



## CONTRIBUTION SECTEUR SANTE TRAVAIL CGT AU SEGUR DE LA SANTE 2020

La pandémie du Covid-19 a permis de mettre en exergue les dysfonctionnements récurrents de notre système de santé actuel : manque de personnels, manque de matériels, manque de services, manque de lits, manque de structures (réa, Ehpad, psychiatrie), management inefficace, organisations du travail contre-productives...

Les conséquences ont été graves en termes de nombre de décès (plus de trente mille personnes) dont des personnels hospitaliers en première ligne durant cette crise, qui garderont des séquelles physiques et psychiques (Syndrome Stress Post Traumatique) durables.

Le gouvernement et l'exécutif ont prouvé leur incapacité à anticiper et à gérer cette pandémie, hormis par le biais d'une communication médiatique sans impact sur la réalité, entre autre en ce qui concerne la reconnaissance du Covid-19 en maladie professionnelle, qui n'est toujours pas actée à ce jour, ni sur le fond ni sur la forme.

Les ARS ont montré leur inutilité, les établissements ont été obligés de se réorganiser pour faire face à l'afflux de patients. Les personnels de terrain, ont montré eux, leurs capacités à s'adapter et à reprendre en main les organisations de travail.

Comment en est-on arrivé là ?

C'est bien en amont que les causes de ces dysfonctionnements sont apparues.

On peut identifier dès les années 90 et plus précisément avec les ordonnances Juppé de 1996 les premières attaques contre le service public hospitalier et médico-social. Ces ordonnances avaient pour objectif la réorganisation de la Sécurité Sociale.

Dans les faits, il s'agissait déjà de maîtriser et de diminuer les dépenses de santé. Elles ont réformé l'hospitalisation publique et privée : c'est la création des ARH, Agences Régionales d'Hospitalisation (ancêtres des ARS), la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens, la mise en place d'une dotation globale limitative en fonction des objectifs de la loi de Financement de la sécurité sociale. Déjà, les besoins de la population ne sont pas au centre des préoccupations.

Ces ordonnances ont ouvert la voie pour de nouvelles organisations de travail qui allaient totalement dénaturer le service public dans les secteurs hospitalier et médico-social, avec l'arrivée d'autres réformes dans les années suivantes.

En 2000, les 35 heures dans les hôpitaux, qui sont une réelle avancée sociale, se sont révélées désastreuses en terme de santé au travail, compte tenu du fait de l'absence d'embauches à la hauteur des besoins, ce qui pourtant était l'objectif de cette loi.

- ▶ Dans les établissements où le manque de personnel était déjà criant, le passage aux 35 heures, sans les 10 % d'embauches correspondantes, a créé une intensification du travail, qui a débouché sur des problèmes de santé majeurs pour le personnel (TMS, RPS...)
- ▶ On commence à compter la durée des tâches.
- ▶ Les journées de RTT, seule compensation tangible, sont aujourd'hui remises en cause, sous la pression du MEDEF et du gouvernement.

En 2003, l'Ordonnance du 4 septembre a comme objectif la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Elle amène la création d'établissements et de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation avec le renfort du SROSS (Schéma Régional d'organisation sanitaire). Là encore, les besoins de la population ne sont pas pris en compte, les

autorisations sont données en fonction de l'intérêt financier de telle ou telle spécialité. Cette ordonnance crée également les Groupements de Coopération Sanitaire. C'est le début de la mutualisation.

La loi du 18 décembre 2003 marque clairement un virage catastrophique pour les hôpitaux : c'est la mise en place d'un nouveau mode de financement, la fameuse TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A) dès 2004 des établissements de santé publics et privés. C'est donc la fin de la dotation globale pour un financement en fonction du nombre et de la nature des actes, qui privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens. Tout ceci dans une enveloppe fermée.

Les budgets s'appellent désormais l'EPRD (Etat prévisionnel des Recettes et des Dépenses).

