

**SÉMINAIRE EPSU/HOSPEEM
HELSINKI LE 10 NOVEMBRE 2015
SUR LES RISQUES PSYCHO-SOCIAUX ET LE STRESS AU TRAVAIL**

**Présentation de pratiques syndicales de la
CFDT Santé Sociaux dans un établissement du Groupe CAPIO Bayonne France
Evaluation des risques & prévention primaire**



1 PRESENTATION

1-a Le groupe Capiro

Un groupe suédois à dimension européenne qui gère plus de 100 établissements et emploie plus de 12 000 salariés en Suède, Norvège, Allemagne et France (rapport annuel Capiro 2014¹.) Capiro a pris l'initiative de créer un comité d'entreprise européen en 2006.

Deuxième groupe de santé privé en France avec 23 cliniques ; Capiro France organise ses activités par région autour des villes de Toulouse, Lyon et Bayonne.



Commentaire : la stratégie médicale de Capiro² est de promouvoir des modes de prise en charge innovants. La Récupération Rapide Après Chirurgie (en anglais « enhanced rehabilitation after surgery³»), initié dans les pays nordiques dans les années 1990, permet au patient de récupérer plus vite ses capacités fonctionnelles après une intervention chirurgicale, réduisant ainsi les séjours ou permettant au patient de bénéficier d'un traitement ambulatoire.

¹ <http://www.capiro.fr/wp-content/uploads/2014/05/CAPIO-Rapport-Annuel-2014-fran%C3%A7ais.pdf>

² <http://www.capiro.fr/medecine-moderne/recuperation-rapide-apres-chirurgie/>

³ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_de_cadrage_programme_rehabilitation_rapide.pdf

1-b projet « BELHARRA »

Le projet « Belharra » est un regroupement sur un même site de trois cliniques Capiro à Bayonne⁴ Sur le territoire de Bayonne (Pyrénées-Atlantiques, en région Aquitaine), Capiro mène depuis 2009 le projet « BELHARRA » : un regroupement sur un même site des cliniques Lafourcade, Paulmy et Saint-Etienne. Une 4^{ème} clinique, Lafargue avait déjà été transférée sur la Clinique Lafourcade en 2012.

La clinique Belharra s'inscrit dans la stratégie médicale du groupe notamment pour la partie ambulatoire : 6 salles pour l'obstétrique, 14 salles pour la chirurgie, 3 salles pour l'endoscopie, un secteur ambulatoire complètement intégré au plateau technique chirurgicale (ce service de chirurgie ambulatoire⁵ accueille le patient de 7 heures à 20 heures du lundi au vendredi.)

***Commentaire :** les travaux débutent en 2012 pour une ouverture en août 2015. Le projet répond à la rationalisation de l'offre de soins souhaitée par les autorités sanitaires⁶ et à l'objectif stratégique de Capiro : des plateaux techniques nombreux mais des capacités d'hébergement limitées en hospitalisation comme en ambulatoire en organisant de façon efficiente les flux de patients.*



⁴ <http://clinique-belharra.capiro.fr/>

⁵ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/la_chirurgie_ambulatoire_en_12_questions.pdf

⁶ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1337911/fr/recommandations-organisationnelles-de-la-chirurgie-ambulatoire-outils-et-guide

2 LE PROJET DE REGROUPEMENT ET LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Les salariés conviennent que l'ouverture d'une nouvelle clinique est une opportunité devenue incontournable au regard de la vétusté de certains bâtiments tout en considérant que ce déménagement s'accompagnera d'une redéfinition de leur poste ou de leur service, et que cette réorganisation impactera leur travail au quotidien ; et donc la santé et la sécurité des salariés.

Ce regroupement de cliniques sur un seul site va entraîner :

- une évolution significative de l'organisation des activités et du fonctionnement des collectifs de travail.
- des mesures d'accompagnement notamment en matière de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs.

La particularité de ce projet est son anticipation : un important travail autour de ce regroupement a eu lieu avant le déménagement dans la nouvelle clinique.

