

ANALYSE

DES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE FLASH N°2 SUR LA CRISE SANITAIRE

26 MAI 2020

Dans la prolongation de la première enquête menée au début du mois d'avril, la fédération de la Santé Action Sociale a poursuivi son recensement concernant la gestion de la crise sanitaire COVID 19 dans les établissements publics et privés, sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Cette deuxième enquête flash s'est déroulée du 20 au 27 avril 2020.



Les résultats confirment les analyses de la première enquête : nos collègues n'ont pas bénéficié du niveau de protection adéquat, sont plus contaminé.e.s que la population générale et sont confronté.e.s à une remise en cause brutale de leurs droits. Mais les données recueillies révèlent aussi de nouvelles informations sur les défaillances de la médecine du travail, sur l'Hôpital public en première ligne face à l'épidémie et sur l'état alarmant des établissements et des personnels laminés par les

politiques d'austérité. Au lendemain de la crise, le gouvernement a annoncé un « changement radical » de notre système de santé, visant notamment à en accélérer sa régionalisation. Les résultats de l'enquête apportent un éclairage tout à fait différent concernant les supposés avantages de cette « décentralisation » en montrant que pendant la crise, c'est tout l'inverse qui a été nécessaire.

Les réponses de nos syndicats démentent totalement le dogme mis en avant par le gouvernement d'une « nécessaire » accélération des réformes en cours et montrent au contraire combien il est urgent d'arrêter cette politique criminelle.

Questions posées aux syndicats

Recensement des dysfonctionnements ou difficultés dans la gestion de la crise

- Manquez-vous de matériel de protection individuelle (masques, etc...) ?
- Les étudiants bénéficient-ils des mêmes protections que les personnels ?
- Manquez-vous de matériel médical (respirateurs, dispositifs médicaux etc...) ?
- Si oui, quel type de matériel ou médicaments ?
- Combien de patient.e.s atteint.e.s ou décédé.e.s dans votre établissement ?

Recensement des collègues atteints

- Combien de vos collègues sont atteint.e.s par le virus du COVID-19? Quels lieux d'exercice ?
- Combien hospitalisé.e.s en réanimation ? Combien de collègues décédé.e.s ?
- Vos collègues ont-ils accès facilement au test de dépistage COVID ? Si non, pourquoi ?
- Les collègues dépisté.e.s font-ils-elles l'objet d'un suivi par la médecine du travail ?
- Avez-vous des collègues COVID + maintenu.e.s en service ?
- Quelles catégories professionnelles et dans quels services/ secteurs d'activité ?
- Des démarches de reconnaissance en accidents de travail ou en maladie professionnelle sont-elles faites par des agents ?
- La médecine du travail a-t-elle effectué un recensement des salarié.e.s fragiles ?
- Ces agents font-ils l'objet de mesures particulières ?

Remise en cause du droit du travail, déréglementations...

- Constatez-vous une remise en cause des droits des salarié.e.s en lien avec l'application des plans blanc ou bleu ? Si oui, de quels type ?
- Y a-t-il une remise en cause du droit syndical sur votre établissement ? Si oui, comment ?

Méthodologie et cartographie des réponses

356 syndicats CGT de la Fédération ont répondu à cette seconde enquête provenant de **222 établissements du secteur public**, de **95 établissements du privé associatif**, et de **39 établissements du privé lucratif**.

Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale

356 réponses provenant des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du public et du privé
enquête réalisée auprès des syndicats CGT sur la base des informations en leur possession

Extraction RÉGIONALE

La zone rouge regroupe les résultats des régions Grand Est, Hauts de France et Île de France. La zone verte regroupe les résultats des autres régions.



	AURA	BFC	Bretagne	Centre	Grand Est	Hdf	idf	Normandie
B - Nombre d'agents ou de salariés ? (médecins compris)	66 363	24 309	36 045	15 033	35 928	62 938	118 017	23 541
C - Dans votre établissement, actuellement combien y-a-t-il de patients atteints du COVID ?	1 456	651	372	193	912	1 377	2 376	280
C1 - en service COVID ?	608	506	156	247	543	917	1 708	183
C2 - en réanimation ?	384	131	33	40	267	232	365	67
C3 - Dans votre établissement, combien de patients décédés depuis le début de la pandémie ?	366	154	27	159	206	469	1 080	93
D - Combien de vos collègues sont atteints par le virus du Covid 19 depuis le début de la pandémie ? (en nombre)	1 137	752	124	181	1 678	792	5 324	241
D1 - PRÉVALENCE DÉCLARÉE NATIONALE (128 339 ACS AU 27 AVRIL 20)	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%
D2 - PRÉVALENCE DÉCLARÉE PROFESSIONNELLE DE SANTÉ	1,71%	3,02%	0,34%	1,20%	4,67%	1,26%	4,51%	1,02%
D3 - RATIO PRÉVALENCE PRO / PRÉVALENCE NATIONALE	8,94	15,76	1,80	6,28	24,38	6,57	23,55	5,34
E - Combien de collègues ont été hospitalisés depuis le début de la pandémie ? (en nombre)	13	4	2	5	39	53	38	9
E1 - Dont combien hospitalisés en réanimation ? (en nombre)	3	13	0	2	2	9	19	1
E2 - Combien de collègues sont décédés depuis le début de la pandémie ? (en nombre)	0	1	0	0	0	1	6	0
Avez-vous des collègues COVID + maintenus dans les services ? F - SI OUI, combien approximativement ?	37	2	0	0	1	27	38	0

	N.Aquitaine	Occitanie	P de Loire	PACA-C	National	zone rouge	zone verte
B - Nombre d'agents ou de salariés ? (médecins compris)	42 285	63 438	22 352	34 381	545 250	216 863	328 387
C - Dans votre établissement, actuellement combien y-a-t-il de patients atteints du COVID ?	686	738	295	555	9 891	4 665	5 226
C1 - en service COVID ?	449	424	208	430	6 359	3 168	3 191
C2 - en réanimation ?	284	127	72	123	1 925	864	1 061
C3 - Dans votre établissement, combien de patients décédés depuis le début de la pandémie ?	212	190	118	286	3 360	1 755	1 605
D - Combien de vos collègues sont atteints par le virus du Covid 19 depuis le début de la pandémie ? (en nombre)	286	646	261	422	11 844	7 794	4 050
D1 - PRÉVALENCE DÉCLARÉE NATIONALE (128 339 ACS AU 27 AVRIL 20)	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%
D2 - PRÉVALENCE DÉCLARÉE PROFESSIONNELLE DE SANTÉ	0,68%	1,02%	1,12%	1,23%	2,17%	3,59%	1,23%
D3 - RATIO PRÉVALENCE PRO / PRÉVALENCE NATIONALE	3,53	5,32	6,10	6,41	11,34	18,76	6,44
E - Combien de collègues ont été hospitalisés depuis le début de la pandémie ? (en nombre)	6	26	3	5	203	130	73
E1 - Dont combien hospitalisés en réanimation ? (en nombre)	0	5	0	0	54	30	24
E2 - Combien de collègues sont décédés depuis le début de la pandémie ? (en nombre)	0	0	0	0	8	7	1
Avez-vous des collègues COVID + maintenus dans les services ? F - SI OUI, combien approximativement ?	2	0	0	7	105	66	39

Cela représente un champ de 545 250 salarié.e.s sur 91 départements.

Nous estimons que cela représente près de 25% du salariat de notre champ de syndicalisation.

Les résultats ont été étudiés par région, par secteur d'activité, public ou privé et par taille d'établissement (moins de 300 salarié.e.s, entre 300 et 1 500 salarié.e.s et ceux supérieurs à 1 500 salarié.e.s). Nous avons aussi effectué une comparaison entre les « zones rouges » comprenant le Grand Est, les Hauts de France et l'Île de France, et les « zones vertes », c'est-à-dire le reste du territoire.

Présentation des résultats de l'enquête Flash Covid-19 de la fédération CGT de la santé et de l'Action Sociale du 20 au 27 avril 2020

Selon la taille de l'établissement



	Moins de 300 salariés	De 301 à 1500 salariés	Plus de 1500 salariés	Toutes tailles
A - Nombre de réponses	142	133	81	356
B - Nombre d'agents ou de salariés ? (médecins compris)	18 790	106 413	420 047	545 250
Public	62	83	77	222
Privé associatif	56	36	3	95
Privé lucratif	24	14	1	39
Sanitaire	44	83	71	198
Social	61	62	19	142
Médico-social	46	58	17	121
EPHAD	70	55	36	161
Psychiatrie	6	36	32	74
C - Dans votre établissement, actuellement combien y-a-t-il de patients atteints du COVID ?	613	2 106	7 172	9891
C1 - en service COVID ?	388	1 452	4 519	6359
C2 - en réanimation ?	10	139	1 776	1925
C3 - Combien de patients décédés depuis le début de la pandémie ?	399	970	1 991	3360
D - Combien de vos collègues sont atteints par le virus du Covid 19 depuis le début de la pandémie ?	483	1 843	9 518	11844
D1 - PRÉVALENCE DÉCLARÉE NATIONALE (128 339 ACS AU 27 AVRIL 20)	0,19%	0,19%	0,19%	0,19%
D2 - PRÉVALENCE DÉCLARÉE PROFESSIONNELLE DE SANTÉ	2,57%	1,73%	2,27%	2,17%
D3 - RATIO PRÉVALENCE PRO / PRÉVALENCE NATIONALE	13,42	9,04	11,83	11,34
E - Combien de collègues ont été hospitalisés depuis le début de la pandémie ?	26	77	100	203
E1 - Dont combien hospitalisés en réanimation ?	4	19	31	54
E2 - Combien de collègues sont décédés depuis le début de la pandémie ?	1	2	5	8

