

PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT



➤ Hôpital, Urgences...
Ça craque de partout !
Imposons nos revendications !



Dans les moments sensibles, vous pouvez compter sur nous !

Parce que personne n'est à l'abri des moments difficiles de la vie, **votre complémentaire santé et/ou prévoyance vous protège lorsque vous et votre famille en avez le plus besoin** (aide à la famille, aux aidants familiaux, en cas de fragilités budgétaires, de handicap ou de cancer).

Pour en savoir plus sur votre accompagnement social, consultez notre site internet malakoffhumanis.com

 **malakoff
humanis**

SANTÉ - PRÉVOYANCE - RETRAITE - ÉPARGNE

Malakoff Humanis Prévoyance - Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la Sécurité sociale - Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 691 181- Siège : 21 rue Laffitte 75009 Paris

ÉDITO



Jérémie Prigent,
animateur de l'espace Communication fédérale

4-6 | **Dossier spécial**
URGENCES

7-11 | **Actualité**
UFMICT

12-13 | **Actualité**
UFSP

14-15 | **Actualité**
UFAS

16-18 | **Actualité**
UFR

Le numéro de juin est rédigé alors qu'Elisabeth Borne met en place son gouvernement. Celui-ci a mis longtemps à voir le jour, fine stratégie afin de réduire au maximum l'opposition au silence pendant la campagne des législatives. Pour notre secteur d'activité, c'est Madame Brigitte Bourguignon, ministre de la Santé et de la Prévention, et Monsieur Damien Abad, ministre des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées que nous avons comme interlocuteurs. Rappelons que Madame Bourguignon a voté toutes les lois et mesures du précédent quinquennat qui ont mis à mal l'hôpital public et les établissements du sanitaire, social et médico-social et ont plongé les personnels dans la colère et l'épuisement.

C'est un très mauvais signe envoyé à tous les salarié.e.s de ces secteurs d'activité et à la population.

Le symbole est fort de nommer Mme Borne Première ministre. Vous me direz, ce sera plus facile pour elle de mener la fameuse réforme des retraites Sauce Macron, elle qui s'y connaît tant en casse sociale ! Vous pouvez en parler aux camarades cheminots, ils la connaissent bien celle qui a organisé le démantèlement de la SNCF ! Championne du monologue social, elle aura pour charge de broyer nos retraites. L'objectif de destruction des conquies sociaux et de ce que nos anciens ont gagné, fruits des luttes passées, est bien là : libéraliser à outrance, permettre au marché de progresser, faire de nos retraites le capital des spéculateurs de tous poils ! L'UFR y consacre un article dans ce numéro.

La bataille sera rude, mais la bataille des idées sera importante, et les mots auront tout leurs sens.

Ensemble, défendons nos conquies et créons les conditions pour la conquête de nouveaux droits !

Ce numéro vous offre un dossier complet sur l'état des Urgences en France ; notre étude n'est pas encore terminée, mais vous aurez les premiers éléments. L'UFMICT revient sur les IDE, "*un métier formidable pour un salaire fort minable*" et l'Ordre National Infirmier : "*Payer pour travailler c'est toujours non !*", sans oublier les actualités de l'UFSP et de l'UFAS.

Bonne lecture !

Publication de la Fédération
de la santé et de l'action sociale

Commission paritaire n° 0223 5 06676

ISSN : 0299-0369

Tirage : 70 000 exemplaires

Directrice de la publication :

Mireille STIVALA

Rédacteur en chef :

Jérémie PRIGENT

263, rue de Paris - case 538

93515 Montreuil CEDEX

Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70

Impression :

RIVET PRESSE ÉDITION

Tél. 05 55 04 49 50



Dossier URGENCES

Tou.te.s uni.e.s pour stopper la marche au chaos !

Le groupe fédéral « Politiques de santé » a organisé quatre réunions sur la question des services d'urgences en difficulté. Elles ont déjà permis de rassembler des dizaines de syndicats concernés.



La dégradation de la situation et des conditions de prise en charge de la population ces dernières semaines sont inédites : décès inacceptables aux urgences de Strasbourg, d'Orléans et de Nantes, activité de plusieurs urgences réduite à la prise en charge des urgences vitales par manque de personnels, délais d'intervention des SMUR de plus en plus longs, aux conséquences parfois dramatiques comme lors du récent décès par arrêt cardiaque d'un homme dans le Jura ayant attendu le SMUR plus de 55 minutes... Un peu partout, les injonctions des ARS à la population à appeler le 15 et de ne plus se rendre aux urgences saturées se multiplient.

Les personnels n'en peuvent plus, la population est en danger. Nous n'avons pas d'autre choix que de tout faire pour stopper cette marche au chaos et obtenir la réouverture des lits et des services déjà fermés.

D'ores et déjà, nos syndicats se mobilisent avec les personnels : 26 rassemblements consécutifs pour la réouverture des urgences de nuit à Draguignan, les urgences de Morlaix en grève depuis le 12 avril, les urgences de Louis Mourier (APHP) en grève depuis le 25 avril, les urgences pédiatriques de Bordeaux en grève depuis le 21 avril, les urgences du CHIVA dans l'Ariège qui ont été rejointes dans la grève par six autres services...

La question d'aider à la convergence et à l'élargissement de ces mobilisations est ressortie des débats des deux premières réunions. Avec les syndicats connectés, nous avons identifié une trentaine de services d'urgences fermés, mais nous savons qu'il y en a bien plus. La carte sur le site fédéral est un outil pour rendre visible ce recensement.



Nous sollicitons toutes les organisations de la fédération pour nous transmettre les informations sur les urgences menacées ou fermées sur leur territoire afin de les rendre visibles sur la carte des fermetures de lits et services d'urgences menacés. Merci pour vos retours sur l'adresse : lutttes@cgt.sante.fr

Nous avons eu un congrès il y a peu de temps, le document d'orientation a été validé. Maintenant, il faut voir comment on y répond tous ensemble en prenant des décisions et en mettant en place des actions concrètes.

Nous sommes dans une situation inédite : il n'y a jamais eu autant de fermetures de services d'urgences. Il n'y a jamais eu autant de manque de personnels. Il n'y a jamais eu autant de fermetures de lits. Il n'y a jamais eu un taux d'absentéisme aussi élevé partout.

Ça craque partout, mais des zones de résistance se mettent en place dans plusieurs endroits.

Aux Urgences d'Orléans, il y a 90% de personnels en arrêt maladie par épuisement professionnel. Les médecins sont en grève illimitée depuis le 8 avril. A Louis Mourier à l'AP-HP, il y a une grève aux Urgences sur la question des salaires, des effectifs et des moyens. Les personnels et le syndicat CGT ont chiffré précisément les revendications au niveau des salaires : ils demandent 300 euros pour tou.te.s. Au niveau des effectifs, ils ont chiffré les besoins en nombre de médecins, d'infirmières, d'aides-soignant.e.s, etc. Loin d'être isolés, les personnels des urgences ont invité les agents des autres services à les rejoindre lors de leurs AG du 5 mai. Résultat : plus de 100 personnels se sont réunis devant l'hôpital pour témoigner d'une situation similaire dans tous les services et apporter leur soutien aux grévistes. Du jamais vu !

Chaque jour, de nouveaux préavis de grève arrivent : Dreux, Bordeaux, Angers, Caen, Auch, Brest, le CHIVA en Ariège, Saint- Malo, Cahors... Draguignan qui se mobilise toujours... Il y en a de plus en plus !

