



SYNDICAT CGT DE SITE CHU DE MONTPELLIER

PROFESSION INFIRMIER-E Collectif infirmiers CGT CHU de Montpellier

Janvier-Février-Mars 2014

Numéro 01

Contact collectif infirmier CGT CHU

Philippe Peretti: p-peretti@chu-montpellier.fr

Édito

Même si nos conditions de travail se dégradent jour après jour, que les restrictions budgétaires et autres plans sociaux (Contrat Performance) de toutes sortes aggravent cette situation, l'UFMICT CGT (Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens) poursuit son travail de fond, afin d'élargir son champ de réflexion et pouvoir élaborer une large plateforme revendicative commune en direction des IDE.

L'objectif avoué de ce bulletin d'informations n'est pas tant de se lancer dans un corporatisme exacerbé mais bien d'adresser une information spécifique, qu'elle soit professionnelle ou sociale à l'ensemble de la filière infirmière.

Quelques fois oubliée, souvent piétinée, notre profession pourtant importante par le nombre à toujours eu des difficultés à se mobiliser. Lorsqu'elle y est arrivée (luttés IDE 1988-1989) nous avons constaté des avancées insuffisantes et le peu de considération des pouvoirs publics pour la reconnaissance de notre profession.

Dans l'indifférence générale, la répression donna le change à une grogne pourtant justifiée.

Nous ne réécrivons pas l'histoire, mais alors que notre société et le monde du travail sont en pleine mutation, doit-on tout accepter pour travailler au final, dans des conditions déléteres pour nous autres soignants et pour le patient?

Doit-on continuer d'exercer notre profession contre un salaire inadéquat?

Doit-on cautionner les choix politiques et institutionnels qui chaque jour accroissent le mal être infirmier ? Mal être lié entre autre, à une absence de reconnaissance et un sentiment de frustration engendré par le décalage croissant entre les valeurs qui animent les IDE et la réalité du terrain...

La situation des IDE (toutes filières confondues) sur le CHU de Montpellier devient de plus en plus préoccupante. La majorité des IDE constatent quotidiennement la dégradation de leurs conditions de travail déjà précaires..

Faire toujours plus avec moins de moyens! Voilà le leitmotiv qui revient inlassablement lorsque nous vous rencontrons. Affirmer que le pire est passé serait un mensonge ou de l'inconscience (Contrat Performance). Le prochain plan de financement de la sécurité sociale (PLFSS) prévoit des coupes drastiques qui vont toucher de plein fouet le fonctionnement des hôpitaux, synonymes de nouveaux Contrats Performances).

Choix politique et/ou de société, mais force est de constater que l'hôpital public va mal, malgré les efforts incessants de ses personnels mis à contribution depuis trop longtemps.

Mais au fait, combien aurions nous pu embaucher d'infirmiers-es sur un pool avec les 80.000 euros dédiés à la culture version CHU?

Nous vous laissons réfléchir sur ces problématiques en souhaitant que l'année 2014 exauce tous vos vœux.

Bonne lecture...

Dans ce numéro:

Édito	1
Jour de carence	1
Ordre infirmier	2
IDE spécialisés dans la tourmente	2
Focus: Pénibilité	3
Psychiatrie: Un financement à l'acte pour quels soins?	3
Pendant ce temps au CHU...	4

Sommaire:

- Ordre Infirmier.
- Focus: Pénibilité.
- Psychiatrie: Un financement à l'acte pour quel soins?
- CHU: votre quotidien.

Jour de carence Le décret d'application toujours en attente

L'abrogation du jour de carence ne sera effective qu'au 1er janvier 2014. Pour rappel, cette mesure injuste, présentée initialement par le gouvernement précédent dans un souci d'équité entre salariés du public et du privé ne visait au final qu'à diviser ceux-ci et alimenter de basses considérations électoralistes et mercantiles. En effet, la majorité des salariés du secteur privé ne supporte pas cette pénalité, des accords interentreprises prenant en charge celle-ci, c'est la **subrogation**.

La pugnacité de notre organisation et la mobilisation des salariés du secteur public (pétitions, manifestations et grèves) a démontré aux pouvoirs publics l'inutilité de cette mesure. Une récente étude a illustré l'inefficacité d'un tel dispositif notamment sur les arrêts de longues durées qui ont augmenté de façon significative. De plus, faire payer aux salariés les conséquences des suppressions de postes et autres réorganisations de services évoquent des méthodes de management d'un autre temps...