Sommaire

I. Avant-propos : une chaîne de décisions criminelles responsable de dizaines de milliers de morts

II. Analyse de l'enquête

1. Trois semaines après notre première enquête, le manque de matériel de protection individuel est toujours aussi criant. p.7
2. Fin avril, de nombreux établissements en première ligne manquaient de matériel médical et de médicaments. p.8
3. La confirmation d'une forte progression du nombre de collègues atteints. p.8
4. Un accès toujours très difficile au test de dépistage pour les salarié.e.s : les directions ont refusé de mettre en place le dépistage systématique. p.10
5. Un constat alarmant sur les défaillances de la médecine du travail, tant pour le suivi des salarié.e.s contaminé.e.s que pour celui des salarié.e.s fragiles. p.12
6. Toujours plus de secteurs concernés par le maintien des collègues COVID+ au travail. p.14
7. Une remise en cause des droits des salarié.e.s selon 66% des syndicats ! p.16

III. Point de vue

1. Face à la crise sanitaire, le secteur public en première ligne. p.18
2. Les faits donnent tort à ceux qui en appellent à accélérer la décentralisation et toujours plus de régionalisation du système de santé. p.19
3. Questionnement sur la médecine du travail. p.20

I. Avant-propos : une chaîne de décisions criminelles responsable de dizaines de milliers de morts

Le scandale d'État du manque de masques est aujourd'hui connu de tous. Celui des sur-blouses et des tenues à usage unique également. Il en est de même pour les restrictions d'accès aux dépistages. Et pourtant, encore récemment, s'il existait bien un pays qui avait su mettre au point un dispositif de protection de haut niveau de sa population contre une pandémie, c'était la France.

Mais en quelques années et tous gouvernements confondus, la destruction du « meilleur système de santé et de protection sociale au monde » s'est accélérée. Une situation qui a amené nos dirigeants à abandonner le principe même d'anticipation des crises sanitaires. Les tergiversations et errances du gouvernement Macron pendant la crise en ont été l'illustration ultime.

Retour sur les responsables de milliers de morts qui auraient dû être évitées.

En 2009-2010, les équipements de protection individuelle (EPI) étaient à disposition en grande quantité : 1.6 milliard de masques chirurgicaux, 600 millions de masques FFP2.

Le mérite en revenait à l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS), établissement public administratif sous tutelle du ministère de la santé créé en mars 2007 par Xavier Bertrand, sous la présidence de Jacques Chirac. Dès sa première année d'existence, des stocks de millions de masques chirurgicaux et de masques de protection type FFP2 avaient été constitués.

Face à la menace du virus H1N1, la vision exclusivement vaccinale portée par son successeur en mai 2007, Roselyne Bachelot, ministre-pharmacienne, ancienne commerciale puis chargée du lobbying de deux laboratoires

pharmaceutiques et les dizaines de millions de doses gaspillées ont laissé une ardoise de plusieurs centaines de millions d'euros. Une dépense « insupportable » pour ses successeurs.

Dans le même temps, cette ministre imposait la loi HPST qui transformait les hôpitaux publics en entreprises où la rentabilité passe avant le soin, et notre système de santé en terrain de chasse pour les groupes privés financiers et assurantiels, la plupart étrangers.

En 2011, le Haut Conseil de la Santé Publique définissait une nouvelle orientation en termes de riposte sanitaire. Xavier Bertrand, revenu aux affaires, proposait de constituer des stocks « stratégiques » (les masques chirurgicaux destinés au public) gérés par l'État, et « tactiques » (FFP2 pour les travailleurs) à la charge des employeurs, aboutissant à un premier transfert de responsabilité de l'État... dans l'objectif de faire des économies à court terme.

Ce désengagement a permis au gouvernement de ne pas reconduire en 2011 l'importante commande annuelle de 180 millions de masques, passée en 2005 suite à l'épisode de la grippe aviaire avec l'usine Plaintel dans les côtes d'Armor en Bretagne. L'entreprise florissante, rachetée un an auparavant par la firme américaine Honeywell a ainsi décliné rapidement. L'entreprise a licencié les derniers salarié.e.s en 2018, non sans avoir touché auparavant des aides publiques de sauvegarde de l'emploi. Une partie du matériel sera délocalisée en Tunisie, les autres machines-outils iront à la ferraille. Ce site industriel contribuant à l'indépendance sanitaire de la France était autrefois en capacité de fabriquer 220 millions de masques par an et notamment les FFP2 pliés qui font défaut aujourd'hui. Pas la moindre récrimination des gouvernements Sarkozy, Hollande ou Macron devant ce dépeçage en règle d'une usine stratégique !

En juin 2013, sous le mandat de Marisol Touraine, la responsabilité des ARS est officialisée quant à la gestion des stocks « tactiques » concernant les salarié.e.s. En l'espace de 2 ans, l'Etat a transmis aux régions, en toute opacité, le dossier de la gestion des masques au nom de la décentralisation mais surtout... de la contrainte budgétaire. En clair, les établissements (hôpitaux, Ehpad, structures médicosociales) devaient constituer des stocks et les entreposer dans des locaux adaptés, sans aucun suivi envisagé par le ministère. L'irresponsabilité de l'Etat fut totale.

Pire encore, entre 2011 et 2015 les subventions versées par l'Etat à l'EPRUS ont baissé de 56%. Les jours de cet établissement public dédié à la lutte contre toutes les pandémies étaient comptés. Une nouvelle structure fut alors imaginée par de « hauts-fonctionnaires » : Santé Publique France. Plus question de gérer des stocks de masques, les conseillers ministériels de M. Touraine trouvaient cela trop coûteux « parce qu'il faut les détruire tous les 5 ans ». Le choix était fait de commander des masques aux entreprises chinoises uniquement en cas de besoin, par le biais de « contrats dormants ». Plus aucune réserve sanitaire n'existera dans le pays. Elle sera virtuelle et hébergée en Chine. Rappelons que le conseiller spécial pandémie du cabinet Touraine à l'époque n'était autre que Jérôme Salomon, le même qui égrène le nombre de victimes chaque soir sur nos ondes.

En 2016, Marisol Touraine poursuit l'œuvre de destruction du système sanitaire français engagé par la loi HPST et officialise la création de 135 Groupements Hospitaliers de Territoires, mégastructures propices aux fermetures et restructurations hospitalières de masse. La ministre suivante, Agnès Buzyn, ne remettra pas en cause cette logique, bien au contraire : 4 000 lits ont été fermés rien qu'en 2018 (69 000 en 15 ans !).

Le fiasco n'était pas fini. En pleine épidémie COVID et alors que les personnels faisaient face à une insoluble pénurie de masques, on apprend qu'un stock de dizaines de millions de masques « cachés » a été détruit entre janvier et mars 2020. Cette décision, qui daterait d'un audit de 2018 de Santé Publique France, n'aurait pas été remise en cause pendant la crise car la « doctrine officielle » n'était pas d'équiper la population en masques. Le stock stratégique comptait en effet encore 717 millions de masques en mai 2017 selon Le Monde. Mais, selon ce même journal, « en mars 2020, il n'en restera plus que 117 millions ». Le gouvernement a annoncé depuis ces révélations qu'un autre stock de 360 millions de masques « à détruire » avait été découvert. Stupéfaction ! Sauvés en catastrophe suite au scandale, il apparaît finalement que 85 millions de ces masques étaient en réalité utilisables par la population.

Ces péripéties éclairent d'un coup de projecteur cru les manquements de l'Etat alors que tout indiquait la catastrophe à venir : le SRAS en 2002, la grippe aviaire entre 2003 et 2005, la grippe H1N1 en 2009 et surtout la communication mensongère sur les stocks de masques.

A partir des éléments rassemblés par nos syndicats, cette deuxième enquête flash fédérale témoigne à son tour de ces manquements impardonnables.

II. Analyse de l'enquête

1. Trois semaines après notre première enquête, le manque de matériel de protection individuel est toujours aussi criant.

Trois mois après le début de la crise, **63% des syndicats interrogés estimaient que leur établissement manquait toujours de matériel de protection individuelle, soit 81% du salariat recensé.**

Plus l'établissement est important, plus on manque de matériel de protection, jusqu'à atteindre 84% des établissements de plus de 1 500 salarié.e.s ! Ailleurs, cela reste toujours élevé : 61% pour les 300 à 1 500 salarié.e.s et 52% pour les moins de 300 salarié.e.s.

Le type de matériels faisant défaut se modifie : le problème des tenues, des blouses et des masques FFP2 arrivent en premières réponses, devant les masques chirurgicaux.

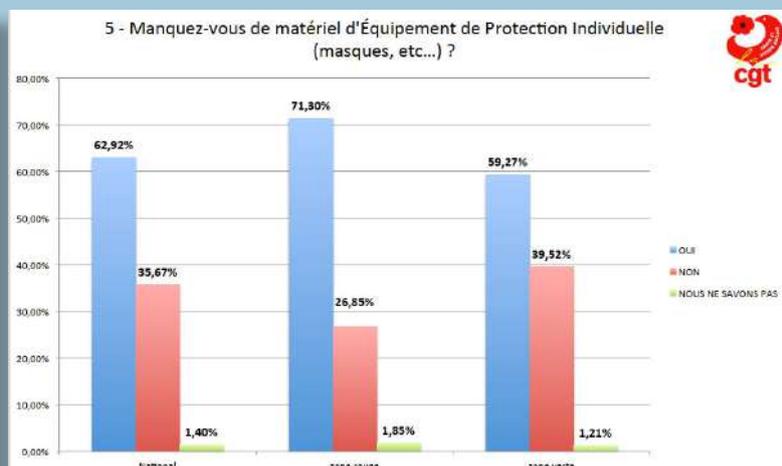
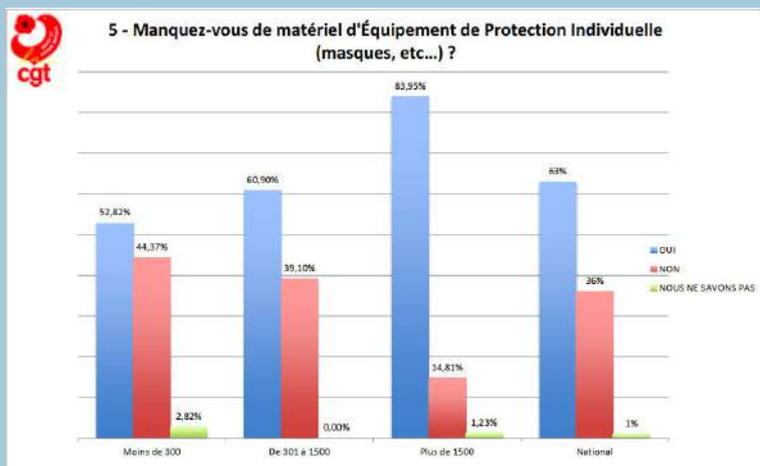
Ainsi, les stocks de sur-blouse étaient en tension partout, provoquant des pénuries touchantes particulièrement 91% des grosses structures. Dans 58% de cas et quel que soit la taille de l'établissement, on manquait de masques FFP2. Les petites structures continuaient, elles, à manquer de masques chirurgicaux (37% des cas contre 30% au global). A noter que 25% des gros établissements ayant répondu, type CHU, manquaient aussi de gants de protection.

