

Revendications des personnels soignants du CSSR de Saint Sébastien sur Loire

Nous, personnels soignants du CSSR de Saint Sébastien sur Loire réunis le 6 décembre 2012, avons décidé d'interpeler, une nouvelle fois la direction du PHMJV sur les graves difficultés que nous rencontrons dans l'exercice de notre profession au sein du CSSR.

Depuis l'ouverture des 85 lits, nous n'avons plus les moyens d'assurer des soins de qualité aux patients hospitalisés dans notre établissement. Nous ne pouvons que constater un déclin de la prise en charge globale des patients et de leurs familles, en premier lieu pour les personnes en fin de vie et leur entourage qui demandent une attention particulière, que nous ne pouvons pas leur offrir.

Nous dénonçons :

Pour les patients et leurs familles :

- ⇒ Un nombre croissant de patients nécessitant une prise en charge palliative, alors que nous n'avons que quatre lits identifiés par l'ARS (sans moyens supplémentaires). **Nous avons entre 10 et 12 patients en fin de vie en permanence, avec un nombre de décès qui ne fait qu'augmenter (10 décès dans la semaine du 26 au 2 décembre)**
- ⇒ Des patients décédant dans les heures, voire les minutes, qui suivent leur entrée. Par exemple : le 26 novembre 2012, un patient est décédé, seul, dans sa chambre 10 minutes après son arrivée.
- ⇒ L'absence de respect de la dignité et de la douleur des familles des patients qui décèdent. Immédiatement après son décès, le patient est transféré en chambre mortuaire, ne laissant pas le temps à la famille et aux soignants d'accepter sa mort. La chambre est refaite aussitôt, pour l'accueil d'une nouvelle personne le plus vite possible. Le délai de 24h mis en place à l'entrée sur le site de St Sébastien, entre le décès d'un patient et l'arrivée d'un autre dans la même chambre, ce qui permettait aux soignants de faire leur deuil, n'est plus respecté.
- ⇒ L'absence de psychologue dans l'établissement, alors que ceci est fortement préconisé et essentiel, lorsqu'on a autant de décès.
- ⇒ Les réunions d'éthique organisées par RESPAVIE, pour discuter des prises en charge palliatives/relations avec le patient et sa famille, sans cesse repoussées pour des raisons de surcharge de travail. Alors, que nous en aurions, plus que jamais besoin pour les patients, leurs familles et nous-mêmes.
- ⇒ La suppression de l'animation depuis plus d'un an, la personne n'ayant pas été remplacée, qui aggrave le risque de dépression de la personne âgée.
- ⇒ Le manque de kinésithérapeute sur certaines périodes, qui nuit gravement à la reprise de l'autonomie de la personne âgée.

A cette liste, il faut ajouter la surcharge de travail des soignants et les problèmes de matériels insuffisants ou détériorés qui ont des conséquences directes ou indirectes sur les patients

Nous dénonçons :

Pour les soignants :

- ⇒ La non considération de la souffrance des soignants aggravée par le nombre important de décès
- ⇒ La non prise en compte accentuée le WE, de l'impossibilité de réaliser tous les soins de nursing avant le repas de midi, les services étant trop lourds. Les toilettes se terminent souvent vers 13h, avec l'aide des infirmières. Ces situations quotidiennes engendrent un sentiment fort de culpabilité et une grande frustration chez les professionnels de santé que nous sommes.
- ⇒ L'attitude de l'administrateur de garde qui est appelé le WE, le matin dès 6h30, en raison des absences pour maladie répétées et nombreuses, car nous ne pouvons pas fonctionner sans l'effectif complet, qui est déjà extrêmement bas. La plupart du temps, aucune solution n'est trouvée, nous laissant seule gérer la problématique.
- ⇒ La souffrance physique et mentale des soignants non reconnue, persistante et croissante. Et, pourtant le nombre d'arrêts de travail, de démissions et de non renouvellement de CDD par les soignants eux-mêmes, pour cause d'épuisement professionnel, est extrêmement élevé depuis des années. Monsieur Darcy, médecin du travail l'a dénoncé à maintes reprises.
- ⇒ Les arrêts de travail nombreux et régulièrement non remplacés, ce qui ajoute de l'insécurité à la surcharge de travail. Les glissements de tâches sont inévitables, un aide-soignant pouvant être remplacé par un agent de service hospitalier.
- ⇒ L'attitude de l'encadrement qui n'a qu'une réponse à apporter à cette situation : « Vous êtes mal organisés »