2-a La participation des salariés

Les Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail⁷ (CHSCT) des trois établissements, (Lafourcade 200 salariés, Paulmy 103 salariés et Saint-Etienne 220 salariés) sont consultés sur le projet. **La CFDT est majoritaire dans tous les comités et l'unique organisation syndicale présente, tous les représentants du personnel sont CFDT.**

La participation des salariés et l'implication des représentants du personnel CFDT va devenir le pilier de l'élaboration de la prévention des risques à travers :

- Des décharges de temps de travail ont été accordées aux élus à hauteur de six temps plein : ce qui a permis aux représentants du personnel de véritablement s'impliquer afin de préparer au mieux ce transfert (et de travailler régulièrement avec l'expertise à laquelle le CHSCT va recourir.)
- Un comité de pilotage (avec les représentants du personnel) a été mis en place ainsi que 23 groupes de travail (par services et spécialités) réunissant les personnels des 3 cliniques
- De nombreuses visites de la nouvelle clinique avant son ouverture

Le défi de la réorganisation de trois cliniques en une seule est et sera de faire travailler ensemble demain des personnes qui hier étaient investies dans des structures et des organisations du travail parfois très différentes.

Les discussions de toutes les parties prenantes (direction, cadres, organisation syndicale, salariés) va contribuer à améliorer le projet et faciliter l'appropriation collective.

⁷ *Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Composé notamment d'une délégation du personnel, le CHSCT dispose d'un certain nombre de moyens pour mener à bien sa mission (information, recours à un expert agréé...) et les représentants du personnel, d'un crédit d'heures et d'une protection contre le licenciement : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Synthese-sur-le-comite-d-hygiene.html>*



Section CFDT Santé sociaux de Bayonne

L'engagement des cadres et de toute la ligne hiérarchique pour ce changement organisationnel est également un élément majeur. Malgré le manque de temps, il a été proposé à chaque cadre de pouvoir être partiellement déchargé pour pouvoir consacrer plus de temps sur le projet.

Le directeur de la Région Aquitaine qui pilote le projet, Nicolas Bobet, parle de travail collaboratif de qualité :

« La négociation est une vraie réalité sur Capiro Bayonne : nous signons régulièrement des accords. Sur le projet Belharra : nous avons signé un accord de méthode impliquant le détachement de 6 personnes à temps plein pendant 3 mois et le raccourcissement du temps de la consultation. Cela a permis aux représentants du personnel de prendre connaissance à fond du dossier Belharra, sachant qu'aucune information/consultation n'avait eu lieu avec les élus (CE⁸, CHSCT, CCE⁹) avant celle liée au déménagement début 2015...

Tout cela a permis de mettre en évidence de façon conjointe et « consensuelle » :

- *des éléments à améliorer (organisation humaine et matérielle)*
- *une entente pour une évaluation réelle des choses (bio nettoyage des parties communes, effectif de nuit aux urgences, par exemple)*
- *la définition d'indicateurs de suivi et de déclenchement de mesure corrective si besoin.*

Cela s'est accompagné par la signature d'un accord visant au maintien de tous les mandats des représentants du personnel jusqu'au printemps 2016, l'objectif étant que les élus puissent suivre le dossier, son évaluation. »

⁸ CE : Comité d'entreprise

⁹ CCE : Comité centrale d'entreprise. Code du travail : « Dans les entreprises comportant des établissements distincts, il est créé des comités d'établissement et un comité central d'entreprise. Le comité central d'entreprise exerce les attributions économiques qui concernent la marche générale de l'entreprise. Il est obligatoirement informé et consulté sur tous les projets économiques et financiers importants concernant l'entreprise. »

2-b L'expertise Syndex

S'agissant d'un changement majeur des conditions de travail de l'ensemble des salariés réaffectés dans la nouvelle structure, **les trois CHSCT décident en février 2015 de recourir à une expertise** (prévu par le Code du travail en France) afin d'établir un diagnostic des transformations prévues et d'évaluer leurs effets potentiels sur les conditions de travail et la santé des salariés. Le cabinet Syndex¹⁰, après deux mois de travail, remettra son rapport en mai 2015 : quelques mois avant le déménagement de début août.

