

PERSPECTIVES

SANTÉ | ACTION | SOCIALE

CGT


Hisser-haut



XIV^E
Congrès fédéral
DU 19 AU 23 MAI 2025
DUNKERQUE



Dernier Perspectives avant Congrès
(ne contient pas les documents du congrès)



Être là,
quand vous
en avez besoin,
c'est ça être
assurément
humain.

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Service inclus dans nos contrats
Auto, Moto et Habitation
24H/24 - 7J/7*



Assurément
Humain

* Service accessible au 0 800 00 12 13 (service et appel gratuits)

Conditions et limites des garanties de nos contrats AUTO PASS, MOTO PASS, habitation DOMO PASS, habitation AMPHI PASS, PAQUO, Accidents et Famille en agence GMF. Les Conditions Générales et les Conventions d'assistance de ces contrats sont consultables sur gmf.fr

GMF ASSURANCES - Société anonyme au capital de 181 385 440 € entièrement versé - Entreprise régie par le Code des assurances - R.C.S. Nanterre 398 972 901 - APE 6512 Z - Siège social : 148, rue Anatole France - 92300 Levallois-Perret. Les produits distribués par GMF ASSURANCES sont assurés par GMF ASSURANCES et/ou LA SAUVEGARDE et/ou GMF VIE et/ou Covéa Protection Juridique et/ou AM-GMF.

édito



Jérémie Prigent
Animateur Espace
Communication

04

07

UFR

Précarité et accès
aux soins

09

10

UFSP

Financiarisation des
groupes de santé privés

12

21

UFMICT

Journée d'études-santé
au travail

23

30

UFAS

Retour commission
parlementaire

Chers Camarades,

C'est le dernier Perspectives avant le Congrès.

Vous y trouverez les actualités des différents secteurs de notre fédération. Les documents du Congrès vous seront envoyés dans un bulletin fédéral.

Je ne ferai pas de bilan exhaustif dans cet édito, mais je peux dire qu'il a été très formateur pour moi et que nous avons encore du chemin à parcourir pour nous améliorer.

Notre fédération est en lutte constante pour défendre nos secteurs. Des luttes et des victoires ont rythmé ce mandat.

Certes, ces victoires sont localisées, mais nous prouvent au quotidien que notre secteur a une force de frappe conséquente et fait peur au pouvoir en place, car il dépasse les convictions politiques de notre société. La santé, le médico-social et le social sont une des préoccupations les plus importantes des français.

Pour nous, l'enjeu est dorénavant d'être capables de créer un mouvement large avec la population pour gagner nos revendications.

Je vous souhaite une bonne lecture et « *Hisser-Haut !* »

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

Commission paritaire n° 0228 S 06676

ISSN : 0299-0369 / Tirage : 60 000 exemplaires

Directrice de la publication : Mireille STIVALA

Rédacteur en chef : Jérémie PRIGENT

263, rue de Paris - case 538 / 93515 Montreuil CEDEX

Tél. 01 55 82 87 47 / 87 70

Impression : RIVET PRESSE ÉDITION

Tél. 05 55 04 49 50



PRÉCARITÉ ET ACCÈS AUX SOINS

En France, 5,1 millions de personnes vivent sous le seuil de pauvreté selon l'Insee en 2022 (dernière année disponible). Elles représentent 8,1% de la population.

Être pauvre, selon le seuil que nous utilisons, c'est vivre avec moins de la moitié du niveau de vie du "Français du milieu", celui qui se situe entre les 50 % les plus pauvres et les 50 % les plus riches :

- Pour une personne seule, le seuil de pauvreté est de 1 000 euros / par mois, prestations sociales comprises,
- Pour un couple sans enfant, cela représente 1 500 euros,
- Pour une famille, avec deux enfants de plus de 14 ans, 2 500 euros.

La pauvreté n'explose pas. Mais elle gagne du terrain. Les chiffres avaient atteint un point bas en 2002. Vingt ans plus tard, on compte 1,4 million de pauvres supplémentaires. Le taux de pauvreté a augmenté d'1,5 point. Les 2 principales aides demandées par ces populations sont pour l'énergie (payer ses factures) et pour accéder aux soins (Fonds d'action sociale, complémentaire Santé solidaire, etc).

Qui contacter en cas de difficultés d'accès aux soins et bénéficier d'une mutuelle ou d'une complémentaire santé ?

Il faut déjà contacter le service Mission Accompagnement Santé dans les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) pour faire des recherches afin de pouvoir ouvrir des droits.

On peut aussi contacter les CCAS (Centres communaux d'Action Sociale), les Maisons France Services, les caisses de retraite (par exemple, c'est la deuxième aide demandée au fond d'action sociale de la CNRACL après les aides à l'énergie). Il existe également des Centres d'Examen de Santé qui font des bilans de santé pour les personnes précaires.

LES ACTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE POUR FAVORISER L'ACCÈS ET

LE RECOURS AUX SOINS :

A. La Mission Accompagnement Santé et les partenariats développés par les caisses de Sécurité sociale, présente dans chacune des CPAM, la Mission Accompagnement Santé (MISAS) a deux missions :

- Accompagner les assuré-es rencontrant des difficultés d'accès aux droits ou aux soins (situation financière et familiale, mobilité, handicap, numérique...) en fonction des spécificités et de l'organisation locale de la CPAM.
- Orienter les personnes dont la situation sociale est complexe vers le service social de l'Assurance maladie.



B. Les services de l'action sanitaire et sociale des CPAM / Les aides financières accordées aux assurés précaires :

Les services de l'action sanitaire et sociale (ASS) allouent des aides financières sous certaines conditions aux assuré-es, en cas de dépenses ou de difficultés liées à un état de maladie, de handicap ou à la suite d'un accident. Une commission détermine la nature des aides, fixe un plafond de ressources ainsi que les modalités d'intervention et les barèmes d'aide opposables.

L'action sanitaire et sociale des CPAM en lien avec la complémentaire Santé solidaire (C2S).

L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie au titre de la C2S prend plusieurs formes et concerne majoritairement des personnes retraitées ou isolées. Une enquête sur les aides accordées et portant sur 99 CPAM a permis de déterminer que :

- 92 % des CPAM ont versé des aides pour compenser l'effet de seuil induit par les plafonds de ressources de la C2S avec et sans participation (93 % en 2021). 66 142 aides ont été attribuées en 2022 (61 970 en 2021).

Le plafond de ressources du foyer est souvent supérieur au plafond (20 à 25 %).

Il y a un barème en interne dans chaque caisse selon l'âge des personnes, réactualisé tous les ans.

Exemple dans le Doubs : le père a 50 ans, la mère a 45 ans et 2 enfants de moins de 16 ans : 105 euros pour le père, 60 pour la mère, 60 pour les enfants = 225 euros. C'est une aide ponctuelle, donc pas pérenne.

- 68 % des CPAM déclarent avoir pris en charge en tout ou partie la part contributive de la C2S (autant qu'en 2021). 13 444 aides ont été attribuées en 2022 (7 168 en 2021)

- 66 % des CPAM ont pris en charge le ticket modérateur sur la période rétroactive entre la demande de C2S et l'ouverture des droits pour des bénéficiaires de la C2S avec participation ayant eu besoin de soins lourds (66 % également en 2021), au-delà de la possibilité d'une ouverture de droits rétroactive de deux mois lorsque la situation de l'assuré le justifie. Cette prise en charge a concerné 2 059 bénéficiaires en 2022 (2 528 en 2021).
- 76,8 % des CPAM ont pris en charge des incidents et retards de paiements relatifs à la part contributive de la C2S (64 % en 2021). 2 824 personnes ont bénéficié de cette aide en 2022 (1525 en 2021).

Il existe des aides remboursables et non remboursables pour des soins si les personnes ont déjà une mutuelle. La tranche d'âge des bénéficiaires se situe entre 40 et 59 ans.

Il y a 60 % de femmes et 40 % d'hommes, pour l'ASS. Ces aides peuvent représenter jusqu'à 45 % du montant des aides totales.

Qu'est ce que la complémentaire Santé Solidaire ?

La complémentaire santé solidaire (C2S) est un droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé pour les assuré-es disposant de faibles ressources. Elle remplace, depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). Plus lisible, elle offre un accès à un panier de soins plus large que celui de la CMU-C et de l'ACS et garantit à ses bénéficiaires une prise en charge de qualité pour un niveau de cotisation nul ou limité.

La C2S est attribuée, en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit ou en contrepartie d'une contribution financière dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge.

Après plus de quatre années de mise en œuvre, la complémentaire santé solidaire (C2S) a démontré qu'elle constituait un instrument efficace dans la promotion de l'accès aux soins pour tous.

Depuis 2022, les nouveaux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) peuvent obtenir automatiquement la C2S gratuite et les nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et leurs conjoints sans activité professionnelle peuvent obtenir la C2S avec participation sans avoir à déclarer leurs ressources.

Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2022, les allocataires du RSA, bénéficient automatiquement de la C2S, et ce, sans participation financière. Le renouvellement se fait automatiquement chaque année. A partir du 1^{er} avril 2022, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées voient leur accès à la C2S facilitée.

La complémentaire santé solidaire (C2S) est une couverture complémentaire financée par l'Assurance maladie, destinée aux personnes disposant de faibles ressources, afin de réduire au maximum le coût de leurs dépenses de santé. Similaire à une complémentaire de droit commun, elle offre une protection élargie, qui garantit un accès optimal à des soins de qualité, sans reste à-charge.

Entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019, la C2S est issue de la fusion entre la couverture maladie universelle complémentaire (CMU) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Ainsi la C2S est attribuée pour une durée d'un an :

- Gratuitement aux foyers dont les ressources sont inférieures à 810 € par mois pour une personne seule.
- En contrepartie d'une cotisation d'1 € par jour maximum lorsque les ressources sont comprises entre 810 € et 1 093 €. Dans cette situation, la cotisation dépend de l'âge de chaque bénéficiaire au sein du foyer : de 8 € par mois pour les moins de 30 ans, jusqu'à 30 € pour les plus de 69 ans, soit des montants inférieurs aux tarifs pratiqués par les complémentaires privées.

Depuis 2019, les effectifs de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 7,4 millions de bénéficiaires en juin 2023 : 5,9 millions pour la C2S gratuite dont 42 % de bénéficiaires ont moins de 20 ans ; 1,5 million pour la C2S avec participation financière dont 35 % de bénéficiaires ont plus de 60 ans. Les effectifs ont ainsi augmenté de 3,8 % entre décembre 2021 et décembre 2022.

Cette évolution dynamique s'explique notamment par la mise en œuvre de mesures facilitant son attribution et les démarches des demandeurs telles que :

- L'attribution automatique de la C2S gratuite aux nouveaux allocataires du RSA,
- Le partage automatisé de données relatives aux ressources via le Dispositif de ressources mensuelles (DRM),
- La présomption de droit à la C2S avec participation financière pour la plupart des nouveaux bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées.

La dépense moyenne annuelle d'un bénéficiaire de la C2S est de 448 € pour l'ensemble des régimes et des organismes complémentaires gestionnaires.

Elle se décline entre 428 € pour l'ensemble des régimes obligatoires (431 € pour la CNAM) et 592 € pour les organismes complémentaires.



RÉPARTITION PAR GENRE ET PAR TRANCHE D'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE

SANTÉ SOLIDAIRE

Les femmes représentent 53 % des bénéficiaires de la C2SG (C2S gratuite), soit une proportion proche de celle de la population générale. Leur proportion est plus importante au sein de la C2SP (C2S avec participation financière), dont elles représentent 57 % des bénéficiaires.

Les bénéficiaires de la C2SG sont composés majoritairement d'enfants ou de jeunes de moins de 20 ans (42 %) et de jeunes adultes (29 % pour les 20-40 ans).

Les personnes âgées de plus de 60 ans sont très minoritaires (7 %) car, après 60 ans, les allocataires du RSA ou de faibles allocations chômage sont progressivement orientés vers des minima sociaux liés à la retraite, dont les montants dépassent le plafond de la C2SG et relèvent du plafond d'attribution de la C2SP.

EN CONCLUSION, CETTE SITUATION NE DEVRAIT PAS EXISTER ! CHACUN, CHACUNE DOIT POUVOIR ACCÉDER AUX SOINS SANS QUE LE MANQUE DE RESSOURCES NE SOIT UN FREIN ! LA CGT REVENDIQUE LA CONSTRUCTION D'UN RÉEL DROIT À LA SANTÉ ET UNE SÉCURITÉ SOCIALE INTÉGRALE GARANTISSANT UN HAUT NIVEAU DE PROTECTION POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION.



ANNEXES

PLAFONDS DE RESSOURCES ET TARIFS DES CONTRIBUTIONS FINANCIÈRES APPLICABLES À LA C2S
Plafond de ressources au 1^{er} avril 2023⁴⁸

MÉTROPOLE	Nombre de personnes dans le foyer	C2S gratuite		C2S avec participation financière	
		Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
	1	9 719 €	810 €	13 120 €	1 093 €
MÉTROPOLE	2	14 578 €	1 215 €	19 680 €	1 640 €
	3	17 494 €	1 458 €	23 616 €	1 968 €
	4	20 409 €	1 701 €	27 533 €	2 296 €
	Par personne en +	3 887 €	324 €	5 248 €	437 €
DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER	Nombre de personnes dans le foyer	C2S gratuite		C2S avec participation financière	
		Annuel	Mensuel*	Annuel	Mensuel*
	1	10 817 €	901 €	14 603 €	1 217 €
	2	16 225 €	1 352 €	21 904 €	1 825 €
	3	19 470 €	1 623 €	26 285 €	2 190 €
	4	22 716 €	1 893 €	30 666 €	2 556 €
	Par personne en +	4 327 €	361 €	5 841 €	487 €

* Les moyennes mensuelles sont fournies à titre indicatif

⁴⁸ Les plafonds sont revalorisés chaque année le 1^{er} avril en fonction de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

MONTANTS DE LA C2S AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE PAR ASSURÉ COUVERT

 MÉTROPOLE ET DÉPARTEMENTS
D'OUTRE-MER

Âge au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la C2S	Montant mensuel	Montant annuel
29 ans et moins	8 €	96 €
30 à 49 ans	14 €	168 €
50 à 59 ans	21 €	252 €
60 à 69 ans	25 €	300 €
70 ans et plus	30 €	360 €

ALSACE-MOSELLE

Âge au 1 ^{er} janvier de l'année d'attribution de la C2S	Montant mensuel	Montant annuel
29 ans et moins	2,80 €	33,60 €
30 à 49 ans	4,90 €	58,80 €
50 à 59 ans	7,30 €	87,60 €
60 à 69 ans	8,70 €	104,40 €
70 ans et plus	10,50 €	126 €



LES SPÉCIALISTES DE L'ÉCONOMIE SOCIALE



**40 ANS
D'EXPÉRIENCE**

auprès des CSE.
Spécialiste des Organisations Syndicales,
présent auprès de plus
de 40 Fédérations,
UD, UL et Comités Régionaux.

