



Pour un grand service public de la santé et de l'action sociale

Notre dernier congrès a décidé de mieux formaliser notre revendication d'un grand service public de la santé et de l'action sociale. La conférence fédérale du mois de juin 2012 a notamment pour objectif de poursuivre la réflexion sur ce sujet.

Ce document s'adresse à nos syndicats et aux USD. Il a pour objet d'aider à la réflexion en précisant dans la première partie ce que représente l'action sociale aujourd'hui avant d'aborder ensuite la justification de ce service public de la santé et de l'action sociale. Enfin, la dernière partie traite de nos revendications concernant son organisation et son fonctionnement.

A chaque syndicat d'engager les débats nécessaires avec les syndiqués et les salariés pour l'enrichir et le valider. Et il y a urgence.

Table des matières

INTRODUCTION	2
1 - L'ACTION SOCIALE AUJOURD'HUI : fondement, périmètre, financement et organisation.....	3
1.1 - Fondement.....	3
1.1.1 - Concernant le droit social.....	3
1.1.2 - Définition du terme « action sociale »	4
1.1.3 - L'action sociale regroupe des secteurs vastes et des publics diversifiés, notamment depuis l'émergence d'une nouvelle donne sociétale	4
1.2 - Financement et organisation actuels.....	6
1.3 - Périmètre.....	6
2 - NOTRE REVENDICATION DE SERVICE PUBLIC DE SANTÉ ET D'ACTION SOCIALE : une alternative cohé- rente au processus de marchandisation de la santé et de l'action sociale.....	8
3 - NOS REVENDICATIONS CONCERNANT L'ORGANISATION DU SYSTEME : service public, démocratie, personnel qualifié et sous statut.....	9
3.1 - Un service public contrôlé par des services déconcentrés de l'Etat.....	9
3.2 - La démocratie	10
3.3 - La formation et le statut des professionnels.....	11
EN GUISE DE CONCLUSION PROVISOIRE.....	12

introduction

La charte d'Ottawa de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme «une ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, d'évoluer avec le milieu et de s'adapter à celui-ci ».

Par « milieu », il faut comprendre l'environnement familial, social et de travail. Ce dernier est un élément fondamental pour la construction identitaire de l'individu.

Nous constatons donc que cette définition globalisante de la santé couvre à la fois, en termes de moyens de réponse, le champ du sanitaire et celui de l'action sociale.

L'accès à la santé et à l'action sociale est, par ailleurs, un droit fondamental pour chaque individu dans notre société (au même titre que le droit à l'éducation, au logement, à l'énergie, etc.), et ce, quels que soient ses moyens financiers, son lieu de résidence et son origine.

Ce droit s'exerce dans le cadre de la solidarité nationale, pilier de notre République. Il est l'un des socles fondamentaux de la Sécurité Sociale, en particulier de l'Assurance maladie, telles qu'elles ont été conçues à la Libération, sur la base du programme du Conseil national de la résistance et au-delà.

Or, au nom de « la crise », et en écho au carcan ultralibéral imposé par les marchés et ses alliés, nous assistons depuis de nombreuses années à l'accélération du processus de marchandisation - à marche forcée - de ce droit humain fondamental que représente la santé et l'action sociale ; accélération, notamment, caractérisée par le développement des partenariats public-privé (PPP) faisant la « part belle » à l'initiative privée et au secteur marchand.

Pour eux, la santé et l'action sociale devraient être considérées comme des marchandises...

Avec d'autres, la CGT refuse, bien évidemment, ces choix de société parce qu'ils valident et renforcent les inégalités déjà existantes en matière d'accès aux soins et à l'accompagnement social.

Elle propose, au contraire, une alternative cohérente à ce processus de marchandisation : un grand service public de santé et d'action sociale :

- ▶ Un service public qui soit la traduction d'un projet partagé avec le plus grand nombre d'acteurs, mettant « l'humain » au centre de leurs préoccupations et oeuvrant à une réelle qualité de soins et d'accompagnement social, ainsi qu'à une véritable politique de citoyenneté et de cohésion sociale.

- ▶ Un service public adossé à un dispositif de gestion rénové laissant la place à l'exercice d'une véritable démocratie sociale favorisant l'émergence des besoins et les réponses adaptées.

