



de l'Unsa Santé & Sociaux Public et Privé

DOSSIER SPÉCIAL

SEGUR de la Santé

Le point sur les travaux

Dans ce numéro...



**Infos
sur le FIPHFP
p.5**



**Un pas en avant pour
davantage de négociation
collective dans la Fonction
publique. p.9**



**Quoi de neuf
à l'UNSA SANTÉ
de l'Assistance Publique
Hôpitaux de Paris p.14**



SOMMAIRE

Public

SÉCUR DE LA SANTÉ
Le point sur les travaux

03



Public

Infos sur le FIPHP

05



Privé

Les délégués syndicaux DS
et les représentants
de la section syndicale RSS

07



Veille Juridique

Négociation collective
dans la Fonction publique :
L'ordonnance 2021-174

09



L'instant Philo

Soulager, guérir, n'est pas soigner !
Pour une refondation
de la prise en charge

12



ZOOM AP-HP

Quoi de neuf à l'UNSA SANTÉ
de l'Assistance Publique -
Hôpitaux de Paris

14



11, rue Ernest Psichari 75007 PARIS
Internet : www.unsa-sante-sociaux.org
Email : unsasantesociauxchristelle@wanadoo.fr
Directeur de la publication : Françoise KALB
Rédacteur en chef : Yann LE BARON
Comité de rédaction : F. KALB, C. MARTINO, K. HALGRAIN,
J-C STUTZ, A. SUARES, M. HOFFMANN, K CHENICLET
Conception et impression : TACTIC Impressions - 01 39 86 19 08
Crédit photographique : Adobe Stock, UNSA Santé et Sociaux
ISSN : 1295-098X
12 000 exemplaires - Dépôt légal : Mars 2021

Edito

Françoise KALB
Secrétaire Générale



En cette période, trouble et complexe, il est difficile de trouver un horizon capable de faire chanter un printemps qui s'annonce difficile.

A l'heure où j'écris ces quelques lignes un possible reconfinement s'annonce, les hospitalisations en réanimation augmentent à nouveau et la campagne vaccinale connaît à nouveau des jours difficiles.

Ma première pensée s'adresse à nouveau à l'ensemble des collègues des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux des secteurs public et privé qui, malgré la fatigue extrême, continuent leur engagement pour lutter contre ce virus qui hélas s'amplifie et s'inscrit dans le temps.

Ces personnels qui sont aux avant-postes pour lutter contre cette pandémie doivent recevoir de la part des pouvoirs publics des réponses concrètes en terme de reconnaissance, d'attractivité des métiers mais aussi en terme de conditions de travail permettant ainsi de renouer avec le sens du travail qui nous est si cher.

L'accord Ségur de la Santé n'est pas l'unique solution. Il constitue néanmoins un levier pour une Fonction Publique Hospitalière reconnue à la hauteur de l'engagement des agents qui la composent. Il doit dans sa déclinaison répondre de façon concrète aux enjeux de reconnaissance et d'attractivité pour notre secteur.

Pour l'UNSA Santé et Sociaux, il est de notre responsabilité d'honorer cet accord dans l'esprit avec lequel les négociations ont été tenues et ont abouti à notre signature. C'est en ce sens que nous oeuvrons !

Il est également de notre responsabilité sur le plan des établissements autonomes de la Fonction Publique Hospitalière et du secteur privé non lucratif que la transposition des dispositions relatives au complément de traitement indiciaire soit réellement effective au bénéfice de nos collègues relevant de ces champs.

SÉCURITÉ

SÉCURÉ DE LA SANTÉ

Le point sur les travaux



Le 13 juillet dernier l'UNSA Santé et Sociaux décidait de signer l'accord dit du SEGUR de la Santé. Cette signature n'était pas une fin en soi.

Dans le volet de cet accord consacré aux personnels des hôpitaux il y avait la mesure immédiate, le complément de traitement indiciaire de 183 euros net que touchent maintenant déjà une très grande partie des salariés de la FPH. Nous n'oublions en aucun cas nos collègues des établissements médico-sociaux et sociaux qui n'ont pas été intégrés dans ce dispositif. Grâce à nos interventions auprès du pouvoir politique une première négociation a pu s'ouvrir, il est dorénavant acté dans un accord signé avec le ministère que les agents des services sociaux et médico-sociaux dépendant d'un Etablissement hospitalier ou d'un EHPAD toucheront le CTI dès juillet 2021 tout comme ceux relevant d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un GIP à vocation hospitalière.

Il reste malheureusement à corriger l'injustice dont sont victimes nos collègues des Etablissements autonomes de la Fonction Publique Hospitalière. L'UNSA Santé et Sociaux a obtenu que des négociations soit ouvertes dès ce mois de mars afin de régler définitivement la problématique des « oubliés du SEGUR ». Nous tenons à corriger cette appellation trompeuse. L'UNSA Santé et Sociaux ne les a jamais oubliés : c'était bien la seule volonté du Gouvernement de les exclure du dispositif !

En complément de cette mesure des travaux ont été commencés pour réévaluer les statuts et les grilles indiciaires des professions paramédicales.

Les discussions ont, en premier lieu, abordé les métiers paramédicaux de catégorie A. Le texte de l'accord prévoyait que ces professions soient reclassées sur les grilles type de la catégorie A. Les propositions qui nous sont faites sont conformes à cet engagement. Néanmoins compte tenu des niveaux de complexité, de responsabilités des différents métiers il a été nécessaire de créer des paliers intermédiaires.

Pour les métiers de niveau Licence la carrière devrait se dérouler entre les indices majorés 390 et 722 auxquels s'ajoutent les 49 points du C.T.I. (Pour mémoire un point = 4.6860 € bruts). Si le niveau d'entrée est intangible (règles de la Fonction publique), l'UNSA Santé et Sociaux revendique un début de carrière très dynamique avec des premiers échelons raccourcis à un an.