- Expertises Comptables
- Formations
- Commissariat aux comptes

**40 EXPERTS
QUI VOUS SONT PROCHES**

co·E·co

CONTACT : 53 - 55, avenue d'Italie CS 60453
80094 AMIENS CEDEX 3 - Tél. : 03 22 53 27 47 - Fax : 03 22 53 27 49

Siège social : 11, rue des Immeubles Industriels CS 41132 75543 PARIS CEDEX 11
Tél. : 01 43 73 90 79 Fax : 01 43 73 92 52

Site : www.coexco.com

FINANCIARISATION DES GROUPES DE SANTÉ PRIVÉS

UNE ANALYSE CRITIQUE

Dans un contexte où la santé est au cœur des préoccupations, plusieurs organisations syndicales, dont la CGT, dénoncent la financiarisation des établissements de Santé Privés, qu'ils soient associatifs ou lucratifs. Pour la CGT, cette dynamique s'opère au détriment de la Sécurité Sociale et des soins apportés aux patients. Les groupes de Santé privés se structurent notamment autour de chaînes de sociétés de capital investissement, souvent basées dans des paradis fiscaux. Cette organisation leur permet de générer des plus-values financières considérables, en s'appuyant sur des holdings immobilières qui assurent des revenus locatifs pour les investisseurs et des dividendes pour les actionnaires.

De plus, ces groupes facturent des biens et services à des organismes publics, ce qui renforce leur emprise sur le secteur. L'expansion de tous ces groupes est alimentée par l'endettement et l'acquisition de nouveaux établissements, avec des stratégies qui favorisent la rémunération des actionnaires plutôt que l'amélioration des soins.

Les établissements acquis remboursent les prêts contractés, tandis que les revenus sont soutenus par des fonds publics, permettant ainsi une extension des empires immobiliers. Les conséquences de cette financiarisation sont préoccupantes. Les coûts opérationnels augmentent, les dettes ne sont pas orientées vers l'amélioration des soins, et les rémunérations des salariés stagnent, voire diminuent face à l'inflation. La pression managériale pour toujours plus accroître la rentabilité se traduit par des conditions de travail et une qualité de prise en charge qui se dégrade favorisant de la maltraitance institutionnelle.

Face à cette situation, la CGT appelle à une analyse publique des financements des groupes de Santé Privés et à une transparence accrue sur leurs performances opérationnelles. Elle exige également que les financements publics bénéficient directement aux services de soins et non à des investissements immobiliers.

La protection des droits des salariés et des lanceurs d'alerte est également au cœur de leurs revendications, tout comme l'amélioration des conditions de travail et des salaires dans le secteur.

Cette situation soulève des questions cruciales sur l'avenir de la santé en France et sur la nécessité d'une réforme en profondeur pour garantir que les soins restent un service public qui réponde aux besoins de la population, loin des logiques de profit.

GROUPES DE SANTÉ PRIVÉS ASSOCIATIFS OU LUCRATIFS :

UNE FINANCIARISATION SUBVENTIONNÉE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les établissements de Santé privés, qu'ils soient associatifs ou lucratifs, sont au cœur d'une controverse croissante, selon plusieurs organisations syndicales, dont la CGT. Ces groupes semblent tirer des plus-values financières sur le dos de la Sécurité Sociale, grâce à une structuration complexe de leur capital.

STRUCTURATION ET EXPANSION

Les groupes de Santé privés sont souvent organisés autour de chaînes de sociétés de capital-investissement, avec des filiales et des participations actionnariales qui peuvent être basées dans des paradis fiscaux. Ils mettent en place des holdings immobilières qui génèrent des revenus locatifs pour les investisseurs et des dividendes pour les actionnaires. De plus, ces groupes facturent des biens et services à des organismes publics, renforçant ainsi leur emprise sur le secteur.

L'expansion de ces groupes est alimentée par l'endettement et l'acquisition de nouveaux établissements. Les revenus sont soutenus par des fonds publics, ce qui leur permet d'étendre leurs activités tout en supportant des charges financières élevées.

Les investisseurs préfèrent utiliser des prêts bancaires pour acquérir des établissements, ce qui amplifie les retours sur investissements lorsqu'ils sont revendus à un prix plus élevé.



CONSÉQUENCES DE LA FINANCIARISATION

Les conséquences de cette financiarisation sont préoccupantes. Les coûts opérationnels des groupes de santé privés augmentent, notamment en ce qui concerne les loyers.

Les dettes contractées ne sont pas orientées vers l'amélioration de la qualité des soins, mais plutôt vers l'optimisation de la rentabilité.

Les rémunérations des salariés stagnent ou diminuent face à l'inflation, tandis que la pression managériale pour accroître la rentabilité est forte.

Les pratiques financières engendrent des conditions de travail difficiles et une qualité de soins en déclin.

La charge de travail des employés augmente, et la prestation de soins passe souvent au second plan par rapport à l'extraction de bénéfices.

Les coûts des prestations de logement augmentent également, ce qui crée des pressions sur les résidents.

Revendications de la CGT

- Une analyse publique des financements et des performances opérationnelles des groupes de santé privés.
- La transparence des comptes, incluant la divulgation des filiales et de leur objet social.
- Des réformes pour garantir que les financements publics bénéficient directement au personnel et aux services de soins, sans être détournés vers des investissements immobiliers.
- Un reporting public sur les niveaux d'effectifs dans chaque établissement, afin que les résidents et leurs familles puissent prendre des décisions éclairées.
- La protection des droits des salariés et des lanceurs d'alerte.
- Un dialogue continu pour améliorer les salaires et les conditions de travail dans le secteur des soins.

Cette situation soulève des questions cruciales sur l'avenir de la santé en France et sur la nécessité d'une réforme, afin de garantir que les soins resteront un service public qui réponde aux besoins de la population, loin des logiques de rentabilité et de profit.

40 ans
d'engagement vers un
avenir riche de sens



EXPERT DE PROXIMITÉ des représentants du personnel

→ 3 activités pour
**comprendre
analyser
et agir**

sur les relations entre le
travail et les questions
sociales liées aux
conditions de vie
et d'emploi des salariés.

/ LA FORMATION

Des élus formés pour être des acteurs
efficaces et incontournables sur les questions
économiques et sociales

/ LES EXPERTISES ÉCONOMIQUES ET SANTÉ AU TRAVAIL

Utiliser le droit à expertise pour analyser la
situation économique de l'entreprise et identifier
les risques de l'organisation du travail pour la
santé des salariés

/ LES ÉTUDES, LE CONSEIL

Un accompagnement au plus près des besoins
des élus pour mener des analyses pointues

Accueil – Conseil

01 55 82 17 30 - info@emergences.fr

emergences.fr

JOURNÉE D'ÉTUDES

SANTÉ AU TRAVAIL : PENSER LES PLAIES D'UN SYSTÈME QUI NE PREND PAS SOIN DES SOIGNANTS



Les journées d'études organisées par l'UFMICT-CGT nous permettent en général de faire se rencontrer des intervenants de la santé, de l'action sociale, des syndicalistes, des politiques, beaucoup de monde en réalité qui se croisent en temps normal, trop souvent sans se parler. C'est pour cette raison que je voudrais remercier en premier lieu nos invités qui ont bien voulu répondre favorablement à nos sollicitations. Ils vous seront présentés à chaque table ronde par nos modérateurs.

Le sujet qui nous intéresse aujourd'hui est celui du lien que nous, syndicalistes, avons à établir avec les services de santé au travail au regard de la dégradation de plus en plus dramatique de nos conditions d'exercice, mais aussi des caricatures et des mensonges du gouvernement actuel et des précédents qui pèsent sur les salariés et finissent par impacter leur santé. Je pense ici aux fonctionnaires accusés d'être plus souvent en arrêt maladie que les autres salariés, alors que c'est complètement faux.

Pour autant, les professions du soin et de la protection sociale sont particulièrement éprouvantes pour les salariés qui y travaillent. Au contact de la maladie, de la mort, de la précarité, mais aussi objet d'une organisation du travail de plus en plus incohérente, beaucoup de soignants, d'éducateurs, d'encadrants se retrouvent aujourd'hui en grande souffrance.

Une étude, organisée par le service de santé au travail des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour mettre en place une démarche de prévention des risques psychosociaux réalisée en 2021, a montré que 51 % des cadres qui ont bien voulu répondre à l'enquête souffraient de troubles anxieux, 52 % de troubles du sommeil, 26 % de troubles digestifs et 20 % d'hypertension artérielle directement liés à leurs conditions de travail. Il pourrait y avoir d'autres études dans d'autres structures, elles montreraient les mêmes choses. Cet univers, nous le connaissons bien, et nous savons que les agents continuent de travailler « *quoi qu'il en coûte !* ».

Ce qui est intéressant avec cette enquête, c'est ce qu'elle ne dit pas, alors qu'elle l'annonce dans son titre, la « *Démarche de prévention des risques psychosociaux* ».

Cette démarche dans les faits n'apparaît nulle part, alors pourquoi n'existe-t-il pas de procédure de « freinage » qui viendraient stopper cette maltraitance ?

Pourquoi est-elle si difficile à mettre en place ?

Quelles sont les mesures que peuvent prendre les services de santé au travail pour alerter les employeurs et les mettre face à leurs responsabilités ?

Pourquoi autant de postes de médecins du travail ne sont-ils pas pourvus ?

Pourquoi n'apparaissent-ils pas comme des alliés dès lors que les syndicats dénoncent les effets néfastes du travail en 12H, du travail de nuit ou tout simplement des sous-effectifs ?

Où sont-ils quand nous avons besoin d'eux et où sommes-nous quand c'est eux qui nous envoient des salariés en souffrance, faute d'être en mesure de proposer des solutions efficaces ?

Car, tout comme les français sont accusés à tort d'aller aux urgences pour des bobos, fussent-ils des méningites aigues, les salariés seraient-ils accusés de trop « s'écouter » ou de trop se plaindre ?

À l'heure où toutes les données RH concernant les bilans sociaux et l'absentéisme sont trafiquées, qui pourrait témoigner réellement de la catastrophe en cours ? À l'heure où le discours libéral tente de déresponsabiliser les employeurs et de responsabiliser les salariés qui pourrait témoigner réellement de ce terrible basculement ?

Qui pourrait le faire dans le contexte actuel, à part les syndicats, la CGT entre autre, en lien avec les services de santé au travail qui le peuvent ?

Comment construire ce lien ? Comment construire des stratégies efficaces pour sauver ce qui peut encore l'être ? Ce sont des questions auxquelles nous allons essayer d'apporter des réponses.

L'enjeu est immense et il est donc urgent d'unir nos forces, de donner à ces deux journées toute l'importance qu'elles méritent. »

*Introduction de la Journée d'Études,
par Laurent Laporte*

Les maux non reconnus, le manque de prévention, les difficultés de la médecine du travail à l'hôpital : ce diagnostic impose un renforcement du lien entre syndicats et médecins du travail

« **SOIGNER, C'EST RÉSISTER** » : cette conviction s'affiche en exergue de la troisième saison de la série télévisée Hippocrate réalisée par Thomas Lilti (qui est également médecin), dont la diffusion coïncidait avec les Journées d'études 2024 de l'Ufmict-CGT, les 13 et 14 novembre dernier.

Le sentiment d'un engagement coûte que coûte continue en effet d'animer la communauté des soignants, héroïne le temps d'une épidémie, désormais retournée à la réalité d'un quotidien qui dépasse la fiction.

« **Les professions du soin, comme de la protection sociale, sont particulièrement éprouvantes, réaffirme Laurent Laporte, secrétaire général de l'Ufmict-CGT. Au contact de la maladie, de la mort, de la précarité et de la psychose, elles se trouvent également confrontées à des organisations du travail de plus en plus incohérentes et dépassées par les contraintes. Toutes sont aujourd'hui en grande souffrance.** »

L'objectif des Journées d'études de l'Ufmict-CGT est d'inviter régulièrement des intervenants de la santé et de l'action sociale, des syndicalistes, des experts, des responsables politiques, pour prendre le temps de croiser les regards, renforcer les liens et construire des stratégies communes. Une centaine de militants ont assisté au premier débat, en présentiel, en plus de nombreuses équipes et agents connectés et en interaction avec la salle : « **C'est important pour nous de rompre avec l'urgence du quotidien, rappelle Thomas Deragnaucourt, membre du bureau de l'Ufmict. Nous avons besoin de nous nourrir d'approches complémentaires, d'enrichir la compréhension de nos vécus, pour porter des analyses éclairées sur nos métiers et envisager les actions syndicales les plus efficaces.** »

LES CORPS ET LES ESPRITS FLANCHENT, LE SYSTÈME CRAQUE, ET VICE VERSA

Le focus est mis sur la santé au travail et les services de médecine chargés de la préserver dans un contexte où les agents de la fonction publique, en particulier hospitalière, sont soupçonnés d'abuser des arrêts de travail.

Les trois jours de carence qui pourraient leur être imposés risquent de les contraindre à se rendre au travail épuisés ou malades pour ne pas perdre du salaire ou des congés. Ils pénaliseront encore plus les femmes, dont les arrêts de travail courts sont plus nombreux, pour des raisons spécifiques : règles douloureuses, endométriose, grossesses difficiles, ménopause, etc.