Les conséquences sont dramatiques, à savoir :

Il n'y a plus de place pour le relationnel (écart entre ce que les soignants souhaitent faire et l'organisation du travail). Il faut produire un volume d'actes de soins suffisant, diminuer les coûts, donc **faire plus avec moins**.

Les dépenses de personnel qui représentent 70 à 80 % des dépenses hospitalières sont logiquement les premières visées par cet effort de « productivité ».

C'est un système d'incitation à la sélection des malades et à celle des pathologies soignées.

**L'hôpital doit fonctionner comme une entreprise** soit : « dégager des marges » sur ses dépenses de fonctionnement en accroissant la productivité du travail et donc, en intensifiant le travail du personnel, en ayant recours à des modes de gestion utilisés dans l'industrie, tels que le « **lean management** ».

L'importation dans les services de ces « nouveaux » modes de management, modifie et dégrade fortement la façon de travailler des personnels.

2005 : l'Ordonnance du 2 mai met en place la « simplification » du régime juridique des établissements de santé.

Il s'agit de la mise en place d'une nouvelle organisation hospitalière : la gouvernance est exercée par un conseil exécutif présidé par le Directeur, composé à parité d'administratifs et de médecins, du président de CME et des responsables de pôles.

A cette époque, la mise en place des « pôles » a eu pour conséquence que certains médecins sont devenus des « managers », récompensés par des primes.

Ils sont impliqués dans les résultats de la gestion de l'hôpital, sans formation préalable à l'encadrement alors qu'ils ont le choix de leurs managers, d'où l'émergence de nombreux dysfonctionnements, aussi bien dans l'organisation que dans la gestion des services : injonctions paradoxales, abus d'autorité, absence de reconnaissance, détérioration de l'ambiance de travail (iniquité, compétition...). Chacun de ces facteurs est susceptible de générer des Risques Psycho Sociaux – (RPS).

La création de ces pôles installe une polyvalence généralisée du personnel, au sein d'entités beaucoup plus vastes que les services.

Elle est généralement synonyme de glissement de tâches, dont les conséquences sur le personnel peuvent être pénales et sont sources de stress supplémentaire.

Soit l'agent effectue ces actes qui peuvent le placer hors la loi, soit il refuse et des pressions peuvent alors être exercées à son encontre.

2007 : Révision Générale des Politiques publiques (RGPP), puis la modernisation de l'action publique (MAP) en 2012 : Ces différentes réformes induisent de nouvelles techniques managériales (centres de responsabilité, contrôle de gestion) appelées **New Public Management** (Nouvelle Gestion Publique) sont fortement inspirées des idées développées par le courant néolibéral dans le secteur privé.

L'évaluation se faisant par l'équilibre des comptes de l'hôpital et de la performance dans la prise en charge des malades.

Le New Public Management a pour conséquences :

- ▶ Contrôle par des indicateurs pour le pilotage de l'hôpital avec des outils sur l'évaluation et la mesure de la performance.
- ▶ Production de données chiffrées pour ajuster les résultats en fonction des objectifs.

- ▶ Dénier du réel du travail, des modes opératoires pour anticiper et gérer les aléas et ajuster les pratiques à ces imprévus.
- ▶ Dénier de la dimension de communication et relationnelle et de la vigilance des états physiques et affectifs du patient.
- ▶ Dénier des situations extrêmes et des questions éthiques dans les choix thérapeutiques.

La loi du 21 juillet 2009, dite loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) ou loi Bachelot, vient achever la mise en place d'une politique et d'une gestion ouvertement libérales du monde de la santé et du médico-social.

Mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS) et refonte de la gouvernance hospitalière : renforcement du rôle du directeur, remplacements du conseil exécutif par un directoire et du conseil d'administration par un conseil de surveillance. Les personnels et les élus sont dépossédés de toute possibilité d'intervenir dans l'orientation et la gestion de l'activité.