Pour les métiers de niveau Master (Infirmiers spécialisés, masseurs kinés, orthophonistes, I.P.A.), les carrières devraient débiter à l'indice 422. L'UNSA Santé et Sociaux revendique un début de carrière à l'indice 445 pour tous ces professionnels. Dans les propositions la fin de carrière devrait se situer à l'indice majoré 764. Là également le CTI de 49 points doit s'y rajouter.

L'UNSA estime que ces indices, s'ils marquent une progression significative sont insuffisants au regard des responsabilités exercées et ne sortiront pas vraiment les soignants français de niveau MASTER des niveaux de rémunération les plus faibles de l'OCDE.

L'UNSA Santé et Sociaux exige des garanties sur le nombre d'agents promus du premier au second grade chaque année, pour ne pas rendre les derniers échelons de ces grilles inaccessibles. L'UNSA Santé et Sociaux revendique un effort pour les IADES qui seraient dans le projet du gouvernement les moins favorablement reclassés. Nous ne voulons pas qu'une catégorie professionnelle puisse se sentir lésée. Pour cela nous demandons également avec insistance que les Psychomotriciens soient maintenus dans le groupe des métiers de niveau M. Les modalités d'entrée sur les grilles de rémunération des cadres de santé ne sont pas encore fixées mais la revalorisation salariale devrait être significative. Les cadres devraient achever leur progression à l'indice 821 (et toujours +49). L'UNSA Santé et Sociaux revendique pour les cadres supérieurs de santé les Echelons spéciaux culminant à l'indice 972 (+49) et semble avoir été entendue sur ce point.

L'échelon dans lequel l'agent sera reclassé est celui doté d'un indice égal ou immédiatement supérieur. L'UNSA Santé et Sociaux revendique la conservation intégrale de l'ancienneté acquise dans cet échelon.

L'UNSA Santé et Sociaux revendique également un accord, transposé dans la réglementation, garantissant aux agents contractuels une rémunération équivalente à celle d'un fonctionnaire de même ancienneté, afin que les directions hospitalières ne soient pas tentées de faire des économies en dégradant la situation statutaire des agents.



À CE JOUR AUCUNE DECISION N'EST PRISE !

NOUS SOMMES EN ATTENTE DES DECISIONS DU PREMIER MINISTRE.

Les chiffres annoncés le sont sous toutes réserves ;

Depuis lors des discussions se sont ouvertes concernant les Aides-Soignants. Très vite une différence d'interprétation du texte de l'accord est apparue entre le ministère et les organisations syndicales participant aux négociations. Le ministère a tenté de nous faire croire que la grille (B NES) à laquelle faisait allusion l'accord était en fait la grille des agents administratifs de catégorie B. Cette position n'est pas entendable dans une discussion concernant des paramédicaux, dans un chapitre destiné à affirmer les spécificités des paramédicaux.

Les instances décisionnaires de l'UNSA Santé et Sociaux ont refusé d'abandonner la revendication du classement des AS-AP sur la grille B NES PARAMEDICALE, revendication portée depuis 10 ans, alors que le SEGUR nous laissait entrevoir son aboutissement. L'UNSA Santé et Sociaux ne souhaite pas partager la responsabilité d'une proposition qui serait en deçà de la grille paramédicale du B NES. Une proposition en deçà du B NES paramédical ne serait, selon l'UNSA Santé et Sociaux, pas conforme à l'esprit de l'Accord signé en juillet.

Concernant les AS-AP les discussions en sont restées là pour le moment, en attente d'une décision du premier ministre sur cette différence d'interprétation, tout à fait fondamentale pour la suite des discussions.

Nous avons également entamé les travaux concernant les agents de catégorie B. Le ministère objecte des

problèmes techniques de cohérence des grilles entre catégories hiérarchiques. En effet si les augmentations de traitement indiciaire ENVISAGEES (donc pas encore acquises !!) pour les soignants de Catégorie A sont en moyenne de 14 %, augmenter les grilles de catégorie B proportionnellement les placeraient au-dessus de grilles de catégorie A (Notamment celle des Assistantes sociales et des Educateurs spécialisés). Impossible dans la fonction publique, nous dit-on.

Encore une fois une position ministérielle qui a nécessité une réaction sans concession de l'UNSA Santé et Sociaux. Quel que soit le mécanisme employé ce qui est important c'est que l'augmentation de salaire soit comparable, proportionnelle, entre professionnels exerçant les mêmes métiers et qu'elle soit intégralement prise en compte dans le calcul de la pension. Le mécanisme par lequel elle est accordée n'est que mécanique administrative !!

L'UNSA Santé et Sociaux fidèle à ses principes a choisi de continuer le travail, de toujours proposer, de toujours revendiquer et nous sommes aujourd'hui encore dans l'espoir de finaliser un accord historique portant des revalorisations salariales inédites et dans le cadre du calendrier prévu avec une application au 01 janvier 2022. Pour cela le gouvernement ne doit plus tarder à prendre les bonnes décisions.

Infos sur le FIPHFP

(Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique)



Les origines

Créé en 2006 dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, le FIPHFP est un établissement public à caractère administratif dont la gestion administrative est confiée à la Caisse des Dépôts. Il est alimenté par la contribution financière des employeurs publics de 20 salariés et plus n'atteignant pas le taux d'emploi légal de 6% de travailleurs handicapés.

Les missions

Le FIPHFP a pour mission de favoriser, grâce à une politique incitative, le recrutement et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap dans les trois Fonctions publiques.

Les aides et interventions

Le FIPHFP finance des aides techniques et humaines, au cas par cas ou par le biais de conventions pluriannuelles, ainsi que l'intervention de partenaires oeuvrant dans le domaine du handicap.