Reste le plus difficile : en imaginer le plus collectivement possible les contours.

La CGT entend y prendre toute sa place. C'est l'objet de ce document.

Il ne s'agit pas d'un document « fermé », mais tout au contraire d'une contribution à l'indispensable débat public qui doit être initié afin de faire vivre cette perspective de grand « service public de santé et d'action sociale ».

Bonne lecture...

1 – L'ACTION SOCIALE AUJOURD'HUI : fondement, périmètre, financement et organisation

1.1 - Fondement

Avant de parler d'un service public de santé et d'action sociale, il faut définir les termes utilisés, qu'entend-on par « action sociale » ? Comment ces deux dimensions s'inscrivent-elles dans notre système de protection sociale ? Ce travail précis sur le sens nous permettra ensuite de mieux identifier et réfléchir aux articulations entre le champ du sanitaire et celui de l'action sociale.

Il faut aussi faire un rapide détour historique sur nos institutions de protection sociale, et les différencier par catégorie pour, ensuite, définir ce que l'on entend par « action sociale ».

1.1.1 - Concernant le droit social

Les institutions relevant de la protection sociale ont pour mission d'organiser et de garantir la sécurité, la protection des individus au regard des « **risques sociaux** » qu'ils ont à affronter tout au long de leur existence⁽¹⁾. Ces institutions relevant du droit social se déclinent par le biais de la **Sécurité sociale**, l'**aide sociale** et l'**action sociale**.

Les « **risques sociaux**⁽²⁾ » sont des événements relatifs à l'existence

des individus (et non des biens), et ont une incidence sur leur condition économique :

- ▶ parce qu'ils correspondent à un état de manque ou d'insuffisance dans les revenus ordinaires (personnes sans ressources par exemple), nécessitant un besoin de revenus de remplacement (retraités, salariés malades, chômeurs...).
- ▶ et/ou parce qu'ils entraînent un accroissement des dépenses (dépenses de soin, d'éducation...).

Ces risques sont de l'ordre de la maladie, la maternité, la vieillesse, l'invalidité, le chômage...

Si la Sécurité sociale a été mise en place lors de la période de reconstruction de l'après-guerre en 1945, le processus était en marche après la Révolution française avec l'avènement progressif de la société contemporaine abandonnant la conception holiste d'avant 1789 pour adopter une conception individualiste⁽³⁾.

Durant le XIX^e siècle, période de la dynamique de croissance industrielle, **droit du travail** et **droit social** vont se construire sous l'impulsion, notamment, de la lutte de la classe ouvrière, l'État s'obligeant progressivement à

intervenir pour réguler les émeutes et obtenir la paix sociale. En plus des fonctions régaliennes, il va donc assurer des fonctions de "providence".

Aujourd'hui, **Sécurité sociale, aide sociale et action sociale** répondent à des principes de droit social bien distincts, même si les contours sont de plus en plus flous, entre autre en termes de financement (exemple concernant la couverture maladie universelle, CMU).

Cela vaut pour :

- ▶ *notre Sécurité sociale*⁽⁴⁾, issue du modèle bismarckien, qui est basée sur un **fondement contributif** découlant d'une **logique assurantielle** (à chacun ce qui lui est dû en fonction d'un apport/ d'une contribution) même si, en termes de financements et au regard du cumul des déficits depuis les années 1990, le financement provient également de la réaffectation **d'autres ressources d'origine fiscale/ para fiscale** (imposition de toute nature) ponctuelles ou régulières du budget de l'État.

Il en est ainsi des taxes sur les alcools, sur le tabac, de la **CSG** (contribution sociale généralisée, créée en 1990) et de la contribution au remboursement de la dette

1. cf. Politiques sociales, MT Join-Lambert et al, Sciences Po. Dalloz, 1997

2. Ibid

3. Dans le sens où l'entendait L. Dumont, philosophe du XIX^e siècle : l'individu en tant que « sujet de droits inaliénables », affirmé dans l'auto proclamation des droits de l'Homme de 1791.

4. MT Join Lambert, op.cit

sociale (**CRDS** depuis 1993).

