syndicale Solidaires.

En effet, ses structures membres, dont SUD Santé Sociaux, dénoncent cette arnaque.

La loi du 12 mars 2012 : « *relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique* » confirme notre analyse.

Cette loi n'est pas à la hauteur des enjeux pour une véritable

politique de résorption de l'emploi précaire dans la Fonction Publique.

Au contraire, les décrets d'application organisent le contournement des règles imposées par le statut en termes de recrutement, de rémunération.

Ils privilégient l'individualisation des parcours professionnels.

Les employeurs-euses publics ne sont soumis à aucune obligation de résultat car la loi n'oblige pas à ouvrir autant de postes que de candidats potentiels à une titularisation et donc à une intégration dans le statut. C'est bel et bien l'employeur-

euse qui décidera d'ouvrir ou non un concours, en fonction de « ses priorités ».

Les agents non titulaires en CDI et CDD à temps incomplet sont exclu-e-s du dispositif. Ce protocole déroge au principe qu'un emploi permanent doit être occupé par un-e fonctionnaire.

Si cette disposition permettra de régulariser une poignée des agents non titulaires actuellement en poste, dans l'arbitraire le plus total, elle ouvrira aussi la possibilité de recruter de plus en plus de contractuel-le-s en CDD ou CDI en lieu et place de titulaires.

C'est donc une loi sans moyen et sans contrainte qui ouvre la porte à tous les abus.

La Fonction Publique Hospitalière comporte 17 % d'agents non-titulaires, soit 130 000 collègues! Cette loi a été promulguée sous l'ancien gouvernement. Le gouvernement actuel ne veut pas revenir sur cette loi.

Par conséquent, SUD Santé Sociaux poursuit son combat pour une vraie politique de titularisation de toutes et de tous les contractuel-le-s et la défense du statut.



N. D et N. L

Solidarité avec la Grèce,

laboratoire des politiques d'austérité européennes

Les politiques néolibérales imposées par la Troïka avec la complicité des gouvernements en place mènent la Grèce au désastre, mettant en danger la santé et la vie de la population. Sur le plan sanitaire, on assiste ainsi à la recrudescence des dépressions, à la prolifération de pathologies comme l'hypertension, les maladies cardiaques, le cancer et au retour de la tuberculose et le paludisme. Le chômage est aussi cause d'une mortalité accrue. De nombreuses catégories de la population, notamment les plus vulnérables : enfants, femmes enceintes, familles monoparentales, malades chroniques, personnes dépendantes ou handicapées, malades chroniques, migrants sont en danger, étant privées de soins et de suivi adéquat.

Des politiques du même type, se développent en France et dans d'autres pays d'Europe, au sud en particulier car les gouvernements poursuivent le démantèlement des services publics. Il nous faut nous battre ensemble pour le rétablissement d'un service de santé public, gratuit, universel et de qualité partout en Europe.

C'est dans ce cadre qu'un collectif s'est créé, à l'initiative « des étudiants et travailleurs grecs à Paris ». Ce collectif regroupe en plus, des associations, des syndicats, des partis politiques et des individus. Il a pour but, certes d'organiser des actions de solidarité mais aussi d'informer et de faire une campagne politique contre les mesures d'austérité et leurs conséquences désastreuses.

Le premier débat public a réuni

plus de 200 personnes à Bobigny.

Le docteur Giorgos Vichas, cardiologue dans un hôpital public et médecin bénévole au dispensaire social d'Hellénikon à Athènes, a présenté la situation sanitaire en Grèce et les dispensaires sociaux autogérés.

Nous en avons profité pour l'interviewer.



1) Quelle est la situation sanitaire :

Le problème de la dégradation du système de santé public en Grèce ne date pas que de 2009. Sa casse a été organisée dès les années 90 par des baisses de budget pour réduire les déficits incontournables vu le sous financements des hôpitaux. Les budgets sont passés de 12.5% à 6.5%. Ces baisses ont entraîné des pénuries de personnel, des transferts de services rentables au secteur privé... Situation connue aussi en France.

Depuis 2009, en réponse aux injonctions de la troïka les dépenses publiques de santé ont diminué de 32%.

Les restes à charges sont de plus en plus importants et excluent un nombre croissant de la population de l'accès aux soins. Ils sont de 25 à 30% sur les mé-

dicaments, de 15 à 20% sur la biologie, la radiologie (exemple 70€ pour un IRM).

Pour les consultations et soins primaires :

Elles peuvent être gratuites dans les dispensaires de la caisse d'assurance maladie mais il y a des délais d'attente très longs.

Il y a aussi des médecins conventionnés payés de 800 à 1000€ par l'assurance maladie pour un certain nombre d'actes. Au-delà de ce quota les patients paient 10€.