Il peut ainsi financer :

- des aménagements ou adaptations de postes de travail (fauteuils et bureaux ergonomiques, fauteuils roulants à usages professionnels, outils bureautiques pour compenser un handicap (visuel, auditif ou autres), équipements du lieu de travail etc...
- la rémunération des agents ou organismes chargés d'accompagner l'agent handicapé dans l'exercice de ses fonctions (auxiliaires de vie pour aider dans les gestes du quotidien sur le lieu du travail, etc...)
- des aides d'action sociale versées par les employeurs publics afin d'améliorer les conditions de vie des agents handicapés
- des actions d'information et de formation des personnels susceptibles d'être en relation avec les travailleurs handicapés (formation aux aides techniques, telle que la formation à un outil bureautique etc...)
- des études liées à la problématique de l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- des travaux d'accessibilité à l'environnement professionnel.



Note : la liste exhaustive des aides dispensées par le FIPHFP est disponible dans le catalogue des aides, téléchargeable sur le site www.fiphfp.fr

Comment bénéficier des aides du FIPHFP ?

Pour bénéficier de ces aides, il sera demandé à la personne handicapée un titre relevant de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH).

Les titres relevant de l'OETH :

Outre les personnes disposant d'une décision de Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), d'autres personnes peuvent être concernées :

- les titulaires de la Carte mobilité inclusion mention invalidité (CMI-i) ou anciennement carte d'invalidité
- les titulaires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)
- les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10% et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire
- les titulaires d'une pension d'invalidité, à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers, leur capacité de travail ou de gain
- les anciens militaires et assimilés, titulaires d'une pension militaire d'invalidité au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre
- les veuves et orphelins de victimes militaires de guerre, ou de titulaires d'une pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions)
- les titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service.

Note : Les agents reconnus travailleurs handicapés peuvent saisir le fonds d'une demande de financement. Il est toutefois préférable d'informer au préalable l'employeur de votre demande. Les aides du FIPHFP sont en effet systématiquement versées à l'employeur qui en fait la demande.



Comment contacter le FIPHFP ?

Au niveau National

Pour toute question, n'hésitez pas à adresser vos courriers à l'adresse suivante :

Etablissement public FIPHFP

12, avenue Pierre-Mendes France - 75914 Paris Cedex 13
Tél. : 01-58-50-99-33 (Siège FIPHFP)

Au niveau Régional

Adressez-vous au Délégué Interrégional Handicap qui est l'interlocuteur des employeurs publics en région.



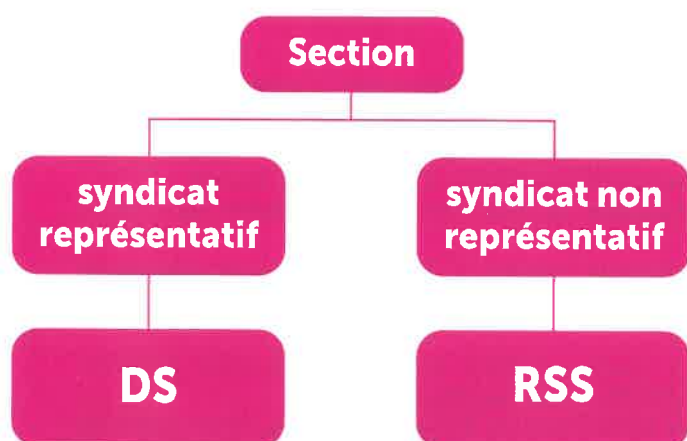
Les délégués syndicaux **DS** et les représentants de la section syndicale **RSS**

La section syndicale d'entreprise

C'est « l'antenne » du syndicat dans l'entreprise. Elle regroupe les adhérents de ce syndicat présents dans l'entreprise.

Tout syndicat peut constituer librement une section dès qu'il atteint 2 adhérents.

Elle peut être mise en place au niveau de l'entreprise ou de l'établissement.



La désignation

Le DS et RSS sont désignés par le syndicat et non par la section syndicale.

Le candidat salarié doit avoir 18 ans, doit travailler dans l'entreprise depuis 1 an minimum (4 mois en cas d'ouverture d'établissement) et n'avoir fait l'objet d'aucune interdiction, déchéance ou incapacité relative à ses droits civiques.

La désignation doit être notifiée :

- À l'employeur, soit par lettre recommandée avec avis de réception, soit par lettre remise en main propre contre récépissé ;
- À l'inspecteur du travail ;
- Aux salariés, par affichage du nom des salariés désignés sur les panneaux réservés aux communications syndicales.

**C'est au sein des adhérents,
que peuvent être désignés les DS ou RSS.**

DS

Le syndicat représentatif dans l'entreprise désigne le DS parmi les candidats aux élections professionnelles. Il doit avoir recueilli à titre personnel et dans son collège au moins 10 % des suffrages exprimés au 1^{er} tour des dernières élections au CSE.

Lorsque l'ensemble des élus ayant atteint 10% des suffrages renoncent par écrit à leur droit d'être désigné DS et en l'absence de candidat justifiant de ce score électoral, le syndicat peut désigner un candidat qui a réalisé un score inférieur à 10%.

Puis, en l'absence de candidat ayant réalisé un score inférieur à 10%, le syndicat peut désigner :

- Un de ses adhérents dans l'entreprise
- Un ancien élu ayant atteint la limite de 3 mandats successifs.

RSS

Le syndicat doit :

- Être constitué depuis au moins 2 ans
- Être compétent dans le champ géographique et professionnel de l'entreprise
- Respecter des valeurs républicaines et d'indépendance
- Satisfaire au critère de transparence financière.

Un syndicat non représentatif dans l'entreprise ne peut désigner qu'un membre de la délégation du personnel au comité social et économique (CSE).

(A savoir : une convention ou un accord collectif peut prévoir des conditions de désignation plus favorables)

Rôle des DS/RSS

- **Animation** de la section syndicale ; il assure le lien entre les salariés et l'organisation syndicale à laquelle il appartient.
- **Défense et revendication** : Il représente le syndicat auprès de l'employeur et défend les salariés. Il peut formuler des revendications, des propositions ou des réclamations. Il assiste le salarié qui le souhaite lors d'un entretien préalable (à une sanction disciplinaire ou pour un éventuel licenciement).
- **Négociation (uniquement pour les DS)** : il négocie et signe, au nom du syndicat, l'accord préélectoral ; les conventions et accords collectifs de travail.

