



**HAUTS-DE  
FRANCE**

S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

# PLATEFORME REVENDICATIVE



## **SANTÉ & ENTRAIDE EN HAUTS-DE-FRANCE**



[ MARS 2022 ]



# PRÉAMBULE

Si la Santé publique aborde la santé de façon collective et dans toutes ses dimensions, avec un spectre large qui passe par la lutte contre les épidémies, la prévention des maladies, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé de la population, l'identification et la réduction des risques (environnement, de conditions de travail, de transport, d'alimentation...), la réduction des inégalités de santé, l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, la démographie des professions de santé.

La politique de Santé est donc un tout qui prend en charge les individus tout au long de vie quel que soit leur réalité. Pour la CFDT Hauts-de-France, elle intègre donc autant les actions de santé publique que celles liées à l'action sociale : protection de l'enfance, petite enfance, personnes en difficultés sociales, personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes qui vivent en grande précarité et en exclusion, immigration...

Ainsi l'action de la CFDT Hauts-de-France en matière de politique de Santé aura pour périmètre d'avoir une action revendicative qui s'appuiera sur l'intérêt général et intégrera autant la défense des usagers et de leur famille que les professionnels des secteurs de la santé, du médico-social et du social tant des secteurs publics ou participant au service public (FPH, FPT, FPE, UGECAM...), des secteurs du privé associatif, lucratif, libéral ou particuliers employeurs

L'état de santé général de la population des Hauts de France est globalement moins bon que dans l'hexagone (cancers +18%, maladies cardiovasculaires +21%, respiratoires +38 %, digestifs +50%, diabètes +35%, maladie d'Alzheimer +25%, tabac +20%, alcool +68%, suicides +37%).

L'amélioration de ces indicateurs de santé dans notre région concerne l'ensemble des acteurs institutionnels et de la société civile dont bien sûr les professionnels de santé, mais aussi ceux de l'éducation, du logement, de l'alimentation, de l'environnement, de la qualité de vie au travail, car notre région est aussi en grande sinistralité sociale et ses indicateurs sociaux économiques difficiles renforcent cette situation sanitaire critique...

L'une des ambitions de la CFDT Hauts-de-France est que l'accès aux soins, y compris à domicile, soit garanti pour tous les citoyens de notre région, quel que soit leur lieu d'habitation et sans distinction sociale.

La CFDT Hauts-de-France s'investit dans ce sens via ses militants et mandatés et a porté auprès des acteurs régionaux des revendications :

- Le développement de la prévention envers les jeunes, les personnes en situation de précarité, les personnes âgées
- La nécessité d'avancer sur l'éducation à la santé, et sur la considération de l'utilisateur comme un acteur responsable et légitime
- Un système de santé régional adapté aux besoins de la population et tenant compte des dimensions territoriales (démographiques, désertification, numérique, spécificités territoriales...)
- Une réelle prise en compte du handicap, du vieillissement de la population et de ses conséquences (aidants/ perte d'autonomie/ maladies apparentées)
- Que la politique de Santé soit un tout qui prend en charge les individus tout au long de la vie (petite enfance, personnes en difficultés sociales, handicap, personnes âgées, ...). Elle doit être partie intégrante et articulée avec les politiques sociales et médico-sociales territoriales des autres acteurs (Conseil régional, départements, collectivités territoriales...)
- L'attribution des moyens nécessaires (humains et matériels) à la bonne exécution du projet de santé
- Que le système de santé régional ne soit pas considéré comme un coût mais comme une richesse dont les professionnels de santé font partie

La crise Covid a révélé des carences en matière d'accès aux soins (manque de personnel, de matériels, d'Équipement de Protection Individuelle) et a montré les limites de notre système de santé, et la nécessité de l'anticipation.

Les professionnels de santé ont été mis à rude épreuve, la CFDT Hauts-de-France a relayé les dysfonctionnements rencontrés dans les établissements sanitaires, sociaux et médicosociaux. Notre région étant d'autant plus impactée que la crise faisait suite à des sous dotations régionales constantes et récurrentes depuis de nombreuses années, résultat d'une politique drastique de réduction des coûts.

La CFDT Hauts-de-France a tenu à apporter sa contribution régionale sur le SEIGUR, une nouvelle occasion de réaffirmer nos revendications pour :

- Transformer les métiers et revaloriser les métiers de la santé ;
- Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers ;
- Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- Dénoncer les effets pervers de la tarification à l'activité, les manques d'effectifs et les budgets alloués aux équipements insuffisants.



