

Selon la grille indiciaire,

un-e aide-soignant-e débutant-e perçoit environ 1 500 € bruts (classe normale) et un peu plus de 1 700 € bruts en fin de carrière. Pour un-e infirmier-ère, c'est entre 1 818 € bruts mensuels en début de carrière et 2 769 € juste avant la retraite.



Ce sont les recettes qui manquent

Au-delà des revendications immédiates qu'elle avance en matière de reconnaissance des qualifications, de salaires et d'égalité femmes-hommes, de formation, de conditions et de temps de travail, d'emploi, de retraite, la CGT porte un projet plus global de protection sociale, avec notamment une sécurité sociale 100%, comme unique organisme collecteur et payeur, qui assurerait un remboursement intégral des dépenses de santé, avec des ressources provenant des cotisations sociales. Il s'agit de revenir aux principes qui ont présidé à la création de la Sécurité sociale selon lesquels chacun-e « cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Les nombreuses attaques contre la Sécurité sociale solidaire ont entraîné une dégradation tant pour les usager-e-s qui doivent supporter un reste à charge de plus en plus lourd (20% en moyenne), que pour les personnels. Il est normal que les dépenses de santé augmentent, et ce sont les recettes qu'il faut aller chercher, en supprimant les exonérations de cotisations sociales (66 milliards € en 2019, contre 39 en 2016) dont bénéficient les entreprises, notamment les plus grosses, sans aucun effet positif sur l'emploi. En 2019, les cotisations sociales ne représentaient plus que la moitié des ressources de la Sécurité sociale. L'argent de la Sécurité sociale ne doit plus servir à gonfler les profits des groupes pharmaceutiques ou des établissements à but lucratif, mais à assurer le droit effectif de se soigner pour toutes et tous.

Un progrès social

L'allongement de la durée de vie doit rester un progrès social. Il ne saurait justifier le recul de l'âge légal du départ à la retraite qui doit être ramené à 60 ans pour toutes et tous, avec un départ anticipé à 55 ans à taux plein pour celles et ceux ayant exercé un métier pénible. Les primes doivent être intégrées dans le calcul des retraites, l'indexation des retraites sur les salaires doit être rétablie et aucune pension ne doit être inférieure au SMIC.

En décembre 2022 votez CGT !

Tous les agent-e-s de la fonction publique, statutaires ou contractuel-le-s de droit public sont appelé-e-s, entre le 1^{er} et le 8 décembre 2022, à désigner leurs représentant-e-s dans les instances de concertation suivantes : commissions administratives paritaires (CAP), commissions consultatives paritaires (CCP) et comités sociaux d'établissement (CSE) qui remplaceront les comités techniques d'établissement (CTE) et les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).



30/09/2022 - Journal 4 pages édité par la CGT SANTÉ ET ACTION SOCIALE
Impression : CARRÉMENT COM
350 000 exemplaires
Ne pas jeter sur la voie publique.

Reformer le système de santé

La santé est un bien commun qui doit être préservé de la sphère marchande et doit relever de l'État. L'ouverture du marché de la santé au capital conduit à des attaques incessantes contre l'épine dorsale du système public de santé, à savoir l'hôpital public. Depuis près de 30 ans, nous assistons à la fermeture progressive des hôpitaux de proximité. La loi « Ma santé 2022 », de 2019, prévoit la transformation de 300 à 500 d'entre eux en structures réservées aux personnes âgées sans aucun plateau technique. Les dernières maternités de proximité ferment pour concentrer les accouchements dans des énormes structures qui deviennent des « usines à bébé » de plus en plus éloignées. Les blocs opératoires sont fermés.

À l'opposé de ces choix politiques, le maillage des hôpitaux de proximité doit être développé et s'inscrire dans une logique d'aménagement du territoire. De plus, l'hôpital de proximité doit être un établissement doté d'un service d'urgences, ouvert 24 heures sur 24, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées. Il doit être en lien avec un réseau de centres de santé pluri-professionnels, gérés par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des structures coopératives ou des associations à but non lucratif, pour assurer la continuité du service public.

Halte à la précarité dans le social et le médico-social

Dans les établissements publics des secteurs du handicap et du social, le nombre de contractuel-le-s explose pour atteindre 60 à 65% dans certaines régions et départements. Il monte à 90% dans les services administratifs et 95% chez les personnels techniques, alors que de nombreux postes sont vacants, sans personne pour postuler du fait notamment de la faiblesse des salaires. Dans l'accompagnement éducatif, les remplacements se font au minimum au bout d'un mois d'absence. Le « zéro sans solution » se résume à la disparition des listes d'attente des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), d'un enfant en demande d'accompagnement, dès lors qu'il en bénéficie une heure par semaine... Sans parler des placements qui, bien que prononcés par des magistrats, ne sont pas effectifs. Les établissements se vident de leurs professionnel-le-s, accentuant la charge de travail des salarié-e-s et dégradant d'autant la qualité de prise en charge des personnes accueillies. Outre une revalorisation des grilles salariales doublée d'une augmentation significative des salaires, il est urgent de procéder à un recrutement substantiel de personnes qualifiées, sous statut, pour atteindre un ratio minimum d'un-e professionnel-le pour quatre usager-e-s, et de mettre un terme à la tarification à l'acte (SERAFIN-PH) dans les établissements accueillant des personnes en situation de handicap.