Le cabinet Syndex assiste les représentants du personnel et leurs organisations dans le cadre leurs attributions économiques et dans leurs missions Hygiène Sécurité et Conditions de Travail, cette complémentarité d'accompagnement a été réalisé pour ce projet de regroupement-déménagement de cliniques.

Les objectifs de l'expertise de Syndex pour le projet BELHARRA est d' « analyser les situations de travail actuelles ainsi que le projet de regroupement afin d'établir un diagnostic des transformations prévues et d'évaluer leurs effets potentiels sur les conditions de travail et la santé des salariés. L'expertise doit aider le CHSCT à avancer des propositions de préventions-des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. »

Syndex est aujourd'hui un réseau national et européen qui contribue au dialogue social en France et en Europe en permettant organisations syndicales, aux Comités d'Entreprises (CE) et aux CHSCT d'appréhender toutes les dimensions de l'entreprise.

Le directeur de la région Aquitaine qui pilote le projet, Nicolas Bobet, a qualifié le rapport Syndex de très bonne qualité et donne une base de réflexion sur l'évaluation pour un travail en commun.

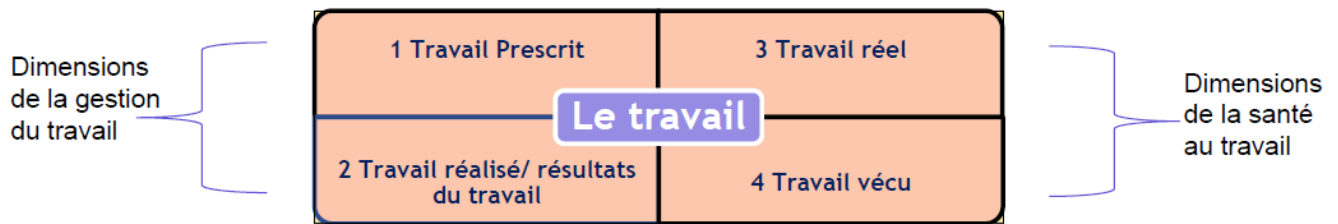
Le CHSCT s'est véritablement positionné dans un rôle de co-construction avec la direction. Les moyens de détachement ont été un des facteurs clé du succès de ce travail collectif même si la consultation des représentants du personnel aurait pu se faire plus tôt et notamment dans la phase architecturale du projet.

La méthode par l'évaluation :

Une évaluation a priori est un pré requis indispensable à toute démarche de prévention.

La pertinence de l'évaluation des risques repose en grande partie sur la prise en compte des situations concrètes de travail révélé par l'expérience de terrain des travailleurs et leur connaissance des risques.

¹⁰ <http://www.syndex.fr/>



Le travail prescrit par l'employeur : qui est formellement demandé, organisé, contrôlé.

Le travail réalisé : décrit le résultat du travail

Le travail réel : ce que l'on réalise, ce que l'on ne peut pas faire, ce qu'on fait pour ne pas faire, ce qu'on nous demande de faire, les essais, les erreurs, les brouillons.

Le travail vécu : ce qui se passe pendant le travail, mais aussi avant ou après. Il inclut les conditions de réalisation du travail, son image sociale, son statut objectif, l'interprétation que se fait le sujet du travail qu'il a, de ce qu'il fait de son travail.

Ces différentes notions permettent d'appréhender les éléments concrets et visibles du travail, mais aussi les éléments subjectifs et invisibles qui influencent la santé au travail.

2-c Un travail d'évaluation pour une prévention primaire

Le travail de Syndex et des représentants du personnel a porté principalement sur l'évaluation des effets potentiels de ce regroupement sur la santé.

Cette entrée par les besoins autour du travail a permis d'avancer des propositions notamment autour des RPS et du stress, situant les recommandations des représentants du personnel et les préconisations de Syndex dans la prévention primaire.

La Prévention primaire s'attaque directement aux causes avec comme objectif d'éliminer ou de réduire les sources de tensions présentes dans l'organisation afin d'en réduire les impacts sur la santé physique et psychologique des salariés.