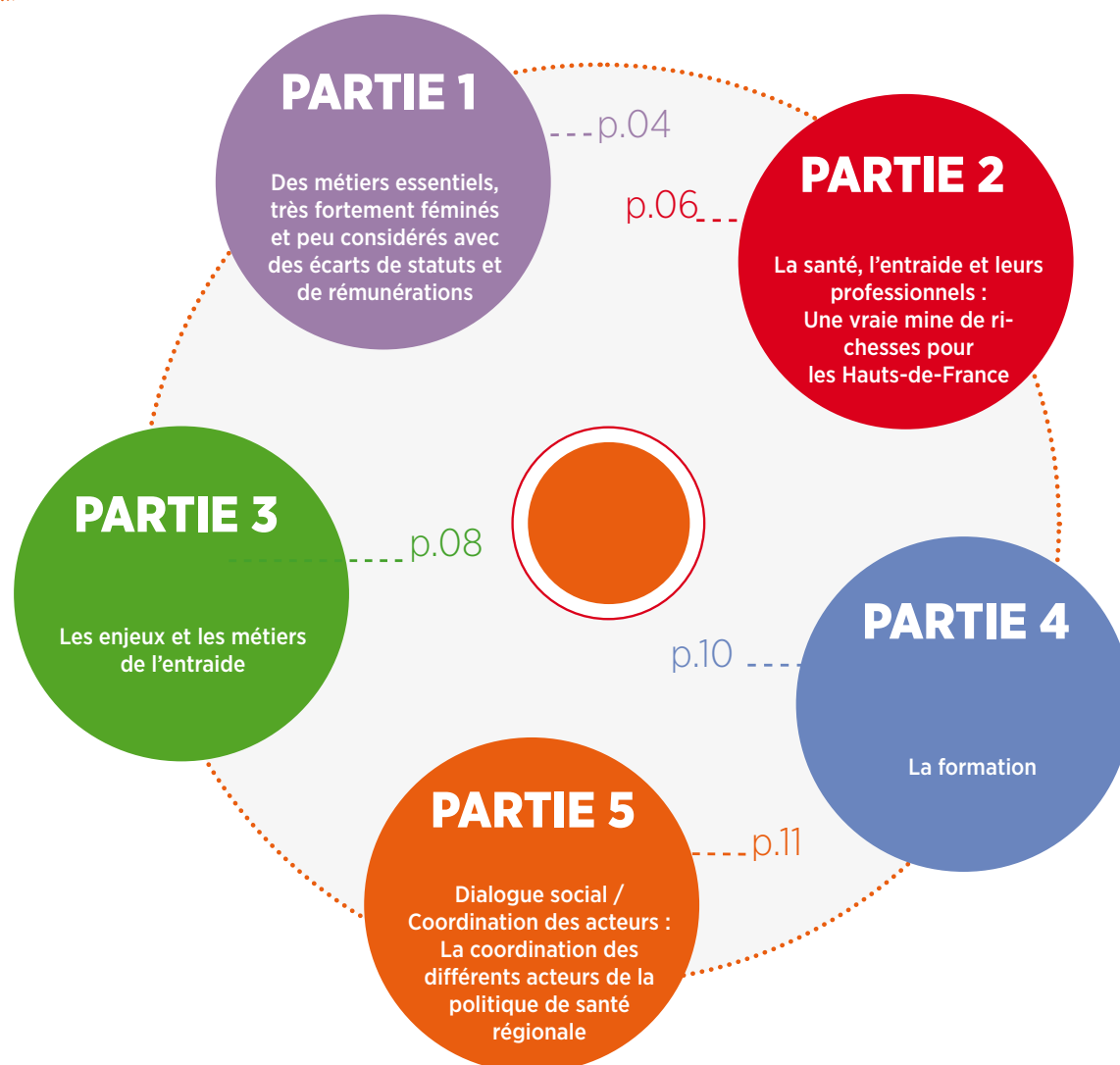
Malgré cet engagement de longue date, et dans un contexte sanitaire complexe qui perdure, les militants de la CFDT de la santé, du social et du médico-social font le constat d'une aggravation des conditions d'accès à la santé des usagers, de conditions de travail et de dialogue social dégradés, de mesures issues du Ségur restant à acquérir.

**Ces constats, issus du terrain, relayés tant par les représentants des professionnels que des usagers nous poussent aujourd'hui à interpeller les acteurs régionaux et à poser différentes alertes sur :**

- Les écarts de statuts et de secteurs qui provoquent un sentiment d'injustice et du dumping social
- Un transfert des activités des secteurs publics et associatifs et libéral (Laboratoires pharmaceutiques) au profit du secteur lucratif à travers des groupes internationaux qui spéculent en utilisant des fonds publics et qui occasionne des effets pervers sur le système de santé français.
- Des budgets restreints malgré les besoins d'une région sous-dotée et où le maillage territorial nécessite un rééquilibrage intrarégional pour garantir un accès à des soins de qualité pour tous.
- Les enjeux des métiers de l'entraide
- Les problématiques liées à la formation des professionnels
- La coordination des différents acteurs de la politique de santé régionale je pense qu'il est nécessaire de diviser en deux parties ce pavé l'un sur la gouvernance... l'autre sur le dialogue social

Constructive et déterminée, la CFDT Hauts-de-France associe à ces alertes des revendications concrètes que nous développons ci-après. Des revendications que nous relayons auprès de l'ensemble des acteurs régionaux pour qu'elles soient entendues, prises en compte et suivies d'effets.

## **SOMMAIRE**



## PARTIE 1 :

# DES MÉTIERS ESSENTIELS, TRÈS FORTEMENT FÉMINISÉS ET PEU CONSIDÉRÉS AVEC DES ÉCARTS DE STATUTS, DES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATIONS PROVOQUANT UN SENTIMENT D'INJUSTICE, DE MAL-ÊTRE AU TRAVAIL ET DU DUMPING SOCIAL : LA RÉPONSE « UNE CFDT HAUTS DE FRANCE EN ACTION »

En Hauts-de-France, comme sur l'ensemble du territoire français, la crise sanitaire a mis en lumière des métiers essentiels, déterminants, vitaux et très fortement féminisés. Ceux des secteurs « sanitaire / social / médico-social » en font partie. Ils sont vecteurs de cohésion sociale mais sont mal payés et souvent très peu considérés. La région des Hauts-de-France n'échappe pas à ce constat, étant constituée de ter-

ritoires départementaux s'échelonnant, à part l'Oise, de la 51<sup>ème</sup> à la 86<sup>ème</sup> place en terme de revenu mensuel fiscal moyen (de 2 296€ pour l'Oise à 1 877€ pour le Pas-de-Calais à la 86<sup>ème</sup> place).

La CFDT Hauts de France revendique, qu'au-delà des applaudissements de mars et avril 2020, qui ont conforté les soignants, mais ont vite été oubliés, que l'Etat et les pouvoirs publics du territoire s'engagent dans une politique proactive en faveur de la reconnaissance et de la revalorisation des métiers de l'entraide.

### La CFDT revendique

Ces professions sont souvent implicitement dédiées aux femmes, notamment parce qu'elles sont identifiées comme le prolongement de l'activité domestique et familiale. Dans l'imaginaire collectif,

il s'agit d'éduquer, soigner, assister, nettoyer, conseiller, écouter, coordonner... bref, de faire appel à des « compétences présumées innées », si « naturelles » quand on est une femme... Cette pos-

ture historique oriente la représentation des métiers du soin et du social comme deuxième salaire du ménage, leur associant fréquemment la notion de temps partiel.

La CFDT Hauts de France, dans le droit fil des revendications portées par la Confédération, revendique que ces métiers fassent l'objet d'une reconnaissance salariale à hauteur de la richesse qu'ils apportent au territoire et à ses habitants. Pour la CFDT Hauts de France, la non-prise en compte de la technicité et du caractère professionnel sont des facteurs expliquant les 26 % d'écart salarial en comparaison avec des secteurs plus masculins (Cf. l'étude réalisée en septembre 2019 avec l'aide de Syndex).

