

I. Préambule

Je souhaiterais en préambule introduire mon propos par un échange avec des personnels soignants « *La santé au travail, il n'y en n'a pas ! On fait tout pour t'user, puis on te dégage, et on te remplace par quelqu'un de plus jeune qu'on usera à son tour ! Et ainsi de suite* ».

Sans souhaiter ternir le visage d'une institution à laquelle nous sommes toutes et tous attachés il faut entendre le malaise, de plusieurs catégories socio-professionnelles de la Fonction Publique Hospitalière, que pudiquement on regroupe sous la terminologie légère anglo-saxonne de « *burn-out* ». Cette expression pourrait être séduisante, si elle ne révélait pas en fait un épuisement moral mettant en danger la santé psychologique des personnels et n'entraînaient chez certains, un abandon, par mesure de protection psychologique.

Nous avons souhaité, sans que cela soit évidemment exhaustif cibler plusieurs pistes qui concourent à cet état de fatigue morale et de lassitude des personnels :

Pour vous éclairer, mon intervention reposera sur trois piliers : flux tendu, manque de communication et l'humain.

II. Le flux tendu en tant que norme

Cette problématique est sans doute plus prégnante chez les personnels soignants qui nous confient que « *Le flux tendu est à présent devenu la norme* »... et d'ajouter hors périodes de congés des collègues, congés maternités, maladies !

Les divers réformes mises en place ces dernières années, certains parleront de rationalisation des dépenses de nos hôpitaux, d'autres parleront de gestion purement comptable, ont eu comme conséquence la compression des effectifs à travail constant, voire croissant.

III. Décharge et transfert d'activité :

La réduction des effectifs et le flux tendu ont entraîné un glissement de tâches ou un transfert d'activité de catégories socio-professionnelles élevées vers les niveaux statutairement moins élevés : des personnels médicaux, vers les personnels infirmiers, de ces derniers vers les aides-soignants... que ce transfert soit d'ailleurs légal (*prise de constantes vitales pour les aides-soignantes*) ou illégal (*réalisation de bons de transport par les infirmières et cadres alors même que cela relève d'une prescription médicale, réalisations de prescriptions médicales informatisées, etc...*).

« *Nous sommes au carrefour de tout* » m'expliquait une infirmière de bloc opératoire (*au carrefour de l'administratif, des soins, de la décharges d'activité, de la traçabilité...*) entraînant des coupures permanentes dans la continuité des soins donnés au patients avec les risques d'erreurs médico-légales qui peuvent en découler. « *Nous sommes de vraies éponges, capables d'encaisser beaucoup... mais jusqu'à quand ?* ».

Cette décharge d'activité est la norme à tous les échelons.

L'accroissement du nombre de directeurs, accroît les projets à gérer, nous confiait un administratif, et la délégation aux cadres, puis aux agents par effet domino. Le système est devenu un système pyramidal inversé ! De plus en plus de barreaux et de moins en moins de rameurs.

IV. Manque de communication et d'écoute :

Les personnels soignants, mais pas uniquement, souffrent de ce manque de communication, à travailler souvent seuls, en flux tendus une fois encore, avec peu de temps de transmission entre professionnels, notamment lors des prises de services et des nécessaires transmissions se réduisant à ¼ d'heure voire ½ heure pour une quinzaine de patients : « *seuls sont transmis les paramètres vitaux... les problèmes de digestion de Mme Durant ou M. Dupont... nous n'avons plus le temps* ».

Cette parole perdue, ce manque d'écoute pendant ces temps d'échanges, légaux, que sont les entretiens annuels d'évaluation. Supposés être des moments privilégiés d'écoute, de dialogue et d'échange entre un salarié et son « n+1 », titulaires ou contractuels ces temps sont parfois tout simplement inexistants, voire réduits à moins d'une dizaine de minutes par an.

L'usage intensifié de la messagerie électronique, a également été identifié par certains personnels médico-administratifs, comme concourant à supprimer le dialogue et les temps d'échange, le niveau hiérarchique supérieur considérant souvent que « *message transmis* » équivalait à « *tâche accomplie* ».

V. Manque de reconnaissance :

Le manque de reconnaissance, globale, des personnels passe également par la notation annuelle avec le sentiment – justifié – que, quel que soit l'investissement individuel, l'évolution sera la même pour tous : ¼ de point ou ½ point suivant la tranche de notation. Rien de plus, rien de moins, pour tous !

Manque de reconnaissance également du travail de l'autre, parfois, au sein de la même corporation, avec des mentalités s'individualisant de plus en plus au détriment du « *vivre ensemble* », du collectif et de l'entraide.

« *La seule reconnaissance que l'on puisse avoir est la reconnaissance humaine* » nous confiait un agent « *et nous ne l'avons même plus* ».

Nous pourrions également évoquer l'absence de reconnaissance des métiers contractuels dits « *nouveaux* » - *bien qu'existants depuis près de 25 ans* - comme les métiers de la recherche ou de la biologie exercés par des personnels titulaires de Doctorat de sciences. Personnels réduits pour certains d'entre eux à de simples catalyseurs de carrières pour des personnels hospitalo-universitaires. Ces métiers – *dont certains (exemple : métiers de la Recherche) sont reconnues par la DGOS* – ne sont pas appliqués par nos établissements. Cela laisse libre court à toutes les iniquités de recrutement et de rémunérations, sources là également de risques psycho-sociaux non pris en compte. Cela pose d'ailleurs ici toute la problématique de la non-opposabilité des référentiels métiers (*tel que le « répertoire des métiers de la Santé et de l'Autonomie de la FPH »*) non appliqués par nos instances de Direction locales, ou librement adapté.

