

BULLETIN FÉDÉRAL

Fédération

SANTÉ
ACTION SOCIALE



Infos actualités fédérales
sur site Internet : www.sante.cgt.fr
E-mail : com@sante.cgt.fr

2019/13
NUMÉRO Mardi 12 novembre 2019

Psychiatrie française, un modèle en DANGER !

Les politiques libérales de santé par leurs actions et leurs orientations dévoilent de plus en plus clairement leurs objectifs « faire de la psychiatrie un secteur économique comme un autre » "le but n'est plus de soigner, mais de réhabiliter économiquement!" Valorisation, optimisation, pragmatisme, durée moyenne d'hospitalisation, taux d'occupation, guide de bonnes pratiques, autant de notions qui viennent percuter l'âme même de la psychiatrie française.

🔔 Deux principaux problèmes freinent encore un peu les « réformateurs » :

- ▶ Le premier : des citoyens attachés à un modèle qui exclut toute dimension commerciale et compétitive.
- ▶ Le second : des soignantes façonnées et mobilisées par la dimension humaniste de leur travail.

CE SONT NOS ARMES !

Cette orientation marchande n'a rien de fatale ou d'inéluctable !

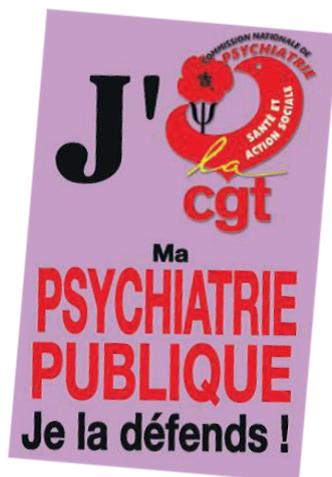
**IL NOUS APPARTIENT DE FAIRE VIVRE NOS REVENDICATIONS
AVEC LES SALARIÉ·E·S ET LES CITOYEN·NE·S !**

Un autre modèle respectueux, créatif, solidaire, accessible, capable de s'adapter à chaque situation rencontrée est possible.

Nos aînées nous ont donné des pistes à suivre, la CGT doit continuer à être force de luttes et de propositions.

SOMMAIRE

- ✓ Evolution du financement de la Psychiatrie, un enjeu citoyen majeur p.2
- ✓ Les patients sous tutelle de l'hôpital psychiatrique pourraient ne plus pouvoir y retirer leur argent ! p.3
- ✓ Les IPA en Psychiatrie, quels enjeux p.4-5
- ✓ Pairs aidants p.6
- ✓ La psychiatrie, un exemple à suivre pour la MCO ! p.7
- ✓ NVO p.8



N° 2019/13 - Mardi 12 novembre 2019

Fédération Santé
Action Sociale

263, rue de Paris - case 538 -
93515 Montreuil CEDEX

Directrice de Publication :
Amélie VASSIVIÈRE

Imprimé par nos soins

Périodicité : bimensuelle

N° commission paritaire : 0919 5 06 134

EVOLUTION DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

UN ENJEU CITOYEN MAJEUR



Les grandes lignes de la réforme du financement de la psychiatrie ont été divulguées le 20 septembre par les membres de la task force (corps expéditionnaire !) du ministère de la santé. **Le projet reste figé sur des orientations qui ont dépouillé de son sens la psychiatrie française. Une volonté effrénée d'uniformisation régionale et intra-régionale.**

Cette approche mathématique, simpliste omet de reconnaître le caractère multidimensionnel de la psychiatrie. **Non la psychiatrie n'est pas une discipline médicale comme une autre !** C'est nier ses dimensions de sciences humaines, culturelles, historiques, sociologiques, anthropologiques.... on ne peut pas répartir les structures psychiatriques en s'appuyant uniquement sur des considérations démographiques comme on peut le faire pour scanner ou un IRM. Cette uniformisation se fera comme toujours par le bas, en ouvrant de large perspective pour le secteur Privé.

Des mécanismes industriels et commerciaux pour gérer et financer ce qui devrait rester humain, adaptable et créatif.