### La CFDT revendique

Etude INSEE avril 2021 : Les Hauts de France constituent la région dont la part de la population avec un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté est la plus importante avec 18 %, (les Hauts-de-France sont la région la plus pauvre, derrière la Corse) et la région des Hauts-de-France est aussi celle où la proportion de la population vivant dans le halo de pauvreté est le plus important,

avec 9.4% des habitants (Le halo de la pauvreté est un terme qui inclut les personnes vivant juste au-dessus du seuil de pauvreté : le niveau de vie de la population vivant dans le halo de pauvreté est compris entre 1 086 € et 1 267 € mensuels, alors que les foyers pauvres sont souvent des familles monoparentales ou nombreuses, l'étude démontre que le profil des personnes vivant dans le halo

est différent de celui des personnes vivant sous le seuil de pauvreté : 28% sont des seniors).

L'INSEE relève que ces ménages sont plus touchés par les crises et événements défavorables, car ils ne bénéficient pas du "filet de sécurité" dont disposent les ménages pauvres.

### La CFDT revendique

Ce premier constat posé, la CFDT s'est mobilisée pour arriver à une égalité de traitement au sein même des secteurs « sanitaire / social / médico-social ».

Des salariés exerçant un même métier,

sont traités différemment si ils sont issus du public ou du privé. Entre le statut de la fonction publique hospitalière et les très nombreuses conventions collectives du champ, les disparités en termes de rémunérations et de mode d'exercice

du métier sont nombreuses, constituant autant de freins à la mobilité qu'aux évolutions de carrière, mais ouvrant également la porte à des formes de dumping social.

Pour exemple une Infirmière, si elle est issue du privé ou du public, mais également si elle est contractuelle dans le public ou titularisée, peut voir sa rémunération varier jusqu'à 400€ net, mais aussi avoir des conditions d'exercice du contrat de travail ou d'accès à la retraite très différentes.

Cette mobilisation de la CFDT a pu donner naissance aux différentes négociations regroupées sous le titre de « Ségur de la Santé », avec pour périmètre principal, à l'origine, la fonction publique hospitalière.

Un des points de départ du Ségur, est aussi le constat de la différence de salaire entre une infirmière en France et le reste de l'Europe : 12ème place pour la France, juste sur la médiane, 31 493€/an/brut (source EUROSTAT 2018). Sur un territoire des Hauts-de-France qui, dans sa situation géographique, est aux prises, à l'est, avec des pays attractifs en termes d'emplois dans le champ de la santé (Belgique/Luxembourg) qui aspirent les professionnels diplômés de la région qui sont frontaliers. Le périmètre européen des groupes lucratifs en plein essor depuis quelques années mainte-

nant, promouvant et amplifiant cette tendance.

Les négociations du SEGUR de la santé, impulsées par la CFDT, ont notamment permis de mettre en œuvre des dispositifs de revalorisation des métiers du sanitaire.

Mais cela ne se fait que par étapes : le sanitaire et les Ehpad de la fonction publique, puis le médico-social public, avec un élargissement du socle d'augmentation de 183 € nets mensuels du SEGUR 1, au fur et à mesure.

Mais en laissant la main dans les mises en œuvre pratiques aux autorités en charge du contrôle, l'ARS Hauts de France pour le SEGUR 2 ou les Conseils Départementaux du territoire dans le maintien à domicile, cela a créé parfois de nouvelles disparités et formes de discriminations.

Toutefois, ces décisions prises, à l'issue des négociations, par l'Etat ne pouvaient légalement s'imposer au secteur privé, tant associatif que lucratif. Le processus a donc été renvoyé aux négociations de branche qui ne se sont pas forcément concrétisées, ou avec des formes (DUE/accords bancals selon les conventions)

différentes, parfois uniquement liées à la tension mise en avant par les employeurs sur certains métiers et certains bassins d'emploi du territoire, notamment en ruralité, extrêmes difficultés à recruter des aides-soignantes, des accompagnants éducatifs et social, des auxiliaires de vie etc... Engendrant certaines aggravations des écarts, en termes de rémunérations ou de réglementations.

La revalorisation des grilles indiciaires, validée dans la fonction publique hospitalière ayant le mérite d'exister, mais là aussi, à ce jour, la transposition dans le privé n'est pas aboutie et occasionne des discriminations dans les structures du prendre soin en Hauts de France.

Des salariés font le même métier mais avec une différence sur la fiche de paie, de fait, certains bénéficient des mesures du Ségur, d'autres non.

De plus la Mission Laforcade qui a pris la suite des négociations SEGUR pour le privé médico-social ne concerne que la filière soignante, pas les fonctions supports ni les fonctions éducatives.

## La CFDT revendique

La CFDT Hauts de France revendique l'élargissement des mesures actées tant dans le SEGUR de la santé que dans la mission Laforcade à l'ensemble des professionnels du social et médico-social, tant public que privé, qui n'ont pas été pris en compte dans les Ségur 1 et 2 puis Laforcade. Notamment pour les nombreuses structures du privé associatif présentes sur le territoire : filière éducative dans le handicap, filière petite enfance, filière exclusion, filière formation (IRFSS privés, nombreux en Hauts-de-France).

Dans ce cadre, la CFDT a obtenu l'élargissement du financement par l'état des 183 € aux soignants du médico-social privé de la filière handicap, et la tenue d'une conférence sociale (qui a eu lieu le 18 février 2022) autour du social et médico-social et de leurs champs conventionnels pour que soient reconnues aussi les professions d'accompagnement qui ne sont toujours pas intégrées dans le terme de soignants (éducateurs notamment, même si les avancées récentes issues de la Conférence Sociale du 18 février 2022 ouvrent la porte à l'extension...), dans le cadre d'une convention collective unique éten-

due au champ et portée par la CFDT.

La CFDT Hauts de France portant, sur ce champ, sa volonté de négocier, jusqu'aux entreprises du territoire, la réduction des inégalités salariales.

Cependant, pour la CFDT Hauts de France, le sujet des salaires n'est pas le seul à prendre en compte.

Il s'accompagne de la problématique des conditions de travail, de l'articulation vie pro/personnelle, mais aussi de facteurs liés à la reconnaissance, au sein de la société des Hauts de France, des métiers du soin.