Moyens d'action, droits et protection :

- **Pour l'exercice de sa mission**, le DS/RSS dispose de tous les moyens d'action mis à la disposition de la section syndicale. Il peut circuler librement dans ou en dehors de l'entreprise, peut rencontrer les salariés sur leur poste (sous réserve de ne pas gêner le travail), collecter les cotisations, disposer de panneaux d'affichage, animer des réunions de section, distribuer des tracts aux heures d'entrée et de sorties. **Toute atteinte à l'exercice du droit syndical dans l'entreprise est sanctionnée pénalement par le délit d'entrave.** Le DS/RSS est informé et reçoit communication, dans les mêmes conditions que les membres du CSE sur un certain nombre de sujets : plan de formation, bilan social,...
- **Heures de délégation** : les DS disposent, pour exercer leurs fonctions, d'un crédit d'heures mensuel, considéré comme du temps de travail : 12, 18 ou 24 selon l'effectif de l'entreprise. Les RSS disposent de 4h de délégation par mois pour les entreprises de 50 salariés et plus. Pour celles de moins de 50 salariés, le RSS étant un membre de la délégation du personnel (DP) au CSE, il peut utiliser ses heures de DP et ne bénéficie pas d'un crédit spécifique sauf si dispositions conventionnelles.
- **Le DS/RSS bénéficie du statut de salarié protégé**, son licenciement est soumis à l'autorisation de l'inspecteur du travail, ceci vise notamment à le protéger d'éventuelles représailles de l'employeur et de s'assurer que le licenciement n'a pas de lien avec sa fonction syndicale. Cette protection s'applique pendant le mandat et pendant 12 mois après la cessation du mandat, qu'il aura exercé pendant au moins un an.

L'ordonnance 2021-174 du 17 février 2021

Un pas en avant pour davantage de négociation collective dans la Fonction publique.



Prise en application de la Loi de transformation de la fonction publique du 6 août 2019, cette ordonnance habilite le Gouvernement à prendre toutes dispositions relevant du domaine de la loi afin de « favoriser, aux niveaux national et local, la conclusion d'accords négociés dans l'ensemble de la Fonction publique, en :

- définissant les autorités compétentes pour négocier et les domaines de négociation ;
- fixant les modalités d'articulation entre les différents niveaux de négociation ainsi que les conditions dans lesquelles des accords locaux peuvent être conclus en l'absence d'accords nationaux ;

- définissant les cas et conditions dans lesquels les accords majoritaires disposent d'une portée ou d'effets juridiques et, le cas échéant, en précisant les modalités d'appréciation du caractère majoritaire des accords, leurs conditions de conclusion et de résiliation et en déterminant les modalités d'approbation qui permettent de leur conférer un effet juridique.»

L'ordonnance supprime l'actuel article 8 bis de la loi 83-634 modifiée et le remplace par de nouveaux articles 8 bis à 8 nonies.

➤ Principaux éléments à retenir de l'ordonnance

METHODE ET TYPES D'ACCORD

Le nouvel article 8 bis réaffirme que les négociations relatives à l'évolution des rémunérations et du pouvoir d'achat des agents publics relèvent des seules organisations syndicales représentatives au seul niveau national et des autorités nationales.

De même, il détermine, en fonction du niveau de négociation national, local, ou à un échelon de proximité les autorités compétentes et les organisations syndicales représentatives habilitées à engager des négociations.

Par exemple, si le niveau de la négociation est au niveau du Ministère des Solidarités et de la Santé, les organisations syndicales représentatives habilitées à siéger sont celles qui disposent d'au moins un siège au Conseil Supérieur de la FPH donc l'UNSA Santé et Sociaux (cette règle n'a pas changé depuis les accords de Bercy).

Si c'est au niveau local (à l'échelle de l'établissement de santé), la représentativité syndicale est celle du CTE (futur CSE).

De même, cet article prévoit la conclusion d'accords-

cadres qui peuvent être soit communs à la Fonction publique de l'État, à la Fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière, ou spécifiques à l'une des trois Fonctions publiques.

Ces accords-cadres servent à définir les modalités et le cas échéant le calendrier de ces négociations.

Pour tous les autres niveaux de négociation, il est possible de conclure des accords de méthode préalables à l'engagement d'une négociation.

DOMAINES DE LA NÉGOCIATION

L'article 8 *ter* fixe, en premier lieu, une liste des domaines ouverts à la négociation et auxquels s'applique le nouveau régime juridique défini par l'ordonnance.

Celle-ci allonge la liste des thèmes ouverts à la négociation, désormais au nombre de quatorze, à savoir les domaines relatifs :

1° Aux conditions et à l'organisation du travail, notamment aux actions de prévention dans les domaines de l'hygiène, de la sécurité et de la santé au travail ;

2° Au temps de travail, au télétravail, à la qualité de vie au travail, aux modalités des déplacements entre le domicile et le travail ainsi qu'aux impacts de la numérisation sur l'organisation et les conditions de travail ;

3° À l'accompagnement social des mesures de réorganisation des services ;

4° À la mise en oeuvre des actions en faveur de la lutte contre le changement climatique, de la préservation des ressources et de l'environnement et de la responsabilité sociale des organisations ;

5° À l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;

6° À la promotion de l'égalité des chances et à la reconnaissance de la diversité et la prévention des discriminations dans l'accès aux emplois et la gestion des carrières ;

7° À l'insertion professionnelle, au maintien dans l'emploi et à l'évolution professionnelle des personnes en situation de handicap ;

8° Au déroulement des carrières et à la promotion professionnelle ;

9° À l'apprentissage ;

10° À la formation professionnelle et à la formation tout au long de la vie ;



11° À l'intéressement collectif et aux modalités de mise en oeuvre de politiques indemnitaires ;

12° À l'action sociale ;

13° À la protection sociale complémentaire ;

14° À l'évolution des métiers et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Les accords relevant des domaines ci-dessus peuvent comporter des mesures réglementaires.

