

# MULTIPLE



# Synergie cadres

## ÉDITO

### Confirmer notre dynamique

*EN CETTE ANNÉE NOUVELLE, l'Ufcass présente ses meilleurs vœux, professionnels et personnels, à tous ses adhérents.*

*La fin de l'année 2003 a été marquée par les élections professionnelles dans la Fonction publique hospitalière (F.P.H.). Chez les cadres, la CFDT est la première organisation, comme le montrent les résultats publiés en pages intérieures. Merci à tous les électeurs qui nous ont fait confiance.*

*CONFORMÉMENT À NOS ENGAGEMENTS, vous trouverez également, dans le présent numéro de Synergie, la restitution synthétique de vos remarques de la rubrique « expression libre » de l'enquête « Travail en questions ».*

*2004 SERA ÉGALEMENT UNE ANNÉE INTENSIVE. Emmanuel Lehuraux, cadre de santé, prend la relève de l'Ufcass au plan national. La structuration de notre union fédérale prend forme, ancrée dans les syndicats départementaux. Une commission nationale nous relaye dans les régions, pour travailler sur les dossiers d'actualité.*

*PLUSIEURS RAPPORTS ou plans volumineux sont sous les feux de la rampe : la nouvelle gouvernance et la tarification à l'activité... À nous d'agir pour que les cadres y trouvent leur place.*

*Bon vent à la CFDT et à l'Ufcass !*

**Bernard BILLON ■**

#### Ufcass CFDT

Union fédérale  
des cadres sanitaires  
et sociaux CFDT  
47, avenue Simon Bolivar  
75950 Paris CEDEX 19

#### Synergie cadres n° 45

3 €

#### SOMMAIRE

- II-III-IV** « Travail en questions » :  
vos libres propos  
Nos axes revendicatifs enrichis
- IV-V** Résultats des élections aux CAP
- VI-VII** Fin de vie et accompagnement  
Éclairage sur le rapport  
« de Hennezel »
- VIII** OSCAR – suivre l'évolution  
de votre salaire

# « Travail en questions » Vos libres propos...

L'analyse de l'enquête « Le travail en questions » continue. Voici une synthèse, thème par thème, des « libres expressions » que vous avez exprimées dans les questionnaires. De quoi enrichir et alimenter nos axes revendicatifs pour les cadres.

L'ENQUÊTE Le Travail en questions auprès des cadres permettait une « expression libre ». Vous avez été nombreux à utiliser cette possibilité.

Réaliser la synthèse d'une telle rubrique, avec plus de 600 réponses, n'est pas chose facile. Mais nous voulons respecter notre engagement d'une restitution de l'ensemble de l'enquête, y compris sur l'expression libre. Elle représente un complément du n° 44 de *Synergie*, consacré aux résultats du TEQ des cadres santé-sociaux.

Vous êtes plusieurs à vous être exprimés sur cette éventuelle restitution : « *Nous répondons à beaucoup d'enquêtes sans obtenir de retours sur les résultats. J'espère que l'engagement de restitution sera respecté.* »

Cette restitution, nous l'avons réalisée sous deux formes, écrite et orale :

- écrite, par le biais du précédent numéro de *Synergie* et de cet article ;
- orale, par les rencontres régionales, pendant les mois de septembre et octobre derniers.

Nous avons organisé notre synthèse en neuf chapitres : formation, fonctions, 35 heures, charges de travail, évaluation, travail à temps partiel, salaires et rémunérations, relations hiérarchiques, relations cadres-syndicats.

Nous continuerons par la suite cette restitution, car l'analyse ne fait que commencer.

Encore merci à toutes celles et à tous ceux qui ont bien voulu répondre.

## Formation

Vous demandez la reconnaissance des diplômes universitaires. Vous soulignez l'inadéquation, le décalage entre la formation et la réalité du terrain. En outre, selon vous, l'école des cadres ne met pas l'accent sur les relations avec les syndicats.



Pour plusieurs d'entre vous, la VAE (validation des acquis et des expériences) est source d'espoir.

Dans le secteur social, l'attente est grande de la mise en place d'une formation qualifiante obligatoire, aboutissant à un diplôme pour les cadres du social et une grille salariale identique à celle des cadres de santé.

## Fonctions

Au cœur de vos préoccupations : l'usager — le patient — et l'équipe. La fonction cadre demeure motivante, intéressante. Mais les missions doivent être plus clairement identifiées.

Aujourd'hui, chacun se construit un cadre de travail, mais beaucoup regrettent que l'évolution fluctue au regard des volontés humaines en présence.

