



16, rue des Chaudronniers-CP 3287-1211 Genève 3  
tél: +41(0)22 818 03 00 - fax: +41(0)22 818 03 99  
courriel: sit@sit-syndicat.ch - www.sit-syndicat.ch

# **Faire plus avec moins, mission impossible**

**Prise de position  
du Syndicat Interprofessionnel  
de Travailleuses et travailleurs SIT  
sur le plan d'austérité aux HUG  
*"action Per4mance"***

**SIT-Hospitalier  
novembre 2012**

## ***Délégation du SIT-Hospitalier - Contacts***

***en savoir plus, participer... les membres du comité sont disponibles pour tout contact ou toute information***

**Sophie Grandi**

Tél. : 022 372 75 19

et 022 372 70 58 (prof)

chachacha75@hotmail.com

**Lucia Floris**

Tél. : 079 692 21 76

luciafloris@hotmail.com

**Christine Uehlinger**

Tél. : 022 382 45 57 (prof)

christine.u@bluewin.ch

**Jorge-Alejandro Muñoz**

Tél. : 022 372 61 54 (prof)

jorge-a.munoz@hotmail.com

**Judith Perez**

Tél. : 079 706 25 62

judith.perez@hcuge.ch

**Daniela Neves**

Tél. : 022 750 02 73 (privé)

seven.j@bluewin.ch

### ***Secrétariat syndical***

**Manuela Cattani**

Tél. : 022 818 03 00

mcattani@sit-syndicat.ch

**Mirella Falco**

Tél. : 022 818 03 00

mfalco@sit-syndicat.ch

## ***Le syndicat SIT à vos côtés !***

### ***Permanences gratuites ouvertes à tous et toutes***

Le SIT propose trois permanences hebdomadaires destinées aux personnes travaillant dans le public et dans la santé, pour toute question ou tout problème lié à votre travail :

► **Les mardis** de 10h30 à 13h30

► **Les mercredis** de 14h à 18h

au syndicat SIT, 16 rue des Chaudronniers (Vieille-Ville), à deux pas du Bourg-de-Four et à 15 minutes des HUG.

► **Les jeudis** de 12h30 à 13h30

au local syndical du SIT-Hospitalier, 81 boulevard de la Cluse, à côté des HUG.

# Un plan d'austérité néo-libéral

## **Prise de position du syndicat SIT à la consultation des syndicats sur le plan Per4mance adressée au directeur général des HUG**

En préambule à la prise de position du SIT sur les mesures du plan Per4mance, quelques réflexions d'ordre général autour de la pertinence et l'opportunité d'un tel projet d'économies nous semblent nécessaires.

En premier lieu nous dirons que lorsque 3 années du plan Victoria sont suivies d'une petite parenthèse pour enchaîner immédiatement avec une nouvelle cure d'amaigrissement dont la philosophie, les objectifs et la portée dans le temps lui ressemblent, on a le droit de se poser quelques questions.

Parmi ces questions ou plutôt ces constats, il apparaît comme évident que ce qui est régulièrement présenté comme un plan conjoncturel s'assimile

beaucoup plus à un système de gouvernance et de management pérenne inspiré des politiques d'austérité et d'ajustement qui traversent l'Europe et qui ont trouvé droit de cité à Genève. À l'hôpital c'est Boston Consulting, un architecte de choix, fort cher au demeurant, qui a été chargé de traduire savamment ces concepts en projets opérationnels adoptés ensuite par leurs employeurs.

Dès lors, la notion de **démantèlement progressif des acquis démocratiques de la médecine publique**, maintes fois mal utilisée, nous l'admettons, commence à trouver pleinement son sens.

De la notion d'utilisation rationnelle des moyens pour aboutir à une offre de soins dont le principe doit rester l'amélioration constante de la qualité pour accompagner les progrès scientifiques et les besoins sociaux grandissants, on saute allègrement vers un système de gestion médico-économique ou, plus précisément, médico-économiste qui, à nos yeux, entrave de plus en plus la possibilité d'atteindre des objectifs déclinés dans la planification sanitaire cantonale

et dans le contrat de prestations.