Pour info, le lobby des assureurs a engagé ces dernières semaines une campagne de désinformation visant à faire supprimer l'abrogation du jour de carence. Ceux-ci se voyaient déjà passer des contrats juteux dans les administrations (à l'instar des entreprises du secteur privé) pour supplanter le jour de carence par la mise en place de la subrogation.

Au final, la signature de ces contrats auraient coûté beaucoup plus cher aux contribuables que les arrêts de travail des salariés de la Fonction Publique, peu avantagés par une prime « d'assiduité » amputée en cas d'arrêt de travail... La CGT exige la publication immédiate du décret pour que cesse cette discrimination sur les salariés-es en congés maladie qui subissent cette double peine.



Lexique

UFMICT: Union Fédérale des Médecins, Ingénieurs, Cadres et Techniciens.
RCPP: Registre Commun des Professions Paramédicales.
RGPP: Révision Générale des Politiques Publiques.
HPST: Hôpital Santé Territoire.
LMD: Licence Master Doctorat.
HCPP: Haut Conseil des Professions Paramédicales.
CNRACL: Caisse Nationale des Retraites des Agents des Collectivités Locales.
RIMPSY: Relevé d'Informations Médicales en Psychiatrie.
PMSI: Programme Médicalisé des Systèmes d'Information.
GCS: Groupements de Coopération Sanitaire.

ORDRE INFIRMIER

Après chaque sortie d'IFSI, l'Ordre infirmier tente de sortir de sa mauvaise passe en mettant la pression sur les nouveaux diplômé-e-s afin d'obtenir leur adhésion.

En effet, le refus d'adhésion massif des soignants-es et le non-paiement des cotisations a obligé l'Ordre à revoir ses finances à la baisse et l'a fortement affaibli.

S'il veut continuer d'exister, il n'a pas d'autre choix que de menacer les soignants-es par des services de recouvrements belliqueux pour leur soutirer l'inscription au tableau entraînant le paiement de leur cotisation.

Face à ces menaces de poursuites judiciaires, plusieurs politiciens ont pris position afin de supprimer l'obligation d'adhérer aux Ordres infirmiers et kinés. La ministre de la Santé a rappelé, que **l'absence d'adhésion à l'Ordre ne devait pas empêcher le recrutement dans les établissements de santé, ni la mise sous statut et la titularisation des nouveaux diplômés.**

Historique

La création des ordres professionnels n'a été souhaitée à l'origine que par une minorité de professionnels souvent issus du secteur libéral. Les ordres créés sont très éloignés des préoccupations professionnelles du quotidien et tous ont été dénoncés par la CGT depuis leur création (sur le fond) ; de plus, certains se font plus remarquer par des frasques dénoncées par les professionnels et leurs représentants (notamment pour leurs élections) que par la défense des professionnels-les ou des avancées nécessaires à un exercice de qualité en sécurité professionnelle.

Pourquoi – encore – contre les ordres ?

Missions confiées aux ordres: enregistrement des diplômes, attribution d'un numéro dans le registre commun des professions paramédicales (RCP), tenu d'un tableau de démographie professionnelle...

La mise en place des ordres c'est:

Le désengagement du gouvernement de ses missions de service public en faisant payer les professionnels concernés par des cotisations prélevées sur leurs revenus plutôt que sur les finances publiques.

Accompagner la RGPP (Révision générale des politiques publiques) en supprimant des postes de fonctionnaires au fur et à mesure de la montée en charge des ordres et en faisant financer les dépenses liées au suivi des professionnels par les professionnels eux-mêmes. Désormais la question est bien de mesurer la réelle volonté politique d'en finir avec les ordres professionnels paramédicaux !

La responsabilisation reportée sur l'individu

Les professionnels devront signer la prise de connaissance du code de déontologie (rédigé par l'ordre, validé par décret en conseil d'état). Leur responsabilité sera alors engagée au regard de celui-ci.

Mais des règles professionnelles existent déjà ! Connaître les règles ne suffit pas à les appliquer. Aujourd'hui, l'urgence est que les professionnels-les possèdent les moyens de les appliquer. En aucun cas, la rédaction d'un code de déontologie n'engage l'employeur qui lui, a une obligation de moyens.

