

Conditions de travail dans les CMS vaudois:

le naufrage...



encore évitable ?

Si on se bornait à contempler les schémas, les graphiques, les organigrammes et diagrammes que l'AVASAD produit pour se mettre en scène, on se dirait que ce dispositif devrait jouer en toute harmonie. Et pourtant, nous savons désormais que le système AVASAD est en pleine crise.

De l'encre a beaucoup coulé, dernièrement, au sujet des conditions de travail dans les CMS et de la qualité des prestations offertes à leurs usager-ère-s. De courageuses collègues ont alerté le public sur ce qui dégrade l'aide et les soins à domicile dans le canton. D'autres, avec moins d'écho médiatique mais sûrement, mènent des batailles d'endurance pour obtenir des conditions de travail viables et l'indispensable respect de leurs droits fondamentaux, avec le soutien de SUD. Mais que se passe-t-il donc ? Ce bulletin d'information propose une analyse des causes du malaise et des pistes pour essayer d'éviter le naufrage. Il en est encore temps si la mobilisation se poursuit, poussant à la mise en place d'une autre politique et à la construction d'une autre gestion.

Le fléau : IRIS et ses enfants (RAI, Med-Link, etc)

« IRIS » ne désigne pas ici la fleur, hélas, mais bien plutôt le dispositif cantonal pour l'aide et les soins à domicile. Si l'on reprend la définition de la Cour des comptes¹ : « Ensemble de projets regroupant l'implémentation de la méthode Resident Assessment Instrument – Home Care (outil d'évaluation des besoins clients), l'introduction de l'application informatique Med-Link (solution informatique intégrée

de gestion de la prise en charge des clients) et des outils mobiles (tablettes et smartphones), ainsi que l'harmonisation des processus de traitement de la demande dans tout le canton. »

Sous couvert d'égalité de traitement dans l'ensemble du territoire cantonal, IRIS représente le plan dont l'objectif est la recherche de contrôle total sur l'activité des CMS, la volonté d'en comprimer les coûts, un mode de gestion à la fois autoritaire et verticaliste. Son instrument central est Med-Link.

Med-Link est bien plus que le dossier du/de la patient-e. C'est un véritable monstre bureaucratique, dévoreur de travail et producteur de contrainte. Au surplus, mal conçu, il est difficile d'utilisation. Par ailleurs, l'accessibilité des modules étant liée aux « rôles » des professionnel-le-s, il a permis des économies sur le personnel administratif, transférant sournoisement des activités administratives au personnel de terrain, sans compensation en termes de dotation. L'intensification de l'activité, la surcharge, la course vers le travail maltraitant qu'induit IRIS sont désormais identifiés.

Revenons au contrôle total. L'AVASAD a donc pour mission de poursuivre « une harmonisation de l'organisation et des pratiques de prise en charge ainsi que des processus métiers des CMS »². Autant dire standardisation. Or qui dit standardisation dit déshumanisation. La standardisation ne poursuit pas

1: Cour des comptes du canton de Vaud, Audit de performance du dispositif de mise en œuvre de la politique d'aide et de soins à domicile, Rapport N° 36 du 6 avril 2016, page 5.

2: Idem, page 37.

la sélection et la généralisation des bonnes pratiques mais bien l'approfondissement du commandement, le déploiement infini de la hiérarchisation, la réduction permanente des coûts. A cette fin, elle met en œuvre une série d'outils, dont le RAI est l'archétype. Mais il n'est pas seul. Viennent s'ajouter à la chose des marottes que telles l'analyse clinique, le suivi des objectifs, l'évaluation sociale, etc.

Non pas que les besoins des usager-ère-s ne doivent pas être évalués ; mais les instruments mis en place ont ceci de particulier qu'ils tendent à créer une réalité parallèle, un récit bureaucratique, plutôt qu'à prendre en compte la vraie vie. Surdimensionnés, systématisés, inadéquats, généralement inutiles, ils sont chronophages et finissent par représenter un obstacle plus qu'une aide à la pratique.