La classification, la définition des rôle et fonction des cadres demeurent un point majeur de préoccupation des cadres : le stress, la souffrance, l'usure professionnelle, le peu de considération, la solitude sont également évoqués. Vous proposez la mise en place de référents pour une aide ponctuelle aux cadres en difficulté. Vous souhaitez un aménagement des postes en fin de carrière.

La non participation aux prises de déci-

sion, que nous avons à appliquer, augmente les difficultés, mais nous met en porte à faux vis-à-vis de l'équipe. Vous demandez à être présent dans les discussions de service entre les médecins-chefs de service et l'administration, pour faire valoir le point de vue de l'équipe non médicale.

L'organisation des uns (médecins) ne doit pas se faire au détriment des autres (équipes).

## Les 35 heures

La mise en place des 35 heures a changé le rapport des individus au travail et fait passer les nécessités professionnelles au second plan. Sur ce sujet, vous êtes très nombreux à vous exprimer, soulevant l'écart entre les objectifs fixés et les moyens pour les réaliser.

Après la mise à plat de l'existant, ignoré lors des prises de décisions, vous vous êtes sentis bien seuls pour la réflexion, la concrétisation et la mise en œuvre des nombreux roulements, dans un climat pas toujours serein. Y a-t-il un pilote dans l'avion ?

Nous sommes des exécutants des décisions institutionnelles, sur qui on laisse reposer la déclinaison en actions de ces décisions.

Pour les cadres, les 35 heures n'existent pas. Peu de charges de travail ont été évaluées et revues, depuis l'application de la réduction du temps de travail. De fait, l'activité augmente et le temps de travail théorique diminue : un grand écart qui n'est pas accepté. Dans bon nombre d'établissements, la décision prise a été : on ne change rien sur la charge de travail. Les cadres disposent de 20 jours de RTT/an. Moralité : si les cadres prennent leurs jours, ils prolongent le temps journalier de travail.

## Les charges de travail

Toutes et tous, vous soulignez l'augmentation de votre charge de travail. Il faut s'adapter et adapter vos organisations à la permanence des chan-



gements. Dans cette charge, il existe de grandes variations, imprévisibles, comme l'arrêt de travail par exemple. L'interruption du travail est constante. Tout semble à faire pour hier! Ce qui implique une désorganisation quasi permanente de la gestion des temps et une impression d'urgence qui déstabilise. La gestion des plannings vous dévore. Il faut du temps pour réfléchir: l'action seule ne crée pas la qualité.

Vous soulignez les tâches à géométrie variable entre cadres et, que vous fassiez bien ou mal, le tarif est le même à la fin du mois.

Vous demandez des moyens techniques pour vous soulager dans votre charge de travail, pour que vous soyez à part entière dans la gestion des soins et des équipes. Vous aspirez à beaucoup moins de réunions.

Être cadre tient du funambule, du jongleur et, parfois même, du clown. Il nous faut mettre de l'humanité dans notre gestion quotidienne. Pour nous, l'activité reste la même, voire augmente au regard des nouvelles procédures à faire vivre.

Est-il besoin de répéter que chaque catégorie de personnel permet au système de fonctionner et que l'absence de l'une d'entre elles grippe tout le système?

Dans une institution, où nous sommes en permanence en train de nous occuper d'êtres humains, il est grand temps d'humaniser toutes les relations sociales. Les cadres ne sont plus les religieuses d'autrefois, qui se vouent corps et âme à leur travail. La vie familiale et sociale et tout aussi importante et chacun peut y prétendre.

Vous soulignez l'importance de zones d'autonomie.

## L'évaluation

Lorsqu'elle existe, l'évaluation est souvent une parenthèse dans la vie professionnelle. La journée de travail du cadre est très peu connue. L'écart entre les objectifs fixés et la qualité des moyens pour les réaliser est parfois énorme. Il faut militer pour une évaluation digne de ce nom: bilan, objectifs et moyens.

Se définir des objectifs est nécessaire, encore faut-il pouvoir les atteindre! Il n'est pas rare, au soir d'une journée de travail, de constater, au regard des sollicitations permanentes, que le temps a été bien rempli, mais les objectifs laissés de côté.

La gestion des carrières est pratique-

## Nos axes revendicatifs enrichis par vos suggestions

### Formation initiale

- Faire un toilettage du diplôme cadre de santé pour éviter l'écart entre formation et activité professionnelle.
- Mise en place d'une formation qualifiante obligatoire aboutissant à un diplôme pour les cadres du social.
- Reconnaissance des diplômes universitaires.