A la lumière de l'étude Malakoff Humanis, les problématiques de démotivation d'un personnel, déjà fragilisé depuis de nombreuses années, par une politique de santé n'ayant comme curseur que la réduction des coûts sans mise en œuvre d'une péréquation nécessaire au territoire, et à qui la crise sanitaire a donné un coup supplémentaire, ont provoqué une fragilisation de l'ensemble des salariés et une perte d'attractivité notamment pour ceux des secteurs « sanitaire / social / médico-social », tout particulièrement dans la région des Hauts-de-France déjà exposée à d'autres fragilités structurelles.

## La CFDT revendique

La CFDT Hauts de France revendique que la négociation d'accords QVT, obligation légale au même titre que les accords égalité professionnelle et intergénérationnels, s'engage partout dans les entreprises et associations du territoire, de manière prioritaire, dans le cadre du dialogue social, visant à permettre à l'ensemble des salariés du champ d'accéder à de meilleures conditions d'exercice et de service à l'ensemble des usagers et de la population.

## PARTIE 2 :

# LA SANTÉ, L'ENTRAIDE ET LEURS PROFESSIONNELS : UNE VRAIE MINE DE RICHESSES POUR LES HAUTS-DE-FRANCE, LES ACTEURS DU LUCRATIF NE S'Y TROMPENT PAS, ILS Y PUISENT ET L'EXPLOITENT !!!

Voici deux exemples des communications externes de deux très grands groupes lucratifs, européens et mondiaux, des secteurs sanitaire, personnes âgées et domicile, avec aujourd'hui, au regard de l'actualité, des résonnances toutes particulières, notamment dans le territoire :

Pour le groupe Korian :

« Activité solide au 3ème trimestre 2020 : +5,6% de croissance dont +1% de croissance organique »

Le groupe Korian, leader européen des services de soins et d'accompagnement des seniors, annonce ce jour l'acquisition de Petits-fils, réseau national d'aide à domicile pour personnes âgées dépendantes en France. ( 200 000 heures de prestations par mois, soit un volume d'affaires de près de 40 millions d'euros sur l'année :+76% par rapport à 2017

« Notre présence dans le domicile va nous permettre de proposer aux seniors et à leurs aidants des solutions diversifiées et adaptées, en amont et en aval de la prise en soin dans nos cliniques spécialisées et dans nos maisons de retraite médicalisées » indique la Directrice Générale du groupe Korian.

Pour le Groupe Ramsay Santé :

Le chiffre d'affaires annuel s'élève à 4.022,6 millions d'euros, en hausse de 7,4 % en données publiées. Le chiffre d'affaires de l'exercice clos le 30 juin 2021 est en hausse avec une croissance organique du chiffre d'affaires très solide de 8,3%, avec une marge de 16,0 % (contre 14,6 % l'année dernière

Le développement a également été soutenu par des mesures visant à compenser les surcoûts COVID. Le système de garantie de financement mis en place par le gouvernement français a généré des recettes de 103 millions d'euros pour l'exercice clos le 30 juin 2021.

Ces stratégies adossées uniquement sur l'absolue nécessité du développement, de l'absorption, de la fusion et de l'amélioration de la rentabilité, se déclinent sur le territoire des Hauts de France (absorption de la Clinique Ste Isabelle par le groupe Debutler, cession des SADD Croix-Rouge de Fournes, Amiens et Montdidier) et interrogent l'ensemble de notre politique de santé, et les modèles qui y sont associés.

Depuis de très nombreuses années, notamment sur le volet des Services d'Aide à Domicile, les opérateurs privés asso-

ciatifs se débattent afin d'obtenir un financement des Conseils Départementaux qui couvre, à minima, le coût des interventions. Le fait que des opérateurs lucratifs dégagent des marges, à destination, en partie, des actionnaires, de près de 20% nous interpelle fortement !

Cela remet également au cœur de la problématique les disparités de financement, sur le territoire des Hauts de France, des Conseils Départementaux. Manifestement, les 22€ de l'heure, devenus le socle légal, ne sont pas suffisant pour faire face dans les départements de la région aux besoins

Que penser de ces modèles économiques appuyés sur deux piliers : d'une part la fonction commerciale, non ouverte aux structures associatives, et permettant de dégager des profits dans des activités annexes, avec des stratégies d'économies d'échelle et d'optimisation et d'autre part l'action sur le poste de charge représentant 80 à 90% de celles-ci, la masse salariale. Quels impacts sur les modes de management et l'espace laissé au dialogue social ou à la QVT dans ces établissements ?

## La CFDT revendique

La CFDT Hauts de France revendique qu'une fraction des bénéfices dégagés par les structures lucratives du champ du soin du territoire, sous forme d'une cotisation supplémentaire employeur, soit destinée à favoriser l'accès aux soins de qualité, en solidarité aux plus modestes.

La CFDT Hauts de France revendique que le dialogue social reprenne une place centrale dans l'articulation entre partenaires sociaux au sein des grands groupes du lucratif présents sur le territoire, par l'intermédiaire de la mise en œuvre d'avis opposables des instances de représentation du personnel, par la négociation obligatoire d'accords QVT et par l'interdiction d'accords d'entreprise inférieurs aux dispositions de branche, dans tous les domaines.

De plus, dans ces stratégies hégémoniques, le service rendu à l'ensemble des usagers des Hauts de France pose différentes questions. Nous sommes, comme l'évoquent ces grands groupes dans une volonté de capter et de circonvenir une patientèle, notamment dans le cas de l'aide à domicile, afin de la rediriger vers les activités les plus rentables

(domicile vers les Services de Soins et de Réadaptation, SSR ou vers l'Hospitalisation à Domicile, HAD). Sans pour autant, au regard des coûts pratiqués, que ceci s'adresse aux publics ayant une retraite ou un salaire moyen et encore moins aux plus précaires, à qui il ne reste que les établissements habilités à l'aide sociale, encore l'apanage du privé as-

sociatif. Avec en corollaire l'adéquation des coûts pratiqués avec les niveaux de l'APA, et la supportabilité des restes à charge pour les usagers.

Les groupes du lucratif privé ne réservant, pour la plupart, que peu de places, en tout cas de manière insuffisante en Hauts de France, à ces modes de prise en charge (dans les EHPAD).