« **De nombreuses études montrent pourtant que nos conditions de travail continuent de se dégrader dangereusement, générant de multiples pathologies physiques mais aussi des troubles anxieux, dans toutes les catégories de personnel, sans que des actions de prévention ou même des procédures d'alerte soient en mesure de stopper cette maltraitance, insiste Laurent Laporte. Les services de santé au travail ont-ils le pouvoir de mettre les employeurs face à leurs responsabilités ?**

Comment en faire des alliés pour dénoncer les sous-effectifs, l'intensification du travail, certaines pratiques telles que la journée de 12 heures ?

À quelles difficultés sont-ils confrontés dans leur pratique quotidienne ? »

PÉNIBILITÉ, SINISTRALITÉ ET AUTRES MAUX EN PARTIE NON RECONNUS

Les statistiques permettant de documenter l'usure au travail des agents hospitaliers s'avèrent parcellaires. Elles proviennent du logiciel Prorisq⁽¹⁾, utilisé par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Prorisq enregistre les accidents et maladies professionnelles du secteur, mais seulement 24 % des établissements y adhèrent, ce qui n'empêche pas d'en faire un révélateur édifiant de la montée inquiétante de la pénibilité, des risques psychosociaux et de la sinistralité, la probabilité de déclarer une pathologie en fonction du poste ou de l'activité.

« **Les obstacles à la reconnaissance de la pénibilité restent nombreux, témoigne Philippe Peretti, secrétaire général adjoint du syndicat du CHU de Montpellier et représentant CGT à la CNRACL. Il faut être exposé de manière permanente à un risque ou à des fatigues exceptionnelles pour avoir droit à un classement en "catégorie active", permettant un départ anticipé à la retraite.**

Hors de ce cadre, il faut faire reconnaître un taux d'invalidité, qui se traduira par un revenu compensatoire insuffisant, en moyenne inférieur à 1 200 euros, et seulement à condition d'être titulaire et non reclassable. »

Comme le font remarquer des intervenants dans la salle, ces statistiques occultent d'autres réalités notoires, comme le fait qu'une infirmière sur deux quitte le métier avant dix ans d'exercice, échappant à l'épuisement... par la démission.

CRITÈRES DE PÉNIBILITÉ : LA PERTINENCE DU PRISME DES « MÉTIERS FÉMINISÉS »

La revendication d'une reconnaissance des dégâts causés par les conditions de travail persiste donc.

D'autant qu'il ne s'agit pas de se consoler avec des mesures réparatrices. « **Dans le cadre de la réforme des retraites, il était question d'aménagements de fin de carrière et même d'anticipation de départs à la retraite, jusqu'à huit trimestres. Nous attendons toujours les décrets d'application !** » poursuit Philippe Peretti, rappelant que pour la CGT, un nombre beaucoup plus important d'agents doit être considéré en catégorie active.

Pour exemple, une infirmière qui devient cadre perd son droit à la retraite anticipée, sans pour autant, loin s'en faut, bénéficier de meilleures conditions de travail. Dans ce contexte, il semble peu crédible de prétendre que certains hospitaliers seront en capacité de travailler jusqu'à 67 ans et que le secteur pourra retrouver de l'attractivité.

Les critères de pénibilité reviennent certes dans l'actualité, puisque des réflexions parlementaires sont en cours pour rétablir ceux supprimés par la réforme des retraites de 2023, et même pour les améliorer et en instaurer de nouveaux, comme l'expose Florence Chappert, responsable de la mission.

« **Égalité intégrée** » de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) : « **Au-delà du seul secteur de la santé, particulièrement impacté, on constate que les métiers féminisés et donc les femmes sont plus fortement touchés par la dégradation des conditions de travail.**

(1). Les tableaux seront en ligne sur le site de l'Ufmict.

Il s'avère que même dans ces cas, les normes et les conditions d'exercice ne sont pas souvent pensées pour elles. Pourtant, seulement 20 % des métiers sont mixtes. À l'Anact, nous intégrons désormais les données sexuées et les métiers "féminins" dans tous nos travaux, car cela éclaire des réalités sous-estimées, voire invisibilisées.

Les chiffres des accidents du travail montrent aussi une augmentation deux fois plus importante chez les femmes. Elles sont plus exposées du fait de métiers plus éprouvants émotionnellement et mentalement, notamment dans les services qui imposent des contacts avec des publics en souffrance ou en colère, ou de métiers qui exigent concentration et attention constante (call centers).

Elles travaillent souvent debout, dans le commerce, la restauration, les métiers de l'entretien, la coiffure, etc.

Elles supportent également des charges physiques, y compris corporelles, à l'hôpital et dans les métiers de l'aide à la personne ou de la petite enfance.

Nous avons même calculé que certaines tâches répétitives, à l'origine de nombreux troubles musculo-squelettiques, ou ports de charges, dans les métiers du textile, de l'imprimerie, de l'acheminement postal, dépassent très largement les seuils légaux. S'y ajoute un épuisement dû à l'accumulation des charges, familiales notamment, qui se traduit par un plus grand nombre d'accidents de trajet, par exemple. Les corps des femmes ne sont pas les mêmes, évidemment.

Dans le milieu de la santé, il est désormais reconnu que le travail de nuit peut favoriser l'apparition d'un cancer du sein, et que l'exposition à des agents biologiques ou chimiques peut se traduire par des symptômes plus graves chez les femmes. »

Concernant le travail de nuit, pour respecter les rythmes biologiques, il faudrait élargir les horaires reconnus : actuellement, il faut travailler au moins 102 jours par an sur des plages horaires d'au moins neuf heures incluant la durée de minuit à 5 h du matin, ce qui exclut un très grand nombre de soignants qui travaillent pourtant de nuit.

De nombreux critères sont améliorables pour tous (exposition au bruit, aux températures extrêmes, chaudes ou froides, charges, etc.) et pour les femmes en particulier.

LES MÉDECINS DU TRAVAIL EN QUÊTE DE MARGES D'ACTION

Les symptômes de souffrance au travail ont plutôt tendance à se multiplier, souligne Agnès Setton, médecin du travail à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

Après avoir exercé en libéral puis comme médecin du travail sur un bassin d'emploi dans le privé, et désormais à l'hôpital, elle est en mesure de témoigner du manque de considération pour son métier, qui a fait l'objet d'une restriction progressive de moyens et de pouvoir :

« En interentreprise, on était un médecin pour 3 000 - 3 500 salariés, aujourd'hui c'est en moyenne un pour 13 000. On voyait les salariés tous les ans. À partir de 2011, ça a été tous les deux ans, puis tous les quatre ans. Depuis 2017, c'est tous les cinq ans. Et la liste des risques qui imposent un suivi a été restreinte.

Le saccage de la médecine du travail touche aussi l'hôpital, malgré l'épuisement professionnel généralisé, la multiplication des risques d'infections biologiques, chimiques ou liés aux rayonnements ionisants, et, bien sûr, les innombrables manifestations de charge et usure mentales, souvent non reconnues. L'angoisse est partout, les soignants ont peur pour eux et pour les patients, ils travaillent souvent dans l'urgence, avec des collègues intérimaires ou dans des services où on les affecte au jour le jour. Nous aussi avons subi de multiples réorganisations et "mutualisations" des services de santé au travail. Nous avons juste le temps et les moyens de recevoir les blessés ou ceux qui reviennent de maladie. Je me pose tous les jours la question : comment faire malgré tout pour écouter, conseiller, alerter les personnels qui viennent me consulter. »

La préoccupation concernant les journées de travail de 12 heures en échange de plus de jours de repos s'exprime aussi.

Il devait s'agir d'expérimentations, mais la pratique s'est généralisée sans être réellement évaluée, alors que les soignants reconnaissent que les rythmes de travail et de vie qui en découlent pèsent sur leur santé.

SOIGNER LES CAUSES POUR ÉVITER D'AVOIR À SOIGNER LES CONSÉQUENCES

Agnès Setton constate avec inquiétude et découragement qu'en cas d'incapacité

partielle, les directions et une partie du management préfèrent proposer une rupture conventionnelle qu'une adaptation de poste.

« Je l'ai observé avec une cadre qui défendait "trop" son équipe ou un technicien affecté par un syndrome du canal carpien à force de nettoyer à la chaîne des endoscopes, et dont l'expérience a été utilisée autrement, à un poste de référent, plébiscité par toutes les équipes. Ce nouveau poste n'a jamais été créé, et son ancienne charge de travail a dû être assumée par son collègue. »

Des drames ont déjà lieu, la maltraitance et le déni persistent. Dans la salle, les réactions ne manquent pas, les uns signalant par exemple que certains départements (Lot-et-Garonne, Tarn) n'ont plus de médecin du travail, juste des infirmières spécialisées dépourvues de tout pouvoir juridique ; d'autres regrettant que les soignants aient « raté le coche » d'une meilleure reconnaissance au moment du Covid et fustigeant le management toxique et des termes tels que « qualité de vie au travail » ou « troubles psychosociaux », qui déplacent les problèmes pour ne pas avoir à les régler.

Chacun se demande comment sortir les services de santé au travail de leur isolement et mettre en commun les connaissances syndicales et médicales sur les réalités du travail pour mieux défendre son travail et sa santé. Conclusion provisoire d'Alain Carré, fier d'être médecin du travail et syndicaliste : *« Nous ne sommes pas des sous-médecins, bien au contraire. Le travail, c'est au moins un tiers de la vie, comment la médecine de soins pourrait-elle ne pas le prendre en compte ?*

Quand je suis confronté à une souffrance individuelle au travail, je soutiens mon patient, mais je réfléchis aussi en termes de collectif, parce que c'est le travail ou son organisation qui pose problème, et je m'adresse à l'employeur, responsable de la santé du personnel, pour que la situation change.

Nous avons au sein de la CGT un collectif des personnels de santé au travail et un collectif de médecins, autant de passerelles pour mieux échanger avec les autres soignants. Et pour construire des leviers d'action en commun. »

À suivre.

Cet article a été réalisé par Valérie Géraud, membre de l'équipe des journalistes de la rédaction d'Options

L'USURE AU TRAVAIL : VRAIS PROBLÈMES, FAUSSES SOLUTIONS

Stress, épuisement, troubles musculosquelettiques, cancers : pathologies psychiques et physiques se cumulent pour endommager les capacités de chacune et chacun à réaliser son travail. Si les femmes sont particulièrement exposées, la dégradation des conditions de travail est générale. Comment y répondre ? Propositions :

Qu'est-ce que « l'usure professionnelle » ?

C'est par cet effort de clarification porté par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) qu'a démarré la deuxième table ronde des journées d'études de l'Ufmict-CGT. « **L'usure professionnelle est un processus d'altération de la santé qui s'inscrit dans la durée et qui résulte d'une exposition prolongée à des contraintes de travail** », et qui endommage « **les capacités à réaliser le travail** », précise l'Anact.

Elle peut concerner les salariés à n'importe quelle étape de leur carrière. Dans le secteur de la santé et de l'action sociale, cette définition soulève un enjeu singulier en termes de genre.

En ouverture des débats, l'ancienne sénatrice communiste Laurence Cohen, coautrice du rapport « **Santé des femmes au travail : des maux invisibles** », adopté par le Sénat en juin 2023, plaide ainsi pour une approche sexuée de la santé au travail, les femmes étant particulièrement exposées à l'usure physique et psychique. 60 % des personnes atteintes de troubles musculosquelettiques (TMS) sont en effet des femmes. Exemple à Nantes, où une aide-soignante en gynécologie s'est retrouvée en incapacité et précocement à la retraite, après la manipulation dans la durée de charges lourdes : le 27 septembre dernier, sa demande d'indemnisation de 400 000 euros devant le tribunal administratif a été mise en délibéré. L'impact du travail de nuit sur la santé est également pointé.

Selon une étude de l'Inserm, il accroît de 26 % le risque de cancer du sein. Ce lien de causalité a conduit, pour la première fois, en mars 2023, à ce qu'une infirmière de Sarreguemines obtienne que son cancer du sein soit reconnu comme maladie professionnelle.

Ce premier cas pourrait ouvrir la voie à d'autres reconnaissances, pour peu que le ministère se donne réellement les moyens de « **disposer d'un système de reconnaissance tant à la hauteur des attentes légitimes en matière de réparation individuelle qu'à jour des dernières connaissances scientifiques** ».

AVEUGLEMENT « AU GENRE » ET DÉNI DES VIOLENCES SEXUELLES

En dépit de l'existence de statistiques sexuées, celles-ci demeurent peu exploitées. À l'exception de celles de la Bretagne, les données de l'Assurance maladie sur les accidents du travail ne font en effet l'objet d'aucune analyse sexuée et croisée et d'aucune communication spécifique.

Dans le même esprit, en prévention des risques, les postes de travail sont généralement conçus à partir du corps des hommes, dans un milieu où 80 % des postes sont occupés par les femmes : « **Les appareils de levage ne sont généralement pas utilisés parce que tout est minuté et que leur utilisation prendrait trop de temps** », précise la sénatrice.

Dans les tableaux reconnaissant les maladies professionnelles, « **l'aveuglement au genre** » conduit aussi à ignorer les affections propres aux femmes, notamment l'endométriose, dont souffrent 10 % de la population féminine en âge de procréer. Dans la carrière, on minimise également les effets de la maternité, des parcours de procréation assistée et de la ménopause ; de même que les facteurs extérieurs à l'entreprise qui affectent la santé des travailleuses : la monoparentalité, la double journée de travail, les violences familiales. On occulte aussi trop souvent les violences au travail.

Une femme sur cinq en a été victime au moins une fois, rappelle Laurence Florence Cohen, pour qui il faut faire face « **à deux systèmes d'oppression : le capitalisme et le patriarcat** ». Si de plus en plus de situations de harcèlement sexuel sont révélées, leur traitement n'est souvent pas à la hauteur. Le récent tract de l'Ufmict sur les violences sexistes et sexuelles dénonce la passivité de la direction du CHU de Toulouse face à l'arrivée d'un interne condamné pour agressions sexuelles.

Aux Hospices Civils de Lyon, après la reconnaissance en accident du travail de violences sexistes et sexuelles à l'encontre d'une soignante.

Frédérique Déchiron, déléguée CGT, témoigne du calvaire vécu par une autre agente, harcelée sexuellement par un technicien supérieur hospitalier (TSH).