Édito

Pour une société plus juste et solidaire

Après des décennies pendant lesquelles les gouvernements successifs ont, au nom du respect des critères européens de convergence, réduit les moyens accordés aux services publics, en particulier dans le secteur de la santé et de l'action sociale, nous sommes aujourd'hui face à une stratégie visant à extraire l'hôpital et les établissements du social et du médico-social de la sphère publique pour livrer leurs activités au secteur lucratif. C'est ce qui a été fait ailleurs, notamment dans les pays anglo-saxons dont les dirigeant-e-s font aujourd'hui marche arrière au vu des conséquences de tels choix pour les populations et les personnels. Chez nous, le capitalisme va jusqu'au bout de sa logique, qui fait fuir les agent-e-s pour justifier ensuite les externalisations.

Compte tenu des conditions difficiles dans lesquelles les personnels ont fait face à la pandémie, le Président de la République avait promis, en avril 2020, que « le jour d'après ne ressemblera pas au jour d'avant ». Pure formule de rhétorique quand la Drees, dans une étude récente, chiffre à plus de 4300 le nombre de lits fermés en 2021! Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 ne marque aucune réelle rupture avec les logiques en œuvre aujourd'hui, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) restant très en dessous des prévisions des besoins découlant notamment du vieillissement de la population. La Fédération Hospitalière de France qui représente nos directions en fait elle-même le constat. Les établissements continuent de souffrir d'un déficit organisé dans le cadre de la tarification à l'acte et de traîner le boulet de la dette reprise en partie seulement par l'État, plaçant certains d'entre eux dans l'incapacité d'honorer les mesures bien insuffisantes du Ségur de la Santé.

La volonté du gouvernement d'imposer un recul de l'âge de la retraite est une véritable provocation quand 10% des aides soignant-e-s et 9% des infirmier-e-s doivent quitter leur poste plusieurs années avant la fin de leur carrière, pour invalidité, sans compter qu'une telle mesure nuirait fortement à l'activité associative développée principalement par les retraité-e-s, notamment dans les établissements accueillant des personnes âgées.

À l'inverse de la logique actuelle, il est urgent de réduire le temps de travail en prenant en compte sa pénibilité, d'embaucher massivement et de reconnaître les qualifications en augmentant les salaires de façon substantielle, afin de faire venir les jeunes notamment dans des métiers aujourd'hui désertés. Notre Sécurité sociale ne doit pas être pillée par l'État et ses recettes amputées par les exonérations de cotisations sociales qui se multiplient, y compris dans nos secteurs.

Protection sociale et santé, des droits fondamentaux



DÉCEMBRE 2022, POUR FAIRE ABOUTIR MES REVENDICATIONS, JE VOTE CGT !



VOTEZ LA VIDÉO

J'invite les agent-e-s à se syndiquer pour être actrices et acteurs de la vie de leur établissement et se donner les moyens d'arracher localement satisfaction à leurs revendications légitimes et pertinentes. Je les invite aussi à voter CGT au mois de décembre, pour peser sur les politiques nationales et renforcer le mouvement d'ensemble susceptible d'ouvrir la voie vers des sociétés solidaires, plus justes pour toutes et tous, prenant en charge, gratuitement et équitablement sur tous les territoires, la protection sociale de chacun-e et sa santé, comme celle de la planète.

Mireille STIVALA,
Secrétaire Générale de la Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale.

90%

La nuit concentre 90% des postes vacants des Centres hospitaliers universitaires (CHU), selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), 60% dans les autres hôpitaux et 54% dans le champ médico-social.

En 2014

Le groupe Sanofi a consacré 71 % de son résultat au rachat d'actions et au versement des dividendes, contre 13 % à l'investissement.

En 2017

La France comptait 3,2 médecins pour 1.000 habitant-e-s, contre 3,6 en moyenne dans l'UE (Source OCDE).

En décembre 2022, je vote CGT



Vous ne voulez pas en rester là ! Ensemble, dans le syndicat, nous serons plus forts

BULLETIN DE CONTACT ET DE SYNDICALISATION

Nom Prénom

Adresse

Ville Code postal

Courriel Téléphone

Profession

Établissement (nom et adresse)

Bulletin à renvoyer à La CGT, Fédération Santé et Action Sociale - Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX
orga@sante.cgt.fr.