On pourrait citer la situation des Urgences d'Oloron Sainte-Marie, où après une annonce brutale et immédiate de fermeture des Urgences, l'ARS a été contrainte de faire marche arrière, suite à la réaction très rapide du syndicat CGT organisant un rassemblement gigantesque de 3 000 personnes devant la sous-préfecture (soit le tiers de la ville). Devant le tollé général, l'ARS a été contrainte de reculer et de réouvrir les urgences en 3 jours, alors qu'elle avait annoncé une fermeture pour 4 mois !

Oloron, c'est quand même la démonstration que la casse continue, qu'il y a une volonté de saccager l'Hôpital, mais c'est aussi la démonstration qu'on



*Nous invitons tous les syndicats à aller à la rencontre des personnels des services d'urgences pour établir des cahiers revendicatifs locaux sur les besoins en personnels, moyens... (Dossier **Les services d'Urgences en difficulté**) et à les faire remonter à la fédération à l'adresse **lutt@cgt.sante.fr***

peut les bloquer, qu'on peut les faire reculer, et qu'il faut mettre en avant, plus que jamais, nos revendications !

Même si ce n'est pas un service d'urgences, un autre très bon exemple d'actualité, c'est ce qui s'est passé à l'hôpital de Carhaix. Ce qui s'est passé est incroyable ! Ils ont annoncé la fermeture d'un service de soins continus. Cela a entraîné un tel bazar local que c'est le ministre lui-même qui a été obligé d'intervenir pour rétro-pédaler et annoncer que le service serait maintenu, quelques jours avant un rassemblement de 1 000 personnes devant l'hôpital, quitte à mettre en difficulté la direction qui va être obligée de réorganiser les différentes activités de l'hôpital pour pouvoir maintenir le service ouvert.

Cela démontre bien que ce sont eux qui continuent de casser partout, mais que ce sont également eux qui ont entre leurs mains la solution pour que ça s'arrête. La preuve en est à Oloron ! La preuve en est à Carhaix !

Ce qui remonte des territoires, c'est souvent une volonté de résistance des personnels et des populations. Ce qui se dit partout c'est qu'il y a plusieurs mois d'avance sur les difficultés habituelles qui ont lieu généralement l'été. C'est pourquoi tout le monde craint énormément l'été qui arrive et ne voit pas comment ça va être possible. Les infirmières des urgences pédiatriques de Bordeaux, qui sont en grève illimitée depuis une quinzaine de jours disaient : "On attend le drame !". Des drames, il y en a eu récemment comme à Strasbourg, à Orléans ou à Nantes... Et les personnels le vivent très mal à chaque fois.

Notre Fédération a un rôle important à jouer dans la période en donnant la possibilité aux salarié.e.s et les moyens aux syndicats de résister et de bloquer cette marche au chaos.

Car dans la période, ça paraît très compliqué de compter sur une quelconque volonté du ministre de la Santé ou des ARS d'arrêter cette dégradation,

puisque les injonctions qui sont données par les autorités actuellement sont : "N'allez pas aux urgences !"... "Appelez le 15 ou votre médecin traitant !"... Ce qui veut dire en substance « L'hôpital n'est plus accessible ». Rien n'est fait par le gouvernement pour améliorer la situation. Bien au contraire, ils continuent à renverser leur responsabilité par rapport à ce qui se passe avec une volonté de culpabiliser les populations, comme si elles étaient responsables de "l'embolisation" actuelle des services ! Et cela est totalement insupportable et inacceptable !

Dans la situation actuelle, c'est encore plus impardonnable de laisser à la porte des hôpitaux plus de 15 000 suspendu.e.s, sans compter tous celles et ceux qui sont en arrêt maladie pour ne pas être suspendu.e.s !

Quand les Urgences vont mal, ce sont ensuite les autres services de l'hôpital qui vont mal. Et quand les Urgences ferment partiellement ou totalement, on voit d'autres services fermer ensuite, comme la radiologie, la chirurgie, etc...

Parrapport à tout ça, nous avons organisé 4 réunions sur les services d'urgences en difficulté, les 7 mars, 4 avril, 16 et 30 mai derniers. Il en est ressorti le constat que les Urgences sont la porte d'entrée de l'Hôpital, mais qu'elles pourraient également être une porte d'entrée pour des mobilisations de grande ampleur... pour les arrêter... comme à Louis Mourier, comme à Oloron...

Est-ce que réussir à mettre en mouvement et en grève les services d'urgence pourrait ensuite provoquer un effet "domino" pour mettre en mouvement les autres services partout en France ?

Pour l'instant, tous les services d'urgences ne sont pas en grève, mais il est incontestable qu'il y a une ébullition partout... et une colère partout aussi. C'est un processus qui se construit encore. D'ailleurs, nous avons envoyé une note fédérale à tous les syndicats, accompagnée de modèles de cahiers revendicatifs pour aider à la mobilisation en étant au plus près des attentes des personnels.

Des cahiers revendicatifs (téléchargeable sur le site de la fédération) commencent à nous parvenir. C'est bien, mais on souhaiterait en avoir davantage. Donc, la prochaine étape qu'on souhaite mener, c'est de contacter tous les syndicats en lutte ou

sur le point de rentrer en lutte pour leur proposer de les aider à construire ces cahiers revendicatifs. Cela permettrait de créer davantage de liens entre la Fédération et les territoires comme cela a été rappelé au congrès par plusieurs délégué.e.s.

On constate une accélération des actions ces dernières semaines, et même si la situation peut être différente selon les territoires et selon les établissements, on entend la demande de nombreux syndicats d'avoir une date de mobilisation nationale, et de préférence avant les élections législatives, c'est à dire avant le 12 juin. D'ailleurs, cette proposition rentre aussi dans ce qui a été décidé lors du CCN de la semaine dernière, avec un appel à organiser le maximum de mobilisations durant la semaine du 6 au 10 juin. Appel confédéral qui souligne également que plus il y aura un bloc de députés progressistes à l'Assemblée nationale, mieux ce sera pour nous.

La décision d'une date de mobilisation nationale le mardi 7 juin pour l'ensemble de notre champ a été actée.

Après avoir réussi la première étape que nous nous étions fixée, consistant en un recensement des fermetures de lits et services menacés au travers de la carte de France sur le site fédéral, le groupe de travail fédéral sur les Urgences (Groupe Politique de Santé) vous propose donc d'enclencher une nouvelle étape revendicative sur les urgences en difficulté dans l'objectif de créer tous ensemble le rapport de force pour réussir à stopper cette casse de l'hôpital.

Le travail du groupe fédéral « Politiques de santé » ne fait que commencer, n'hésitez pas à interpeler votre syndicat, votre USD, mais pas seulement ! Il faut mobiliser plus largement vos ami.e.s, vos collègues, vos familles... L'accès aux soins est un bien commun qui doit être accessible et de qualité pour tou.te.s !



Carte interactive des fermetures de lits et de services d'urgences, accessible depuis le site fédéral : <http://www.sante.cgt.fr/Carte-des-fermetures-de-lits-et-services-d-urgences-menaces>

Infirmier.e Diplômé.e d'Etat : l'avenir est à la reconnaissance !

Infirmier.e Diplômé.e d'Etat, « un métier formidable pour un salaire fort minable » brandissait une collègue dans la manifestation du 16 juin 2020. Là est toute la signification du sentiment de non reconnaissance ressenti par les infirmier.e.s.

Le salaire est la première des reconnaissances, mais ce n'est pas la seule question qui aujourd'hui provoque la fuite des professionnel.le.s qui quittent massivement la profession et provoque une crise sans précédent au sein de l'hôpital public. Héros pendant la crise sanitaire, applaudis chaque soir, aujourd'hui tout est redevenu comme avant et nous subissons les choix délétères des dirigeants. Le temps est loin où les infirmier.e.s étaient porté.e.s aux nues, pourtant la santé reste la première préoccupation des français.

