



EHPAD

L'hôpital en commun

Fonction Publique Hospitalière



FÉDÉRATION SUD SANTÉ SOCIAUX

70 rue Philippe de Girard 75018 PARIS

Tél. : 01 40 33 85 00

contact@sudsantesociaux.org

www.sudsantesociaux.org

 @SudSanteSociaux

 @FedeSudSanteSociaux

 @SudSanteSociaux

 @sudsantesociaux

Couverture : © creation-utilite-publique.fr
photos : Courtney Hale, xiaoke chen, SDI Productions, Ridofranz © istockphoto.com
Dessins : Fañch

EHPAD - FPH

<i>PRÉAMBULE:</i>	2
<i>LA SITUATION EN EHPAD, USLD, UHR</i>	4
<u>L'EHPAD un produit de luxe ?</u>	4
<u>Trois sources principales de financement :</u>	5
<i>LES INSTANCES:</i>	6
<u>Une instance spécifique aux EHPAD: le CVS (conseil de la vie sociale)</u>	6
<u>Autres instances</u>	10
<i>PERSONNELS EN EHPAD/USLD/UHR</i>	12
<u>Fiches métiers</u>	12
<u>Nos difficultés au quotidien :</u>	13
<u>Questions fréquentes:</u>	18
<i>NOUS VOULONS</i>	22
<i>SUD SANTÉ SOCIAUX... QUI SOMMES NOUS ?</i>	26
<i>QUE VEUT DIRE SUD ?</i>	28

PRÉAMBULE:

Face au laminage des droits sociaux et démocratiques, à la flexibilité galopante, à la précarité grandissante des contrats de travail (CDD) à un salaire dérisoire non indexé sur le coût de la vie, aux conditions de travail insupportables, tout cela entraînant une fuite du personnel hospitalier, la mort programmée du service public est annoncée et nous devons nous préparer à sa privatisation, à la remise en cause du code du travail et des conventions collectives, à la marchandisation du soin.

EHPAD/USLD/UHR - OSONS DIRE NON !

Ces dernières années, la presse a relaté les luttes des salarié(e)s, mettant en lumière la situation dégradée des établissements prenant en charge les personnes âgées.

Les politiques d'austérité budgétaires successives ont transformé ces lieux de vie en mouoir pour les résident-es, et en lieux de souffrance pour les personnels qui y travaillent.

En raison de contraintes budgétaires imposées, de l'invisibilisation de nos métiers, de la loi Grand Âge repoussée depuis des années, nous subissons chaque jour :

- ✖ Les cadences de travail insupportables, diminution du personnel et augmentation de la charge de travail, fatigue physique et psychologique, comment bien prendre soin des autres quand nous sommes nous-même maltraité(e)s ?
- ✖ Les glissements de tâches sont standardisés, comment bien prendre soin des autres quand nous assumons des tâches supplémentaires que nous n'avons pas le droit d'accomplir, pour lesquelles nous ne sommes pas qualifié(e)s et rémunéré(e)s ?
- ✖ Des horaires particulièrement contraignants : 10/12 heures, un week-end sur deux, horaires en coupé, pause de nuit non rémunérée, rappel à domicile sur nos jours de repos, congés réduits où imposés.
- ✖ La précarité est utilisée comme moyen de pression (CDD à outrance, temps partiel imposé, contrat aidés, services civiques, avec des salaires faibles...), incitant les salarié(e)s à partir vers l'Intérim.

- ✖ La répression, le management par la peur, l'autoritarisme, qui engendre une maltraitance institutionnelle. C'est le résultat de la mise en place de procédures dites **dégradées** qui deviennent le quotidien !

Les familles n'osent que trop rarement se plaindre du fait de la difficulté à trouver une place pour leurs parents et par crainte de représailles sur leurs aîné(e)s.

Nous savons que les personnels, hésitent à lancer l'alerte par peur de représailles, de sanctions disciplinaires, de perdre leur emploi.

Face à tout cela, nous devons construire une défense syndicale, un outil capable d'opposer un réel rapport de force pour mieux se défendre collectivement et individuellement.

Cet outil, le Syndicat : doit être Solidaire, Unitaire, Démocratique.

Indépendant de tout pouvoir et respectueux des salarié-es,

SUD Santé Sociaux a pour but d'assurer la défense quotidienne des droits acquis et d'en conquérir de nouveaux. Le syndicat doit donc donner les moyens à chaque agent-e de connaître ses droits.

C'est la raison d'être de cette brochure, outil accessible à toutes et tous. Cependant, la réglementation évolue sans cesse et certaines dispositions décrites dans cette brochure peuvent être contredites par de futures réformes.

Dans le doute, n'hésitez pas à consulter les représentant-es SUD de votre établissement ou de votre département.

LA SITUATION EN EHPAD, USLD, UHR

L'EHPAD UN PRODUIT DE LUXE ?

