Synthèse du CHS&CT du 24 mai 2013

La séance est ouverte à 9 heures. Une fois n'est pas coutume, la directrice de l'établissement a décidé de présider cette instance.

L'expert du cabinet ISAST, mandaté par notre organisation*, fait lecture du rapport d'expertise concernant l'EHPAD ORÉLIA.
*Rappel : La délibération pour une demande d'expertise avait été votée par nos 4membres, majoritaires dans cette instance (4 votes favorables contre 2 abstentions), lors du CHS&CT du mois de décembre 2012.

Le constat de ce rapport est édifiant, accablant pour la direction et alarmant.

La dépendance des résidents s'est accrue depuis 6 ans, générant ipso facto une surcharge de travail pour **tous les salariés de l'EHPAD.**
Les GIR 1 et GIR 2 (plus grande dépendance) augmentent systématiquement.
Au contraire, les GIR 5 et GIR 6 (plus grande autonomie) sont en diminution.
Les effectifs en personnel établis par la convention tripartite en 2009 ne sont donc plus en adéquation avec l'activité de l'EHPAD.
Les conditions de travail sont en conséquence de plus en plus difficiles pour les salariés, et la prise en charge des résidents amenuisée.
L'ouverture en grande pompe de l'unité Alzheimer, à effectif constant, n'a fait qu'accentuer la situation déjà critique dans la structure.
Rappelons au passage notre inquiétude et notre questionnement à l'ouverture de cette unité. Tous les dysfonctionnements que nous craignions à l'époque se sont produits.
La direction en porte seule la responsabilité.

Comme il est formulé dans une des nombreuses préconisations du cabinet d'expertise : « La bientraitance est un maître mot en gériatrie, mais la bientraitance des soignants ne peut être effective qu'adossée à une organisation elle-même bien traitante. La question des moyens doit donc être impérativement reposée».
Combien de fois avons-nous interpellé notre direction sur une maltraitance institutionnelle caractérisée !! Nous trompions-nous ?
Mais la maltraitance institutionnelle, QUES ACO ?
« La maltraitance institutionnelle est la plupart du temps liée au problème des moyens, ce qui la rend très difficile à résoudre. Etant une des causes d'autres formes de maltraitance, elle complexifie le problème. En effet, l'effort de lutte contre la maltraitance est porté sur le personnel alors que souvent il ne s'agit là que d'un symptôme et que la véritable cause est celle des moyens ». **Sans commentaires !!!**

A l'issue de la lecture du rapport, notre directrice signale à l'attention de l'expert que ses préconisations sont sans surprises et que la direction aurait pu elle-même les établir. **CONSTERNANT !!**
Un membre de notre organisation lui rétorque de manière sarcastique : « Madame, sachant cela, dommage que nous ayons mandaté une expertise. Nous aurions pu faire des économies bien utiles dans le cadre de notre plan de retour à l'équilibre budgétaire. »

Un de nos représentants a interpellé les différentes personnes invitées à cette séance.

Inspecteur du Travail :

Questions :
-sur la piste évoquée de retour aux horaires coupés pour les ASH alors que nous avions fait abolir ses rythmes de travail en 2011 pour une amplitude de travail non règlementaire
-sur le débordement d'horaires par les IDE pouvant aller jusqu'à 14 heures certaines fois
-sur le taux d'encadrement AS/ASH non conforme à la réglementation

Réponses évasives de celui-ci considérant qu'il faut adapter les horaires à la bonne organisation des services et éviter de dépasser les douze heures de travail. POINT !

Expert :

Question :
-Vous faites le constat d'une augmentation de la dépendance et donc d'une surcharge de travail pour les personnels, n'est-ce pas ?

Réponse :
-Selon les données qu'il possède, après l'ouverture de l'unité pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à effectif constant, les effectifs ne sont plus en adéquation avec la prise en charge des résidents de toute la structure car la dépendance a fortement augmenté comme le démontre son rapport.

Médecin coordonnateur :

Question :
-Le GMP (Gir Moyen Pondéré) de 2013 n'est pas évalué et la répartition de la charge de travail sur les 2 étages n'est pas sensiblement la même. Le cabinet d'expertise préconise une mise à jour du GMP par trimestre.
Votre temps partiel de médecin coordonnateur est-il suffisant pour effectuer ces tâches ?

Réponse :
Le GIR pondéré semble se stabiliser aux alentours de 700. Les multiples démarches de coordination auprès des médecins libéraux prennent du temps. La répartition des résidents par étage est problématique car certains sont pour des raisons d'habitude de vie difficilement transférables.
Une organisation efficiente est recherchée avec les moyens humains en place.
Il sera difficile d'établir faute de temps disponible un GIR par trimestre et par étage (GIR sensiblement équivalent actuellement par étage) et de réévaluer le PMP (Pathos Moyen Pondéré) tant que l'informatisation du dossier des résidents ne sera pas réalisée.

