



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2014 - n° 100
Novembre 2014

RENCONTRE NATIONALE DES SALARIÉS DES EHPAD ET DES MAISONS DE RETRAITES

Notre Fédération a organisé cette journée pour nous, personnels travaillant dans les EHPAD et maisons de retraite du privé comme du public, dans le but de faire converger les nombreuses actions et manifestations qui se déroulent actuellement dans ce secteur.



Contrairement aux représentations populaires, une grande part des personnes âgées n'est pas en perte d'autonomie. En 2010, 50 % des plus de 85 ans bénéficiaient d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), ainsi l'âge moyen d'entrée en structure est de 86 ans.

Actuellement, les personnes âgées en EHPAD et à domicile sont plus dépendantes avec de grosses pathologies. Leurs admissions sont réalisées dans un contexte d'aggravation de l'état de la personne, parfois suite à une hospitalisation. L'entrée en EHPAD n'est pas un choix pour les $\frac{3}{4}$ des personnes âgées, mais bien une nécessité imposée par une prise en charge à domicile qui devient ingérable et trop coûteuse. Plus de 50 % des résidents présentent un syndrome démentiel, dont 45 % sont atteints de troubles chroniques du comportement. Les statistiques le montrent, les personnes âgées rentrent en structures, plus tard et plus dépendantes. D'ailleurs, la durée moyenne d'un séjour en EHPAD est passée de 4 ans à 2 ans et demi lors, des 10 dernières années.

En outre, selon les estimations de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le nombre de personnes « dépendantes » doublerait d'ici 2060.

En effet, les plus de 85 ans passeraient de 1,3 à 5,2 millions en 2060, pour une population totale de 73,6 millions.

Il est donc essentiel de préparer cet avenir !

PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : QUELLES ACTIONS SYNDICALES ?

La prévention des risques professionnels impose aux employeurs des obligations. La principale consiste à éviter le risque. Si l'employeur ne défère pas à cette obligation assez souvent pour des raisons économiques, la prévention devient un combat en retraite et sa réussite est aléatoire. Dès lors qu'il ne peut l'éviter, ce qu'il doit formaliser et justifier, l'employeur a notamment obligation d'évaluer les risques, de les combattre à la source mais aussi d'adapter le travail à l'homme, en particulier au cas où la santé du salarié serait déclinante, atteinte ou compromise du fait d'un handicap.

En matière de santé au travail, l'employeur a une obligation de sécurité de résultat. S'il se produit un accident du travail (AT) ou une maladie professionnelle (MP), et s'il échoue dans son obligation de résultat, l'employeur commet une faute dont la sanction sera principalement assurancielles, voire civile ou même pénale.

D'où la tendance des employeurs à entraver la visibilité des risques professionnels et à camoufler les AT et les MP : « ce qui ne se voit pas n'existe pas ». Le constant sabotage du processus de déclaration des maladies professionnelles par les employeurs avec la complicité parfois active de l'État et de son administration, participe à ces stratégies d'euphémisation.

A fortiori, la réparation, c'est-à-dire la reconnaissance d'un AT et d'une MP et son indemnisation, sont le signe d'un échec de l'obligation de résultat de l'employeur.

Toutefois, l'assertion selon laquelle la réparation serait un moteur de la prévention est une fiction. En effet, du fait du camouflage des risques et de leurs effets et de la modicité de la réparation, son coût est dérisoire au regard des « économies » que génère une prévention insuffisante.

Seule l'action du salarié du secteur privé en « faute inexcusable de l'employeur » devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS), du fait de son montant, pourrait rééquilibrer partiellement le déficit. Rappelons qu'il suffit que le salarié victime ou le CHSCT dont il relève ait signalé le risque en cause pour que la FIE soit « de droit » (article L4131-4 du code du travail).

À titre de démonstration, voyons la situation pour les travailleurs du secteur de la santé.

Le point de bascule qui explique la situation très dégradée du secteur de soin, est la prise de pouvoir et de contrôle des gestionnaires et de leurs politiques financières, au détriment des objectifs de qualité des soins et du « prendre soin » qui, jusqu'alors, servait de guide au secteur de la santé.

Le « défenseur des droits de personnes privées de liberté » interrogé récemment sur France-Culture par un journaliste sur de supposées maltraitances dans les EHPAD répondait que cela était en lien avec les politiques de personnels de ces établissements et notamment la réduction de leurs effectifs.

