



Budget de la santé 2025 : une provocation pour l'hôpital public !

Pour sauver notre système de santé, il y a urgence !

Les médecins doivent s'exprimer et se mobiliser, avec la population !

« La santé publique sera une priorité », promettent le nouveau premier ministre et sa ministre de la Santé, tout en ajoutant « il y a des économies à faire » et « n'attendez pas de miracle ». Effectivement, un miracle est peu probable avec un gouvernement dans la droite ligne des précédents, voire pire, car son absence de majorité l'obligera à gouverner exclusivement par 49.3. Notre système public hospitalier est dans l'impuissance depuis des années à assurer ses missions au service de la population, et tout particulièrement les services d'urgences et les SAMU. Depuis des années, les ministres se sont rapidement succédés (un signe de désintérêt évident pour les problématiques de santé), et malgré les puissantes mobilisations des soignants en 2019, les différents gouvernements n'ont pas répondu à la gravité de la situation. De ce fait, les zones du territoire les plus déficitaires ont vu leur situation continuer à se dégrader (87% du territoire est considéré comme désert médical selon les chiffres même de l'État).

Le projet de budget de la santé (PLFSS) présenté le 10 octobre n'est certainement pas destiné à inverser la tendance, bien au contraire ; même la Fédération Hospitalière de France (FHF), qu'on a connue plus bienveillante envers les gouvernements précédents, rejoint les organisations syndicales pour crier au scandale et à la destruction de l'hôpital public.

Le ton est donné d'emblée par l'objectif des 5 milliards d'euros d'économies réclamées en 2025 au secteur de la Santé (3,5 en 2024),

avec un ONDAM hospitalier (objectif national des dépenses d'assurance maladie) proposé en hausse de 3,1% par rapport à 2024 (soit + 3,3 Mds€); mais cette hausse cache un redoutable mécanisme destructeur : elle inclut la hausse imposée des cotisations retraites (1,2 Mds€), les diverses mesures salariales attendues (y compris la revalorisation éventuelle des gardes), la prévision d'inflation (entre 1,8% et 2,6%), réduisant à néant la hausse promise.

Le « déficit » structurel des établissements publics de santé (EPS) est ainsi passé de 500 millions d'euros en 2019 à 2 Mds€ en 2024, par le jeu combiné d'un financement insuffisant chaque année, du poids de la dette, et de la variation des tarifs de la T2A, dont les effets pervers ne sont plus à démontrer.

En 2024, un financement complémentaire avait été nécessaire de 2,4 Mds€, soit + 2,3% par rapport à l'ONDAM voté, pour assurer un simple fonctionnement déjà très dégradé de nos hôpitaux. Le taux d'investissement (5,5%) reste très en deçà des besoins et des objectifs affirmés (8%), malgré l'apport du Ségur.

SOMMAIRE

- Retour sur les élections au CSPM et au CNG **p.3-4**
- Urgences cet été : un désastre à l'image de tout le système de santé **p.5-6**
- CP : PADHUE, le combat continue ! **p.7**
- Pour sauver l'hôpital public et notre système de santé et d'action sociale **p.8**

Une simple « remise à niveau » de l'hôpital public nécessiterait en 2025 un ONDAM en augmentation de 6% selon la FHF, et plus probablement autour de 10% selon les organisations syndicales, pour faire face aux besoins réels de santé, mais aussi à la saignée des effectifs médicaux (plus de 20% des postes de PH non couverts, 2/3 des services d'urgences ayant fermé au moins une ligne cet été, gériatrie et psychiatrie en état plus que déplorable...) et paramédicaux (5% des postes d'infirmières non couverts, justifiant la fermeture de lits dans de nombreux services). Nous le constatons tous les jours, les démissions sans espoir de recrutement en nombre suffisant rendent encore plus difficile le travail de ceux qui restent.

Conscient de la contrainte, le gouvernement a râclé les fonds de tiroir pour trouver les pistes d'économies les plus injustes (transfert d'une partie du remboursement -10%- vers les assurances complémentaires; baisse du plafond d'indemnisation des arrêts maladie;...) et les plus sordides (retour de la suppression de l'AME). Il prévoit une efficacité d'1 Md€ sur les médicaments, sans mettre en place le moindre mécanisme de régulation des prix. Mais il est clair pour tous que maintenir ce projet de budget a pour seul but d'écraser encore un peu plus le service public de santé, et nos hôpitaux publics.