Ainsi, le professionnel signataire de ce code qu'il n'aurait pu respecter, du fait de conditions d'exercices fournies par son employeur, sera tenu responsable des manquements qui ne relèveront pas de son fait.

L'expérience des Ordres existants montre qu'en matière de discipline, ils rapportent au seul individu la responsabilité des manquements "à l'honneur de la profession", à sa moralité.

L'ordre sanctionne les individus sans prendre en compte les conditions et l'environnement qui lui sont imposés dans l'exercice de sa profession.

La mise en place des ordres c'est :

« Faire payer les IDE pour travailler ».

« Faire financer les dépenses liées au suivi des professionnels par les professionnels eux-mêmes ».

« L'ordre sanctionne les individus sans prendre en compte les conditions et l'environnement qui lui sont imposés dans l'exercice de sa profession ».

Actuellement, c'est le Préfet qui, s'il y a plainte, peut interdire temporairement ou définitivement l'exercice à un professionnel.

Ainsi pour les salariés, il pourra y avoir 3 niveaux de sanctions : l'employeur, l'ordre et la justice.

La mise sous tutelle des professions

Les ordres professionnels ne remettent pas en cause la loi HPST (Hôpital santé territoire dite Loi Bachelot) et ses effets néfastes sur les professionnels, les usagers et leurs familles.

Ils défendent les coopérations professionnelles mises en place pour abaisser le coût de la dépense de santé sans tenir compte de la réalité des effectifs, des conditions de travail des professionnels et de leurs organisations de travail décidées par les employeurs.

Les voies ordinaires se prononcent-elles sur les économies à réaliser sur la sécurité sociale ?

IDE SPECIALISES-ES

La réforme LMD imposée par nos gouvernements européens, a engendré la refonte des référentiels de formation d'activité et de compétence.

À l'issue de cette hypocrisie de réforme, l'application du protocole « Bachelot » a vu le jour.

Ainsi, pour quelques euros supplémentaires, la carrière des infirmiers-es s'est vue allongée et le pouvoir nous a fait avaler la perte de la reconnaissance de la pénibilité du métier, alors que celui-ci présente tous les critères.

Pour le corps des IDE, c'est la double peine avec la perte du service actif (15 ans au lit du malade). La Ministre de la Santé vient de réaffirmer que la Fonction Publique Hospitalière sera exclue du dispositif de pénibilité y compris pour le corps des IDE.

Le droit d'option des IDE spécialisés-es (débuté en 2010 par le métier d'IDE, puis d'IBODE et CDS) s'est achevé en juillet 2012 laissant un goût amer.

La volonté ministérielle est en deçà de la pénibilité de l'exercice des professions et de l'engagement quotidien de la responsabilité.

Les effets collatéraux sont de baisser la pension des infirmiers-es chez une profession majoritairement féminine déjà pénalisée (peu d'entre elles ont des carrières complètes).

À l'heure actuelle, seule la reconnaissance de la qualification des IADE a été retenue en grade Master pour la sortie des instituts de formation en 2015.

Les IBODE et les infirmiers-es puéricultrices ont abandonné l'exclusivité de fonction pour une reconnaissance d'actes exclusifs et spécifiques.

La CGT a réitéré ses revendications pour :

-L'évolution du diplôme pour une revalorisation des professions.

-La reconnaissance de leur qualification en DE IBO ou DE de Puéricultrice au niveau Master qui tiendrait compte des missions assurées et de la responsabilité engagée des professionnels-les, par une intégration dans une véritable catégorie A.

Compte épargne temps, heures supplémentaires sont le lot des travailleurs, n'y dérogent pas les travailleurs du champ de la santé.

Idem pour les cadres de santé qui tel un mille feuilles, superposent les missions ne comptant plus ni la fatigue ni le temps compté...

Les directions pas toujours bienveillantes remettent en cause ce temps passé au service de l'autre.

FOCUS PENIBILITE

Reconnaissance de la pénibilité: Une mesure de justice sociale

En 2010, R. Bachelot, alors Ministre de la Santé, a imposé un marché de dupes aux IDE: continuer de partir plus tôt à la retraite ou bénéficier d'une augmentation ridicule financée par l'allongement de carrière. Le droit d'option était né, soit choisir entre la peste et le choléra...

