



## Mission Myriam El Khomri – Contribution de la Cndepah

Août 2019

- ✚ **La priorité aux effectifs** : les questions de QVT, d'organisations de travail, de formations, de parcours professionnels ne sauraient, sous peine d'inefficacité, se dispenser d'un préalable essentiel : celui de l'augmentation significative des effectifs en Ehpad.

Les ratios actuels, entamés par un absentéisme globalement en hausse, ont emmené un recentrage insatisfaisant du métier d'Aide-Soignant (AS) vers les soins de nursing.

Les AS déplorent une perte de sens, une course perpétuelle contre la montre, les privant de temps relationnel suffisant. Le métier d'AS est vécu comme potentielle source de frustration.

Toutes les études, dont celle notamment de la DRESS<sup>i</sup>, les enquêtes faites par les organisations syndicales, convergent et concluent à l'extrême précarité d'un modèle.

Ce modèle parvient à subsister notamment par l'engagement dévoué de personnels investis, dont une majorité est constitué de personnel ayant une ancienneté importante, mais qui s'essouffle à former en permanence du personnel plus récemment arrivé dans les Ehpad, dont le turn over est important.

La pénibilité tant sur le plan psychologique que physique du métier, l'impact fort sur la vie privée de plannings modulables constituent des conditions de travail de moins en moins acceptées.

Il y a sans aucun doute un effet générationnel, qui sans le juger, nous oblige à l'intégrer dans les questions organisationnelles.

Il ne faut par ailleurs pas négliger la lourdeur d'un travail, sur le plan physique, qui a, souvent abimé les soignants, pesant aussi, notamment sous la forme de congés de longue maladie (CLM) et congés de longue durée (CLD) dans les effectifs.

Par ailleurs, l'évolution forte du métier liée à l'évolution des populations accueillies constitue aussi une donnée majeure. L'accueil de personnes âgées atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentées renforce l'exigence professionnelle : les AS d'aujourd'hui doivent développer une capacité d'analyse, une communication non verbale, une finesse psychologique accrues.

Pour finir, nous constatons également que les AS sont souvent, par effet de ricochets, trop livrés à eux-mêmes : les infirmiers ne parviennent pas suffisamment, par manque de temps, à développer leur rôle d'encadrement intermédiaire, les cadres de santé ou infirmiers coordinateurs s'épuisent à la gestion de l'absentéisme, perdent le sens de leur travail et n'ont plus suffisamment le temps de développer leur mission d'encadrement de terrain.

**Préconisation de la Cndepah** : l'augmentation indispensable des effectifs doit s'accompagner d'une réforme architecturale des unités des Ehpad : ces unités ne doivent pas dépasser 20 lits, être sous la responsabilité d'un cadre intermédiaire de terrain.

Les petites unités, au personnel soignant stable et dédié, sous l'animation d'un cadre de terrain (de type Infirmier coordonnateur), constituent à la fois une réponse à la demande d'individualisation des usagers et de leurs familles, mais aussi concourent au sentiment d'appartenance du personnel, au renforcement de la solidarité professionnelle et donc à la limitation de l'absentéisme.

**Ratio nécessaire** : 1 AS pour 7 résidents le matin, soit globalement une augmentation de 42% par rapport aux effectifs actuels (1 pour 10 le matin)

**Les futures unités de 20 lits doivent être composées de 3 soignants, majoritairement aides-soignants, le matin et de 2 soignants l'après-midi, tous les jours de la semaine, week-end compris.**

Le ratio AS/ASHQ passerait alors de 0.365 (DREES) à 0.528.

Toutes choses étant égales par ailleurs, et donc en faisant le choix de n'augmenter aucune des autres catégories professionnelles en Ehpad, cette augmentation nécessaire des effectifs soignants permettrait d'atteindre un ratio global par Ehpad en moyenne de 0.8 comparativement à 0.63 actuellement.

C'est le taux préconisé par le Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge, présidé par Bertrand Fragonard.

Si l'on y ajoute un personnel d'encadrement intermédiaire par unité de 20 lits, de type IDEC (ou autre formation), le ratio global serait alors de 0.84.

**C'est la préconisation de la Cndepah.**

#### **Formation des AS :**

La formation Assistant de soins en gérontologie (ASG) amène incontestablement une amélioration constatée de la qualité d'accompagnement, dans tous ses aspects. Elle permet notamment d'adapter de manière sensible les pratiques professionnelles aux nouveaux profils de résidents accueillis, présentant très majoritairement des troubles cognitifs.

Cette plus-value est constatée à condition que le personnel formé le soit en proportion suffisante au sein de l'établissement. Un aide-soignant (AS) formé ASG, « isolé » au sein d'un Ehpad ne pourra seul permettre une transformation des mentalités, des cultures.

## **Préconisation de la Cndepah :**

Les 140 heures de formation ASG doivent constituer un module **obligatoire** complémentaire à la formation initiale pour tous les AS travaillant en gériatrie. Il n'est pas un préalable obligatoirement à l'entrée en établissement gériatrique, mais un attendu dans un délai relativement court (moins de 5 ans).

La prime ASG doit être généralisée, ET intégrée au traitement indiciaire, et sortir donc de la logique indemnitaire. Elle peut se faire sous la forme d'une nouvelle bonification indiciaire (NBI), ce qui aurait pour avantage de ne pas créer un corps AS différent et de ne pas générer de phénomène statutairement enfermant.