Un **travail** effectif permet d'établir les droits et les prestations aux individus et à leurs ayants droit, sauf pour les allocations familiales depuis 1975 et la CMU depuis 2000, liées au lieu de résidence ;

► *l'aide sociale*(5), qui est une notion désignant une **portée particulière de protection obligatoire. Financés par l'impôt**, les droits ouverts par l'aide sociale ne s'appliquent qu'aux résidents sur le territoire français. L'aide sociale, **à la charge des collectivités territoriales** (mais essentiellement du département), consiste en la **délivrance de prestations légales et obligatoires qui sont non contributives** (distributives) parce qu'elles obéissent à une logique de solidarité (protection de personnes vulnérables momentanément ou durablement par rapport à des risques particuliers et des besoins spécifiques). Des allocations en espèces (minima sociaux) ou en nature (accompagnement, hébergement...) sont ainsi dispensées. Elles peuvent avoir un caractère alimentaire. Dans tous les cas, elles revêtent un caractère subsidiaire (de remplacement, de secours), c'est-à-dire de suppléance par rapport à un défaut des ressources normales (de solidarité familiale, par exemple) ou à un manque de type éducatif par rapport à la protection de l'enfance.

- *l'action sociale*(6) qui correspond à **une notion désignant une portée facultative de protection**. Comme pour l'aide sociale, ce sont des

prestations financières et/ou des services qui ne sont pas de nature contributive, **à caractère facultatif** mais qui relèvent de la protection sociale, dans le sens où elles apportent une amélioration par rapport à la Sécurité sociale et à l'aide sociale.

1.1.2 - Définition du terme « action sociale »

Les distinctions entre « aide sociale » et « action sociale » étant davantage précisées en termes de **droit social**, le terme générique « d'**action sociale** » retenu dans le présent document est défini dans la loi de modernisation de l'action sociale et médico-sociale 2002-2 qui souligne dans le titre I de son livre I :

« ...[l'action sociale] tend à promouvoir dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets ».

L'action sociale mobilise donc des moyens conceptuels, humains et matériels pour répondre à une crise du système social, dans son adaptation au monde économique. Elle est objet de politiques publiques (7) à la fin de la période des trente glorieuses et depuis les années 80.

Elle part du postulat de base de l'individu, comme acteur de son propre changement et/ou en passe de l'être, l'accompagnement du travailleur social devant s'inscrire

dans ce sens.

« L'action sociale se distingue donc de l'intervention sociale en ce sens qu'elle n'est pas une prestation de service particulière, mais un service global rendu aux personnes qui en ont besoin dans leur démarche d'accession au statut de citoyen. Mais l'action sociale utilise des interventions et des dispositifs comme outils destinés à faciliter cette évaluation et ce développement (8) ».

1.1.3 - L'action sociale regroupe des secteurs vastes et des publics diversifiés

Suite à l'émergence d'une **nouvelle donne sociétale**, amorcée depuis les années 70/80 et la fin des trente glorieuses, les **publics se sont largement diversifiés**, obligeant à la réorganisation de l'action sociale et à l'évolution des pratiques pour les professionnels.

En effet, **la mondialisation et l'internationalisation des économies** a provoqué des déséquilibres, entraînant **l'uniformisation du modèle de société et des modes de vie**, renforcée par l'émergence des nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC).

La rationalité économique et industrielle, inscrite dans un système libéral, ordonne les échanges depuis l'effondrement des idéologies alternatives défendues par le communisme et l'autogestion provoquant **l'évolution du marché du travail**.

5. Ibid

6. Ibid

7. Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, sous la direction de J.Y. Barreyre et B. Bouquet, « Action sociale », J. Ladsous, Bayard, 2006

8. Ibid, p. 36

La définition de nouvelles exigences (délocalisation des entreprises et du travail appelant les salariés/travailleurs à de la flexibilité, de la polyvalence, et de la mobilité), et une mutation de l'emploi et des secteurs d'activité (recours aux contrats précaires, développements des secteurs tertiaire et quaternaire - NTIC...) génèrent de **l'exclusion professionnelle et de la précarité**.

La dissolution du lien social, en lien avec une diminution du poids des cadres socio intégrateurs de notre société au sens où l'entendait Durkheim(9), se traduit par une remise en cause des formes de sociabilité et d'organisation sociale, mais également par l'expression de mœurs et/ou de comportements devenant anomiques(10) chez certains, ainsi qu'une centration exacerbée de l'individu sur lui-même, obligeant à de nouvelles formes de régulation(11).