L'enchaînement fatal est le suivant : politique gestionnaire axée sur la diminution des moyens matériels et en personnel entraînant une crise du travail et du « travailler » des soignants qui elle-même entraîne, à terme, une baisse de la qualité des soins et du prendre soin.

Il faut noter que le dernier enchaînement est précédé d'une intense souffrance des soignants.

En effets, les règles de métier de ces travailleurs : l'entraide et le « prendre sur soi pour le bien de la santé des patients » freinent la dégradation des soins mais conduisent à outrepasser sa souffrance jusqu'à des niveaux qui mettent en danger vital le travailleur.

Le mauvais travail auquel sont acculés les travailleurs de ce secteur les fait vivre dans la honte, car d'autres règles essentielles de métier, la compassion et l'empathie ne peuvent matériellement et temporellement être soutenues, d'où une intense



culpabilité d'autant plus pernicieuse qu'elle est vécue dans l'isolement.

L'enquête SUMER 2010, dont les résultats complets ont été récemment publiés, nous apprend que 90 % des aides soignants et 81 % des infirmiers et infirmières subissent des contraintes posturales intenses (74 % pour l'ensemble des travailleurs) et que respectivement 73 % et 59 % sont astreints à des manutentions manuelles (37 % pour l'ensemble des travailleurs). 60 % des aides-soignants doivent abandonner une tâche pour une autre non prévue et 40 % doivent continuellement se dépêcher, respectivement les infirmiers sont soumis aux mêmes contraintes pour 72 % et 49 % d'entre eux. Ainsi, le métier d'aide-soignant fait partie des 15 métiers les plus exposés aux contraintes physiques intenses. Les infirmiers et les aides-soignants font partie des 15 métiers les plus exposés aux agents chimiques dangereux. Il en est de même pour les risques biologiques et les horaires atypiques.

Risques psychosociaux, contraintes physiques et précipitation constituent un cocktail détonnant qui accouche d'épuisement professionnel (burnout), de syndromes anxio-dépressifs et de troubles musculo-squelettiques.

Cette situation est particulièrement scandaleuse et il s'agit d'y mettre un terme.

La prévention commence quand ce que chacun croyait vivre isolément s'avère être vécu par tous. En cela, l'initiative de la Fédération CGT de la Santé concernant les EHPAD est encourageante. En donnant la parole aux salariés de ces établissements, en les faisant s'exprimer sur leurs conditions réelles de travail, cela donne une impulsion qui devrait être reprise par les CHSCT ou les DP.

Le recueil de la parole vraie des personnels, de leurs maux avec leurs mots, a un puissant pouvoir de conviction. Dire, c'est recommencer à penser, c'est commencer à agir.

Spontanément ou avec l'aide de leurs experts, en recueillant formellement et systématiquement ce que disent les soignants, les CHSCT peuvent construire un « livre noir » permanent donnant une visibilité des difficultés et plus important encore de leurs causes.

Il s'agit de mettre le travail réel au centre du débat sur la prévention, ce qui fait difficulté dans le travail

et le vécu des salariés. L'objet de ces actions est de restituer leur pouvoir d'agir individuel et collectif aux salariés, notamment en faisant redémarrer la délibération spontanée.

Il s'agit :

- de donner les moyens aux salariés d'accéder à la compréhension de ce qu'ils vivent, non pas du côté de leur individualité, mais bien du côté du travail, afin de leur permettre de sortir de la culpabilité qu'ils ressentent et de reconstruire un sens de leur relation au travail, en particulier en lien avec les autres salariés
- d'observer les situations de travail pour identifier l'activité réellement déployée par les travailleurs, notamment, pour contourner les difficultés et faire du travail de qualité contre la gestion (qualité empêchée)
- de créer les conditions d'un débat dans l'espace public de l'établissement sur ces questions, dans un but de prévention de ces risques. Il s'agit ainsi de permettre aux salariés de réinvestir collectivement l'organisation du travail



Le CHSCT (et plus largement la représentation du personnel), appuyé sur une mobilisation des salariés, peut alors, conformément à ses prérogatives, proposer des modifications nécessaires à une prévention efficace, ce que le responsable doit réfuter formellement, engageant ainsi sa responsabilité personnelle.

Pratiquement, devant le caractère obstiné des gestionnaires obnubilés par des politiques de rendements financiers à court terme, seule la pression constante de la réalité par la mobilisation collective peut changer les choses.