En MCO, la tarification à l'acte a déjà fait la preuve de sa dimension perverse en éloignant les orientations de soins du besoin des patient·e·s. En effet, l'objectif des établissements n'est plus de rendre un service public désintéressé aux citoyens dans le seul but de leur apporter les soins les plus adaptés à leur situation singulière, mais de coder, valoriser aux mieux l'activité de «l'usine à soins» que devient l'hôpital. Le but encore un peu caché est évidemment de faire rentrer la psychiatrie dans une dimension « d'efficacité » économique et commerciale. N'oublions pas que pour les libéraux qui nous gouvernent la santé est un marché comme un autre, alors il faut vendre, optimiser. La notion de qualité passée à ce « tamis industriel et commercial » n'est évidemment qu'un outil pour rentabiliser nos pratiques, calculer au plus juste la présence de soignant·e·s, faire des patient·e·s des « consommateurs » responsables....

Une dotation ponctuelle de 30 millions d'€ (par an ? pendant 5 ans ?) au niveau national, pour la rénovation immobilière.

C'est clairement un outrage de plus fait aux soignants, aux familles qui se sont élevés contre l'état déplorable de nombre de nos hôpitaux. Pour relativiser ce chiffre, un autre chiffre 35 millions d'€, c'est le coût d'un seul établissement neuf d'une capacité moyenne (160 lits).

La place des soins contraints risque encore d'augmenter avec la mise en avant de budgets

interrégionaux dédiés aux unités de soins sans consentement (UMD/UHSA). La psychiatrie doit être ouverte sur la société et d'une grande accessibilité pour éviter d'alimenter les phobies sociales et la stigmatisation. Cette orientation contribue à entretenir un rapport de défiance entre la société et la psychiatrie. On ne s'occuperait des patients que lorsqu'ils deviennent une menace dont il faut se protéger. La diminution des moyens humains, la fermeture de lits a été un facteur essentiel dans l'augmentation sans précédent de la violence dans nos hôpitaux !

Sur le financement de la recherche en psychiatrie, oui il est important de cibler ces budgets et de les rendre accessibles le plus largement possible. Cependant il ne faut pas que les orientations des recherches soient prédéfinies, limitées aux neurosciences et à la réhabilitation psycho-sociale. La psychothérapie, la psychanalyse... doivent toujours faire l'objet de recherche.

Cette énième réforme quelle qu'elle soit n'aura aucun avenir si elle n'est pas portée par une augmentation conséquente des moyens alloués.

Le PLFSS 2020 prévoit 9,7 millions d'euros pour la psychiatrie, le gouvernement n'a manifestement pas entendu les cris d'alarme des patient·e·s et des soignant·e·s. L'Etat doit soutenir ce bien commun qu'est notre psychiatrie en supprimant la taxe sur les salaires et augmentant au minimum de 5% la dotation générale.

Il est intolérable de voir les grandes entreprises privées bénéficier de milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales et dans le même temps laisser à l'abandon un service public essentiel à la cohésion de la société.

Effectivement, comme le dit Mr Bellivier « Une réforme ça coûte, c'est un investissement pour la nation » c'est notre bien commun.

La psychiatrie est un enjeu de santé publique. Nous voulons une psychiatrie publique humaine au bénéfice de tou·te·s les citoyen·ne·s.

Les patient·e·s sous tutelle de l'hôpital psychiatrique POURRAIENT NE PLUS POUVOIR Y RETIRER LEUR ARGENT !

La loi du 23 mars 2019 de réforme de la justice, et les directives de la Direction Générale des Finances Publiques du 13 juin 2019, applicables au 1er janvier 2020, **privent les patients sous tutelle d'un établissement psychiatrique public de la possibilité d'y retirer leur argent.**

Cette disposition concerne tous les patients de psychiatrie ou d'EHPAD.

Désormais, les tutelles devront leur ouvrir un compte dans un établissement privé extérieur à l'hôpital ou à l'EHPAD. L'argument invoqué ? Les droits du patient !

Concrètement, il leur faudra se rendre dans une banque privée par leurs propres moyens, munis d'une carte bancaire de retrait et d'un code à mémoriser.

Pour certains de ces patients, cela rentre dans leurs capacités.

Mais pour l'immense majorité de ces patients, mis sous tutelle justement parce qu'incapables de gérer leurs revenus, il en va tout autrement.

Les patients en psychiatrie ont très souvent peur des transports en commun. Ceux des EHPAD ne peuvent plus se déplacer. Il reviendra donc aux soignants de les accompagner régulièrement, alors qu'ils sont déjà surchargés de travail.

En espérant qu'ils n'auront pas perdu leur carte et oublié leur code, puisqu'ils souffrent de troubles cognitifs avérés.

