

Informations SSP HUG Trois-Chêne déc 2019

La fable PTP « faire plus vite en prenant son temps »

La Direction, par lettre, a opposé un déni au SSP qui dénonçait en juillet les conséquences déplorables de la fusion des unités de soins **en unités de 30 ou 31 lits et en secteur de 10 ou 11 lits à l'hôpital des Trois-Chêne !** Pourtant les points de notre lettre étaient clairs, factuels et clamaient des réponses.

Le SSP affirme que des soignant-e-s « tournant » sur 30, voire 31 patients âgés, sont en difficulté pour sauvegarder la qualité des soins et suivre leur évolution de santé. Que la lecture des dossiers ne peut suffire à la connaissance des patients. Que les soignant-e-s sont pris dans le cercle vicieux de ne pas avoir le temps de lire les dossiers ni de les mettre à jour ... faute de temps et de connaissance. Le SSP affirme que l'organisation PTP ne peut pas résoudre les problèmes d'unité de 30 lits et que les colloques des soignant-e-s, tous ensembles, étudiant la prise en soins des patients sont primordiaux.

Le SSP s'interroge, sur les raisons de la poursuite de cette « implémentation ». Il se demande s'il ne s'agit pas d'un effet nommé « escalade d'engagement » comme nous le démontrerait R-V JOULE et J-L BEAUVOIS dans leur livre « Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens » (p43). Nos responsables ne sauraient peut-être plus comment dire stop car ils se sentiraient « trop investis pour abandonner » (p47) et se conforteraient ensemble dans leur décision de suivre le mouvement, sans même oser dire leur doute. Autrement dit, une « persévération » (p47) accentuée par la dilution des responsabilités (p9) et par les coûts financiers et en énergie humaine déjà dépensés.

Le SSP interpelle une nouvelle fois la Direction et le Chef du département, par courrier avec des questions sur les budgets, le nombre de postes par professions, le ratio patient/soignant-e-s, le taux d'absentéisme, le nombre de lits « aigu et réadaptation » et son corollaire, celui des attentes de transfert.

Le SSP demande à tous d'oser se poser des questions comme le font déjà les soignant-e-s des équipes pilote du Cantonal (qui reviennent en arrière), mais aussi comme certains députés du Grand Conseil et des journalistes !

Et en fait qu'est-ce qu'est PTP ? : Pour le SSP, une perversion des missions de soins



Le livre, à la couverture verte, « Plus de Temps pour les Patients » tente de rassurer les lecteurs. Il a été écrit par 5 consultants D WALKER, M ALKALAY, M KAMPFER, R ROTH et F FISCHER, et publié par les HUG. L'approche Lean ne serait « pas synonyme de production à la chaîne » (p5) et « les patients ne sont pas des voitures » (p1) et prévient du « scepticisme justifié » et « des préjugés » du personnel.

La lecture du livret PTP est cependant édifiante ! Un vrai manuel de manipulation intellectuelle. Nous y lisons des exemples de comparaisons d'organisations hospitalières avec les avions, ou avec Amazon (p8). Ou encore de nombreux éléments de langage comme celui-ci « de manière exagérée » qui est choisi devant la phrase, « on pourrait dire que de nombreux hôpitaux gèrent leurs unités de soins telles des entrepôts » (p14).

Ce livret est une magnifique publicité pour acheter les services de consultants qui vendent sûrement très chère une méthode vantant durant 200 pages que « le côté pratique de la pensée Lean est qu'elle ne diffuse pas de solution clé en main mais des principes permettant d'améliorer le quotidien » (p57) ! **Donc pas de solutions mais une demande explicite au personnel de se sentir en défi de les trouver ! Exit les moyens !**

Quels sont les objectifs des 5 managers et de la Direction pour les HUG ?

Que les HUG, et donc les équipes, se mettent en concurrence avec les autres hôpitaux et cliniques grâce à des « indicateurs de performance » choisis pour faire des courbes : nombre de chutes, nombre d'apparition d'escarres (seules les apparitions comptent), nombre d'apparitions d'état d'agitation et satisfaction des patients. **L'essentiel selon le SSP n'est plus « de bien faire » mais « de bien vendre » !**

Selon les 5 conseillers, les hôpitaux Lean se tromperaient s'ils pensaient « faire rapidement des économies », mais leurs objectifs sont d'obtenir « une bonne note [qui] augmenterait leur marge car ils attireraient des patients avec des assurances complémentaires » et les « patients satisfaits engendreraient une amélioration économique » (p64). Le Lean PTP ne serait pas une « approche masquée » (p14) visant à réduire les effectifs mais cependant un hôpital Lean « peut combler l'écart de la pénurie de personnel » (p14), diminuer des heures supplémentaires et alors « le gain de productivité n'est que la cerise sur la gâteau » (p19).

