



Coordination Régionale CGT Santé et Action Sociale
Auvergne Rhône-Alpes

La CGT dit NON
à la restructuration programmée
de l'offre médico-sociale et sociale
en Auvergne et en Rhône Alpes

Cette restructuration d'envergure
de l'offre médicosociale est
conduite par la Fédération
Hospitalière de France (FHF) et
engagée avec l'aval de l'ARS AURA

Une réponse à la crise que traversent les établissements médico sociaux, *nous dit-on.*

Le prétexte des incendiaires qui crient « au feu » alors que les causes du mal et leurs responsables sont identifiés, *répond la CGT.*

En effet, la situation est devenue intenable pour les EHPAD du fait des gestions néolibérales conduites depuis plusieurs décennies :

- **Des moyens** de fonctionnement courant de plus en plus exsangues ;
- **Des difficultés pour investir** notamment dans le renouvellement du bâti du fait :
 - des ressources internes faibles voire inexistantes (CAF, capitaux propres);
 - de la raréfaction voire inexistence des ressources externes (subventions);

Les investissements entrepris aujourd'hui conduisent à un surendettement très couteux (intérêts de la dette) qui justifie des économies sur le personnel (déqualification/précarité) et sur le service rendu (Repas, protections, entretien courant, animation, etc.) ;
- **Précarité et déqualification du personnel, remise en cause des statuts pour économiser sur le personnel et payer les intérêts de la dette** : glissements de tâches et nouvelle dégradation de la prise en charge ;
- La réduction des places offertes en IFSI et IFAS programmée par les GHT, qui favorise la pénurie de personnel ;
- Renchérissement du reste à charge pour les résidents ou les bénéficiaires.
- A ces conséquences il faut ajouter la fermeture des lits d'hospitalisation en psychiatrie et l'accueil en EHPAD des « vieux fous ».

Sans oublier le contexte du PLFSS et de la création d'une 5^{ème} branche.

Le pouvoir a décidé d'aller chercher le financement de cette 5^{ème} branche avec les dents, dans les poches des retraités : 7 à 8 milliards d'euros seraient financés par les retraités, 1,9 milliard pour les salariés et seulement 1,1 milliard pour les patrons.

- Alignement du taux de CSG des retraités de 8,3 points à 9,2 points sur 3 ans.
Perte pour les retraités 780 millions d'euros.
- Augmentation de la part de CSG non déductible : **Perte pour les retraités 800 millions d'euros.**
- Réduction de moitié du plafond d'abattement de 10% sur les pensions de retraite :
Perte pour les retraités 1,5 milliard d'euros d'ici 2025.
- Dès 2021 : récupération de 420 millions d'euros par an sur le FRR (Fonds de réserve des retraites) et récupération de 300 millions d'euros sur le budget action logement. Fragilisation financière du système et recul de la prestation logement.
- Contrôle de l'AAH (allocation handicapés) : **400 millions d'euros.**

Sans oublier le contexte du PLFSS et de la création d'une 5^{ème} branche.

❖ Réforme de l'APA

- intégration de la valeur de la résidence principale du bénéficiaire : 350 millions d'économies d'ici 2025.
- Réforme des droits de succession : augmentation du barème de taxation de 20 à 25 % sur les héritages dont la part taxable se situe entre 284 128 euros et 552 324 euros : gain de 200 millions d'euros d'ici 2025.
- Prélèvement social de 0,8 % à 1 % sur l'assiette des droits de mutation pour les successions et donations : 400 à 500 millions d'euros.
- Abaissement du plafond de crédit d'impôt pour un employeur d'aide à domicile de 12 000 euros à 6 000 euros : 400 millions d'euros d'ici 2025 (ce sont souvent des particuliers).

❖ Attaque contre la sécurité sociale

- Cession de 0,15 point de CSG depuis la CADES à la nouvelle branche : **2,3 milliards d'euros.**
- Limiter les exonérations de cotisations sociales pour les employeurs sur les salaires au-delà de 2,5 Smic au lieu de 3,5 Smic : **1,1 milliard d'euros, mais** création d'une 2^{ème} journée de solidarité (CSA) : **1,9 milliard d'euros.**

Donc,

- Crise aigue dans les EHPAD révélée notamment pas la COVID-19 et les mouvements sociaux.
- Refus du pouvoir de modifier la donne budgétaire.
- L'objectif est d'étouffer le problème avant qu'il n'éclate trop fort.

Mais, comme la FHF et l'ARS savent que la solution est pire que le mal, ils tentent de passer en force et en catimini.

- Les instances de dialogue social sont contournées;
- Les instances de « dialogue territorial » idem.
- La démocratie sanitaire est hors jeu.