L'alerte a été lancée auprès de la direction, de l'inspection et de la médecine du travail.

« **Six mois plus tard, l'homme est toujours en poste et une jeune femme de 30 ans est en arrêt** », fulmine la déléguée syndicale.

UNE FORTE INSATISFACTION AU TRAVAIL QUI VOISINE AVEC UN SENTIMENT D'UTILITÉ INTACT

Dans les établissements de santé, cette inaction participe à la montée des risques psychosociaux, dont l'ampleur est notamment montrée par le baromètre de la santé des personnels hospitaliers réalisé en février 2023 par la Mutuelle nationale des hospitaliers. Seulement la moitié des personnels, femmes et hommes confondus, s'y déclare satisfaits de leur travail, alors que c'est le cas pour 73 % de la population en âge de travailler.

Cette insatisfaction est d'autant plus marquante qu'elle s'accompagne d'un sentiment d'être utile à la société supérieur à celui de l'ensemble de la population (78 %, 9 points de plus que la moyenne).

Au quotidien, les difficultés dans l'exercice des métiers se cumulent : 79 % des hospitaliers affirment que leur travail génère un stress important (48 % dans l'ensemble de la population), 71 % déclarent une pénibilité importante (43 % dans l'ensemble de la population), 74 % estiment que le travail a un impact négatif sur leur santé (39 % dans l'ensemble de la population).

Les hospitalières se déclarent davantage en souffrance, que ce soit en termes de stress (+ 5 points) ou de pénibilité (+ 7 points).

Le baromètre met aussi l'accent sur les incivilités et les violences verbales au travail qui concernent le personnel hospitalier deux fois plus souvent que l'ensemble de la population.

Dans les situations les plus dramatiques, cette dégradation des conditions de travail peut conduire au suicide.

En Moselle, l'hôpital de Brumath en a vécu trois en six mois.

« Statistiquement, le travail, parce qu'il participe de l'estime de soi, protège du suicide, observe Cécile Clamme, inspectrice du travail. Mais il peut aussi en être une cause essentielle. »

Dans ce cas, l'inspection du travail peut déclencher une enquête dont elle transmettra le rapport au procureur de la République.

« Pour faire valoir le harcèlement, il faut une accumulation de faits, matériellement établis et qui ont un effet délétère sur la santé de la personne », prévient-elle.

EXPOSITIONS À L'AMIANTE ET AUX SUBSTANCES CYTOSTATIQUES

À cette « *sinistralité* », pour reprendre le mot d'une participante, il faut ajouter la question de l'**amiante**. Bien qu'elle soit totalement interdite depuis 1997, sa longue et intense utilisation génère encore des risques lors des travaux effectués sur les bâtiments.

« Malgré la législation, la reconnaissance de l'exposition à l'amiante et des maladies professionnelles reste difficile », expose Jean-Luc Douguet, membre de la commission exécutive de l'Union fédérale des retraités CGT, ancien TSH à Brest. Depuis la première condamnation d'un hôpital public pour mise en danger délibérée de la vie d'autrui en 2017, à Besançon, plusieurs hôpitaux ont dû reconnaître le cancer de leurs anciens agents techniques comme maladie professionnelle (Quimper, Lille, Nantes).

En 2023, à Toulouse, le cancer d'une auxiliaire de puériculture de la crèche de l'hôpital a été reconnu comme maladie professionnelle : c'est la première reconnaissance d'une exposition passive à l'amiante.

Jean-Luc Douguet élargit sa mise en garde aux substances cytostatiques utilisées en oncologie.

« Les soignants qui les manipulent sont concernés. Et si on comprend les métiers du transport, de la gestion des déchets et du nettoyage, 92 000 salariés au total y seraient exposés, d'après l'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (NDLR Sumer) de 2016-2017. » Il plaide pour que les produits cytostatiques intègrent la liste des agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR).

« En commission, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) nous l'a promis, mais ce n'est toujours pas fait », se désole-t-il.

Dans ce contexte où les maladies peuvent se déclarer des années après l'exposition aux risques, la sénatrice Laurence Florence Cohen en appelle à l'opiniâtreté pour que soient reconnus les préjudices et qu'évoluent les conditions de travail.

À la tribune comme dans l'assistance, on invoque le Code du travail, en se fondant sur les obligations de l'employeur concernant la santé et la sécurité (L4121-1 et L4121-2).

FACE AUX MANQUEMENTS DES EMPLOYEURS ET DE L'ÉTAT : DES PISTES D'ACTION

Comment pallier les manquements des employeurs et des autorités au regard de la législation ?

La réponse se heurte au manque de moyens. Cécile Clamme rappelle ainsi qu'à peine 1 650 agents publics contrôlent le travail de 20 millions de salariés. Plusieurs participants au débat témoignent de leur lassitude face au silence et à l'inaction de leur administration.

« Il faut se saisir des fiches d'événement indésirable et réclamer de les transmettre au personnel, préconise l'inspectrice du travail. Si un agent a pris la peine de formaliser, il faut donner suite, quitte à insister lourdement et à faire intervenir l'inspection du travail pour obtenir ces fiches. »

Sur l'approche sexuée de la santé au travail, le rapport sénatorial a formalisé 23 recommandations.

Après avoir regretté qu'une seule des 34 actions du Plan national de santé au travail (PNST) concerne l'égalité femmes-hommes, Laurence Cohen souligne l'intérêt du plan régional de santé au travail breton qui a fait de la santé des femmes l'un de ses axes.

On y apprend ainsi que les métiers du soin et du lien sont de loin les plus accidentogènes, avec 28 % des accidents du travail avec arrêt en 2016.

La sénatrice réclame que les acteurs de la prévention soient formés à une approche genrée et que soient différenciées les situations des hommes et des femmes : **« Différencier n'est pas discriminer. C'est extrêmement important de le réaffirmer car les résistances sont**

multiples dans le privé et le public », argumente-t-elle avant de dénoncer l'hostilité des syndicats patronaux qui extrapolent un supposé **« communautarisme sanitaire »** des femmes.

Jean-Luc Douguet insiste sur le partage des bonnes pratiques, comme la suppression ou la substitution des substances toxiques (qui n'existe toujours pas pour le formaldéhyde) et le renforcement du suivi médical post-professionnel.

Sur les thèmes de la reconnaissance et de la réparation des préjudices, il insiste sur l'effet levier que peuvent avoir les condamnations des employeurs irrespectueux de la santé des employés.

Ainsi, à Toulouse, suite à la reconnaissance du cancer de la puéricultrice comme maladie professionnelle, ses collègues ont entamé un recours pour préjudice d'anxiété, et la section des retraités a demandé un suivi médical. **« Pour les cytostatiques, on ne sait pas ce que ça va donner »,** observe-t-il en insistant sur la difficulté de collecter les preuves (photographies des produits, témoignages, etc.)

Alain Carré, médecin du travail, rappelle les outils à disposition : la fiche d'entreprise et la possibilité offerte par l'article L46-24-9 du Code du travail d'établir un signalement de risque par écrit avec préconisation de prévention ; si l'employeur décide de ne pas s'y conformer, il devra s'en justifier auprès du Comité social et économique (CSE), de l'inspection du travail et de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat).

Si l'action syndicale ne rencontre que des murs, Laurence Cohen fait une proposition :

« Il faut dénoncer médiatiquement. Les employeurs n'aiment pas la mauvaise publicité. N'attendez pas le procès, communiquez ! »

De Quimper à Sarreguemines, en passant par Nantes, Lille, Toulouse, Besançon, Brumath ou les Hospices civils de Lyon, le pas de cette médiatisation a été franchi ou est en passe de l'être.

Cet article a été réalisé par Stéphanie Stoll, membre de l'équipe des journalistes de la rédaction d'Options

SANTÉ AU TRAVAIL : UN BIEN COMMUN À (RE)CONSTRUIRE

Comment, sur le terrain, syndicats et médecins du travail peuvent-ils travailler pour réduire l'impact du travail sur la santé ?

Complexes, les pratiques se heurtent à la stratégie de destruction de la médecine du travail et à sa perte d'indépendance, sur fond d'assèchement des effectifs.

Au mépris de la prévention primaire.

Pour camper la réalité de la dégradation des conditions de travail et des atteintes à la santé des personnels, les témoignages, sur fond de logique austéritaire, sont saisissants. Celui de Marie-France Boudret, trente-trois ans de carrière dans le même Ehpad public, ouvre la troisième table ronde des journées d'études de l'Ufmict-CGT.

Son parcours professionnel, elle fut d'abord agent de service hospitalier (ASH), avant de devenir aide-soignante, puis infirmière, force le respect et lui donne la légitimité pour qualifier l'évolution de ses conditions de travail, dont elle a pu observer et vivre la dégradation au fil du temps. **« Faute de matériels adaptés pour pouvoir prendre en charge des patients lourds et très dépendants, les agents qui ont débuté en même temps que moi sont aujourd'hui "cassés" et souffrent de troubles musculosquelettiques, de tendinites, de problèmes de dos... Trente ans plus tard, ce n'est plus le matériel qui manque, mais les effectifs et le temps pour les utiliser. Il faut aller au plus vite pour avancer dans son travail »**, au détriment, toujours, de la santé physique comme psychique.

Dans l'Ehpad où travaille l'infirmière, les soignants sont ainsi en grande difficulté.

L'établissement ne compte pourtant qu'un médecin du travail, présent un seul jour par semaine et **« pas très à l'écoute du personnel »**. La table ronde, sur le thème **« Médecins du travail et syndicats : pratiques de contre-pouvoirs »**, entre ainsi dans le vif de son sujet, alimentée par de nombreuses expériences vécues et extrêmement diverses. Dans un établissement de l'AP-HP, c'est un médecin du travail qui **« fait le boulot »**, mais se trouve aussitôt **« rappelé à l'ordre au motif qu'il va trop loin dans son engagement »**.

Dans un hôpital du Cher, département frappé par la désertification médicale, c'est une absence totale de médecins du travail qui est décrite, avec des directions qui font le choix de faire appel à des prestataires...

ARRÊTS MALADIE, DISPONIBILITÉS D'OFFICE, PUIS RETRAITE

Portée par les employeurs comme par l'État, l'entreprise de destruction méthodique de la médecine du travail est engagée depuis plusieurs décennies. Médecin du travail, Alain Carré en repère les phases successives : d'abord l'assèchement des effectifs, puis le transfert des missions à des services de santé au travail, lesquels sont sous contrôle des employeurs et chargés de les aider à rédiger le document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp).

Les infirmières en santé au travail, à qui de nouvelles tâches ont été confiées pour parer au déficit de médecins, ne sont toujours pas protégées par la loi, ce qui les expose aux pressions, voire aux repréailles. Éric Tron de Bouchony, médecin Ufmict, resitue cette réalité dans le mouvement d'externalisation et de perte d'indépendance des unités de santé au travail, accentué dans le contexte d'urgence sanitaire de 2020. En affaiblissant notamment la prévention, la loi santé au travail de 2021, faisant suite au rapport **« Lecoq »**, a fait le reste.

« Tout le monde est d'accord pour en finir avec la médecine du travail, affirme Alain Carré. On va donc substituer au médecin du travail un certain nombre d'organismes qui vont se charger à leur place de la mission d'ordre public social. En organisant la pénurie de moyens, on va, dans un deuxième temps, diminuer les possibilités de formation médicale. Les conditions de travail des professionnels se dégradant, de moins en moins d'étudiants se dirigeront vers la médecine du travail. »

Troisième temps enfin, l'application aux médecins des techniques managériales : intensification, individualisation, intériorisation des objectifs du management.

« Cela conduit, poursuit le médecin, à une sorte de tri entre les travailleurs et les travailleuses, destiné à pousser les "inemployables" hors du milieu du travail.

Nous nous trouvons bien dans une situation relevant de la sélection médicale de la main-d'œuvre. »

Le raisonnement, implacable, est illustré par une série d'interventions sur les situations vécues notamment par celles et ceux qui **« sont au bout du bout »** et pour lesquels **« rien n'est fait, individuellement et collectivement, pour anticiper les fins de carrière »**, alerte un ingénieur ergonomiste, retraité d'un établissement de l'AP-HP. Le parcours est alors toujours le même : arrêt maladie, puis disponibilité d'office, puis retraite. D'autres dénoncent des stratégies de détournement de la réglementation, comme la mise en arrêt et non en accident du travail d'un agent pris en charge en réanimation après une chute dans un escalier. Tous et toutes témoignent de personnels **« fracassés »** physiquement et psychologiquement.

AU CŒUR DU RÉACTEUR : LE MANAGEMENT PATHOGÈNE

Fracassés, beaucoup le sont au CHU de Toulouse. En 2016, quatre suicides en 18 jours ont profondément marqué le personnel. Chaque année, 800 accidents du travail en moyenne sont à déplorer. Secrétaire CGT du CHU de Toulouse, Julien Terrié propose de prendre le problème à la source, en s'attaquant, en prévention primaire, au risque principal : la violence managériale. Plusieurs cas concrets aident à en prendre la mesure : ici, une infirmière en burn-out, radiée pour abandon de poste ; là, l'organisation d'une confrontation entre un agresseur et une agressée, harcelée sexuellement. Depuis 2010, vingt expertises pour risques graves ont été engagées. Retardée à plusieurs reprises par des procédures-bâillons, la dernière a ciblé le management pathogène et ses effets, sur fond de moyens faméliques alloués à la médecine du travail : 2,8 professionnels en équivalent temps plein pour 16 000 agents, contre 16 recommandés par l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS).

Basé sur l'analyse de 3 300 réponses à un questionnaire, d'une étude documentaire et d'entretiens, le rapport d'expertise⁽¹⁾ a été finalisé au printemps dernier. Rappelant à l'employeur sa responsabilité en matière de santé et de sécurité, il fait état d'une situation alarmante. États de santé dégradés, dépressions légères à sévères... « **tous les indicateurs sont au rouge** », alerte Julien Terrié.