Que propose ce livret de révolutionnaire ... ?

De réduire la durée d'hospitalisation « sans attendre que les patients y soient prêts » et « d'être systématique sur les durées de séjour » (p15). De réduire la fréquence des prises de tension ; de diminuer la fréquence de réfection des pansements (p47) ; d'augmenter la responsabilité des infirmières pour diminuer la présence des médecins (p29) ; De Lutter contre le déséquilibre de la charge de travail sur la journée (p38) : sans émettre de proposition. D'Intégrer la sous-traitance (p14) : ... et les conséquences délétères sur les conditions de travail. D'Intensifier le travail : ce qui est déjà effectif de 17% par personnel, selon le rapport du Conseil d'Etat entre 2012 et 2015 (tract SSP sur « le Remaniement des départements, les 4 plaies des HUG »)

D'appliquer des standards comme un mirage du « NORMALEMENT » ou de la « THEORIE » !

Et dans la pratique, qu'a « acheté » la Direction qui justifiait un tel déploiement de personnels en réunions PTP encadrés par des hauts cadres et des consultants hyper-payés ?

Une équipe « pilote » de soignant-e-s, pour certains intégrés d'office, qui ne peuvent exprimer leur doute sans qu'on les menace d'être signalés à leur IRES.

« GEMBA » : observer les soignant-e-s pour le fameux dessin « spaghettis » qui se veut à lui tout seul l'argument emblématique de la pub Lean et qui se retrouve dans tous les ouvrages de management. Observation, pour rappel, bien mal vécue lorsque la hiérarchie était spectatrice. (Bulletin SSP 08.19)).

« BIG BANG » ! : changer une méthode de travail en UN jour, c'est le nom donné au procédé vendu.

Des tableaux : soit dans certaines unités 53 tableaux à mettre à jour ! C'est un retour en arrière lorsque l'on sait que les risques d'erreur sont corrélés au nombre de supports. Qui devraient selon, le livret, respecter « la règle des 3x3 : les 3 priorités sont claires en l'espace de 3 secondes à une distance de 3 pas » (p73).

Des barres de 10 cm, aux 3 couleurs vert, jaune, rouge, fixées au mur et mobiles pour demander de l'aide qui ne peut être apportée dans le contexte de manque de personnel (tract SSP « l'hôpital au régime Toyota »).

« HUDDLE » : tous debout dans le couloir sans aucune discrétion, où les patient-e-s sont désignés par le numéro de chambre (là aussi retour en arrière) ! Au détriment des patient-e-s qui attendent parfois sur les toilettes ...

Des transmissions qui se font au lit du patient (gain pour le patient) mais une pénibilité supplémentaire non prise en compte. *Rappel du tract de 2018 : « Je fais les transmissions debout, j'administre des soins debout, je réfléchis debout, j'écris debout. Bientôt, ils vont enlever les chaises dans la tisanerie et à la cafétéria. ».*

Le transfert d'un-e soignant-e à une fonction de « coordinateur » : multitâches +++ ; 1 seul téléphone, 1 seule clé. Un tel défi que certains soignant-e-s aimeraient ne pas être à ce poste !

Le transfert d'un-e infirmier-e et d'un-e d'aide-soignant-e à une fonction dite « transverse » : toujours un retour en arrière avec une fonction de soins à la tâche, sans aucune connaissance du patient !

« KAIZEN » des moments durant lesquels la discussion tourne autour de qui déshabiller de Pierre ou de Paul !

Des visites de M. le Directeur, selon le 12^e principe « Toyota » de « se rendre sur le terrain pour voir ce qu'il se passe » (p58). Il a pu, en octobre, entendre le personnel exprimer sa grogne devant la persistance de ce projet.

Et au final quelle est la réalité ? ... des toilettes l'après-midi ?