Nos salaires doivent être à la hauteur de nos

qualifications, la formation des futur.e.s infirmier.e.s ne doit pas conduire à la disparition du Diplôme d'Etat par une universitarisation incohérente qui conduira à une disparité et à une formation à deux vitesses et un diplôme à valeur différente !

L'heure est à la mobilisation, et non à la résignation !

Face aux dirigeants sourds à nos revendications, face à l'absence de réponses, soyons les porte-voix des sans voix qui, résigné.e.s, quittent les services hospitaliers en masse, épuisé.e.s et dépité.e.s face à la déshumanisation de nos conditions de travail.

Ni nonne, ni bonne, ni ordonnée !

Les professionnel.le.s ne veulent pas de l'Ordre National Infirmier qui n'a aucune utilité ni même intérêt, puisque à peine un tiers des IDE hospitalier.e.s sont affilié.e.s à cette structure privée. Payer pour travailler, c'est toujours non pour nous !

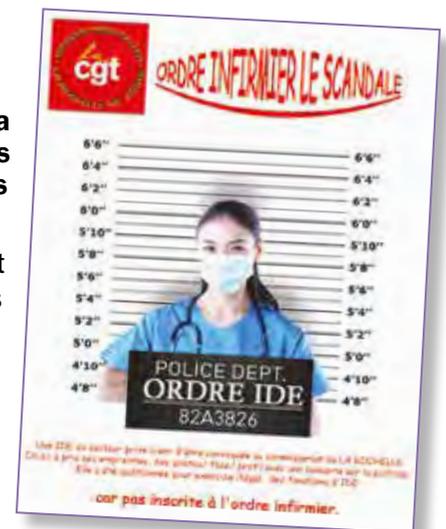
L'Ordre infirmier fait son retour sur le devant de la scène. De manière odieuse, scandaleuse et humiliante, puisqu'il a fait convoquer au commissariat une collègue de La Rochelle. Cette professionnelle s'est vue interrogée, prise en photo, soumise à la prise d'empreintes afin d'être fichée comme une délinquante ! Accusée d'exercice illégal de la profession, arme fatale utilisée pour légitimer l'existence d'un Ordre National Infirmier dont personne ne veut. Depuis 2010, la CGT se bat contre son instauration puis son existence, ce n'est pas d'un Ordre dont les infirmier.e.s ont besoin !

Cette structure privée a aujourd'hui obtenu de la part du gouvernement de se voir offrir la gestion de l'inscription au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) qui remplace le fichier ADELI. Ce cadeau permettra à l'Ordre d'obtenir les données des collègues et ainsi de leur imposer l'inscription. Nous sommes toujours contre cet Ordre qui d'ailleurs fut bien silencieux durant la crise Covid... Là où l'Ordre prétend rassembler et protéger la profession, il n'a rien fait lorsque les collègues travaillaient habillé.e.s de sacs poubelle, sans masques en nombre suffisant, ou encore malades eux-mêmes du Covid !...

Les IDE ne veulent pas payer pour travailler, les

collègues ne veulent pas être soumis.e.s au chantage de cet organisme qui ne les représentent pas, elles et ils ne veulent pas non plus de ces chambres disciplinaires, doublons de celles existant déjà, tant dans la fonction publique que dans le secteur privé !

Nos collègues ne veulent pas de l'ONI, la CGT non plus, ensemble exigeons sa dissolution et l'abrogation de la loi instaurant une cotisation obligatoire !



Signez massivement la pétition : "ONI : Non à l'inscription obligatoire" - Lettre ouverte au Président de la République : <https://chng.it/ztMy6vz8yT>

Récompensée pour sa gamme *LMF Santé*

Référence du monde syndical, mutuelle de résistance, d'innovation et d'action, La Mutuelle Familiale est récompensée, pour la troisième année consécutive, pour ses niveaux de remboursement en optique et en dentaire et ses nombreuses prestations en prévention et bien-être.

Avec LMF santé, vous bénéficiez d'un accompagnement au plus près de vos besoins et de tous les avantages d'une *Complémentaire de vie*®.

Être une *Complémentaire de vie*®
c'est vous accompagner à chaque instant



Changement de diplomation pour les infirmier.e.s anesthésistes

Danger pour la profession !

Pour la législation nationale et européenne, une profession est dite « réglementée » lorsque son champ d'exercice est défini et lorsqu'il est nécessaire de détenir un diplôme spécifique et/ou de s'enregistrer auprès d'un organisme professionnel pour pouvoir l'exercer.

Le décret n° 2017-316 qui est bâti sur une architecture dite « mission » et non sur une liste exhaustive d'actes autorisés, accorde aux IADE un champ d'exercice paramédical exclusif alors que la détention du diplôme d'état d'infirmier anesthésiste est bien nécessaire pour exercer. Contrairement à ce qui est dit par certains pour les dissoudre dans une grande filière, **les IADE forment donc bien une profession réglementée à part entière**, qui plus est par l'État.

Parallèlement, le diplôme d'état d'infirmier anesthésiste est délivré par une autorité unique : l'État. Avec le référentiel national de formation cela garanti une homogénéité des cursus de formation sans empêcher que depuis 2014 la formation IADE confère le grade universitaire master. Chaque institut de formation « IADE » est donc soumis à l'obligation de passer une convention avec une université.

La filière de formation IADE est donc **déjà universitaire et professionnalisante**.

Toutes ces caractéristiques représentent le Gold Standard d'une formation dédiée à une profession exerçant en pratique avancée paramédicale.

Dès lors, rien ne justifiait de faire surgir dès la première réunion du groupe de travail IADE-MAR/IGAS-IGESR, l'idée de remplacer la diplomation des IADE par l'état par une diplomation par l'université ayant signé la convention. Rien, sauf si autre chose que ce qui était annoncé se cache derrière cette « proposition » très vite devenue lourdement insistante. Cela n'a pas été sans conséquence : ce sujet qui a tourné en boucle toute la concertation a embolisé le fonctionnement du groupe de travail.

Il aurait été bien plus pertinent de consacrer une des réunions à un échange avec les urgentistes et les pédiatres SMUR comme cela a été demandé plusieurs fois, sans succès.

Conscients des dangers de ce projet et n'ayant obtenu aucune réponse à ses nombreuses questions pourtant précises (et donc pas le moindre

engagement), l'UFMICT-CGT et le collectif national IADE de la CGT ne sauraient signer un « chèque en blanc » aux universités en validant une mutation qui n'a aucune utilité par rapport aux buts initiaux, aux attentes de la profession et qui n'a jamais été versée auparavant au débat.

Les enjeux sont trop importants pour traiter ce sujet avec légèreté ou pour donner procuration à quelques sachants pour en décider seuls en faisant fi des alertes sur les dangers concrets de cette mesure qui sont de :

► Faire reposer la reconnaissance en pratique avancée IADE non sur l'analyse favorable déjà faite sur la pratique actuelle (on parle de **pratique** avancée, pas de formation avancée !) mais sur une évolution de la formation qui pose un obstacle inutile à la reconnaissance des IADE déjà diplômés : « le stock ».

► Exposer au minimum le futur référentiel national de la formations IADE à une simplification et des transformations importantes pour le rendre compatible avec l'autonomie de chaque université. (cf IBODE).