Il y a « un patron et un seul à l'hôpital, le Directeur », qui dispose de larges pouvoirs dont le pouvoir de nomination.

L'**Inversion des normes** se déploie : on ne tire pas vers le haut la prévention, la sécurité, l'hygiène, le bien-être au travail, mais on s'aligne sur le minimum, on passe d'une logique réglementaire à la logique d'un contrat avec le supérieur hiérarchique, à seule fin de réduire le coût de fonctionnement. C'est une illustration de la fameuse directive Bolkenstein (2006) qui impose la libéralisation des services.

Le Directeur décide seul de la gestion budgétaire de son établissement. Il reçoit des primes à hauteur de ses performances de résultats financiers. L'Etat ne finance plus les investissements et les directions sont poussées à emprunter à des banques d'affaire. Les directions sont confrontées aux exigences des ARS qui peuvent les relever de leurs fonctions s'ils ne se montrent pas assez efficaces dans la mise en œuvre de l'austérité. Le choix est clairement identifié : la priorité est donnée à la rentabilité à tout prix, au détriment de la santé du personnel et des usagers.

En 2012, le Plan Hôpital a comme seul objectif la rationalisation économique.

Cependant, le modèle inadapté de « l'hôpital-entreprise » a en premier lieu des conséquences sur les usagers, en ce qui concerne leur possibilité d'accès aux soins, ainsi que sur la qualité et la sécurité de ces soins.

Il touche également les professionnels, qui sont confrontés à des conditions de travail qui ne cessent de se dégrader. Ils considèrent ne plus pouvoir faire leur travail de manière satisfaisante, voire même de mettre en danger les patients dont ils ont la charge, ce qui génère une souffrance éthique importante. La généralisation de la **polyvalence** et de l'**intérim** désorganise le fonctionnement des services.

Elle réduit les temps de transmissions et d'échanges indispensables au travail en équipe et elle est source d'erreurs, qui seront ensuite imputées au soignant. Le travail des soignants tend à être réduit à sa part purement technique, la plus **standardisée** possible, au détriment de toute dimension relationnelle, pourtant indispensable à la qualité des actes. Ce qui contribue à une **déshumanisation du soin**, la disparition d'un cadre **collectif** de travail et la perte de signification de ce travail, jugé comme insatisfaisant alors qu'on s'y épuise. Le personnel soignant voit sa part d'activités administratives augmenter, avec une multiplication des procédures et de protocoles, des réglementations et des objectifs, parfois incompatibles entre eux, paralysant les personnels dans des situations susceptibles d'engendrer du mal être ou de la souffrance, au détriment du temps passé avec le patient.

En 2016 : La Loi Touraine "de Modernisation de notre système de santé"...

La sécurité sociale est mise sous tutelle de l'État : c'est l'assujettissement strict de l'activité au financement prévu, au prétexte de maîtrise des dépenses remboursées.

C'est l'accentuation des **rapprochements public-privé**. Fusions, regroupements, réorganisations dans un objectif de réduction drastique de l'emploi public.

Dernière réforme en date, celle d'Agnès Buzyn, ministre de la Santé : « Ma Santé 2022 » qui préconise 5,3 Milliards d'euros d'économies prévues jusqu'en 2022 (Comité Action Publique) et 22000 suppressions de postes.

Toutes ces réformes ont eu comme seul objectif de réduire les coûts en dégradant les conditions de travail et la qualité de la réponse apportée aux besoins sanitaires de la population. Elles ont provoqué la fermeture de 69 000 lits entre 2003 et 2017, selon le Panorama des établissements de santé, dans son édition 2019, publié par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), rattachée au ministère de la Santé.

Pour les personnels de santé, c'est une dégradation sans précédent des conditions de travail et une perte de sens de leur activité. Aujourd'hui, une infirmière exerce en moyenne 5 ans et change ensuite complètement d'orientation professionnelle, alors même qu'il s'agit souvent de métiers à vocation.