Plusieurs chiffres sont ainsi saisissants : 83 % des agents du CHU trouvent que leur charge de travail est trop importante en raison, pour beaucoup (45 %), du manque de personnel. Près de quatre agents sur dix déclarent travailler plus que le temps prévu, dans un contexte où de nombreux services fonctionnent en journées de 12 heures ; 35 % jugent qu'ils ont, du fait du travail, une indisponibilité vis-à-vis de leurs proches et dénoncent le manque de repos. Une majorité, enfin, affirme manquer de soutien. Le rapport pointe ainsi « **un niveau d'inaction coupable** » de la part de la direction, résume Julien Terrié, qui rejoint le médecin du travail dans son analyse d'une sélection de la main-d'œuvre qui ne dit pas son nom. Des pratiques de « *mobbing* » sont relevées, stratégies de harcèlement visant à pousser vers la sortie les agents « **non productifs** ».

RENDRE VISIBLES LES RISQUES ET LES DANGERS POUR LA SANTÉ

Comment va votre travail ? C'est pourtant par ces mots que devrait commencer toute consultation de médecine du travail, affirme Alain Carré, coauteur avec Dominique Huez de La Clinique médicale du travail - Contribution de l'association Santé et Médecine du travail à la formation et à l'exercice de la médecine du travail⁽²⁾.

Il précise : « **Notre rôle est d'explorer ce qu'est le travail réel. Il faut arriver à comprendre ce qui se passe pour chacune et chacun, parvenir à créer une confiance telle que le salarié ou la salariée va expliquer comment il travaillait avant, comment il travaille maintenant, comment il voudrait travailler.** »

Dans tous les cas, l'exercice de la médecine du travail est, par définition, sous pression. Il impose de suivre trois étapes distinctes : repérer les dangers et les risques pour la santé dans le travail ; regarder si ces dangers ou ces risques ont des effets ;

enfin les rendre visibles. « **C'est un travail réellement militant qui va permettre de bâtir une prévention primaire pour l'ensemble des personnes exposées à ces risques. Ensuite, aux syndicats de négocier !** »

Mais sur le terrain, les syndicats souffrent d'un manque de moyens et, pour certains, d'un certain isolement, qu'il est possible de rompre en se tournant vers les organisations, dont les Unions syndicales départementales (USD) santé et action sociale, pour traiter des situations de maladies professionnelles, d'accidents du travail ou d'imputabilité médicale.

Les syndicats aspirent aussi à un partage d'expériences et font preuve d'une grande détermination à trouver des solutions. Par exemple, en prenant appui sur la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, qui a notamment créé la période de préparation au reclassement (PPR) : elle est de droit, dès lors que l'état de santé de l'agent, sans lui interdire de travailler, ne lui permet plus d'exercer les fonctions correspondant à son emploi.

Mais comme tout droit, il faut se battre pour l'obtenir, montrent les débats. D'autres pistes sont évoquées, tout particulièrement celles liées à la formation, à tous les niveaux : formation à l'ergonomie dès les études d'infirmières, formation syndicale, formation à la prévention des risques psychosociaux des directeurs et directrices d'établissement comme des cadres supérieurs.

REMETTRE EN CAUSE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Cette dernière formation est précisément l'une des recommandations votées par les syndicats CGT, CFDT et SUD du CHU de Toulouse, après la remise du rapport d'expertise, aux côtés d'autres mesures d'urgence, comme l'organisation d'une grande campagne de prévention du suicide, des embauches, l'arrêt des plannings ingérables et le respect des instances.

Un début : « **Il faut revenir sur la tarification à l'activité qui enferme l'hôpital dans une logique marchande, sans prise en compte des nécessaires investissements hospitaliers, ce qui nous oblige à emprunter sur**

les marchés financiers et creuse l'endettement des établissements », souligne Julien Terrié. Il avance plusieurs revendications, dont la création d'une commission d'enquête sur le management pathogène hospitalier, la fin de la taxe sur les salaires (5 milliards d'euros à l'échelle nationale) et le rétablissement des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) avec droit de veto sur les organisations. Secrétaire générale adjointe de l'Ufmict-CGT, Ophélie Labelle conclut en mettant en évidence les effets délétères provoqués par le néolibéralisme et le nouveau management public, dont les outils déshumanisent la prise en charge de toutes et tous : « La santé au travail ».

Christine Labbe,
rédactrice en chef du journal "Options"

⁽¹⁾. Disponible sur cgtchutoulouse.fr

⁽²⁾. Octarès Éditions. Association Santé et médecine du travail : <http://a-smt.org/>



SANTÉ ET ACTION SOCIALE « SOYONS TOUTES ET TOUS ACTEURS DE LA LUTTE »

Comment dépasser le diagnostic alarmant sur les conditions de travail et de santé des professionnels ? Dans ses conclusions, Ophélie Labelle, secrétaire générale adjointe de l'Ufmict-CGT, a tracé des perspectives d'action en s'appuyant sur les expériences syndicales de terrain.

Centrées sur les conditions de travail des personnels et, plus particulièrement, sur le lien entre les syndicats et la médecine du travail, l'Union fédérale des médecins, ingénieurs, cadres, techniciens (Ufmict-CGT) a tenu plusieurs journées d'études. On y a mis l'accent sur les stratégies néolibérales qui imposent, dans les établissements de santé, une vision industrielle du travail. **« Cette vision, qui s'appuie sur une logique austéritaire et un management pathogène, doit être combattue »,** a affirmé Ophélie Labelle, secrétaire générale adjointe de l'Ufmict, en soulignant la singularité du secteur de la santé et de l'action sociale. Les débats ont permis de documenter un diagnostic alarmant : les dégâts sur la santé causés par la mise en place du *« travail en douze heures »*, la perte de sens et l'essor des accidents du travail comme des départs en invalidité, dans un contexte de sous-effectifs grandissants... **« Bien souvent, on considère les professionnels du champ de la santé et de l'action sociale comme des personnels "dévoués"... On pourrait ajouter aujourd'hui le qualificatif de "sidérés". Il faut changer les mentalités pour ne plus accepter des conditions de travail dégradées, avec l'objectif de redonner de la visibilité à tous les personnels. »**

POUR UNE APPROCHE SEXUÉE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Dans la pratique, cet objectif se heurte aux menaces qui s'accumulent sur les contre-pouvoirs, qu'il s'agisse de la médecine ou de l'inspection du travail, mises à mal en termes d'effectifs et de missions. **« Cela met en lumière l'importance qu'ont nos syndicats pour prévenir les dérives en matière de protection de la santé, tout au long de l'évolution professionnelle des agents, et éviter que les situations que nous observons et dénonçons ne deviennent hors contrôle »,** a mis en garde la secrétaire générale adjointe de l'Ufmict, en posant les grands principes de prévention. Cela démontre aussi l'intérêt de collaborer avec la médecine du travail, outil indépendant de gestion des risques, comme avec l'inspection du travail.

Parce que la santé au travail, **« est un bien commun, nous devons la défendre »,** à rebours des effets délétères provoqués le néolibéralisme et le new public management, dont les outils déshumanisent la prise en charge des travailleurs. Et singulièrement des travailleuses, les débats ont souligné la nécessité d'analyse genrée des postes de travail et des conditions de travail. **« Il est urgent que nous, Ufmict, avec la Fédération Santé et Action Sociale, développons une approche différenciée, avec la conviction que "différencier" n'est pas "discriminer" ».**

MÉDIATISATION DE L'ACTION SYNDICALE CONTRE LES VSS

Certes, les journées d'études ont posé un diagnostic résolument négatif. Mais elles ont aussi montré la détermination et l'aspiration de toutes et tous à avancer et à œuvrer ensemble. Pour le syndicalisme, cela impose de tracer des perspectives d'action pour élever le rapport de force dans les établissements. Plusieurs pistes ont été évoquées. Parmi elles : celle de la médiatisation **« de l'action syndicale comme de l'inaction des directions »,** en particulier sur les violences sexistes et sexuelles (Vss), objets de multiples interventions.

Dans ses conclusions, Ophélie Labelle a également insisté sur l'indispensable valorisation des expériences syndicales et mis l'accent sur l'enjeu de la formation : formation syndicale, notamment en rapport avec les comités médicaux ; en direction des cadres de santé, des services de santé au travail, des directeurs et des directrices d'établissements, sur les techniques du management pathogène. Tout comme elle a plaidé pour la reconnaissance des qualifications, singulièrement dans ces professions à prédominance féminine, pour beaucoup impactées par le glissement des tâches. Les infirmières en santé au travail, qui remplacent progressivement les médecins de travail, ne sont pas protégées : **« Il ne faut pas les oublier, et obtenir cette reconnaissance. »**

En cours de déploiement depuis novembre 2024, la grande enquête de la fédération Santé-Action sociale sur les infirmiers et infirmières diplômées de l'État (Ide) est un outil pour l'action syndicale, fondé sur le recueil de la parole des professionnelles.

« Les syndicats doivent s'en emparer, a plaidé Ophélie Labelle. À l'Ufmict, nous sommes là pour vous accompagner et l'approche spécifique est, de ce point de vue, fondamentale. »

Le slogan des années 1980 des luttes Ide, *« Ni nonnes, ni connes »*, reste pertinent. Parce que la santé n'est pas une marchandise, **« nous devons à tous les niveaux, être actrices de la lutte »** : pour l'ensemble des personnels, en imposant le travail comme une question centrale.

*Christine Labbe,
rédactrice en chef du journal "Options"*

CONCLUSION

JOURNÉES D'ÉTUDES UFMICT-CGT

Cette année, notre regard s'est tourné sur les conditions de travail et plus particulièrement du lien entre syndicats et médecine du travail. Il est difficile de réagir à chaud, à tous les échanges, extrêmement riches.

J'interviendrai dans un premier temps sur le contexte puis sur les propositions d'actions syndicales.

Le patronat, à travers les outils du nouveau management public, véhicule que le coût du travail serait trop élevé et donc cela nécessiterait de faire des coupes financières, sauf que notre secteur n'est pas n'importe lequel. Comme l'a dit Agnès, la médecine du travail est humaniste, la prise en charge des personnes à l'hôpital, en Ehpad, dans les structures sociales l'est tout autant.

Or la division du travail est hyper hiérarchisée avec une vision industrielle qui provoque un management pathogène.

Vous le savez tous et toutes, l'hôpital est touché par l'austérité volontaire, porté par les gouvernants avec un dimensionnement donnant la place au privé.

Le constat, que nous connaissons trop bien, a encore été pointé tout au long des interventions : mise en place du travail en 12 heures malgré les conséquences désastreuses sur la santé, sous-effectif grandissant, perte de sens au travail, départ en invalidité en augmentation, augmentation des AT...

Bien souvent les professionnels du champ de la santé et de l'action sociale ont été considéré comme dévoués, aujourd'hui nous pourrions dire qu'ils sont "sidérés".

« **Changer la culture, rendre visible l'invisible** ».

Nous devons faire changer les mentalités pour ne plus accepter de travailler dans des conditions dégradées qui nuisent à la santé des travailleurs et travailleuses avec des conséquences sur la population. Comme le dit l'UGICT, rien n'est écrit d'avance.

Les contre-pouvoirs sont menacés, nous l'avons vu tout au long de ces tables-rondes.

Les gouvernants ont tout mis en place pour affaiblir les services : diminuer les missions des médecins du travail en diminuant drastiquement les effectifs et leurs missions. Tout l'accompagnement nécessaire n'est plus fait, faute d'effectif ce qui ne leur laisse plus le temps de participer aux instances. Également, comme nous l'a montré le témoignage de Cécile, la mise à mal de l'inspection du travail qui a subi un non renouvellement des postes à pourvoir provoquant une augmentation des suivis/agent.

Jean-Luc a souligné l'importance de l'accompagnement post-professionnel qui ne s'arrête pas à la période de travail. La période de latence nécessite l'importance d'un suivi au long cours. Un point important est la difficulté de remonter le fil de l'exposition possible des travailleurs et travailleuses ; les changements de poste ne sont pas forcément conservés.

Ce qui démontre l'importance de la place des syndicats pour l'accompagnement de pouvoir mener une enquête.

Nous devons faire monter le rapport de force mais avec quels alliés ?

Les échanges que nous avons eu démontrent l'intérêt que nous avons besoin de travailler avec la médecine du travail, outil indépendant de gestion des risques, les inspecteurs et inspectrices du travail.

Rappelons qu'un des grands principes de prévention, rappelé par Cécile est d'éviter tous risques.

Le cadre légal est sous-utilisé.

Florence Chappert et Laurence Cohen ont appuyé sur un "impensé" qui est l'analyse genrée des postes de travail, des conditions de travail. Mener une approche différenciée n'est pas discriminer, c'est l'amélioration des conditions de travail pour les femmes et pour les hommes avec l'adaptation aux femmes et aux hommes.

Ce matin, nous avons vu que l'intervention des syndicats permet de limiter les dérives. En effet, ne restons pas négatifs et forts de nos échanges et de la réussite de ces journées d'études, posons des perspectives de travail :

- Hier, nous avons parlé de médiatisation. Médiatisations d'actions syndicales mais aussi de l'inaction des directions comme l'exemple de non prise en compte de violences sexistes et sexuelles aux HCL.

L'UFMICT, l'Union Fédérale des Médecins, Ingé, cadres et Tech est là pour vous accompagner.

L'approche spécifique est fondamentale. L'enquête IDE en cours de déploiement en est un exemple.

L'ancien slogan des luttes IDE des années 80, « *Ni nonnes, ni connes* » doit être entendu.

- En lien direct avec la syndicalisation et le déploiement. L'affiliation à l'UGICT et donc à l'UFMICT permet d'avoir les informations et de mener un travail de fond pour la défense des professions.

Le levier formation est important pour mener une réflexion notamment avec les camarades de l'inspection du travail.

Le volet revendicatif n'est pas des moindres. Voici quelques propositions :

- L'adhésion à PRORISQ est à rendre obligatoire. Des motions pourraient être mises en œuvre à différents niveaux :

- * niveau établissements à travers la F3SCT,
- * en direction des ARS, des inspecteurs et inspectrices du travail,
- * au niveau national en direction de la DGOS et éventuellement le ministère de la fonction publique.

- Le travail sur la reconnaissance des qualifications pour les professions MICT, professions à prédominance féminine comme :

- * IDE en lien avec la ré-ingénierie en cours,
- * IBODE avec l'extension des gestes propres aux IDE de bloc opératoire, c'est l'acceptation des glissements des tâches qui provoquent la dégradation des conditions de travail,
- * IDE de santé travail qui remplacent les médecins mais qui ne sont pas protégés juridiquement.