Les trois régions en tensions (Grand Est, Haut de France, Ile de France) auraient beaucoup

plus manqué de matériel de protection que le reste du territoire sur cette période : 12% de différence entre la zone rouge et la zone verte ! Une difficulté qui aurait même augmenté au cours du mois d'avril dans plusieurs endroits : 5% de plus dans les Hauts de France et 10% de plus en Ile-de-France entre nos deux enquêtes. Ces régions ont-elles vraiment bénéficié d'un réapprovisionnement prioritaire en matériel de protection ? Les résultats de l'enquête montreraient plutôt le contraire. Ce qui nous conforte là aussi dans l'idée d'une gestion calamiteuse de la crise par les ARS, et par le ministère de la santé.

Certains résultats nous ont surpris : les syndicats de la région Centre, Normandie ou Pays de Loire, qui ont été peu impactées par l'épidémie, dénoncent à 76% - 84% un manque de matériel de protection. Y a-t-il eu des décisions départementales ou locales dans ces zones moins touchées par l'épidémie de « constituer des stocks » en prévision d'une seconde vague ? Plusieurs témoignages vont dans ce sens : des masques mis sous clefs dans les services et distribués au compte-goutte, des réserves non accessibles sur des établissements de psychiatrie, etc.

Ce qui pose à nouveau la question de savoir si une stratégie nationale a vraiment été adoptée pour gérer la pénurie des moyens de protection. Notre enquête donne plutôt l'impression d'un exécutif qui, 3 mois après le début de la crise était toujours dans l'incapacité de coordonner une réponse cohérente pour protéger les salarié.e.s exposé.e.s.



2. Fin avril, de nombreux établissements en première ligne manquaient de matériel médical et de médicaments.

Au total, 20% des syndicats relèvent un manque de matériel, principalement dans le secteur sanitaire. Mais dans les gros établissements, type CHU, on passe à 44%, près d'un établissement sur deux : c'est 14% de plus que dans notre première enquête !

Le manque de médicaments est inquiétant. C'est de loin la première réponse (47%). Cette difficulté monte à 75% pour les gros établissements, c'est-à-dire l'essentiel des établissements avec des réanimations. On peut alors parler d'une pénurie pour certaines molécules comme les curares par exemple.

La situation est clairement plus tendue dans les zones rouges (29% des réponses de ces régions). L'inquiétude se cristallise à nouveau sur le manque de médicaments (52% des réponses de cette zone), de pousse-seringues électriques (22%), de respirateurs (près de 20% en zone rouge), et de seringues (uniquement en zone rouge).

Les résultats de l'enquête tendent à montrer que les établissements ont un peu moins manqué de respirateurs que ce que nous craignons, y compris dans les zones rouges. Pourquoi ? Certainement en raison des transferts massifs de patient.e.s vers d'autres régions de France (461 selon le tableau de bord du gouvernement), mais aussi

vers l'Allemagne (183 selon ce même tableau). Par ailleurs, le secteur sanitaire privé, à défaut d'être sollicité par le gouvernement et les ARS pour prendre en charge des malades du COVID, a aussi dans plusieurs endroits mis des respirateurs à disposition des hôpitaux. Mais ce résultat est en trompe l'œil, car nous savons que des milliers de patient.e.s relevant de services de réanimation n'y ont tout simplement pas eu accès, notamment ceux des EHPAD.

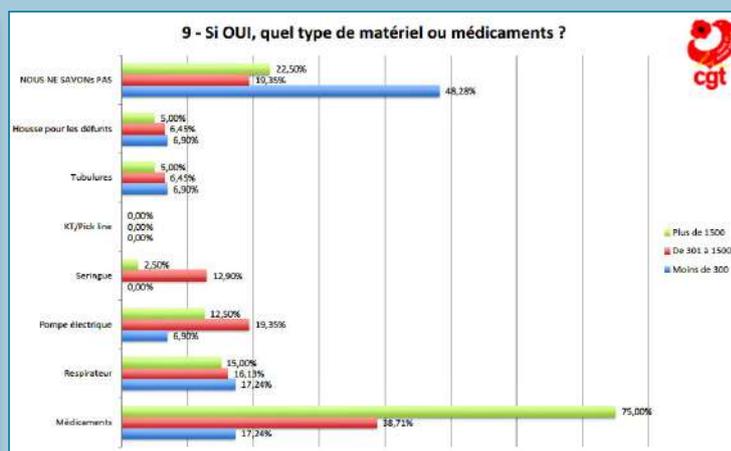
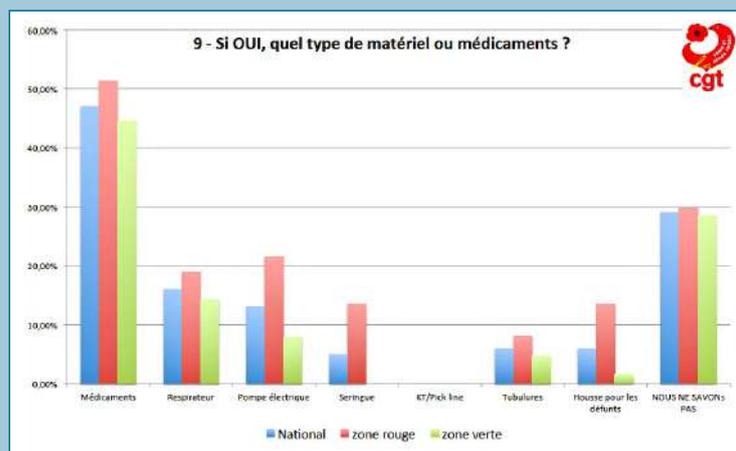
3. La confirmation d'une forte progression du nombre de collègues atteints.

Le 27 avril, nous recensons 11 844 agents contaminés par le SARS-CoV2 (2,17% des salarié.e.s de l'enquête) contre 2 746 le 6 avril. De nombreux autres n'ont malheureusement pas pu être repérés, faute de dépistage.

En clair, notre étude retrouve des taux de contamination des personnels de notre champ 11 fois plus élevés que pour le reste de la population (chiffres de Santé Publique France du 27 avril).

Les régions où la prévalence est la plus élevée sont le Grand Est (4,67%), l'Île de France (4,51%) et la Bourgogne Franche Comté (3,02%).

Dans 34% des cas, les salarié.e.s atteint.e.s l'ont été dans les structures d'hospitalisation COVID, puis les urgences (18%) et ensuite les réanimations



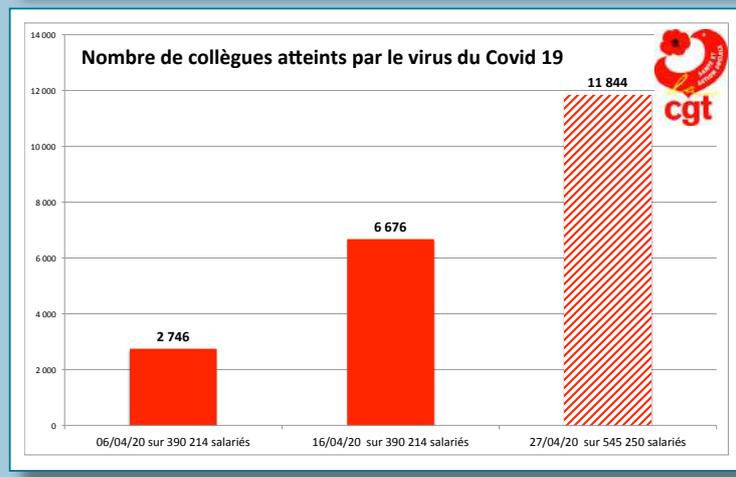
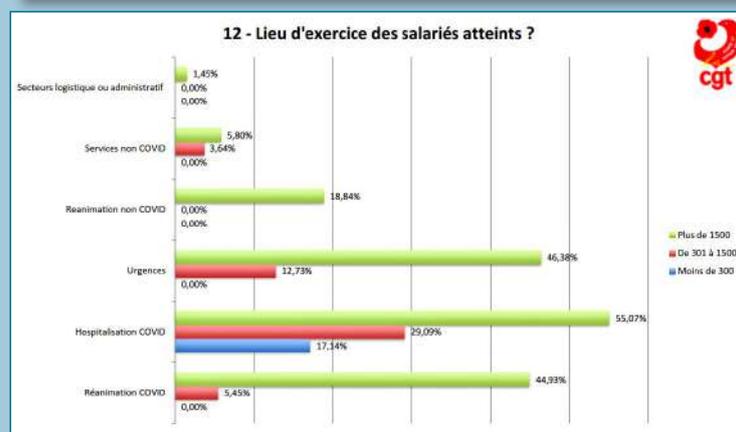
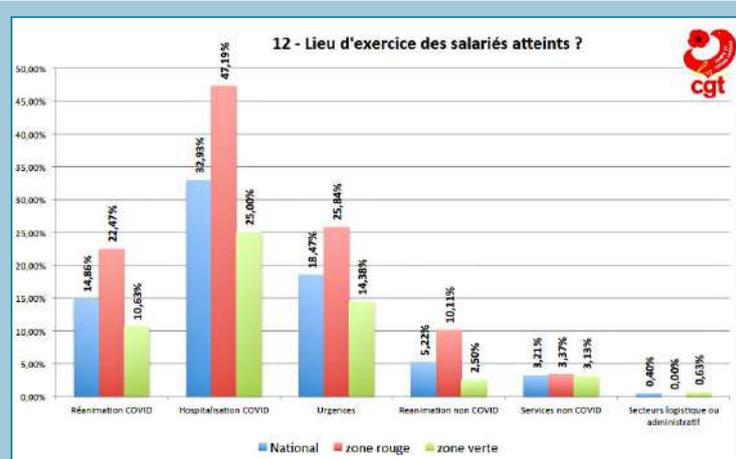
COVID (14%). Les chiffres sont nettement plus élevés dans les régions des zones rouges et dans les gros établissements.

