



## Compte rendu de la rencontre avec la direction ce jeudi 08 novembre

D'entrée, nous avons dit à la Direction : « *Nous sommes ici pour négocier sur la base des 5 points de la plateforme revendicative commune* ».

Le directeur général dit accepter de négocier dans le cadre du dialogue social et précise : « *...se porter garant de la qualité de la vie au travail....* » et « *...de la qualité de la prise en charge des patients.....* ».

Curieuse conception ? Quelqu'un serait contre la « *qualité de vie au travail* » ou « *la qualité de la prise en charge des patients* » ? Le Directeur Général, interpellé par nos soins, n'a pas su préciser qui,.....

Au-delà des mots, examinons plus en détail les faits,

- **L'unité Itard** : 12 patients polyhandicapés hospitalisés avec des soins infirmiers importants, d'où une charge de travail des plus lourdes. Cette unité sans cadre de proximité, ne dispose à l'heure actuelle que d'un effectif total de 9,6 soignants dont la moitié IDE, 3 ASH plus une lingère. Tous se doivent d'assumer en plus des fonctions qui ne sont les leurs, celle des autres pour pallier au manque de personnel. Les conséquences commencent à être bien connues, les équipes sont épuisées et les prescriptions médicales pas honorées faute de personnel ou tout simplement non-faites car chacun connaît l'impossibilité de les réaliser. Nous posons une question simple : Elle est où là, « *la garantie de la qualité,....* » ?

- Idem pour le personnel de **la Kiné**, dont les départs ces dernières années n'ont jamais été remplacés si ce n'est par un éducateur sportif ! Alors la charge de travail augmente tous les jours et les plannings de rendez-vous deviennent irréalisables.

- **le bureau des entrées** doit être réorganisé dans le cadre de la ré-organisation de l'UMA. Cela touche les horaires des agents, il doit être scindé en deux parties au prétexte de se rapprocher de l'UMA dont la Direction « *prétend qu'il est éloigné géographiquement* » ! Quelle motivation peut engendrer, en terme de qualité au travail, une réorganisation totale d'une unité qui ne demande rien et qui ne pose aucun problème ?

- **L'UMA** se voit imposer un roulement sur 12h, perdant au passage 4 postes d'IDE le jour, et gagnant 4 lits supplémentaires. La direction met en avant cette nécessité au fait « *de mieux coller aux flux des consultations qui embolise l'UMA à certains moments de la journée* ». L'embolisation de l'UMA a-t-elle pour cause l'absence de lits en aval ou l'afflux non-régulé de patients aux urgences ? Là aussi la question se pose. Les suppressions de lits et d'unités de soins dans le cadre d'hôpital 2012 vont-elles améliorer la fluidité des hospitalisations à l'UMA ? Les quatre lits supplémentaires à l'UMA, allégeront-ils la charge de travail de ces équipes, diminueront-ils le nombre d'hospitalisation nécessaire ? <sup>(1)</sup>

- **Le travail des ASH**. Le Directeur explique : « *on nous dit souvent lorsque nous nous rendons dans les unités, le ménage n'est pas fait... Ce n'est bien sûr pas de la faute des ASH, mais nous pensons qu'il faut les sortir des équipes, les gérer de façon mutualisée pour mieux répondre à ce besoin. Les nouveaux bâtiments, l'organisation en pôles, vont faciliter cela.* ».

Là encore examinons les faits. L'unité Montessori a fonctionné une semaine entière **avec une seule ASH pour les 2 postes, du matin et du soir**. Il n'y a pas d'abord et avant tout, un problème d'effectif ? Bien sûr le nombre d'unités d'hospitalisation a baissé mais là où il y a eu jusqu'à **335 ASH, il n'y en a plus que 180 aujourd'hui**. La mutualisation a-t-elle pour fonction de régler ça ou de préparer la sortie des ASH des équipes de soins puis de l'hôpital ? Car nul doute qu'il y aura toujours une entreprise privée '*mieux disante*' ....

