

Guebwiller, le 27 mars 2020

**SUR EXPOSITION DE L'ENSEMBLE DES AGENTS DU CENTRE HOSPITALIER
DE GUEBWILLER AU RISQUE BIOLOGIQUE ET RPS,
DÉCLARATION DE DANGER GRAVE ET IMMINENT
POUR INSCRIPTION AU REGISTRE DES DANGERS GRAVES ET IMMINENTS
DU CHSCT.
(L. 4131-2 du Code du travail)**

SERVICE : tous les services du Centre Hospitalier de Guebwiller

POSTES DE TRAVAIL CONCERNÉS: tous: ASH, AS, IDE, techniques, administratifs...

NOMS DES AGENTS EXPOSÉS AU DANGER : l'ensemble des personnels soignants, médicaux et techniques

NOM DU REPRÉSENTANT DE L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE QUI A ÉTÉ ALERTÉ : Mr Marc Perego

DESCRIPTION DU DANGER GRAVE ET IMMINENT ENCOURU :

Début mars, les soignants de médecine ont été amenés à être en contact physique avec des patients suspectés d'être infectés par le coronavirus (covid+) avec pour seule protection un masque chirurgical.

En conséquences de quoi, la quasi totalité des soignants de médecine ont déclaré des symptômes de covid, ont été testés covid+ et mis en arrêt maladie.

Le 17 mars 2020, le secrétaire du CHSCT du Centre Hospitalier de Guebwiller a alerté M. Marc Perego des dangers infectieux auxquels sont exposés les soignants et les ASH, notamment au service de médecine.

En guise de réponse, le secrétaire du CHSCT a été informé que les soignantes auraient été infectées hors du travail, que les mesures de protection dont ont bénéficié les agents sont conformes aux recommandations des Hôpitaux Civils de Colmar et adaptées au profil du poste soignant en médecine.

Ainsi, la direction a répondu que le seul port du masque chirurgical et le respect d'une distance de un mètre entre le soignant et le patient suspect covid suffisait.

Cette assertion qui ne prend pas en compte le travail réel a encore été pourfendue par le secrétaire du CHSCT qui préconisa alors le 18 mars 2020 de mettre en place les dispositifs recommandés par la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) au 21 janvier 2020 en cas de soins auprès de patient suspect, possible ou avéré covid+, à savoir:

- port d'un masque FFP2
- port de gants à usage unique
- port d'une surblouse à usage unique
- couvre chef à usage unique
- lunettes de protection à décontaminer.

Il ajouta que si les masques FFP2 manquaient, il conviendrait de les réserver aux soignants les plus vulnérables.

Le secrétaire du CSHCT n'a pas eu de réponse mais le 20 mars 2020, le matériel préconisé ci-dessus a été confié aux personnels soignants et recommandé par note de service. Sauf les masques FFP2 qui ont été confisqués par un responsable du service économique!

Risque infectieux

À ce jour, le 27 mars 2020:

- les IDE et AS du service de médecine ne peuvent pas se protéger avec un masque FFP2. Selon les recommandations du 12 mars 2020 de la SF2H, ajustées dans un contexte national de rationalisation des masques FFP2, ceux-ci doivent être portés lorsqu'il y a risque d'aérosolisation du virus covid-19 au cours de certains gestes (prélèvement, ORL, aspiration...).

Or, les IDE et AS de médecine sont privés de FFP2 pour la réalisation de prélèvements ORL et en présence de patients covid+ avec nébuliseur qui de fait, aérosolise le covid dans toute la chambre, exposant alors aussi les personnels techniques.

Pas même les soignants les plus âgés ou les plus vulnérables au vu de leur état de santé ne peuvent bénéficier de FFP2 tandis que les personnels soignants des urgences ont pris en charge des patients covid+ de 45 ou 50 ans dans un état grave, transférés en service de réanimation.

-les blouses à usage unique (sic) doivent selon les cadres de santé être mises au lavage pour être réutilisées alors qu'aucune donnée scientifique ne garantit ni l'asepsie ni l'imperméabilité au covid-19 d'un tel procédé. Des agents portant ces blouses « lavées » pourraient être contaminés par le dispositif et deviendraient vecteurs de covid-19.

-des cadres de santé ont déclaré que la réserve de masques chirurgicaux de l'établissement serait épuisée le 28 mars 2020. C'est une information que le secrétaire du CHSCT ne peut confirmer puisque M. Marc Perego a refusé de lui transmettre l'état des stocks. Une telle situation laisserait le personnel sans protection face au risque d'infection par le covid-19.

-le directeur des soins et un cadre de santé ont recommandé à des IDE de ne pas utiliser de gants à usage unique au contact de patients covid-19 car seul « le lavage des mains suffit ». Ils ont précisé qu'il fallait de préférence ne pas utiliser de solution hydro-alcoolique (SHA) pour l'économiser. Si elles étaient suivies, de telles recommandations sans fondement scientifique engendreraient une contamination systématique et massive des soignants et des patients.