Pour les établissements de taille moyenne, les résultats ne se répartissent pas de la même façon. Sans surprise, les services COVID sont identifiés comme les principales sources de contamination des personnels, suivis par les urgences. Cependant les services de réanimation pour les patient.e.s infecté.e.s se révèlent beaucoup plus sûrs que dans les grandes « usines à soins » puisque seulement 5% des sondé.e.s estiment qu'ils sont les lieux de contamination des agent.e.s, contre 45% pour les plus de 1 500 salarié.e.s.

Ces chiffres sont à corrélés avec le niveau d'activité. Notre enquête révèle en effet que plus de 72% des patient.e.s étaient pris.e.s en charge dans les gros établissements. Dans plusieurs endroits, les capacités de réanimation ont dû être doublées en catastrophe avec la réquisition de centaines de professionnel.le.s peu ou pas habitué.e.s à la réanimation, et brutalement plongé.e.s dans les soins particulièrement lourds et techniques des patient.e.s COVID : des élèves infirmier.e.s, des personnels ayant quitté la réanimation depuis plusieurs années ou venant d'autres services sans aucune expérience de la réanimation se sont ainsi retrouvés en première ligne. Ce phénomène a été moins vrai pour les établissements de moins de 1 500 salarié.e.s. On peut émettre l'hypothèse que le déploiement massif et chaotique de personnels peu formés à la réanimation a concouru à un tel niveau de contamination. Une analyse à compléter avec le constat d'un manque de matériel 13% plus élevé dans les gros établissements type CHU que dans les structures de taille moyenne selon notre enquête.

Cette deuxième enquête montre la forte progression des contaminations au cours du mois d'avril. A l'époque, aucune donnée officielle n'était disponible, nous étions les seuls à avoir cherché ces informations et nous savions que nous étions en dessous de la réalité.

Le premier décompte de Santé publique France date du 14 mai et dénombrait plus de 65 800 professionnel.le.s du sanitaire et du médico-social atteints ! Soit 21 337 du secteur sanitaire



(sur 1091 établissements), et 40 503 du secteur médico-social (à 75% dans les EHPAD). Des chiffres sûrement en dessous de la réalité eux aussi.

Au regard des graves manquements sur la protection, le dépistage et le suivi médical des salarié.e.s que montre notre enquête, nous dénonçons une faute à la mission de protection de l'Etat qui a entraîné une mise en danger de la santé des professionnel.le.s et des patient.e.s.

C'est pourquoi la question de la reconnaissance de l'exposition professionnelle au virus est cruciale pour les personnels.

4. *Un accès toujours très difficile au test de dépistage pour les salarié.e.s : les directions ont refusé de mettre en place le dépistage systématique.*

Le 6 avril 2020, pour 67% des syndicats, l'accès au dépistage était difficile voire impossible. Le 27 avril, 55% des répondant.e.s disent être toujours bloqué.e.s sur cette question, en premier lieu en raison du refus de mettre en place le dépistage systématique (45% des cas). La pénurie avérée de test, officialisée par les directions locales en CHSCT par exemple, est rapportée par près de 33% des répondant.e.s.

En cas de refus de dépistage systématique, ce sont les directions d'établissements et les services de médecine du travail qui sont clairement identifiés : respectivement dans 75% et 26% de ces situations. Ce positionnement de la médecine du travail ne peut que nous interroger, nous y reviendrons.

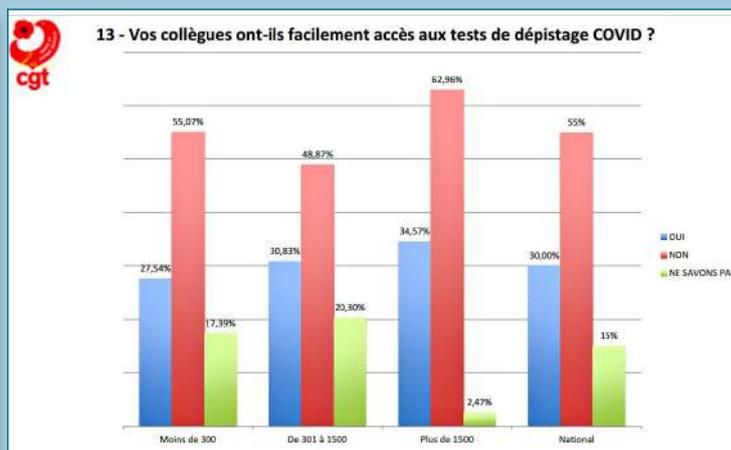
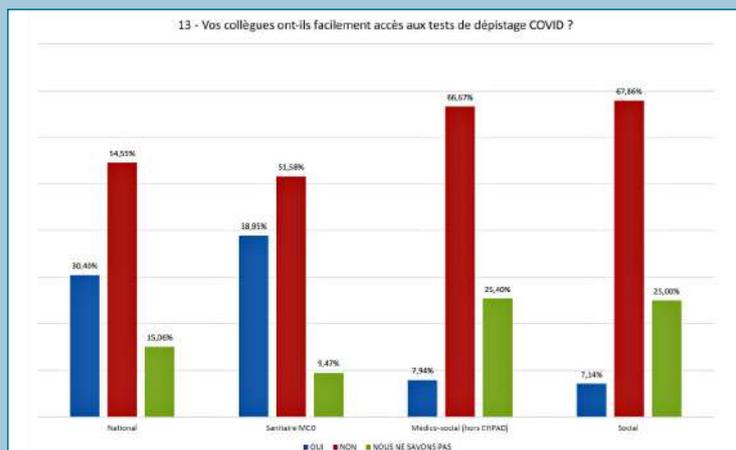
Alors même que notre enquête montre que c'est dans les gros établissements que les lieux de dépistage sont les plus accessibles et les mieux identifiés, c'est là aussi que l'accès aux tests s'avère le plus compliqué : dénoncé par près de 63% des syndicats. Pour quelles raisons ?

Nos syndicats nous indiquent un refus délibéré de mettre en œuvre le dépistage systématique de 18% supérieur au chiffre global. Une situation qui s'apparente presque à une consigne nationale (dans 83% des cas c'est la direction qui refuse). Est-ce pour masquer à la fois la pénurie de tests, la désorganisation des procédures de prises de décisions et du management, ce qui a conduit à beaucoup d'informations contradictoires ?

La situation des petits établissements s'améliore depuis la dernière enquête... mais si peu. En 3 semaines, on passe de 17% à 27% des établissements où les syndicats estimaient avoir accès facilement aux tests.

La différence de traitement du secteur sanitaire et psychiatrique est flagrante : seul 20% de ces établissements avaient facilement accès aux tests contre 39% dans le secteur sanitaire.

Les secteurs sociaux et médico-sociaux sont toujours les grands abandonnés : aucune amélioration en 3 semaines (seulement 7% des établissements avaient accès au test 27 avril).



Un des moyens de contenir efficacement la crise aurait été de dépister massivement la population et les salarié.e.s de notre champ. Hélas, la France a pris un incroyable retard et l'amélioration promise par M. Véran se fait attendre, comme le prouve cette seconde enquête. Avec 5.1 tests pour 1 000 habitants, la France teste trois fois moins que la moyenne des pays de l'OCDE, deux fois moins que les Etats Unis (9.3 pour 1000 habitants) et loin derrière l'Allemagne (17 pour 1000).

Outre les difficultés d'acheminement et d'installation des machines venues de Chine, le gouvernement a été incapable de réquisitionner les laboratoires publics de notre pays.

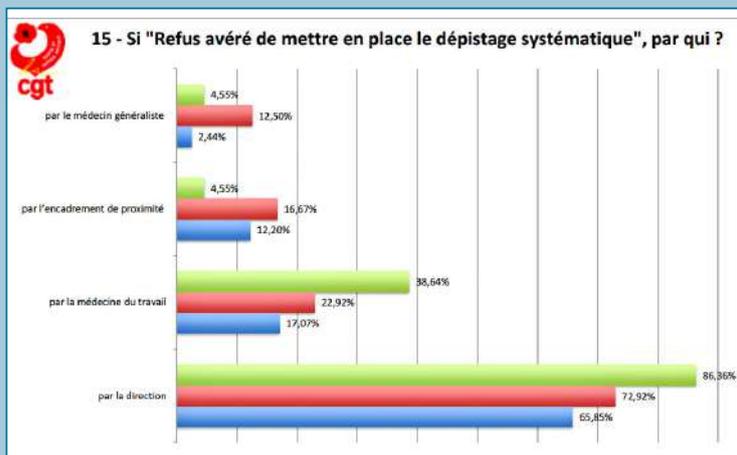
Les laboratoires vétérinaires départementaux auraient pu effectuer 100 000 tests par semaine car ils sont dimensionnés au dépistage de masse. Mais des lenteurs administratives ont rendu cette solution inopérante.