L'article 8 *ter* prévoit, en second lieu, la possibilité pour les autorités compétentes et les organisations syndicales, de conclure des accords sur des thématiques non prévues par cette liste. Ces accords ne peuvent toutefois pas comporter des clauses ayant une portée juridique.

CONCLUSION ET VALIDITE DES ACCORDS

L'article 8 *quater* confirme, d'une part, la règle du caractère majoritaire d'un accord conclu. Celui-ci est réputé valide dès lors qu'il est signé par une ou par plusieurs organisations syndicales représentatives ayant recueilli, à la date de la signature de l'accord, au total au moins 50 % des suffrages exprimés en faveur des organisations habilitées à négocier lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau auquel l'accord est négocié.

Il pose, d'autre part, le principe selon lequel l'autorité compétente pour conclure et signer un accord est celle qui est compétente pour s'engager soit à prendre les mesures réglementaires que comporte le cas échéant l'accord ou pour, soit entreprendre des actions déterminées qu'il prévoit.

Il est important de préciser que dès lors que l'accord porte sur le déroulement des carrières, la promotion professionnelle, l'intéressement collectif, les modalités de mises en oeuvre des politiques indemnitaires ou la protection sociale complémentaire, la signature de l'accord est soumise à l'approbation préalable des ministres chargés du budget et de la fonction publique.

Il introduit, également, la faculté pour l'autorité compétente pour signer un accord, de mandater une autre autorité pour négocier et conclure l'accord, sous réserve qu'elle en approuve les stipulations.

Il est important de souligner que dans la FPH, les accords conclus par le directeur d'un établissement relevant de l'article 2 de la loi 86-33 ne peuvent être publiés qu'après l'exercice d'un contrôle de conformité aux normes de niveau supérieur, effectué par le directeur général de l'agence régionale de santé.

L'article 8 *quinquies* prévoit que les organisations syndicales représentatives ont désormais la capacité de demander l'ouverture d'une négociation dans l'un des domaines prévus. Si ces organisations recueillent au moins 50 % des suffrages exprimés, une réunion doit avoir lieu pour déterminer si les conditions d'ouverture d'une négociation sont réunies.

L'article 8 *sexies* précise les conditions et limites de la portée normative que peuvent revêtir les clauses réglementaires d'un accord. Les mesures réglementaires incluses dans les accords ne peuvent être supérieures à un décret simple et ne peuvent donc pas porter sur des règles fixées par un décret en Conseil d'Etat. Dès lors que les mesures réglementaires sont incluses dans ces accords, elles ne sont plus soumises à la consultation préalable des organismes consultatifs (CTE/CSE).

La règle portant sur la hiérarchie des accords (un accord de niveau inférieur ne peut que préciser ou améliorer l'économie générale de l'accord global) est maintenue (article 8 *septies*).

L'article 8 *octies* pose les principes, d'une part, de la publication des accords, dont les conditions seront fixées par décret en Conseil d'Etat, et, d'autre part, de leur entrée en vigueur. Celle-ci intervient au lendemain de la publication ou à une date déterminée par l'accord lui-même. Il prévoit, en outre, une information spécifique des conseils supérieurs concernés et au conseil commun (si l'accord concerne au moins 2 fonctions publiques).

Il institue, ensuite, pour chaque accord conclu, un comité de suivi dont la composition comprend des membres désignés par les seules organisations syndicales représentatives signataires et les représentants de l'autorité administrative ou territoriale signataire.

DENONCIATION, SUSPENSION ET MODIFICATION DES ACCORDS

L'article 8 *octies* fixe enfin, le régime applicable en matière de modification, de suspension et de dénonciation des accords.

Les accords peuvent être dénoncés totalement ou

partiellement par les parties signataires. Dès lors que l'autorité administrative dénonce l'accord, ou qu'une organisation syndicale retire sa signature, modifiant le caractère majoritaire de l'accord, celui-ci n'est plus valide.

Les clauses réglementaires de l'accord initial restent en vigueur jusqu'à ce que le pouvoir réglementaire ou un nouvel accord les modifie ou les abroge.

L'autorité administrative signataire d'un accord peut le suspendre pour une durée déterminée en cas de situation exceptionnelle.

Enfin, les accords peuvent être modifiés par d'autres accords qui doivent toujours respecter les mêmes conditions de validation. Les modalités de dénonciation, suspension et modification seront fixées par décret en Conseil d'Etat (projet de décret en cours de discussion en inter-fonction publique).



Remarques de l'UNSA Santé et Sociaux

Organisation syndicale pragmatique, l'UNSA Santé et Sociaux est favorable à davantage de négociation dans notre secteur.

Favoriser la négociation tant sur le plan national que local permettra de porter nos revendications et d'apporter des améliorations réelles et adaptées aux agents de la FPH.

Il est pour l'UNSA Santé et Sociaux évident que développer la négociation apportera un nouveau souffle au syndicalisme responsable, à la condition d'avoir tous les outils préalables pour mener à bien une négociation.

C'est pourquoi l'UNSA Santé et Sociaux demande notamment l'organisation de formations à la négociation pour tous les responsables, qu'ils soient employeurs ou représentants syndicaux.

Pour l'UNSA Santé et Sociaux, la formation est l'une des clés pour que la négociation et le dialogue social constituent une culture commune, qui fait tant défaut aujourd'hui.

Soulager, guérir, n'est pas soigner !

Pour une refondation de la prise en charge.