Nous reviendrons plus en détail et examinerons certaines mesures du nouveau plan d'économies en regard des textes de lois adoptés récemment mais, entre temps, au-delà des pressions financières énoncées lors de la présentation du plan aux partenaires sociaux - très souvent discutables et toujours associées à des choix politiques et économiques de la majorité du Conseil d'État et du Grand Conseil - il nous importe de souligner que, pour nous, **la politique de faire plus et mieux avec à chaque fois moins de moyens a largement atteint ses limites.**

En complément nous dirons que la majorité des mesures présentées correspondent à des objectifs et des options transversales, touchant plusieurs départements des HUG. Les économies par département n'y figurent pas, ce qui rend beaucoup plus difficile la lecture de leur impact réel. Par ailleurs, les échanges avec les comités de gestion et les projets de budget 2013 par département ne sont pas disponibles, ce qui limite toute tentative d'évaluation sur la viabilité des mesures.

## **Contraintes, objectifs et scenarii**

Parmi les objectifs annoncés du projet d'économies, on évoque le renforcement de la qualité et du service aux patients, valeurs privilégiées dans le plan stratégique 2010 - 2015. Or, il n'est un secret pour personne que **la situation actuelle en termes de ressources humaines en lien direct avec les patients est très tendue** dans plusieurs services et, au mieux, elle stagne malgré l'augmentation des besoins en soins.

Il est difficile de concevoir comment **la perte annoncée d'environ 385 postes** (supplémentaires) à plein temps peut se conjuguer avec une amélioration de la qualité des prestations rendues aux patients alors que pour la période 2012 - 2015 une augmentation globale de 4% de cas est prévue dans les soins aigus, 2.6% dans les hospitalisations psychiatriques, 9.4% dans les hospitalisations gériatriques et 6.1% dans les cas de réadaptation (source RD 875, 11.05.2011).

Nous rappelons par ailleurs que, déjà en novembre 2009, une pétition du Cartel Intersyndical

de la Fonction Publique avait été lancée pour demander les postes rendus nécessaires pour répondre à l'évolution des besoins de la collectivité et pour pallier aux pénuries constatées dans de nombreux services suite au passage de l'ouragan Victoria aux HUG (document en ligne sur le site du cartel, [www.cartel-ge.ch/](http://www.cartel-ge.ch/)).

Dans ce contexte, **la soi-disant optimisation des ressources humaines ne peut se traduire que par une réduction pure et simple des prestations** ou, tout ou moins, de la qualité et/ou l'assiduité avec laquelle elles sont servies. Même si la plus forte réduction est effectuée dans les budgets administratifs et de support et à moins que les postes touchés se situent en dehors de l'opérationnel, **les prestations seront certainement affectées** car les retards dans les saisies ou dans les administrations des services se paient toujours en temps de réponse médicale, médico-technique ou de soins.

D'autre part, dans les scénarii imaginés, on nous parle de contraintes liées à la concurrence et aux différents taux de croissance de l'activité. Pour ce

qui est de la concurrence, **aucun indicateur fiable ne permet de prévoir son impact financier réel aux HUG**. Selon les chiffres avancés dans la planification sanitaire cantonale, le flux de patients dits entrants et sortants serait presque équilibré selon le modèle utilisé pour la période considérée (2008-2015) (source RD 875, 11.05.2011, tableaux 15 et 16). Certes, ces chiffres se réfèrent à l'ensemble des établissements publics et privés du canton mais rien ne permet de prévoir une évolution différente aux HUG. **Concernant l'activité**, nous rappelons que pour l'année 2013 seulement, **l'augmentation estimée est de 1.35%, 0.9%, 3.4% et 2.1% pour les catégories citées précédemment** (source RD 875, 11.05.2011).

Dès lors, dans le scénario de base adopté, le chiffre avancé de 75 MCHF d'économies pour les 3 années du plan ne repose sur aucun calcul ou indicateur chiffrable et ceci d'autant moins que dans les 3 scénarii conçus, le maintien ou non des mécanismes salariaux fait partie des paramètres considérés. Or, la loi sur l'indemnité annuelle de fonctionnement et d'investissement aux HUG pour

les années 2012-2015 prévoit des compléments d'indemnité pour les annuités, l'indexation et les éventuelles variations dans les cotisations de la prévoyance professionnelle (Art. 2 alinéas 2,3 et 4, L10865 du 29.06.2012). Bien que ces compléments dépendent du Grand Conseil (comme le montant de l'indemnité dépend de l'approbation du budget, Art. 8, alinéas 1 et 2, L10865), il n'est pas pertinent ni crédible d'inclure ce paramètre dans le chiffrage des économies visées.