Enfin, les patients et résidents paieront ce service public privatisé.

Cette réglementation nie la maladie mentale et les besoins réels de nos patients.

Elle transfère à nouveau un service public au privé lucratif au détriment de patients déjà peu argentés. Les services de tutelle ont déjà alerté le défenseur des droits. Les directions d'établissement sollicitent la FHF.

La Commission Nationale de la Psychiatrie de la Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale demande le retrait immédiat de cette réglementation bureaucratique qui ne tient aucun compte de la réalité de terrain. **Cette réglementation doit demeurer une option pour certains patients**, pas une obligation pour tous.



La CGT soutient une psychiatrie humaine au service de tous ses usagers.

quels enjeux ?

PREAMBULE

Le décret d'actes infirmiers de 2014 précise les missions de l'infirmier·e IDE, soit des actes de soins qui, pour la psychiatrie et la santé mentale, se subdivisent en 2 catégories :

→ Actes de soins qui relèvent du rôle propre de l'IDE (à l'initiative de l'IDE seul·e) : centrés sur l'autonomie du patient·e, surtout les soins du corps, mais aussi l'entretien d'accueil, l'aide et le soutien psychologiques, l'observation des troubles du comportement et les activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe. La sociothérapie vise à l'adaptation la plus autonome possible à l'espace social, via des «activités centrées sur le maintien et la reconstruction des compétences relationnelles et sociales ». Ces activités peuvent être relationnelles (jeux de mise en situation), pragmatiques (atelier cuisine), cognitives (stimuler la pensée par des jeux), corporelles (mime, théâtre, expression corporelle, efficacité pragmatique), perceptivo-motrices (yoga, bricolage, arts plastiques).

→ Actes de soins sur prescription médicale : là aussi surtout somatiques, mais aussi entretiens individuels et techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique. La psychothérapie ne vise pas l'autonomie mais la transformation du fonctionnement psychique ; elle est basée sur des méthodes reconnues et des références théoriques validées scientifiquement. Les activités à médiation à visée psychothérapeutique utilisent surtout les disciplines artistiques pour ses possibilités expressives; l'accès au sensoriel, à l'imaginaire et à l'affectif n'est qu'un intermédiaire vers l'accès aux mots, inscrivant les affects nommés et ressentis dans l'histoire du/de la patient·e pour lui donner sens

(Source: «Jean, c'est quoi une activité à médiation?», in Santé Mentale, n°226, mars 2018).

Et l'IPA en Psychiatrie ?

C'est un diplôme d'État, accessible après 3 années d'exercice infirmier à temps plein, sous condition d'être inscrit à l'ONI, qui confère le grade de master en 4 semestres, dont les 2 premiers et partiellement le troisième enseignent le tronc commun à toutes les mentions des IPA (pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hémo-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale; psychiatrie et santé mentale). La formation d'IPA inclut 2 stages de 2 et 4 mois ainsi que la remise d'un mémoire. Dans les matières enseignées, on trouve:



entre pathologies avec les éléments biographiques et facteurs environnementaux, les principales psychothérapies et leurs indications, les stratégies thérapeutiques afférentes aux pathologies, les référentiels scientifiques...

Le référentiel d'activités comporte :

→ Observation, recueil et interprétation des données : pour la psychiatrie, cela inclut «l'anamnèse, l'élaboration de synthèses cliniques, la qualité de vie perçue, les capacités d'adaptation, ressources, risques de suicide et de passage à l'acte, les représentations des troubles et leur retentissement sur la vie personnelle, sociale et professionnelle, les capacités préservées et limitations fonctionnelles, le suivi des effets, de la tolérance et de l'observance de la médication et des techniques thérapeutiques non-médicamenteuses» ainsi que « le repérage des risques, des situations nécessitant une concertation pluriprofessionnelle et de l'évolution des troubles du/de la patient·e, suivi par les équipes médicales, paramédical·e-s et autres professionnel·e-s»

→ Prescriptions, renouvellement de prescriptions et réalisation d'actes techniques : en psychiatrie, cela concerne «les psychostimulants, antipsychotiques

atypiques, neuroleptiques conventionnels, antiépileptiques dans le cadre d'une procédure de soins établie avec le psychiatre» mais aussi « les suivis infirmiers thérapeutiques individuels et groupaux, les techniques de médiation à visée thérapeutique et de réhabilitation psychosociale et les examens complémentaires ».