C'est dès lors qu'est intervenue la discussion sur la question de « **la délégation de gestion des personnels aux pôles** » :

Le nouveau bâtiment pour hôpital 2012 offrira aux équipes du pôle Centre, dit le directeur, « **un self patient unique commun à toutes les unités de ce pôle** ». Et de rajouter « *avec cet exemple, nous voulons dire ici, voilà la marge de manœuvre que nous proposons aux pôles. Un pôle et son Personnel veut un self, pas tous les pôles vont faire un self... Après faut discuter jusqu'où on va ? Les horaires de travail nous sommes pour, la formation continue, nous sommes pour, la structuration des effectifs, l'évaluation, les avancements.....* »

Reprenons l'exemple de monsieur le Directeur. Le personnel du pôle centre n'a jamais été informé et encore moins choisi ce self. Le directeur des soins argumente « *que l'US Charmilles avait un self patient* ». C'est exact comme il est tout aussi exact que ce n'est qu'une seule et même unité pas un pôle ! Doit-on comprendre qu'à terme il serait prévu une unité d'hospitalisation par pôle ?

Il y a aujourd'hui 5 unités de soins au Pôle centre, décider de la distribution des repas dans un self commun pour les 5 US, soit plus **d'une centaine de patients**, ça peut effectivement aider à baisser le nombre des ASH nécessaires mais ça peut poser beaucoup de problèmes qui s'avéreront vite insolubles : Quid de la distribution des traitements au moment du repas ? Mutualisée aussi ? Quid de la surveillance des patients, à savoir leur présence ou non en service ? Ces questions ont-elles à voir avec la qualité de la prise en charge des patients ?

Mr le DG répond : « *Que ce soit pour les ASH ou les autres, nous proposons de repenser la gestion du personnel, qu'il ne faut plus d'organisation identique sur le CHS V* ».

Chacun comprend cette mécanique. La direction continue de nous éclairer sur le contenu qu'elle entend donner au dialogue social : « *vous avez différents problèmes, réfléchissons pour aboutir à un diagnostic commun qui exclut la question des effectifs puisque l'objectif du redressement des finances publics est unanimement partagée, dès lors il faut tout repenser et s'attaquer au Statut, aux organisations du travail* » (2)

Pour l'heure la Direction ne recule devant rien, il nous revient de **poser des limites : nos revendications**, la défense de notre Statut, de nos organisations de travail, de nos compétences professionnelles fixées par décret, de nos postes de travail, de nos unités de travail.

**La sortie des ASH des équipes de soins, leur mutualisation c'est NON**

**Le management du Personnel par pôle, c'est NON**

**La réorganisation du bureau des entrées en le divisant en deux, c'est NON**

**Le roulement sur 12h00 pour les unités de soins, c'est NON**

- (1) Depuis près de 50 ans, on nous bassine en psychiatrie les mêmes blagues. Il y a 40 ans pour développer l'extra-hospitalier, alors que nous FO protestions, bien seuls à l'époque, non pas contre sa création mais « **contre sa création au détriment de l'intra-hospitalier** », on nous répondait : « *mais ça tombe sous le sens, le développement de l'extra va régler les problèmes de l'intra, les malades vont être pris en charge différemment et il n'y aura plus besoin de lits...* ». 40 ans après, jamais les besoins en lits n'ont été aussi grands. A cela une raison, qu'aucun comportementaliste ou cognitiviste ne saurait résoudre : La psychose, sa prise en charge c'est d'abord un lieu, un accueil. C'est cette dimension pour des raisons strictement financières qui est aujourd'hui niée.
- (2) Négocier ça veut dire pour nous FO, chacune des parties fait un pas l'une vers l'autre pour trouver un compromis. Malheureusement aujourd'hui les Patrons qui savent pouvoir compter (c'est le mot exact, 20 Milliards d'€ !) sur le pouvoir politique quel que soit sa couleur, les institutions d'essence européenne, disent « *c'est toujours plus...pour nous* » ! Ce symptôme gagne les hauts fonctionnaires dans la Fonction Publique, sans parler de la FHF qui elle ne rêve que d'une chose : être patron ! Incapables de changer les choses, ils proposent de changer les mots, comme disait notre camarade Jaurès.