Les laboratoires publics de l'enseignement se sont heurtés aux mêmes blocages, privant ainsi la population de 100 000 tests supplémentaires par jour. (Article du Monde du 25 avril 2020). La responsabilité de l'organisation sanitaire est pointée du doigt, notamment celle des ARS incapables de prendre contact avec les

Préfectures dont relève la réquisition des laboratoires publics.

Sommées de trouver des explications, les ARS n'ont rien trouvé de mieux que d'accuser les soignants de « relâchements durant les temps de pause » et le reste de la population d'indiscipline.

A l'incompétence, elles ont rajouté l'ignominie. Sur le terrain, dans les services, les personnels se sont heurtés au refus catégorique de leurs directions de dépister, davantage préoccupées par l'adaptation des protocoles à la pénurie d'EPI que par la santé des personnels.





5. **Un constat alarmant sur les défaillances de la médecine du travail, tant pour le suivi des salarié.e.s contaminé.e.s que pour celui des salarié.e.s fragiles.**

Les collègues dépistés font-ils l'objet d'un suivi particulier par la médecine du travail ? Oui dans seulement 38% des cas.

C'est beaucoup plus important dans les grands établissements : 70%. Mais ce pourcentage diminue avec la taille des établissements pour se marginaliser à 17% dans les petites structures. C'est notamment dans le secteur social et médico-social (de 8% à 14% seulement) qui n'ont d'ailleurs aucune information sur cette problématique majeure dans 72% des cas comme le font remonter les syndicats sondés. Beaucoup d'entreprises interprofessionnelles de santé au travail ont mis leurs salarié.e.s en chômage partiel pendant le

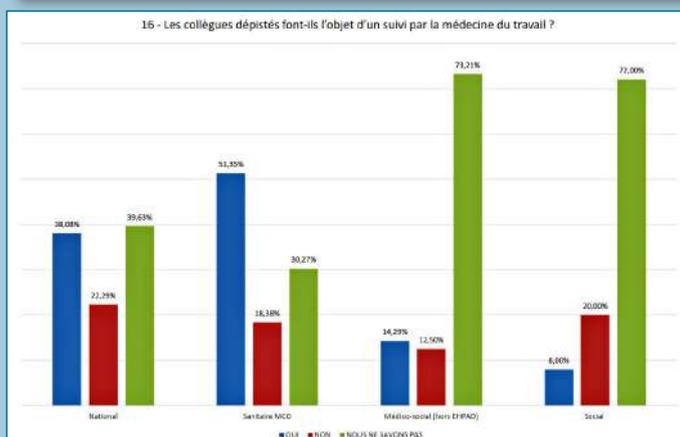
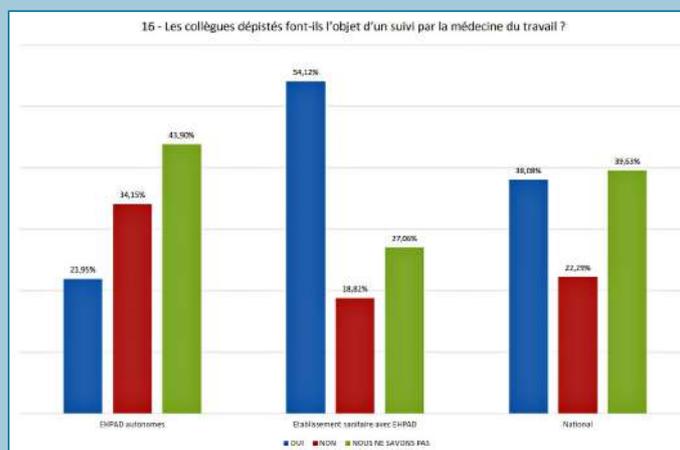
confinement, ce qui pourrait expliquer que ces salarié.e.s pourtant « essentiel.le.s » restent sans suivi.

Dans les EHPAD non rattachés à un établissement sanitaire, 34% des syndicats nous disent qu'il n'y a pas de suivi. C'est la valeur la plus élevée dans notre enquête. Dans un secteur aussi sensible que celui-là, ce chiffre inédit ne nous a malheureusement pas surpris. Ce résultat rejoint complètement les témoignages des salarié.e.s de ce secteur qui dénoncent leurs difficultés et leurs craintes de contaminer à leur insu des résident.e.s, faute de services de santé au travail adéquat ou en fonction. Nous ne pouvons que constater les dégâts au regard du nombre de contaminations et de décès dans ces établissements et nous interroger sur la circulation du virus dans ces conditions.

La médecine du travail a-t-elle effectué un recensement des personnels dits fragiles ? Oui, à 62% dans les grands établissements, mais seulement à 46% dans les moyens. Et non à 48% dans les petites structures, notamment du secteur social et médico-social (pas plus de 11% des établissements concernés)

C'est en psychiatrie que le recensement et les mesures prises sont les plus efficaces (de 60% à 70%). Pour le reste le suivi des personnes fragiles par la médecine du travail est loin d'être à la hauteur : seule une petite moitié des personnes identifiées comme étant porteur d'une comorbidité susceptible d'aggraver les conséquences d'une contamination au COVID 19 bénéficie de mesures particulières, voire à peine un tiers dans les établissements médico-sociaux.

Contre toute attente, les salarié.e.s fragiles en zones rouges sont moins bien suivis que sur le reste du territoire : seulement 49% des salarié.e.s font l'objet de mesures particulières, alors que ce chiffre monte à 56% dans les zones vertes. Les personnels des zones où le virus circule activement se retrouvent donc dangereusement exposés à un risque grave. Ainsi, une enquête flash réalisée du 15 au 23 avril par l'Association Nationale de Médecine au Travail montre que « dans ces régions fortement contaminées, les secteurs non identifiés COVID+ ont quand même reçu des patient.e.s contaminé.e.s mais non repéré.e.s comme tel.le.s. » conduisant



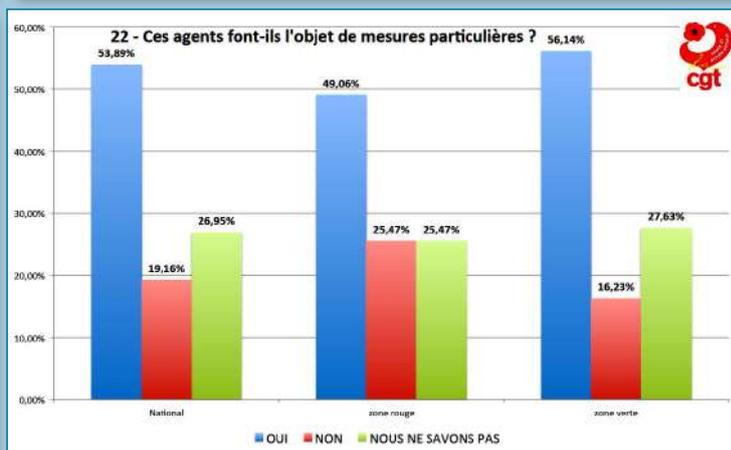
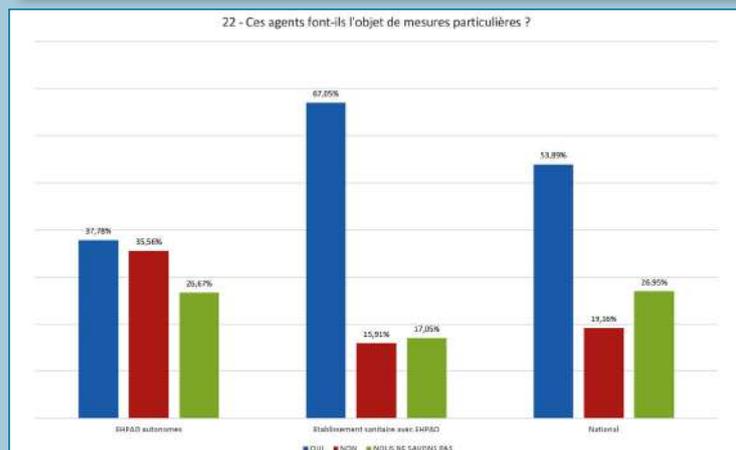
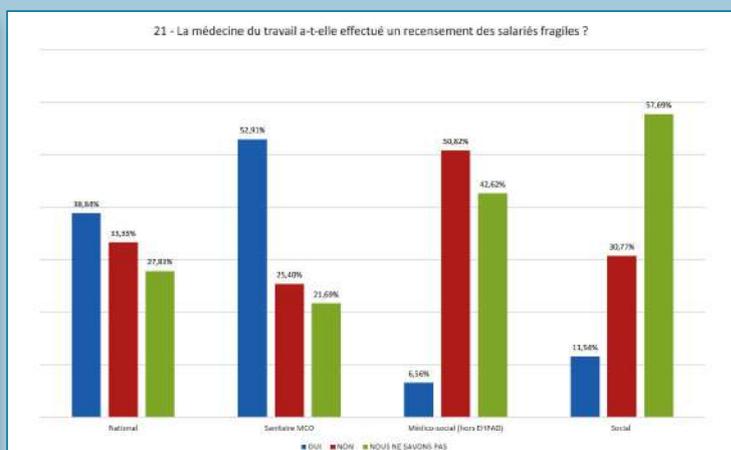
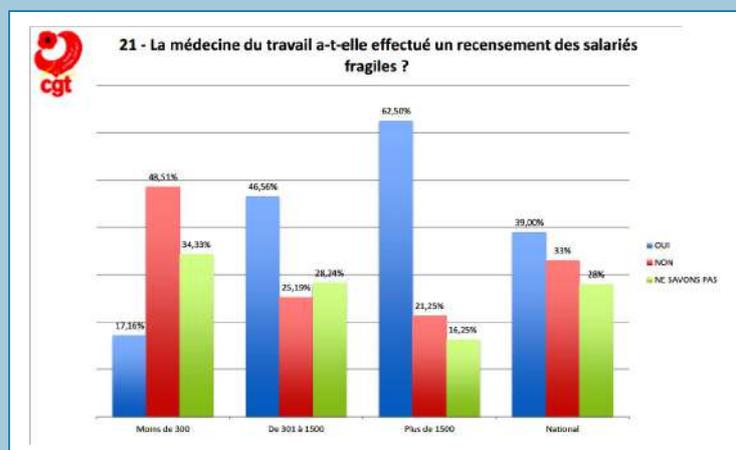
parfois à des taux de contamination plus élevés dans des service non COVID+.