Au cours de son existence, un individu éprouve des besoins, souvent hétérogènes et variables, de dépendance, d'autonomie et, surtout de vulnérabilité. Depuis ces besoins se dégagent les enjeux de la relation de soin. Si l'autonomie et la singularité de celui qui prodigue le soin demeure évidente, selon les modalités d'un "*comment aider ?*", des postures, actions et gestes, dispositifs ou la recherche de solutions idoines afin d'optimiser la qualité du soin vers le soulagement ou/et la guérison, il ne faudrait, cependant, pas omettre que celui qui prodigue le soin, s'expose, tant, dans sa technicité, ses compétences que sur le plan des affects et de son histoire. Il se positionne, lui aussi, sur le terrain de la vulnérabilité. **Le soignant se met en posture de vulnérabilité dans la relation de soin, au risque de mal identifier le besoin de son prochain. Il est en proie à la maladresse ou à l'incompétence, à la violence, à la fatigue, selon ses conditions de travail, sa condition sociale, économique, culturelle et le cadre au travers desquelles se déroule l'interaction de soignant.**

Dans cette perspective, on mesure les carences de notre système de santé en matière de prise en charge du soin. Les modalités de recrutement et l'organisation des études médicales ne sont plus adaptées aux exigences de prise en charge et de bien-être revendiquées par nos sociétés et les patients devenus de simples terrains d'interprétation clinique.

Il conviendrait, par conséquent, de réfléchir aux modalités d'une nouvelle approche qui situerait la notion de prise en charge au coeur du dispositif clinique pour renouer avec la tradition humaniste qui animait les pères fondateurs de la clinique médicale. Il y a 1500 ans alors qu' Hippocrate et Galien fondaient la clinique médicale, une méthodologie qui se voudrait à l'écoute et surtout, comme le signifie son étymologie grecque *kline* "*au chevet*" du patient ; que les membres de l'Evolution Psychiatrique (Lagache, Favez-Boutonnier) en 1949 réaffirmèrent, à leur tour, en Sorbonne, afin de jeter les

fondements de la clinique psychologique introduisant les notions d'alliance thérapeutique, d'écoute et de neutralité bienveillante, on pourrait, légitimement, s'interroger sur les réorientations actuelles de la méthode clinique en médecine, sur cette distanciation depuis le chevet du malade, ce décentrement du soignant à l'égard d'un patient, objectivé au diapason d'une clinique algorithmique.

Le soin et par extension la méthode clinique se révèlent comme un exercice éthique, professionnel, social, certes, mais, surtout, politique puisqu'ils procèdent d'un mouvement, à travers lequel, notre essence, comme humanité, comprendrait, substantiellement, autrui pour intégrer sa configuration spécifique. Le soin s'acquiert et s'affine par le geste, mais, plus précisément, au contact du patient, de celui qui nécessite une prise en charge.

C'est à force de répétitions, de défaillances rectifiées, de transmissions que la réponse en soin gagne en efficience. C'est bien la configuration du récipiendaire et son état physique et psychique du soin qui accueille, préjuge et évalue la pertinence et l'efficience de la démarche de soin.

Le professionnalisme, l'empathie, la compétence ou la compassion ne doivent pas être envisagés comme des énoncés performatifs mais comme la compréhension de l'enjeu éthique et politique de la relation de soin consistant en un décentrage personnel au profit d'une prise en compte d'autrui et de l'intérêt général ou plus radicalement, de l'Être en commun.

S'inspirer, le plus fidèlement possible, de la configuration spécifique d'autrui, prendre en compte son effectivité en tant que sujet pris dans son réel, pris dans sa mondanité, en tant que personne, en tant qu'individualité souffrante constitue une dynamique fondamentale qui atteste de l'enjeu politique du soin comme un principe d'agencement de l'être en commun humaniste, compréhensif et progressiste. **Ces éléments président à l'effectivité d'une**

démarche attentionnelle, d'une démarche de soin comme responsabilité tant à l'égard d'autrui mais, également, de la société. Cette éthique apparaît, dès lors, comme la caution politique de l'Être en commun, le substrat de ce qui fait sens et de ce qui fait société.

Le philosophe contemporain Levinas nous rappelle le caractère irréductible de l'attention à l'autre comme éthique du pacte social. Ces conceptions du soin justifient le recours à cette prétention que le philosophe Gilbert Simondon qualifierait de génétique transductive susceptible de revêtir le qualificatif d'âme.

Il faut revenir, comme le soulignait Fabienne Brugère-Leblanc¹ dans ses nombreuses tribunes autour du Care, à la parabole du Bon Samaritain, rapportée par l'Évangile de Luc, pour mieux saisir les enjeux du soin au cœur de la Cité.

Dans la perspective du bon samaritain, le positivisme juridique est hors-jeu, neutralisé ou modéré par l'émergence d'une obligation plus puissante qui s'impose dépasse et parfois contrarie la discipline. Ce sentiment convoque, nécessairement, le principe doctrinal de responsabilité. **Ce principe de responsabilité a fait l'objet d'une formalisation juridique, depuis Aristote, Marc Aurèle, Cicéron, Pufendorf, Kant jusqu'à Arendt à travers ce que l'on qualifierait de droit naturel et qui présiderait à l'élaboration de législations autour des droits de l'homme, du droit international public, et du droit d'ingérence.**

L'éthique du soin nous engage dans un mouvement d'inclinaison vers autrui, vers une dimension substantielle. Le soin se manifeste, par conséquent, selon un registre d'intensité qui nous relie au réel lacanien, à notre monde, à notre humanité, à notre vulnérabilité. Le soin constitue un vecteur pour le jaillissement de l'affect. Dans cette perspective, nous pourrions réduire l'émotion à un stade pré-noétique : lieu archaïque du réflexe, du sensitif, considérant dans cette antériorité primale, que ces complexes affectivité et émotivité ; causalité et finalité ne seraient pas de l'ordre de l'antagonisme puisque synthétisant à la fois l'action et le jugement. Dans cette perspective le soin constituerait la matérialité d'une intention primordiale dont l'affectivité procéderait comme le produit psychique à travers lequel se développerait de nouvelles formes, de nouvelles figures issues de la polarisation affective susceptible de reformuler les termes de la relation sujet objet, ou encore soignant-soigné, soin-soignés soin-soignant dans leur rapport problématique au Réel. Dans cette perspective, la perception dépasserait la forme elle-même, le patient déborderait, ainsi, le cadre du tableau clinique et de l'opération algorithmique.