### Formation permanente

Préparer les cadres administratifs, soignants enseignants techniques généraux et informaticiens par des formations validantes, aux changements à venir.

### Fonction et rémunération

- Définir les rôles et missions des cadres.
- Mettre en place les conditions favorables pour être acteurs du changement.
- Impliquer les cadres pour progresser en compétences et en rémunération.

### Conditions de travail

- Valoriser l'entretien professionnel en redéfinissant son contenu: bilan et projet.
- Participer aux prises de décision que les cadres sont amenés à mettre en œuvre.
- Définir les modalités d'application des 35 heures aux cadres.
- Valoriser et développer les méthodes d'étude de charges de travail pour réduire les défauts d'organisation.
- Prévoir des lieux d'échange professionnel pour repousser l'isolement et favoriser le décloisonnement.

ment « automatique »: que vous fassiez bien ou mal votre travail, le tarif est le même.

## Le travail à temps partiel

Le temps partiel peut être de deux ordres, choisi ou imposé.

● *Choisi*: très peu de cadres travaillent ainsi. C'est difficile à obtenir. Et une fois cette solution obtenue, la charge de travail reste la même. Vous n'hésitez pas à qualifier cette démarche de discriminante.

● *Imposé*: dans les petites structures, la fonction cadre est à temps partiel. Cette situation est difficile pour gérer à la fois son travail et son rôle de cadre. À quand le temps partiel véritablement accessible au cadre?

## Salaires et rémunérations

La demande de revalorisation des grilles de rémunération est très souvent mentionnée. Vous soulignez également le

manque d'attractivité de la fonction. Beaucoup font des comparaisons avec d'anciens collègues, non cadres, du point de vue de la fiche de paye, en soulignant que le peu de différences ne motive pas la prise de responsabilité.

À quand la « revalorisation intellectuelle » des cadres, autrement dit la prise en compte de la dimension « intellectuelle » de son intervention? La rémunération des cadres n'est pas en rapport avec la lourde responsabilité qu'ils assurent. La demande de l'intégration des primes dans le salaire de base est claire. Une rémunération en rapport avec ses missions et l'investissement en temps, en énergie, en innovation que ce travail demande. À quand l'intéressement?

L'augmentation de la rémunération n'est pas la seule demande. Le souhait d'une amélioration de la qualité de vie au travail est aussi exprimé, tout en soulignant que la revalorisation des cadres est insuffisante. Vous exprimez le regret que pour toutes les autres catégories professionnelles, il n'y a aucun moyen d'une réelle valorisation des agents qui le méritent.

Suite page IV



Suite de la page III



## Relations hiérarchiques

La dualité pouvoir médical – pouvoir administratif nous asphyxie au quotidien. « J'ai l'impression de n'être pas dans la même entreprise » entend-on. Difficulté d'ordre relationnel : il faut que chacun à sa place soit reconnu dans ses compétences. C'est un couple infernal. La coopération avec le corps médical et la direction est capitale. Le cadre ne doit pas être que l'exécutant. Le travail entre médecin et cadre est complémentaire et doit être réalisé dans le respect mutuel des domaines de compétences, acquis par la formation et la pratique professionnelle. Il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur une organisation de service, où tous les professionnels concourent au bon fonctionnement de celui-ci, dans l'intérêt des patients et non sur une organisation médicale qui désorganise le fonctionnement des autres professionnels.

Jusqu'où intégrer l'économie dans le milieu de la santé?

Dire ce que l'on pense n'est pas toujours facile et a parfois des conséquences dramatiques.

Il faut être à la fois souple et ferme, complaisant et directif, gérer la complexité tout en « faisant simple ».

## Relations cadres-syndicats

Il existe une difficulté pour les cadres, même syndiqués, d'être défendus par les syndicats.

Il serait pourtant important d'écouter les cadres avant de défendre l'indéfendable.

Le syndicalisme est le seul moyen d'éviter la culture des corporatismes et donc de faciliter la transversalité.

Beaucoup de cadres se disent proches de la CFDT. Cela s'est confirmé lors des élections professionnelles du 21 octobre 2003, où la CFDT est la première organisation chez les cadres.

Les cadres nous disent merci pour cette initiative d'écoute.

Être cadre, c'est un vrai métier et non une simple promotion!