**« L'organisation taylorienne du travail
c'est la séparation rigide entre
exécutant.e.s et dirigeant.e.s »**

Le personnel de terrain est appelé à alimenter le monstre bureaucratique. Il faut passer un temps tout à fait considérable au nourrissage de Med-Link. Les conventions DSAS-AVASAD et DSAS-AF formulent des objectifs de performance, quantitatifs (le sacro-saint taux de support) et qualitatifs (la célèbre réduction des écarts) ; leur atteinte est contrôlée par le biais de Med-Link. Le personnel de terrain est mis sous pression pour atteindre ces objectifs, sans aucune considération pour le travail réel auprès des patient-e-s. Le risque d'épuisement est élevé ; le taux d'absence dans certains CMS est faramineux ; la qualité des prestations auprès des patient-e-s est en baisse, quoi qu'en disent les enquêtes de satisfaction.

Citons Viviane Gonik, ergonomiste du travail : « L'activité est dominée par le rythme du travail imposé, par un savoir technique et par une multitude de prescriptions et de travail administratif dont l'employé-e a perdu la possession et la compréhension et qui l'éloigne toujours plus du cœur de son métier, à l'exemple des soignants remplissant des fiches au lieu d'être auprès des malades. »³

IRIS est un désastre. Il dysfonctionne à tel point que les postes d'encadrement, de contrôle et surveillance, de fonctionnement, de production de prescriptions ont dû être systématiquement augmentés, au détriment des postes dévolus au travail auprès des usager-ère-s. L'organisation taylorienne du travail c'est la séparation rigide entre exécutant.e.s

et dirigeant.e.s ; elle traduit la volonté d'un commandement qui va parfois jusqu'au despotisme. Analystes du centre d'appel, responsables opérationnels, évaluateur-trice-s RAI, infirmier-ère-s clinicien-ne-s, responsables d'équipe, gestionnaires de ceci ou de cela : toutes ces fonctions sont des inventions d'IRIS.

S'y ajoutent des chef-fe-s de projet en tout genre. Alors que les effectifs de terrain sont limés à l'extrême, que la pénibilité s'étend, que le personnel de base souffre, l'AVASAD n'a cessé de lancer de nouveaux projets : santé mentale, proches aidant-e-s, sensibilisation au suicide, etc., généralement accompagnés d'une usine à gaz supplémentaire dans Med-Link.

Si l'on veut honnêtement examiner les conditions de travail et la qualité des prestations fournies aux usager-ère-s des CMS, il faudra mettre en cause IRIS. Un des problèmes consistera à trouver des yeux qui savent encore voir la vraie vie, et non pas des regards rivés sur des tableaux de bord saturés d'images reflétant cette réalité virtuelle que Med-Link restitue. Difficile, à l'heure où tou-te-s les consultant-e-s et expert-e-s réel-le-s ou supposé-e-s sont formaté-e-s à la même école : celle de la nouvelle gestion publique, qui n'est plus si nouvelles que cela et dont les dérives bureaucratiques sont publiques⁴.

Pour y parvenir, il est nécessaire d'entendre et donner foi à la parole des travailleur-euse-s de terrain, ainsi qu'aux usager-ère-s qui expriment leur mécontentement ou qui, excédé-e-s, se tournent vers le privé.

Redonnons la parole à Viviane Gonik : « De même que le travailleur se voit pratiquement dépossédé du contrôle de son activité, de même les rapports de domination tendent à se soustraire à la critique en prenant l'apparence mystifiée d'une nécessité opaque »⁵. IRIS n'est pas une nécessité.

La toile de fond : marchandisation, privatisation

Nous vivons à l'ère du néolibéralisme. Le secteur de la santé est un marché ; les prestations d'aide et de soins sont des marchandises ; les patient-e-s et usager-ère-s des client-e-s.

3: Viviane Gonik, «Le salariat comme au temps de Marx ?», *Le courrier*, lundi 29 octobre 2018.

4: Voir les travaux de David Giaouque, notamment : « Nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle :La bureaucratie libérale ».

5: Viviane Gonik, «Le salariat comme au temps de Marx ?», *Le courrier*, lundi 29 octobre 2018.