2-d La question de la charge de travail comme un facteur de RPS et de stress

Pour compter, il faut peser.

L'association du rythme et de la durée du travail peut constituer un risque psychosocial - notamment le stress - pour le travailleur.

« Une intensité excessive de travail génère des atteintes autant physiques que mentales, via le stress chronique, ainsi que des accidents du travail. »¹¹

Les questions de la charge de travail et son évaluation sont le fil rouge de l'expertise.

¹¹ Evaluer les facteurs de risques psychosociaux l'outil RPS-DU de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité. », ED 6140, février 2013

Les investigations de terrain ont permis d'établir le caractère multifactoriel de la charge de travail ayant un impact sur la santé.

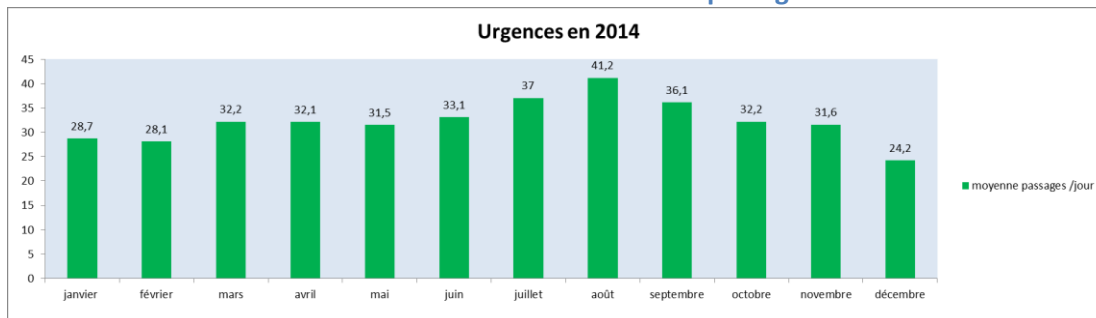
Nous en avons retenu trois :

- **le rythme de travail**
- **les ressources en personnel : effectifs et ratios patients/personnels**
- **la gestion des flux de patients et l'organisation du travail**

3 SERVICE DES URGENCES : VARIABILITE DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET RYTHME DE TRAVAIL DES SOIGNANTS

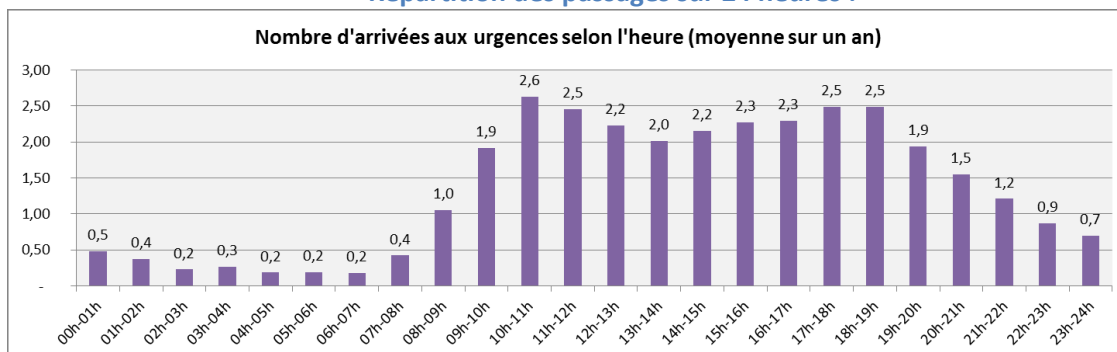
Sur les trois cliniques, seule celle de Saint Etienne possède une activité d'accueil des urgences. La journée sont présents un médecin urgentiste et deux infirmières, la nuit une infirmière et un urgentiste pour un total de 9 places.