**Bernard BILLON ■**

# Résultats des élections aux administratives paritaires dé

Le 21 OCTOBRE 2003, nous étions appelés à voter pour élire nos représentants du personnel.

Cette représentativité est jugée sur le vote des commissions administratives paritaires départementales pour prendre effet au 15 janvier 2004.

Neuf commissions couvrant l'ensemble des personnels hospitaliers (cf. : les résultats d'ensemble dans le mensuel *Multiple* n° 72 à paraître).

Les commissions 1-2-3 concernent les cadres techniques, soignants et administratifs.

Nous avons été 64, 69 % à voter. La CFDT obtient 26,40 % des voix et est première organisation syndicale chez les cadres.

La nature de ces résultats nous encourage à poursuivre le travail de représentation des cadres au sein de l'Ufcass. Vous donnez un signe de fort soutien à notre démarche, ainsi qu'une responsabilité dans les dossiers d'actualité, d'aujourd'hui et de demain.

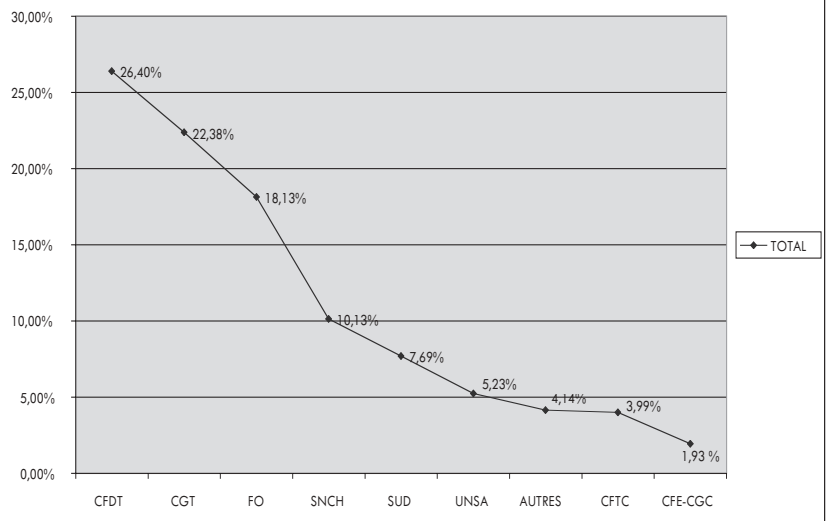
Cette première place rend crédible les axes revendicatifs de l'Ufcass : à nous de continuer notre structuration dans les SD et les régions et d'agir pour faire aboutir nos revendications de cadres.

Un grand merci à tous ceux qui ont voté pour la CFDT! ■



IV

ÉLECTIONS CAP TOTAL

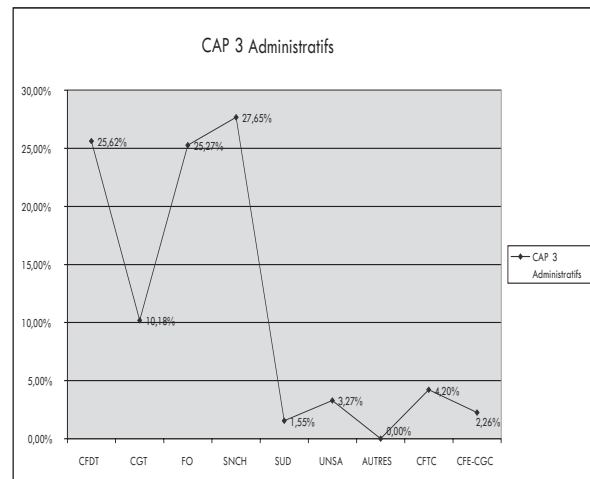
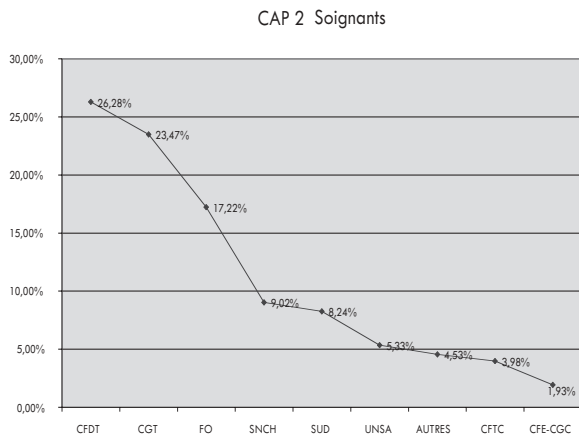
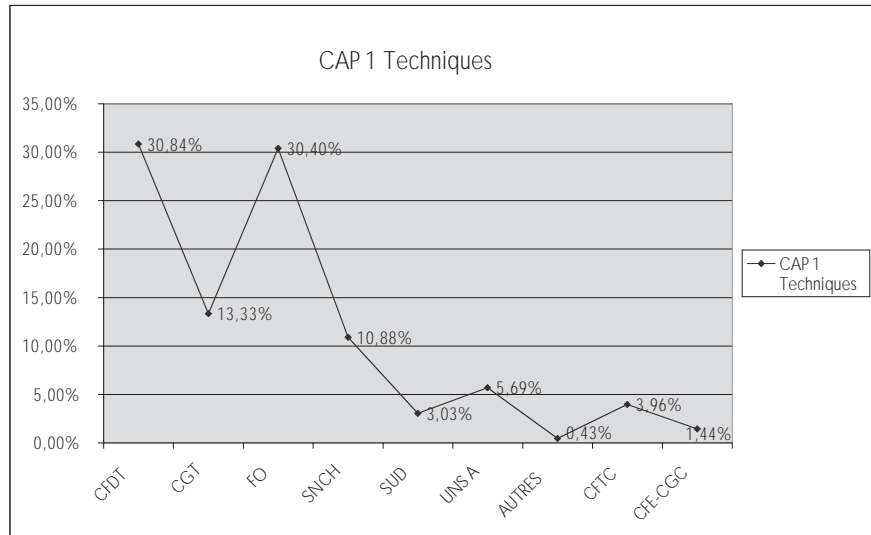