## **Commentaires par orientation**

D'une manière générale, nous dirons que tant que les départements n'auront pas défini les mesures concrètes pour aboutir aux objectifs chiffrés, il nous est très difficile d'évaluer l'impact véritable du plan. Néanmoins nous tenterons de commenter, dans la mesure de nos possibilités, les propositions par orientation.

### ***1. Améliorer la prise en charge des patients***

En dehors de l'objectif (permanent) de la diminution des durées de séjour, nous observons

ici que l'accent est fortement mis sur **l'accroissement des recettes via une ambulotorisation de nombreuses prestations médicales.**

Sur ce point, nous nous posons des nombreuses questions. Tout d'abord, nous pensons que l'activité ambulatoire, bien que autofinancée, n'est pas forcément économe en ressources si l'on entend préserver les conditions de travail du personnel. En effet, le temps qui est consacré au patient hospitalisé devra être substitué par une **intensification des soins ambulatoires et une planification plus pointue des entrées pour effectuer certains bilans qui nécessitent du temps sous peine d'être bâclés ou rester incomplets.** Dans le contexte actuel, nous craignons que cela se traduise par une **flexibilisation accrue du travail au détriment de la vie privée** comme c'est déjà le cas dans certains services. Nous pourrions citer en exemple la situation en Radiologie où *«les TRM travaillent la nuit comme le jour, avec un effectif moins important; les visites des médecins auprès des patients s'effectuant à partir de 17h et c'est alors l'avalanche de demandes de CT pour tous les patients hospitalisés au HCUG*

*(surtout), mais aussi à la maternité et à Beau-Séjour; ces demandes s'ajoutent à toutes celles du service des urgences et de l'HOGER, et celles des médecins qui «oublent» de faire les bilans préopératoires pour leurs interventions du lendemain: tout ceci fait qu'à 23 heures lorsque les collègues de la nuit arrivent, il n'est pas rare de se retrouver avec 10, 15, 20 demandes de CT qui ne peuvent soi-disant pas attendre; du coup, la nuit on finit en fait le programme accumulé de toute la journée jusqu'au petit matin, sans compter que la nuit les urgences continuent à affluer malgré tout. Tant que les choses continuent comme cela, il sera impossible d'ambulatoriser...»* (Témoignage détaillé d'un membre du personnel envoyé au SIT, octobre 2012).

Il est évident que ce **glissement du travail du jour vers la nuit est certainement à mettre en rapport avec une question de pénurie d'effectifs**. Cette situation constitue un des nombreux exemples de l'intensification du travail et de **l'accroissement exigé de la productivité à fin de restreindre toujours plus la dotation**. Et d'ajouter que la dotation du personnel doit également tenir compte des effets néfastes, démontrés

scientifiquement, du travail de nuit.

Une augmentation des effectifs ici et là sera donc nécessaire - à laquelle nous serons très attentifs afin d'éviter toute péjoration des rythmes de travail - ce qui risque de compromettre les économies visées malgré la diminution de la charge en soins hospitaliers stationnaires.

D'autre part et sans prétendre nous attribuer des compétences médicales, nous craignons également **l'effet conjugué de l'ambulatorisation et la diminution de la durée des séjours qui pourraient entraîner des ré-hospitalisations** des patients les plus fragiles suite à des retours prématurés à domicile ou en EMS. Par ailleurs, si les sorties précipitées conduisent parfois à des ré-hospitalisations, elles déplacent surtout les responsabilités des HUG sur d'autres services comme les EMS et l'aide à domicile, ce qui du point de vue de la planification du réseau de soins est un non-sens. **Les personnes qui sortent de l'hôpital sont encore souvent souffrantes et les soins à prodiguer sont plus aigus**.

Enfin, de notre point de vue,

l'amélioration de la prise en charge des patients passe aussi et surtout par une présence suffisante auprès des personnes hospitalisées et une écoute de qualité. Si déjà aujourd'hui **la situation est tendue dans de nombreuses unités, cela ne va pas s'améliorer avec la baisse programmée des effectifs.**

## ***2. Renforcer l'efficience des structures médico-soignantes***

Optimiser le staffing du personnel soignant par lit..., Adapter la répartition des différents profils de soignants..., Réduire le personnel soignant intérimaire..., Réduire certains services de pluridisciplinaires de santé. Ces objectifs représentent à eux seuls une volonté d'économies de l'ordre de 7.5 mios de CHF donc, d'environ 30% des économies totales prévues pour 2013.