L'année 2014 a vu 11 817 passages :



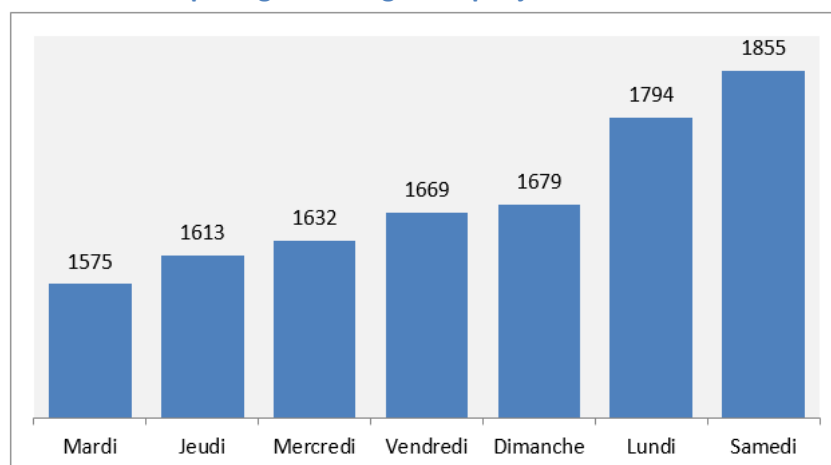
On observe des variabilités de l'activité avec des pics durant les mois d'été et des creux en fin d'année, caractéristique des régions touristiques.

Répartition des passages sur 24 heures :



Si le pic des passages se trouve être, en moyenne, entre 9h du matin et 20 heures le soir, l'activité continue de manière non négligeable jusque minuit. Elle décline ensuite pour être à son minima entre 2 heures du matin et 7 heures du matin.

Nombre de passages aux urgences par jour de la semaine 2014



Les jours de plus grande affluence sont les samedis, dimanches et lundis, ce qui correspond également au rythme de travail du personnel.

Les préconisations

- faire un suivi de la fréquentation des urgences pour enclencher l'ouverture de l'extension du service en y adjoignant des ressources supplémentaires en effectifs principalement sur la première partie de la nuit.
- opter pour le rythme vendredi/samedi/dimanche qui permet :
 - une meilleure conciliation vie professionnelle/vie familiale en offrant un véritable week-end de repos
 - une meilleure adéquation entre le rythme et la charge de travail
- Etre vigilant sur l'activité qui va nécessiter suivant son évolution des adaptations.

4 Unité de Soins Continus (USC) : irrégularité de la charge de travail et ratios patients/personnels

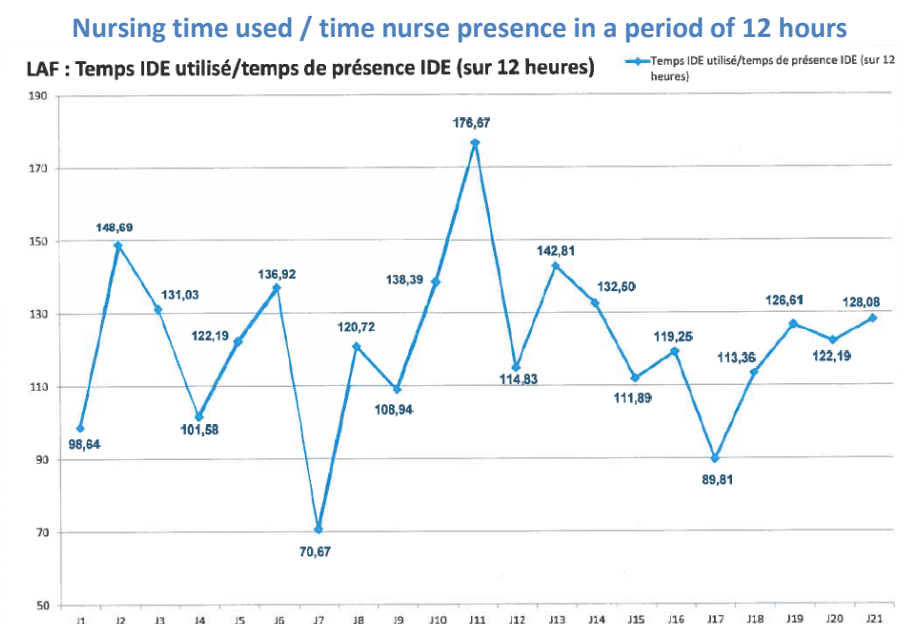
Les Unités de soins continus (USC) de Saint Etienne et de Lafourcade prennent en charge des malades dont l'état est jugé trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique. Ces unités constituent un niveau intermédiaire entre les services de réanimation et les unités de soins classiques.