Dans les EHPAD non rattachés à un établissement sanitaire, 47% des syndicats nous informent qu'il n'y a pas de recensement des salarié.e.s fragiles. Et lorsque c'est fait, seul 37% des établissements auraient mis en place des mesures adaptées à ces personnes fragiles. Largement insuffisant pour des personnels régulièrement exposés au virus comme nous le rappelle le nombre alarmant de collègues décédés dans ce secteur d'activité.

Les services de médecine du travail se sont montrés dans l'incapacité de gérer cette crise et le suivi des agent.e.s dépisté.e.s. Trop de médecins du travail dépendent de leurs directions pour oser s'y opposer tandis que les autres n'ont pas les moyens d'assurer leurs missions, ou ne veulent pas se les donner.

Enfin, ceux qui envisagent de faire correctement leur métier se retrouvent le plus souvent embarqués dans un rapport de force stérile avec leurs directions. Mais ce n'est pas la seule raison.

Si le Haut Conseil de la Santé publique s'est prononcé sur la protection des soignant.e.s vulnérables en recommandant leur exclusion des services à haut risque de contamination ou un réaménagement du poste de travail, la Société Française de Médecine du Travail en a décidé autrement. Entre contribuer à la protection des soignant.e.s et maintenir la capacité d'accueil des établissements, elle a fait son choix. Celui de classer les services en 4 catégories de risques et de détailler le seuil de fragilité en deçà duquel elle estime non indispensable l'éviction d'un agent vulnérable. ➔➔



Sauf que ce travail n'a jamais été réalisé par les médecins du travail ou si peu ! De plus notre enquête démontre que le virus circule au sein des établissements et aucune profession n'est épargnée. La SFMT, contrainte par les DRH de tous bords à promouvoir des recommandations plus « souples » pour faire face à la pénurie de médecins et de soignant.e.s, a fait courir des risques inutiles aux salarié.e.s, surtout dans les régions les plus touchées par l'épidémie. ■

6. **Toujours plus de secteurs concernés par le maintien des collègues COVID + au travail.**

15% des syndicats interrogés révèlent que des collègues COVID + sont encore maintenus en service au 27 avril : un résultat en progression depuis notre première enquête (10% le 6 avril).

Notre première enquête montrait que seul le secteur sanitaire public était concerné par ces situations aberrantes. Fin avril, quasiment tous les secteurs d'activité sont touchés. Sans surprise, cela concerne principalement le secteur sanitaire (24% des réponses) mais aussi la psychiatrie (6%) et le médico-social (2%).

Aussi incroyable que cela puisse paraître notre étude révèle notamment que les EHPAD étaient concernés dans 7% à 20% des cas : criminel !

Dans les régions classées rouges le taux passe brutalement à 28% et est deux fois supérieur à la moyenne nationale. Cela confirme de nombreux témoignages de personnels exténués, obligés de reprendre le travail après un temps d'éviction trop court (et bien souvent avec la persistance de symptômes) ou encore, contraints de travailler en étant symptomatique le temps de recevoir les résultats du dépistage. Plusieurs syndicats nous rapportent par exemple qu'à certains endroits, la médecine du travail a même « protocolisé » le temps d'éviction à « 7 jours avec deux jours sans symptôme » !

Cette problématique est la plus importante dans

les établissements de plus de 1 500 salarié.e.s, type CHU : 28% des établissements seraient concernés. Mais ce résultat pourrait bien être en dessous de la réalité, car seuls les syndicats qui avaient connaissance de ces situations ont pu répondre (près de 40% nous disent ne pas savoir) et dans seulement 32% des cas, les syndicats de ces gros établissements pouvaient affirmer que des personnels COVID + n'étaient pas maintenus en service (contre 70% pour le reste des structures).

Dans les petites et moyennes structures, les syndicats sont malgré tout entre 10% et 12% à avoir connaissance de ce genre de situations.

Toutes les catégories professionnelles sont touchées : en premier lieu les IDE et les AS (45% à 50% des réponses), puis les médecins (34%), viennent ensuite les ASH (21%) et le personnel administratif comme les cadres (12%). Les étudiant.e.s en médecine semblent avoir aussi été particulièrement exposé.e.s : c'est la 5^e catégorie de personnels citée dans les gros établissements, à hauteur de 27% des réponses.

Bien qu'il soit difficile pour nos syndicats de recueillir des informations tant l'omerta des directions sur ce sujet sensible est importante, il apparaît que quasiment tous les services sont concernés : les services de soins ou d'accueil non COVID en premier (28%), puis les secteurs COVID + (24%), et les services d'urgences tout autant que les services administratifs (9%).

Des démarches de reconnaissance en accident du travail ou en maladies professionnelles ont-elles été effectuées par les agents ?

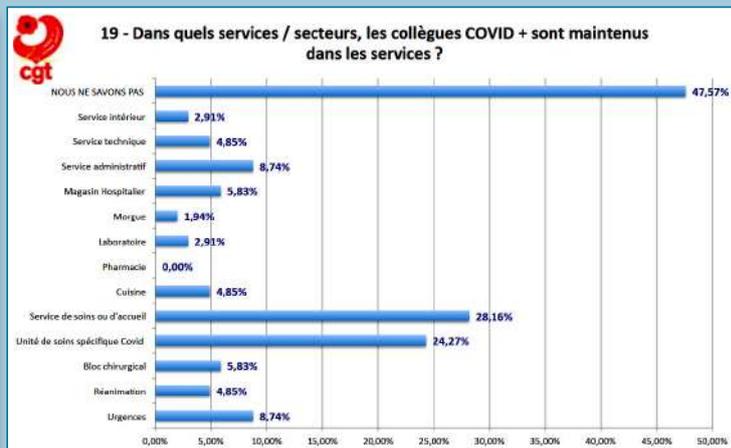
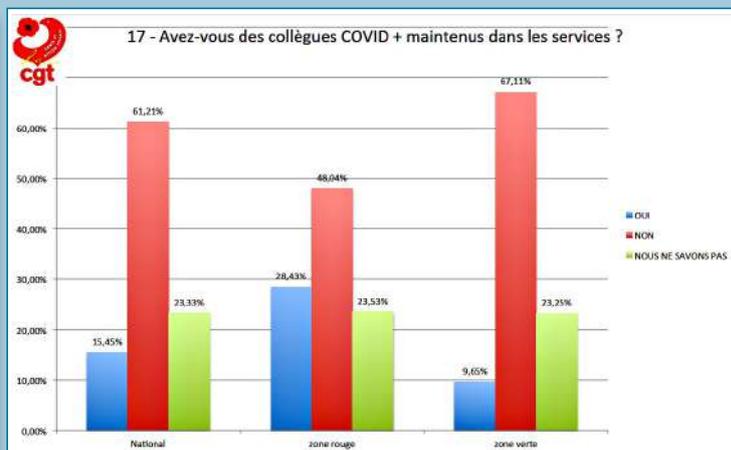
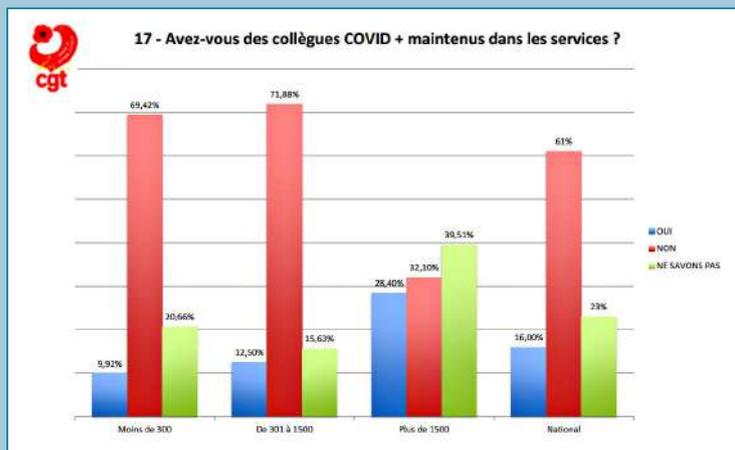
La réponse majoritaire des syndicats est : nous ne savons pas (49%). Seuls 20% d'entre eux témoignent de la mise en œuvre de cette démarche. 31% des militant.e.s assurent que cette démarche n'a pas eu lieu. Plus l'établissement est petit, moins cette démarche est engagée ce qui va se révéler très néfastes pour les salarié.e.s d'Ehpad ou de maisons de retraites. Plus l'établissement est important, meilleurs sont les pourcentages, même s'ils restent dramatiquement bas. Par contre pour ces derniers, la circulation de l'information est très empêchée, 55% des militant.e.s se disant dans l'incapacité de répondre à cette question.