Droit d'option hors la loi

En 1972, la loi française a introduit le principe « à travail égal, salaire égal » lui-même inscrit depuis 1919 dans la charte de l'Organisation Internationale du Travail!

Le droit d'option a créé 3 situations surréalistes dans la FPH pour les IDE qui font le même travail, éventuellement dans le même service, sur le même poste et qui ont pourtant le même diplôme.

Ainsi, les IDE qui ont choisi de rester en catégorie active (ex. cat B.) avec la possibilité d'un départ anticipé à 57ans (62 ans à taux plein) se retrouvent dans un corps en voie d'extinction souvent bloqués-es au dernier échelon de la classe normale, ne pouvant accéder à la classe supérieure à cause des quotas.

Dispositif de reconnaissance de la pénibilité proposé par le gouvernement: Pour le privé le compte n'y est pas, pour le public: Rien!

Dans la nouvelle réforme proposée par le gouvernement Hollande, les salariés-es du privé auront, à partir de 2015, un compte personnel de prévention de la pénibilité dans lequel des points seront attribués, lors d'expositions à des risques professionnels.

Pour la Fonction Publique, le gouvernement considère que la catégorie active respecte la reconnaissance de la pénibilité...même pour les IDE qui n'ont plus rien!

Cependant, les conditions de travail justifient le maintien du dispositif: travail de nuit et posté, port des patients et de charges lourdes générant des TMS, posture debout, piétinements, exposition à des produits toxiques, pénurie organisée de personnels, charge émotionnelle (souffrance, mort, urgence), responsabilités, chaleur n'ont pas disparu... Et malheureusement, ces conditions d'exercice ne s'améliorent pas: manque d'effectif, travail en 12h...

Ce n'est que justice sociale de maintenir la reconnaissance de la pénibilité avec possibilité d'un départ anticipé à la retraite pour les IDE, dont l'espérance de vie moyenne en bonne santé se trouve amputée de plusieurs années.

La pénibilité ne doit pas déboucher sur l'incapacité de travail ou l'invalidité.

Selon les chiffres de la CNRACL 1/5 des IDE partent en invalidité avant 55 ans.

Les résultats d'une étude de l'Inserm (2012) pointent l'augmentation du risque de cancer du sein chez les femmes qui ont travaillé de nuit...

Les statistiques montrent que si les femmes ont une espérance de vie plus importante que les hommes, leur espérance de vie en bonne santé est presque semblable en particulier dans nos secteurs, du fait de nombreux TMS très invalidants. Ainsi, l'obligation d'avoir des grilles de qualification non discriminantes envers les métiers à prédominance féminine doivent être inscrites dans la loi.

Les infirmiers-es de la FPH doivent avoir une grille identique sans quotas pour le passage en catégorie supérieure...

La Fédération Santé et Action Sociale de la CGT demande au gouvernement de tenir ses promesses:

-Intégrer dans la loi un article qui rende aux IDE le dispositif de la catégorie active.

- Les infirmières et les infirmiers de la FPH doivent avoir une grille identique sans quotas pour le passage en catégorie supérieure.

Infirmiers-ères et pénibilité, des conditions de travail malmenées

La profession infirmière, féminisée à près de 80%, à laquelle on adhère avec la motivation de « prendre soin » de l'autre et avec l'intérêt pour le travail en équipe pluridisciplinaire est aujourd'hui impactée par les choix des politiques d'austérité.

Des conditions d'exercice détériorées, un contexte démographique préoccupant (nombreux départs à la retraite) et un salaire faible de 2384€ en fin de carrière (CN Cat. B) rendent la profession peu attractive pour un recrutement durable. Pas de 13è mois, mais une prime amputée en cas de maladie, un comble!

Une détérioration constante des acquis sociaux, comme le manque d'attribution de places en crèche ou en centre de loisirs indispensables pour assurer son service dès 6h30 du matin.

La formation continue, indispensable à l'évolution des techniques, est reportée faute d'effectifs suffisants. Aussi, les effectifs qualifiés sont en berne, mettant en danger organisation et sécurité des soins.

Les établissements de soins sont ouverts 24h/24h, 7 jours sur 7, à des horaires difficilement compatibles avec une vie de famille et sociale. **Les demandes répétées de modifier les repos pour assurer la continuité des soins représentent des contraintes supplémentaires de plus en plus difficiles à supporter.**

Du fait de la pénibilité de l'exercice quotidien, de la confrontation à la maladie et à la mort, **beaucoup d'IDE malgré la faiblesse des salaires ont recours au temps partiel pour se protéger; même si leurs compteurs d'heures**

atteignent souvent des sommets les plongeant encore plus dans l'embarras (**frais de garde supplémentaires**).