-le nombre de patients morts de covid-19 augmente chaque jour. L'espace de la chambre froide est d'ores et déjà saturé. En conséquences, pour temporiser la venue des services mortuaires, les corps restent en chambre de médecine plus de deux heures. La direction a proposé d'entreposer les corps en salle polyvalente qui ne pourrait évidemment pas être suffisamment réfrigérée. La décomposition de corps infectés trop nombreux et insuffisamment refroidis peut occasionner l'émergence de nouveaux risques infectieux dans un établissement en grande tension.

L'ensemble de ces faits met en lumière le péril imminent qui plane sur les personnels soignants et ASH.

Dangers et risques psychosociaux liés à l'organisation du travail

EPAHD les Érables:

Les représentants syndicaux CGT et du personnel au CSHCT mais aussi au Conseil Technique d'Établissement et au Conseil de Surveillance dénoncent depuis des mois le manque de personnel à l'EHPAD. Il a été maintes fois dénoncée la charge physique et psychologique qui pèse sur des soignants qui sont dans l'incapacité de réaliser leur travail dans le respect de leur éthique professionnelle. Les représentants du personnel ont décrit les situations de travail quotidiennes où le soignant doit, dans le soucis d'achever au plus vite l'ensemble des tâches qui lui incombent, manutentionner, laver et habiller le résident sans faire appel à ses ressources propres. Le temps que passe le soignant auprès de chaque résident est extrêmement réduit et ne permet pas l'évaluation quotidienne des fonctions motrices, cognitives ou respiratoires de certains résidents qui ne font plus rien par eux-mêmes.

À ce jour, les tests de positivité au covid-19 ne sont jamais effectués précocement sur les patients de médecine ou des urgences du CH Guebwiller.

Le diagnostic covid-19 repose sur la clinique:

- toux
- fièvre
- asthénie, AEG
- désaturation à l'O₂ en l'absence de signes cliniques évidents
- dyspnée d'effort puis de repos
- diarrhées
- vertiges, confusion, chute chez les personnes âgées...
- radio du thorax...

Beaucoup de ces éléments diagnostiques ne sont pas connus de tous les soignants et peuvent très largement passer inaperçu, d'autant plus chez des résidents qui ne seraient pas amenés à se mouvoir et ainsi révéler une dyspnée d'effort et chez qui la prise de température ou de saturation en oxygène n'est pas systématique.

En conséquence, une contagion massive des résidents peut être discrètement à l'oeuvre et se propager à l'ensemble du personnel soignant au contact physique sans surblouse lors des soins d'hygiène, d'habillage...

Service de médecine

En l'absence de sectorisation patients covid+ et patients covid-, les soignants doivent très fréquemment se changer, prennent du retard dans les soins, se hâtent et risquent ainsi plus de se contaminer. L'organisation de la sectorisation partielle (secteur 1 covid+ et secteurs 2 et 3 mixtes) a été menée par les cadres avec des changements de chambres des patients, souvent sans concertation ni information de l'IDE responsable de secteur. Ne sachant même pas quelles chambres occupent les patients, les IDE perdent du temps à identifier les patients, à vérifier les prescriptions, et ressentent une totale insécurité au travail.

La mise en quarantaine covid+ de l'ensemble du service de médecine ce jour, devrait réduire ces facteurs de stress. Mais des difficultés de communication entre médecins, cadres et IDE demeurent, entretenues par la duplicité du dossier de soins. En effet, des informations contenues dans le dossier papier et dans le dossier informatique ne sont pas recoupées ni consultées par tous les acteurs. Cette perte d'informations nuit à la qualité du travail qui s'avère dangereux pour le patient et pour le soignant qui « met en jeu son diplôme ».

L'organisation globale du service est très délabrée par des effectifs soignants débarqués du jour au lendemain en médecine sans que leur soit même fait parvenir une fiche de poste.

De plus, les soignants aguerris du service se disent harassés par la cadre remplaçante dont les directives sont à leurs yeux en décalage avec les impératifs de soins.

En conséquences, les commandes de matériels de soins et autres ne sont pas réalisées et sont à la (sur)charge des rares IDE originaires du service qui ne sont pas en congé maladie covid+ ou en congé annuel.

La mortalité des patients covid+ de plus de 70 ans se situant entre 20 et 40%, un service de médecine de 45 lits totalement dédié aux covid+, accueillant les patients oxygéno-dépendant

provenant des EHPAD et domiciles alentours, pourrait souffrir d'une dizaine de décès par jour dans les prochaines semaines.