Si le ministre de la santé a annoncé que les soignant.e.s contaminé.e.s « pourraient » bénéficier d'une prise en charge spécifique, il réserve d'ores et déjà ce dispositif à certaines catégories professionnelles. Les administratifs/ves, les ouvrier/ères, les logisticien.ne.s, les médicotéchniques et de nombreux/ses soignant.e.s seront tenu.e.s à l'écart de ce dispositif alors qu'ils et elles sont en contact avec le virus. Les premiers décès à l'AP-HP ont d'ailleurs concerné ces agent.e.s.

M. O. Véran veut « un lien objectif » entre la pathologie et le service alors que C. Castaner, Ministre de l'intérieur, se satisfait « d'un lien présumé » pour ses policiers dont on peut supposer qu'ils sont moins soumis au virus que les soignant.e.s, sauf bien entendu quand ils matraquent ces derniers.

Pour celles et ceux qui souhaiteraient faire reconnaître leur contamination en maladie professionnelle, un long parcours du combattant s'annonce. Le lien devra être fait avec un soin direct effectué sur un malade positif. Cela exclura-t-il les cas de contamination par la réfection d'un lit par exemple ? Les femmes de ménages sont de ce fait tout autant exposées que les soignant.e.s lors du nettoyage d'une chambre, tout comme un.e électricien.ne qui viendrait changer une ampoule dans une chambre, ou un personnel administratif venant récupérer un document quelconque.

La procédure simplifiée demandée par O. Véran se révélera très complexe, excluante, clivante et profondément injuste. ■



7. Une remise en cause des droits des salarié.e.s selon 66% des syndicats !

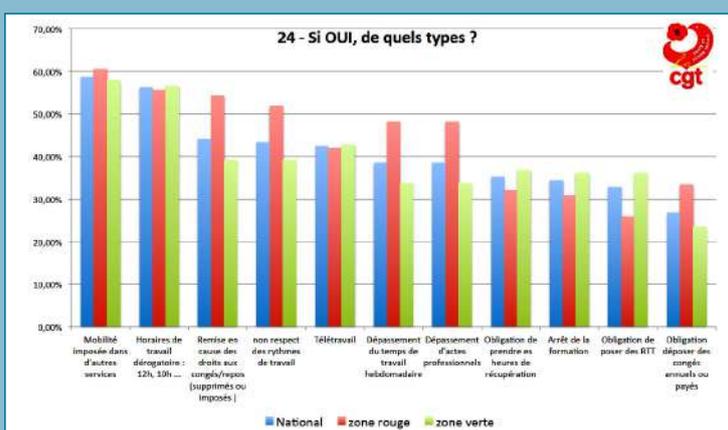
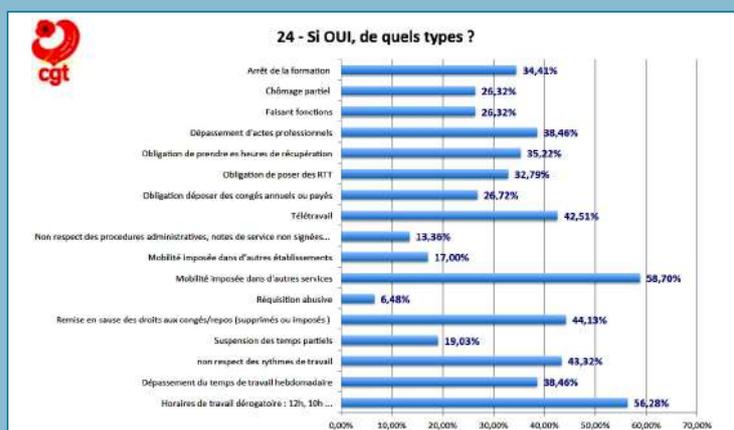
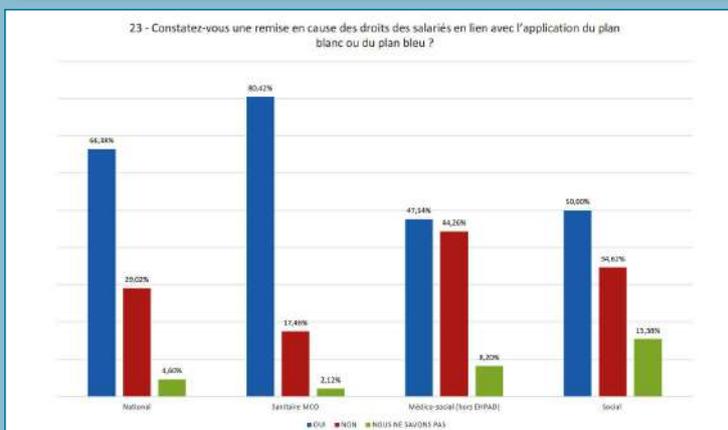
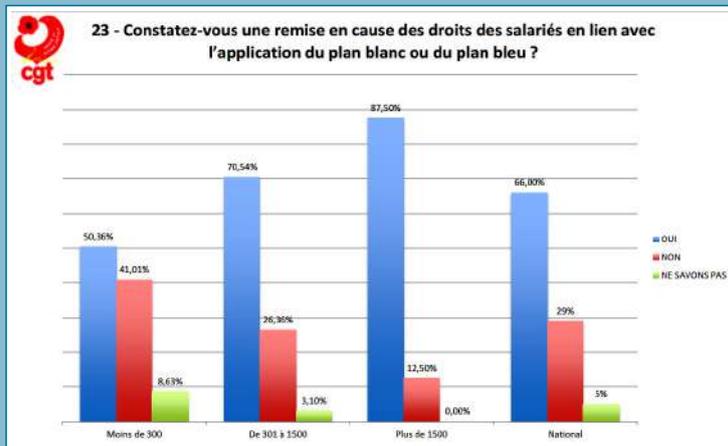
Ces atteintes sont massives dans les établissements de plus de 300 salarié.e.s (dans 70% à 87% des cas), et dans tout le secteur sanitaire en général (80% des réponses de ces syndicats) !

Dans les petites structures, notamment du social et médico-social, 50% des réponses dénoncent cette remise en cause, mais l'activité des syndicats y est souvent plus limitée du fait du manque de militant.e.s ce qui pourrait être un biais minimisant le recensement de ces situations.

Contre toute attente, les établissements des zones vertes, moins impactés par le COVID19, ont quasiment autant de remise en cause des droits des salarié.e.s que ceux des zones rouges (64% contre 71%). Il n'y a pas de justification objective à ce chiffre, mais plutôt un effet d'aubaine saisi par les directions. C'est aussi le cas en psychiatrie où 65% des syndicats le dénoncent.

Au hit-parade, nous retrouvons les mobilités imposées dans les autres services (pour mieux ventiler le virus !), et la mise en place d'horaires dérogatoires sans concertation (12h, 10h...), la remise en cause des droits aux congés, le non-respect des rythmes de travail, les dépassements horaires, le télétravail, le dépassement d'actes professionnels, l'obligation de prendre des heures de récupération, et l'arrêt des formations continues.

On remarque que les établissements des zones vertes ont plus imposé à leurs salarié.e.s de poser des jours de RTT, solder les compteurs d'heures supplémentaires ou d'arrêter les formations continues que ceux des zones rouges.

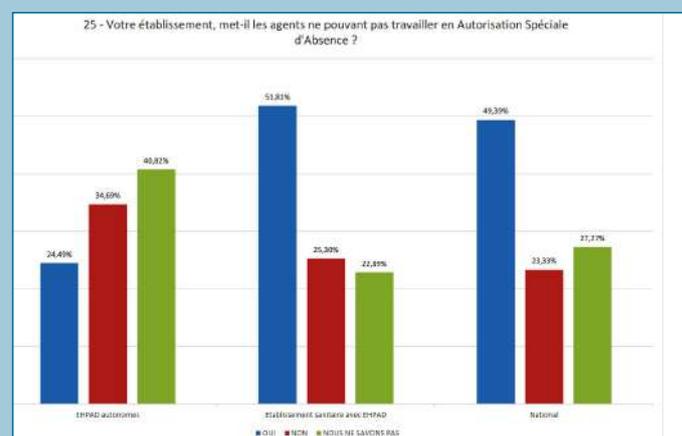
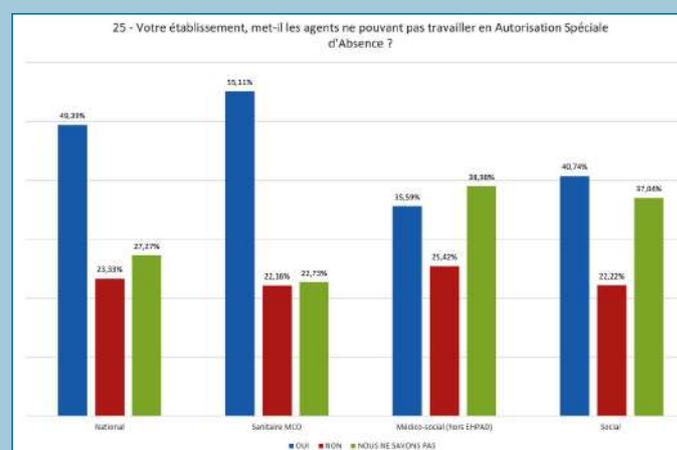


L'enquête montre clairement que les directions ont profité de l'épidémie pour mettre en place les mesures les plus régressives possibles.

Selon nos syndicats, seule la moitié des établissements avaient mis les agent.e.s ne pouvant pas travailler en Autorisation Spéciale d'Absence ou équivalent au moment de l'enquête.

Cette disposition augmenterait avec la taille de l'établissements, passant de 29% seulement pour les petites structures à 69% pour les gros établissements. Beaucoup de syndicats n'ont cependant pas l'information (27% en moyenne), ce qui nous pose question.