Le support juridique, c'est la création, par la FHF, d'un **Groupement de Coopération Social et Médico-Social (GCSMS)** pouvant regrouper, sur l'ensemble du territoire de la région AURA, les établissements publics suivants :

- Les EHPAD autonomes ;
- Les EHPAD gérés par les hôpitaux ;
- Les EHPAD gérés par les collectivités territoriales ;
 - Les ESAT ;
 - Les FAM et les MAS ;
 - Les foyers occupationnels ;
- Les foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés ;

Le GSMS **FHF** AURA (c'est son nom) est une **personne morale** de droit public (art. 2 de la convention). A ce titre, il dispose de plein droit de la possibilité :

- De facturer des prestations de services intellectuels ou non ;
- D'être employeur ; (prêt de main d'œuvre illicite)

Ce n'est pas un simple GCS de moyens comme ses promoteurs tentent de le laisser croire. Il s'agit en fait d'une véritable structure qui vend des prestations de services à ses clients que sont les établissements médico-sociaux, sous couvert de la terminologie GCS de moyens, comme le ferait un groupe industriel à ses filiales pour faire remonter la valeur.

3 niveaux d'engagement (adhésion)

3 collèges (pouvoirs de décision)

3 niveaux d'adhésion

Niveau 1 : Assistance et services d'ingénierie médico-sociale entre ses membres (ex. Hygiène, travaux, ingénierie.....). En gros, la FHF pilotera l'externalisation et organisera les fournisseurs de prestations.(blanchisserie, cuisine, etc..). Il s'adjugera la possibilité de définir une stratégie commune à tous les établissements et définira les « bonnes pratiques » de prise en charge des PA. **Il facturera ces prestations aux établissements.**

Niveau 2 : Convention de Direction pour établissements autonomes (EHPAD sans directeur.....). La FHF prend directement le contrôle de l'EHPAD sans toutefois ôter l'autonomie à l'établissement. Ce peut être l'étape précédant le niveau 3.

Niveau 3 : Gestion directe d'autorisation en lieu et place de l'opérateur initial (transfert d'autorisation). C'est un processus de fusion/acquisition avec une entité centralisatrice dont le siège est situé aux HCL. La FHF devient alors le gestionnaire d'un service d'intérêt général, selon la définition du traité de Maastricht et du TCE. **C'est la fin du service public.**

Les 3 COLLEGES

- **Collège 1** : collège des membres fondateurs sur la base du **GCSMS de moyens**. Ils bénéficieront de 20 parts chacun et sont au nombre de 24 répartis sur 4 départements de la région (*liste en annexe*).
- **Collège 2** : Etablissements adhérent sur la base d'un **GCSMS de moyens** (prestation de services, mutualisations des moyens et de certains personnels...) 5 parts chacun.
- **Collège 3**:Etablissements ayant cédé leur autorisation d'exercice = **GCSMS employeur** 20 parts chacun

OBJET DU GCSMS DE MOYENS

En sa qualité de groupement de moyens

- ✓ **La définition d'une stratégie commune** des EHPAD publics de la région Auvergne-Rhône-Alpes ; (regroupements, fusion, cession, etc.)
- ✓ L'organisation d'échanges sur **les pratiques et leur évolution en matière d'accueil** et de prise en charge des personnes âgées ;
- ✓ **La mutualisation de moyens et de compétences ;**
- ✓ **L'intervention commune des professionnels** des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ; (Prêt illicite de main d'œuvre ?)
- ✓ **Le recrutement et l'intervention de professionnels médicaux et non médicaux** au profit des établissements membres, afin de répondre notamment aux besoins de remplacements et de compétences spécialisées ; (idem)
- ✓ **La construction et la gestion de plans de formation pluriannuels** communs en tout ou partie pour le compte des établissements membres ; (voir exemples des GHT)
- ✓ **La gestion d'équipements ou de services d'intérêt commun** ou de systèmes d'information nécessaires à l'activité de ses membres ; (Mainmise totale sur ce qui était les services publics).
- ✓ **L'ingénierie et le conseil en matière de création** et de développement de projet sociaux médico-sociaux, de montage financier d'opération et d'élaboration de projet d'établissement pour ses membres. (Ou comment dépecer les établissements tout en les rendant dépendants)
- ✓ L'assistance à la direction d'un établissement membre par mise en œuvre de convention de gestion. (comment vendre le niveau 3)

OBJET DU GCSMS EMPLOYEUR

En sa qualité d'exploitant d'autorisations médico-sociales :

- ✓ L'exploitation directe, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, des autorisations médico-sociales détenues par l'un ou l'autre de ses membres ;
- ✓ L'exercice direct, à la demande de ses membres, des missions et prestations des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du CASF,
- ✓ La gestion en commun d'alternatives à l'hébergement ainsi que le développement et la mise en œuvre d'actions et de démarches innovantes dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, en conformité avec les schémas gérontologiques départementaux ;
- ✓ La réponse à tout appel à projet médico-social, y compris expérimental ;
- ✓ La réalisation et le portage financier, en tant que maître d'ouvrage, des opérations de rénovation et de construction nécessaires à l'exploitation des activités qui lui sont confiées.