Le **bouleversement culturel, dû aux effets de l'individualisme**, oblige chacun à se construire un parcours de vie narratif reposant sur ses capacités, un capital socio culturel de départ. **Or, dans ce domaine, il n'y a pas d'égalité des chances.**

La **nouvelle question sociale** traite bien de ces modifications d'ampleur témoignant de la profonde mutation de notre société : chômage, « précarité (12) », dissolution d'un lien social porteur et contenant(13), transformation de la famille avec émergence de différents modèles, isolement personnel et détresse morale...

Comme le dit R. Castel (1995), la question sociale s'est bien métamorphosée(14). L'exclusion du marché du travail entraîne alors d'autres types d'exclusions : logement, culture, santé, loisirs...

Puisqu'on assiste à la montée en puissance d'une frange de la population française qui n'est plus suffisamment intégrée et possède des modes de vie plus ou moins marginaux, exclue des circuits socio-économiques, **l'action sociale et le travail social doivent alors s'articuler davantage avec les pauvretés et les exclusions liées au marché de l'emploi et à l'évolution du travail** et à cette nouvelle donne sociétale.

Enfin, en terme de **démographie, l'allongement de la vie** a nécessité la mise en place d'accompagnements, de moyens financiers, de dispositifs et/ou de structures concernant les personnes âgées dépendantes, créant de nouveaux métiers, en particulier dans l'aide à domicile.

A coté des populations vulnérables, déjà prises en charge par la collectivité (personnes handicapées, enfance en danger...), coexistent d'autres publics nécessitant l'effort de la collectivité en terme de solidarité.

Au regard de la diversification des populations, on voit bien que **l'action sociale inclut ici aussi bien des dispositifs, des structures ou des actions du champ de l'aide sociale que de celui de l'action sociale relevant du droit social (défini ci-dessus),**

répartis dans le secteur social et médico-social (certaines personnes ayant besoin d'un accompagnement thérapeutique autant que social).

Le périmètre permettra d'en circonscrire davantage le champ.

Le débat public et la scène politique l'ont évidemment inclus dans leurs préoccupations, dans la poursuite de l'intérêt général et le maintien de la cohésion sociale, tout comme au XIXème siècle lors de l'émergence de la cohésion sociale.

L'Action Sociale apparaît ainsi, tout à la fois comme l'un des pivots de notre système de protection sociale construit depuis la Libération, et, comme l'un des fondements constitutionnels de notre Pays.

Les déclinaisons législatives successives (lois de décentralisation, loi n° 2002-2 « rénovant l'action sociale et médico-sociale », la RGPP*, réforme des collectivités locales et loi HPST pour les plus récentes) reflètent l'évolution de la société avec des réponses apparaissant "en miroir" de l'alternance de politiques de droite et de gauche.

De ce point de vue, il nous faut l'apprécier comme une obligation nationale traitant d'enjeux de société déterminants qui renvoient à des droits constitutionnels en termes de cohésion sociale, de justice sociale, et de protection des plus vulnérables.

9. La famille, la religion, la politique, les syndicats, « sociétés » permettant l'intégration des individus et leur régulation. Cf. Durkheim dans son ouvrage sur le suicide.

10. Cf Durkheim, op.cit et plus récemment F. Dubet dans : **La galère- jeunes en survie**, Fayard, 1987

11. Cf. « *La médiation un autre modèle de régulation sociale* », JP Bonafé-Schmitt, in **Médiation et lien social** sous la direction Y. Morhain, Hommes et perspectives, 1998

12. Terme emprunté à R. Castel

13. Dans le sens où l'entend Winnicott : le « holding and containing ».

14. La **métamorphose de la question sociale**, R. Castel, Fayard, 1995. L'auteur renvoie à question sociale posée au XIXème siècle, suite à l'émergence de la classe ouvrière de la société industrielle.

* RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques

1.2 – Financement et organisation actuels

Pour mémoire, le budget annuel du secteur social et médico-social représentait environ 28 milliards d'euros au titre de l'aide sociale en 2009 (départements pour l'essentiel), et 15 milliards au titre de l'ONDAM 2010 (Sécurité sociale), soit un total de **43 milliards, dont 70 à 75% constitués par la masse salariale.**

Ce secteur représente environ 45 % du secteur de l'économie sociale, soit une part importante du PIB... Le secteur dit « privé » intervient à hauteur de 84 %, contre 15 % pour la fonction publique hospitalière et territoriale ...