En clair, cela veut dire pour 2013 des réductions de 45 ETP (5.4 mios) et d'environ 18 postes d'intérimaires (2.1 mios) calculés à 120 kCHF par poste (si le calcul se fait à 100 kCHF, 54 ETP et 21 postes respectivement).

**Aux HUG, tous ces postes seront directement soustraits de la dotation de terrain, soignante**

**ou des pps (pluriprofessionnels de la santé)**, dans les 4 domaines de soins considérés par la planification sanitaire: soins somatiques aigus, psychiatrie, réadaptation et gériatrie.

Dans les années 90, l'introduction du PRN (Programme de Recherche en Nursing) avait été justifiée par le besoin de disposer d'un outil objectif de calcul journalier de la charge de travail unité par unité. L'abandon du programme qui s'est avéré trop lourd et, surtout, en raison de la mise en évidence d'un taux de couverture souvent biaisé et en dessous du 80% défini à l'époque comme cible, marque le début d'une période dans lequel **le pilotage de la charge de travail et du staffing par lit a été tout sauf transparent.**

Le PRN qui avait certes mérité la critique de la part du personnel infirmier et des organisations du personnel en raison de ses carences et ses lourdeurs, représentait au moins une tentative d'analyser les besoins quotidiens en personnel soignant avec des critères objectifs et en rapport direct **avec la pratique interne** des soins à l'hôpital.

Aujourd'hui on nous parle



de **comparaisons brumeuses, internes et externes, pour justifier la diminution du personnel soignant.** En filigrane, on essaye de nous faire admettre que l'hôpital serait sur staffé. Or, ce n'est pas le sentiment qui prédomine auprès d'un personnel dont les conditions de travail, de rémunération et bientôt de retraite ne cessent de se dégrader. Ce n'est pas non plus le sentiment de la population genevoise, confrontée à des besoins sociaux et de santé grandissants.

S'agissant de l'objectif «Adapter la répartition des différents profils de soignants», Per4mance ne décrète pas directement la suppression de postes mais préconise le remplacement d'infirmières par des ASSC.

Le syndicat SIT a toujours défendu la nécessité d'offrir une employabilité adéquate à ce nouveau profil, très qualifié, de soignant-e-s. Elle passe par une intégration dans les équipes avec l'autonomie propre à leur qualification, ceci se traduisant par une augmentation de la qualité des prestations. Le plan, au contraire, semble considérer ces professionnels exclusivement comme une source éventuelle

d'économies en raison des 5 classes de salaires qui les séparent des infirmières. Ils ou elles, agiraient essentiellement par délégation de tâches actuellement dévolues au personnel diplômé qui glisserait peu à peu vers une activité d'encadrement. Or, en Romandie tout au moins, l'HES est supposée former un personnel hautement qualifié mais clairement de terrain.

Cette évolution, déjà largement vérifiée dans le social, était relativement contenue jusqu'à présent dans la santé. Le SIT ne peut que la condamner car à terme elle réduit les prestations et pénalise le patient.

Quant à la suggestion concernant la révision de l'octroi de la prime dite de gériatrie, décision qui appartient aux politiques, la position des syndicats est connue et maintes fois répétée. Le cas échéant nous la défendrons à nouveau devant les autorités concernées.

Last but not least, nous citons ici un des objectifs de per4mance : «dégager des marges à réinvestir dans les secteurs médico-soignants». Alors que l'hôpital a dégagé un bénéfice de 17,7 millions en 2011 qui sera suivi

de réductions de postes et de prestations dès 2013, quelle crédibilité peut-on accorder à cette affirmation ?

Soyons clairs, **«Renforcer l'efficacité...» version Per4mance, s'assimile à la réduction voire le démantèlement progressif de prestations de santé hautement nécessaires, ou, au mieux, à favoriser leur transfert vers d'autres acteurs privés du réseau sanitaire affaiblissant encore plus le service public de santé et son caractère démocratique.**

### ***3. Redéfinir les missions de l'hôpital***

En premier lieu, nous rappelons qu'indépendamment de sa qualité d'établissement autonome les missions de l'hôpital sont définies dans la loi (K 2 05, 19.09.1980) et que le contrat de prestations 2012 - 2015 s'y réfère.

Deuxièmement, nous constatons que les mesures annoncées sous cette rubrique touchent notamment des prestations de base qui sont souvent offertes à une catégorie de la population dont les ressources sont limitées.