À ce jour, les soignants accaparés par une multiplication discutable des examens complémentaires et aérosols administrés aux patients covid+, ne trouvent pas le temps d'accompagner la mort de patients isolés. Cela occasionne une totale perte de sens du travail des soignants.

Les soignants des services de médecine et des urgences présagent que l'activité du Centre Hospitalier de Guebwiller va dans les prochaines semaines s'orienter vers la prise en charge exclusive de patients âgés covid+ dont une part importante décèderont. En d'autres termes, ils s'attendent à travailler dans un « mouvoir » sans qu'aucune autorité ne les y ait préparés. Un besoin fort de préparation, d'organisation et de formation en soins palliatifs massifs demeure insatisfait. D'autant plus que personne ne sait accompagner la mort avec les familles en visioconférence, quand cela sera possible.

De nombreuses soignants de médecine covid+ asymptomatiques retenus à domicile et d'autres en congés annuels, savent la situation critique à l'hôpital et se sentent impuissante, inutiles.

Le désarroi règne au service de médecine.

Service des urgences

Les IDE de médecine retenues à domicile pourraient même culpabiliser, sachant leurs collègues de chirurgie, consultations...et urgences plongés dans le chaos d'un service que personne ne connaît.

En effet, de très nombreux IDE n'ont pas travaillé en service de médecine depuis 5, 10, 15 voir 20 ans et s'y retrouvent largués sans fiche de poste à consulter, sans avoir été « doublé », dans un service aux us et coutumes particuliers, où se côtoient un dossier de soin papier et un dossier informatique (dont les accès n'ont même pas été préalablement débloqués).

Les IDE sont très angoissés à l'idée de remplacer dans de telles conditions. Ils vivent leur poste d'une façon chaotique, terminent avec deux voir trois heures supplémentaires après de multiples vérifications et finissent souvent en pleurs avec un lourd sentiment de non-accomplissement.

Cette situation est aggravée par l'équipe encadrante qui « réquisitionne » les IDE de façon très culpabilisante et autoritaire :

- chantage à la solidarité avec les collègues;
- obligation stricte et non négociable de pourvoir le poste seulement quelques heures après avoir informé l'agent;
- minimisation ou négation de la souffrance vécue par les soignants qui doivent à nouveau remplacer;
- mensonges du cadre sur le poste à pourvoir (l'IDE accepte de prendre le poste AS de nuit et se retrouve sur place contraint d'assurer le poste IDE)...

D'autres facteurs aggravent encore les conséquences de ce management délétère:

- parmi les IDE les plus sollicités, nombreux sont contractuels depuis de longues années et manquaient déjà beaucoup de reconnaissance institutionnelle (ceci est valable pour tous les soignants de l'établissement qui pourtant remplacent les collègues malades, sans hésiter);
- depuis que certaines IDE des urgences ont porté plainte pour le harcèlement dont elles ont été victimes jusqu'en octobre 2019, des encadrants ne les saluent plus, les ignorent, les privent de responsabilités, voir les accablent de fausses intentions (refus de la mise en place de l'IOA...).
- des encadrants ont déclaré à des agents du service des urgences qu'ils ne devaient se plaindre de rien parce qu'ils « n'ont pas beaucoup de travail »

La violence du management qui contraint des soignants angoissés à travailler dans des conditions chaotiques est d'autant plus aberrante qu'ils remplacent souvent des soignants de médecine en congé annuels alors que le « plan blanc » est déclenché!

Par ailleurs, des collègues IDE d'autres services mais un peu plus expérimentés au service de médecine ont fait preuve d'abnégation en travaillent à cheval sur deux postes, jusqu'à douze

heure, plusieurs jours d'affilée. Si elles ont le sentiment d'accomplir un travail essentiel, elles ont une charge mentale et physique qui risquent fort de les conduire à l'épuisement.

Dans ces conditions de travail, de nombreux AS, IDE et médecins ont fait part de leur désir de quitter cette institution qui ne les respecte pas, à l'issue de cette crise sanitaire.

En outre, l'accueil des patients aux urgences est actuellement vecteur de stress.

Si un médecin a pris la bonne initiative de sectoriser (vers le 18 mars) le service en covid+/covid-, celle-ci est modifiée à chaque nouvelle garde médicale. Jour après jour, les IDE prennent leur poste sur un service dont la configuration change continuellement et où le covid-19 risque d'autant plus de disséminer.

Si l'activité dite « de bobologie » a diminué en journée, l'affluence de patients covid+ est majorée la nuit, par une probable exacerbation vespérale des symptômes.

Les deux IDE des urgences passent des nuits sans repos à accueillir des patients à 90% covid+ angoissés, dyspnéiques, en détresse respiratoire, parfois jeunes et au pronostic vital sombre.

La peur gagne les soignants qui craignent pour leurs vies et celles de leurs proches.