Comment une personne dépendante ayant une pension de retraite moyenne qui s'élève à 1393 € net, peut-elle s'offrir une place en hébergement sachant que le tarif moyen en-EHPAD varie entre 1850 € et 3000 €

Une prise en charge complexe et coûteuse pour les familles. Les tarifs des établissements varient selon les départements, les villes...

Trois tarifs et prise en charge différents en fonction d'un contrat établi sur plusieurs années, c'est le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Ce dernier est fixé par l'ARS, le Conseil Départemental et l'établissement en fonction des grilles GIR et PATHOS des résidents, et d'un cahier des charges appliqué aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :

- ✗ Un tarif soins versé par la Sécurité Sociale,
- ✗ Un tarif dépendance versé selon une grille AGGIR graduée en fonction du niveau de dépendance (dans les EHPAD les personnes âgées se situent dans les groupes plus élevés 1 et 2) et dont le montant est arrêté par le Conseil départemental,
- ✗ Un tarif hébergement à la charge des personnes avec une aide possible du département (Aide Sociale Hébergement), CAF, des caisses de retraites complémentaires.

À noter que dans le coût d'hébergement la partie la plus lourde est celle relative aux coûts de l'immobilier. Le système de financement actuel consiste à faire payer le coût de la construction (hors subventions), aux résident-e-s des EHPAD

La différence qui existe entre le prix de facturation et les ressources des résident-e-s a pour conséquences qu'aujourd'hui de nombreuses familles sont confrontées à des coûts parfois insoutenables. Le reste à charge qui s'alourdit d'années en années représentant 1850 € par mois en moyenne pour les familles

**CETTE SOMME VA DU SIMPLE AU DOUBLE
D'UN DÉPARTEMENT À L'AUTRE.**

TROIS SOURCES PRINCIPALES DE FINANCEMENT :

- I. Le budget "soins"** intégralement à la charge de l'ARS sur des financements de l'Assurance maladie, est fléché principalement pour les professionnels de santé et les équipements médicaux ;
- II. Le budget "dépendance"**, financé majoritairement par les Départements et en partie par les résidents au travers de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), et qui concerne les prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes...) ;
- III. Le budget d'hébergement** (hôtellerie, restauration, animation, ASH...) est quant à lui à la charge du résident qui, en fonction de sa situation financière, peut percevoir une aide du département (aide sociale à l'hébergement). Le tarif hébergement est fixé par le Département pour les places habilitées à l'aide sociale. Il est librement fixé par les organismes gestionnaires commerciaux mais son évolution annuelle est encadrée réglementairement.

LES INSTANCES:

UNE INSTANCE SPÉCIFIQUE AUX EHPAD: LE CVS (CONSEIL DE LA VIE SOCIALE)

Le conseil de la vie sociale: cf décret n°2022-688 du 25 avril 2022 applicable au 1er janvier 2023.

Le CVS, conseil de la vie sociale, est indispensable dans le bon fonctionnement des EHPAD. En effet, il joue un rôle clé dans plusieurs décisions influant sur la vie collective de l'EHPAD. Il peut entre autres discuter des projets d'animation, de restauration, permettre aux familles de s'exprimer, poser des questions... Mais peu investi par les familles et manquant de représentants du personnel.

Le décret n° 2022-688 du 25 avril 2022 portant modification du conseil de la vie sociale (CVS) et autres formes de participation modifie et élargit la composition de cette instance. Par ailleurs, il prévoit sa consultation obligatoire sur de nouvelles questions intéressant le fonctionnement de la structure. Enfin, il instaure l'obligation d'élaborer un règlement intérieur. A noter que les dispositions du décret entreront en vigueur le 1er janvier 2023.

A l'avenir, ce sera au CVS de fixer la durée du mandat de ses membres dans son règlement intérieur, alors qu'actuellement ses membres sont élus « pour une durée d'un an au moins et de trois ans au plus, renouvelable » (art. D.311-8 du CSP). Il est par ailleurs précisé dans le décret que « le président du conseil de la vie sociale assure l'expression libre de tous les membres » (art. D.311-9 du CASF)

Composition actuelle du CVS	Future composition du CVS
<i>Art. D.311-5 du CASF</i>	
Le conseil de la vie sociale comprend au moins	
<ul style="list-style-type: none"> ✖ 2 représentants des personnes accueillies ou prises en charge ; ✖ S'il y a lieu, 1 représentant des familles ou des représentants légaux ; ✖ 1 représentant du personnel ; ✖ 1 représentant de l'organisme gestionnaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ✖ 2 représentants des personnes accompagnées ; ✖ 1 représentant des professionnels employés par l'établissement ou le service élu dans les conditions prévues à l'article D.311-13 ; ✖ 1 représentant de l'organisme gestionnaire. <p style="text-align: center;">Si la nature de l'établissement ou du service le justifie, il comprend également :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✖ 1 représentant de groupement des personnes accompagnées de la catégorie concernée d'établissements ou de services [...]; ✖ 1 représentant des familles ou des proches aidants des personnes accompagnées ; ✖ 1 représentant des représentants légaux des personnes accompagnées ; ✖ 1 représentant des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire ; ✖ 1 représentant des bénévoles accompagnant les personnes s'ils interviennent dans l'établissement ou le service ; ✖ Le médecin coordonnateur de l'établissement ; ✖ 1 représentant des membres de l'équipe médico-soignante.
<p>Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil.</p>	