Car les sources de financement existent pour inverser la tendance ! Les exonérations ou allègements de cotisations, qui n'ont servi qu'à tirer les salaires vers le bas, représentent désormais plus de 17 Mds€ ; l'injuste taxe sur les salaires, 5 Mds€ ; le poids de la dette, 1 Md€ ; la gestion par la seule Sécurité Sociale de la totalité de la prise en charge permettrait d'économiser 7 Mds€ ; ce sont des choix de société que le gouvernement actuel n'est visiblement pas prêt à faire.



Mais l'histoire même du financement du système de santé depuis deux ou trois décennies montre la nécessité de transformations radicales de ce mode de financement. Il faut se séparer de la T2A, qui ne conduit qu'à une régulation illusoire et injuste, obligeant les structures à privilégier certains actes et certains patients, à une course à la compétitivité, imposant un handicap majeur au public face au privé ; mais le financement de notre Sécurité Sociale doit être sanctuarisé : il faut aussi en finir avec l'ONDAM, qui laisse à la main des gestionnaires le financement d'un système de santé conçu à l'origine pour être autonome et solidaire, et désormais contingenté par une dette publique créée par les cadeaux faits aux entreprises, et qui bénéficient principalement aux actionnaires.



Bulletin de contact et de syndicalisation
Je souhaite prendre contact et/ou adhérer à la CGT.



Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 E-mail :@.....

Retour sur les élections au CSPM (Conseil Supérieur des Professions Médicales) et au CNG (Conseil de Discipline et Commission Statutaire)

En juin 2024 ont eu lieu, vous le savez, les élections au Conseil Supérieur des Personnels Médicaux, ainsi que celles des praticiens hospitaliers, au Centre National de Gestion (Conseil de Discipline et Commission Statutaire). La durée des mandats est en principe de quatre ans. Le Conseil Supérieur, lieu de discussion entre les représentants des organisations syndicales et le ministère de la Santé ou ses directions, est chargé de l'examen de tous les projets de textes (décrets, lois) concernant :

- Les statuts et l'exercice hospitalier,
- Les conditions de travail, la santé au travail et les risques professionnels,
- Les parcours professionnels et la gestion prévisionnelle des métiers et compétences.

La Commission Statutaire et le Conseil de Discipline du CNG sont chargés de gérer les carrières et les problèmes disciplinaires des praticiens hospitaliers, face au pouvoir mandarinal et directorial.

Au-delà de la présence de représentantes de médecins hospitaliers dans ces instances, ces élections ont également pour but de déterminer la **représentativité des organisations syndicales**. Il s'agit d'un enjeu essentiel dans une période difficile pour l'hôpital public attaqué par tous ceux qui considèrent que la santé est une marchandise et que l'hôpital est une entreprise de production de soins.

Dans ce contexte, une représentation, limitée à des organisations catégorielles atomisées en de multiples « *syndicats* » par spécialités et sous-spécialités, n'est pas efficace. Aujourd'hui, seule l'union des représentants de l'ensemble des personnels hospitaliers, toutes catégories confondues, est susceptible de pouvoir créer un rapport de force suffisant, afin d'être véritablement entendue.

Lors des deux scrutins précédents, le Collectif Médecins CGT avait fait le choix de listes d'union avec l'AMUF, permettant d'avoir un élu dans

certaines collèges ; le Collectif a pris, cette fois-ci, la décision de listes autonomes, permettant d'affirmer clairement notre caractère confédéré et nos revendications axées, certes sur les revendications spécifiques des médecins, mais aussi et surtout sur la défense du système public de santé et de l'hôpital public.

Ces élections 2024 ont été extrêmement chaotiques, mal organisées par un prestataire privé (SLIB), avec un défaut d'inscription sur les listes électorales des praticiens associés (PA) nouvellement nommés, un retard d'une semaine au dépouillement, et des difficultés importantes d'accès au vote, ayant probablement eu un impact sur le taux de participation, très faible (inférieur à 15 % en moyenne pour les PH et 3,75 % pour les contractuels et PA).

Les deux intersyndicats catégoriels habituels (CMH-INPH-SNAM et APH-AMUF) ont raflé l'essentiel des postes, et le récent syndicat Jeunes Médecins, tout aussi corporatiste, fait une percée significative. Le syndicat SNMH-FO obtient quelques élus au CNG.