L'engagement constant de la responsabilité professionnelle génère un stress important parce qu'au bout du geste technique, il y a le patient et l'angoisse de la faute professionnelle. Il est fréquent de rappeler les collègues pour être sûr-e d'avoir respectée la prescription médicale. Pour autant, un sentiment d'insatisfaction et de non reconnaissance des conditions de travail perdure.

Profession à majorité féminine, les IDE ne doivent plus faire aujourd'hui dans l'abnégation mais dans le combat :

Pour la reconnaissance de la dureté de leur profession, de leurs expertises, de leurs valeurs et de leur dignité.

PSYCHIATRIE: Un financement à l'acte pour quels soins ?

Depuis le début des années 90, la psychiatrie n'a cessé d'être malmenée avec l'abrogation du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie, la diminution du numerus clausus de l'internat en psychiatrie, la fermeture de lits sans augmenter les moyens pour les soins ambulatoires, les restrictions budgétaires et la fusion de l'hôpital général et hôpital psychiatrique.

Les restructurations ainsi que le manque de formation en psychiatrie mettent à mal les personnels soignants. Ceux-ci ne se sentent plus en sécurité et ont l'impression de ne plus faire leur travail.

VERS UNE PRISE EN CHARGE DU PATIENT A DEUX VITESSES.

Depuis 1983, l'évolution des lois sur le financement des hôpitaux nous oriente vers une rentabilité.

1996 : **Loi annuelle de financement de la sécurité sociale (LFSS).**

Le financement tombe sous le contrôle de l'état. En parallèle se met en place la procédure d'accréditation. Les ARH ont les pleins pouvoirs pour fermer un service public au profit d'un service privé.

1999 : **Loi sur la tarification à la pathologie- Tarification à l'activité (T2A).**

Le service public se retrouve avec les pathologies les plus coûteuses alors que la privée garde les plus rentables.

En parallèle, nouvelle organisation des hôpitaux avec la mise ne place des chefs de pôle. Le pôle représente alors une gestion de production de soins.

Pour la psychiatrie :

2001 : **PMSI « psychiatrie ».**

La pathologie détermine un traitement à partir duquel est calculé le tarif du séjour, sans prendre en compte l'individu. La spécificité de la psychiatrie a rendu inapplicable le PMSI.

2007 : **Relevé d'informations médicales en psychiatrie (RIMPSY).**

Collecte de: diagnostics, actes de soins, données socio-démographiques.

Ce fichage visait uniquement valorisation de l'activité en psychiatrie.

2009 : **Loi « Hôpital Patient Santé territoire » ou (Loi Bachelot).**

Les directeurs généraux prennent la direction, les hôpitaux deviennent des entreprises. Privatisation des missions du service public et création des maisons médicales. Le rapport COUTY propose une séparation entre ambulatoire et l'hospitalisation. La psychiatrie est réduite au seul aspect de la santé mentale et considérée comme un handicap psychique. Le volet social est à la charge des familles. La porte est ouverte à la privatisation de l'ambulatoire...

2012 : **Mise en place de la valorisation à l'activité.**

Le financement se divise en quatre compartiments :

1. PMSI.
2. Aspects sociodémographiques, géographiques et épidémiologiques.
3. Réponse à des impératifs de santé publique.
4. Traitements médicamenteux.