Missions actuelles du CVS	Futures Missions du CVS
<i>Art. D.311-5 du CASF</i>	
<p data-bbox="109 209 543 363"><i>Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="109 405 510 464">✗ Sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, <li data-bbox="109 470 292 496">✗ Les activités, <li data-bbox="109 502 518 561">✗ L'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, <li data-bbox="109 568 421 627">✗ Les projets de travaux et d'équipements, <li data-bbox="109 633 493 692">✗ La nature et le prix des services rendus, <li data-bbox="109 699 518 724">✗ L'affectation des locaux collectifs, <li data-bbox="109 730 398 756">✗ L'entretien des locaux, <li data-bbox="109 762 518 821">✗ Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, <li data-bbox="109 828 527 1051">✗ L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. 	<p data-bbox="573 185 591 217"><i>l.</i></p> <p data-bbox="573 256 946 316"><i>Le conseil exerce les attributions suivantes :</i></p> <p data-bbox="573 355 991 510">1° Il donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="573 550 908 609">✗ Sur les droits et libertés des personnes accompagnées, <li data-bbox="573 616 1001 675">✗ Sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, <li data-bbox="573 681 743 707">✗ Les activités. <li data-bbox="573 713 972 804">✗ L'animation socio-culturelle et les prestations proposées par l'établissement ou services, <li data-bbox="573 810 874 869">✗ Les projets de travaux et d'équipements, <li data-bbox="573 876 946 935">✗ La nature et le prix des services rendus, <li data-bbox="573 941 972 967">✗ L'affectation des locaux collectifs, <li data-bbox="573 973 852 999">✗ L'entretien des locaux, <li data-bbox="573 1005 972 1064">✗ Les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, <li data-bbox="573 1070 1001 1262">✗ L'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge ; <p data-bbox="573 1302 1001 1457">2° Il est associé à l'élaboration ou à la révision du projet d'établissement ou du service, en particulier son volet portant sur la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance ;</p>

Missions actuelles du CVS	Futures Missions du CVS
	<p data-bbox="572 264 994 389">3° Il est entendu lors de la procédure d'évaluation, est informé des résultats et associé aux mesures correctrices à mettre en place ;</p> <p data-bbox="572 427 960 552">4° Il est consulté sur le plan d'organisation des transports des personnes adultes handicapées bénéficiant d'un accueil de jour [...].</p> <p data-bbox="572 598 594 630">II.</p> <p data-bbox="572 671 975 927"><i>Dans le cas où il est saisi de demandes d'information ou de réclamations concernant les dysfonctionnements [...], le président oriente les demandeurs vers les personnes qualifiées, le dispositif de médiation ou le délégué territorial du défenseur des droits.</i></p> <p data-bbox="572 970 602 1002">III.</p> <p data-bbox="572 1043 1003 1331"><i>Les établissements [...] réalisent chaque année une enquête de satisfaction sur la base de la méthodologie et des outils élaborés par la Haute Autorité de santé. Les résultats de ces enquêtes sont affichés dans l'espace d'accueil de ces établissements et sont examinés tous les ans par le conseil.</i></p>

Une nouvelle obligation est prévue par le décret : chaque année, le conseil de la vie sociale rédige un rapport d'activité que le président du conseil de la vie sociale présente à l'instance compétente de l'organisme gestionnaire de l'établissement (art. D.311-20 du CASF).

SUD Santé sociaux revendique un représentant de chaque corps de métiers qui compose la structure, il est important de pouvoir répondre aux questions posées par les familles lors de cette instance, de pouvoir proposer des solutions et de participer à l'intégralité des projets, et propositions du CVS, les agent-es sont les acteurs principaux de l'EHPAD, un représentant ne suffit pas.