► Être le premier clou fermant le cercueil du statut de profession réglementée qui est dans le collimateur tant de la commission européenne que du gouvernement voire de l'ONI qui explique à qui veut l'entendre « *qu'un vrai master, comme celui des IPA (ils ont pourtant eux aussi un D.E. gradué master !) rendrait inutile ce statut protecteur* ». (ceux qui étaient présents à la visioconférence IADE/ONI ont entendu ces propos dans la déclaration introductive du président).

Mais surtout :

► Cette « proposition » intervient alors que sont mis en œuvre des dispositifs expérimentaux qui permettent aux universités de prendre la main sur toutes les formations des professions de santé **en s'affranchissant de leurs référentiels de formation nationaux**.

Pour essayer de redorer le blason de la « proposition » de changement de diplomation, la possibilité de suivre un double cursus à la fois « professionnalisant » (dédié à l'exercice d'une profession) et académique (dédié à la connaissance d'une discipline son enseignement et la recherche) est mise en avant. C'est un argument fallacieux puisque cela est déjà possible avec une diplomation par l'État.

Les cadres de santé le savent bien puisque la plupart sortent avec un D.E. de cadre de santé délivré par l'État et un master académique (en sciences de l'éducation ou autre).

De même les mutualisations vertueuses de cours également mises en avant sont déjà possibles pour les EIADE (et pas obligatoirement avec les autres étudiants infirmiers : au temps du CES d'anesthésie réanimation, il y avait dans beaucoup d'endroits des cours communs entre internes et EIADE). Pour autant, il serait honnête de dire que l'objectif n'est pas de **mutualiser des cours** mais bien d'imposer de vrais **troncs communs** aujourd'hui incompatibles avec le référentiel IADE qui, comme le démontrent les expérimentations citées plus haut, doit être contourné pour ce faire.

Ces expérimentations sous tutelles d'une université portées par la législation (art n° 39 de la loi du 22 juillet 2019 relatif à l'enseignement supérieur et à la recherche et le décret 2020-553 du 11 mai 2020) et dans lesquelles se sont engagées trois écoles IADE sont conçues pour faire tomber dès maintenant les garde-fous des référentiels nationaux, des programmes, des conditions d'admission et des parcours type.

Elles créent ainsi de nombreuses mesures rejetées par les IADE :

- ▶ Suppression du concours d'entrée,
- ▶ Tronc commun avec les puéricultrices, les IBODE voire les IPA et les cadres de santé. (mais bien sûr pas un seul cours commun avec les internes)
- ▶ Possibilité pour une partie des promotions d'enchaîner les formations IDE et IADE
- ▶ Etc, etc ...

Nul besoin d'être un génie pour comprendre que la mutation vers une diplomation par les universités et les expérimentations menées par des universités ne sont en fait qu'un seul et même sujet au même objectif : transformer la formation IADE, actuellement uniforme sur le territoire et particulièrement exigeante, vers le modèle plus souple, bien moins couteux et contraignant de celle des IPA sans pour autant apporter en retour la moindre plus-value ni la moindre garantie.

Le changement de diplomation n'est rien de moins que l'étape indispensable à la généralisation des opaques expérimentations qui ouvrent une autoroute aux modifications inacceptables du cursus de formation IADE.

Certains semblent oublier toutes les difficultés liées à la réforme dite « LMD » dont les IADE ont jusqu'à toujours su se protéger mais aussi profiter (les IADE ont été, avec les Orthophonistes, les premiers paramédicaux gradués master) en ne cessant de défendre féroce ment leurs caractéristiques spécifiques et historiques qui font leurs qualités et leur identité.

Car il est factuel que la mise sous tutelle des formations soignantes par les universités n'est pas sans conséquences :

- ▶ Déprofessionnalisation de fait de la formation IDE dont tout le monde s'accorde à dire qu'elle montre ses dégâts sur le terrain.
- ▶ Nouvelle formation mastérisée des IBODE (avec diplomation par une université) qui intègre des conditions rejetées massivement par les IADE.
- ▶ Expérimentations IADE.
- ▶ Formation IPA pourtant mise sur un piédestal qui révèle d'énormes difficultés dénoncées y compris par leur propre CNP.

Les débats de leur groupe de travail l'ont bien démontré : les difficultés majeures de la formation IPA ne seront au mieux que corrigées à la marge car elles sont consubstantielles au fonctionnement des universités à leur autonomie constitutionnelle et au peu de cas que ces dernières font des formations paramédicales ... sauf pour récupérer les frais d'inscription et de formation !

Exemples de problèmes constatés :

- ▶ Énormes disparités du nombre d'heures de formation d'une université à l'autre
- ▶ Nombre d'heures de formations fixé en fonction du budget alloué par l'université et non en fonction du référentiel de formation
- ▶ Non-respect des certaines contraintes des référentiels IPA pourtant bien plus souples et moins exigeants que celui des IADE
- ▶ Grosses disparités dans les conditions et méthodes de formation (abus manifeste du télé-enseignement et du temps de travail personnel compté comme temps de formation, stages cliniques peu nombreux et problématiques)
- ▶ Objectifs de rentabilité primant sur la qualité de formation
- ▶ Très peu, voire le plus souvent aucun IPA donnant cours ou participant à la définition de

la maquette locale de formation.

➤ Possibilité d'enchaîner formation IDE et IPA.

➤ Étalement possible de la formation dans le temps qui dilue l'enseignement.

Ce constat d'échec confirme la pertinence des questions que nous posons depuis des mois sans obtenir de réponse. Malgré tout, pour certains, le mot « université » autoriserait d'imposer à tous et en toute opacité une adhésion sans réserve à chaque projet.

Ce qui est « insupportable » ce n'est pas le légitime débat, c'est de devoir extirper la plus petite information sur ce sujet ou de voir certains tirer les ficelles en restant cachés derrière leur écran ou leur pseudo.

Pour rappel : la victoire de la reconnaissance de la PA des IADE a été obtenue par tous les IADE mobilisés dans la rue ou ailleurs et en grève dans les établissements et par eux seulement.

S'il n'est pas contesté que la création d'une filière universitaire académique en sciences infirmières est une bonne chose pour qualifier des enseignants chercheurs dans cette discipline, cela n'a rien à voir avec une filière universitaire professionnalisante et en particulier avec la filière IADE et les IADE de terrain.

Lier les deux filières comme on tente de le faire n'a d'intérêt que pour la jeune filière des sciences infirmières qui ne donne accès à aucune profession et qui n'a pas l'historique éprouvée de la filière de formation IADE. Infirmiers anesthésistes qui n'ont pas non plus attendu les PU et MCU de sciences infirmières pour que leur profession démontre qu'elle est indispensable au fonctionnement de nombreux secteurs du système de santé. PU et MCU dont l'UFMICT CGT souhaite, comme c'est le cas pour les médecins, qu'ils soient placés sur un statut bi appartenant qui seul assure un ancrage minimal aux réalités de l'exercice de terrain.

Pour rappel, les médecins sont aussi qualifiés via une filière universitaire professionnalisante. Ces dernières ne sont donc pas des sous-filières, et si la diplomation par l'université ne leur pose pas de problème, c'est parce que leurs facultés sont des facultés de médecine aux mains des médecins.

Inutile de dire qu'il n'existera probablement jamais de faculté IADE... Mais il y a encore moins de chance que cela arrive si nous renonçons à nos particularités en nous diluant dans une grande filière commune ou notre profession une simple compétence supplémentaire.

La survie et le développement de la profession IADE ont toujours été gagnés par la lutte.