Cette absence de reconnaissance de métiers ne se limite d'ailleurs pas aux personnels contractuels.

VI. Un fonctionnement bicéphale

La Loi Bachelot de 2009 a introduit un fonctionnement bicéphale dans la gestion de nos établissements et une ambiguïté de positionnement pour certaines catégories socio-professionnelles (*personnels soignants, techniques, médico-technique, recherche, biologie, etc...*).

Ces derniers devant tout à la fois répondre d'une part à une **hiérarchie fonctionnelle médicale** (PU-PH, MCU-PH, etc...) – dépendant, non pas de la Fonction Publique Hospitalière, mais de la Fonction Publique d'Etat - à

même d'évaluer d'un point de vue médical, scientifique, ou autre les compétences, missions et apport de ces professionnels ;

Et d'autre part, une **hiérarchie administrative de fait** (*Directions, Cadres Supérieurs de Santé, Cadre de Santé*) – dépendant de la Fonction Publique Hospitalière.

Cette situation induit un tiraillement de ces professionnels entre deux modes d'encadrement parfois sans interaction les uns avec les autres, rendant les missions et devoirs parfois discordants.

VII. Perte de sens humain du travail

« *J'ai un sentiment de moins bien traitance vis-à-vis de mes patients* » nous disait une infirmière. « *Je n'ai plus le temps de me poser cinq minutes et être à leur écoute* ». Les personnels le faisant, le font souvent hors de leur temps de service – pour ne pas avoir à justifier de dépassement d'horaires - et bien évidemment sans rémunération. « *Nous avons perdu le sens de l'humain. Le fossé est immense entre l'apprentissage faisant de notre cœur de métier : le relationnel, l'empathie, le soutien, l'aide aux malade et la réalité de notre quotidien* ».

VIII. Tracer pour mieux...

Répondre aux normes, aux directives, tout tracer, tout enregistrer, tout consigner à des fins de qualité, de certification, d'amélioration continue, justifier du dépassement d'horaires parce qu'un patient a été difficile à prélever, etc...

Mais le temps « *en personnel* » n'est pas extensible. Les dépassements d'horaires donnent lieu eux-mêmes à des justifications en bonne et due forme.

L'hôpital est devenu « *Les obligations sans les moyens* », à effectifs, au mieux, constants.

IX. Contractualisation comme cristallisateur des iniquités

La contractualisation croissante, à laquelle la CFE-CGC s'oppose fermement, poursuivra ce détricotage de la Fonction Publique Hospitalière et en tout état de cause son esprit « *public* ».

Nous le voyons déjà à l'heure actuelle dans nos établissements de santé ! La contractualisation est la porte ouverte à toutes les iniquités de recrutements – justifiées par nos directions – de revalorisations salariales, de droits entre professionnels qui exercent le même métier, les mêmes missions, mais pour qui les rémunérations différentes du seul fait du Prince, du seul fait du Mandarin ou du pouvoir de négociation individuel. La Fonction Publique avait cette vertu d'équité au moins apparente.

La contractualisation croissante cristallisera, et cristallise, déjà les jalouseries, les animosités, le mal être et le sentiment d'abandon quand dans le même temps nos administrations parviendront à justifier de la plus-value de tel ou tel personnel, alors que chacun sait qu'il n'en est rien dans les faits !

Cette contractualisation croissante sert également de tremplin de carrière, ne le nions pas, à certaines catégories passant du privé au public pour mieux retourner au privé... pour leur seul bénéfice financier personnel ! Quid du bénéfice pour l'institution et nos patients ?

X. Nos « bébés » directeurs

La Fonction Publique Hospitalière, c'est aussi la synergie de trois générations dont les modes de fonctionnements différents.

Nous pourrions évoquer ceux qui s'appellent eux-mêmes les « *bébés directeurs* », omniscients théoriques, en capacité d'appréhender toutes les fonctions et missions de l'institution, mais sans jamais avoir appréhendé la réalité du terrain, sans jamais avoir appréhendé le quotidien d'un manutentionnaire, celui d'une aide-soignante, d'une infirmière, d'un ingénieur, d'un cadre de santé. Mais, comme me le disait un de nos directeurs « *Moi, j'ai fait l'école de Rennes, je sais !* » (*l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique*).

Dirigeant nos établissements publics à la manière de structures « *privées* », rationnels, se basant sur des directives des ARS, émanant elles-mêmes de niveaux supérieurs. Gestion fondée sur l'usage de tableaux de bord, de chiffres, d'événement indésirables, de nombre de dysfonctionnements, de statistiques générés par les personnels eux-mêmes ; mais sans connexion avec le terrain.

Pour conclure, comme je le disais dans cette intervention, la santé au travail n'existe plus dans nos structures. C'est le sentiment prégnant de nos personnels, titulaires ou contractuels, anciens ou modernes.

Sachons réaugmenter les effectifs, remettre l'humain au cœur du système et rassembler ce qui est éparé.

Sachons remettre l'intelligence de terrain au service de l'institution et du patient, qui nous animent toutes et tous dans la Fonction Publique Hospitalière.

Le Patient et l'Humain sont au cœur de nos métiers, ils sont notre quotidien quelles que soient les fonctions.

N'oublions pas que le patient d'aujourd'hui sera nous demain.

Sachez l'entendre.