AUTRES INSTANCES

POUR TOUTES LES AUTRES INSTANCES: ENTRÉE EN VIGUEUR EN JANVIER 2023

Le CTE comité technique d'établissement et le CHSCT comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail deviennent CSE comité social d'établissement composée d'une FSSSCT formation spécialisée en matière de santé de sécurité et de conditions de travail. Le CHSCT disparaît, pour SUD encore une décision du gouvernement gravissime. Le CHSCT est la seule instance où les représentant-es du personnel pouvait alerter et protéger les collègues,

Les CAP commission administrative :

- ✘ CAPL commission administrative paritaire locale
- ✘ CAPD commission administrative paritaire départementale.
- ✘ CCP

CONSULTER LA BROCHURE FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE (FPH) VOS DROITS

PERSONNELS EN EHPAD / USLD / UHR

FICHES MÉTIERS



Ce QR code renvoie sur la page référence des fiches métiers de l'ANFH :
<https://metiers.anfh.fr/tous-les-metiers>

Diplôme Aide-Soignant-e nouveau référentiel:

Un récent décret autorise les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture à réaliser certains actes de soin, à la demande d'une infirmière, c'est le *Décret no 2021-980 du 23 juillet 2021 relatif à la réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers et d'autres professionnels de santé*

Soins ajoutés par décret:

- ✗ Pose de bas de contention
- ✗ Application de crème et de pommade
- ✗ Pose de suppositoire (d'aide à l'élimination)
- ✗ Lavage oculaire et instillation de collyre
- ✗ Observation du patient en assistance respiratoire
- ✗ Montage et entretien du matériel d'aspiration endotrachéale sur orifice trachéal cicatrisé et non inflammatoire
- ✗ Pose et changement de masque pour l'aide à la respiration en situation stable chronique hormis tout dispositif d'insufflation ou d'exsufflation;
- ✗ Changement de lunette à oxygène courbe avec tubulure sans intervention sur le débitmètre
- ✗ Réalisation des prélèvements non stériles (selles, urines, crachats)
- ✗ Réalisation de test urinaire avec bandelettes
- ✗ Recueil aseptique d'urines à l'exclusion du recueil par sonde urinaire
- ✗ Soins d'hygiène aux patients porteurs d'entérostomies cicatrisées anciennes
- ✗ Renouvellement de poche et de support sur colostomie cicatrisée
- ✗ Surveillance de l'hémoglobine glyquée (glycémie capillaire) par captation capillaire brève ou lecture transdermique

- ✗ Lecture de l'intradermo-réaction pour le test tuberculinique
- ✗ Mesure et surveillance des paramètres staturaux pondéraux
- ✗ Mesure et surveillance du taux de bilirubine par lecture instantanée transcutanée

UNE AIDE-SOIGNANTE EST-ELLE AUTORISÉE À DISTRIBUER LES MÉDICAMENTS?

L'aide-soignant-e peut distribuer les médicaments sous la tutelle de l'infirmière, si et seulement s'ils sont préparés par les infirmières sous toutes leurs formes gouttes, comprimés, sachets... L'AS doit également avoir reçu des éléments d'information au préalable : à croquer, à écraser, à faire fondre. Ayez toujours à l'esprit que c'est votre responsabilité qui sera engagée s'il y a un problème. La vague de recrutement d'emplois non qualifiés ne doit pas faire oublier le respect des qualifications et le décret d'acte de compétence.

NOS DIFFICULTÉS AU QUOTIDIEN :

L'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD est près de deux fois supérieur à la moyenne nationale, toutes activités confondues :

- ✗ Les lombalgies et les Troubles Musculosquelettiques (TMS) sont la 1ère cause d'arrêt de travail et d'inaptitude des aides-soignantes.
- ✗ Les chutes de plain-pied et de hauteur constituent la deuxième cause des accidents de travail.
- ✗ Les personnels des EHPAD sont exposé-es au stress, mal-être et souffrance au travail.
- ✗ Les personnels sont confronté-es aux multiples pathologies (démences, fin de vie...) matériellement et psychologiquement difficiles à assumer, plus encore à effectif réduit. Les troubles du comportement voire psychiatriques sont de plus en plus courants du fait du vieillissement des populations accueillies et de l'arrivée de personnes handicapées vieillissantes en EHPAD.
- ✗ Des locaux non rénovés ou inadaptés à des populations de plus en plus âgées et présentant des multi pathologies, des matériels manquants ou obsolètes.
- ✗ Les personnels sont soumis à la réalisation de soins en série, de façon impersonnelle et inadaptée.
- ✗ Le manque de temps conduit à écourter l'échange avec le ou la résident(e) demandeur(se), ce qui génère frustration et culpabilité avec la crainte de

devenir et ou de se dire « maltraitant·e ». La part relationnelle est sacrifiée devant l'obligation et des multiplications des soins d'hygiène ou d'aide à l'alimentation.

Pour autant, les personnels n'ont pas ou peu accès aux formations dans ce domaine et les personnels qualifiés (psychologues, géronto-psychiatres...) font défaut. Faute de prise en charge adaptée, ces situations peuvent parfois générer de la violence, de la souffrance pour les résident.es, les membres du personnel et les familles.

L'impossibilité, au vu du manque de personnel, de travailler sur la relation à l'autre, sur l'écoute, sur la prise en compte des besoins et des souhaits de chacun(e) des résident(e)s.