C'est en psychiatrie que le taux est le plus élevé (79%), suivi par le secteur sanitaire (seulement 55%) et c'est dans les EHPAD autonomes qu'il est le plus bas (24%). Il nous semble important de corréler ces résultats aux taux de syndicalisation des secteurs d'activité concernés. Ainsi, en psychiatrie où la CGT est bien implantée, nos syndicats ont pu imposer aux direction le respect de la réglementation. Tandis que nous pouvons faire le constat inverse dans les EHPAD autonomes où la CGT est bien moins présente.



III. Point de vue

1. Face à la crise sanitaire, le secteur public en première ligne

Depuis des années, au gré des ministres de la santé qui se sont succédés, l'Hôpital public a été attaqué. Fermetures de lits, suppressions de postes, « virage ambulatoire », l'économie financière et la rentabilité sont devenus les maîtres mots des administrateurs. Face aux dysfonctionnements de l'Hôpital, qu'ils ont provoqués par asphyxie budgétaire, les gouvernants imposent de nouvelles réorganisations, à moyens constants voire diminués. Ils nient ainsi l'utilité sociale de cette dépense publique qui garantit l'égalité d'accès aux soins de tous les citoyens et la continuité du service public, indispensable notamment en cas de crise...

C'est dans cette situation très dégradée que l'Hôpital public a affronté la crise sanitaire. Il n'a pu se réorganiser en urgence pour accueillir les patients atteints du COVID qu'au détriment de tous les autres patients. Pendant deux mois, des milliers de patients n'ont pu accéder aux soins et affluent aujourd'hui à l'hôpital dans des états de santé parfois fortement dégradés.

Le gouvernement, pourtant enclin à mettre en concurrence secteur public et secteur privé, a fait le choix de ne pas solliciter les établissements de santé privés, qui ont parfois mis leurs salariés en chômage partiel, et négocient actuellement une indemnisation à hauteur de 85% de leur perte d'activité. Ainsi la responsabilité de la réponse à la crise sanitaire n'a incombé qu'à l'Hôpital public, permettant une fois de plus de pointer ses supposés « dysfonctionnements structurels » et son « incapacité » à répondre aux besoins de la population, sans jamais relier la situation à la stratégie gouvernementale à l'œuvre... « Qui veut tuer son chien, l'accuse de la rage » ! ■

2. Les faits donnent tort à ceux qui en appellent à accélérer la décentralisation et toujours plus de régionalisation du système de santé

A l'inverse des annonces du gouvernement qui veut se saisir de l'état d'urgence sanitaire pour autonomiser, décentraliser, régionaliser l'offre de soins, nous affirmons que seul le cadre national permet à notre système de santé de fonctionner. Derrière cette offensive, c'est toute la Sécurité Sociale qui est menacée.

Les comparaisons que nous avons effectuées entre les établissements en zones rouges et ceux en zones vertes sur toutes les questions de l'enquête sont sans équivoque : la réponse à la crise inédite que nous avons traversée n'a pu passer qu'au travers d'une répartition nationale des efforts, des approvisionnements... et même une répartition nationale des malades avec plus de 644 coûteux transferts effectués qui auraient pu être évités par le maintien de capacités hospitalières suffisantes.

Nous avons montré combien cette réponse nationale avait été imparfaite, tant sur le matériel de protection individuelle que sur le matériel médical et les médicaments, notamment dans les établissements des zones rouges : le fonctionnement et la mission des ARS posent question.

Incapables de coordonner un dépistage efficace des personnels, inaptes à répondre à la pénurie de masques, incompetentes sur l'organisation de la réponse sanitaire à apporter, totalement absentes sur la question des Ehpad : mais à quoi servent les ARS ?

Si leurs missions sont de décliner sur le terrain la gestion de la crise sanitaire, force est de constater leurs échecs lamentables ! Elles réduisent les budgets publics, mettent les personnels en danger, portent atteintes au besoin de santé de la population sans jamais rendre compte à personne. Ces décisions sont technocratiques, coupées des réalités des territoires et sont à la santé ce que le FMI est aux pays pauvres : un pilleur, un moyen d'asservir les populations en prétendant les aider.

Nous pourrions évoquer également la fermeture de services d'Urgences, de maternités de proximité, au nom d'une dangerosité qui n'a jamais été prouvée. Dans les Ehpad, des résident.e.s sont mort.e.s fautes de soins, par manque de personnel, de moyens, de tout ! A aucun moment les ARS n'ont été en mesure d'écouter les familles, d'entendre les syndicats. Et pour cause : elles ont été conçues pour réduire les budgets de la santé, fermer des lits, supprimer des postes mais jamais pour gérer des crises. ■

3. Questionnement sur la médecine du travail.

Notre enquête révèle de graves dysfonctionnements de la médecine du travail pendant la crise.

Les personnels en première ligne exposés au virus sans protection adéquates, contaminés parfois à hauteur de 30% dans certains établissements, mis dans l'impossibilité de se faire tester, ont été dans certains secteurs abandonnés par les services de médecine du travail, ou trop peu suivis. Dans la majorité des cas, c'est le manque de moyens de la médecine du travail qui est en cause, mais le lien de subordination avec l'employeur pose aussi souvent problème.

Depuis quelques jours, des députés de la majorité souhaiteraient se servir de soi-disant enseignements de la crise pour en appeler à une « grande réforme de la santé au travail ». Entendons par cette proposition de réforme, maintenir la pénurie de médecins en organisant le transfert de tâches vers d'autres professionnel.le.s et caporaliser un peu plus la médecine du travail en donnant plus de pouvoir aux employeurs.

Nous affirmons que c'est exactement le contraire qu'il convient de faire : il faut plus de médecins du travail auprès des salarié.e.s et garantir l'indépendance de ces professionnel.le.s vis-à-vis des employeurs. ■

Conclusion

Depuis le début du mois d'avril, nos enquêtes ont démontré la pénurie de masques, de matériel de protection et de matériel médical. Elles ont mis en lumière les décisions criminelles et les mensonges du gouvernement autour des dépistages, de la stratégie dans les EHPAD ou encore concernant le nombre de soignant.e.s contaminé.e.s.

« Face à la crise, l'Hôpital a été capable de se réinventer » nous dit-on.

Mais, cette « réinvention » repose exclusivement sur les nombreuses mesures dérogatoires prises durant l'épidémie au détriment des personnels : arrêt des formations continues, mise en place de la journée de 12H, mobilités interservices ou inter hôpitaux pour mieux optimiser la gestion des effectifs... et favorisant *in fine* la circulation du virus, tout comme le maintien des collègues COVID + dans les services que nos enquêtes ont révélées.

En réalité, l'Hôpital, mis à mal depuis des années, n'a pas fait face au COVID. Il n'en a pas eu les moyens. Le gouvernement a fait le choix de sacrifier une partie de la population en la coupant de toutes possibilités de soins. Ce sont ainsi plus de 700 000 opérations chirurgicales qui ont été déprogrammées pour libérer de la place, ce sont des dizaines de milliers de résident.e.s des EHPAD pour lesquels des consignes ont été données de ne pas les hospitaliser en cas de contamination (*Fiche établissement de santé du 31 mars 2020 - Ministère de la Solidarité et de la Santé*). Et malgré cela, on ne peut que constater que des centaines de patient.e.s ont dû être transféré.e.s au-delà de nos frontières faute de places de réanimation.

Le manque structurel de lits et de personnels que nous dénonçons depuis des années a conduit à ce que des centaines de milliers de patient.e.s renoncent à aller aux urgences ou soient interdits de soins entraînant le décès de nombre d'entre eux. Le constat est accablant.

La crise confirme le caractère vital des revendications portées par les personnels depuis plusieurs années : Arrêt des plans d'économies, arrêt des fermetures et réouvertures massives de lits d'hospitalisation, formation et recrutement massifs de professionnel.le.s, augmentation de tous les salaires et levée immédiate du blocage de la valeur du point d'indice dans la Fonction Publique. C'est au minimum les 60 000 lits fermés ces 10 dernières années qu'il faudrait

réouvrir en urgence. Le fonctionnement dégradé de la période COVID avec téléconsultations, reports de soins et glissements de tâches ne peut pas être considéré comme une avancée sanitaire !

Tout comme la majorité de nos collègues, nous ne croyons pas au mea culpa de M. Macron lors de son déplacement à la Pitié Salpêtrière le 15 mai.

Bien loin de remettre en cause les décisions qui ont amené notre système de santé au bord du gouffre et conduit les personnels les plus dévoués et compétents à un niveau de désarroi inégalé, le président parle d'aller « plus fort », « plus vite ». Il revendique d'avoir posé « le bon diagnostic » au travers du plan Ma Santé 2022. Ce qui s'est traduit dans les faits par 2,6 milliards d'euros d'économies en 2018 et 2019, des milliers de suppressions de postes et de services sous les diktats des GHT et des ARS.

La période du confinement a été utilisée par le gouvernement pour accélérer son offensive contre les droits des salarié.e.s.

Le déconfinement s'instaure sous le joug d'un nouveau plan de destruction de notre système de santé que le gouvernement voudrait présenter comme co-élaboré dans le cadre du « dialogue social ». Nous refusons de cautionner un tel protocole.

Tout comme la prolongation de l'état d'urgence n'a rien à voir avec la démocratie, le lancement du Ségur de la santé le 25 mai n'a rien à voir avec une concertation tenant compte des préoccupations des salarié.e.s, et encore moins d'une négociation sur leur légitimes revendications. Les fermetures temporaires de lits de la période COVID sont maintenues, le gouvernement voudrait faire voler en éclat le statut de la Fonction Publique et celui des Hôpitaux publics, renforcer le pouvoir budgétaire des ARS, ou encore remettre en cause les 35h00.

Le fossé entre l'exécutif et les personnels de notre champ n'a jamais été aussi grand.

La Fédération de la Santé Action Sociale a décidé de lancer prochainement une troisième Enquête Flash auprès de ses syndicats pour mettre en lumière ce que vivent nos collègues à l'heure du déconfinement.