Enfin, ces regroupements et stratégies de synergie posent la question de la pertinence géographique en termes de proximité, et l'adéquation de ces groupes, dans leur offre de soins, aux problématiques du territoire, cela en lieu et place d'opérateurs associatifs de proximité, ancrés dans les réalités et les besoins locaux. Mais aussi la question des zones de chalandise dans les benchmark en termes de rentabilité.

Cette problématique d'inadéquation aux besoins du territoire trouve également un autre exemple dans l'accueil et la prise en charge des personnes porteuses de handicap, avec un manque criant de structures mais aussi de professionnels dans la région, obligeant les familles à faire le choix d'un placement en Belgique, pour avoir une offre de prise en charge adaptée, alors que les ARS prônent la proximité familiale.

Depuis le moratoire en février 2021 sur l'exil des Français handicapés dans des établissements en Belgique, la France ne paie plus pour de nouveaux entrants, mais ceux qui sont déjà en Belgique peuvent rester dans leur établissement.

Le « zéro sans solution » atteint sérieusement ses limites et montre l'insuffisance de ce dispositif. Aujourd'hui beaucoup de familles ne trouvent pas de places en France et il n'y a plus de place en Belgique. Pour autant elles continuent à se renseigner pour trouver une place d'accueil en Belgique à leur enfant ou adulte malgré les blocages des MDPH qui proposent rarement des solutions de remplacement dans une prise en charge de qualité.

Le compte n'y est pas : Avec 90 millions débloqués pour stopper l'exil des personnes porteuses de handicap venant de France vers la Belgique, il est

impossible de créer 1 000 places d'accueil sachant qu'un établissement de 40 accueillis comme une Maison d'Accueil Spécialisée coûte environ 4 à 5 millions d'euros suivant le foncier, le calcul est vite fait.

En France, les listes d'attente dans les établissements spécialisés s'allongent malgré les critiques sévères portées envers ces structures culpabilisant ainsi parfois des parents victimes d'une politique insuffisante et inadaptée des derniers gouvernements. Aucun n'a pris réellement le problème dans sa globalité laissant le monde du handicap encore souvent dans la sphère du « caritatif ».

« Le handicap, c'est aussi la vie » Il faut qu'il soit pris au sérieux comme tous les grands enjeux de notre société.

## La CFDT revendique

La CFDT Hauts de France revendique la mise en œuvre, sous le contrôle des autorités régionales en charge, d'une politique de santé de proximité, adaptée aux besoins mais aussi en adéquation avec les particularités et les ressources et capacités financières des habitants du territoire, pas en miroir des desideratas des groupes du lucratif privé.

Il faut aussi envisager le sujet par l'entrée économique, et ses impacts sur notre modèle de politique de santé décliné en Hauts de France.

Il n'est pas possible d'imaginer que le développement du lucratif au détriment de la Fonction Publique ou de l'associatif, n'engendre pas de surcoûts liés à la nécessaire rentabilité, qui se doit dans ce modèle, année après année, d'augmenter.

Surcoûts toujours plus importants, qui, in fine, se retrouvent à la charge de la solidarité nationale (au travers des cotisations sociales) et de l'utilisateur en Hauts de France par le coût toujours plus im-

portant des mutuelles sur lesquelles reposent notamment les dépassements d'honoraires ou services hôteliers au travers desquels les groupes lucratifs améliorent leurs marges.

Dans ce mode de facturation des soins, et la dérive des coûts toujours plus importante, nombreux sont les jeunes et les âgés qui ne peuvent plus ou pas faire face à ces dépenses et n'effectuent plus des soins pourtant indispensables et/ou urgents, ou ne sont plus en mesure de faire appel aux aides nécessaires pour un maintien à domicile.

Dans cette optique, la dévolution d'une part de plus en plus importante de cette

mission d'auxiliaire des pouvoirs publics à des structures issues de groupes mondialisés du lucratif privé, notamment sur le territoire des Hauts de France, repose la question du modèle de la politique de santé, mais aussi à terme de sa soutenabilité. Sans toutefois perdre de vue les notions de taille critique, à arbitrer, et qui sont souvent à l'origine de la disparition de petites structures de la Fonction Publique Hospitalière ou du privé associatif présentes en Hauts de France, où de réorganisations dont on peut interroger la pertinence, à l'exemple de certains services d'urgence de l'Oise.

## La CFDT revendique

La CFDT Hauts de France revendique que les ressources à destination de la politique de santé soient en priorité affectées à l'objet, en fonction d'une qualité objectivée du service rendu sur le territoire et des besoins spécifiques de celui-ci et de ses habitants, et pas seulement au regard d'un moins disant lors d'un appel d'offre, dans le seul but de dégager des marges.

La CFDT Hauts de France revendique que chacun, d'un bout à l'autre du territoire, ait un égal accès aux soins de qualité qui lui sont nécessaires et cela quelles que soient ses capacités financières.

La CFDT Hauts de France défendra auprès des élus régionaux et départementaux le principe d'un mode de contribution plus équitable du travail à la santé et à la perte d'autonomie, en recherchant une meilleure lisibilité pour l'ensemble de la population et un principe de contribution solidaire qui soit progressif en fonction des revenus.

## PARTIE 3 : LES ENJEUX DES METIERS DE L'ENTRAIDE

Avec la crise de la Covid 19, les métiers de services à domicile auprès de personnes vulnérables ont été révélés au grand public dans toute leur dimension sociale au quotidien, tout comme le manque de reconnaissance dont ils sont l'objet. Ces réalités sont pourtant anciennes.

Ces métiers majoritairement féminins apportent un service essentiel à la santé et à la vie sociale de publics qui se caractérisent par leur vulnérabilité au sens du code du travail, qu'il s'agisse des

jeunes enfants, des personnes âgées ou en perte d'autonomie et touchées par la maladie ou par le handicap.

Les personnels du soin et de l'aide à la personne sont dans une situation d'invisibilité professionnelle qui aboutit à sous-estimer la difficulté de leurs conditions de travail (pénibilité de la charge mentale et physique), l'impact sur leur santé, la faiblesse de leurs rémunérations et, pour beaucoup d'entre elles (eux), leur précarité avec le constat d'un usage à des temps partiels non choisis.