En France, environ 1 agent "au pied du lit" pour 2 résidents, en Allemagne 1 agent pour 1 résident et en Suisse 1,5 agent par résident.

Cette insuffisance cruelle d'effectifs en France, a pour conséquence le non-respect des habitudes de vie des personnes âgées, des prises en charge inhumaines, voire des défauts de soins.

Les choix politiques de limitation des budgets octroyés à la santé en général ne cessent de dégrader les conditions de travail et d'accompagnement des résidents. Beaucoup de professionnels préfèrent quitter la profession.

Selon les dernières statistiques, dès 35 ans les soignants envisagent déjà une reconversion professionnelle. A défaut, la plupart se retrouvent en retraite pour invalidité dès l'âge de 57 ans.

- ✖ L'absence d'un réel projet d'établissement qui permettrait à chacun·e, de se situer dans une prise en charge collective des personnes âgées, satisfaisante.
- ✖ La pluridisciplinarité des équipes, intégrant, outre des soignant·e-s, des personnels socio-éducatifs, des animateur·trices, kinés, psychomotricien·ne, des travailleur·ses sociaux, des intervenant·e-s varié·e-s (coiffeurs, pédicures, esthéticiennes...) permet une prise en charge diversifiée et de qualité, intégrée dans le projet d'établissement, il est primordial de maintenir cette cohésion de travail.
- ✖ Le manque de personnel entraîne un glissement insidieux des tâches, qui a pour conséquences la dégradation du service rendu aux personnes âgées, la prise de risques quotidienne de soignants qui se retrouvent hors du cadre réglementaire régissant leur profession

- ✖ L'agent fait le travail de l'aide-soignante, qui fait le travail de l'infirmière, qui fait le travail du cadre de santé, qui fait celui de la direction.
- ✖ Un manque de reconnaissance, une invisibilisation des professions d'aide à la personne, **des métiers à 90 % exercés par des femmes** dans notre société soumise à la domination patriarcale. Prendre soin des personnes âgées est considéré comme une tâche naturelle des femmes qui ne leur demande que peu d'efforts, et donc ne nécessite pas de qualifications et de valorisation, tant salariale que sociale.

L'utilisation des stagiaires ne doit, en aucun cas, pallier les difficultés d'organisation.

Depuis plusieurs années, notre secteur est laissé à l'abandon, les établissements publics voient leurs dotations diminuer d'année en année, les ratios soignant-es/résident-es n'ont pas évolué, les salaires sont enjolivés par des primes et revalorisés en parcimonie.

SUD Santé Sociaux n'est pas dupe! La loi Grand Âge qui tarde à voir le jour doit être mise en place et revoir l'organisation de notre secteur, valoriser nos métiers et arrêter de culpabiliser les personnels des EHPAD:

Les ratios des personnels/résident-e doivent être revus à la hausse, une réelle augmentation des salaires indexée au coût de la vie, un grand plan de recrutement avec des personnels qualifiés, des formations diplômantes, la titularisation où le CDI des contractuelles, des cycles de travail adaptés(90% des personnels qui travaillent dans un EHPAD sont des femmes), la possibilité d'avoir un logement à proximité.

Temps de travail :

Pour les agents en discontinue, la journée de travail ne peut être supérieure à 10h30 Cette amplitude ne peut être fractionnée en plus de 2 séquences d'une durée minimum de 3h.

Le **temps d'habillage et de déshabillage** est compris dans le temps de travail lorsque le port d'une tenue de travail est obligatoire. Les temps de pauses sont également compris s'ils ne permettent pas à l'agent de quitter librement et systématiquement son lieu de travail.

Le décompte et la répartition du temps de travail peuvent être hebdomadaire, par quinzaine et par cycle de travail d'une à 12 semaines maximum.

La durée hebdomadaire moyenne ne peut être supérieure à 44h. Calculée sur l'année, l'horaire moyen est égal à 35h hebdomadaire.

Le travail supplémentaire est, avant tout, une remise en cause des 35h. C'est le moyen de ne pas embaucher, de ne pas remplacer !

Ces heures doivent être réglementairement majorées de 25% (pour les 14 premières heures) et 27% (pour les suivantes), mais peu de directions appliquent cette disposition et proposent en compensation des jours de repos non majorés en temps.

Que faire ?

Chaque heure supplémentaire sur le cycle devrait être récupérée dès le cycle suivant.

La discussion avec l'encadrement et l'équipe pour trouver une réponse ponctuelle satisfaisante est une des pistes à suivre.

Les heures supplémentaires:

Elles ont été plafonnées à 240 par an (20h par mois).

Pour les temps partiels, elles sont de 120 heures par an , **sauf temps partiels de droits pour lesquels elles sont interdites** (compensation CAF).

Sont considérées comme heures supplémentaires les heures effectuées, dès qu'il y a dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail.

Votre encadrement vous demande de faire une nuit supplémentaire, une journée supplémentaire, des heures supplémentaires.