Dans les métiers à prédominance féminine, comme la santé et le social, les qualifications ne sont pas reconnues, sous prétexte qu'elles seraient « naturelles, innées ».

Selon les données publiées par la Commission européenne et l'OCDE fin 2019, les dépenses consacrées en France à la prévention représentaient moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de santé, contre une moyenne de 3,1% au sein de l'Union européenne.

Le secteur de la Santé et de l'Action Sociale, composé à 70% de femmes, subit la ségrégation professionnelle, avec des métiers moins rémunérés que ceux où les hommes sont davantage représentés.

La rémunération

des infirmier-e-s en France est inférieure de 5% au salaire moyen, alors qu'en Allemagne elle est supérieure de 13%.

La santé, un droit fondamental

Dans sa constitution, l'Organisation mondiale de la santé définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Il s'agit pour l'OMS d'un « *droit fondamental de tout être humain* », sans distinction d'aucune sorte.

Ce droit est aujourd'hui grandement mis à mal dans notre pays par la fragilisation extrême de notre système de santé qui a été construit sur deux piliers : l'hôpital public et la sécurité sociale fondée sur un régime solidaire basé sur le travail et les cotisations. Quels que soient l'âge d'une personne, son handicap, sa situation sociale ou géographique, elle doit avoir des droits identiques à compensation d'un déficit fonctionnel pour lui permettre l'accès à la vie sociale.

Les logiques purement financières et mortifères qui ont amené notre système de santé, longtemps considéré comme le meilleur au monde, au bord de l'effondrement, doivent être abandonnées pour répondre à l'intérêt général, aux besoins de la population. Pour ce faire, il est urgent de donner au personnel, en nombre suffisant, les moyens d'exercer leurs missions dans de bonnes conditions.

Gros plan

Selon le dernier baromètre 360° réalisé par Odoxa (enquête menée du 21 avril au 9 mai 2022), 34% des personnes interrogées ont « *des difficultés pour se rendre à l'hôpital en cas de problème* », contre 10% en 2016. 52% des professionnel-le-s de santé assurent que leur travail « *leur génère un niveau de stress inacceptable* ». Pour 70% des soignant-e-s l'augmentation des salaires constitue la première priorité, suivie de « *l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle* » (57%) et des « *conditions de travail proposées* » (52%).



L'hôpital n'est pas une entreprise

L'hôpital public est à bout de souffle. En 2019 déjà, les professionnel-le-s sont fortement mobilisé-e-s, rappelant que « *la santé n'est pas une marchandise, l'hôpital n'est pas une entreprise* ». Leurs revendications qui n'ont pas été entendues, restent aujourd'hui les mêmes : un plan massif de formation et d'embauches de personnels, de véritables revalorisations des salaires, l'arrêt des restructurations et des fermetures de lits et de structures. Dans les cinq dernières années 17 500 lits - dont 1800 en pleine pandémie - ont été fermés à l'hôpital public, ce qui signifie que, chaque jour, 17 500 hospitalisations sont refusées. Pour faire face à l'épidémie de Covid-19, quand quatre régions seulement étaient dans le rouge, l'hôpital public - seul à assurer la réanimation - a dû organiser 860 000 transferts de patient-e-s ailleurs et trouver 120 respirateurs à l'étranger. La charge et les conditions de travail sont devenues insupportables, aggravant la pénibilité physique et morale des personnels mis dans l'impossibilité d'accorder aux patient-e-s le temps et l'attention auxquels ils et elles ont droit. D'où un profond sentiment de perte de sens qui provoque des départs en cours de carrière et en nombre grandissant. Il faut recruter et former 100 000 soignant-e-s à l'hôpital et procéder à une première augmentation générale des salaires d'au moins 10% immédiatement.



Les besoins plutôt que la rentabilité

Les hôpitaux publics ont un budget qui leur est propre dans la mesure où ce sont des établissements autonomes en matière administrative et financière. Pour tenter de compenser l'insuffisance des fonds alloués par l'État, notamment pour investir dans des équipements ou des locaux, ils sont amenés à recourir à l'emprunt à des taux très élevés. En 2018, la dette totale des hôpitaux atteignait près de 30 milliards €. Les intérêts versés aux banques se situent entre 800 millions et 1 milliard € par an. D'où des investissements limités au maximum, en chute libre depuis 2009 où ils représentaient 11% des recettes, contre moins de 6% en 2017, avec pour effet des matériels en moins, comme des respirateurs artificiels, des scanners, des IRM.. Dans le même temps, les cliniques privées ont pu augmenter leurs investissements grâce aux

aides publiques qu'elles perçoivent sans condition. La recherche de rentabilité doit être abandonnée, tout comme la tarification à l'acte (T2A). La dette des établissements publics et non lucratifs de la santé, du social et du médico-social doit être annulée en totalité. Ces établissements doivent être exonérés de la taxe sur les salaires (2,5 milliards d'€) par laquelle l'État reprend d'une main une partie de ce qu'il a donné de l'autre, et de la TVA sur les investissements (2 milliards d'€). Il faut renoncer à la logique de l'ONDAM (Objectif national de dépenses d'assurance maladie) qui fixe le montant des dépenses à ne pas dépasser, pour allouer aux établissements des budgets pluriannuels sur la base d'enveloppes forfaitaires par objectif de santé publique dans chaque territoire.