- Directement liées à la médiatisation, nous devons nous appuyer sur les expériences syndicales. L'UFMICT peut être, doit être un relai des actions syndicales, comme l'a démontré le travail enclenché avec le CHU de Toulouse sur les violences sexiste et sexuelles.

- Pour terminer, nous pourrions envisager un travail en direction des cadres de santé, des services de santé au travail, des directeurs et directrices d'établissements contre les techniques de management pathogène.

La protection de la santé doit être considéré comme un bien commun, nous devons la défendre, nous devons lui donner les couleurs, les fondements portés par la CGT, pour protéger l'ensemble des travailleurs et des travailleuses.

La santé n'est pas une marchandise. Julien a encore démontré le sous-dimensionnement des établissements de santé mais aussi de l'action sociale. L'UFMICT au 1er trimestre 2025 devrait avoir un Comité général. Ce sera l'occasion d'intégrer les échanges de ces deux jours au document d'orientation.

Je tiens à remercier tout d'abord Éric et Thomas, co-animateurs de ces journées d'étude. Également Laurent, secrétaire général, ainsi que le bureau et la CE de l'UFMICT.

Les chevilles ouvrières Patricia, Katia et Rafik. Sans oublier la fédération pour la prise en charge.

Je tiens à excuser la secrétaire générale de l'UGICT, Caroline Blanchot, qui n'a pas pu être présente. Je n'oublie pas Stéphane et Alawa à la technique vidéos et photos.

Merci pour votre participation, bons retours.

Ophélie Labelle,

Secrétaire adjointe de l'UFMICT





Rendre effectif le droit à la santé

Le droit à la protection de la santé figure dans le préambule de la Constitution française. Bien qu'opposable, il n'est pourtant pas suffisamment effectif dès lors qu'on le confronte à la réalité de notre société. Face à ce constat, le Groupe VYV a choisi de porter l'ambition d'une santé accessible à tous et d'en faire sa raison d'agir.

Plus de 7 Français sur 10 ont déjà renoncé à se soigner au moins une fois

Selon une enquête Groupe VYV - Viavoice, réalisée en janvier 2023, le renoncement aux soins est devenu un véritable phénomène de société, touchant une grande partie de la population française. Certains publics apparaissent comme étant plus impactés, c'est le cas de presque la moitié des étudiants (49 %) et de 61 % des personnes vivant dans des zones rurales où les délais d'attente découragent le recours aux soins. 82 % de nos concitoyens constatent des inégalités dans l'accès aux soins et la moitié les qualifie même d'importantes.

À ces chiffres, il convient d'ajouter la toile de fond d'inquiétudes plus globales : un système de santé en crise, une urgence de relocalisation de certains médicaments, le vieillissement de la population, pour ne citer que celles-là.

Passer des constats aux solutions

Le socle de nos valeurs mutualistes qui fait de l'humanisme son point cardinal, nous appelle, comme il l'a toujours fait, à nous engager concrètement pour apporter de véritables réponses.

Le Groupe VYV, parce qu'il est un groupe de référence de santé et de protection sociale, souhaite donner plus d'impact à son action en proposant des solutions concrètes.

À travers une protection sociale de haut niveau, l'accès aux soins, le logement, l'accompagnement, le bien vieillir, le mieux-vivre son handicap, l'aide ou encore la parentalité, le Groupe VYV entend agir sur tous les déterminants de santé. Prévenir, anticiper et rendre accessibles les soins médicaux de qualité à tous sont des conditions essentielles du droit à la santé.

Agir pour la santé, aux côtés de tous les acteurs engagés

En donnant à chacun les moyens d'agir sur ces déterminants (accès aux soins, alimentation, logement, prévention, activité physique...) nous encourageons nos concitoyens à devenir acteurs de leur santé. Mais parce que les déterminants relèvent aussi de choix sociétaux, nous entendons dans le même temps et avec la même énergie, pousser ces sujets sur la scène sociale. Ainsi, la question environnementale appelle de notre part des actions concrètes.

La prévoyance, grande oubliée des dispositifs sociaux, doit également trouver toute sa place dans la palette des réponses que nous devons apporter si nous voulons que la santé ne devienne pas le marqueur des inégalités de notre société.

Agir pour que chacun accède à la santé, c'est avant tout agir ensemble, aux côtés de tous les acteurs publics et privés de la santé et des solidarités, pour travailler à une performance sociale pour le bien de tous.

Découvrez nos actions pour une santé accessible à tous ➤



Pour une santé accessible à tous

0403-0423

Groupe VYV, Union Mutualiste de Groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, n° Siren 532661832, n° LEI 969500E01811LL4UF62, DirCom Groupe VYV/Agence interne de communication - 06/23





Dossier UFAS

COMMISSION PARLEMENTAIRE

SUR LES MANQUEMENTS DES POLITIQUES PUBLIQUES EN PROTECTION DE L'ENFANCE

RETOUR SUR LA PRÉSENCE DE L'UNION FÉDÉRALE DE L'ACTION SOCIALE LE 22 JANVIER 2025

Lors de la commission d'enquête parlementaire sur les manquements des politiques publiques en Protection de l'enfance, la CGT a été reçue. Nous avons lu notre déclaration liminaire (visible sur le site fédéral').

Un questionnaire nous a été envoyé. Vous trouverez ci-dessous les réponses et propositions CGT de l'union fédérale de l'action sociale, de la fédération des services publics et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Il est avancé que notre secteur souffre d'une crise d'attractivité. Celle-ci toucherait-elle plus la protection de l'enfance ?

Il n'y a pas de métiers spécifiques à la protection de l'enfance. Les 13 diplômes et métiers du travail social sont définis par le code de l'action sociale et des familles, légalement, il n'en existe pas d'autres. Les professionnels diplômés peuvent travailler dans les différents secteurs de l'action sociale et médico-sociale.

C'est la dégradation des conditions de travail, du secteur de l'action sociale et notamment de la protection de l'enfance qui renforce cette crise dite d'attractivité.

Les rémunérations y sont insuffisantes : Les salaires bas ne reflètent ni les compétences ni l'engagement requis pour ces métiers.

La responsabilité des professionnels face aux situations de famille et jeune est engageante. Ils rentrent chez eux avec une charge mentale importante et l'angoisse de ce

qui pourrait arriver. Actuellement, comment voulez-vous que les professionnels rentrent chez eux sereins lorsqu'un enfant révèle de la maltraitance à son éducateur, et que la seule réponse possible est « ***j'ai bien entendu, j'ai saisi les autorités compétentes, mais tu restes ce soir encore chez toi ou dans ce lieu d'accueil... ça va aller ?*** »

Les conditions de travail sont dégradées avec des prises en charge trop nombreuses, et par manque de temps, le professionnel ne peut pas se consacrer pleinement aux problématiques qu'il rencontre dans les familles et/ou auprès des jeunes.

Il y a trop de jeunes et de familles à suivre par professionnel. Le temps éducatif, le temps des familles ne sont pas en corrélation avec le temps administratif et budgétaire. Pour créer la relation éducative, il faut du temps.

Il faut de l'énergie chez les professionnels pour ne pas lâcher, accompagner, rassurer, soutenir. Les sous-effectifs chroniques, la surcharge administrative, les horaires difficiles et atypiques, et l'exposition à des situations émotionnellement éprouvantes omniprésentes et sans reconnaissance de pénibilité s'ajoutent à ce contexte.

Sans compter, les situations administratives compliquées, les professionnels utilisent le droit commun ce qui implique parfois des heures d'attente aux différents bureaux (mission locale, CAF, MDPH, sécurité sociale, impôt, etc...) et avec les partenaires.

Le manque de reconnaissance : Les professionnels ne sont pas valorisés, tant sur le plan salarial que symbolique. La diminution conséquente des moyens, d'une année sur l'autre pour l'ensemble de la protection de l'enfance, pour la prévention spécialisée, pour la prévention primaire, pour les jeunes majeurs, accentue les problématiques des personnes accompagnées et diminue l'efficacité de l'accompagnement.

Tous les métiers sont touchés, il est aussi difficile de recruter des surveillants de nuit par exemple.

Les fonctions support commencent à souffrir de ce manque d'attractivité du fait des faibles rémunérations et de la déqualification des demandes.

L'attractivité à la PJJ est en berne avec une baisse constante de personnes qui souhaitent passer le concours de la PJJ (éducateur, directeur, psychologue), et une part très inquiétante de stagiaires qui quittent en cours de formation ou ne prennent pas de postes en sortie d'école. Il en est de même pour le recrutement des contractuels, et la raréfaction des détachements entrants.

Il faut donc se pencher à la fois sur le niveau de rémunération trop bas au regard des autres concours de fonction publique à niveau équivalent d'étude, et de la non prise en compte des risques, possibles ou réels, qui ne sont plus en rapport avec les exigences des missions.

De plus, le matraquage médiatique qui consiste à dégrader l'image de la jeunesse dite délinquante qui serait pire qu'avant, ou plus dangereuse, en oubliant de mentionner qu'il s'agit avant tout des jeunes victimes de rejet, et d'une a-socialisation, accroît malheureusement la baisse « d'attractivité ».

Aussi, nous estimons que la réforme des métiers en travail social, n'est pas la solution aux problèmes de recrutement comme s'attèle à le dire nos employeurs. Les formations initiales, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs spécialisés, d'assistants de services sociaux, d'éducateurs de jeunes enfants sont complémentaires et nous donnent les bases nécessaires pour intervenir en protection de l'enfance. Il n'y a pas besoin d'un métier spécifique en tant que tel pour intervenir dans la protection de l'enfance, mais bien de formation aux métiers, tels éducateur spécialisé, assistant social... les uns étant complémentaires des autres. Le fait de travailler dans la protection de l'enfance est un choix que fait le professionnel dans la gestion de sa carrière professionnelle.

Et bien certainement, la formation tout au long du parcours professionnel est importante, et nécessaire pour répondre aux mieux aux problématiques rencontrées.

QUESTION DES SALAIRES

La CGT dénonce l'absence d'augmentation des salaires et la perte de pouvoir d'achat du secteur.

Dans la CCNT66, année 1980, un salaire d'éducateur spécialisé était équivalent à 2,5 fois le SMIC. Aujourd'hui à sa prise de poste, une éducatrice spécialisée (bac plus 3 niveau 6) est rémunérée 60 euros de plus, hors indemnité Ségur, alors qu'elle porte la responsabilité, de morceaux de vie des enfants dont elle a la charge.

Il en est de même dans le public avec l'absence de revalorisation du point d'indice qui devrait être selon l'INSEE à 6.37 € s'il avait suivi l'inflation.

Les études des rémunérations sur les métiers du soin et du lien montrent : à niveau de qualification égale et à travail égal, que ces métiers sont 25 % moins rémunérateurs.

Tous les professionnels de la protection de l'enfance n'ont pas bénéficié de primes et augmentations, créant des injustices dans le secteur. La responsabilité et la charge mentale que cela engendre ne sont pas rémunérées à leur juste valeur.

Les revalorisations n'ont pas permis de compenser l'écart entre le coût de la vie et les bas salaires. Il n'y a eu aucune compensation sur les dernières décennies de l'inflation. Le refus manifeste des syndicats employeurs de négocier l'augmentation du point dans les différentes conventions met à mal le secteur de la protection de l'enfance entre autres. Nous pouvons ajouter qu'aujourd'hui, la loi de finance de la sécurité sociale n'a pas maintenu le budget nécessaire à la seule valorisation sur son secteur, le Ségur. Les impacts risquent d'être conséquents.

QUESTIONS CONDITIONS DE TRAVAIL ET IMPACTS

Les conditions de travail se sont fortement dégradées, les nombreuses enquêtes sur les risques psychosociaux votés et mis en place par les CSE/CCST le démontrent.

Les différents rapports des organismes de prévoyance montrent que la sinistralité n'a jamais été aussi importante dans notre secteur.

Les arrêts maladies, les accidents du travail (notre secteur est devenu le secteur avec le plus d'AT), les inaptitudes n'ont jamais été aussi importantes. Les anciens quittent le secteur, font des bilans de compétences, des burn-out, les nouveaux ne restent pas longtemps.

Le manque de temps à consacrer aux jeunes et à la famille, la perte du sens de la mission, les tâches administratives chronophages allées à des salaires fort minables qui ne permettent pas de vivre décemment, sont les raisons de cette souffrance.

Il est également prévu de transposer la réforme SERAFIN-PH pour la protection de l'enfance, ce qui n'est absolument pas acceptable.

A la PJJ l'administration reconnaît depuis des années que les conditions de travail sont en « *mode dégradé* » et pour autant la réforme du CJPM s'est faite à moyens constants voire se réduisant.

Le rapport du CESE a démontré l'absence de chiffres pour pouvoir étayer l'état du secteur, tant pour les personnes accompagnées que du côté des professionnels.

VERS UNE DÉRIVE LUCRATIVE

Oui, une progression notable du secteur privé lucratif est observée. Cela pose des risques majeurs déjà connu.

La Logique de rentabilité qui prime sur l'intérêt de l'enfant. Le scandale des maisons de retraites, des crèches devrait faire réfléchir et stopper l'entrée du lucratif pour assurer une mission de service public

Les conditions de travail sont encore plus précaires pour les salariés de ces structures qui n'appliquent pas les conventions collectives du secteur. Il y aura moins de transparence et de contrôle public sur les pratiques.

Les principaux acteurs incluent des groupes comme Action Enfance ou des entreprises internationales.

SCI : Des biens sont achetés via le financement public- par des employeurs qui créent leurs SCI, se louent ensuite leurs biens avec le financement public- puis ces biens deviennent privés.

La mise en place de Fonds de dotation : glissement des fonds propres hors budget de l'association. Il n'y plus aucun droit de regard, qu'il s'agisse du CSE ou des instances de contrôle extérieures.

La sollicitation de fonds privés :
mécénat, philanthropie « socialwashing » avec leur dérive.

Nous constatons également le recours à :

- Des gîtes d'enfants (prix de journée en moyenne de 200 euros),
- Des structures avec agrément jeunesse et sport,
- L'hôtellerie,
- Gîte avec un accompagnement via l'agence intérim.