Du côté du patient, Monsieur Patientèle (M.P.) voit un défilé de soignant-e-s :

François, l'infirmier de nuit à 5h30 fait la prise de sang (1^{er} souhait des patients « laissez-moi dormir » (p63))

Bertrand, l'aide-soignant, affecté au secteur le réveille à nouveau à 7h30 (pour les 7P ; mise à jour du tableau)

Sandra, Assistante en Soins et Santé Communautaire, affectée, lui prend la tension et contrôle ses médicaments

Arnaud, l'aide-soignant intérimaire « transverse » à la tâche, fait avant le petit déjeuner sa toilette au lit et M .P. lui dit regretter de ne pas avoir été douché depuis plus d'une semaine.

Pauline, lui apporte le petit-déjeuner froid sans avoir le temps de l'installer correctement.

Christophe, l'infirmier « transverse » qui travaille à la tâche lui fait son pansement d'escarre sacrée. M P lui dit qu'il n'a pas été levé depuis 3 jours et Christophe lui dit il n'y a pas de physiothérapie pour lui.

Sophie, l'infirmière, du Colloque Interdisciplinaire, suit le chef de clinique et l'interne pour la visite médicale.

Helena, l'infirmière de liaison vient pour lui proposer des soins que l'IMAD pourra lui dispenser à domicile.

Charline, l'infirmière « coordinatrice » vient lui poser des questions pour son transport le jour de sa sortie et tente d'établir une feuille de transfert pertinente pour l'Imad alors qu'elle ne connaît M.P. que du jour.

Du côté des soignant-e-s une gageure dans le contexte de soins en gériatrie combien complexes :

La matinée de Sandra, ASSC, est bien loin de Rose Sénéchal, l'exemple du livret vert, qui revient de vacances (page 94) toute souriante de travailler dans une équipe PTP. Rose finit son tour à l'heure où Sandra commence le sien ! Et comme Bertrand l'aide-soignant est en train de commencer les toilettes et bien Sandra est souvent la 1^{ere} à entrer dans la chambre. Elle fait ce qu'elle peut pour ne pas perdre de temps (retirer les chaises percées, mettre les vases, etc.) : **1 h pour soigner 10 patients qu'elle ne connaît pas** avant 8h50 moment Huddle ! Sans compter qu'elle s'encoule avec les fils de l'ordinateur, celui du tensiomètre, celui de la douchette d'identification avec les pieds du lit. Que la session ne reconnait pas ses empreintes digitales, qu'elle téléphone au 24040 et qu'elle finit par écrire rapidement debout en phonétique. **Elle est payée classe 10 et endosse les mêmes responsabilités que les infirmières classe 15 !**

Bertrand, l'aide-soignant, responsable de l'hygiène corporelle de 10 patients, débute les toilettes avant le petit-déjeuner **même s'il sent qu'il brusque les patients**. Il lave les appareils dentaires, pose la colle, pose les appareils auditifs, vérifie les piles, choisit les protections adaptées, vérifie les transits, accompagne aux toilettes, aide à utiliser le papier toilette, aide à se laver les mains, encourage à marcher, donne l'auxiliaire de marche, utilise des élévateurs patients, choisit le matériel adapté, encourage à boire, épaissit les liquides, fait des bilans boissons, vérifie les prises alimentaires, aide aux repas, mesure des mictions ... et nettoie l'office, les armoires ... **Il est payé classe 8, subit les mêmes inconvénients de service que les autres profession avec une prime salariale, dite de gériatrie diminuée de moitié illégalement depuis 2011.**

Charline, l'infirmière coordinatrice, après avoir tenté de prendre la mesure de la charge de travail en 15 min lors des transmissions du matin pour **31 patients**, court après les informations, s'occupe des entrées et sorties en augmentation. Ecrit des feuilles de transfert pour l'Imad sans connaître le patient. Porte le téléphone avec la ligne déviée des médecins lors des visites. Tente de répondre à ces collègues sous tension, en espérant qu'il n'y est pas, ce jour-là, une décompensation ce qui arrive, somme toute, régulièrement en milieu hospitalier ; et espère que, si nécessaire, il y aura de la place en soins aigus.

Elle attend sa formation « coach » pour apprendre à manager l'équipe afin qu'elle garde le « sourire »... !