Il faut également, dans ce secteur, adresser systématiquement les constats au directeur de l'agence régionale de santé en lui signalant le retentissement réel ou à survenir sur la qualité des soins, en engageant ainsi sa responsabilité, en cas de conséquences pour les patients, en matière de complicité de mise en danger d'autrui.

Alain Carré,
vice-président et porte-parole du
syndicat national de médecins du travail des IEG



Mesdames, Messieurs les Sénateurs, Députés, Conseillers généraux...

Cela fait maintenant près de 10 ans que la loi concernant la perte d'autonomie est annoncée...

Le gouvernement prévoit sa parution pour l'année 2015. Les quelques éléments mis à notre disposition sur son contenu nous laissent dès à présent perplexes quant à l'amélioration du système de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées.

Nous ne pouvons que nous interroger sur les choix de financement proposés par rapport aux intentions et philosophie de la loi. En effet, le financement de ce projet de loi par la seule contribution additionnelle de la CASA n'est pas à la hauteur des ambitions du projet et de la réponse aux besoins des personnes âgées, c'est inadmissible !!!

Le vieillissement de la population serait considéré comme une chance, soutenir et accompagner nos anciens comme une nécessité absolue serait un objectif prioritaire bien que, paradoxalement, nous ayons appris le report successif de la présentation de cette loi aux conseils des ministres en juin, puis la suppression d'un ministère dédié à la personne âgée.

La partie concernant les EHPAD est repoussée à un temps futur non déterminé. Cette disposition ne répond pas à l'urgence de la situation où les enjeux humains et financiers sont encore plus importants dans ce domaine. Il est urgent de regarder en face la dégradation des conditions d'accueil et de prises en charge des PA qui se généralisent. L'étranglement budgétaire imposé aux EHPAD se traduit sur le terrain par une augmentation des charges de travail, un enchaînement de toilettes allant parfois jusqu'à 16, 19 personnes âgées, sur un temps réduit, des personnels cassés physiquement et moralement... Quelle est votre part de responsabilité dans le respect de la dignité des personnes vieillissantes et des professionnels et quelles réponses allez-vous proposer ?

En outre, la prise en charge des personnes âgées dépend aussi du secteur médico-social dont le financement est de plus en plus inégalitaire (département, région, caisse de retraite...)

De plus, nos établissements sont financés au travers des conventions tripartites garanties par la Sécurité Sociale, les Conseils Généraux et les familles. Ces composantes sont celles touchées en premier lieu par les dispositions d'austérité régies par « le pacte de responsabilité » annoncé par le Premier Ministre. Ce sont 23 milliards d'économies qui seront réalisées dont 10 concernant la protection sociale et 13 pour les collectivités territoriales. Ajoutons à cela, la perte de pouvoir d'achat pour les familles avec, entre autre, le blocage des salaires et l'attaque sans précédent du salaire socialisé favorisant le système assurantiel au détriment des politiques de solidarité. Ces dispositions vont encore une fois se traduire de façon néfaste sur la précarisation de l'emploi, les salaires, les qualifications et les conditions de travail et de sécurité du personnel. Elles confirmeront que les salariés sont et resteront la variable d'ajustement. Il serait illusoire de penser que la solution se trouve dans la « sylver économie », comme on nous le fait miroiter. De notre point de vue, cette question est avant tout une question de relation humaine, de vivre ensemble. C'est un véritable choix de société.

La CGT a toujours revendiqué que la santé et la perte d'autonomie soient prises en charge par la branche maladie de la Sécurité Sociale intégrée au grand service public de la santé et de l'action sociale. La prise en charge de nos aînés est un tout et c'est l'ensemble du dispositif qui doit être pris en compte (aide à domicile et établissements d'accueil et de soins, prévention...). Nous considérons que le vieillissement et le handicap sont des enjeux majeurs des politiques sociales et de santé ; nous demandons l'arrêt du financement du secteur privé lucratif.

Nous savons donc que, sans moyens supplémentaires, cette réforme, si réforme il y a, se réduira encore une fois à des effets d'annonces.

Nous restons convaincus, Mesdames, Messieurs les Sénateurs, Députés, Conseillers généraux... que dans l'état d'élaboration de cette loi, vous pouvez encore agir et intégrer ces éléments de réflexion partagés par un grand nombre de professionnels et de citoyens usagers.

Dans l'attente, veuillez recevoir, Mesdames, Messieurs les Sénateurs, Députés, Conseillers généraux... l'expression de nos salutations les plus respectueuses.