Au final :

On exige des IADE de renoncer sans débat ni garantie préalable à leur diplomation par l'État. Cela revient à leur faire signer un chèque en blanc aux Universités et à renoncer à une des caractéristiques qui fait que leur formation est homogène sur tout territoire et reconnue partout et par tous au même très haut niveau.

L'absence de sincérité de cette démarche est démontrée par le fait qu'on tente d'endormir en mettant en avant le référentiel de formation qui est dès aujourd'hui contourné par des expérimentations sur lesquelles les rares informations sont très inquiétantes et qui, comme 99,9% d'entre-elles, seront généralisées (on appelle d'ailleurs ces dispositifs des « lois chausse-pieds » car elle font passer par mise devant le fait accompli ce qui ne pourrait passer autrement).

Renoncer à la diplomation par l'État, c'est aussi faire un nouveau pas vers la fin du statut de profession règlementée par l'état des IADE qu'on a encore tenté, il y quelques mois à peine, de transformer en IPA sous couvert d'une simple mention « anesthésie ».

Par respect pour tous ceux qui se sont battus pour défendre l'existence souvent menacée de la profession autonome IADE et en faire ce qu'elle est aujourd'hui ; par respect pour leurs patients ; pour garantir l'avenir : aucun IADE ne devrait accepter de rentrer dans le rang ni de renoncer à défendre ses spécificités et son identité. ■



Scandale ORPEA : le système lucratif n'a pas sa place dans le soin !

Le 24 janvier 2022, « Le Monde » publiait dans ses « bonnes feuilles » un double page dévoilant quelques passages accrocheurs du livre de Victor Castanet intitulé « Les fossoyeurs », à paraître deux jours plus tard. Au centre de ce livre-enquête, un grand groupe français né en 1989 et agissant dans les EHPAD, les cliniques (CLINÉA) et deux entités d'aide à domicile, devenu un des leaders mondial et européen en seulement 10 ans.

Personne n'aurait alors imaginé, pas même l'auteur, l'énorme retentissement et le tsunami qui emporterait ORPEA de scandales en scandales, pour devenir une affaire d'Etat qui dépasse nos frontières, en Europe et ailleurs dans le monde.

La France découvrait avec effroi des pratiques, des magouilles, des maltraitements, des horreurs et même des odeurs qui bouleversent ceux qui lisent « Les fossoyeurs ». Elle découvre aussi la grande « bienveillance » et les « appuis » dont ce groupe a bénéficié de la part de personnalités, y compris politiques, pour passer au-dessus des radars de contrôles. Pour autant, tout le monde ne le découvre pas, parmi lesquels les familles des résident.e.s et les camarades de l'UFSP, ainsi que tou.te.s les salarié.es qui ont subi tant et tant de la part de ces « fossoyeurs ».

La longue enquête menée par Victor Castanet pendant plus de 3 ans a permis la parution du livre « Les fossoyeurs ». Y sont décrites les maltraitements infligés aux résident.e.s et la souffrance des personnels. Nombreux-ses militant.e.s de l'UFSP et des salarié.e.s ont contribué activement à délier l'écheveau du fonctionnement du groupe, témoignant de leur dur quotidien professionnel et des multiples contraintes imposées pour réduire les coûts et optimiser les profits. La maltraitance des résident.e.s est insupportable, elle est le résultat des politiques d'économies auxquelles ce groupe s'applique avec plus d'ardeur que pour le soin aux personnes âgées. Le profit est au centre de ce système, car il s'agit bien d'un système, même si les dirigeants s'évertuent à le nier.

Le système ORPEA

Dans toutes les structures de soins, la part du budget réservée aux effectifs est en général la plus importante : quoi de plus normal quand on est en charge de l'humain ? Pour ORPEA, cette part doit être réduite le plus possible, à la limite de l'inhumain, c'est le groupe français avec les plus bas ratios en personnel (voir rapport IGAS-IGF publié en mars 2021).

Les mauvaises conditions de travail, la faiblesse des effectifs et de leurs rémunérations, le non-respect de la législation sociale, autant de revendications



Manifestation européenne devant le siège d'ORPEA en mars 2022.

que les militant.e.s CGT ont porté depuis des années et qui sont restées lettre morte.

Ces dernières années, près de 30 militant.e.s CGT ont été licencié.e.s, d'autres contestent actuellement leurs licenciements devant les tribunaux. Dès qu'un.e salarié.e était défendu.e ou accompagné.e par un.e délégué.e CGT, le même sort lui était réservé. ORPEA a fait naître un syndicat maison : « Arc-en-ciel ». Contrairement à son nom, ce syndicat est surtout et seulement « jaune », à la main et aux ordres de la direction d'ORPEA. Le rapport de la mission d'inspection a d'ailleurs relevé que « sa proximité avec la direction réduisait très fortement la capacité d'action des autres syndicats ». La CGT a porté plainte contre le résultat des élections professionnelles de 2019, qui a donné 65% des voix à ce « syndicat » et fait émerger l'UNSA, également très conciliant vis-à-vis de l'employeur. Nous estimons que ce résultat aurait pu être obtenu grâce à des manipulations de bulletins, de nombreux éléments en notre possession témoignent en ce sens. Une plainte a également été déposée par notre organisation pour demander la révocation d'Arc-en-ciel.

ORPEA a signé début avril dernier un accord international avec UNI Global Union, en toute discrétion, sans l'avis des confédérations

françaises et des personnes, afin de faire croire à leur reconversion d'employeur vertueux. Les méthodes de ce groupe perdurent même dans la tourmente, et ce malgré les changements de certains directeurs.

Les effectifs de soignants, ainsi que les fournitures nécessaires aux soins comme les protections, sont financés par des dotations publiques émanant de la Sécurité Sociale ou des collectivités locales. Pourtant, depuis des années, ORPEA freine les embauches et rationne les produits de soins, sans oublier au passage de capitaliser les millions d'argent public non utilisés.

La réduction des effectifs et les exécrationnelles conditions de travail ont créé des turn-over massifs, s'ajoutant à une prise en charge des personnes à l'opposé du bien-être, en plus des réductions des moyens en matériel et nourriture, le tout générant une grande maltraitance pour les résident.e.s.

Pourtant, ce groupe n'a pas dépensé la totalité des dotations publiques, aucun texte ne les y contraint d'ailleurs. Faute de contrôles administratifs sur l'utilisation de ces sommes, depuis des années elles sont venues servir les actionnaires et non les pensionnaires. Au total, 20 millions d'euros d'excédent ont été directement reversés au siège du groupe entre 2017 et 2020. D'autres pratiques avec leurs fournisseurs et l'argent public sont elles aussi frauduleuses.

Un rapport sur les montages financiers du groupe commandité par les fédérations Santé et Action Sociale CGT et CFTD à CICTAR (organisme expert sur l'évasion et l'évitement fiscal) ont démontré que ce groupe, depuis quelques années, fait grossir son capital par de massives opérations immobilières. Ces filiales immobilières sont pour la majorité d'entre elles basées au Luxembourg, aux Iles Vierges britanniques et dans d'autres paradis fiscaux, mais sont surtout entourées d'une telle opacité qu'il est impossible de tracer les détenteurs réels de ces filiales. Peu à peu, les scandales permettent de faire la lumière sur un système rodé qui fait tout pour ne pas être traçable, on se pose légitimement la question de l'évasion ou de l'évitement fiscal. Des enquêtes se poursuivent pour faire la lumière sur ces pratiques.

Depuis janvier, de nouveaux scandales font la Une des médias, non seulement en France, mais aussi en Italie, en Allemagne, en Suisse et nous ne sommes pas au bout des découvertes.