Sophie, l'infirmière CIR, sortie des soins 2x/sem dès 7h, prend connaissance des 15 ou 16 dossiers patients et participe au colloque Interdisciplinaire afin de remplir des documents sur des objectifs à atteindre pour chaque patients. Elle se charge des dossiers patients informatisés laissés à l'abandon par **MANQUE de CONNAISSANCE et de TEMPS ! Les médecins et les soignant-e-s sont totalement débordés par les documentations justifiant auprès des assurances leur bonne foi quant aux soins qu'ils dispensent ...**

Le leurre de la « sanctuarisation » de la visite médicale avec un-e infirmier-e CONNAISSANT les patients :

La disponibilité des infirmiers-e-s et ASSC pour être présent-e-s aux visites médicale en **connaissant** les patients visités, est **impossible à planifier dans des unités de 30 lits !**

Sans compter tous les critères à prendre en compte : les jours de visite de l'interne ; ceux des chefs de cliniques ; des médecins adjoints ; des CIR ; des jours d'absences connus ou pas de l'interne (remplacé par un ou une qui ne connaît pas les patients) ; leur tournus environ toutes les 3 semaines !

Penser que la « bonne volonté » de participer au HUDDLE est la solution est méprisant !

Les médecins sont témoins que de la réponse la plus usitée des soignant-e-s à propos des patients est « *je ne sais pas car je ne le connais que d'aujourd'hui* »

Le SSP déclare que la perte du partage d'expériences et de savoirs est catastrophique.

Quelle est la pensée Lean ?

La pensée Lean demande la *ferveur* du personnel à participer à tous les défis et qu'il s'en contente ... même si c'est la réalité de son vécu est une *désorganisation* ! C'est ce que nous apprennent V. De GAULEJAC et F. HANIQUE dans leur ouvrage « Le capitalisme paradoxant, un système qui rend fou ». Et, par conséquence, l'évaluation du personnel « ne porte plus sur le travail effectif mais sur la *bonne volonté* mise à s'engager dans les projets » (p103). Par exemple, ce qui est considéré comme un bon point est d'être à l'heure au Huddle, même si c'est au détriment d'un patient laissé sur une chaise percée.

La pensée Lean « évite de voir les contradictions plutôt que de les résoudre » (p75). Les managers Lean évitent de parler du fait que suite à la découpe à la tâche, 9 personnes s'occupent d'un patient sans le connaître ! Les 2 sociologues nous expliquent qu'ainsi **la responsabilité** des dysfonctionnements est attribuée au personnel. Celle des HUG, **sur les moyens à mettre à la disposition** est mise sous le tapis.

Dans un « discours incantatoire » (p125), la pensée Lean promet « un monde imaginaire idéal, dans lequel la performance et l'excellence n'auraient pas de limite » (p86). Dans la vie réelle, les soignant-e-s se confrontent à la limite des moyens donnés pour sauvegarder la qualité des soins et l'ambiance est épuisante ...

Tout le monde fait semblant de croire à ce discours ou est sommé de le faire ... provoquant de grande souffrance : trop de soignant-e-s sont en pleurs ! C'est inadmissible !

Et si pour la Direction « toute pensée critique est considérée comme démobilisatrice, démoralisatrice [est] donc nuisible » (p146), **nous NE RENONCONS PAS à dénoncer la fable « LEAN PTP »**. Nous pensons, comme Jacques Généreux, que « la seule finalité légitime de l'économie est le bien être des hommes, à commencer par ceux des plus démunis » (p6) ... **les personnes âgées.**

Nous exigeons les moyens de respecter les âgés ; le retour aux unités de 15 lits, des équipes renforcées, ainsi que les revendications de la lettre de juillet !

David Andenmatten, groupe SSP-HUG : 076.615.50.68

Sabine Furrer, secrétaire syndicale : 022.741.50.82 s.furrer@sspge.ch

Martin Malinovski, terrain : 076.576.84.20

[Facebook : facebook.com/ssp.geneve](https://www.facebook.com/ssp.geneve)

[Vous syndiquez en ligne : https://geneve.ssp-vpod.ch/nous-rejoindre/adhesion/](https://geneve.ssp-vpod.ch/nous-rejoindre/adhesion/)

Editeur responsable : SSP HUG Trois Chêne Genève

Décembre 2019