### Résultats par syndicat

La CFDT santé-sociaux – première organisation syndicale chez les cadres, avec 26,40 % des suffrages.

# commissions parlementaires

La CFDT santé-sociaux est première  
chez les cadres techniques et soignants.



La CFDT santé-sociaux est deuxième chez les cadres  
administratifs.

Elections Commissions paritaires départementales du 21 octobre 2003					
Personnels de catégories A					
	CAP 1	CAP 2	CAP 3	Total	
	Techniques	Soignants	Administratifs		
Inscrits	1914	60045	2820	64779	
Votants	1476	37922	2508	41906	64,69 %
Nuls	88	1196	248	1532	2,36 %
Exprimés	1388	36726	2260	40374	62,33 %
CFDT	428	9650	579	10657	26,40 %
CGT	185	8621	230	9036	22,38 %
FO	422	6325	571	7318	18,13 %
SNCH	151	3313	625	4089	10,13 %
SUD	42	3026	35	3103	7,69 %
UNSA	79	1959	74	2112	5,23 %
AUTRES	6	1665	0	1671	4,14 %
CFTC	55	1460	95	1610	3,99 %
CFE-CGC	20	708	51	779	1,93 %



## Fin de vie et accompagnement

# Éclairages sur le rapport « de Hennezel »

État des lieux approfondi sur les soins palliatifs, le rapport de Marie de Hennezel, dont nous proposons ici une courte synthèse\*, fait des propositions pour faire bouger les mentalités et définir les moyens nécessaires pour avancer dans ce domaine. Il peut, grâce à la méthodologie qui l'inspire, être aussi un outil de réflexion sur la prise en charge des patients en général...



VI

LE 3 OCTOBRE 2003, M. Mattei, ministre de la Santé, de la famille et des Personnes handicapées, a confié à Marie de Hennezel, psychologue clinicienne, une mission visant à faire, d'une part, un état des lieux et, d'autre part, des propositions d'amélioration des pratiques professionnelles vis-à-vis des situations de fin de vie.

C'est dans un rapport de 160 pages qu'elle fait état de ses observations et dresse une liste d'une cinquantaine de propositions.

Quatre points sont mis en exergue dans ce rapport.

● **La clarification du débat sur la fin de vie et l'accompagnement** apparaît être un préalable à l'analyse des situations. En effet, pour Marie de Hennezel, l'utilisation du terme euthanasie entretient une confusion dans la qualification de situations aussi différentes que l'arrêt ou la limitation de traitement, le soulagement des souffrances terminales, par analgésie ou sédation, ou l'acte délibéré de donner la mort. Ainsi, éviter l'emploi du mot euthanasie est une proposition de solution pour éclairer le débat.

● **La volonté politique de formation** est présentée comme un outil indispensable pour répondre à l'insuffisance de formation, souvent constaté chez les étudiants et les professionnels et qui se traduit par une incapacité à assumer le sentiment d'impuissance et d'échec face à la mort ou l'épuisement professionnel décrit par le concept de burn-out.