UN DISPOSITIF INEDIT

➤ **C'est la première fois sur le territoire national que nous sommes confrontés à un GCSMS d'une telle envergure :**

1. A l'échelle territoriale d'une région couvrant 12 départements ;
2. Offrant simultanément les deux niveaux : de moyens ou employeur ;

➤ **De nombreuses questions sans réponses (pour n'en citer que quelques-unes)**

1. Quid du devenir du statut des agents de la FPT dont les établissements auront rejoint le collège 3 ?
2. Quid du statut des agents et salariés des établissements autonomes ayant rejoint le collège 3 (un GCS ne peut embaucher des fonctionnaires) ?
3. Rien n'est prévu sur la représentativité des salariés du collège 3
4. Quid de la tutelle de référence pour les établissements qui auront cédé leur autorisation à une structure dont le siège se trouve à Lyon ?

Notre stratégie

Mettre en échec, par des initiatives propres, ce nouveau recul du service public au détriment des populations et des personnels en continuant d'avancer nos propositions.

Le projet de la FHF et de l'ARS, s'il est inédit, reproduit le modèle des Groupements Hospitaliers de Territoire, chacun aujourd'hui en mesure mieux les conséquences.

Ce que **ne contient pas** cette usine à gaz !



- Absence de propositions ou d'actions permettant d'augmenter les ressources des EHPAD
- Absence d'un plan d'action financé pour recruter et former du personnel
- Absence de propositions ou d'action mettant fin aux conséquences des fermetures de lits de psychiatrie.
- Absence de propositions ou d'action permettant de resserrer les liens avec les centres de santé, la médecine de ville, les hôpitaux.
- Absence de propositions ou d'action pour faire vivre une véritable démocratie sanitaire.

Le projet de la FHF et de l'ARS, s'il est inédit, reproduit le modèle des Groupements Hospitaliers de Territoire, chacun aujourd'hui en mesure mieux les conséquences.

Ce que **contient**
cette usine à gaz !

LA CRÉATION D'UN GROUPE D'ÉTABLISSEMENTS OU DE SERVICES SOCIAUX OU MÉDICO-SOCIAUX CONSTRUIT SELON LES MÊMES CRITÈRES DE GESTION DES ENTREPRISES PRIVÉES LUCRATIVES DU SECTEUR.

- Concentration des pouvoirs de décisions économiques et sociaux au niveau régional (siège social aux HCL)
- Assujettissement des décisions à la politique néolibérale ;
- Rejet et éloignement des structures politiques de proximité (Collectivités territoriales)
- Contournement des statuts pour aller à leur disparition et absence de dialogue social ;
- Dégradation des prises en charge ;

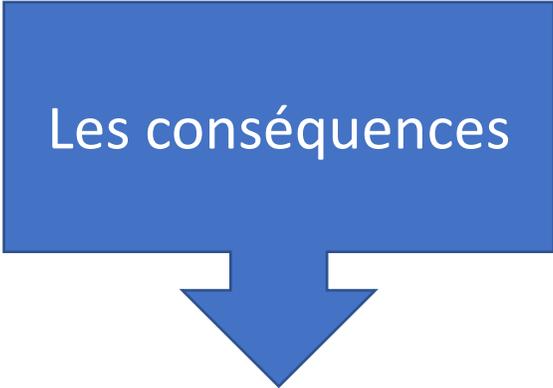
Le projet de la FHF et de l'ARS, s'il est inédit, reproduit le modèle des Groupements Hospitaliers de Territoire, chacun aujourd'hui en mesure mieux les conséquences.



Accélération du démantèlement du service public :

- Fermeture/regroupement probable à très court terme des EHPAD et établissements n'ayant pas atteint la taille critique donc quid de la proximité et de l'aménagement du territoire.
- Privatisation des fonctions telle que blanchisserie, ménage, fabrication et service des repas rendue possible et encouragée par les regroupements.
- Extinction des statuts de fonctionnaires remplacés par des contrats de droit commun et précaires,
- Redéfinition des tutelles de références
- Augmentation de l'endettement rendu possible (taille critique) et renchérissement du reste à charge.