→ Conception, mise en œuvre et évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique : pour la psychiatrie, il s'agit d'actions visant l'autonomie, l'adaptation, la prévention des rechutes, la prévention primaire, l'éducation thérapeutique. Dans une approche populationnelle, il s'agit aussi d'outils de prévention et gestion des crises, de promotion de la santé, de prévention des risques psychosociaux, de contribuer aux projets territoriaux de santé, de recherche des ressources, réseaux et structures nécessaires et d'animation des réunions d'information auprès des établissements, des professionnels et de la population.

→ Participation à l'organisation du parcours de soins et de santé du patient : en matière de psychiatrie, il

convient d'organiser des réunions de concertation pluriprofessionnelle dans tous les champs sanitaire, social et médico-social, de coordonner l'action de tous les acteurs, incluant la coordination clinique avec les différents intervenants, de conseil et expertise auprès des équipes confrontées à des situations complexes et de crise, de repérer les dilemmes éthiques et d'accompagner à la mise en œuvre du raisonnement clinique.

→ Mise en œuvre d'actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles : en psychiatrie, ce sont les protocoles de soins pluri-professionnels et les pratiques professionnelles « fondées sur des données probantes », de rédiger des « référentiels de bonnes pratiques », des rapports auprès des autorités sanitaires, de « retour d'expériences », d'actions de formation, de formation des pairs (tutorat), d'améliorer les pratiques des aidants et d'« accompagner des équipes à l'évolution des pratiques (leadership clinique) ».

→ Contribuer à des études et travaux de recherche
(Source : Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée | Legifrance)

EN

CONCLUSION

Bref, l'IPA, qu'il/elle soit libéral·e, salarié·e du public ou du privé, assumera des missions jusqu'alors assignées aux médecins, aux cadres infirmier·e·s et aux psychologues.

Les appellations d'« expertise » et de « leadership clinique » laissent à penser que l'IPA deviendrait le véritable pivot de la pratique clinique de tous les professionnel·le·s soignant·es.

La mise en place de l'IPA permettrait à la fois de pallier aux déserts médicaux, au défaut de formation initiale en psychiatrie des IDE, de restreindre les missions des cadres infirmier·e·s à la gestion administrative et de remplacer les psychologues (« neuropsychologues » exceptés?) par des professionnel·le·s bien inscrit·es dans la hiérarchie médicale et le modèle somatique, comportemental et adaptatif, le tout pour un coût très économique budgétairement (puisque'ils/elles seront bien moins nombreux·ses·x que les infirmier·e·s) en proposant un nouvel objectif de pouvoir et de carrière aux IDE.

L'équipe pluridisciplinaire éclate encore plus. Les infirmier·e·s se réunissent entre eux/elles seul·e·s, supervisé·e·s par l'IPA. La responsabilité médicale, et non plus paramédicale, des IPA sera très lourde. Et cela, pour un niveau de rémunération équivalent à celui des IADE.

La CGT reste attachée à l'équipe pluridisciplinaire qui rassemble TOUS les soignant·es autour et au bénéfice du/de la patient·e, pour des soins de réelle qualité.

Elle demande que les infirmier·e·s travaillant en psychiatrie et santé mentale bénéficient d'une formation initiale satisfaisante au lieu de formations complémentaires en cours d'emploi sur le budget de la formation continue

La CGT demande des psychiatres en nombre suffisant. Les cadres ne doivent pas être de simples gestionnaires au service de l'administration. Les psychologues doivent pouvoir exercer leur fonction spécifique de réflexion clinique au sein des services.

La CGT défend une psychiatrie humaine au service de tous les usager·es. La psychiatrie a pour mission de soigner les patient·es et non simplement de les médiquer et de les (ré)insérer ou les (ré)adapter socialement.



PAIRS AIDANTS

OÙ, COMMENT ENFERMER CEUX QUE L'ON PRÉTEND VOULOIR LIBÉRER...

Si la connaissance est universelle et validée par des diplômes, l'expérience de la maladie est individuelle et ne peut être la base de la compréhension de l'autre.