Les IDE :

- ⇒ **Infirmier(e)s multifonctions, en surcharge :**
 - **Standardistes** le matin de 6h35 à 9h15 et le soir de 17h15 à 21h et tout le WE.
 - **Pharmacie** : commande et rangement des produits pharmaceutiques et du matériel biomédical. Comptage des stupéfiants : ceux-ci doivent être recomptés (y compris les blisters) dans chaque unité (à noter : pour deux services ce travail est effectué le WE, là où il y a le moins de temps disponible !). Lorsque le logiciel de commande de pharmacie ne fonctionne pas, la commande doit être refaite à la main le matin, sans aucune aide de l'encadrement. Ce qui a pour conséquence, l'impossibilité de voir tous les patients et d'effectuer tous les soins.
 - **La nuit** : 3h pour préparer les traitements de tous les patients (avec la concentration que cela demande, le risque d'erreur étant très important), avec une charge de travail importante à assurer parallèlement au lit des malades.
 - **Le WE** : famille évitée par manque de temps à leur consacrer (aucun temps disponible pour leur parler)

- L'évaluation de la « lourdeur » de la prise en charge du patient et le remplissage des **grilles GIR et des feuilles PMSI** (alourdie du fait d'un nouveau codage PMSI), réalisés le WE augmente encore la charge de travail.
- Prise en charge de la **sécurité des locaux** le WE
- **Heures supplémentaires** systématiques le WE avec la surcharge de travail et très souvent la semaine, notamment, lorsqu'un patient décompense, ou qu'un soin supplémentaire s'impose (pose de sonde, ECG...). Lorsqu'un patient décompense, il doit être pris en charge dans l'urgence, ce qui génère un stress important supplémentaire, **qui s'ajoute au sentiment d'insécurité permanent la semaine et surtout la WE, aggravé depuis les nouveaux horaires en place.**

Les Aides- soignant(e)s :

⇒ Aides-Soignant(e)s en surcharge permanente de nursing :

- **Prise en charge des toilettes**, dans certains cas l'après-midi, en raison de l'incapacité pour les personnels de finir avant midi (les jambes ne sont lavées qu'une fois par semaine, le WE certains patients n'ont qu'une toilette intime par manque de temps pour un toilette complète), particulièrement dans le secteur HI qui reçoit les patients lourds. Aggravation de cette situation le WE.
- **Autres soins de nursing**, la plupart du temps, les soignants ont des difficultés à effectuer les retournements nécessaires et obligatoires, ainsi que les soins de bouche indispensables au confort de ces patients. D'autre part, plusieurs ne sont pas levés avant le début de l'après-midi. Ce qui favorise l'altération de l'état général : mobilité, escarres....
- **Au RDC, accueillant les malades dits plus « légers »**, la charge de travail est alourdie du fait d'une infrastructure des douches inadaptée. Dans 31 chambres (34 patients), la margelle au niveau de la douche génère un risque chute important et une surveillance indispensable. L'étroitesse des douches entrave fortement la mobilité des personnes déjà en perte d'autonomie (cannes, déambulateur, fauteuil roulant)
- **Au moment des repas**, de nombreux patients doivent être surveillés, aidés, stimulés. Mais étant en nombre insuffisant ce moment de la journée, pourtant important pour les patients, est « expédié » trop vite, de nombreuses autres tâches attendent. De plus, l'impossibilité de ne pas pouvoir prendre le temps de faire manger chaque patient à son rythme, génère un sentiment de culpabilité très fort.