Que faire ?

Vous pouvez dire **NON**.

Votre encadrement vous dit « restez, la récupération de votre temps n'est pas le sujet pour l'instant on verra cela plus tard »

Les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation. Décret n°2002-598 du 25 avril 2002.

Les personnels non titulaires sont également éligible aux indemnités horaires pour heures supplémentaires. Mais attention à ne pas oublier que les repos hebdomadaires sont obligatoires !!

**IL Y A QU'EN FAISANT BLOC
QUE LES SUPÉRIEURS HIÉRARCHIQUES NOUS ÉCOUTENT.**

**NE PAS OUBLIER QU'IL EXISTE DES RÈGLES
(35H PAR SEMAINE DE JOUR, 32H20 DE NUIT)
QUI SONT LÀ POUR PROTÉGER NOTRE SANTÉ !!**

Un problème de planning dans une équipe est un problème collectif.

Toujours avertir les représentant-es du personnel et les militant-es SUD sur la fréquence des sollicitations, de la façon dont on vous demande, pendant votre travail, pendant votre pause, appel à domicile, message laissé sur votre répondeur ou sur portable.

Votre encadrement doit vous donner la possibilité de récupérer immédiatement les heures, les journées ou nuits supplémentaires et vous informer de la possibilité d'une indemnisation financière.

Le plus souvent on vous sollicite sur le ton culpabilisant : « Vos collègues vont être dans la galère, pensez-vous aux patients, aux résidents ? Les difficultés existent déjà vous ne pouvez pas ajouter par votre refus, j'ai épuisé toutes les autres possibilités, vous êtes mon seul recours ! ».

N'oubliez pas qu'en cas d'erreur, on regardera votre planning à la recherche du surmenage ayant entraîné la faute !! Et à ce moment-là, l'encadrement ne plaidera pas en votre faveur !!

Certains hôpitaux mettent en place une plateforme de remplacement pour les agents volontaires avec une charte d'utilisation. On officialise une pratique illégale sous prétexte qu'elle se base sur le volontariat.

Droit au repos:

Les pauses Méridiennes:

Le temps de travail effectif est le temps où l'agent·e est à la disposition de l'employeur, y compris sur son temps de pause. Une pause obligatoire de 20 minutes est octroyée lorsque le travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives.

La durée de repos ininterrompue entre 2 journées de travail ne peut être inférieure à 12 heures, 11 heures dans le cadre d'un accord local. (Séguir de la Santé 2020)

Toute salarié·e bénéficie d'un repos hebdomadaire de 36 h consécutives. La durée légale des congés annuels est égale à 25 jours ouvrés.

Les salarié·es peuvent être rappelés·es uniquement en cas de plan blanc. Le rappel à domicile de salarié·es en repos de toute nature n'a aucun caractère légal et l'agent n'a aucune obligation d'y répondre. Seul le déclenchement du plan blanc oblige les personnels concerné·es (dont la liste a été présentée aux instances locales, notamment le Comité Technique d'Établissement) à interrompre leurs repos.

Le planning:

Il doit être connu et affiché 15 jours au moins avant son application. Toute modification doit être communiquée au minimum 48 heures avant. Les agent·es doivent être averti·es individuellement et verbalement de ces changements.

QUESTIONS FRÉQUENTES:

PEUT-ON M'IMPOSER DES PÉRIODES DE CONGÉS OU LEUR DURÉE ?

La durée des congés annuels est égale à 25 jours ouvrés (on ne décompte pas les repos hebdomadaires et les jours fériés) ou 2 jours par mois ou fraction de mois supérieure à 15 jours, pour les agents n'ayant pas exercé leur activité durant toute l'année civile. Les CA doivent être impérativement pris entre le 1er janvier et le 31 décembre de l'année, sauf autorisation exceptionnelle accordée par l'autorité

investie du pouvoir de nomination. La durée de l'absence pour congés annuels ne peut excéder 31 jours consécutifs. La période octroyée doit être validée par l'encadrement. Il est indispensable d'avoir une confirmation écrite afin d'éviter tout litige.

« L'autorité investie du pouvoir de nomination, permet à chaque agent de bénéficier de 3 semaines de congés annuels consécutives durant la période d'été (du 21 juin au 21 septembre), sauf contrainte impérative de fonctionnement du service ». Décret n°2002-8 du 04 janvier 2022 Article 2.

A QUOI SERT LA GRILLE AGGIR AUTONOMIE-GÉRONTOLOGIE-GROUPE ISO RESSOURCES "GIR" GROUPE ISO-RESSOURCES?

La grille AGGIR est un outil permettant d'évaluer le degré d'autonomie ou de perte d'autonomie des personnes, principalement des personnes âgées, qu'elles résident en institution ou à domicile, utilisée en France.