L'aide à la personne, se caractérise en deux grands types d'emplois, ceux qui interviennent sur la petite enfance et à leur domicile (ASMAT), et celles qui interviennent aux domiciles des usagers (AES, AS, TISF...). Ces deux types de professionnels ont le point commun d'intervenir seul auprès des usagers et peuvent être confrontés à l'isolement et à l'absence de lien permettant les échanges professionnels réguliers, permettant de confronter leur réalité et leur pratique.

### La CFDT revendique

L'encouragement de toutes les nouvelles formes collectives d'organisation du travail auprès de ces professionnels. En développant les réseaux de professionnels et en généralisant les analyses de pratique au sein des relais d'assistantes maternelles et des relais d'assistantes de vie.

En permettant aux équipes d'aide à domicile de fonctionner en autonomie sur un territoire et en rémunérant les temps de travail associés aux activités de coordination et de partage des pratiques.

Les professionnels intervenant au domicile des usagers, qui sont souvent des femmes sous contrat à temps partiel non choisi, se voient attribuer des amplitudes horaires élargies. Force est de constater que ces pratiques de ressources humaines et organisationnelles sont un moyen de bénéficier d'une « main œuvre » malléable et ajustable

et d'en réduire les coûts. Ces salariés sont amenés à de multiples déplacements, ils se voient appliquer des tarifs de remboursements de frais kilométriques variables selon les structures. Ils sont contraints à exercer leur activité en s'adaptant constamment à l'aménagement de leurs lieux d'intervention tant au niveau ergonomique, qu'au niveau du

matériel à leur disposition, ce qui induit en finalité des problèmes de santé (TMS...).

Tout comme l'ensemble des professionnels de Santé, ces professionnels sont confrontés à une perte du sens du travail et sont impactés par des temps d'intervention minutés qui ne permettent plus de prendre en compte l'humain dans sa dimension mentale, et sociale.

### La CFDT revendique

- La revalorisation des rémunérations et de compétences en cohérence avec celles du secteur du soin.
- L'accès à un temps plein pour tous les salariés qui le désirent.
- La prise en compte de l'ensemble des temps de travail nécessaires à cet accompagnement, y compris ceux qui ne correspondent pas directement à l'exécution d'un service prescrit pour la personne (conversations, loisirs, vigilance sur l'état physique et moral de la personne...) notamment dans notre région en grande souffrance sociale.
- La mise en place d'un tarif de remboursement des frais de déplacement commun à l'ensemble des conventions collectives des travailleurs à domicile et au niveau des tarifs des barèmes fiscaux communément pratiqués ; ce tarif kilométrique devra être opposable pour la détermination du niveau de prise en charge financière des prestations d'aide à domicile par les départements.

Les établissements prestataires sont le plus souvent fragiles économiquement, malgré le soutien d'allègements fiscaux et le développement de la « silver économie », marché porteur mais concurrentiel notamment dans certains cas

lucratifs. L'apparence de libre choix des usagers est relative, car il dépend de leurs capacités à financer ces services. Cette situation est source d'inégalités pour les personnes, leurs aidants et leurs familles.

L'absence de suites concrètes aux intentions politiques régulièrement déclarées, entretient une injustice flagrante et une irresponsabilité sociétale qui doivent être corrigées par des mesures urgentes. Mais c'est aussi une vision po-

litique, prospective et partagée, qui doit permettre de sortir définitivement d'une organisation à bout de souffle pour établir un système pérenne à la hauteur des enjeux humains, sociaux et économiques.

C'est d'autant plus nécessaire que les besoins de notre région sont importants.

La population en région Hauts-de-France vieillit, et malgré un allongement de l'espérance de vie, le risque de perte d'autonomie s'accroît avec l'âge, ce qui va se traduire mécaniquement par une augmentation de personnes en perte d'autonomie.

En Hauts-de-France, on dénombrait en 2015, selon l'INSEE, 1.339.700 personnes de 60 ans et plus, dont plus de 96% à domicile. Comme au niveau national, cette population de seniors devrait continuer à augmenter dans les prochaines décennies. Ainsi, la région compterait 1.678.500 personnes de 60 ans ou plus en 2030. Bien que les seniors y soient plus jeunes, ils sont un peu plus souvent en situation de dépendance (17%) qu'en France métropolitaine (16%). En 2050, le nombre de seniors pourrait passer à 1.912.300, si les tendances démographiques se poursuivent, soit une augmentation de 43% par rapport à 2015.

Parmi ces seniors, 339.000 seraient dépendants, soit une hausse de 48% par rapport à 2015.

En 2015, seuls 19% de seniors dépendants vivaient en institution. Les Hauts-de-France sont la région métropolitaine où il y a le plus de personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Leur nombre augmenterait fortement d'ici 2050.

La dépendance constitue un enjeu primordial des prochaines décennies pour notre région.

## La CFDT revendique

le fait d'aller vers une logique d'accompagnement personnalisé, inclusif, pluridimensionnel et modulable, autour d'un projet de vie en prise avec la complexité des besoins, cela suppose une évaluation globale, précise, constante et évolutive, des attentes des personnes, quels que soient, leur âge, leur handicap ou leur état de santé.

Pour se faire, nationalement il est important d'augmenter et de pérenniser, les ressources consacrées au financement du cinquième risque. La loi grand âge et autonomie attendue et portée par la CFDT doit permettre d'accompagner le vieillissement de la population, de reconnaître les salariés du secteur, et de bénéficier d'un financement suffisant.

Cette réforme ne doit pas être considérée comme un coût, mais comme un investissement en réponse aux besoins sociétaux. D'autant qu'investir dans ce

secteur représente des gisements d'emplois nouveaux, non délocalisables et significatifs pour lutter contre le chômage.

Ainsi pour notre région cela s'avère être une réelle opportunité. En 2030, la prise en charge de la dépendance nécessiterait selon l'étude de l'INSEE la création de 9.300 emplois, selon les standards de leur définition actuelle. La majorité de ces emplois concernerait le maintien à domicile des personnes âgées.

Aussi, il est indispensable d'améliorer l'organisation de l'offre, la cohérence de sa gouvernance, le financement solidaire de la demande et l'attractivité de ces métiers, dans une logique de proximité, de professionnalisation valorisée et de responsabilité sociale de filières structurées. Les politiques publiques en région doivent se concevoir avec l'implication des parties prenantes territoriales, des personnes concernées et de leurs représentants.