Pour la CGT Santé Action Sociale.

RENCONTRE NATIONALE DES SALARIÉS DES EHPAD ET DES MAISONS DE RETRAITES

MONTREUIL LE 12 JUIN 2014

Rapport introductif

Cette journée est organisée dans le but de faire converger toutes les actions et les manifestations en cours dans notre secteur.

Une grande partie des personnes âgées n'est pas en perte d'autonomie. Elles entrent en institutions de plus en plus tard (moyenne d'âge 86 ans), de plus en plus dépendantes (50% avec un syndrome démentiel) et avec de grosses pathologies. La durée moyenne de séjour est passée de 4 à 2 ans lors des 10 dernières années.

Les financements de nos établissements au travers des conventions tripartites garanties par la Sécurité Sociale, les Conseils Généraux et les familles, sont concernés par le « pacte de responsabilité ».

23 milliards d'économie sont à réaliser (10 pour la protection sociale et 13 pour les collectivités locales). La perte du pouvoir d'achat, le blocage des salaires, la dénonciation des conventions collectives et l'attaque sans précédent de notre système de protection sociale favorisant le système assurantiel privé, confirment que le salarié est la variable d'ajustement.

La future loi sur l'Adaptation de la société au vieillissement, avec un financement insuffisant, détériorera la prise en charge et l'accompagnement des Personnes Agées. La priorité est de pallier au manque de personnel qualifié et bien rémunéré.

Deux ateliers sont proposés pour en débattre.

Présentation du diaporama sur le financement de nos établissements

Voir sur le site de la Fédération

Atelier 1 : Formation-qualification- emplois- Salaires

Nos métiers au service de l'humain nécessitent du personnel qualifié (1 salarié sur 2 ne l'est pas). La qualification et la pénibilité ne sont pas reconnues.

Les professionnels ont un travail difficile et n'ont pas d'autonomie dans l'exercice de leurs fonctions.

« On a perdu le sens du travail et surtout le sentiment de bien travailler ».

Il y a le **travail prescrit** avec les fiches de poste, le **travail réel** sur le terrain et le **travail empêché** (ce qui n'est pas fait en raison de la surcharge de travail, du manque de personnel, de temps et de financement).

Dans le privé, de plus en plus d'Ehpad s'ouvrent, l'immobilier passe avant le besoin en personnel.

Partout, la logique marchande détruit le travail d'équipe pluridisciplinaire, toutes les fonctions sont mélangées avec des fiches de poste « maison ».

Les glissements de tâches sont monnaie courante, mais le personnel ne conteste pas car les salariés sont mis en concurrence.

Par manque de financement, les projets sont reportés (ex : les ouvertures de PASA pour les Alzheimer), il faut toujours faire plus avec toujours moins de moyens et on voit de plus en plus d'externalisations (hostellerie donné au privé).

La solidarité n'existe plus entre services, les salariés sont isolés. Ils ne connaissent plus les difficultés des autres et les directions les font culpabiliser par rapport au « coût du travail ».

Dans le travail à domicile, les salariés sont beaucoup plus isolés car ils n'ont pas toujours de temps et de lieu de rencontre et d'échange.

Les arrêts maladie, les accidents de travail et les licenciements abusifs (« inaptitudes », « fautes professionnelles » et « maltraitance ») augmentent.



Avec la fatigue accumulée, le stress, la « boule au ventre », un salaire minable, des situations difficiles de femmes seules, le personnel désespère. Le recours aux médicaments pour venir travailler est de plus en plus fréquent.

Les services sont aussi un lieu expérimental de nouvelles professions (maîtresse de maison, agent d'accompagnement...).

Beaucoup de précaires (jusqu'à 50% dans un établissement) et de turnover des CDD dont les AT ne sont souvent pas déclarés et qui sont managés par la peur et le chantage (certains sont obligés de vérifier les médicaments avant la distribution).

Les CAE, CUI, Contrat d'avenir (souvent AHS) sont exploités et corvéables à merci. Avec une formation en vue qui nécessite un tutorat, ils sont lâchés dans les services car cela demande beaucoup de temps et

d'énergie aux soignants, d'où des conflits entre contrats de droit public et de droit privé. Ils ne devraient pas être comptés dans l'effectif mais en plus.

Il existe des disparités entre mêmes fonctions, comme les AS et les AS en gérontologie (une prime en plus) ou les ASH faisant fonction d'AS mais sans les primes.