Les listes CGT obtiennent chez les PH de médecine 5 % au CNG (162 voix), 3,45 % au CSPM (250 voix) et 8,3 % chez les contractuels et praticiens associés au CSPM (116 voix), ce qui n'a pas permis d'avoir d'élus. Le corps médical est traditionnellement conservateur et attaché à ses prérogatives et à ses revendications très catégorielles. Ces élections n'auront pas encore permis de renverser franchement la vapeur. **Il y a cependant des raisons de tirer un bilan positif de ces élections :**

- Parce que ces élections ont permis une expression significative (une douzaine de courriers envoyés aux électeurs via la DGOS) différente du discours habituel des intersyndicats corporatistes, permettant ainsi de valoriser nos revendications et une démarche pluriprofessionnelle et radicale de défense de l'hôpital public.

- Parce que nous constatons bénéficier d'un potentiel de sympathie de plusieurs centaines de médecins en France.
- Parce que ces élections nous ont donné l'occasion d'affermir un lien auparavant fragile, désormais beaucoup plus solide, avec les syndicats CGT locaux de nos hôpitaux publics, un peu partout sur le territoire.

Il nous faut désormais capitaliser ces points positifs, afin d'apparaître pour ce que nous sommes : les meilleurs défenseurs de tous les personnels hospitaliers, et en particulier des revendications spécifiques des médecins et des valeurs de l'hôpital public et du système public de santé, dans le contexte de casse organisée depuis des décennies.

Vous avez voté pour nos listes ou lu avec intérêt nos courriers ?

Venez en discuter avec nous, venez élaborer ensemble notre programme revendicatif !

Voter pour la liste CGT, c'est dire OUI :

- Pour les **PRATICIENS HOSPITALIERS** :
 - À un renforcement du statut des PH, un véritable statut unique de praticien.ne du service public (hôpitaux, structures territoriales, administrations), clairement différencié de l'exercice privé ou libéral, permettant de garantir notre indépendance professionnelle ainsi que le maintien des nominations au niveau national.
 - À un refus de l'activité privée à l'hôpital public.
 - Au rattrapage des 4 années d'ancienneté perdues pour les PH exerçant avant 2021, lors de la modification des échelons d'ancienneté et une adaptation des salaires à l'évolution du coût de la vie.
- Pour les **PRATICIENS CONTRACTUELS** :
 - À une valorisation salariale des contrats de praticien contractuel en fonction des services précédents, et une adaptation à l'évolution du coût de la vie.
- Pour les **PADHUES** :
 - À une autorisation d'exercice et l'intégration immédiate sur un poste des praticien.nes ayant exercé en France en 2023, sur dossier de titres et travaux et services rendus.
 - À l'interdiction du recrutement sur des contrats dégradés sans base légale.
 - À un recensement sincère et complet par les ARS des postes disponibles, y compris les postes de PH vacants depuis longtemps.
 - À l'intégration, à partir de 2025, sur le statut de praticien associé après des EVC sous forme d'examen et non de concours.
- À l'implication de tous les médecins dans les décisions concernant l'hôpital.
- À une véritable politique d'attractivité des emplois de l'hôpital public, qui ne se cache pas derrière une prétendue « *qualité de vie au travail* », mais qui s'engage concrètement :
 - Sur la reconnaissance de la pénibilité, pour les services à gardes ou astreintes, ou à fortes contraintes.
 - Sur des mesures proactives pour la parité femmes/hommes dans le déroulement de carrière et l'organisation des services, sur la tolérance zéro des comportements sexistes et racistes.
- À un arrêt de toute fermeture de lits et/ou de services, à un maintien de la carte sanitaire française avec la présence d'Hôpitaux de Proximité qui ne soient pas de simples hospices pour personnes âgées dépendantes, à un financement des hôpitaux pérenne, avec abolition par l'État de leurs dettes cumulées.
- À la démocratie sanitaire, avec le retour d'une CME décisionnaire pour chaque établissement.

URGENCES CET ÉTÉ : UN DÉSASTRE À L'IMAGE DE TOUT LE SYSTÈME DE SANTÉ

Le ministre démissionnaire Valletoux, avant de démissionner pour de bon, a dit que cet été tout s'était mieux passé dans les Urgences que les années précédentes. Aussitôt nommé le premier ministre Barnier s'est rendu aux Urgences de l'hôpital Necker où il a déclaré « *la santé est ma priorité* » et indiqué comment il voyait cette priorité : « *il y a des économies à faire* », en expliquant que ce n'était pas un problème de moyens mais d'organisation. En d'autres termes vous travaillez mal, c'est ça le problème. Entre-temps 1500 postes d'interne ont été supprimés.