## La CFDT revendique

- La mise en place d'une réflexion sur une réforme de la gouvernance territoriale du système. Aujourd'hui, les départements décident tant de la demande que de l'offre d'aide à domicile sur les territoires. Cette situation est préjudiciable à l'ensemble des prestataires de services et ne permet d'assurer ni l'amélioration des conditions de travail, d'emploi et de rémunération des intervenant.e.s à domicile ni la reconnaissance et l'élévation de leur niveau de qualification.
- la mise en place d'un travail concerté en lien avec les syndicats sur l'identification des besoins des populations en correspondance avec la gestion prévisionnelle et prospective des emplois nécessaires en région au fil du temps.
- Que l'autorisation administrative des services prestataires d'aide à domicile des secteurs associatifs ou commerciaux soit conditionnée au respect des besoins du territoire, d'une certaine éthique et au respect des engagements prévus dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- Le financement des interventions sur la base d'un forfait horaire global de haut niveau doit être généralisé dans l'ensemble des conseils départementaux de la région. Pour permettre la durée minimum d'une heure pour les interventions à domicile, dans les activités d'aide à domicile qui concourent à maintenir l'autonomie des personnes et au développement de leurs liens sociaux.
- La mise en place de l'investissement nécessaire pour que chaque professionnelle ou professionnel dispose d'équipements de protection individuelle adaptés au risque sanitaire, quel que soit le mode d'intervention (prestataire, mandataire ou emploi direct).
- La généralisation du financement des prestataires d'aide à domicile autorisés au titre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et habilités à l'aide sociale sur le principe d'une dotation globale correspondant à un forfait d'heures contractuel.

## PARTIE 4 : FORMATION

Si la région Hauts de France à une forte densité de population jeune, elle est aussi confrontée à une grande précarité étudiante et les métiers de la santé n'attirent plus. C'est pourquoi l'URI Hauts de France s'inscrit dans une dynamique de renouvellement générationnel avec une politique d'actions "Jeune" dynamique et solidaire.

Un constat doit être fait, la crise sanitaire n'est pas la seule responsable du désamour, des professions de la santé et de l'accompagnement, de la jeunesse à s'engager dans celle-ci. Les conditions de travail dégradées, les horaires atypiques de nuit et de week-end, le fait d'être des salariés corvéables à merci et le manque de reconnaissance professionnelle en sont également la cause.

Ces secteurs font également face à des problèmes de recrutement significatifs que l'on ne connaissait pas avant la crise sanitaire, mais qui étaient plus centrés sur des professions en tension tel que manipulateurs radio ou kinés. Aujourd'hui, tous les métiers de la Santé sont impactés.

D'ailleurs, à la sortie de ces formations, les professionnels sont souvent confrontés à la réalité de terrain, à l'épuisement professionnel et aux effectifs restreints lors de leur première année d'exercice et ils préfèrent se réorienter professionnellement.

La formation des cadres intermédiaires doit également nous questionner. Ils se retrouvent souvent dans des schémas les plaçant entre le marteau et l'enclume. Ils ne sont pas forcément armés pour conserver de l'autonomie dans la

gestion de leur équipe face à des Directions qui ne leur laissent aucune marge de manœuvre, les relayant souvent à être un simple relais entre Direction et personnels.

Des questions se posent :

- Doit-on repenser les formations dédiées aux métiers du soins, du social ou de l'entraide afin d'aller vers plus d'apprentissage ?
- Doit-on revoir les modalités du numérus clausus et de liberté d'installation face aux difficultés de recrutement pour certaines professions ?
- Doit-on repenser un système de réorientation professionnelle qui valoriserait ces métiers? (ex : Transaction et transfert des ressources à l'image de l'expérience de réorientation professionnelle en Belgique des métiers de la Banque vers ceux de la Santé).
- Doit-on revoir les modalités d'accès aux formations d'encadrant de proximité ?

Si le Ségur démontre une certaine forme de reconnaissance pécuniaire pour les professionnels de certains secteurs d'activités, pour d'autres le compte n'y est pas ! Car on ne peut ignorer une autre forme de demande de reconnaissance : celle de la valorisation de ces métiers par le biais de la formation.

Impliquant une offre de formation cohérente des qualifications à l'exercice des métiers du soins et d'accompagnantes éducatives et sociales. Une adaptation de la Validation des acquis de l'expérience (VAE) à l'exercice des métiers de l'aide, de l'accompagnement à domicile

par l'évaluation des compétences en situation de travail auprès des personnes.

L'apprentissage et la professionnalisation en alternance présente des intérêts pour l'apprenti : professionnalisation, rémunération, entrée en formation sans modalités de sélection, tel que le système de Parcoursup (qui mesure un niveau d'entrée, mais pas la motivation, l'envie, le savoir être, etc...). Elle présente aussi des atouts pour les employeurs qui pourront former leurs futurs professionnels selon les spécificités de leur établissement et les fidéliser pour ainsi faciliter le recrutement et répondre à leurs problématiques de besoins en professionnels.

Repenser Parcoursup, qui, par une orientation prématurée ou imposée, menace de provoquer une pénurie d'effectifs en formation dans certains métiers de la santé et notamment les infirmiers. Réinstaurer les préparations aux concours redevient également une nécessité.

La disparition d'un certain nombre de préparations à l'entrée en école d'aide-soignante permettait à un public jeune et/ou éloigné de l'emploi d'accéder à ce niveau de qualification, et participait au travers de cela au fonctionnement de « l'ascenseur social » moteur d'une projection possible dans un avenir meilleur.

Trop de disparités sont encore observées concernant les métiers de l'entraide, la formation continue dans ce secteur est insuffisante et peu de jeunes postulent. Le recrutement du personnel se faisant souvent par le biais de reclassements en seconde partie de carrière.