Les propositions intéressent plusieurs champs : la formation initiale, avec l'introduction de modules consacrés à la réflexion éthique pour les médicaux et paramédicaux, et la formation continue, avec la reconnaissance universitaire de

la spécialité des soins palliatifs.

De plus, aider les professionnels passe par le développement de la réflexion éthique et le renforcement du rôle des psychologues.

● **Le renforcement des soins palliatifs** constitue un axe stratégique important dans l'amélioration de la prise en charge de la fin de vie. La réalité des soins palliatifs, encore fragiles, mal connus, mal valorisés, reste difficile. Elle est encore fortement marquée par le déni de la mort.

Ainsi, l'objectif de renforcement pourra être atteint par la poursuite du développement des unités et des équipes mobiles de soins palliatifs. Au domicile, cet objectif se verra concrétisé par la création de réseaux de soins palliatifs et la valorisation des personnels travaillant à domicile.

● Pour les équipes, **la meilleure compréhension des situations limites** devrait permettre une prise de décision, dans le cadre d'une approche éthique et juridique de ces situations.

Afin d'aider à la réflexion et permettre une prise de décision sereine, est avancée l'idée d'une création de cellule de réflexion éthique dans chaque établissement.

## Renforcer le partenariat

Les propositions de Marie de Hennezel balayent deux champs très différents.

Une série de propositions fait appel à l'évolution des mentalités, à la nécessaire volonté de tous les intervenants de travailler en partenariat.

Dans les structures d'hospitalisation,

répondre à ces attentes implique un engagement fort de chacun dans l'échange, la discussion, l'argumentation des décisions, voire leur partage. Dans ses conditions, il apparaît essentiel que la CFDT porte toute son attention aux projets de réorganisation de l'hôpital, notamment en matière de chefferie de pôle, afin de garantir les équilibres, entre le médical et le paramédical, nécessaires à la mise en place des conditions favorables au travail en équipe.

La négociation, chère à la CFDT, peut trouver là une place intéressante, en termes de modes de fonctionnement entre professionnel.

S'agissant du maintien à domicile, il semble que les notions de réseaux d'une part, et de niveau de formation et de compétence des travailleurs du domicile d'autre part, doivent être réunies pour permettre une meilleure prise en compte des patients et de leur famille.

Ces constats sont bien en cohérence avec les positions CFDT sur la formation et le développement des aides à domicile. Par ailleurs, la création de réseaux de soins doit aller au-delà du seul domaine des soins palliatifs ou de la cancérologie. Pour la CFDT, cela doit s'inscrire dans une politique nationale de soins.

## Plus de moyens

Par ailleurs, un certain nombre de propositions font appel à la mise en place de moyens matériels et humains supplémentaires.

La démographie, admise par tous, nous laisse entrevoir de graves difficultés pour assumer le vieillissement de la

# Les risques du Plan dépendance

population si les moyens actuels restent en l'état. C'est pourquoi une étude de besoin de construction de structure d'accueil apparaît indispensable.

En ce qui concerne les moyens humains supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre du projet de soin préconisé par Marie de Hennezel, seules des études de tâches sérieusement faites dans les structures d'hospitalisation pourront, premièrement objectiver l'utilité de ces moyens humains, et deuxièmement mesurer le niveau de renforcement nécessaire.

La CFDT doit s'engager dans un soutien à toutes les initiatives en matière d'étude de tâches.

Pour les syndicats CFDT, ce rapport, utilisable par l'ensemble de la pratique soignante, peut servir d'outil d'amélioration du dialogue social au sein de l'hôpital et, par la même, d'amélioration des conditions de travail.

À la fin de la lecture de ce rapport, nous ne pouvons nous empêcher de penser que les propositions, émises par Marie de Hennezel, seraient tout à fait pertinentes pour la prise en charge de tous les patients et leur famille dans le cadre des hospitalisations.

Quel serait le mode de pensée qui mettrait une échelle de valeur dans les sentiments d'angoisse, d'insécurité vécus par les malades et leur famille? Les besoins du mourant ont-ils plus d'importance que ceux du patient qui, au moment de son hospitalisation, vit une situation de déséquilibre dans sa vie, fait d'inquiétude avant de passer un examen, d'anxiété dans l'attente d'un résultat important?

Malgré la différence des situations rencontrées en hospitalisation et à domicile, il s'agit toujours de prendre soin d'un homme dans toute sa globalité.