La porte d'entrée de l'hôpital

Entre 2002 et 2022, le nombre de passages aux services des urgences a plus que doublé en France, progressant de 10 à 23 millions par an. C'est l'un des résultats du dysfonctionnement de toute la chaîne de soins : déserts médicaux, fermetures de lits dans tous les services, en centre de rééducation ou en Ehpad, retour au domicile de patient-e-s isolé-e-s contraint-e-s de revenir aux urgences. Les services d'urgences sont et doivent rester la porte d'entrée de l'hôpital, ouverts 24h sur 24. Et pourtant, en début d'été, plus de cent vingt d'entre eux ont été amenés à limiter leur activité, voire à l'interrompre, y compris dans des régions accueillant nombre de vacanciers. Des hôpitaux de proximité aux CHU, tous les établissements publics sont touchés. Cette situation met en danger les patient-e-s qui peuvent

souffrir de pathologies graves. Elle ne résulte pas d'un comportement abusif des usager-e-s ni d'une mauvaise organisation de travail mais d'un manque criant de professionnel-le-s. Plutôt que de former et d'embaucher, en particulier des médecins urgentistes - il en faudrait 12000 supplémentaires -, au lieu de rétablir des gardes obligatoires en médecine de ville pour désengorger les urgences « *le rapport Braun préconise l'organisation d'un triage paramédical à l'entrée* » des services d'urgence (recommandation n°23) et « *le remplacement des médecins urgentistes SMUR par un binôme infirmier-ambulancier* » (recommandation 22). Ces mesures mettent en danger la population, les personnels et aboutissent à la remise en cause du libre accès aux soins pour toutes et tous.

La psychiatrie, pauvre parmi les pauvres

Le nombre de lits de psychiatrie générale a diminué de 60% entre 1976 et 2016, selon l'Inspection générale des affaires sociales. Désormais, pour être hospitalisé.e en psychiatrie, il faut que les patient-e-s en arrivent au stade de la crise. Dans cette spécialité, à l'échelle du pays, 30 % des postes de praticien-ne-s hospitalier-e-s sont vacants. Les établissements rencontrent de plus en

plus de difficultés à recruter du personnel paramédical car, depuis des années, les conditions de travail et de soins n'ont cessé de se dégrader. Le niveau des salaires reste très insuffisant, le « Ségur de la santé » n'ayant rien réglé. Alors que, selon le Credoc, 31% de la population se sentait en situation de vulnérabilité en 2020, soit 10 points de plus qu'en 2018, il faut des moyens humains

et matériels pour soigner dignement les patient-e-s dans un secteur où la prise en charge individuelle est indispensable. Il est temps de rouvrir des lits, de créer des postes partout où cela est nécessaire et d'assurer la sanctuarisation du budget de la psychiatrie de sorte à ce qu'il ne serve pas de variable d'ajustement au sein des établissements.

La démocratie en urgence

Si l'hôpital public a fait face à la première vague de Covid en 2020, dans des conditions particulièrement difficiles (manque de protections, sous effectifs, manque de lits, personnels épuisés et malades), c'est notamment parce que les médecins et l'ensemble des soignant-e-s ont repris la main sur l'organisation de leur travail. La réponse aux besoins de la population a été leur seule boussole, à l'inverse de la logique financière mise en œuvre par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS), nommés par le gouvernement et disposant des pleins pouvoirs pour imposer autoritairement sa politique régressive. Il est urgent de rétablir la démocratie au niveau des territoires, par la mise en place de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élu-e-s, des représentant-e-s locaux des professionnel-le-s et organisations syndicales de salarié-e-s, des associations de patient-e-s, les organismes de Sécurité Sociale et les services déconcentrés de l'État, dont l'activité serait contrôlée par une structure nationale, de sorte à assurer l'harmonisation de l'organisation du système de santé sur l'ensemble du pays. Dans l'immédiat, dans le secteur du sanitaire, du social et du médico-social, il faut renforcer les pouvoirs des personnels à travers les organisations syndicales dans les instances paritaires, pour peser sur les choix actuels aussi néfastes pour la population que pour les professionnel-le-s quel que soit leur métier.