A l'hôpital public, les consultations aux urgences sont gratuites après l'acquittement d'un forfait de 5€. Pour les hospitalisations le forfait est de 25€, mais seuls les assurés sociaux sont pris en charge or on estime aujourd'hui que 35% à 40% de la population n'est plus couverte par la sécurité sociale. Ils doivent alors payer l'intégralité des soins (ex 800€ pour un accouchement). C'est impossible compte tenu de la baisse des salaires, des retraites (500€ en moyenne), de la faiblesse de l'indemnisation du chômage.

2) Quels sont les principes d'ouverture et de fermeture des droits :

L'ouverture des droits sociaux se fait dès le premier jour de travail si l'employeur paie.

En cas de chômage, il y a le maintien des droits pendant un an pour toute la famille, mais une mesure récente ne prolonge les droits qu'à condition que la personne ait effectué 50 jours de travail dans les 15 derniers mois.

Il y a aussi le problème des artisans et petits commerçants, fortement touchés par la crise,

qui perdent leurs droits dès le premier jour de cessation d'activité.

3) *Face à cette urgence vous avez créé les dispensaires sociaux, en quoi consiste un dispensaire social ?*

Avant la crise il y avait des structures de santé réservées aux plus pauvres gérées par des ONG notamment « médecins du monde ».

Mais les dispensaires sociaux autogérés s'inscrivent dans une autre démarche politique. Ils ont un double but, répondre à l'urgence, soigner la population mais aussi la mobiliser pour se battre et reconquérir un système de santé public ouvert à tous. Ce doit être des structures transitoires qui sont organisées sur 3 principes fondateurs:

Le travail y est totalement bénévole.

Le dispensaire fait appel à des dons de médicaments mais refuse tout argent.

Le refus de toute dépendance, de tout sponsoring.

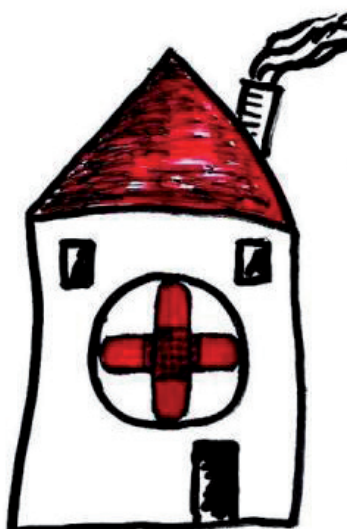
Sur Hellinikon, le dispensaire est soutenu par la mairie qui nous a fourni un local. Aujourd'hui, il regroupe 90 médecins, 10 pharmaciens, 15 dentistes, 10 psychologues et 120 autres bénévoles qui assurent des tâches de secrétariat et de communication.

Nous n'avons pas de statistiques sur le nombre de patients traités dans la vingtaine de dispensaires sociaux en Grèce et en Crète mais il y a une accélération depuis septembre 2012 car aux sans-droits s'ajoutent de plus en plus d'assurés sociaux qui ne peuvent plus payer les frais médicaux.

Sur Hellinikon de décembre 2011 à Août 2012 800 consultations ; De septembre 2012 à mars 2013 7000 et cela augmente encore.

4) *les dispensaires n'assurant que les soins primaires, comment faites vous en cas de besoins plus complexes ou d'opérations ?*

Nous sommes aidés par un hôpital et 2 maternités privées. Certains hôpitaux publics passent outre l'interdiction des prestations gratuites aux non assurés. Parfois certains hôpitaux mettent leurs blocs opératoires à notre disposition. Quand il n'y a pas d'accords passés nous faisons le forcing pour obtenir des soins.



Nous mobilisons la population pour accompagner les malades pour qu'ils soient opérés, soignés.

Il faut aussi rester vigilant pendant l'hospitalisation et après par rapport au paiement.

Au bout de deux mois, la dette est transférée de l'hôpital vers l'état qui n'hésite pas à faire des mises en recouvrement musclées, des arrestations, des saisies de biens.

Pour exemple, un homme vient au dispensaire avec un infarctus. Il est transféré sur un hôpital où il est précisé qu'il ne peut pas payer. L'hôpital ne le garde que 5 jours et exige 500€. Cet homme a subi un tel harcèlement qu'il est revenu très mal au dispensaire. Il y a eu une mobilisation pour exiger l'annulation de la dette.

Le 12 avril nous entrerons de force dans une maternité pour exiger la prise en charge gratuite de deux femmes enceintes. Le choix de cet hôpital n'est pas fortuit. Il y a déjà eu des problèmes.

Une fois il a refusé de rendre un nouveau né à sa mère tant qu'elle n'avait pas payé. Une autre fois, ils ont menacé de prison une réfugiée politique afghane qui ne pouvait pas payer 1200€ de frais d'hospitalisation.

5) *Que pouvons nous faire ? Quelle solidarité ?*

Il est important d'informer, de faire savoir en faisant les liens avec les politiques d'austérité communes aux différents pays d'Europe.