L'expérience douloureuse de la maladie, personnelle ou touchant des proches, a pu être pour beaucoup de soignants la découverte d'un métier, même parfois d'une vocation. Et puis l'envie de rendre ce que l'on nous a donné, de réparer, de soigner. Cela s'est alors traduit par, « je veux être médecin, infirmier·e·, aide-soignant·e·, psychologue,.. »

Pour autant, personne ne s'est dit alors, « je veux être un·e· malade professionnel·le· » ...

La professionnalisation d'anciens usagers ou patients en dehors des diplômes ouverts à tous, a été voulue par des médecins, aveuglés par une idéologie antipsychiatrique et anti-soignante.

Ils renvoient les anciens malades vers l'institution, dédouanant par là même la société de son devoir d'intégration. Les "pairs aidant·e·s" se retrouvent ainsi enfermé·e·s dans une voie sans issue, ghettoïsante, un métier nouveau réservé aux « fous », n'ouvrant pas sur la société et sa diversité. Cela révèle par là même les préjugés négatifs de ces médecins sur les capacités d'adaptation des malades psychiques dans notre société.

Sous le prétexte d'une supposée différence qui ne les rendrait compréhensibles que par leurs supposés semblables, elle rejette ainsi à la marge de l'Humanité l'ensemble des patients.

Pourtant, le malade psychique n'est pas différent, il est singulier comme nous le sommes tous.

Salarié·e·s soumis à une hiérarchie et dépendants d'une institution, les « pairs aidant·e·s » ne peuvent plus représenter en toute liberté et défendre réellement les droits et intérêts des usager·e·s, comme peuvent le faire les représentant·e·s d'usager·e·s et les aidant·e·s bénévoles. Le double statut professionnel·le·/patient·e· ne porte que de la confusion, les maintient dans un no mans land souvent douloureux pour tout le monde.

On en a pour preuves les expérimentations françaises, qui ont été des échecs, décompensation des malades, rejet des professionnel·le·s, méfiance des associations d'usager·e·s. Leur poursuite ne s'appuie que sur une volonté politique obstinée, basée sur une vision négative des professionnel·le·s du soin et du social que l'on préjuge incapables de faire preuve d'empathie et dont les connaissances ne leur permettraient pas d'entrer en relation avec les usager·e·s et les malades.

Dans une période très difficile de sous financement des secteurs du social et du sanitaire, avec des équipes épuisées par les sous effectifs et la dégradation des conditions de travail, ces embauches sont vécues comme des provocations qui éloignent encore plus les décideur·euse·s des acteur·trice·s de terrain.

Cela vient également ébranler le soutien précieux des bénévoles, des aidants naturels, des groupes d'auto-support, des groupes néphalistes, avec qui nous travaillons depuis des années dans la complémentarité des rôles auprès des usager·e·s.



"La stigmatisation des troubles mentaux trouve ses origines dans cette idée reçue selon laquelle, les malades mentaux seraient des personnes à part".

Morgane Burnel, Docteure en psychologie cognitive, Université Grenoble Alpes

LA PSYCHIATRIE,

UN EXEMPLE À SUIVRE POUR LA MCO !

Depuis les années 60, la psychiatrie française visionnaire est au cœur du territoire, au plus près des patientes, grâce notamment à l'organisation en secteur, centrée sur le CMP (Centre médicopsychologique) et sur le soin ambulatoire. En effet, 82% des patientes sont actuellement, exclusivement prises en charge en dehors de l'hôpital. Cette organisation permet de considérer la dimension sociale des troubles psychiatriques en s'appuyant sur l'environnement du-de la patiente et sur un réseau multidisciplinaire, afin d'apporter des solutions au plus près de lieux de vie et de privilégier le maintien au domicile.

Depuis plusieurs années, des politiques d'austérité organisent la destruction du secteur de psychiatrie, ce qui se traduit entre autres par des fermetures de structures ambulatoires et une diminution drastique des visites à domicile, autant d'outils essentiels au suivi des patientes et à leur maintien à domicile. Difficile de ne pas y voir une volonté de destruction de notre service public de psychiatrie, offrant ainsi un champ prometteur et rémunérateur au libéral et au privé.

Le secteur libéral et privé n'est pas en mesure d'apporter des solutions dans la durée aux problématiques psychiatriques. On constate d'ores et déjà les conséquences dramatiques en termes de ruptures de soins, de dégradation de l'état de santé des patientes et donc aussi en terme économique...

Non le médico-social n'a pas vocation à se substituer au sanitaire. Cette obstination n'est fondée que sur des considérations économiques et politiques.