**Le double objectif d'amélioration de la qualification des AS et de la valorisation salariale est ainsi atteint, concourant à l'amélioration très significative de l'attractivité des métiers.**

### **Parcours :**

Une hypocrisie est soulignée : selon les statistiques de la DREES<sup>ii</sup>, il y a au sein des Ehpad presque autant de personnel AS que de personnel « agent des services hospitaliers (ASH), lesquels, par glissement indispensable de tâches, ont des missions souvent très proches de celles des AS.

Il faut par ailleurs rappeler que les ASHQ sont historiquement majoritairement pris en charge par le tarif hébergement et donc par les usagers et leurs familles.

D'une certaine manière, et sans que cette question ait jamais fait l'objet d'un véritable débat, les usagers se substituent à une sécurité sociale insuffisamment calibrée.

## **Préconisation de la Cndepah :**

### **1. Une GPMC à organiser, un vivier à valoriser**

L'augmentation significative des ratios AS en établissement, oblige à se poser la question de ces recrutements à venir.

Nous pensons qu'une partie importante de ces recrutements peut se faire par le biais d'une incitation organisée à la VAE des ASHQ qui ont cette capacité à monter en niveau. Qui auront, plus encore qu'avant, intérêt à le faire. Et qui connaissent, mieux que quiconque, l'environnement des Ehpad et l'exigence accrue de l'accompagnement.

Les Ehpad, plus encore qu'auparavant doivent organiser leur politique de ressources humaines, et accompagner de manière volontariste les cohortes d'ASHQ qui en ont les capacités.

C'est aussi une démarche citoyenne hautement estimable.

## 2. Des parcours à organiser

Si le module ASG devient obligatoire, il nous semble nécessaire d'enrichir le parcours professionnel des AS par la possibilité de valider des modules complémentaires facultatifs, permettant l'approfondissement des connaissances gériatriques. Nous pensons à la nutrition, la prévention des chutes, la contention, les soins bucco-dentaires, la fin de vie, la douleur, par exemple.

Ces modules complémentaires, outre le fait de dynamiser la profession par des perspectives organisées, pourraient emmener une valorisation indemnitaire, fût-elle limitée.

En l'espèce, les formations complémentaires envisagées, obéiraient à la même logique que la formation ASG : une formation définie, standardisée, et suffisamment longue pour permettre un réel acquis de compétences complémentaires.

### Prévention

Sans qu'aucune étude, en tous les cas connue par la Cndepah, ne démontre une prévalence particulière des CLM/CLD chez les aides-soignants, il est en revanche clairement établi que le métier soignant est fortement touché par les accidents du travail.

Les catégories AT et CLM/CLD renvoie à la pénibilité du travail, et, au-delà de notre strict intérêt de gestionnaires d'établissement, les directeurs ont aussi l'obligation éthique de mettre en place tous les moyens nécessaires à la prévention, afin de permettre que la retraite des soignants soit le moins possible impactée par le travail qui a été le leur.

#### **Préconisation de la Cndepah :**

En matière de prévention, et compte tenu des enjeux majeurs, il faut éviter le saupoudrage. Il faut éviter les actions isolées qui n'auront pour seule qualité que de permettre de se donner, pour tous, bonne conscience.

Il en va ainsi, d'une manière générale, de la Qualité de vie au travail (QVT).

Il faut en conséquence, réserver au sein des CPOM, une attention particulière, un développement particulier.

- A la fois en généralisant les audits qui doivent permettre d'identifier pour chaque établissement les criticités des risques, et donc de professionnaliser les documents uniques des établissements.
- En contractualisant ensuite l'organisation de la prévention, notamment en mettant en place une organisation mutualisée entre établissements (pas trop nombreux pour éviter le saupoudrage) visant à développer des actions de prévention. En mutualisant, soit en recrutement direct, soit en recours de prestations, un formateur/préventeur/ergonome du travail. Le temps dédié par établissement doit être suffisamment important pour être efficace. Une journée par semaine, par établissement, pourrait répondre à cet impératif d'efficacité.

- En contractualisant la généralisation des aides techniques, incluant leur maintenance et la formation à leur utilisation (lève-malades, verticalisateurs...)

Il serait en parallèle intéressant que l'Anap ou la HAS modélise l'utilisation et donc la quantification de ces aides.

- Enfin, en prenant en considération le fait que nombreux sont les AS en fin de carrière qui présentent des troubles musculo-squelettiques, ou des aptitudes physiques diminuées : la valorisation des compétences, savoirs, expériences doit pouvoir être organisée dans les établissements, ce qui n'est actuellement que marginalement possible compte tenu des ratios actuels

L'ensemble de ces points feront l'objet d'une contractualisation, d'un dialogue de gestion **ET de financements complémentaires** dans le cadre du forfait soins. Il faut ainsi rappeler que les modalités d'allocation financière, par le biais de l'équation tarifaire soins, ne reconnaît ni ne valorise les actions de prévention.

**Conclusion** : les soignants, les résidents et leurs familles, ainsi que les personnels de direction que nous sommes et que nous représentons attendent un engagement politique historique, à la hauteur des enjeux et des attentes.

Pour la Cndepah, Emmanuel SYS, président.

[contact.cndepah@gmail.com](mailto:contact.cndepah@gmail.com)

06 75 23 25 27

---

<sup>i</sup> Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, Drees, septembre 2016

<sup>ii</sup> L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, Drees, septembre 2017