Il apparaît donc important de remplacer des programmes ponctuels d'amélioration de prise en charge de telle ou telle partie de la population (personnes âgées, personnes atteintes d'un cancer, personnes en fin de vie...) par une réelle politique de santé, globale, cohérente, efficace, qui permette une réponse collective aux besoins individuels de chacun.

**Emmanuel LEHURAUX ■**

\* Nous attendons de lire vos remarques, afin d'enrichir la réflexion de chacun.

**Le projet de réforme gouvernemental sur la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, en créant une nouvelle caisse de financement, risque de remettre en cause le caractère universel de l'Assurance-maladie. Pour la CFDT, seule une allocation dépendance, financée par tous les revenus, peut garantir la solidarité indispensable à ces concitoyens.**

DANS SON DISCOURS DU 6 NOVEMBRE 2003, le premier ministre dévoilait le plan de réforme de la prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce plan, dit « Raffarin », est construit autour de deux idées fortes : la création d'une nouvelle caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et l'apport d'un financement nouveau, sous forme d'une journée de travail supplémentaire des salariés, du public comme du privé.

Le premier ministre justifie la décision de création d'une nouvelle caisse par l'apparition d'un nouveau risque, non pris en charge par la sécurité sociale : la dépendance. La mission principale de cette nouvelle caisse serait de rassembler, en un lieu unique, des moyens mobilisables par l'État et l'Assurance-maladie pour prendre en charge la dépendance des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le financement de la dépendance, par une journée de solidarité, s'appuie sur les idées de plusieurs associations et sur le choix, déjà opéré par les Allemands, il y a quelques années, d'organiser le financement d'une assurance dépendance.

## Réserves et désaccord

La CFDT s'interroge sur les conséquences de la mise en place d'un tel plan. Nous pouvons nous demander, si la création d'une nouvelle caisse, ne conduit pas à cantonner une popula-

tion dans une caisse spécifique, ce qui pourrait remettre en cause le système universel de l'assurance maladie.

Notre système de soins a vocation de couvrir tous les besoins de soins de la population, quel que soit son âge, son état de santé, sa situation économique. Limiter le champ de compétence de cette nouvelle caisse, à la seule dépendance, ne risque-t-il pas d'aboutir à une rupture du pacte de solidarité – qui fonde l'assurance maladie – par la ségrégation d'une partie de la population?

Le financement de cette caisse par la suppression d'un jour férié ne peut être acceptable. Il s'agit d'une mesure portant un coup à la RTT et injuste de surcroît, l'essentiel reposant sur les salariés. Nombre de revenus, notamment ceux des professions libérales, ne seront pas concernés par cet effort de solidarité.

## La vraie garantie

Enfin, un rappel des positions de la CFDT, prises lors du congrès de Montpellier en 1995, vient appuyer, avec force, le refus du plan Raffarin : « L'allongement de la durée de la vie crée à notre société des responsabilités nouvelles face au risque de dépendance : la CFDT réaffirme sa revendication de création d'une allocation dépendance, véritable aide à l'autonomie, ayant un caractère légal, gérée par la sécurité sociale et financée par tous les revenus. Cette allocation, variable selon le niveau de revenus, devra garantir, pour les personnes concernées, le choix d'un service à domicile ou d'un hébergement dans des établissements ».

La création d'une nouvelle caisse est définitivement en contradiction avec l'universalité de la Sécurité sociale. Le mode de financement mis en place devrait concerner tous les revenus respectant, en un sens, la possibilité que chacun a d'être confronté, directement ou indirectement, à la dépendance.

**E. L. ■**

VII



# OSCAR: un service qui vous permet de suivre l'évolution de votre salaire

OSCAR (OBSERVATOIRE DES SALAIRES DES CADRES ET DE LEURS REVENUS) est un service créé par la CFDT Cadres qui bénéficie de plusieurs années d'expérience d'enquêtes salariales. Il s'adresse à tous les cadres et leur permet de suivre gratuitement l'évolution de leur salaire au plan individuel et collectif.

Son originalité est d'être un véritable panel. Ce sont les mêmes cadres qui sont interrogés plusieurs années successives.