La commission nationale psychiatrie CGT réaffirme la nécessité de s'appuyer sur une équipe pluridisciplinaire en capacité d'apporter un cadre soignant, contenant et rassurant. Ce qui impose des moyens humains suffisants mais aussi des formations spécifiques.

L'évolution des formations est en lien avec l'évolution de la politique de santé et se concentre désormais uniquement sur le traitement, le symptôme, les neurosciences. Les fonctions se cloisonnent en niant la place de l'analyse clinique, de la relation soignante et en renvoyant une réponse morcelée aux patientes.

Nous exigeons des formations « spécifiques » pour tous les professionnelles de la psychiatrie. Le soin en psychiatrie impose une vision croisée et multiple. Un seul regard, aussi expert soit-il, ne remplacera jamais la réflexion et l'analyse collectives qui sont la richesse d'une équipe.

Positionner un-e soignant-e expert (IPA) aise d'une équipe c'est limiter les échanges, raccourcir dangereusement le processus décisionnel. Aucune professionnelle seule ne peut supporter les effets psychiques de la rencontre avec un-e patiente atteinte de troubles psychiatriques.

Des politiques successives ont tenté d'enfermer la psychiatrie dans sa seule dimension sécuritaire en favorisant l'amalgame entre maladie mentale, délinquance et violence. Dans ce contexte, les rapports avec la société se figent autour des notions de peur, de défense et de rejet. De fait, la majorité des projets récents ont consisté à ouvrir des structures fermées voir pénitentiaires. Il est impératif que la psychiatrie reste ouverte sur la société, et de rappeler sans cesse que les hommes et les femmes atteints de troubles psychiques sont statiquement moins « dangereux » que la population générale et sont plus souvent victimes qu'auteurs de violences.

Par ailleurs, nous tenons à relever le paradoxe entre l'augmentation de 50% de l'activité globale en 25 ans, de 12% sur trois ans de l'hospitalisation sans consentement, de 70% en 10 ans de l'activité des CMP et la baisse de 60% de lits sur 40 ans, associé à de très nombreuses fermetures/restructurations de CMP et suppressions de postes.

Les orientations actuelles en matière de politique de santé tendent à uniformiser les pratiques, standardiser, selon des modalités quasi industrielles. Cette rigidification et cette protocolisation à outrance ne répond nullement à la diversité des problématiques auxquelles nous sommes confrontés. Il est urgent de laisser aux soignantes l'initiative, la créativité nécessaire pour s'adapter aux situations et aux évolutions. Enfermer les soignantes dans une vision unique « neuroscientifique », écarter la psychanalyse, faire de la réhabilitation psychosociale la seule solution post-crise, ne concevoir l'hospitalisation temps plein que comme une conséquence négative du soin est extrêmement réducteur.

La commission nationale de psychiatrie tient à réaffirmer son attachement à la recherche de l'adhésion aux soins, en s'appuyant sur une relation empathique, rassurante et contenant. Les soins sans consentement devant être réservés à des situations extrêmement exceptionnelles et ponctuelles. Nous refusons d'être contraints à des soins sans consentement par manque de moyens.

La psychiatrie n'est pas une discipline médicale comme une autre car elle se compose d'éléments médicaux, sociologiques, psychologiques, anthropologiques culturels, artistiques... cette particularité doit être reconnue par une loi spécifique.

Pour la CGT, il est impératif de sanctuariser et de renforcer significativement le budget alloué à la psychiatrie. En redonnant rapidement des moyens humains et immobiliers nous permettant de répondre humainement aux besoins de nos concitoyen-nes.



« PAYER LES FEMMES COMME
LES HOMMES, LES ENTREPRISES
VONT AVOIR DU MAL
À ENCAISSER LE SURCÔT »

CHRISTOPHE BARBIER,
éditorialiste,
intervention dans une émission télévisée

« POUR GAGNER AUTANT
QUE MON COLLÈGUE MASCULIN,
JE DEVRAIS TRAVAILLER
DEUX MOIS DE PLUS PAR AN »

FAÏZA,
cadre,
déléguée syndicale

CHANGEZ DE REGARD SUR L'ACTUALITÉ SOCIALE ET JURIDIQUE

nvo

LA NOUVELLE VIE OUVRIÈRE
LE MAGAZINE DES MILITANTS
DE LA CGT
nvo.fr

la
cgt