C'est en ce sens qu'une refonte complète des réseaux de prise en charge devrait être reconsidérée selon le mode d'une éthique du soin, **en remplaçant le patient dans une position centrale autour de laquelle se configurerait ou reconfigurerait le Réel de la relation soignant/soignés mais, également, les protocoles de soin selon un mode transdisciplinaire, décloisonné, où, l'équipe l'emporterait sur la préséance du médecin. Un mode transdisciplinaire qui renouerait avec une appréciation immanente à l'instar des propos exposés plus haut.**

On mesure, dès lors, la trajectoire aporétique du système de santé actuel qui consacre les nouvelles orientations de la clinique médicale et leur hégémonie. Il conviendrait que les acteurs autour du soin puissent, en toute équité, **élaborer les protocoles susceptibles de garantir une prise en charge globale, protéiforme et adaptée et compréhensive.**

Le sociologue E.C.Hugues² avait identifié depuis la fin des années 1950, le glissement des compétences à travers la porosité de la distinction médical/paramédical, l'infirmière se voyant confier des actes relevant du médecin et l'aide soignante devant accomplir les tâches infirmières, **Il n'en demeure pas, moins vrai, que sur un plan organisationnel la suprématie de l'ordre médical demeure incarnée par le médecin "tout sachant", "tout actant", "tout-puissant", édifié comme une figure magico-religieuse initiée aux mystères algorithmiques de l'art de la guérison, se dissimulant derrière une logorrhée et un jargon exclusif qui l'isole de ses équipes et du patient, confiné sur son autel de "docteur".**

Nous pourrions conclure qu'une éthique du soin viserait à déconstruire la position docte du médecin afin de mieux l'intégrer dans une logique de coordination transdisciplinaire qui, au-delà de satisfaire un désir de toute puissance sur les corps et les âmes, mobiliserait ses capacités diagnostiques et physiologiques au sein d'un réseau transdisciplinaire, tandis que les professionnels de santé (paramédicaux), apporterait au tableau clinique une lecture plus étendue et plus globale susceptible de renforcer la clinique médicale ainsi que les protocoles de soins proposés.

Une éventuelle refondation de la prise en charge, ne pourrait faire l'économie d'une réflexion proximologique, au sujet de l'association de la famille au cœur du protocole de soin et de la méthode clinique.

L'éthique du soin nécessiterait un changement de paradigme : **parvenir à se décentrer et reconsidérer autrui comme le point de départ de tout protocole sans céder à la réduction, selon laquelle, soulager ou guérir caractériserait une éthique de soin.**

¹ Fabienne Brugère. L'éthique du care 3^e éd Presses universitaires de France, 2020.

² Hughes Everett Cherrington, Hughes McGill Helen et Deutscher Irvin, Twenty Thousand Nurses Tell Their Story. A Report on Studies of Nursing Functions, Philadelphia, Lippincott, 1958, p. 232.

Quoi de neuf à l'UNSA SANTÉ de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris



Depuis fin 2019, la dynamique de travail collaboratif entre le syndicat nouvellement créé UNSA SANTÉ SOCIAUX PUBLIC ET PRIVE DE L'APHP et la section SMPS-UNSA de l'APHP est lancée dans l'intérêt du plus grand nombre ! La Fédération UNSA Santé et Sociaux a donné toute sa confiance aux deux secrétaires qui font vivre, au quotidien, la devise de l'UNSA « vivre ensemble » ! Comment en est-on arrivé là ? Quels sont les acteurs de ce changement bénéfique pour l'UNSA ? Et aujourd'hui, quels sont les projets ? Yannick Kerjose-Leboulc'h, secrétaire permanent du SMPS-UNSA de l'AP-HP et Ariel Suarès, secrétaire général du syndicat UNSA Santé Sociaux Public et Privé de l'AP-HP, nous répondent.



**Yannick
Kerjose-Leboulc'h**



Ariel Suarès

L'Echo : Yannick, Ariel, qu'est-ce-qui vous a amené à exercer les responsabilités syndicales qui sont les vôtres aujourd'hui à l'AP-HP ?

YKL : En tant que cadre de santé, j'ai occupé des responsabilités dans le secteur privé puis à l'AP-HP, sur Cochin, l'Hôtel-Dieu... La reconnaissance des missions du cadre à leur juste valeur m'importe et a motivé mon engagement syndical. Dès mon arrivée au syndicat national des cadres hospitaliers devenu SMPS depuis, j'y ai trouvé un intérêt naturel pour et par le cadre apolitique du syndicat. Dès 2007, j'ai été élu au CTE local, réélu en 2011 puis en 2014, en doublant même les deux forces syndicales les plus importantes que sont FO et Sud sur le site de l'Hôtel-Dieu.

AS : J'ai exercé en tant qu'aide-soignant pendant trente ans au sein des services de l'AP-HP, principalement en gériatrie et j'ai toujours voulu défendre les intérêts de cette profession au coeur du soin. Le constat en 2021 est que la souffrance au travail à l'hôpital génère une situation de plus en plus tendue, un sentiment de malaise de plus en plus fort ressenti par tous les personnels soignants (paramédicaux et médicaux). En particulier, les agents au lit du patient (aides-soignants, infirmiers, rééducateurs), sont moins bien rémunérés que les autres filières de la fonction publique hospitalière pour des niveaux de qualifications équivalents (administrative et technique). La fonction publique hospitalière ne peut pas être dévalorisée à ce point, par rapport aux agents de l'Etat qui disposent de grilles indiciaires et de régimes indemnitaires bien plus favorables. L'exemple du « petit A » infirmier est plus que parlant ! ou celui des aides-soignants, encore en

catégorie C. Il s'agit de reconnaître l'expertise de leurs métiers et de mieux les valoriser financièrement en faisant évoluer leurs grilles vers celles qui bénéficient aux autres corps, en équité. La part de la rémunération liée aux primes étant limitée pour ces personnels, le rééquilibrage de l'échelonnement indiciaire en sera d'autant plus justifié. C'est en cela que la signature des accords du Ségur doit être honorée.