*“ Ceux qui luttent
ne sont pas sûrs
de gagner,
mais ceux qui
ne luttent pas
ont déjà perdu ”*

Berthold Brecht

Des établissements ont recours à des intérimaires IDE (mission auprès de l'agence), mais en CDI (l'agence devient employeur).

Souvent les formations internes des IDE pour management de proximité (faisant fonction de cadre) sont pour « cliquer » le personnel et sans rémunération supplémentaire (dans le privé).

La VAE AS est bien un diplôme, mais il manque une formation d'adaptation au poste.

Avec le DPC (le développement professionnel continu), le salarié est responsable de son propre programme de formation, mais c'est une « usine à gaz ». Encore une mesure mal construite, non aboutie et sans financement !

Les formations aux nouvelles technologies sont obligatoires, mais jamais revalorisées par des avancements de grade ou des augmentations de salaire.

Des DIF sont reportés faute d'argent. La formation continue est un droit.

Beaucoup de salariés ne connaissent pas leurs droits, le syndicat les informe et les aide souvent à monter des dossiers de demande de formation.

Le plan de formation, dont les formations obligatoires réglementaires ne font pas partie, doit être soumis aux instances et aux organisations syndicales. Il est possible d'obtenir des informations auprès des organismes financeurs (ANFH, UNIFAF). Les crédits formations sont peu ou mal utilisés par les directions.

Les crédits non reconductibles inutilisés sont bloqués ou perdus.

Les conventions collectives sont dénoncées dans le secteur non lucratif et dans les grands groupes lucratifs associés aux actionnaires les plus riches.

Synthèse :

La logique marchande a détruit le travail en équipe et fait perdre le sens du travail.

Le manque de personnel, la précarisation des emplois et le manque de qualification laissent un sentiment de travail pas fait du tout ou mal fait.

Quand on parle de qualification, on pense aussi rémunération, ce qui est loin d'être le cas.

Il faut demander d'urgence un plan de formation qualifiante dans nos établissements (que ce plan soit validé en instances) et veiller à la bonne utilisation des fonds publics.

Le constat de formations internes est fait, avec parfois des formations « maison » de 3 jours. Ensuite, le personnel est censé être opérationnel. Le danger du DPC a aussi été évoqué.

L'augmentation des contrats d'avenir sans qualification est une forme d'accessibilité à un futur emploi qualifié, mais ils doivent être en complément de l'effectif et pas exploités.

Les directions se servent de la conscience professionnelle des salariés qui se sentent redevables avec un emploi au service du public, au service des autres.

Il faut oser dire non et refuser de travailler ainsi, la manipulation est à son paroxysme !

Il faut utiliser les fiches de poste, les fiches d'évènements indésirables, le médecin du travail, le Document Unique et avoir recours au CHSCT pour dénoncer les glissements de tâches et les mauvaises conditions de travail, pour retravailler en équipe toutes fonctions confondues pour les résidents, pour notre santé et pour la reconnaissance de la pénibilité.

Atelier 2 : Santé au travail

Les conditions de travail, en EHPAD, sont marquées par une forte charge de travail liée aux modalités de financement des établissements, qui ont dégradé les conditions de travail renforcées par une maltraitance hiérarchique et institutionnelle. Malgré l'obligation législative des employeurs à prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des salariés (*articles L. 1152-1, L. 1153-1 et L. 4121-1*), trop de personnes se retrouvent en situation précaire suite à un accident du travail ou maladie professionnelle :

- ▀ licenciement pour inaptitude,
- ▀ non reconnaissance des temps thérapeutiques et des aménagements du poste de travail,
- ▀ accidents du travail non reconnus par les directions ou par la commission de réforme,
- ▀ Les CDD qui n'osent pas déclarer leurs AT par peur de voir leurs contrats non renouvelés,
- ▀ non reconnaissance des catégories actives en cas de reclassement.

Les salariés ont l'impression que la médecine du travail ne veut pas entendre parler de troubles musculo-squelettiques, ils se sentent donc coupables des mauvaises manutentions ou postures dues à leur poste de travail.

Les situations de mal-être, de souffrances dues à la surcharge de travail, du sentiment de « prendre sur soi » pour le bon fonctionnement des services et la prise en charge des personnes âgées. La violence subite par les salariés due aux pathologies des patients, le harcèlement moral, la discrimination syndicale, et l'exclusion communautaire sont des facteurs de risques psycho-sociaux portant atteinte à la santé physique et psychique des salariés.