Cela bien entendu va à l'encontre de ce qu'on vécu les équipes des services d'Urgences de toute la France, confrontée à une surcharge de travail, au manque de lits d'aval, à la multiplication des patients stagnants sur des brancards dans des conditions indignes, situations dramatiques quand on sait qu'une nuit aux urgences pour une personne âgée se solde par une majoration de 40 % de la mortalité hospitalière dans le mois qui suit.

L'enquête de SAMU Urgences de France (SUdF) auquel la moitié des services ont répondu a bien décrit ce que nous vivons : 202 services d'Urgences et 174 SMUR ont fermé au moins une ligne médicale dont 41 % des SU de façon permanente, près de 1500 lits supplémentaires ont fermé l'été dans deux établissements sur trois répondant à l'enquête, alors que l'activité des SU a encore augmenté cette année de 3 %.

Mais les solutions proposées par SUdF ne reviennent qu'à s'adapter à la pénurie de médecins, de personnel paramédical, de lits d'hospitalisation organisée depuis des années par les gouvernements successifs.

Transformer les petits SU en antennes médicales d'urgence fermées la nuit et/ou certains jours aura pour conséquence de reporter l'activité sur les SU restant ouverts, dont les locaux et le personnel ne permettent souvent pas une majoration importante de l'activité, augmentant la surcharge de travail des équipes qui n'en peuvent déjà plus.



C'est ce qui se passe déjà avec les nombreuses fermetures partielles de services d'Urgences, en particulier cet été. Il faudrait au contraire avoir les moyens de travailler sereinement au quotidien, et de faire face aux pics d'activité, comme l'ont demandé l'an dernier les pédiatres en pleine crise liée à l'épidémie de bronchiolites. Ne refaisons pas avec les services d'Urgences qui doivent rester au plus près des populations concernées ce qui s'est fait avec les maternités fermées en grand nombre.

La généralisation de la régulation préalable par le 15 avant l'accès aux Urgences est également une fausse bonne solution : selon l'enquête de SUdF, 34 % des SU ont mis en place cette régulation préalable cet été ce qui n'a pas empêché l'augmentation de leur activité. **La surcharge d'activité des centres 15 qu'elle entraîne risque d'augmenter les délais de réponse aux vraies urgences vitales, ou tout simplement de faire renoncer à des soins nécessaires des patients lassés d'attendre : en conséquence combien de morts, combien de pathologies aggravées nécessitant une prise en charge lourde ?**

Bien entendu nous sommes tous consternés de voir des patients venir aux Urgences pour une pathologie qui dure depuis des mois, ou qui aurait pu être pris en charge en ville sans nécessiter un plateau technique hospitalier.



Mais c'est la conséquence de la pénurie de médecins organisée depuis 1973 par l'instauration du numerus clausus, qui aboutit à ce que 2,5 millions de patients dont 600 000 en ALD n'ont pas de médecin traitant. De plus la jeune génération de médecins n'entend pas sacrifier sa vie personnelle et familiale à sa vie professionnelle comme les générations précédentes, et c'est bien normal, ce qui diminue d'autant l'offre de soins médicaux en ambulatoire. **Au moins 2000 médecins à diplôme hors Union européenne (PADHUE) présents en France n'ont pas de travail, alors qu'ils ont déjà travaillé dans nos hôpitaux où leur compétence a été reconnue: qu'attend-on pour les embaucher ?**

Quand des patients qui vont mal n'arrivent pas à avoir un rendez-vous urgent avec leur médecin traitant (s'ils en ont un), quand ils n'arrivent pas à obtenir dans des délais raisonnables un rendez-vous pour un examen d'imagerie ou pour une consultation de spécialiste que se passe-t-il ?

Ils viennent aux Urgences.

Quand de jeunes médecins généralistes à qui on a inculqué pendant toutes leurs études la primauté des examens complémentaires et la terreur du risque médico-légal, que se passe-t-il ?

Ils envoient aux urgences.