L'Echo : Qu'est-ce-que cette expérience collaborative vous apporte ?

AS : Être investi de telles responsabilités par la Fédération UNSA Santé Sociaux, m'honore et m'oblige à prendre la mesure de l'ampleur du travail à réaliser, en bonne intelligence avec le SMPS-UNSA de l'AP-HP sans lequel nous serions privé d'une ressource exceptionnelle. L'union fait la force ! L'AP-HP est le CHU francilien composé d'une quarantaine d'établissements avec des satellites dans des régions comme le sud-est (San Salvador), le sud-ouest (Hendaye) ou le nord (Berck et Paul Doumer). Depuis plus d'un an, nous développons des sections dans les différents sites avec une logique de groupe hospitalier. Le SMPS-UNSA de l'AP-HP est dans la même logique. L'AP-HP est composée de six groupes hospitalo-universitaires (GHU) et notre ambition, avec le SMPS-UNSA, est d'ouvrir au moins une section à l'échelle de chaque GHU d'ici aux prochaines élections professionnelles. Nous pourrions ainsi déposer des listes communes sur tous les GHU. Aujourd'hui, on peut dire que nous avons déjà des sections dans deux GHU : le GHU Henri Mondor qui comporte trois sections et le GHU Paris Centre qui regroupe les hôpitaux de Cochin, Hôtel-Dieu, Necker,



HEGP (hôpital européen Georges Pompidou), Broca et La Collégiale. C'est une première étape qui doit être poursuivie dans les autres GHU.

YKL : Nos forces sont au service d'un syndicalisme de proposition à l'AP-HP, au service de Tous et ceci dans un contexte socialement tendu et observé par les grandes centrales syndicales locales. Le SMPS-UNSA de l'APHP est fortement implanté localement dans la communauté cadre. Nous avons des représentants syndicaux sur tous les GHU et dans les instances locales comme le centre de formation et de développement des compétences (CFDC) de l'APHP où nous siégeons aux CTE et CHSCT locaux. Le SMPS siège également en CAP 3 défendant les intérêts des attachés d'administration hospitalière de l'APHP et enfin à la commission logement.

L'Echo : Comment projetez-vous l'action syndicale d'ici 2022 ?

YKL : Je me projette dans un esprit de conquête en parfaite symbiose avec le syndicat UNSA Santé de l'APHP. Dans ce contexte, nous avons mis en place un comité électif paritaire à tous les niveaux, avec un calendrier déjà défini. Nous partons donc dans une confiance mutuelle et un rapport gagnant/gagnant.

AS : En poursuivant nos efforts sur la couverture de tous les GHU et le développement des actions. L'équipe de développement de la Fédération UNSA Santé et Sociaux a proposé ses services pour les sites situés en-dehors de la région parisienne et nous lui en sommes très reconnaissants car le périmètre est vaste. Nous voulons mettre nos intelligences en commun et nos moyens afin d'être mieux représentés lors des prochaines élections professionnelles à l'AP-HP. C'est de cette façon que nos voix seront entendues dans une administration hospitalière qui peut paraître opaque de l'extérieur.

L'Echo : En résumé, quelles sont les valeurs, au coeur de l'action syndicale, que vous défendez ?

AS : L'honnêteté intellectuelle, l'écoute fraternelle qui rejoint le vivre ensemble, le souci d'apporter une réponse argumentée à chaque question, dans la mesure de nos limites, le développement de nos actions avec le SMPS-UNSA et les organisations ouvertes sur le dialogue constructif.

YKL : Comme je le disais, la devise de l'UNSA est « *vivre ensemble* », c'est-à-dire se connaître, se faire confiance, faire converger nos compétences, regarder l'avenir, gagner au quotidien et demain. Voilà les valeurs auxquelles nous croyons collectivement. Le SMPS-UNSA de l'APHP prône quant à lui l'indépendance politique qui permet d'agir en toute liberté, la défense des adhérents dans le respect de la déontologie et des droits statutaires, l'efficacité du service public hospitalier, la réflexion et la force de proposition pour le devenir de l'hôpital public dans le système de santé.

L'Echo : Avez-vous un message à transmettre aux nouvelles générations de professionnels de santé pour les prochaines années ?

YKL : Le choix d'un beau métier, le travail à l'hôpital au service des autres se mérite ; c'est un vrai engagement. Donner du sens à son action quotidienne et de la valeur à l'engagement, c'est aussi le rôle du SMPS de vous accompagner à chaque étape de la vie professionnelle des cadres. Il s'agit d'une alternative syndicale aux autres formes de syndicalisme, trop ou trop peu contestataire.

AS : Engagez-vous et votez UNSA Santé !

**Propos recueillis par la rédaction « L'Echo »
Fédération UNSA SANTE SOCIAUX PUBLIC ET PRIVÉ**

Être aux côtés des agents hospitaliers,
c'est aussi les aider à
préparer leur avenir



**COMPLÉMENTAIRE
RETRAITE** des Hospitaliers
Le Plan liberté du C.G.O.S

**Choisir la Complémentaire Retraite des Hospitaliers,
le Plan d'Épargne Retraite proposé par le C.G.O.S,
c'est prendre en main son avenir pour profiter d'une retraite sereine.**

Depuis 1963, la Complémentaire Retraite des Hospitaliers créée, à l'initiative du C.G.O.S, par des hospitaliers pour les hospitaliers, est aux côtés des agents avec une solution adaptée et accessible pour limiter la perte de revenus qu'ils subiront à la retraite.

Plus d'infos : crh.cgos.info

1^{ER} PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

C.G.O.S, association loi 1901, déclarée sous le numéro 60/1.030 à la préfecture de Paris.
Allianz Retraite - Fonds de Retraite Professionnelle Supplémentaire régi par le Code des assurances
Société anonyme au capital de 101 252 544,51 € - 1, cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex - 824 599 211 RCS Nanterre.