Synthèse :

Les salariés doivent se saisir de toutes les instances, interpeller les directions, utiliser les bonnes procédures, pour dénoncer leurs conditions de travail inacceptables :

- ▀ **le CHSCT** : en travaillant sur le document unique d'évaluation des risques professionnels, demander des enquêtes pour lutter contre les risques psycho-sociaux, développer les comités de pilotage pour prévenir les risques professionnels.
- ▀ **Le médecin du travail** : il a l'obligation d'intervenir pour toute situation de risque.

- ▀ **L'employeur** : il a la responsabilité de la santé et de la sécurité des salariés, en posant des écrits, pour l'obliger à s'engager.
- ▀ **Le droit de retrait ou le droit d'alerte** : il doit être utilisé lorsque le salarié est en danger.
- ▀ **Les fiches d'évènements indésirables** : à utiliser pour dénoncer une situation pour de la délation en collègues (faire des copies).
- ▀ **Déclarer un accident du travail** : pour tout acte de maltraitance et harcèlement moral.

Former et informer les salariés pour les sortir de l'isolement, pour un combat syndical du collectif et faire sortir des murs ce qui se passe dans nos établissements.

Après ce travail de mise en commun du constat que fait-on maintenant et comment ?

En région Rhône-Alpes, une réunion a eu lieu en avril sur la diminution des moyens dans les établissements. Un courrier a été envoyé aux différents élus par les USD et les syndicats. Des assises sont prévues fin septembre début octobre, avec un rendez-vous avec l'ARS et une manifestation.

Il n'y a pas de relais médiatique des grèves et actions dans les petits établissements, pourtant après, on syndique des salariés.

Il est difficile de fédérer le personnel dans les grands groupes, comme ailleurs, mais rencontrer les salariés dans les boîtes pour les sensibiliser permet de les mobiliser.

Des collectifs existent-ils en région ?

Il faut rencontrer les familles pour les informer sur nos conditions de travail et de prise en charge des résidents. La mise en place des 10h ou 12h a fait augmenter en contrepartie les temps partiels (souvent imposés). Le stagiaire n'est pas du personnel à part entière.

Nous devons interpeller les CG et les ARS pour dénoncer le mépris des employeurs. Pourquoi ne pas aussi porter plainte pour non-assistance à personnes en danger ?

Obtenir des moyens supplémentaires pour bien travailler

Fédération Santé Action Sociale
263, rue de Paris
Directeur de Publication :
Bruno Jardin

N° Commission paritaire :
0617 S 08141
ISSN 1963-2657

Les négociations pour le financement de la Sécurité Sociale vont avoir lieu mi-octobre. Il n'est plus possible de continuer de travailler dans de telles conditions.

Plusieurs actions ont eu lieu :

- ▶ Le 18 juin
- ▶ Le 25 juin pour le secteur lucratif et non lucratif
- ▶ Des manifestations sont en préparation en territoire et en région (16 octobre pour la défense de la Sécurité Sociale). La loi HPST est néfaste pour le secteur de la santé, elle est complétée par la future loi sur la santé (financement de la sécu) qui sera également néfaste pour toute la population (salariés, retraités et privés d'emplois). La sécu ne doit plus financer le secteur privé lucratif. Il n'y a pas de mauvais soignants, mais des mauvaises conditions de travail.

Pour les entretiens individuels d'évaluation, les objectifs sont de plus en plus hauts, avec des incidences sur la notation et la prime.

- ▶ Les salariés prenant conscience de leur situation et de leur vécu s'organisent :

Le taux de syndicalisation augmente, il faut mettre en place plus de formations des IRP, utiliser le droit d'alerte, le droit de retrait pour mise en danger d'autrui.

Nous devons développer nos moyens de communication, faire remonter toutes les luttes gagnées, partager les différents types d'actions, informer la CARSAT sur nos conditions de travail, la santé des salariés au travail, le mal de dos, les pressions psychologiques, le stress et le burnout.



Nous devons fédérer l'action

- ▶ Avec, pourquoi pas, un cahier « de la raison et de la colère »,
- ▶ une expression collective,
- ▶ une pétition pour aller au débat,
- ▶ faire pression sur les nouveaux Conseils Généraux en mettant en avant le service rendu au public.
- ▶ utiliser les réseaux sociaux pour informer le plus grand nombre de personnes de nos conditions de travail et de prise en charge des résidents.