Tous les financements publics sont mobilisés : État et collectivités territoriales (notamment les départements, régions et communes), mais également les financements en provenance de la protection sociale.

Dans ce que l'on nomme - sans doute à tort ici - le secteur privé, le champ du secteur associatif social et sanitaire à but non lucratif, auquel sont déléguées des missions de service public extrêmement importantes et diversifiées, représente environ - hors branche de l'aide à domicile - **650 000 salariés et 5 conventions et accords collectifs** (CC66, CC51, accords SOP, CC CLCC, CC Croix Rouge).

Pour autant, l'actualité des dernières décennies révèle de façon flagrante les limites de ce dispositif en matière de démocratie sociale, entre autre caractérisée par l'absence, pour le moins « remarquée », des autorités

publiques, des usagers et des salariés dans les conseils d'administration, laissant ainsi entre les mains des seuls administrateurs bénévoles la gestion de fonds publics considérables.

Avec le secteur de la branche de l'aide à domicile, plus d'un million de salariés sont concernés ; ils représentent 54 % de l'emploi associatif total en France et près de 5 % du secteur privé. Le taux annuel de création d'emplois observé est de 4% sur la période...

Ces emplois participent également au développement économique des territoires d'implantation, par le biais des 17 milliards d'euros de masse salariale versée... auxquels s'ajoutent, en travail bénévole, 123 000 emplois en « équivalents temps plein ».

Le champ considéré est donc à la fois très vaste et très diversifié.

En effet, il concerne **tous les âges de la vie** et tout autant des *personnes victimes de handicaps*, quelle qu'en soit la nature, que des **personnes en grandes difficultés ou des groupes victimes d'exclusion sociale, et/ou marginalisés** pour diverses raisons. Mais il englobe également les **personnes concernées par l'aide à domicile** (personnes âgées, souffrant de troubles psychiques...), **l'enfance en danger et/ ou en risque de marginalisation voire les mineurs délinquants.**

L'universalité des questions traitées appelle également des coopérations extrêmement suivies avec les autres fédérations de la CGT concernées par ces problématiques, coopérations qui

doivent nourrir au plus tôt les dernières contributions confédérales en matière de santé et de protection sociale.

Pour mémoire, au moins quatre fédérations sont directement concernées dans la CGT : la nôtre, la fédération des organismes sociaux, celle des services publics, et la FERC*, ainsi que le syndicat national des personnels des services de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse)...

1.3 – Périmètre

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 précise les missions d'intérêt général et d'utilité sociale des établissements sociaux et médico-sociaux :

- ▶ évaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;
- ▶ protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté ;
- ▶ actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;
- ▶ actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociale et professionnelle, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

► actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

► actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

Un débat, né à l'occasion de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, sur la nature profonde de l'action sociale et médico-sociale institutionnelle⁽¹⁵⁾, se poursuit depuis 2002.

► certains considèrent qu'il s'agit d'une mission d'intérêt général propre à justifier la qualification de service public pour l'action sociale et médico-sociale institutionnelle ;

► d'autres estiment, au contraire, que l'action sociale et médico-sociale serait, conformément à la lettre de la loi, d'une utilité plus spécialisée, au service de certaines catégories de la population.

Pour sa part, le Conseil d'État a considéré, dans un arrêt de février 2007, que les institutions sociales et médico-sociales ne faisaient pas partie du service public. Pour autant, cette disposition pourrait toutefois évoluer pour deux raisons :

► *La première* est que les parlementaires e, 2002, notamment

les députés TERRASSE et MORANGE, avaient clairement affirmé le contraire lors des débats concernant la loi n° 2002-2, volonté escamotée à la faveur d'un amendement de dernière minute en fin de navette parlementaire.

La question était donc bien à l'ordre du jour de l'agenda politique et, pour peu que nous soyons capables d'en créer les conditions, ne demande probablement qu'à revenir au centre des débats, notamment dans le nouveau contexte politique issu de l'élection présidentielle...

► *La seconde raison*, et pas des moindres, est que l'activité des institutions privées répond en tous points aux critères du service public, ainsi que l'avait démontré fort longuement et précisément dans ses conclusions le Commissaire du gouvernement.