L'USC de Lafourcade comporte 6 lits et fonctionne avec un binôme infirmière et une aide-soignante. A aucun moment une infirmière ne se retrouve seule avec ses patients.

L'USC de Saint Etienne de 12 lits travaille également en binôme de jour et de nuit.

La question de la charge de travail a été mesurée sur une période de 21 jours. La méthode employée a été celle du score TISS 28¹² à partir de cotation d'actes réalisés.

Commentaire : Il faut noter la sous-évaluation de la charge de travail par cette méthode ne permet pas d'évaluer les soins indirects (ni les soins relationnels, ni les tâches administratives.)



On observe une irrégularité de la charge de travail mais on peut considérer que toute journée qui a un score supérieur à 130 % est une journée particulièrement chargée en actes infirmiers (sans compter les actes administratifs et relationnels.)

Les professionnels de ce service constatent tous que l'état du patient peut basculer très rapidement, de manière imprévisible et que cela nécessite une réactivité et une disponibilité difficile à anticiper.

Demain, l'USC de Belharra aura une capacité d'accueil de 18 lits avec un fonctionnement de 3 binômes (infirmière et aide-soignant). Pour la nuit, le service fonctionnera avec 3 infirmières et 2 aides-soignantes. Soit pour 18 lits un ratio d'1 binôme pour 6 patients le jour. Pour autant la nuit, la charge de travail semble trop importante au regard de la présence de seulement 2 aides-soignants.

¹² Therapeutic Intervention Scoring System-28

Ce souci rejoint la question de la crainte de l'erreur et le sentiment de travailler ou non en sécurité. Cet élément est important et a un impact fort sur la santé.

Préconisations

➤ revoir l'effectif de nuit. Les ratios en USC ne s'imposent pas par voie réglementaire comme ils s'imposeraient pour un service de réanimation (Au minimum, le décret prévoit 2 infirmiers pour 5 patients et un aide-soignant pour 4 patients.) Certaines Agences régionales de santé préconisent pour les services USC la présence « d'1 infirmière pour 6 lits et 1 aide-soignant pour 6 lits. »

Une discussion et un accord est le premier temps incontournable du calibrage des effectifs sur Belharra entre les parties prenantes, c'est-à-dire entre, la direction administrative et financière, la communauté médicale impliquée et les soignants concernés.

Ce travail a permis de réduire le risque RPS puisque au départ la direction avait prévu deux infirmières et deux aides-soignants

5 UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (UCA) : EVOLUTION DE LA CHARGE DE TRAVAIL, DES EFFECTIFS ET DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'activité ambulatoire est réalisée durant une période inférieure à 24 heures dans des services qui ferment la nuit ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés.

L'activité ambulatoire médecine & chirurgie est présente dans les trois cliniques.

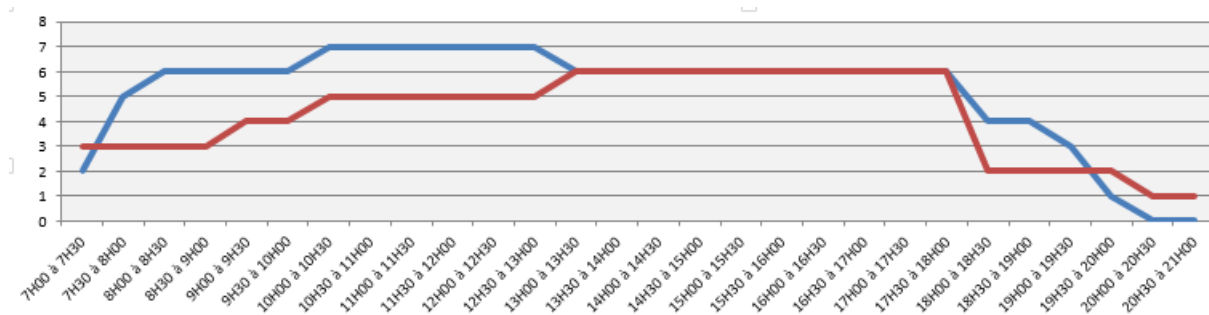
L'expertise a plus particulièrement porté sur l'activité de chirurgie ambulatoire.