La grille d'évaluation va du GIR 1 au GIR 6:

Le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le plus faible

Ce GIR est important car il va déterminer si les résident-es peuvent ou non bénéficier de l'APA.

Le médecin coordonnateur se charge d'évaluer le GIR des résident-es.

A QUOI SERT LA GRILLE PATHOS ?

PATHOS est un outil élaboré pour évaluer les niveaux de soins nécessaires. Il évalue à partir des situations cliniques observées les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées, en établissement ou à domicile.

Le décret du 8 janvier 2013 et la circulaire d'application précisent de nouvelles modalités d'évaluation et de validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les EHPAD. Ils prévoient un couplage des procédures AGGIR et PATHOS et une redéfinition de la fréquence des évaluations.

La grille AGGIR décrit les composantes de la perte d'autonomie et mesure la charge de travail qui en résulte en termes de soins de base et relationnels. Le référentiel PATHOS permet d'évaluer les niveaux de soins requis pour la prise en charge des pathologies dans une population à un moment T donné.

Les coupes doivent être désormais conduites simultanément, sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement, lors de la conclusion ou du renouvellement du CPOM qui se substitue aux conventions tripartites pluriannuelles.

Ces évaluations font l'objet d'une procédure de validation organisée conjointement par le médecin de l'ARS et le médecin du conseil départemental, avant la conclusion du CPOM ainsi qu'au cours de la troisième année du même contrat. Ces évaluations doivent être validées au plus tard le 30 juin de l'année N-1 pour être prises en compte à l'année N.

Après analyse faite par le syndicat SUD Santé Sociaux sur la feuille de route EHPAD - USLD - DGCS - DGOS présenté par le Ministère des Solidarités et de la Santé - Nos constats sont effarants :

- ✖ Concernant le devenir des EHPAD, ils vont devoir prendre en charge la suite des USPC (Unités de soins prolongés complexes) mais aussi des personnes âgées toujours plus dépendantes.
- ✖ La fusion à plus ou moins long terme de l'aide à domicile et de l'institutionnel
- ✖ L'évolution des EHPAD vers des centres de ressources territoriaux GTSMS (groupement territoriaux sociaux et médico-sociaux)
- ✖ L'obligation de rattachement vers l'hôpital le plus proche des EHPAD publics autonomes.
- ✖ Préconisation de multiplication des PASA et d' UHR, mais avec quel ratio de personnel?
- ✖ Faire collaborer psychiatrie, gériatrie et neurologie pour la prise en charge des résident-es des EHPAD.
- ✖ Généraliser les astreintes IDE de nuit à l'ensemble des EHPAD.
- ✖ Dans les DROM-COM, seraient prévus la création de places supplémentaires et le développement de l'habitat inclusif qui ferait parti du plan de relance de l'investissement dans le cadre du Ségur et de France Relance (pilote par l'ANSSI Autorité Nationale en matière de sécurité et de défense des systèmes d'information, financé par l'Union Européenne suite à la pandémie Covid). La Martinique étant le département de France avec la population la plus vieillissante.

NOUS VOULONS

1 Une réponse collective, solidaire et publique :

La prise en charge de la perte d'autonomie par une gestion collective et démocratique au sein de la sécurité sociale avec un engagement de l'Etat.

Mise en place de moyens et effectifs qualifiés indispensables pour un accompagnement de qualité de la personne âgée de son domicile à l'EHPAD.

Le respect des engagements des conseils généraux et des ARS en matière de financement des structures.

Le maintien et le développement de structures publiques d'accueil des personnes âgées dépendantes accessibles à toutes et tous sans condition de ressource.

L'arrêt de l'externalisation de services et d'activités vers le privé lucratif.

L'arrêt du rachat des EHPAD publics par des structures privées.

La consultation des associations de personnes âgées, des organisations de salariés et de retraités dans les projets d'ouverture ou d'aménagement de structures.

2 Le respect des droits des salariés :

- ✗ Pas de salaire inférieur à 1700 euros net.
- ✗ Intégration de l'ensemble des primes aux salaires.
- ✗ Reconnaissance de la pénibilité des professions par une adaptation des postes et une réduction du temps de travail.
- ✗ Respect des statuts, reconnaissance des diplômes de chacun·e
- ✗ Application du ratio de 1 par personne hébergée en EHPAD de jour comme de nuit :
- ✗ Pour la fonction publique hospitalière, mise en stage dès l'obtention du diplôme sans période contractuelle.
- ✗ Titularisation et/ou contrat à durée déterminée de tous les contrats à durée déterminée
- ✗ Remplacement immédiat des absences par du personnel qualifié.