Même si le Conseil d'État, dans l'arrêt précité, avait au final adopté une position plus politique que juridique, *nous devons donc plus que jamais considérer que cette revendication est légitime et a de l'avenir !*

Elle est d'autant plus d'actualité que tous les risques de marchandisation de certaines de ses activités ne sont pas levés. La directive européenne sur les services fait encore l'objet de

discussions « serrées », au débouché toujours incertain, concernant les services sociaux et certains services de santé entre la Commission et les Etats membres. Même si la France semble avoir affirmé sa volonté de les « protéger » en les sortant de son champ d'application, les enjeux sont clairs dans le cadre de ces négociations au sein d'une Union Européenne ultra-libérale. La catégorisation des services permet la mise en concurrence entre ceux qui relèvent du champ économique et ceux qui relèvent de l'intérêt général.

Si le service public de santé est depuis longtemps une réalité (même s'il est attaqué avec le développement d'un secteur privé lucratif qui contrôle une part de marché - 34 % - qui est la plus importante de l'ensemble des pays européens), cette revendication ne se situe donc pas en dehors du « temps politique » pour les établissements et services de l'action sociale qui ne relèvent pas directement du service public (84 %). Il s'inscrit pleinement dans la démarche de reconquête du service public engagée par toute la CGT.

15. Michel LEVY, « La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ; changement et/ou continuité », *RDSS* 2002/3, p. 423 ; Amédée THEVENET, L'aide sociale aujourd'hui, p. 108 ; Olivier POINSOT, "Les institutions privées et le service public de l'action sociale et médico-sociale", *RGCT* nov.-déc. 2005, p. 415-431 et "L'action sociale et médico-sociale, un service public industriel et commercial ?", *JCP A* 2005, 1358 ;

16. Alexandra EUILLET, "L'utilité sociale, une notion dérivée de l'intérêt général", *RDSS* 2002/2, p. 207



2 - NOTRE REVENDICATION DE SERVICE PUBLIC DE SANTE ET D'ACTION SOCIALE

Une alternative cohérente au processus de marchandisation de la santé et de l'action sociale

En affirmant que le champ de la santé et de l'action sociale doit échapper à toute forme de marchandisation et que la participation des citoyens (salariés et bénéficiaires compris) au côté des élus constitue un enjeu déterminant pour ce qui a trait à son organisation, **notre revendication constitue ainsi une « alternative cohérente au processus de marchandisation » imposé par les marchés et ses alliés.**

Elle traduit la volonté de notre dernier congrès fédéral de placer ces droits humains fondamentaux au centre du paysage sanitaire, social et médico-social en répondant à une grande exigence : la **nécessité d'injecter beaucoup plus de démocratie sociale dans le pilotage, le financement et l'organisation des dispositifs de soins et d'accompagnement socio-éducatif.**

Tant au plan national que dans les territoires, cette revendication doit donc faire référence à une mission de service public fortement démocratisée, assurée par des

professionnels hautement qualifiés, et organisée à partir de garanties collectives et statutaires de haut niveau, tenant compte de la diversité de l'organisation existante en matière de santé et d'action sociale et des préoccupations des salariés

s'agissant, particulièrement :

- ▶ du sens de leur travail et l'attachement à leurs missions ;
- ▶ de la formation, des qualifications, des salaires, et donc de leur reconnaissance professionnelle ;
- ▶ de leur volonté de se réappropriier collectivement leur travail.

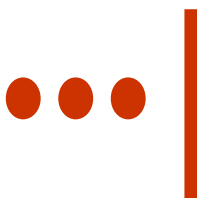
Une telle perspective implique de disposer d'une réelle visibilité du champ du sanitaire, du social et du médico-social, ainsi que d'une compréhension précise de la complémentarité et de l'articulation de ses différentes composantes.

Elle oblige simultanément à un dialogue social à la hauteur des enjeux qui mette à l'ordre du jour les questions concernant l'emploi,

l'élévation du niveau de qualification, la reconnaissance des métiers et l'amélioration des conditions de travail des salariés, mais également celles des garanties collectives, inscrites dans un dispositif de gestion rénové.