Taux de rotation sur les places d'ambulatoires

Année	déc-09	déc-10	déc-11	déc-12	déc-13	déc-14
Ambulatoire	12082	13827	13994	13365	13125	13321
Tx rotation sur les places ambulatoires	1,11	1,29	1,48	1,65	1,59	1,6

La tendance est une augmentation du taux de rotation sur les places d'ambulatoire, traduisant l'utilisation qui peut être faite en moyenne d'une seule place d'ambulatoire, par 1, 2 ou 3 patients différents sur la même journée (soit une plage de 12 heures).

Les ressources en personnel dédié : une comparaison a été faite *entre les ressources en personnel avant le déménagement en bleu et après en rouge* pour la journée du lundi



La comparaison en terme d'effectif présent au cours de la journée du lundi indique une diminution le matin, une équivalence ensuite et une nouvelle diminution à partir de 17h30.

5-a Pour répondre à ces évolutions : une réorganisation de l'activité ambulatoire en « lean »

Auparavant, une IDE pouvait prendre en charge un même patient avant et après le passage au bloc opératoire. Le contenu du travail de l'IDE dans une journée variait entre l'accueil du patient, son installation en chambre, le lien avec la famille, le contrôle des papiers administratifs, les soins, la prise en charge postopératoire et la gestion de la sortie.

Dorénavant, pour cette activité de chirurgie ambulatoire, les IDE sont répartis sur 3 fonctions :

- la fonction d'IDE d'accueil
- la fonction d'IDE de préparation pour le bloc opératoire
- la fonction de l'IDE « d'ambulatoire long » pour les patients qui nécessitent une surveillance infirmière après la sortie du bloc opératoire

Commentaire : Une IDE sera sur l'un des 3 postes toute une journée. Il est prévu une rotation toutes les 2 semaines. Le travail se standardise et un nombre défini de tâches seront à exécuter selon le poste occupé. Ce modèle est celui de la gestion des flux industriels¹³, partant du constat que « la chirurgie ambulatoire est un concept centré sur le patient privilégiant la gestion des flux, puisque ce n'est pas l'acte qui est ambulatoire, c'est le patient »).

5-b Préconisations

- Organiser des réunions d'équipe pour accompagner le changement d'organisation et notamment ce que cela induit comme changement dans prise en charge du patient autour de la question de la coopération et de la coordination.
- revoir le processus pour limiter l'effet de la standardisation
- accélérer les rotations de postes (toutes les deux semaines.)

¹³ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/recommandations_vd.pdf

6 CONCLUSION

Les représentants du personnel de l'organisation syndicale CFDT retiennent de ce travail l'importance des remontées du terrain des salariés. L'aspect pratique s'est inscrit en complémentarité de la technicité de Syndex. Le travail en équipe a été un élément déterminant. Tout d'abord entre les trois équipes CHSCT des différentes cliniques, le travail en commun s'est étendu également avec les cadres. Les chefs de pôle avec leurs cadres se sont exprimés sur la partie du rapport les concernant en présence du directeur et des représentants du personnel.

Cette expérience témoigne que, pour agir sur la santé des travailleurs dans le cadre de la prévention primaire, l'évaluation de la charge de travail est un élément déterminant et la dimension collective impliquant l'ensemble des parties prenantes est également décisive.

Le travail n'est pas terminé, le déménagement a eu lieu début du mois d'août. Le CHSCT avait prévu des tournées de services afin de poursuivre les réajustements nécessaires dans ce projet de déménagement.