En 2020, la santé est le premier secteur pourvoyeur d'accidents de travail et de maladies professionnelles, devant tous les autres secteurs d'activité.

**L'intensification du travail** liée au manque de personnel, aux horaires décalés, au travail en 12 heures et aux contraintes inadaptées au domaine d'activité, générant la suppression de repos, de congés et le rappel illégal du personnel, désorganise gravement la vie privée et familiale des agents et de leur entourage.

Les mauvaises conditions de travail engendrent des arrêts de courte durée, non pris en compte dans la politique de remplacement, qui alimentent le cercle vicieux de la dégradation de la vie au travail. Cela se traduit par des personnels sous traitement (médicamenteux et/ou psychologique), une augmentation du burn-out, et **malheureusement, un nombre important de suicides** ou de tentatives liés au travail, que le gouvernement est incapable de chiffrer et qui touche toutes les catégories professionnelles soignants ou non.

La précarisation, comme l'incertitude du maintien des emplois, tant dans le secteur public que privé, génère également un stress important avec des difficultés, voire l'impossibilité de se projeter dans l'avenir et de construire son existence.

Présentation du diagnostic de la situation, et propositions d'actions concrètes CGT

<b>Thématiques : Santé au travail "Santé et qualité de vie au travail dont prévention, management, prévoyance"</b>		
<b>Diagnostic de la situation</b>	<b>Priorité d'action</b>	<b>Propositions concrètes CGT</b>
Manque d'action et de formation de prévention.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire de la prévention primaire le socle de la santé au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le maintien des CHSCT dans le public, seule instance de proximité dont la mission est la prévention de la santé physique et mentale de tous les personnels, et la remise en place des CHSCT dans le secteur privé.</li> <li>Le renforcement des prérogatives des CHSCT et de leurs droits avec un nombre de mandatés ou d'élus suffisant et proportionné au nombre de salariés représentés, avec des moyens identiques pour les titulaires et les suppléants (nombre d'heure de délégation, formation...) ●</li> </ul>