Cette vision du monde est très éloignée des valeurs qui fondent l'engagement dans les métiers du social et de la santé : solidarité sociale, humanisme, ambition d'aider et de bien faire. Cette dichotomie génère beaucoup de souffrance pour le personnel de terrain, appelé à faire du chiffre plutôt qu'à apporter un soulagement à l'humaine détresse. Qu'à cela ne tienne : on nous répète à l'envi que ce qui compte ce sont les prestations et non pas les personnes, postulat qui n'engage que celles et ceux qui l'expriment et ne saurait trouver de fondement empirique. La dominance de la prestation détachée de son-sa producteur.trice comme de son-sa bénéficiaire en menace la plénitude, la qualité et l'humanité qui seule peut lui assurer son envergure. La prééminence de la prestation souligne la volonté de comprimer les coûts en réduisant les temps du soin, de la prise en charge et de la relation. C'est un état d'esprit qui fonde un certain nombre de carrières.

De nombreuses OSAD privées se lancent à l'assaut de la juteuse affaire que représente le marché de la santé. Quoi de plus simple, lorsqu'on a un payeur aussi fiable que la LAMal et la subvention publique. Quoi de plus simple, puisque les OSAD privées ne sont pas tenues aux mêmes contraintes que les CMS: pas de MedLink, pas de RAI, pas d'obligation de prise en charge des patient-e-s à la pathologie ou au comportement complexe, pas de soumission à la CCT... C'est presque de la concurrence déloyale !

Alors que les CMS sont près de l'asphyxie sous l'action d'IRIS, de sveltes OSAD se profilent comme une alternative à la lourdeur, à la désorganisation, à la complexité absurde de la réponse des CMS. Nombreux-euses sont les usager-ère-s des CMS qui se détournent du service public bureaucratisé par exaspération.

Au sein des CMS, l'encadrement pousse de plus en plus les responsables opérationnels et le personnel de terrain à orienter les usager-ère-s vers le privé : OSAD, infirmier-ère-s ou ergothérapeutes indépendant-e-s en voie d'ubérisation, personnel domestique, etc. A cet égard, le démantèlement en cours de l'aide au ménage est exemplaire : ces dernières années, l'incitation à réduire les interventions d'aide au ménage a tourné au harcèlement ; la raréfaction volontaire des ressources rend acrobatique le travail des référent-e-s, qui doivent trouver des solutions sans pouvoir compter sur leur CMS. Evidemment, l'aide au ménage est une prestation qui coûte aux finances publiques : tout est mis en œuvre pour externaliser ces frais et les mettre, *in fine*, à la charge des usager-ère-s et de travailleur-euse-s précaires, soumis-es aux conditions salariales minimalistes

des mesures d'accompagnement à la libre circulation des personnes. Ces salarié-e-s n'ont que des garanties réduites. Une façon bien connue de contourner la CCT. Et, peut-être, de payer la RIE III.

Au sein même des CMS, il y a une frange décisive de personnel précarisé, chichement payé, connaissant de grandes difficultés pour obtenir un travail suffisant et pouvoir gagner sa vie. Un personnel flexibilisé, traité parfois avec fort peu d'égard par une partie de l'encadrement aux comportements inacceptables. Nous avons accompagné des travailleurs.es pour obtenir, au prix de luttes âpres et longues, que des cadres tyranniques soient révoqué.e.s ou déplacé.e.s. Il y a lieu cependant de relever que certain-e-s cadres manifestent une volonté sincère de soutenir leurs équipes, dans des conditions difficiles.

« Les CMS sont près de l'asphyxie sous l'action d'IRIS »

Nous ne sommes pas complotistes : nous n'allons donc pas dire que l'étouffement du service public sous un amoncellement de procédures est intentionnel et poursuit le but de le faire disparaître par KO technique et dégradation de la qualité. Par contre, nous sommes exigeant-e-s : nous attendons des dirigeant-e-s politiques qu'ils/elles prennent leur responsabilité, fassent cesser ce gâchis et s'ouvrent à un nouveau mode de gestion plus démocratique, coopératif, horizontal. Même si cela doit coûter un peu plus.