Une autre spécificité d'OSCAR est d'intégrer globalement l'ensemble des éléments qui concourent au revenu salarial net imposable

(augmentations collectives, primes, ancienneté, promotion et évolution de carrière, augmentations individuelles, montant imposable de l'intéressement). Les éléments non imposables et les avantages en nature sont traités également. OSCAR est donc un dispositif léger, permettant d'obtenir des informations rapides. Son intérêt est de ne pas se limiter à des moyennes, qui masquent la diversité des situations, mais de fournir des renseignements sur les disparités et sur les effets des processus d'individualisation. Ainsi, pour 2002, l'analyse du panel

a montré une augmentation du pouvoir d'achat des cadres de 1,9 %, contre 2,1 % en 2001, avec un avantage particulier aux plus hauts revenus et aux cadres confirmés. Pour la deuxième année consécutive, les femmes enregistrent une augmentation supérieure aux hommes, confirmant ainsi une certaine tendance au rattrapage des écarts. Par contre, les cadres âgés, comme on le sait maintenant, sont les plus pénalisés, puisque 43 % d'entre eux perdent du pouvoir d'achat.

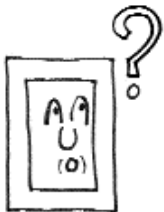
Au-delà des résultats globaux présentés chaque année à la presse, qui les reprend largement, une situation individuelle est envoyée à chaque participant au panel. Celle-ci présente l'évolution du salaire comparée à celle des prix et l'évolution du pouvoir d'achat sur une période comprise entre cinq et dix ans selon l'ancienneté dans le panel. D'autres indicateurs sont également fournis et permettent de se comparer à la même tranche d'âge, au même sexe, à la même fonction et à la même branche d'activité.

Tous les cadres, syndiqués ou non, peuvent s'inscrire. Pour cela, deux possibilités sont offertes. Soit en se connectant sur [www.cadres-plus.net](http://www.cadres-plus.net), rubrique *Observatoire des Cadres*, dossier OSCAR, soit par courrier adressé à Panel OSCAR, CFDT Cadres, 47, avenue Simon Bolivar 75950 Paris CEDEX 19, en mentionnant les noms, prénom, adresse postale et année de naissance.

**Philippe FONTAINE**

*Nous comptons sur votre participation pour renouveler et développer le panel OSCAR.*

VIII



## Comité national CFDT cadres

Ainsi qu'il le pratique tous les ans, le Conseil national de CFDT cadres (UCC) se réunira les 18 et 19 mai 2004, au siège des fédérations, avenue Simon Bolivar (Paris - 19e arrdt).

Ce comité national sera consacré au thème de « La place des cadres dans la CFDT » : Quelle prise en charge par les organisations syndicales ? Quelles attentes des cadres ? Etc.

Ce thème s'inscrit dans le prolongement des travaux en cours du groupe confédéral, chargé de formuler des propositions au bureau national confédéral.

Notre Union fédérale cadres sanitaires et sociaux (Ufcass) a

toute sa place dans cette recherche.

Si tu souhaites faire partie de la délégation de la Fédération santé-sociaux et participer aux travaux du comité national CFDT cadres, envoie ton inscription à : [ufcass@cfdt-sante.fr](mailto:ufcass@cfdt-sante.fr)

## Permanence à l'hôpital de Brive

En raison du départ à la retraite de Bernard Billon, les permanences Ufcass changent d'adresse. Vous pouvez contacter, pour tout renseignement concernant les cadres : Emmanuel Lehuraux, les lundi matin de 9 heures à 12 heures au 05 55 92 60 87 ou 05 55 92 61 03

## Appel à mèl (e-mail)

Afin d'améliorer la diffusion de *Synergie cadres* et pour avoir la certitude de recevoir les informations de nos publications, l'utilisation de l'outil informatique apparaît efficace. C'est pourquoi vous avez la possibilité de nous communiquer votre adresse mail par l'intermédiaire de notre adresse électronique : [ufcass@cfdt-sante.fr](mailto:ufcass@cfdt-sante.fr)

Cette information semble particulièrement importante avec la perspective de réduire de manière significative le tirage des *Synergie cadres* sur support papier.

Nous vous remercions par avance pour la communication de vos coordonnées.

## Synergie cadres

n° 45 ► Supplément à *Multiple* (n° 71, janvier 2004) ► Directrice de la publication : *Yolande Briand* ► Chef de projet : *Bernard Billon* ► Rédacteur en chef : *Philippe Maillard* ► Secrétariat de rédaction : *Dan Culcer et Bruno Picoche* ► Mèl : [ufcass@cfdt-sante.fr](mailto:ufcass@cfdt-sante.fr) ► N° de CPPAP : 1 494 D 73 W Photogravure/Impression : Imprimerie nouvelle (St-Ouen).