Devant les scandales soulevés par le livre, « Les fossoyeurs » et les éléments accablants du [rapport IGAS/IGF](#), le gouvernement n'a eu d'autre recours que de porter plainte contre le groupe pour « *maltraitance de ses résidents et détournement de fonds publics* ». Le parquet de Nanterre a ouvert une enquête. La nouvelle ministre de la Santé, précédemment ministre déléguée en charge de l'Autonomie, avait dit « *se réserver le droit de demander la restitution des sommes d'argent public détournées* » ; la CGT l'exige !

Une enquête du Parquet National ouverte en 2021 porte sur la cession en 2008 d'une maison de retraite à Orpea en France, et le traitement fiscal de cette cession suit toujours son cours. Les familles ont pour leur part déposé plus de 100 plaintes pour maltraitance.

La mobilisation et solidarité européenne avec la FSESP (EPSU en anglais)

La fédération syndicale Européenne des Services Publics à laquelle adhère notre fédération revendique comme la CGT la fin du secteur lucratif dans les secteurs du soin. Elle a depuis le début du scandale réuni l'ensemble des organisations syndicales européennes implantées à ORPEA. La solidarité s'est exprimée très concrètement par des échanges constants sur nos situations réciproques, ainsi que par la présence de dizaines de camarades belges du STECA et de la CNE, et allemands de Verdi avec la secrétaire du Comité d'Entreprise Européen.

La CGT exige une exclusivité de service public

La CGT, fidèle à ses orientations, réaffirme que la santé n'est pas une marchandise, que le système lucratif n'a pas sa place dans le soin. Le constat fait avec ORPEA et d'autres groupes comme BRIDGE, KORIAN et bien d'autres, illustre la perversité d'un système dont l'objectif est uniquement financier, quitte à sacrifier la qualité des soins dûs aux personnes âgées et à maltraiter les personnels par des conditions de travail inhumaines. Faire croître les dividendes pour les distribuer aux hauts cadres et actionnaires est leur seul credo.

Les moyens financiers doivent être donnés au secteur public afin de garantir suffisamment d'offre, ainsi qu'une prise en charge digne de nos aîné.e.s. ■



Laisser nos aîné.e.s aux appétits féroces de ces « fossoyeurs », c'est autoriser et se rendre coupables des maltraitances et des agissements fautifs qui ont été mis en lumière. La Fédération Santé Action Sociale CGT se battra sans relâche pour gagner un grand service public de la Santé, du Social et du Médico-social.

Négociations dans la Branche du secteur de l'Action Sociale et Médico-Sociale (BASSMS)

Future Convention Collective Unique et Etendue (CCUE) : où en est-on ?

Le syndicat patronal AXESS (regroupement de la FEHAP et de NEXEM) souhaite ardemment voir naître une « grande » convention unique et étendue de bas niveau qui aurait pour vocation de remplacer les conventions collectives du travail de 1951, 1966, 1970 et les accords des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Cette volonté est présente depuis de nombreuses années, les annonces d'octobre 2021 faites par l'ancien premier ministre semblent précipiter les négociations. Après deux ans de « crise sanitaire », le gouvernement se réveille et remarque que notre secteur manque cruellement d'attractivité !

Pour eux, l'urgence apparaît enfin, sauf que leur analyse sur les causes de cette urgence ne sont pas celles de la CGT. En effet, contrairement à ce qu'affirment les syndicats d'employeurs, le défaut d'attractivité ne provient pas de nos conventions trop vieillotées et/ou trop complexes mais **d'un refus catégorique de leur part d'une revalorisation souhaitée et réclamées par les salarié.e.s.**

De fait, nous assistons aujourd'hui à une réelle problématique de recrutements orchestrée par le manque de revalorisation pourtant si nécessaire quand on sait que dans le champ du secteur social et médico-social, de nombreux salaires sont et/ou restent trop bas - voire infra-smic ! - et les conditions de travail fortement dégradées.

Nous sommes 800 000 ! Le bras de fer face aux employeurs ne doit pas faiblir !

Il appartient aux syndiqué.e.s et salarié.e.s d'amplifier le rapport de force pour obtenir une grande CCUE de très haut niveau, comme défendue depuis des années par la CGT.

Les négociations propres à cette convention unique n'ont pas encore été concrètement ouvertes. La CGT a déjà un certain nombre de prérequis sur lesquels elle ne reviendra pas :

- ❑ Les 183 € pour tou.tes et immédiatement !
- ❑ Aucun accord de méthode qui conditionnerait les points à négocier au préalable, alors que tout doit pouvoir être dit.
- ❑ Tout se négocie en séance dite plénière et non en petit groupe de travail isolément.

❑ On négocie un texte dans son ensemble et non les articles un par un.

Notons que ces négociations ne concernent pas uniquement les salarié.e.s relevant du social et du médico-social. En effet, la BASSMS est transversale au secteur de l'action sociale mais également à celui de la santé privée. C'est pourquoi le groupe des négociateur.rices CGT participant.e.s aux séances de négociations est composé de 2 membres de chacune des deux unions fédérales (l'UFAS et l'UFSP), tout en ayant besoin de l'aval de la Commission Exécutive Fédérale (CEF).

Un groupe de soutien a été mis en place pour préparer en amont les négociations, il aide à la lecture et à l'analyse des textes présentés par les employeurs, il rend compte des revendications CGT portées devant les employeurs et le représentant du gouvernement.

Mission LAFORCADE

Depuis la mise en place du SEGUR de la santé en 2020, les salarié.e.s relevant de la BASSMS ont été les grand.e.s exclu.e.s de cette revalorisation salariale. Le gouvernement a tenté de remédier à cet « oubli », cependant les annonces faites depuis octobre 2021 ne font qu'accentuer les inégalités et par conséquent, la fuite des salarié.e.s.

Après l'extension des 183 € aux AMP/AES/AS/IDE... le gouvernement avait annoncé son extension aux personnels éducatifs à compter de juin 2022 avec effet rétroactif à avril 2002. A ce jour, aucun accord n'a été conclu entre les partenaires sociaux . **En effet, la CGT ainsi que FO et SUD s'opposent formellement aux propositions émises les employeurs et le gouvernement pour les raisons suivantes :**

- ❑ Le versement de cette prime de 183 € n'est pas pérennisé, c'est-à-dire qu'elle reste temporaire !
- ❑ Si les financeurs ne débloquent pas de budget supplémentaire, nos employeurs peuvent refuser de la verser.
- ❑ Elle ne concerne pas 260 000 salarié.e.s, collègues indispensables au bon fonctionnement de tous les services (administratifs, techniques...) !

Par cette opposition, la CGT, FO et SUD obligent les employeurs à faire une décision unilatérale, c'est à eux d'assumer l'exclusion de 260 000 salarié.e.s et l'incertitude du versement des 183 € pourtant promis.

La CGT revendique que cette augmentation soit versée à l'ensemble des salarié.e.s et de manière pérenne. C'est d'ailleurs un des préalables à notre entrée éventuelle en négociation pour la nouvelle CCUE.

Pour le versant de la fonction publique hospitalière :

Le Décret n° 2022-738 du 28 avril 2022 relatif au versement d'une prime de revalorisation à certains personnels relevant de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux :

- ▶ acte Le versement de cette « prime de 183 € » MAIS reste temporaire, au mieux jusqu'au vote de rectificatif du PLFSS 2022 qui la transformera en CTI ;
- ▶ ne concerne pas 3 000 de nos collègues (administratifs et techniques).

Au regard de l'inflation et du très bas niveau des salaires, la CGT revendique une augmentation de salaire net de 300 € via l'augmentation des valeurs de points d'indice des différentes conventions collectives et le dégel du point dans la fonction publique.