A une organisation portant un projet ultralibéral de la santé et de l'action sociale, et face à l'appétit du secteur lucratif, nous devons en effet pouvoir opposer un **projet partagé avec le plus grand nombre d'acteurs qui mettent « l'humain » au centre de nos préoccupations et qui oeuvrent à une réelle qualité de soins, ainsi qu'à une véritable politique de citoyenneté et de cohésion sociale.**

Reste à imaginer les contours de ce service public, à partir d'une identification la plus fine possible des acteurs - usagers compris - en croisant cette réflexion avec les pistes de travail évoquées dans nos documents de congrès et avec les contributions confédérales existantes.



3 - NOS REVENDICATIONS CONCERNANT L'ORGANISATION DU SYSTEME : Service public, démocratie, personnel qualifié et sous statut

Il nous faut partir des réflexions proposées dans la brochure confédérale publiée sous le titre « Quelles alternatives pour l'avenir de notre système de santé ? ».

Les propositions avancées concernent le service public de santé au sens étroit du terme. Dans le cadre de la réflexion proposée dans cette contribution, il nous faut élargir le débat dans le cadre du **grand service public de la santé et de l'action sociale que nous revendiquons.**

Trois maîtres mots doivent nous guider : service public, démocratie, personnels qualifiés et sous statut.

3.1 - Un service public contrôlé par des services déconcentrés de l'État

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

Si l'objectif d'un pilotage régional des secteurs de la santé et du médico-social, prévu par les agences régionales de santé (ARS), peut être considéré comme une avancée, la conception de ces structures souffre de deux handicaps rédhibitoires : une **gouvernance** ne laissant quasiment aucune place à l'expression démocratique et l'absorption de structures de la Sécurité sociale dont la logique est uniquement centrée sur une prise de contrôle des finances de cette institution.

Nous maintenons donc notre revendication d'une organisation de la **démocratie au niveau des territoires**. Pour cette raison, nous ne pouvons accepter les ARS dans leur forme actuelle, avec leurs délégations territoriales. Par

conséquent, nous demandons à ce que soient rétablies des structures de proximité, comparables à ce qu'étaient les DDASS (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale) et les DRASS (Direction régionale de l'action sanitaire et sociale), avec les mêmes niveaux de compétence.

En effet, seules des structures déconcentrées de l'État couvrant l'ensemble du champ de la santé et de l'action sociale ont leur pertinence sous le contrôle d'un véritable ministère de la santé et de l'action sociale de plein droit.

La multiplication des structures de « type agence », avec des personnels de statuts différents, participe du démantèlement des administrations d'État dans le cadre de la RGPP. Seule une administration avec des personnels sous statut de fonctionnaires peut assurer une gestion efficace et

indépendante face aux différents lobbies extérieurs.

Par ailleurs, le niveau départemental est essentiel du fait du poids des conseils généraux dans la gestion de missions importantes dans le secteur de la santé, mais surtout dans l'action sociale, pour être au plus proche des usagers dans l'esprit de la loi de modernisation de l'action sociale et médico-sociale n° 2002-2.

Si les services de l'État doivent garder le contrôle administratif, les **collectivités territoriales** doivent être associées aux processus de décision.

Pour ce qui le concerne, si le secteur associatif, avec son expertise, doit prendre toute sa place dans l'identification des besoins et la construction de réponses satisfaisantes, il ne peut prétendre se substituer à l'État.

Celui-ci doit assumer ses responsabilités pleines et

entières, en terme de gestion directe de structures, d'établissements ou d'activités, où son intervention est essentielle pour apporter une réponse adaptée qui garantisse sur l'ensemble du territoire une réelle égalité d'accès aux soins, à l'accompagnement social et éducatif, et à la citoyenneté.

3.2 - La démocratie

Pour prendre à bras le corps le problème de la démocratie, nous proposons la mise en place de ***Chambres territoriales de santé et de l'action sociale*** dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels et des organisations syndicales de salariés, des associations d'usagers et de citoyens, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État. Ces structures doivent se décliner au niveau départemental et régional.

Une structure nationale aura un pouvoir de contrôle sur l'activité de ces chambres pour permettre l'harmonisation de l'organisation du système de santé et d'action sociale sur l'ensemble du territoire.