De plus en plus il apparait de nouvelles structures basées à la fois sur du bénévolat et des professionnels (ex : CAPICS). Des places hébergement se créent par la mise en place de nouvelles structures dites lieux de vie, ce qui permet l'existence d'employeurs hors convention collective qui se basent sur le code de l'action sociale et des familles et le code du travail. Les salariés sont très peu rémunérés au regard du nombre d'heures effectif : SOS villages d'enfant, la vie au grand air, fondation Grancher, APIJ 49.

Nous réaffirmons que les missions d'action sociale sont un bien commun, un grand service de l'action sociale et du médio social répondrait à ses dérives.

DE L'EMBAUCHE PAR L'INTÉRIM

Oui, l'intérim a explosé pour pallier le manque de personnel et sur des situations non gérées par l'ASE faute de moyens : pour exemple la prise en charge des enfants à problématiques multiples. Des agences intérim se sont montées, car il y a un enrichissement possible tel DOMINO ; certaines émanent des employeurs : ETTIC pour l'ADAPEI

Nous ne savons pas si elles respectent le décret « n° 2024-583 du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition pour un établissement de santé, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un établissement ou service social ou médico-social par une entreprise de travail temporaire » les personnes non diplômées n'étant pas citées dans le décret.

Quid de la vérification d'éventuelle condamnation définitive l'empêchant d'exercer ou d'intervenir auprès des mineurs et l'absence ou l'existence de condamnation non définitive ou de mise en examen inscrite au fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIIAIS).

L'utilisation de l'intérim entraîne :

- Une instabilité dans les équipes avec la présence de personnels possiblement non qualifiés,
- Un manque de continuité dans l'accompagnement des enfants,

- Des coûts supplémentaires pour les institutions publiques, et associatives énormes,
- Le glissement vers de la prestation externe : intérim pour enfant à problématique multiples, auto-entrepreneur non soumis aux différents protocoles, procédures.

TAUX D'ENCADREMENT ET QUALIFICATION DES PERSONNELS

Il y a nécessité de définir le taux d'encadrement par type de mesures de prise en charge d'enfant. Mais, cela n'est pas suffisant, ces projets doivent prendre en compte plusieurs critères essentiels suivant la mesure : âges des enfants, problématiques multiples, contexte de prise en charge : état des services publics : PJJ, pédopsychiatrie, délai de route, infrastructures de l'employeur, du lieu de l'ESMS... le référentiel des mesures, leurs financements.

Concernant les équipes pluridisciplinaires qualifiées : Si l'exigence reste les métiers répertoriés, si le diplôme métier est celui qui correspond au poste occupé ; le niveau de formation est suffisant. Cependant, il faut favoriser l'emploi de professionnels diversement formés. Il ne faut pas que notre secteur souffre d'un nivellement par le bas.

Se pose la question de la VAE qui est dévoyée, surtout depuis la mise en place de la VAE inversée (absence de minima, d'expérience pour la commencer).

Rappelons aussi que l'accès est de plus en plus facilité : entrée aux écoles de formation via parcours sup, accès facilités : apprentissage, dispositifs de réinsertion professionnelle, après un service civique. Si cela permet à certains d'accéder à un emploi, aucune garantie n'est donnée sur sa capacité à faire la formation et à obtenir le diplôme.

La formation prévue, en bloc de compétences qui peuvent être obtenus indifféremment les uns des autres, va amener des personnels à être en poste sans le diplôme, et donc sans les connaissances indispensables, et la rémunération correspondante.

FORMATION DES PROFESSIONNELS DANS LE SECTEUR SOCIAL, FORMATION DES PROFESSIONNELS POUR TRAVAILLER EN PROTECTION DE L'ENFANCE

Si le niveau de formation est suffisant, se former tout au long de son parcours professionnel est indispensable. Les professionnels demandent à être formés tout au long de leur carrière, afin de répondre et s'adapter aux évolutions de la société, on ne leur propose souvent que des sensibilisations. Le financement des Plans de Développement des Compétences est insuffisant. Pour la protection de l'enfance, les départements pourraient très bien, en lien avec les associations concernées, mettre en place des formations spécifiques.

La réforme des diplômes telle qu'envisagée n'est pas la solution à la crise traversée par la protection de l'enfance. Les formations métiers initiales sont à conserver, elles donnent les fondamentaux et les spécificités propres aux métiers. De nombreux employeurs ne prennent pas de stagiaires car ils doivent les gratifier. Cela pose question et freine ainsi le recrutement.

Il faut que la formation soit en écho aux réalités de ce qu'est le métier. Par exemple : la formation d'éducateur spécialisé ne doit pas être confondue avec la fonction de coordinateur. Être éducateur spécialisé, c'est faire exister la référence éducative, assurer le lien ; le coordinateur ne s'assure que de la mise en place du parcours et de son effectivité. Autre exemple un TISF peut faire une partie de ce que l'on nomme soutien à la parentalité, mais travailler la parentalité est très spécifique, elle ne peut pas être limitée au soutien aux parents dans le quotidien.

Nous sommes pour des formations métiers avec des bases solides qui permettent, notamment d'aller travailler dans la protection de l'enfance. Nous ne sommes pas pour des formations spécifiques protection de l'enfance et encore moins Aide Sociale à l'Enfance.

Cela fait écho au rapport rendu par Olivier Sichel, directeur à la Caisse et dépôt qui pense formation uniquement par le prisme de l'aide sociale à l'enfance « *formation aux métiers du secteur de l'aide sociale à l'enfance* ».

Les missions de protection de l'enfance s'exercent dans des cadres différents, directement ou indirectement habilités, contrôlés et financés par l'aide sociale à l'enfance. (Personnel de la fonction publique territoriale, secteur habilité, fonction publique hospitalière).

Nous retrouvons les différents métiers du social dans les établissements et services de la protection de l'enfance, métiers indispensables du fait de leur diversité pour assurer la prise en charge et l'accompagnement des enfants et des familles.

Ce même rapport parle de formation en ligne, de financement via le CPF, d'e-learning une manne financière de plus pour certains et surtout, comment penser les métiers du lien « *sans lien* », travailler le rapport à l'autre sans interaction et sans expérience de stages ! Aberrant !

En conclusion, nous estimons que les spécialisations doivent se faire en fonction du lieu de travail (parentalité, ethnopsychiatrie...), mais sans annuler la formation de base, on ne peut pas être formé uniquement à la protection de l'enfance, ou au handicap. On limiterait ainsi les évolutions de carrières et, la tentation de limiter la formation à l'unique spécialisation serait bien trop forte. C'est lors des choix professionnels, dans le cadre du déroulement de carrière que nous pouvons, que nous devons avoir accès à des formations complémentaires spécifiques au champ d'intervention.

ENTRÉE EN FORMATION ET PARCOURS SUP

Notre secteur d'intervention est complexe, travailler en protection de l'enfance n'est pas anodin. Nous sommes favorables à la suppression d'accès à des formations en travail social via le dispositif Parcoursup.

Car effectivement entrer aux écoles de formation via Parcoursup, ne permet plus la vérification, non seulement d'un niveau de culture générale, mais aussi de capacité à écrire, à élaborer, à analyser. Il faut également s'assurer d'une motivation suffisante à exercer le métier et de l'équilibre psychique du candidat.

FAISANT FONCTION ET FORMATION EN SITUATION D'EMPLOI

La proportion de « faisant fonction » est importante, particulièrement dans les structures sous tension. Bien que la formation en situation d'emploi puisse être utile, elle ne doit pas devenir une solution de substitution au recrutement de professionnels qualifiés. Suivant les lieux de travail, notamment les MECS, les faisant fonction peuvent aller d'un tiers à la moitié des salariés. Encore plus pour les surveillants de nuit qui sont formés, malgré l'obligation, au compte-goutte.

Il est nécessaire de former les collègues faisant fonction pour développer leurs connaissances, pour qu'ils acquièrent des compétences et que leurs responsabilités soient reconnues. Mais un apport ne peut remplacer 2 à 3 ans de formation post-bac.

Quel regard portez-vous sur le fonctionnement actuel de la validation des acquis de l'expérience dans le secteur de la protection de l'enfance ?

La VAE est dévoyée, surtout depuis la mise en place de la VAE inversée et l'absence de minima d'expérience pour la commencer. Ainsi accessible et compte tenu du peu de contenu théorique dispensé, elle ne garantit pas de la capacité à faire la formation, à obtenir le diplôme et être un professionnel qui correspond à son emploi. À notre connaissance, seul un tiers des candidats VAE obtiennent leurs diplômes.

L'APPRENTISSAGE

Comme précédemment évoqué, les instituts de formation sont accessibles à un candidat apprenti avec une note de 10, à la condition qu'il ait trouvé un employeur. Son parcours de formation risque d'être difficile pour elle ou lui.

De plus, si certains employeurs ont un réel souhait de former, ils cherchent également à pouvoir trouver du personnel. Qu'en est-il de la disponibilité des tuteurs de formations : heures dédiées, paiement de ses heures ?

Les budgets ne le prévoient pas, voire nous avons connaissance d'apprentis dont le tuteur / formateur n'est pas diplômé de cette même formation. D'autres employeurs cherchent de la main d'œuvre à pas cher et s'arrangeront pour faire se succéder des apprentis.

Nous rappelons que les apprentis sont exclus de l'indemnité métier Ségur ce que nous dénonçons.

FORMATION : UNE FILIÈRE PROTECTION DE L'ENFANCE ?

Nous estimons que Non, c'est tout le secteur qui a besoin de personnel : la protection de l'enfance, mais aussi le handicap, l'asile, l'exclusion sociale, l'insertion, le soin...

Les causes de la baisse d'attractivité sont notamment le salaire et les conditions de travail, l'absence de sens du travail demandé.

Si aujourd'hui, la préoccupation des politiques est la protection est la protection de l'enfance, c'est notamment parce que des situations de danger ont été révélées, elles ne devraient pas exister. Mais d'autres enfants qui « *relèvent* » de l'exclusion sociale et de l'asile dorment à la rue et/ou manquent de tout. Ils doivent tout autant avoir toute l'aide nécessaire. Les mineurs isolés sont aussi concernés.

STATUT DES ASSISTANTS FAMILIAUX

Il est nécessaire de faire évoluer le statut des assistants familiaux, celui-ci doit être revalorisé pour mieux reconnaître leur rôle essentiel. Aujourd'hui, elles-ils pallient l'absence de prise en charge des enfants porteurs de handicap. Elles-Ils doivent prendre en charge des enfants à troubles multiples sans moyens, ni soutien supplémentaire.

Nous demandons :

- Une rémunération adaptée à la charge et de travail, au temps de travail et à la complexité des situations des enfants,
- Un accès accru à la formation continue et la garantie d'une formation de base,
- Un soutien réel par un service familial, notamment dans le lien avec les parents, les protocoles de soin,
- Une place reconnue comme professionnel à part entière.

Dans la Fonction Publique Territoriale pour notre organisation, il est nécessaire de les intégrer au statut, de leur offrir la possibilité de devenir fonctionnaire. C'est d'ailleurs l'objet d'un rapport en auto-saisine de conseil supérieur de la Fonction publique territoriale.

REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES

Nous insistons sur la nécessité de mettre l'enfant au centre des politiques publiques, tout en renforçant les droits des professionnels pour garantir une prise en charge de qualité.

Sur l'augmentation du nombre de signalements, de mesures éducatives en milieu ouvert et de placements. Le souci premier est l'absence de chiffres nationaux.

Si certains départements répertorient convenablement ; il n'y a pas d'analyse des chiffres au regard de l'évolution démographique et de ses spécificités : bassin d'emploi, CSP, ruralité... cela nous paraît indispensable pour évaluer correctement l'augmentation du nombre d'enfants suivis mais aussi l'équité des budgets départementaux.

L'absence ou la carence de prévention primaire, de prévention spécialisée impactent d'autant la nécessité d'ordonner des mesures de protection. La non-budgétisation de la prévention spécialisée, au bénéfice de budget pour la prévention de la délinquance questionne notre approche éthique et le futur de notre jeunesse : l'enfant est vu comme futur délinquant et non comme un enfant à protéger.

La carence ou l'absence d'accueil digne, de qualité avec un accompagnement tant de l'enfant que de sa famille sur la parentalité font l'augmentation des durées des mesures voire entraînent une dégradation de la situation.

C'est l'exemple des pouponnières et le manque de places. La prise en charge y est alors bien insuffisante et peuvent apparaître des syndromes de glissement, d'hospitalisme.

Ajoutons aussi l'impact de la diminution, toujours, des dispositifs de santé et psychiatrie.

Des questions nous ont été posées sur les bonnes pratiques :

Les agréments, habilitations sont donnés aux structures, parce qu'elles correspondent aux prérequis.

La loi 2002.2 et consœurs, le recours aux financements, la tenue des assemblées générales engagent les établissements à travailler leurs projets d'établissements, de services, d'équipe ; l'évaluation HAS par son contrôle mobilise les établissements sur ces sujets.

Cet ensemble structurel cadre les pratiques institutionnelles et garantie les « bonnes pratiques ».

Ajoutons à cela, l'embauche de personnel qualifié, un équilibre fait de salariés d'expérience et de « jeunes » salariés et d'engagement à permettre les stages pour les étudiants de nos métiers et vous aurez les « bonnes pratiques ». Ceux sont des métiers où les personnels sont mis en situation permanente de réflexion (ou doivent l'être), tant dans l'analyse des suivis que dans la cohésion, les postures éducatives, les projets éducatifs. Si tel n'est pas le cas, l'institution n'effectue pas son travail. Cette dynamique construit les « bonnes pratiques ».

NOS REVENDICATIONS POUR RÉPONDRE À LA CRISE DU SECTEUR

La CGT demande :

- Une revalorisation des salaires,
- La nationalisation de la protection de l'enfance, l'état doit être garant de celle-ci sur le territoire,
- L'Amélioration des conditions de travail par la réduction du nombre de suivis, un allègement des tâches administratives (les différents logiciels), en redonnant du sens à la mission confiée;
- L'Allocation de budgets à la hauteur des besoins des populations,
- La Reconnaissance de la pénibilité de ces métiers dans les grilles statutaires.