Au sentiment de culpabilité s'ajoute celui d'une insécurité permanente la semaine et surtout le WE, aggravé depuis les nouveaux horaires en place et l'augmentation du nombre de personnes en fin de vie et du nombre de décès

Les Agents de service Hospitaliers :

⇒ ASH en nombre insuffisant au regard des tâches exigées :

- **Quotidiennement, ménage dans 28 chambres**, sans compter les départs et transferts de chambre incessants (demande de chambre seule ou l'inverse, erreur d'orientation du patient...).
- **Dans le secteur HI**, plusieurs chambres ont une superficie de plus de 20m².
- **Dans les unités PS et AT**, en raison de la vétusté des locaux et des patients perturbés et dégradés physiquement, les chambres sont beaucoup plus sales. Par conséquent, il faut beaucoup plus de temps pour les nettoyer. Elles sont mêmes, parfois à refaire plusieurs fois dans la journée.
- **Les départs le matin**, des chambres qui doivent être reprises en début d'après-midi, obligent à laisser le ménage quotidien pour se consacrer à celles-ci qui doivent être nettoyées à fond. Le ménage quotidien des chambres se poursuit l'après-midi, ce qui mécontente fortement les familles en visite.
Les départs de l'après-midi sont effectués, seule, les AS étant toujours sollicitées par les patients et les soins de nursing.
- **Service des repas et débarrassage, effectués :**
 - **Seule** très souvent pour le petit déjeuner, les AS étant occupés à répondre aux sonnettes.
 - **Seule** également, pour les mêmes raisons pour le débarrassage du midi, en salle à manger et en chambre (45mn pour débarrasser la salle à manger et les chambres, servir le café, laver la vaisselle qui doit repartir à 13h45 avec les chauffantes).
 - **Seule**, très souvent pour le service des goûters de 15h. A l'inverse, l'AS peut se retrouver seule quand l'ASH a trop de « départs ».
 - seule pour le dîner, selon le secteur.
- Sans compter, qu'il faut **palier aux absences des AS**, lors des fréquents arrêts de maladie.

Le stress généré est épuisant, auquel il faut ajouter les reproches pour nettoyage insuffisant des chambres.

Les problèmes récurrents de matériel et de locaux :

- Patients non levés, pendant plus d'une semaine en raison d'un nombre **de hamacs insuffisant**.
- **Pas de verticalisateur**, pourtant indispensable dans un CSSR
- **Thermomètres** qui ne fonctionnent pas, inchangés
- **Chariot d'urgence** en mauvais état (au PS)
- **Manque de contentions** fauteuil nécessitant l'utilisation de draps (normalement interdit)

- **Barrières de lit** qui ne tiennent plus (insécurité+++)
- **Insécurité des locaux :**
 - patients qui dorment dans des chambres sans volets (cassés).
 - 31 chambres aux **douches inadaptées** (insécurité+++)
 - **Sonnettes** dans les cabinets de toilettes inadaptées pour les patients (insécurité+++)
- **Revoir le système des sonnettes** sur les téléphones aide-soignant, qui continuent de sonner, sans arrêt, même si l'acquittement a été effectué sur le téléphone.

Pour ces motifs :

Estimant, ne plus pouvoir assurer leur mission auprès des patients, dans le respect de la dignité de chacun d'entre eux, les soignants demandent :

- ⇒ **1 poste IDE supplémentaire par jour au secteur « PS ». Unité où il n'y a qu'une IDE matin et soir. Ce 3^e poste est indispensable pour assurer, notamment, les nombreux pansements et les entrées.**
- ⇒ **Un allègement des tâches liées à la pharmacie, afin de libérer les IDE pour les soins**
- ⇒ **3 postes d'AS supplémentaires par jour sur un horaire de 8h à 15h, pour assurer le réveil, le lever des patients, le nursing, les départs et les arrivées dans de meilleures conditions.**
- ⇒ **3 postes supplémentaires ASH par jour, une par secteur le matin. Indispensable pour assurer l'hygiène quotidienne des chambres.**