<p>✓ Pénurie de personnels rendant difficile la gestion des plannings. Non-respect de la réglementation du temps de travail, non-respect des temps de repos  Modification intempestive des plannings ne permettant pas une articulation harmonieuse entre vie professionnelle, familiale et sociale.  Rappels fréquents au domicile sur les temps de repos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cette pénurie de personnels créer une insécurité pour les agents et pour les patients : urgences, transports de détenus , psychiatrie....</li> </ul> <p>✓ Manque d'écoute et de concertation des personnels sur le travail réel en amont d'achats de matériels, de changements d'organisation de travail, de rénovation et de nouvelle implantation architecturale.</p> <p>✓ Médecine du travail sous dimensionnée par rapport aux besoins, ne permettant pas le suivi, l'accompagnement et le retour à l'emploi des agents. Temps contraint ne permettant d'assurer le 1/3 temps prévu pour assurer la prévention primaire et l'adaptation des postes de travail</p> <p>✓ Dispositif mis à disposition des personnels en AT, CLM et CLD difficiles d'accès et incomplets. La reprise et le</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Embauche massive de personnels qualifiés afin de pouvoir gérer les plannings humainement et sereinement.</li> <li>● Accompagner et donner les moyens et des marges de manœuvre à l'encadrement</li> </ul> <p>● Redonner la parole aux travailleurs qui sont experts de leur travail.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Mesures coercitives à prévoir en cas de non-respect d'une politique réelle de prévention. La politique de prévention et ses résultats doivent être évalués</li> <li>● Donner l'autonomie et les moyens aux services de santé au travail. Nécessité de services de santé au travail permettant le suivi, l'accompagnement et le retour au travail des personnels fragilisés</li> <li>● Rendre décisionnel l'avis de la commission de réforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Formation de l'encadrement et de la hiérarchie sur les réglementations en vigueur afin de respecter et de permettre l'articulation vie professionnelle/vie privée.</li> <li>● Formation de l'encadrement en psychodynamique du travail pour un management respectueux des personnes et issu du travail réel.</li> <li>● Formation obligatoire de l'encadrement aux risques psychosociaux et aux risques professionnels dans le cadre de la prévention des risques.</li> <li>● création de collectifs de travail en lien étroit avec le CHSCT, avec prise en compte des propositions en amont, des changements d'organisation de travail, des besoins en matériel et en travaux neuf ou de rénovation</li> <li>● Revaloriser la grille salariale des médecins du travail à la hauteur des PUPH</li> <li>● Harmoniser la formation des infirmières de santé au travail et leur garantir une reconnaissance à la hauteur de leurs qualifications</li> <li>● chaque personnel doit dépendre d'un médecin du travail identifié.</li> <li>● Obligation des employeurs de suivre les avis rendus.</li> <li>● Sur le fonctionnement des instances médicales : modifier les règles de quorum, pour que soit obligatoire la présence</li> </ul>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>maintien dans l'emploi sont très difficiles à mettre en place, et à faire valoir auprès des employeurs</p> <p>✓ Forte exposition aux risques chimiques CMR, à de nombreux produits de recherche et aux médicaments cytostatiques</p> <p>..</p> <p>✓ Sinistralité très élevée dans notre champ professionnel, devant le secteur du bâtiment Le mode de reconnaissance collective de la pénibilité dans la Fonction publique est le service dit « actif » : départ anticipé avant l'âge d'ouverture du droit (en général 5 ans). Le support légal (I-1° de l'article 1 du L24 du CPCM) est insuffisamment précisé (sont classés dans la catégorie active les emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles) et génère une gestion arbitraire et incohérente du service actif. Le décret prévu par l'article L24-1-1° doit faire l'objet d'une publication.</p> <p>Application de l'article 44 La gestion des soins gratuits : Il existe des obstacles à</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Rendre décisionnel les avis de la médecine du travail sur l'organisation et l'adaptation du poste travail et du temps de travail.</li> <li>● Modification réglementaire pour faire apparaître tous ces produits dans le Code du travail et dans le tableau des maladies professionnelles</li> <li>● Une reconnaissance plus étendue de la pénibilité de nos métiers <ul style="list-style-type: none"> <li>● Réduction du temps de travail, avec des horaires et une organisation du travail respectant la santé physique et mentale des personnels</li> <li>● L'amélioration des conditions de travail pour diminuer les maladies liées au travail.</li> </ul> </li> <li>● Intégration des pathologies mentales liées au travail dans le tableau de la Sécurité sociale.</li> </ul>	<p>d'un représentant par collègue. Avoir des représentants des personnels dans les comités médicaux Garantir les secret médical pour l'agent tout au long de sa prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sur la liste des produits CMR : ajouter les produits cytostatiques et les produits de recherche. Mettre à jour le tableau des maladies professionnelles . Des fiches d'exposition doivent être établies pour tous les agents au contact de ces produits</li> <li>● Départ anticipé à la retraite, avec le maintien et l'élargissement de la catégorie active pour le privé et le public (départ à 55 ans à taux plein).</li> <li>● Réintroduire le dispositif de la cessation progressive d'activité à 50 ans.</li> <li>● L'application des soins gratuits à tous les salariés de la FPH avec un traitement égalitaire par le biais de</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>l'application de l'article 44 de la loi 86-33 portant statut de la Fonction Publique Hospitalière, au prétexte des mesures d'économies organisées par les ARS ; de nombreuses directions ne l'appliquent pas ou plus et pour les établissements qui l'appliquent, le bénéfice de soins gratuits ne peut conduire à le considérer comme un avantage en nature, sauf en l'absence d'une complémentaire santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élargir le bénéfice de l'art 44 aux contractuels, aux retraités, aux ayants droits.</li> </ul>	<p>convention entre établissements, et l'application de l'art 44 aux soins de ville</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------