Les chambres territoriales auront pour mission **d'organiser l'ensemble du dispositif de santé et d'action sociale au sein des territoires** dans le cadre d'une planification de réponses aux besoins après les avoir expertisés. Leurs missions seront notamment la planification et la régulation de la formation et de l'installation des professionnels, l'évaluation des besoins en structures et équipements.

Le pilotage du dispositif sera, quant à lui, dévolu aux services déconcentrés de l'État (DDASS et DRASS, rétablies en lieu et place des ARS) qui devront être renforcés, afin de pouvoir remplir correctement leurs missions : pilotage et mise en œuvre des programmes, organisation de la formation des professionnels, contrôle de

la qualité des prestations, articulation des politiques sanitaires et sociales en lien avec les collectivités territoriales.

Afin de pouvoir mettre en œuvre ces mesures, il sera nécessaire que les modalités d'attribution des enveloppes budgétaires soient radicalement modifiées.

Il existe deux priorités :

▶ **supprimer la tarification à l'acte ou à l'activité** (*prix de journée, subventionnement annuel*) pour la remplacer par des **financements contractualisés forfaitaires pluriannuels** avec contrôle a posteriori chaque année et réévaluation des forfaits ;

▶ **répartir de façon univoque les responsabilités** - entre autre dans le cadre de la décentralisation entre l'État et les collectivités locales - avec définition d'un financeur unique par activité.

Ces objectifs devront être construits à partir d'une moyenne nationale ajustée par

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

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

En résumé, l'élaboration de choix permettant de répondre aux besoins de la population concerne les Chambres territoriales, le pilotage. La mise en œuvre est sous la responsabilité des services de l'État dans les départements et les régions, le financement des prestations est assuré par les organismes de Sécurité sociale, l'État et les collectivités territoriales dans le cadre d'une contractualisation.

3.3 - La formation et le statut des professionnels

Comme le préconise l'OMS, il nous semble évident que :
« *pour travailler ensemble, les professionnels de santé doivent*

bénéficiaire de bases de formation communes ».

Dans le contexte de la définition élargie du concept de la santé, on peut se poser la question de rapprocher les formations des professionnels de la santé et de l'action sociale.

Dans le cadre du concept d'**Université de santé** (toujours en référence à la définition de l'OMS) que nous avançons, il peut apparaître pertinent de regrouper l'ensemble des formations professionnalisantes en alternance des secteurs de la santé et de l'action sociale, afin de pouvoir réfléchir à la reconnaissance de l'ensemble des formations aux métiers dans le **dispositif universitaire LMD** (Licence-Master-Doctorat). Ce rapprochement permettrait, par ailleurs, la mise en place de

passerelles au niveau des différents métiers, tant en formation initiale qu'en formation continue, y compris dans le cadre des dispositifs de validation des acquis et de l'expérience (VAE).

Un tel dispositif permet d'aborder de manière positive une ***nouvelle reconnaissance des statuts, en lien avec des grilles de salaires adaptées.***

Si notre première revendication est de stopper le démantèlement des conventions collectives existantes et de revendiquer une convention collective unique et étendue de haut niveau, il est nécessaire de nous placer, dès maintenant, dans une perspective plus ambitieuse.

A partir du moment où nous revendiquons un grand service public de la santé et de l'action

sociale, il semble évident que nous revendiquions une **extension du statut de la Fonction publique à l'ensemble des professionnels du champ.**

Qui dit service public de la santé et de l'action sociale, dit *Fonction publique de la santé et de l'action sociale* avec des statuts et des grilles de salaires pour l'ensemble des métiers concernés.

Par ailleurs, du fait des spécificités des filières et de la nécessité de réguler les quotas de formation, afin de ne pas laisser s'installer des situations de pénurie de certaines qualifications, nous réclamons, soit le **statut d'étudiant** avec des conditions de vie décentes, soit le **statut de salarié** avec des contrats de professionnalisation avec l'employeur.

EN GUISE DE CONCLUSION PROVISOIRE

Nous voyons que nous sommes au début d'un grand chantier qui nécessite d'envisager une véritable « révolution » dans le champ de la santé et de l'action sociale... Révolution au niveau de l'organisation du système, mais aussi révolution interne pour faire évoluer notre approche et nos modes de fonctionnement afin d'être plus pertinents et plus forts en termes revendicatifs, que ce soit dans notre Fédération ou au sein de toute la CGT.