Cadre de santé de l'EHPAD

Question :
-Les plannings ne sont pas connus par les personnels dans les temps impartis, soit 15 jours avant la fin du mois. Comment vivez-vous vos dépassements d'horaires récurrents liés aux contraintes organisationnelles, à l'absentéisme croissant et au peu de moyens dont vous disposez ?

Réponse :
Beaucoup de temps passé à réorganiser le fonctionnement de l'EHPAD, à gérer l'absentéisme avec une marge faible de manœuvre au niveau des effectifs. De plus, il faut gérer la problématique des contraintes liées à l'ajustement des catégories professionnelles AS/ASH. De fait, moins de temps à accorder aux familles et moins de disponibilité pour les personnels.

Nous avons remercié et salué au passage le travail accompli par ce cadre depuis son arrivée à l'EHPAD et qui s'investit fortement face à la complexité de la situation.

Médecin du travail

Question :
En rapport avec les expressions des salariés en pages 23 et 24 du document d'expertise, les risques psychosociaux sont indéniablement tangibles à Orélia et au-delà dans de nombreuses unités du CHCP. Nous avons alerté notre direction dans les différentes instances sur la nécessité de se préoccuper au plus vite de cette problématique. Priorité a été donnée aux risques de TMS (Troubles Musculo Squelettiques) par la direction au niveau du CLACT (Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail).
Docteur, ne pensez-vous pas qu'il faille instaurer un diagnostic très rapidement à Orélia de ces facteurs de risques et mettre en place des actions de prévention ?

Réponse :
Le diagnostic est posé; les risques psychosociaux majeurs sont indéniables et un questionnaire est inutile. Pas de solutions concrètes apportées actuellement. La souffrance au travail est présente, due à une surcharge de travail et à un déséquilibre vie privée/vie professionnelle (rappels sur jours de repos, organigrammes fluctuants). La prévention est au plus haut niveau (tertiaire).

Pour info : trois niveaux de prévention sont à retenir ; prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire.
Au niveau tertiaire, on parle de réparation : traiter, réhabiliter et analyser les échecs pour éviter leur reproduction.

En conclusion, la direction prend les engagements suivants :

I) Informatisation générale avant la fin de l'été
II) Entretien de locaux (aération) avant la fin de l'année
III) Mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels en septembre 2013**(non réactualisé depuis 2009 !!)**
IV) Sécurisation du médicament : formation début juin et jusqu'à la fin de l'été des médecins traitants sur le *logiciel médical object*
V) Amélioration du dossier de soins en septembre
VI) Digicodes : 5 commandés avant fin mai ou début juin
VII) Entretien matériel par ouvrier des services techniques (fauteuils roulants…)
VIII) Mise en place d'un cadre de pôle en gérontologie pour aider médecin coordonnateur et cadre de santé en janvier 2014
IX) Recrutement d'infirmières pour stabiliser les 6,2 ETP de manière pérenne entre juin 2013 et septembre 2013
X) Négocier avec les tutelles pour essayer de rééquilibrer les professons A-S et ASH

Nos conclusions et nos engagements

Même si certains engagements de notre direction sont importants et vont dans le bon sens, ils sont loin de répondre à toutes les préconisations suggérées par le cabinet d'expertise. En ce qui nous concerne, nous resterons vigilants à ce que les délais soient respectés pour ceux-ci.

Nous combattrons comme nous l'avons fait par le passé, des horaires coupés pour les ASH qui sont contraires au code du travail ; si tel est le cas, ester au Tribunal Administratif sera notre position.
Les dépassements d'horaires sont à proscrire définitivement. L'obligation de sécurité de notre employeur vis-à-vis de tous les salariés est trop souvent occultée.
Les risques psychosociaux majeurs sont avérés. Ce n'est pas un questionnaire suggéré par la direction qui va résoudre les problèmes. Nous avons demandé avec nos partenaires de la CFDT un CHS&CT extraordinaire pour que des mesures correctives concrètes soient adoptées, tant au niveau de l'organisation que des moyens en personnel.

Pour les ASH (fonction soins ou bio-nettoyage), nous avons soulevé le problème du peu de considération qui leur est portée et du manque de reconnaissance.
De plus, l'accès à la formation d'aide-soignant est beaucoup trop restreint.
Pour les A-S, les effectifs doivent être suffisants pour une meilleure prise en charge des résidents et un meilleur équilibre vie privé/vie professionnelle.
Pour les IDE, l'effectif correspondant à la convention tripartite doit être scrupuleusement respecté (6,2 ETP) et établi de manière pérenne.

Pour tous ces professionnels, les changements d'organisations ou de cycles de travail devront être négociés avec eux. Ceux-ci ne pourront être validés qu'auprès des instances représentatives du personnel (CTE et CHS&CT) comme il se doit.