Les remèdes : quelques revendications

Revoir l'organisation du travail

1. défaire l'organisation du travail à la chaîne, de type taylorien, mise en œuvre dans le cadre d'IRIS ;
2. abandonner la vision déshumanisante des relations qui la sous-tend ; cesser d'affirmer que ce qui compte c'est la prestation et non pas les personnes ;
3. abandonner le minutage des prestations ; à défaut, dans l'immédiat, introduire dans les plannings plus d'espaces de respiration non-LAMal ;
4. mettre au point une nouvelle organisation du travail et des temps, assurant une relation humaine entre intervenant-e-s et usager-e-s
5. concevoir et mettre en œuvre des processus coopératifs pour organiser le travail, définir et gérer la charge de tra-

- vail, organiser l'activité dans ses multiples échéances ;
6. redimensionner le rôle de la planification et assurer le dialogue avec les collectifs de travail ;
 7. prévoir des procédures démocratiques (notamment des colloques de qualité, avec garantie de la liberté d'expression et de proposition) pour que le personnel puisse proposer, débattre et décider ;
 8. notamment, rendre possible l'établissement de liens réguliers et solides entre intervenant-e-s et usager-ère-s ;
 9. réduire les postes dévolus à l'encadrement, au (dys)fonctionnement de l'appareil, au contrôle, à la production de prescriptions ; les réallouer au travail de terrain ;
 10. œuvrer au démantèlement du RAI et le remplacer par un guide modulable d'évaluation à disposition des infirmier-ère-s de terrain ;
 11. supprimer les postes d'évaluateur-trice RAI et les réallouer au travail de terrain ;
 12. redimensionner l'objectif d'harmonisation des processus et des pratiques à la définition d'un cadre de référence ;
 13. améliorer les conditions de déplacement du personnel de terrain ; tenir compte dans les plannings du temps réel et de la fatigue générée par les déplacements ; respecter et garantir la santé et l'intégrité des travailleurs-ses ;
 14. mettre fin aux pressions, au contrôles abusifs de la hiérarchie, aux repréailles et rétorsions, supprimer les sanctions arbitraires, les avertissements sans instruction probante préalable ;
 15. respecter les droits fondamentaux du personnel et les droits syndicaux ;

Redimensionner Med-Link

16. réduire drastiquement la collecte de données, en la limitant à ce qui est nécessaire et suffisant pour la prise en soin / en charge des usager-ère-s ;
17. renoncer aux dispositifs de travail par objectifs (analyse clinique, suivi des objectifs, évaluations, etc) et les rem-

placer par des aide-mémoires modulables à disposition des référent-e-s ;

18. rendre l'utilisation de l'outil moins lourde et plus immédiate ;

Consolider les conditions d'engagement et de travail

19. rendre immédiatement la CCT de force obligatoire pour les OSAD privées ;
20. augmenter les postes fixes pour le travail de terrain et réduire l'engagement d'intérimaires ;
21. limiter la précarité et la flexibilité contrainte, configurer des emplois, pour celles et ceux qui le veulent, permettant d'atteindre un temps de travail suffisant pour avoir un salaire décent ;
22. accorder une augmentation des salaires à toutes les catégories de personnel et améliorer la classification dans la CCT ;
23. réintroduire et généraliser le forfait « pause » ;
24. stopper immédiatement l'externalisation des soins infirmiers, d'ergothérapie et de l'aide au ménage ; confirmer ces prestations comme des piliers du maintien à domicile ; renforcer leurs effectifs.

Pour conclure, provisoirement

Il est urgent d'améliorer une situation calamiteuse. Pour y arriver, il faudra l'action indépendante et déterminée des travailleurs-se-s. Avancer en ce sens demande que les syndicats soient renforcés. Aidez votre propre cause. Adhérez à SUD. Cotisation : 120.- francs par an, soit 10.- francs par mois. Et avec ça : défense individuelle et collective y compris les démarches CCT et le tribunal de prud'hommes ; formation et information, défense et accompagnement auprès de la hiérarchie et des directions ; participation à une pratique de solidarité et d'entraide entre travailleurs.euses.

BULLETIN D'ADHÉSION — — — — — SUD - Solidaires, Unitaires, Démocratiques

Je me défends. J'assure mes droits. Je me syndique.

Monsieur / Madame (souligner ce qui convient)

NOM: _____ PRENOM: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

PROFESSION: _____ LIEU DE TRAVAIL: _____

Adresse exacte
RUE, NUMERO: _____ No POSTAL, DOMICILE: _____

EMAIL: _____ TELEPHONE: _____

LIEU, DATE: _____ SIGNATURE: _____