- ✖ Accès à des formations qualifiantes pour toutes et tous.
- ✖ Prévention des risques psycho-sociaux des professionnels,
- ✖ Accompagnement des salarié.es dans leurs démarches de promotion professionnelles.
- ✖ Respect des horaires de travail :
- ✖ Respect des plannings de base et refus des modifications de plannings décidées unilatéralement.
- ✖ Pas de journées « fractionnées », de rappels sur repos ou congés, d'alternance jour/nuit, d'heures supplémentaires.
- ✖ Consultation des instances pour tout changement d'organisation du travail (notamment CHS-CT).
- ✖ Adaptation des locaux et du matériel au besoin des résidents et aux conditions de travail du personnel.
- ✖ Reconnaissance des équipes mobiles gériatriques, équipes de soins palliatifs et HAD.

FACE À TOUTES CES DIFFICULTÉS, SE SYNDIQUER, C'EST SORTIR DE SON ISOLEMENT !

Le fonctionnement actuel tend à individualiser l'organisation du travail, à renvoyer chacun-e à sa propre responsabilité.

Les temps d'échange, de passage de consignes sont réduits voire supprimés. Le recours massif aux personnels intérimaires ou vacataires met à mal la notion d'équipe de travail. L'évaluation et la notation individuelle mettent les personnels en concurrence au sein d'une même équipe.

Face à cela, il faut du collectif, redonner une place à la parole de chacun-e.

La réponse à une situation de « burn-out » ne doit pas seulement être un arrêt de travail individuel mais bien une réflexion collective sur l'organisation du travail qui a pu conduire à une telle situation.

Se syndiquer, c'est sortir de l'isolement de son service et de la vision étroite.

C'est accéder à un espace collectif de proposition, de débat, de lutte, de solidarité pour un syndicalisme de transformation sociale.

Nous visons résolument à obtenir des avancées concrètes pour les salarié.es car nous sommes un syndicat revendicatif et prêt à défendre jusqu'au bout les revendications des travailleurs !

***ALORS TOI AUSSI AMÉLIORE
TES CONDITIONS DE TRAVAIL!***

***REJOINS-NOUS ! POUR FAIRE ENTENDRE NOS VOIX ET
PORTER NOS REVENDICATIONS !***

SUD SANTÉ SOCIAUX... QUI SOMMES NOUS ?

Des collègues confronté-es aux mêmes difficultés que vous dans nos métiers.

Certain-es viennent des syndicats traditionnels déçu-es par leurs pratiques, leurs orientations et la signature d'accords défavorables aux agent-es, d'autres non-syndiqué-es, venu-es au syndicalisme au travers des mobilisations, séduit-es par la combativité de notre organisation, sa volonté de construire un syndicalisme « **qui ne lâche rien** » !

Un syndicalisme indépendant de tous les pouvoirs, défendant jusqu'au bout les revendications et les droits individuels et collectifs des salarié-es.

La Fédération SUD Santé Sociaux a gagné sa représentativité en obtenant deux sièges au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, à l'issue des élections de 2007, confirmés par celles de 2011, 2014 et 2018. C'est l'instance qui nous permet de porter au niveau national les revendications des personnels sur le terrain.

Nous siégeons également au Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS) et à l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH).

La Fédération SUD Santé Sociaux est membre de l'Union Syndicale Solidaires, qui regroupe aujourd'hui une cinquantaine de syndicats de différents secteurs professionnels (SUD PTT, SUD Rail, SUD Chimie, SUD Culture, SUD Éducation, SUD Étudiant-e-s, SUD Industrie, Solidaires Finances Publiques, etc.) et plus de 80 unions départementales.

QUE VEUT DIRE SUD ?

S POUR SOLIDAIRES, car nous sommes solidaires des travailleurs et travailleuses et de leurs luttes, quel que soit le secteur et le pays. Nous refusons tout corporatisme, toute opposition d'une catégorie à une autre, des titulaires aux précaires, des personnels soignants aux personnels techniques, des fonctionnaires aux salarié·es du privé. Nous refusons toute discrimination entre les hommes et les femmes, entre les français-es et les immigré·es...

U POUR UNITAIRES, car nous pensons que l'unité des organisations syndicales et de tous les travailleurs et travailleuses est indispensable pour gagner sur nos revendications. La division fait le jeu des patrons, des directions et du gouvernement.

D POUR DÉMOCRATIQUES, car le fonctionnement du syndicat doit être transparent et qu'aucune négociation, aucun accord ne peut être ratifié sans les salarié·es et encore moins contre elles et eux.

Dans les luttes, nous défendons les formes d'organisation décidées par les salarié·es eux-mêmes (collectifs, comités de lutte, coordinations, comités de grève, etc.).

Ces structures permettent de se rassembler dans l'unité la plus large (syndiqué·es et non syndiqué·es), mais aussi de décider démocratiquement des actions à mener, afin que toutes et tous en lutte maîtrisent eux-mêmes leur mobilisation.

C'EST UN GAGE D'EFFICACITÉ.

FÉDÉRATION SUD SANTÉ SOCIAUX



BROCHURE VOS DROITS - FPH

SEPTEMBRE 2022