PSYCHIATRIE (Suite)	Page 4
<p>Actuellement ces derniers ont une faible part dans le budget mais l'apparition des nouvelles molécules très coûteuses va changer la donne. A ce jour le RIMPSY semble être le seul compartiment retenu mais ce dernier ne prend pas en compte le côté humain, une même maladie n'ayant pas la même résonance chez deux patients. De plus les autres missions hospitalières ne sont pas prises en considération (enseignement, expertises, recherche...). De fait les établissements recevant les patients les plus consommateurs de soins seraient les plus désavantagés.</p> <p style="text-align: center;">POUR LA CGT IL Y A URGENCE DE TRAVAILLER</p> <p>- Pour une Loi de programmation sur la Psychiatrie. Actuellement, la psychiatrie publique est mise à mal, prisonnière à la fois des contraintes budgétaires et de la dérive sécuritaire. Ainsi, la récente loi du 5 juillet 2011 illustre cette aberration qui consiste à utiliser les temps infirmiers pour accompagner les malades au tribunal, au détriment des activités de soins, et ce sans le moindre moyen humain supplémentaire alors que toutes les équipes de psychiatrie se plaignent, entre autres, du manque d'effectif et de la multiplication de leurs missions.</p> <p>- Pour la nécessité d'un état des lieux pour la psychiatrie. Pour les établissements rattachés à un hôpital général il est impossible de savoir exactement comment les budgets alloués à la psychiatrie sont utilisés. Le plus souvent ils contribuent à l'équilibre financier. La psychiatrie se trouve indirectement impactée par la T2A qui accroît les déficits hospitaliers.</p>	<p style="text-align: center;">PROFESSION INFIRMIER-E</p> <p>- Pour les disparités inadmissibles. L'absence de volonté politique de doter la politique de sectorisation de réels moyens entraîne de grandes disparités d'un hôpital à l'autre, alors que la politique de secteur devait permettre un accès aux soins équitables, quel que soit le domicile.</p> <p>- Sur les saupoudrages budgétaires inadaptés . Les attributions d'enveloppes sur des appels à projet, sont souvent non pérennes et inégalement réparties au détriment des moyens perdus à grandes échelles.</p> <p>- Contre la logique gestionnaire au nom de la rentabilité . Les regroupements de moyens préconisés dans le cadre des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) sont uniquement justifiés par la logique économique, sans réelles justifications sanitaires. Les services de psychiatrie où les moyens humains sont importants, deviennent des terrains d'exercices pour dégager des marges d'économie .</p> <p>La CGT est hostile à la mise en place d'une valorisation de l'activité en psychiatrie, qui ne serait que la transposition de la T2A.</p> <p>Il faut garantir un budget global comme base de financement de la psychiatrie pour garantir, dans le cadre de la sectorisation une égalité.</p> <p>C'est aussi la condition pour ne pas favoriser les actes techniques ou spécialisés, au détriment des relations soignantes dont l'investissement est sur le long terme.</p>

Pendant ce temps là au CHU...