Bien que nous ne comprenions pas complètement la portée des actions ciblées destinées à

améliorer «l'économicité» des prestations ambulatoires, nous craignons des réductions ou de fortes limitations imposées à celles destinées à couvrir des besoins typiques de la médecine de proximité. C'est pourquoi nous demandons des éclaircissements sur ce point.

L'arrêt programmé de la **consultation de sexologie** en psychiatrie est un autre exemple de l'opacité avec laquelle des mesures sont décidées. En effet, aucune précision n'est mentionnée sur le nombre de consultations enregistrées en 2011 ou sur la capacité du staff actuel, au département de gynécologie et obstétrique à les accueillir (formation du personnel, partenaires). Le seul argument avancé fait appel aux doublons que l'hôpital se doit de limiter, voire de supprimer.

Bien que sortant du cadre des mesures du plan per4mance et sans entrer dans ce débat qui agite les milieux sociaux et politiques, la controverse autour de l'avenir du planning familial s'inscrit dans la même **logique de mise en cause de la médecine de proximité et de la réduction de postes notamment de pps.**

Finalement, s'attaquer aux prestations en lien avec l'enseignement thérapeutique nous semble pour le moins contradictoire avec la forte progression attendue des maladies chroniques et de celles liées au vieillissement de la population.

#### ***4. Réduire le coût des activités d'exploitation et de logistique***

Ici aussi, nous attendons des précisions sur les mesures proposées qui ne nous semblent pas très claires.

A priori nous ne nous opposons pas à une évaluation en profondeur des activités du service technique et de maintenance, comme nous ne voyons pas d'inconvénient à envisager l'amélioration de la gestion de la logistique des soins citée sur le point 1 (informatisation des stocks décentralisés et renégociation des prix des médicaments). En revanche **nous condammerons sans équivoque toute forme de nouvelle sous-traitance dans les services regroupés dans le département d'exploitation et en particulier dans la restauration.**

Par ailleurs, l'augmentation prévue (et réitérative) sur le

**prix des parkings nous semble abusive**, notamment pour le personnel qui ne dispose pas de moyens de transport publics efficaces. Un personnel qui voit, de surcroît, les salaires stagner en raison de la suspension systématique des mécanismes salariaux.

En fin, nous constatons que les mesures annoncées dans cette catégorie d'économies touchent essentiellement les conditions de travail et de confort du personnel et c'est pourquoi nous demandons que des négociations avec les organisations du personnel soient ouvertes avant toute décision.

#### ***5. Réduire le coût des structures administratives et de support***

La plupart des mesures citées dans cette catégorie s'assimilent à des économies de fonctionnement qui doivent être déclinées et évaluées dans les départements concernés de manière à s'assurer qu'elles n'entravent pas les processus de travail alors que c'est le contraire qui est préconisé.

Néanmoins, les «adaptations» d'effectifs RH, de secrétariat et d'administratifs en général ainsi que le «redimensionnement» de services tels que le centre de

formation nous interpellent. **La sous-traitance externe en matière d'activités de secrétariat telle qu'intentée récemment dans le département d'Imagerie et Sciences de l'Information Médicale restent totalement inacceptables.** Département où est déjà annoncée la réduction d'effectifs de secrétariat, alors que des prestations étaient semble-t-il désignées à l'externalisation.

## **Conclusions**

La mise en place de ce nouveau plan d'économies aux HUG s'inscrit dans une politique de gestion du système public de santé qui prétend satisfaire, avec le seul développement de la productivité ou de la soi-disant «efficacité», les besoins d'une population dont la structure démographique (entre autres facteurs) annonce une augmentation significative et inexorable (statistiquement objectivable) de la demande en soins.

Dans la perspective d'un remplacement des départs de **382 postes seraient supprimés en 3 ans, dont 162 déjà en 2013.** En plus, si nos calculs sont corrects, il faudra ajouter **entre**

**18 et 25 contrats d'intérimaires dans les soins qui ne seront pas signés ou renouvelés en 2013.** Cette saignée, additionnée à celle de Victoria, est totalement contradictoire avec les objectifs affichés de faire face à l'accroissement de la demande en améliorant en même temps la qualité des prestations face à la concurrence.

Le SIT n'ignore ni minimise les incertitudes qui planent sur le financement hospitalier et sur l'aboutissement des négociations en cours avec les caisses maladies. Néanmoins, il serait illusoire de croire qu'une réduction supplémentaire des effectifs, noyau des économies du plan, pourrait accroître la compétitivité de l'hôpital dans le nouveau paysage des soins dessiné par la réforme de la LaMAL.