La dégradation sociale, l'alcoolisme, l'usage de drogues, amène un nouveau contingent des patients aux Urgences, que les services de psychiatrie et d'addictologie confrontée à une baisse dramatique de leurs capacités d'hospitalisation ne peuvent plus prendre en charge.

Le manque de lits d'aval est un problème quotidien : quel médecin des Urgences n'a pas travaillé sans lit de médecine disponible pour un patient âgé, parfois un week-end entier ?

Le gaspillage du temps médecin à des tâches de secrétaire médicale (on passe bien plus de temps sur l'ordinateur ou à passer des coups de fil qu'à s'occuper des patients) est un autre problème permanent. C'est notre vécu quotidien, et il est usant. **Comment s'étonner des démissions de nombreux confrères, d'une attractivité des services d'Urgences en berne ?**

Non Monsieur Barnier, nous ne souffrons pas d'un problème d'organisation, même si on peut toujours faire mieux. Au lieu de s'adapter à la pénurie de médecins, de pousser de plus en plus à soigner sans médecin, on aurait pu depuis le temps qu'on parle de cette pénurie ouvrir largement les portes aux jeunes motivés rejetés des facultés de médecine par parcours Sup, on aurait pu ouvrir largement les portes des IFSI pour former les IDE dont nous avons besoin (il y avait des places pour 7 % des choix en formation de soins infirmiers en Bretagne en 2022).

L'équation il n'y a pas de médecins, il n'y a pas d'infirmiers, donc on ferme des services et des lits est une spirale destructrice sans fin dont notre hôpital ne se remet pas. Il est urgent d'y mettre un terme. Les médecins auront auprès des syndicats CGT de leur établissement le meilleur accueil pour organiser ensemble, médecins et personnel paramédical, dans chaque établissement et à l'échelle nationale, la résistance indispensable.

C'est l'objectif du collectif des médecins CGT.



Fédération Santé et Action Sociale



Communiqué de presse

059/2024

Montreuil, le 10 septembre 2024

PADHUE, LE COMBAT CONTINUE !

La problématique des PADHUE, réactivée par la crise des urgences, le décompte des « morts évitables », le déficit annoncé des internes, n'est toujours pas prise en compte par un gouvernement irresponsable désormais aux abonnés absents !

Nos organisations dénoncent depuis plus d'un an les conséquences de la mise en extinction en décembre 2023 du statut de Praticien Attaché Associé (PAA), qui a conduit en 2024 dans une précarité majeure une partie significative des 2500 PADHUE non lauréats de l'épreuve de Vérification des Connaissances (EVC) 2023.

Au contexte de la loi Valletoux promulguée en décembre 2023, s'ajoute depuis le mois de juillet 2024, l'annonce de la diminution des postes d'internes en médecine affectés aux établissements de santé, et l'annonce par le président de la FHF, Arnaud Robinet, d'une mission de recrutement de praticiens hors du territoire.

L'été a par ailleurs été marqué par une nouvelle crise des Urgences, avec un nombre inadmissible de fermetures, partielles ou totales, de services d'urgences. Des milliers de patients ont passé des heures, certains des jours entiers, dans des conditions indignes sur des brancards, engendrant une nouvelle vague de « morts évitables ».

Pourtant, les ressources médicales existent dans l'immédiat.

Cette extinction des statuts a été suivie pour les PADHUE d'une période de régression vers des « Autorisations Temporaires d'Exercice » de 13 mois que les ARS leur ont délivré, contrairement aux déclarations du Président Macron sous la pression des mobilisations en janvier 2024 sur la « régularisation d'un certain nombre de PADHUE ». Faute de statut, établissements employeurs ont proposé à ces médecins des statuts étudiants de « Faisant Fonction d'Interne » et de « Stagiaire associé » sans base légale, qui dérogent également au droit au travail (pas de cotisation chômage ni retraite) et au droit au séjour.

Nombreux sont ceux qui n'ont eu d'autre choix que de quitter la France, leur départ mettant en difficulté majeure leurs services, comme à Millau récemment. Le Ministre (démissionnaire) a mis en avant un projet de statut temporaire (Praticien Associé contractuel temporaire, PACT), qui aurait pu être une solution d'urgence, mais dont les décrets ne sont jamais parus à ce jour.

Les Epreuves de Vérification des Connaissances (EVC) prévues en 2024 ne dérogeront pas à la stratégie habituelle, entretenant le cercle vicieux de la précarisation d'une frange du corps médical, à disposition lorsque le besoin s'en fait sentir, jetable ensuite.