Actualités revendicatives

Le maintien de conditions de travail dégradées et des salaires au rabais, la perte d'attractivité du secteur ont été organisés pour ouvrir à la déqualification. Comment ne pas voir le lien avec le Ségur et cette soi-disant revalorisation salariale qui, effectivement, pourra attirer des salarié.e.s aux qualifications peu rémunératrices ? La CCUE, projet des pouvoirs publics et des employeurs avec ses critères classants, pourrait représenter les nouvelles garanties collectives de ce secteur des tacherons du social, à l'instar de la Branche des Aides à Domicile.

Le but est bien d'abaisser le « coût » du travail ! La contribution

d'entreprises (Total, Véolia...) à des projets éducatifs n'est pas anodine. Ce sont des investissements qui aujourd'hui permettent de la défiscalisation et demain des profits.

Cette porte ouverte par les grosses associations et les fondations poursuit un autre but, celui de la marchandisation de notre secteur.

Après des mobilisations historiques dans le secteur en décembre 2011, janvier et février 2022, l'UFAS CGT appelle tous les salarié.e.s du champ à se mobiliser massivement le 17 juin 2022.

Pourquoi le choix de cette date ? Pour deux raisons principales :

- ▶ Le gouvernement tient ce jour là à Nantes des Assises de la Protection de l'Enfance. Il nous apparaît indispensable que les salarié.e.s du secteur social et médico-social puissent crier haut et fort les revendications qu'elles/ils portent pour la Protection de l'Enfance, qui sont à l'opposé de celles de nos gouvernants ;
- ▶ C'est la période de présentation et de vote du budget rectificatif de la Sécurité Sociale où devrait être abordé le déblocage des budgets supplémentaires, notamment pour les 183 € et les besoins de nos structures face à l'inflation.

Parce que nous refusons de soutenir la destruction du secteur social et médico-social au profit d'un projet de société ultra-libérale et du tout répressif, dans lequel, après la diminution des moyens, c'est l'arrivée du lucratif qui est orchestrée,

parce que nous le refusons et que nous exigeons les 183 € pour TOUT.E.S,

**TOU.TE.S EN GREVE
LE 17 JUIN 2022,
PARTOUT EN FRANCE,
POUR DIRE STOP
AU GOUVERNEMENT !**



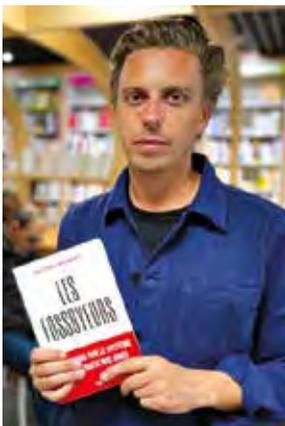
Santé, Handicap, Grand-Âge :

En finir avec le privé lucratif !

Il n'y a plus de semaine sans que n'éclate un nouveau scandale à propos de certains EHPAD, ni de mois sans qu'un groupe de santé ne soit lui aussi mis en cause du fait de malversations ou maltraitance des résident.e.s ou patient.e.s. Ce qu'ils ont en commun : faire partie du secteur privé à but lucratif.

ORPEA en tête de gondole

Évidemment ce groupe qui est le premier d'Europe en son domaine tient la Palme d'Or des ignominies diverses qui existent dans le lucratif.



Victor CASTANET, auteur du livre « Les fossoyeurs » paru aux Editions Fayard.

Le livre de Victor Castanet "Les fossoyeurs" sorti en janvier 2022 a mis en lumière aux yeux du grand public toutes les turpitudes d'ORPEA-CLINEA. Une très bonne chose, même si la CGT et les salarié.e.s de ces groupes n'avaient pas attendu pour le faire. Elles et ils dénoncent ces pratiques depuis des années et se sont mobilisé.e.s massivement pour des moyens de prise en charge, les conditions de travail du personnel et des salaires décents.

Les conditions de vie de résident.e.s sont purement indignes, tout est fait pour écraser les coûts de la vie quotidienne (nourriture, toilettes ...)

Les dernières révélations de Médiapart nous apprennent qu'ORPEA a mis en place au Luxembourg une société lui permettant de développer des opérations financières frauduleuses de l'ordre de 92 millions d'euros au détriment des finances publiques.

France Inter, pour sa part, révèle qu'une centrale d'achat a été montée en Suisse pour regrouper toutes les commandes alimentaires des 400 établissements Français sur les 1 114 pour 111 801 lits dans 23 pays qu'ORPEA possède dans le monde. Depuis plus de quinze ans, le groupe a servi des salaires pouvant dépasser les 400 000 euros à certains de ses hauts dirigeants... pour du travail fictif !

Et dans le même temps, les résident.e.s sont rationné.e.s : 4,20 euros par jour pour le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner... Qui dit mieux ?

Ces groupes affichent pourtant le pire rapport qualité/prix. Ils ont le reste à charge le plus important avec 2 600 euros par mois en moyenne, contre 1 800 dans le public, et le taux d'encadrement le plus bas avec 22,8 ETP pour 100 places contre 29,4 dans le public, voire 36,7 dans le public hospitalier (anciennes unités de soin de longue durée) ... Et pourtant, nous sommes loin du compte, puisqu'un.e soignant.e pour un.e résident.e. serait nécessaire à une bonne prise en charge !...

Dit simplement, le lucratif coûte plus cher pour une qualité de soins dégradée, mais pour un vrai bien-être des actionnaires !

Tout cela est ignoble et révoltant, mais ORPEA n'est pas seul, d'autres se battent pour le gâteau : KORIAN, DOMUSVI, BRIDGE pour les EHPAD ; RAMSAY, ELSAN, VIVALTO, ALMARIA pour les premiers groupes lucratifs de santé.

Pour les EHPAD, le privé lucratif représente actuellement 24% du "marché" pour 125 000 résident.e.s. Dans la santé, le secteur marchand représente 35% de l'offre de soins, voir 50% en ce qui concerne la chirurgie !

Pour les établissements de santé privés lucratifs, un ciblage est opéré vers les bonnes activités dans les bonnes implantations, celles qui rapportent. Au secteur public le soin d'assumer toutes les activités "non rentables" et le maillage du territoire.



Le lucratif a pu rapidement prospérer grâce à la politique « austéritaire » des divers gouvernements qui ont dépecé l'Hôpital public et négligé les besoins en termes d'autonomie.

Aucune loi Grand-Âge n'a d'ailleurs vu le jour en dépit des promesses réitérées

Les méthodes de ces groupes sont partout les mêmes : fusions-acquisitions permanentes, spéculation financière (DOMUSVI acheté 640 millions en 2014 et revendu 2,3 milliards 3 ans plus tard), spéculation immobilière par l'intermédiaire de sociétés qui deviennent propriétaires de leurs biens immobiliers et auxquelles chaque établissement doit ensuite verser un loyer. Ils usent évidemment de la fraude fiscale par sociétés écrans dans des paradis fiscaux, ou abus sur la législation (le montant du coût de leurs achats d'établissements est ensuite déduit de leurs obligations fiscales... etc).

Tout est bon pour détourner les fonds obtenus de la Sécurité sociale et des finances publiques

L'aspect humain est évidemment le dernier de leur souci, les patient.e.s comme les résident.e.s ne sont que des sources de financement et les salarié.e.s de simples coûts qu'il est urgent d'écraser. La Santé et l'Autonomie sont des secteurs qu'ils jugent actuellement favorables au déploiement de leurs machines à cash. Demain l'armement ?