Les actions de solidarité comme votre projet de transfert de médicaments nous permettent de poursuivre notre action

Il faut exercer une pression sur le gouvernement grec et les autres en dénonçant la situation. De notre côté nous envisageons de porter plainte contre le gouvernement pour mise en danger de la population.

Les projets en cours

Organisation d'un convoi médical à l'occasion de la réunion de l'alter summit des mouvements sociaux les 7 et 8 juin 2013 (ce qui laisse peu de temps) pour récolter de l'argent pour acheter les médicaments et organiser à cet effet des initiatives dans différentes villes. Actuellement il y a des projets sur Caen et Toulouse.

Toutes les informations:

«Solidarité France-Grèce pour la Santé»:

<http://solidaritefrancogrecque.wordpress.com/>

Debtocracy

« D'abord la vie et après la dette »

C'est par ces mots que le président de l'Equateur en 2005 a inauguré son mandat.

En moins d'une dizaine d'année ce pays est passé du marasme dans lequel l'avait plongé la dictature économique du FMI (Fond Monétaire International) à une république sociale, dynamique, où l'enseignement et la santé sont au cœur des préoccupations.

Après l'Argentine, les anciens dirigeants de ce pays ont dû fuir leur « palais présidentiel » en hélicoptère sous la pression populaire. Plus près de nous dans le temps le peuple d'Islande, a refusé de payer la dette des banques, l'histoire foisonne de refus de paiement des dettes, y compris de la part de gouvernements libéraux...

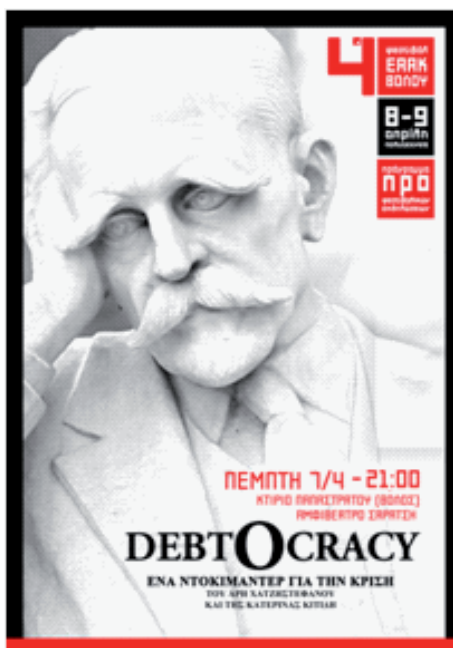
En Roumanie, l'an dernier, la pression populaire a empêché la privatisation du système de santé, des manifestations secouent aujourd'hui la Pologne pour les mêmes raisons. Ces mouvements s'amplifient aujourd'hui en Espagne ou au Portugal...

De façon non coordonnée la révolte gronde. «oui à la révolte, non à la misère» clame un slogan à la mode Grèque.

Se révolter nécessite de croire en une issue à l'univers de mondialisation dominé par l'Organisation Mondiale du Commerce. *Debtocracy* vous en livre quelques clés. Concocté

brillamment par Katerina Kitidi et Aris Hatzistefanou, ce film documentaire d'exception vous passionnera, renforçant votre conviction qu'un « autre monde est possible ». Vous replongera dans une lutte des classes qui n'a jamais cessé, « pauvres ne vous bouffez pas entre vous, bouffez les riches ils sont plus gras ». Ils réduisent en esclavage les travailleurs avec la complicité des dirigeants.

A travers plusieurs exemples, dont celui de la Grèce actuellement vous apprendrez à découvrir une autre réalité derrière les discours.



Une grande partie des dettes nationales de la zone euro ne sont pas légitimes, elles sont créées par des politiques menées contre l'intérêt des peuples. Voir: <http://www.audit-citoyen.org/> c'est le site français de l'audit citoyen de la dette.

Pour en finir avec les politiques qui protègent les propriétaires de créances odieusement créées, d'industries transnationales, d'agences de notations qui oppriment les peuples, pour l'avènement d'une société où la politique est au service de la socialisation et du bien-être commun.

A l'heure de la remise en cause de nos retraites, de notre système de santé, c'est plus que salutaire.

Debtocracy est une pierre blanche dans le jardin de la connaissance des mécanismes économiques qui nous oppriment...

Et si vous êtes convaincu et avez apprécié ce premier film, regardez dans la foulée *Catastroïka* des mêmes auteurs. Vous ne verrez plus le monde pareil. Révisitant des exemples de privatisations dans des pays développées, *Catastroïka* essaie de prévoir ce qui va se passer si le même modèle s'applique à un pays sous surveillance économique.

Ces films, produits à partir de dons individuels, sont à la fois l'exemple de la solidarité active et une pédagogie salutaire, à faire connaître et diffuser sans modération.

Debtocracy: <http://www.youtube.com/watch?v=3z8fsmFIOaE>

Catastroïka: http://www.youtube.com/watch?v=55_PVPMcknQ