Les personnes âgées en désaturation sont nombreuses à passer la nuit en UHTCD dans l'attente d'une hospitalisation en médecine.

Au matin, l'IDE UHTCD a une charge de travail accrue avec de nombreux soins de nursing à effectuer seul tandis que son collègue gère les nouveaux cas. Les risques infectieux, de TMS et d'épuisement sont majorés.

Postes d'ASH

Les ASH de l'entretien général et de tous les autres services ont vu leur charge de travail largement augmenter par la nécessité d'un nettoyage intensif et plus fréquent des clenches de portes, des sols, des murs, des sièges...

En médecine ou aux urgences les changements intempestifs de chambres ou de salles de soins covid+ ou covid- accroît encore davantage leur charge de travail.

Les risques de TMS, de chute, de contamination au covid, d'épuisement physique et psychique face à des tâches infinies sont accrus.

Le risque infectieux est majoré pour eux qui sont moins informées (pas d'accès aux notes de services diffusées sur l'intranet), pressées par la charge de travail et moins reconnues comme allant au contact des patients, notamment lors de la distribution des repas.

À cela s'ajoute une absence de reconnaissance institutionnelle et sociétale de leur travail pourtant essentiel.

De nombreux ASH se disent d'ores et déjà abattus moralement et physiquement.

Radiologie

Le service de radiologie n'est pas épargné. Le matériel de protection individuel manque (surblouses à usage unique) tandis que le seul port du masque chirurgical est recommandé.

L'activité de consultations chirurgicales a perduré tardivement, maintenant une promiscuité en salle d'attente de radiologie, et une cadence intense de prises de clichés laissant peu de temps et donc d'efficacité au nettoyage du matériel alors potentiellement contaminant pour les patients et les manipulateurs radio.

Consultations externes

Les secrétaires des consultations externes sont à ce jour en arrêt maladie avec des symptômes évocateurs de covid. Tandis qu'aux caisses des supermarchés et des pharmacies les

agents sont protégés par des masques et une vitre en Plexiglas, la faiblesse des mesures de prévention a pu favoriser la contamination des agents au CH Guebwiller.
Par ailleurs, l'activité du service a-t-elle été restreinte aux strictes urgences?

Services technique, administratif, économiques et cuisine

je n'ai pas de retour à ce jour mais la charge de travail et les risques infectieux et d'épuisement sont très sûrement majorés par une quantité de déchets plus nombreux et plus contaminants, la gestion du stock d'oxygène, l'approvisionnement difficile en matériels de protection...

La recherche de résultats financiers a progressivement supplanté l'obligation de moyens qui prévalait jusqu'en 2007. Le management a raboté la masse salariale, ajustée à une organisation du travail à flux tendu. La grippe A H1N1 n'ayant pas fait les dégâts escomptés, les stocks de FFP2 et matériels de protection non renouvelés ont permis de réaliser des économies de bouts de chandelles.

Depuis plus d'une décennie, la direction du Centre Hospitalier de Guebwiller a choisi de précariser les agents qui étaient alors plus de 45% en CDI et CDD fin 2018 contre 21% au niveau national et 11% aux HCC.

La lecture des procès-verbaux de toutes les instances démontre la priorité de l'institution: la recherche de la performance financière aux dépens de la prévention primaire et de du bien-être au travail.

La déclaration de danger grave et imminent en date du premier octobre 2019, l'expertise en cours, la condescendance envers les représentants du personnel et l'attitude réfractaire de la direction à la prévention en la matière, ont démontré une clémence à l'égard d'auteurs de harcèlement moral, sinon une volonté de persévérer dans la voie de la maltraitance institutionnelle.

Tandis que l'organisation du travail favorise la perte de sens, la crainte de nuire et de perdre son travail, l'angoisse, la peur de mourir, la panique... le management par l'intimidation, les menaces, le chantage à la solidarité, les mensonges, l'ignorance, le harcèlement, met en péril la santé physique et morale des agents, quand les professionnels de santé ont besoin d'être écoutés, reconnus, suivis, préservés des dangers et du stress superflus et d'être partie prenante du processus d'organisation du travail en temps de crise.

Vu la dégradation de la situation sanitaire à venir, tant au niveau local que national.

Vu le risque infectieux grave en lien avec le manque ou la privation de matériel, vu les risques de TMS, vu l'étendue et l'intensité des risques psycho-sociaux auxquels sont soumis les agents et générés par la crise sanitaire, l'organisation du travail, le management et la non prise en compte des valeurs et attentes des salariés, j'estime que des risques graves pour leur santé physique et psychologiques sont à craindre, dans l'immédiat et en différé.

Je demande au chef d'établissement de prendre les mesures de protection fonctionnelle pour tous les personnels, à la hauteur des risques énumérés.

Le secrétaire du CHSCT,

Guillaume Raimondi