### La CFDT revendique

L'opinion publique devient essentielle pour que les métiers de la santé ne représentent plus un "coût", mais bien une "richesse". Pour y aboutir, la CFDT Hauts-de-France revendique :

- Une action sur l'image et l'attractivité des métiers du soins et de l'accompagnement avant les choix d'orientation des lycéens.
- Une action sur les rémunérations en les revalorisant et les harmonisant pour rendre attractives les formations.
- Que l'organisation des instituts de formation et les effectifs des promotions soient négociés en lien avec les partenaires sociaux en regard des besoins.
- L'intégration dans les plans régionaux de développement de la formation et de l'orientation professionnelle, grâce au développement des filières d'apprentissage

**LE CONTEXTE :**

La liste des acteurs concernés par la politique de santé est à spectre large, elle ne se cantonne pas à la simple relation entre l'usager et le professionnel de santé ! A ceux-ci s'ajoutent les représentants des usagers, les partenaires sociaux (salariés et employeurs), les collectivités territoriales (région, départements, communes), les acteurs de la cohésion sociale et de la protection sociale, les acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé, les gestionnaires d'établissements ou de services sanitaires et médico-sociaux, les représentants des ordres...

De même les lieux de dialogue social, de concertation et de démocratie sanitaire en région ou sur les territoires pour évoquer les politiques de santé publique sont multiples ( ARS-CRSA-CTS, CDCA, santé au travail, Région-CESER, GHT, GCS, Conseil de surveillance, CTE (CSE) , CVS, Conseil des organismes de protection sociale...) et ils deviennent une sorte de mille-feuille institutionnel et de projets qui en tout état de cause doivent s'articuler, parfois ils se chevauchent, quand ils ne se superposent pas ou ne s'opposent pas.

Même si tous les acteurs au travers de ces lieux d'expressions convergent sur la nécessité de mettre en place un système de santé répondant aux besoins des populations, il n'en demeure pas moins que les divergences d'intérêts entre chacun complexifient les relations et de fait leur mise en œuvre.

Ce mille-feuille institutionnel a pour effet :

- de rendre illisible les actions engagées
- de fractionner la prise en charge des citoyens selon les moments de leur vie, et leurs conditions de vie (scolaire, professionnelle, personnelle...)
- de segmenter les champs de compétence des secteurs de la santé, du social, et du médico-social....
- de fractionner le parcours des usa-

gers entre médecine de ville, hospitalière, maintien à domicile...

- d'opposer les projets, aux budgets et aux moyens alloués à leur mise en œuvre

Mais surtout de rendre incompréhensible la politique de santé, et de pouvoir vérifier l'adéquation entre les besoins de la population et les ressources à mobiliser.

C'est pourquoi la question de l'Organisation de la démocratie sanitaire et du dialogue social est essentielle au bon fonctionnement du système de santé.

Le passage de l'ARH à l'ARS, même s'il a ouvert une vision globale de la politique de santé intégrant la médecine de ville, le médicosocial... a néanmoins perdu la vision budgétaire globale, et ainsi rendu quasi impossible notre action en vue d'influer sur une réelle péréquation intrarégionale et régionale pour laquelle notre région est sous dotée.

C'est pourquoi aujourd'hui, nous considérons que l'absence de vision globale intégrant les logiques budgétaires et salariales appauvrit tous les lieux de dialogue en région. La démocratie sanitaire est réduite à sa plus simple expression tant au niveau des instances de l'ARS, qu'au niveau des instances territoriales ou locales.

Au niveau de l'ARS, le dialogue entre les différents acteurs de la CRSA et ses 5 commissions, même s'il est constructif, est réduit à ne donner que des avis sur des sujets essentiels à la mise en œuvre de la politique de santé. D'autant que ces avis formulés ne sont que très peu suivis d'effets.

Au niveau des instances territoriales et locales, force est de constater d'importantes différences entre les gros établissements et les petits, avec plus de régulation dans les grandes structures, les petites structures subissant le fait que leur dirigeant a trop souvent un rôle « d'homme-orchestre ». Dans les lieux de négociations nous constatons de plus en plus souvent la mauvaise foi des employeurs pour vider de leur contenu

tous les sujets. Cette absence de vision régionale globale fait la part belle aux établissements qui jouent constamment de l'argument budgétaire en évoquant des budgets alloués insuffisants, induisant ainsi toujours plus de rigueur et de sacrifices pour les professionnels. Rendant les relations professionnelles tendues. Les cadres sont coincés dans une posture instable, entre le marteau et l'enclume ! Les injonctions contradictoires sont omniprésentes avec un effet cascade sur les personnels et paradoxalement les directions affichent une volonté de travailler sur la qualité de vie au travail, mais sont incapables de la mettre en œuvre.

Les lois Auroux ne sont plus appliquées dans les établissements, les espaces d'expressions des personnels sont rendus inexistantes et quand ils existent, ils sont vidés de leur sens.

Et malgré le rôle renforcé de l'ARS par rapport aux ARH, le fait que l'ARS n'ait pas de « pouvoir » hiérarchique par rapport aux structures est un frein supplémentaire pour réguler ces dysfonctionnements et laisse de plus en plus les directions en état de toute puissance, sans respect pour le rôle des IRP.

Les usagers quant à eux expriment vis-à-vis des CVS (Conseil de la Vie Sociale) le fait qu'ils restent en majorité des espaces de débat sur le quotidien, qu'ils ne savent pas vraiment à quoi cela sert, les effets concrets de la participation sont peu visibles pour les usagers, et dans certains établissements, ceux-ci s'interrogent quant au fait que l'on peut parler du budget et des travaux, alors que dans la réalité ce sont des petits détails (poignée de porte cassée, problème de linge, etc.) qui les préoccupent, et qui ne trouvent parfois pas de réponse néanmoins la participation existe et elle est vivante. Elle est fortement portée par les directions, qui en font parfois un élément stratégique et d'affichage. Quant aux professionnels ils sont peu formés pour participer activement à cette instance.



## La CFDT revendique

- Un état des lieux des instances de démocratie sanitaire et de dialogue social dans les établissements associations et entreprises de la région (rôle et mission, intérêt...) pour identifier les cumuls et les manques.
- La mise en place auprès des différents décideurs (ARS, Région, Département, Sécu...) d'un lieu de négociation régional permettant d'agir sur tous les futurs projets de santé, en ne se cantonnant pas au seul projet médical mais bien en y joignant les volets budgétaires, sociaux (emploi, formations, effectifs, conditions de travail) et sociétaux nécessaires à leur mise en œuvre.
- Une réelle politique régionale de dialogue social appliquant une politique commune de qualité de vie au travail à tous les établissements de la région
- La mise en place d'un baromètre régional de la QVT et du dialogue social auprès des travailleurs du secteur de la Santé de la région instaurant des pénalités aux établissements socialement non responsables.