Ni l'autorité politique de tutelle ni les autorités hospitalières ne peuvent ignorer cette réalité : **la réduction programmée des moyens, notamment humains ne peut qu'aboutir à une diminution qualitative et quantitative des prestations,** sans parler des effets ravageurs sur les conditions de travail d'un personnel déjà passablement démotivé.

Concernant la concurrence, préconisée comme facteur miracle de régulation des prix, nous constatons qu'il s'agit plus d'un épouvantail que d'un fait avéré. La planification sanitaire cantonale ne semble pas la craindre car elle prévoit l'équilibre entre patients entrants et sortants. Plus récemment, lors de la réunion du Forum Interparlementaire Romand (FIR), cantons, assureurs et hôpitaux s'accordent à dire que le nouveau système n'a aucun effet sur la mobilité des patients, le libre choix de l'hôpital restant théorique.

D'autre part, lorsqu'on examine de plus près les textes de la planification sanitaire ou le contrat de prestations 2012-2015, on s'aperçoit que les HUG présentent déjà les meilleurs taux d'efficacité parmi les 5 CHU suisses et que dans le domaine du maintien à domicile ainsi que sur la réduction de la durée des séjours le canton fait office de pionnier.

Bien que les chiffres ne soient pas toujours coïncidents (version HUG vs Projet de budget de l'état pour 2013) nous nous devons de rappeler que dans la première version du projet de

budget, balayé par la majorité de droite du Grand Conseil, une augmentation du nombre de postes de 0.72% (62.8 ETP) était prévue pour les HUG.

Avec tous ces éléments, il nous semble évident que le plan d'économies dans sa version actuelle répond **avant tout** à des choix stratégiques en parfait accord avec la volonté affichée de réduire l'État et de soumettre sans restriction la santé publique aux lois du marché.

Pour toutes ces raisons, le SIT ne peut que demander **le retrait pur et simple du plan Performance** qui, dans l'état, porte atteinte aux missions de l'hôpital et aux objectifs affichés dans la planification sanitaire cantonale.

Nous affirmons par ailleurs que les décisions sur le volume des prestations publiques de santé et les moyens nécessaires pour les servir dans les standards de qualité qui sont ceux du canton transcendent largement la seule autorité hospitalière. Trop souvent les partenaires sociaux se voient ballotés entre Direction de l'hôpital et autorité de tutelle qui se renvoient la balle mutuellement chaque fois qu'un dysfonctionnement, une

pénurie d'effectifs ou un déficit de moyens en général sont signalés. Autrement dit, nous pensons que le Conseil d'État doit «se mouiller», prendre ses responsabilités et favoriser autour de ces questions un débat de société devenu indispensable.

En conséquence et dans l'immédiat, **pour faire face aux incertitudes qui s'annoncent pour le proche avenir, nous proposons un large débat suivi d'un processus de négociations constructives engageant l'autorité politique, la direction des établissements autonomes de santé et les partenaires sociaux.**

**SIT-Hospitalier**  
**le 8 novembre 2012**

### ***Ce qu'on ne peut pas mesurer ...***

*L'Occident est passé de la civilisation du travail pénible à la civilisation de la panne. Le vrai travail n'existe que lorsque la panne arrive. Et, le plus souvent, dans la vie quotidienne, on ne prend pas la peine de réparer : on jette et on change.*

*Il y a toutefois un domaine où on est resté dans la civilisation de la peine : l'aide à l'humain détérioré. S'il en est à ce stade, c'est qu'on n'a pas pu réparer la panne et, par éthique, on ne peut pas le «jeter». L'aide à cet handicap passe surtout par la main tendue, trait d'union avec le vivant; et par le sourire, main tendue du soleil dans la grisaille d'un cerveau embrumé.*

*Les générations imprégnées de la civilisation de la panne et de l'échange standard ont des difficultés mentales pour assumer la contrainte et l'astreinte de la panne chronique du détérioré, à réparer jour après jour.*

*Il faut donc s'attendre à une augmentation des placements de type «vieux non autonome, moralement «jeté», familialement «abandonné».*

*Leur famille sera l'Equipe Soignante. Avec ce que cela comporte d'échange de temps-affectif.*

*Et aucune échelle ne pourra jamais mesurer un câlin qui permet de dormir sans médicament...*