Face à tous ces scandales, l'heure n'est plus à promettre des contrôles, plus de contrôles, de meilleurs contrôles, comme le suggère un gouvernement si proche de ce "milieu" des affaires. **Pour la CGT, l'heure est à la nationalisation de ces groupes prédateurs qui vivent de l'argent de notre Sécurité sociale et des financements publics qu'ils pillent largement.** L'heure est à la création d'un Grand service public de la santé et de l'Action sociale reposant sur une sécurité sociale intégrale. ■

La retraite à 65 ans, c'est NON !

1. La retraite c'est la santé !

L'argument des champions du recul de l'âge est que « nous vivons plus vieux et il faudrait travailler plus longtemps pour compenser l'augmentation de la durée de vie passée à la retraite et diminuer la charge financière que cela fait peser sur le système de santé ». La CGT avec la grande majorité des salarié.e.s dit NON ! L'augmentation de l'espérance de vie ne justifie en rien le recul de l'âge légal du départ à la retraite. L'espérance de vie a augmenté en partie grâce au départ en retraite plus précoce et l'espérance de vie en bonne santé se stabilise autour de 64/65 ans.

2. La retraite à 60 ans, une question de justice

56,2 % des 55-64 ans étaient en

emploi au 3^{ème} trimestre 2021, reculer l'âge légal de la retraite consiste donc pour les pouvoirs publics à transférer la prise en charge « financière » de ces salarié.e.s déjà hors de l'emploi sur d'autres caisses (UNEDIC, invalidité, minima sociaux...) et accélérer encore la baisse des pensions, déjà trop faibles, en ciblant en particulier les métiers les plus pénibles, tout en réduisant la durée de paiement de la retraite pour celles et ceux qui ont déjà une espérance de vie plus faible.

Enfin, prendre sa retraite à 60 ans, c'est conserver la santé et repousser l'âge légal de départ à 65 ans est très injuste au regard de la différence d'espérance de vie entre les plus riches et les plus pauvres qui peut atteindre 13 années !



3. La situation particulière des salarié.e.s de la santé et de l'Action sociale

► Intensification du travail et exposition à la pénibilité dans la Santé et l'Action sociale

Les problèmes d'effectifs de ces dernières décennies, les nouvelles organisations du travail et la recherche de la performance par le rendement ont entraîné une intensification de la charge de travail alors que les accidents et les maladies professionnelles augmentent avec l'âge. Tout cela ne favorise pas la qualité du travail par l'expérience et augmente la difficulté de l'adaptation au travail. Le recul de l'âge de départ à la retraite exposerait plus longtemps les salarié.e.s aux risques professionnels. Dans la Fonction publique, la suppression de la catégorie active pénalise les agent.e.s qui remplissent les critères de pénibilité.

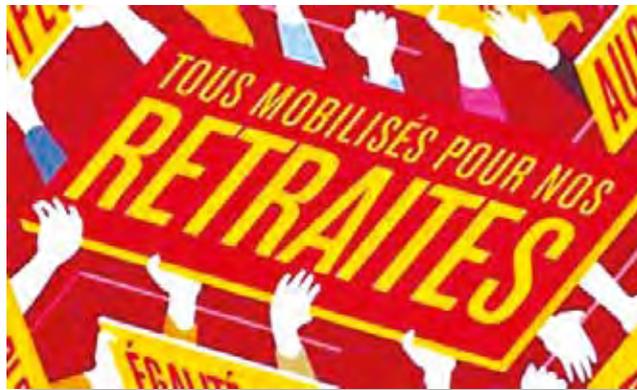
La crise sanitaire a mis en exergue les secteurs de la Santé, du médico-social et du social particulièrement touchés et fortement féminisés. Malgré les discours enflammés, avec une ouverture des droits à

65 ans, ces professionnel-le-s travailleront plus tard et mourront plus tôt !

En 2008, selon la CNRACL, l'âge moyen des hospitalières « retraitées décédées » était de 78,8 ans (pour un départ à la retraite en moyenne à 56,8 ans) contre 85,6 ans dans le reste de la population féminine !

► Le report de l'âge de départ en retraite défavorise particulièrement les femmes

Il faudra travailler toujours plus longtemps pour avoir une bonne retraite car du fait des charges familiales, les femmes ont des durées de carrière plus faibles que celles des hommes et en moyenne elles partent à la retraite plus tard que les hommes. En cela, nos secteurs fortement féminisés sont donc particulièrement concernés et doivent d'autant plus participer activement aux luttes pour obtenir l'âge de départ à 60 ans et faire reconnaître la pénibilité de beaucoup de nos métiers par un départ anticipé. ■



La CGT propose :

- **Assurer un droit effectif au départ à partir de 60 ans à taux plein pour tou.te.s, c'est-à-dire sans décote, en intégrant à partir de 18 ans toutes les périodes d'études, de formation, d'apprentissage, d'activité professionnelle ou d'inactivité forcée.**
- **La reconnaissance de la pénibilité par un départ anticipé à la retraite.**
- **Garantir un bon niveau des retraites avec au moins 75 % de sa dernière rémunération et un minimum égal au SMIC revendiqué par la CGT, avec une péréquation salaires/pensions.**
- **Assurer les moyens du financement : développer l'emploi statutaire public, augmenter les salaires (avec intégration des primes), assurer l'égalité femmes/hommes, modifier la répartition des richesses en faveur du travail, dégager des ressources supplémentaires des revenus financiers.**



DIAGORIS

EXPERTISE

NOTRE EXPERTISE AU SERVICE DE VOTRE ENGAGEMENT

Cabinet d'Expertise Comptable Inscrit au Tableau de l'Ordre des Experts Comptables.

MISSIONS D'ASSISTANCE EN VUE DE LA CONSULTATION SUR:

La Situation Économique et Financière

ARTICLE L2323-12 DU CODE DU TRAVAIL

La Politique Sociale, les Conditions de Travail et l'Emploi

ARTICLE L2323-15 DU CODE DU TRAVAIL

Les Orientations Stratégiques

ARTICLE L2323-10 DU CODE DU TRAVAIL



01 42 17 04 15 – contact@diagoris.fr
43 Rue de Rennes, 75006 Paris

DIAGORIS.FR

NOUS SOMMES AUX CÔTÉS DE CEUX QUI PRENNENT SOIN DES AUTRES.

-10%*

SUR VOTRE ASSURANCE AUTO

**GMF 1^{ER} ASSUREUR
DES AGENTS DU SERVICE PUBLIC**



ASSURÉMENT HUMAIN

GMF 1^{er} assureur des Agents du Service Public selon une étude Kantar TNS SoFia de mars 2021.

*Offre réservée aux agents du service public, personnels des métiers de la santé et du social. Réduction de 10 % sur le montant de la 1^{ère} cotisation annuelle, pour toute souscription entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022 d'un contrat AUTO PASS. Offre non cumulable avec toute offre en cours. En cas d'offre spéciale GMF, application de l'offre la plus avantageuse.

Conditions et limites des garanties de notre contrat AUTO PASS en agence GMF. Les Conditions Générales et la Convention d'assistance de ce contrat sont consultables sur gmf.fr

LA GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES et employés de l'État et des services publics et assimilés - Société d'assurance mutuelle - Entreprise régie par le Code des assurances - 775 691 140 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z - Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. **GMF ASSURANCES** - Société anonyme au capital de 181 385 440 euros entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Nanterre 398 972 901 Siège social : 148 rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. Les produits distribués par GMF sont assurés par GMF ASSURANCES et/ou GARANTIE MUTUELLE DES FONCTIONNAIRES.