Le projet de la FHF et de l'ARS, s'il est inédit, reproduit le modèle des Groupements Hospitaliers de Territoire, chacun aujourd'hui en mesure mieux les conséquences.



Les conséquences

1. Sur le plan économique, enclenchement d'un nouveau cycle ENDETTEMENT/RENCHERISSEMENT du reste à charge. AUSTERITE/PRECARITE/FLEXIBILITE salariale.
2. En d'autres termes, les contradictions économiques et sociales nées de la politique néolibérale sont portées à un niveau supérieur sans qu'elles ne soient dépassées.

ORGANISER L'ACTIVITE SYNDICALE AU NIVEAU REGIONAL

- Réunir les établissements susceptibles d'être concernés (EHPAD, CCAS, Handicap, public...) par départements à l'initiative des USD et CSD
- Interroger nos directions sur le démarchage de la FHF et identifier les établissements pouvant être intéressés par l'adhésion
- Ne pas laisser seuls les syndicats des établissements en voix d'adhésion et les accompagner dans l'action (Rôle des USD mais aussi des UL du territoire concerné)
- Interpeller les élus locaux en utilisant le courrier type (maires, conseillers départementaux, députés, sénateurs) et demander d'en rencontrer quelques uns jouant un rôle phare dans nos départements.
- Interpeller les représentants des usagers en utilisant le courrier type (CVS, CDCA, ARS...)
- Travailler en relation avec nos camarades des CDCA ou CDMCA
- Diffuser un tract dans nos boites sur le sujet (en cours de réalisation)

SUITE

- Travailler en lien avec le comité régional CGT et bien sur nos UD
- Contacter les autres organisations syndicales dans nos départements et au niveau régional
- S'appuyer sur certaines propositions faites par l'association des petites villes de France
- Organiser dans le temps une conférence de presse (d'abord faire prendre la mayonnaise) un communiqué de presse sera réalisé.
- Tenter de faire de ce dossier une affaire nationale à partir de nos fédérations respectives
- Avoir une analyse juridique sur la convention du GCSMS
- Mettre en opposition à ce dispositif nos propositions d'organisations sanitaires et de financements (qui pourront être rappelées lors de la rencontre départementale organisée avec nos syndicats)
- Faire de ce dossier une priorité dans notre activité syndicale (**nous pouvons encore contrecarrer ce dispositif**).

PROPOSITIONS DE LA CGT

- Nous défendons avec détermination le service public de santé et d'action sociale. Notre conception est bien plus ambitieuse que celle portée par la FHF. C'est l'occasion de faire connaître et de mettre en avant nos propositions.
- S' appuyer pour argumenter sur nos publications récentes :
 - ✓ 4 Exigences et 12 propositions en ce qui concerne l'organisation du système
 - ✓ Pour une sécurité sociale du XXI^{ème} siècle sur financement et cadre du système (réactualisé)
- Articuler notre action sur la campagne « **Embauchez, formez, on est épuisé.e.s** » qui va démarrer dès la fin de l'année avec tout un matériel adapté.

ANNEXE 1

MEMBRES DE LA COMMISSION MS

- adhérents SCSMS à la date du 8/11/2019 - adhésions en cours (Collège 1)

BALAJAS Corinne	CH Saint Bonnet le Château (42) EHPAD Usson en Forêt (42) EHPAD Saint Jean Soleymieux (42) par intérim
BARET Christine	ESTHI St Martin d'Hères (38)
BARTHE-MONTAGNE Catherine	EHPAD Lezoux (63) EHPAD Culhat (63)
BISSARDON Christian	EHPAD St Héand (42)
BLANC Vincent	EHPAD Courpière (63)
GARCIN Pierre-Jacques	EHPAD Maringues (63) EHPAD Randan (63)
GILLET Ludivine	EHPAD Villette d'Anthon (38)
GRAU Caroline	EPISEAH Claix (38)
LUSSATO Caroline	CH St Galmier (42)
MARTINEZ Michel	CH Neuville sur Saône (69)
MONOD Stéphanie	EHPAD Tanninges (74)
DUMONT Stéphanie (en intérim)	CH Pélussin (42) CH St Pierre de Bœuf (42)
MOREL Sylvie	EHPAD Perreux (42) EHPAD Le Coteaux (42)
MORIN Marc	HL St Laurent de Chamousset (69) HL St Symphorien sur Coise (69) HL Chazelles-sur-Lyon (42)
PORTIER Elie	Hôpital Beaujeu/Belleville (69)
VERRON Christian	EHPAD Gannat (03)

→ Les EHPAD adhérents au 8 novembre 2019 (par représentant légal et établissement)