<p>Contrat performance et polyvalence des IDE Dans le cadre du Contrat Performance et la piste bio-nettoyage, vous êtes de plus en plus nombreuses à nous signaler des situations de « glissement de tâches » dans les unités de certains établissements du CHU.</p> <p>Ainsi, faute de personnels (redéploiement des ASH), les AS remplacent ponctuellement les ASH, de fait, les IDE remplacent les AS. Quid des tâches du rôle prescrit? Même s'il ne s'agit pas implicitement de glissement de tâches (les soins d'hygiène et de confort faisant partie du décret infirmier), on est en droit de se demander pourquoi le CHU paye des IDE pour faire le travail des AS alors qu'il a entrepris un plan social? Qui peut le plus peut le moins, cette merveilleuse formule ayant déjà fait ces preuves, nul doute que l'administration compte désormais sur la polyvalence des agents pour assurer la continuité des soins. Ainsi, certains services ont commencé à institutionnaliser ces pratiques en positionnant benoîtement au planning des IDE sur des postes d'AS. Suite à nos interventions, les plannings en question ont disparu, mais nous vous invitons à nous communiquer toute situation s'apparentant à celle-ci...</p>	<p>Enfin, les agents sont retournés aux urnes (après mise en place de groupes de travail). Un vote d'adhésion a validé un test de 3 mois pour un passage en 10h00 (démarrage au 6 janvier 2014). Même si cette décision émane des personnels, nous ne pouvons qu'émettre des critiques sur la façon dont l'administration est arrivée à ses fins. Ainsi, une majeure partie des personnels, y compris les partisans de cette réorganisation, redoute les débordements opératoires qui transformeraient ces horaires en 11h00, 12h00... De plus, la phase de test d'une durée ridicule pour pointer les éventuels dysfonctionnements débutera avec les effectifs actuels sachant que l'objectif visé est de valider cette organisation avec 5 postes gelés, cherchez l'erreur...</p> <p>La mise en place de tels horaires est synonyme de risques psychosociaux souvent associés à des conflits générationnels dans les équipes. Aussi, nous resterons vigilants et ne manquerons pas de rester à l'écoute des personnels du bloc CTCV particulièrement durant la phase de test.</p> <p>Dans les semaines à venir, les autres blocs du CHU vont subir à leur tour des suppressions de poste (IADE, IBO-DE, AS) voire d'autres réorganisations. L'éclatement géographique des différents sites rend la communication difficile entre les personnels, aussi, nous vous proposerons en début d'année une assemblée générale afin d'entendre vos questionnements et de donner une éventuelle suite à vos attentes concernant ce dossier.</p>	<p>Celles-ci mettent en avant les risques psychosociaux engendrés par ces horaires, majorés par la pénibilité liée à l'exercice de la profession. De plus, la Fédération Santé CGT nous signale que si jusqu'alors ces réorganisations émanaient des agents, nous constatons qu'elles deviennent les nouveaux standards imposés par l'institution dans les établissements publics de santé faute de moyens...</p> <p>Temps partiel Certaines IDE sur le CHU paient très cher leur temps partiel enregistrent un nombre d'heures illégitime au regard du temps de travail prévu. Ainsi, nos collègues se retrouvent doublement sanctionnés-es: d'une part cette situation entraîne des frais de garde supplémentaires, d'autre part le salaire perçu reste équivalent à un temps partiel! Vive le travail gratuit!!! De fait, nous vous invitons à nous contacter si vous jugez que votre chaussette est en train d'exploser, une action collective pouvant être menée auprès de l'Administration afin de faire cesser ces débordements.</p>
<p>Contrat performance et blocs opératoire Toujours dans le cadre du Contrat Performance, l'administration a initié une réorganisation des blocs opératoires visant à supprimer au minimum une trentaine de postes.</p> <p>Nos collègues du bloc CTCV ont été sollicités pour travailler sur une nouvelle organisation de travail en 10h00/jour. Étant dans le cadre d'une dérogation du temps de travail (9h00/jour: temps de travail légal), l'administration a du mettre en place, (non sans être rappelé à l'ordre par notre organisation) une procédure calquée sur la charte des 12h00. Ainsi, les personnels ont du se prononcer sur ce projet lors d'un vote, avec en toile de fond un dialogue social altéré. La majorité des agents s'est prononcé contre cette réorganisation (à l'exception des IADE). Alors que la Direction s'était engagée à respecter le choix des personnels, des pressions s'apparentant à un chantage ont été exercées à l'encontre des agents (attention au passage en 7h00 ou en 9h00...).</p>	<p>12h00 un jour. 12h00 toujours... De nombreux-collègues IDE du CHU, travaillant dans des secteurs organisés en 12h00, reviennent de plus en plus sur ces horaires atypiques qui tendent à se développer dans la FPH, à l'instar des établissements de santé privé.</p> <p>Sommeil et humeur perturbées, fatigue chronique, irritabilité et perte de poids sont les signes évocateurs les plus cités, y compris chez celles et ceux qui ne jureraient que par ces horaires lorsqu'ils avaient moins de 40 ans...</p> <p>Ces dérèglements du temps de travail ont fait l'objet de nombreuses études par des spécialistes (psychologues et ergonomes du travail).</p>	<p>Bloc commun Lapeyronie A la suite de la pétition sur les urgences neurochirurgicales adultes et pédiatriques par des IBO-DE du Bloc commun de Lapeyronie, la solution retenue par l'administration porte sur la prise en charge des patients uniquement en provenance du DAR A et des patients intransportables sur Guy de Chauliac. Plusieurs formations théoriques, la mise en place d'un chariot d'urgence spécifique et un film sur Intranet du CHU n'apaisent pas vraiment le stress du personnel. La compétence purement théorique suffit-elle face à la pratique ? Peut-on demander à un-e IBO-DE d'être compétent ponctuellement dans l'urgence sur une chirurgie qu'il ne pratique jamais dans son quotidien? Pour info, le personnel médico-neurochirurgical a soutenu cette pétition.</p> <p>En 2014, le TRAUMACENTER ouvrira ces portes mais dans quelles conditions ?</p> <p>Remerciements: Aux membres du collectif infirmiers qui ont participé de près ou de loin à ce numéro. A Annick PICARD membre de la CE de l'UFMICT et Sylvie BRUNOL, IDE au CHU et membre de la CE fédérale pour leurs précieuses contributions.</p>