FÉDÉRATION SANTÉ ET ACTION SOCIALE

SITE FÉDÉRAL :
WWW.sante.cgt.fr

X : 
@CgtSanteSocial

INSTAGRAM : 
cgtsanteactionsociale

FACEBOOK : 
CGT Santé Action Sociale



Un réseau très social !

PERSPECTIVES - ÊTRE EN PERSPECTIVES - AVOIR DES PERSPECTIVES

SI C'EST LE TITRE DE NOTRE COMMUNICATION FÉDÉRALE, QU'EN EST-IL POUR NOTRE SECTEUR ?

Les politiques libérales mises en place par notre gouvernement organisent le sous-financement du social et du médico-social non lucratif. Elles aggravent les déficits et ouvrent ainsi la porte aux actionnaires du privé lucratif. Ces décisions ont des répercussions délétères sur notre secteur.

Comment, dans ce contexte mortifère, être légitime à réclamer, revendiquer et être dans la lutte.

Où puiser les ressources, l'énergie dont nous avons besoin.

Commençons par apprendre, comprendre, nous former, partager, affronter...

QUELLES PERSPECTIVES DANS LE SECTEUR DU HANDICAP :

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, 20 ans après, quel bilan ?

Que ce soit pour les personnes concernées, les associations ou même certains politiciens, tout le monde est d'accord : les constats sont unanimes, les avancées sont moindres, les moyens financiers manquent pour mener une réelle politique « inclusive », et la déconstruction législative (loi Élan par exemple, vétusté des barèmes pour établir la compensation...) rendent caduques toutes avancées sociétales). La France a été rappelée à l'ordre par ONU, par l'Europe pour non-respect des conventions signées. ou le lien a cet endroit (*tract ufas visible sur le site fédéral*⁽¹⁾).

Et pourtant, le gouvernement continue ce type de politique dans notre secteur, malgré les constats dramatiques existants. Comprendre et dénoncer ce qui se cache derrière la réforme serafin-ph et le virage « tout inclusif ».

La réforme serafin-ph⁽²⁾ est une nomenclature qui, sous prétexte de prévoir l'établissement des besoins et leurs réponses, participe de ce détricotage, entraînant de la maltraitance parfois à l'insu des professionnels et des personnes handicapées. La nomenclature serafin-ph fait prévaloir le chiffre et la statistique sur la parole. Il standardise, homogénéise nos actes professionnels.

D'une façon insidieuse, cet outil gestionnaire fait croire aux professionnels et aux personnes accompagnées que toutes les activités humaines peuvent être réduites à des chiffres ou équations. Celles-ci peuvent être comparées, évaluées, quantifiées selon ce modèle ! Il invisibilise la relation humaine.

Le tout inclusif a entraîné un travail concomitant avec la Fédération de la FERC CGT et l'UFAS autour du concept de « l'école inclusive ».

La CGT alerte les professionnels et les usagers quant à la politique actuelle menée au nom du « tout inclusif » à tout prix, car l'objectif est :

La tendance actuelle consiste à diminuer les « coûts » liés à la prise en charge au détriment des besoins.

La désinstitutionnalisation, quel qu'en soit le prix, est programmée.

Pour la CGT : L'inclusion doit s'effacer au bénéfice de l'inclusivité des politiques publiques, c'est-à-dire la mise en place de moyens réellement proportionnés à ces finalités, coconstruites avec les personnes concernées. Dans cette dynamique, les professionnels et leurs représentants doivent être consultés.

QUELLE PERSPECTIVE POUR LE SECTEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE ?

Le désastre de la protection de l'enfance, n'est malheureusement plus à démontrer : des dizaines de milliers de suivis ne sont pas assurés, des enfants restent en souffrance. Malgré toute la volonté des professionnels, la qualité des prises en charge se questionne faute de personnel en nombre et qualifié. Les mineurs isolés sont par centaines à la rue ainsi que des enfants et leurs familles issus de l'immigration.

Alors que la crise sociale traverse la France, et que le besoin d'aide, de protection et d'accompagnement est exponentiel, la prévention spécialisée est dans le viseur des départements. Ceux-ci annoncent la suppression de budget entraînant des suppressions de poste dans de nombreux départements. La volonté de ces derniers étant d'orienter les actions autour d'une politique de contrôle social et de la prévention de la délinquance.

La protection de l'enfance fait l'objet des préoccupations politiques, car il n'est plus possible de cacher certaines conséquences devenues publiques par le biais de témoignages et documentaires, des décès d'enfants et de professionnels liés à la déliquescence de la protection de l'enfance.

Au cours des audiences menées par le Conseil Économique, Social et Environnemental⁽³⁾, ainsi que par la commission parlementaire sur les défaillances du système de protection de l'enfance, l'UFAS a pu s'exprimer et défendre les intérêts des professionnels du secteur.

Elle a soulevé plusieurs problèmes, tels que les rémunérations insuffisantes, le manque de ressources humaines et matérielles adéquates, ainsi que l'exigence à avoir une égalité de traitement, quel que soit le département pour tous les enfants, qu'ils soient ou non des Mineurs Isolés Etrangers.

⁽¹⁾. <https://sante.cgt.fr/Loi-handicap-de-2005-ou-en-sommes-nous-20-ans-apres>

⁽²⁾. <https://sante.cgt.fr/Note-aux-orgas-Serafin-PH>

⁽³⁾. <https://www.lecese.fr/actualites/la-protection-de-lenfance-est-en-danger-le-cese-adopte-lavis>

Pour rappel, la France a ratifié la Charte internationale des droits de l'enfant. Cependant, le Comité des droits de l'enfant de l'ONU, Amnesty International ont souligné les manquements de la France. Les différents rapports de la défenseure des droits⁽⁴⁾, dont le dernier du 29 janvier 2025 est édifiant. Elle a publié une décision-cadre accompagnée de sept décisions territoriales, dénonçant une dégradation préoccupante de la protection de l'enfance, portant atteinte aux droits fondamentaux et à l'intérêt supérieur des enfants. La Défenseure des droits a formulé 46 recommandations à l'attention des pouvoirs publics, exhortant à une action conjointe de l'État et des départements pour remédier aux défaillances actuelles d'ici 4 mois.

De plus, certains départements décident de mener une gestion uniquement comptable, avec l'application d'un taux directeur à zéro, une provision en deçà du nécessaire pour le Ségur. Pour les associations chargées de mener à bien ces politiques sociales, ces insuffisances de financement voire ces coupes budgétaires déclenchent mécaniquement un déficit, ce qui peut entraîner des suppressions de postes, des licenciements.

La critérisation/tarification à l'acte va métastaser la prise en charge dans la protection de l'enfance à l'horizon 2030. Si l'identification des besoins assure des repères, ils ne doivent pas limiter la créativité éducative.

Qu'est-ce qui sera comptabilisé ? Le nombre de besoins référencés, l'évaluation d'un temps nécessaire, calcul très approximatif, tant chacun d'entre nous est différent et progresse à la hauteur de ses possibles.

Toutefois, nous ne sommes pas dupes : il s'agit d'abord de fixer les coûts et la main-d'œuvre, puis d'assurer une place aux vautours du privé lucratif qui ont les yeux rivés sur le marché potentiel du social et du médico-social. Ces derniers ont besoin de rationalisation pour déterminer les activités rentables à exploiter.

Alors que le système s'effondre sans aucune réaction politique depuis des années, les salariés s'organisent et mènent des luttes pour dénoncer l'absence de moyens et la nécessité d'une revalorisation salariale. L'UFAS est mobilisée et poursuivra les interpellations auprès des politiques, des financeurs, afin de soutenir les revendications du secteur.

Quelle perspective pour la formation dans le secteur du travail social ?

La réarchitecture des diplômes de niveau 6 dans le secteur social et médico-social s'inscrit dans une logique de casse du travail social, en fusionnant et en standardisant des formations pourtant spécifiques (éducateurs spécialisés, assistants de service social, éducateurs de jeunes enfants, etc.). Cette réforme précariserait les professionnels en rendant leurs compétences interchangeables et en réduisant leurs expertises.

Derrière cette uniformisation, c'est une logique économique qui prévaut : former plus rapidement, à moindre coût, sans garantir un réel niveau de qualification. Cela conduit à une dévalorisation des savoir-faire, à une baisse des exigences et, in fine, à une dégradation de l'accompagnement des publics les plus vulnérables.

⁽⁴⁾ <https://www.defenseurdesdroits.fr/protection-de-lenfance-808>

L'UFAS s'oppose à cette réforme. De notre point de vue et celui des représentants CGT au Haut Conseil en Travail Social et à la Commission Professionnelle Consultative, cette réforme qui prétend simplifier les choses, menace de dévaloriser les professions du secteur social et médico-social, en favorisant des contrats plus précarisés et des conditions de travail encore plus difficiles. Face à cette menace, il est urgent de défendre des formations de qualité, adaptées aux réalités du terrain et respectueuses des spécificités de chaque métier.

Si la révision est envisagée sous cette forme de déconstruction de nos métiers, ce n'est pas réellement pour répondre aux problèmes d'attractivité. Elle assurera l'embauche des personnels non qualifiés. Il s'agit bien de diminuer le volume salarial.

La petite enfance, les EHPAD, l'exclusion sont pris dans les mêmes logiques de rationalisation des budgets, et de déqualification des métiers. La politique nationale de restriction budgétaire touche les services s'occupant des populations les plus précaires. La population se retrouve abandonnée à elle-même, sans aide ni soutien, bien loin de l'idéal prôné par la France, terre des droits de l'homme et Pays des Lumières. Les idées extrêmes ne doivent pas déterminer les politiques sociales. Ne laissons pas gagner la peur de l'autre, la stigmatisation de population !

La visée politique actuelle est de nous faire entendre que le contexte n'existe pas. Chacun est réduit à sa capacité à faire, à être. Son histoire, son statut, son genre, son âge, son lieu de vie, sa situation financière, géographique, ses possibles, ses blessures... Tout cela est évacué sous le dévoiement du concept « Pouvoir d'agir ». « Il suffit de traverser la rue ». Nous savons bien qu'il en est bien autrement. Alors, pour nous, comme pour les personnes que nous accompagnons, faisons valoir notre approche, notre professionnalisme, gagnons en considération et reprenons ce pouvoir d'agir et le droit à notre autodétermination :

Du 31 mars au 4 avril :

Défendons nos métiers à l'occasion de la semaine organisée par France travail dans chaque région avec un **appel à mobilisation et grève le 1^{er} avril !**

Du 18 au 20 juin :

Convergeons à l'occasion du congrès Unapei (Caen).

Les 19 et 20 :

Convergeons à l'occasion des assises de la protection de l'enfance (Paris).

**EN GRÈVE ET DANS LA LUTTE,
ON LÂCHE RIEN !**



GROUPE 3E

CONSTRUCTEURS D'ALTERNATIVES

NOUS SOMMES UN **COLLECTIF D'EXPERTS ENGAGÉS**
AUX CÔTÉS DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL
ET DES ORGANISATIONS SYNDICALES



ACANTE
CONSULTANTS
COMMISSARIAT
ETUDES & FORMATIONS
EXPERTISE

POUR QUELLES ACTIONS NOUS SOLLICITER ?

3E Acante

Santé et conditions de travail | Expertise "projet important" modifiant les conditions de travail | Expertise "risque grave" | Évaluation et prévention des risques psychosociaux (RPS)

3E Consultants

Consultations sur la politique sociale, économique, financière, les orientations stratégiques et les conséquences environnementales de l'activité de l'entreprise | Étude du rapport sur la participation des salariés aux résultats | Assistance au comité de groupe et au comité européen | Droit d'alerte | Plan de sauvegarde de l'emploi et procédures de restructuration | Accompagnement de négociations, des commissions...

3E Commissariat

Certification des comptes des grands CSE (loi du 5 mars 2014) | Certification des comptes de syndicats et des fédérations syndicales | Audit d'acquisition



3E Études & Formations

Formations inter ou intra CSE | Formation économique | Formations SSCT, RPS, handicap et maintien ou retour au travail | Formations thématiques : politique sociale, environnement, formation professionnelle, GEPP, décryptage d'un bulletin de paie, référent harcèlement... | Journées d'étude

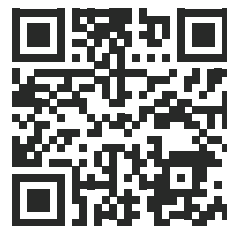
3E Expertise

Comptabilité des CSE et des organisations syndicales | Révision | Gestion financière | Assistance comptable et fiscale | Audit | Budget prévisionnel...

NOTRE MISSION :
ACCOMPAGNER
CEUX QUI
DÉFENDENT
LE TRAVAIL

CERTIFICATIONS ET AGRÈMENTS

- **3E Acante** est expert SSCT, habilité à mener des expertises Qualité du travail et de l'Emploi (QTE)
- **3E Consultants** est inscrit au tableau de l'Ordre des experts-comptables du Grand Est
- **3E Commissariat** est inscrit auprès de la Compagnie Régionale des Commissaires aux Comptes des Hauts-de-France
- **3E Études & Formations** est certifié Qualiopi et dispose des agréments pour assurer la formation économique et SSCT des élus du CSE
- **3E Expertise** est inscrit au tableau de l'Ordre des experts-comptables du Grand Est



L'aide aux aidants : un véritable enjeu pour les branches professionnelles

Le nombre d'actifs aidant un proche en situation de dépendance a doublé en 10 ans.

Nous renforçons notre soutien aux aidants au travers de notre action sociale et nous proposons à nos bénéficiaires aidants un accompagnement adapté aux spécificités des branches professionnelles :

- **des solutions d'hébergement ou de répit**
(avec la plateforme téléphonique Orizea, les séjours Vivre le Répit en Famille® et le service SOS-Répit®),
- **des bilans de prévention santé**
(dans les centres de prévention Bien Vieillir Agirc-Arrco),
- **l'accès à des acteurs associatifs**
(l'Association française des aidants, la Compagnie des aidants ou le Relais des aidants),
- **des services d'information et d'écoute**
(l'antenne téléphonique Allo Alzheimer).

Pour plus d'informations



AG2R LA MONDIALE

Épargne
Retraite
Santé
Prévoyance