L'UFMICT-CGT exige l'implication des ARS dans la transformation immédiate des faux statuts de Faisant Fonction d'Interne et/ou de Stagiaire Associé. Ils sont illégaux tant au niveau réglementaire que dans leur renouvellement dans la durée (au-delà de 2 ans).

Les PADHUE, les services et les patients n'ont pas à supporter les retards de publications des décrets promis par Valletoux. La mission ministérielle concernant l'évolution des EVC doit reprendre de toute urgence.

L'UFMICT-CGT défend les nominations sur titres, travaux et services rendus à partir des équivalences reconnues, selon ce qui est pratiqué aux Antilles, Guyane depuis 2020 étendu par le Parlement à Mayotte depuis 2024.



NOUS VOULONS UN «ÉLECTRO CHOC» POUR SAUVER L'HÔPITAL PUBLIC ET NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ET D'ACTION SOCIALE !

Cela fait des années que nous tirons la sonnette d'alarme. L'hôpital public et plus largement les établissements du sanitaire, du social et du médico-social qui composent notre système de santé et de protection sociale craquent de toute part. Ces secteurs d'activités ne tiennent que grâce à l'engagement et au haut niveau de qualification des personnels qui exercent au quotidien leurs missions avec de moins en moins de moyens à disposition.

Pendant la pandémie du COVID 19, nous avons été applaudis. 4 ans plus tard, force est de constater que l'abandon de l'hôpital public et de notre système de santé perdure. Alors que notre système de santé figurait parmi les meilleurs du monde, nous sommes désormais contraints de plus en plus souvent de faire le tri des patients faute de place. Des milliers de personnes ou malades subissent des pertes de chance préjudiciables pour leur santé, car ils ne bénéficient pas toujours de soins adéquats en raison d'un déficit de prise en charge. Aujourd'hui dans notre pays, on peut mourir sur des brancards dans nos services d'urgences. Nous ne pouvons pas accepter cette situation indigne et insupportable.

Dans ce cadre, le futur Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2025 revêt une importance cruciale. Il faut un plan d'envergure et pérenne pour l'hôpital public, et plus largement pour tous les secteurs de la santé et du social. Dans un premier temps, il convient de reprendre le déficit de plus de 2 milliards en 2024 qui asphyxie l'hôpital public. Pour 2025, il faut au minimum une augmentation conséquente du financement des établissements de santé qui répond aux besoins de la population et à l'amélioration des conditions de travail des personnels. Il est aussi nécessaire de revaloriser de 6 à 10 % l'ONDAM 2025, a minima, et de mettre fin au système délétère de tarification à l'activité, conformément à l'engagement du Président de la République tenu en janvier 2023. La pénurie de personnel médical générée par le numerus clausus peut être enrayerée en planifiant et en finançant dès maintenant l'augmentation massive de l'offre de formation de médecins, de sages femmes, mais

aussi de personnel paramédical, d'infirmières, d'aides-soignantes, etc. pour mettre fin aux cadences infernales de travail et aux glissements de tâches qu'ils subissent. L'emploi et les ratios d'encadrement patients, résidents doit être augmenté pour améliorer la qualité de la prise en charge de la population.

Alors que les augmentations issues du Ségur se sont, pour partie, évaporées à cause de l'inflation, il faut rouvrir un chantier d'amélioration des salaires, des carrières et des conditions de travail pour l'ensemble des professionnels. Notre système de Santé et de protection sociale, tant envié à l'étranger, faisait notre renommée au niveau international. Ne l'abandonnons pas et ne le laissons pas dépérir. Parce qu'il sauve des vies et prend soin de la population, il fait partie de nos biens les plus précieux. Cela doit devenir une vraie priorité nationale.

Nous sommes personnels soignants, ouvriers, administratifs, techniques, de direction, éducatifs ou usagers, résidents, patients etc. Chacun et chacune, nous appelons solennellement les députés, les élus, le gouvernement, le Président de la République à prendre très au sérieux cet appel. A partir du 29 octobre et jusqu'à ce que nos revendications soient prises en compte dans le débat budgétaire, nous allons agir chacune et chacun à notre échelle, car nous savons que c'est le seul moyen d'être entendus, et multiplier les actions les prochaines semaines.

**Je M'ENGAGE et SIGNE
la pétition >>>>**

