

Les effectifs soignants en Ehpad : état des lieux et perspectives

Ce n'est que relativement récemment que la question des effectifs en Ehpad est devenue à la fois un sujet majeur mais aussi, par voie de conséquence d'ailleurs, un objet d'attention et d'études.

La Drees s'est penchée sur ce sujet et a publié quelques études permettant d'objectiver la question des effectifs. ¹

Les mouvements sociaux de 2017 et 2018 ont clairement mis sur le devant de la scène cette question au travers d'un prisme évident : celui d'un décalage devenu trop important entre les attentes des résidents et de leurs familles et des effectifs que peuvent effectivement proposer les Ehpad.

Si tous les récents rapports, ainsi que l'étude publiée par la Drees en septembre 2016, font état d'un personnel soignant très engagé et dévoué à cette noble fonction qu'est l'accompagnement de nos aînés, il est tout aussi évident aujourd'hui que leur épuisement professionnel appelle une réponse claire et volontariste.

Et cette réponse, la Cndepah a déjà eu l'occasion de l'écrire, passe avant tout par un recalibrage des effectifs et par la définition de ratios soignants cibles. ²

¹ Drees, L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, N° 877 • février 2014
Drees, L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre, septembre 2017

Drees, Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, septembre 2016

² Cndepah, contribution à la mission El-Khomri, août 2019

Bien évidemment, la qualité d'un établissement passe aussi par d'autres critères que les seuls effectifs.

Bien évidemment il faut développer et renforcer les formations des personnels, renforcer l'individualisation des accompagnements. Travailler encore et toujours, dans le cadre d'un projet d'établissement structuré, à développer des projets innovants, à adapter encore et toujours notre accueil des personnes âgées souffrant de maladie d'Alzheimer ou apparentée, constituant le profil majeur de notre public aujourd'hui.

Pour autant, croire que les ratios actuels permettent et permettront de répondre à minima aux enjeux et aux attentes, tant des usagers que du personnel, reviendrait à engager les Ehpad dans une impasse.

Il faut significativement revoir à la hausse les effectifs soignants : tout le monde s'accorde aujourd'hui à le reconnaître.

Il est désormais nécessaire de s'accorder à en définir le niveau.

Quelques éléments de contexte

Le Plan solidarité grand-âge présenté en 2006, a été souvent considéré, du point de vue des ratios en effectifs, comme le tournant historique au cours duquel la question a véritablement été traitée.

Comme chacun le sait, il n'a été que partiellement mis en œuvre. Ainsi, l'objectif affiché d'un ratio d'encadrement d'un agent par résident à l'horizon 2012 pour les personnes âgées les plus dépendantes (gir 1), n'a plus jamais été véritablement repris par les pouvoirs publics, sauf pour en souligner l'inaccessibilité financière.

Nombreux sont par ailleurs les rapports qui ont récemment fixés des cibles de ratios, sans pour autant complètement justifier ou étayer les chiffres présentés, qui par ailleurs, ne convergent que partiellement.³

³ +25% d'augmentation des effectifs (sur la totalité des effectifs) par rapport à 2015 (**Rapport Libault**)

Norme minimale d'encadrement en personnel « au chevet » (aides-soignants et infirmiers) de 0,6 (soit 60 ETP pour 100 résidents), dans un délai de quatre ans maximum, ce qui revient à doubler le taux d'encadrement actuel, **Rapport Fiat-Iborra**

+ 20% d'augmentation du taux d'encadrement des effectifs soignants (**Rapport El-Khomri**)

Un Etat des lieux des Ehpad publics

Dans sa grande enquête de 2015, la Drees a objectivé la cartographie des effectifs en Ehpad :

EHPAD publics

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement* pour 100 places
PERSONNEL DE DIRECTION	13 157	9 984,0	3,37
Directeur	2 201	1 729,7	0,58
Médecin-Directeur	21	12,8	0,00
Directeur adjoint, attaché de direction, économiste	1 026	742,2	0,25
Agent administratif et personnel de bureau (secrétaire standardiste, hôtesse d'accueil,...)	8 036	6 210,3	2,10
Autre personnel de direction	1 872	1 289,0	0,44
PERSONNEL DES SERVICES GÉNÉRAUX	28 487	24 015,7	8,11
Ouvrier Professionnel	10 858	9 363,4	3,16
Agent de service général (agent de buanderie, agent de cuisine...)	12 359	10 328,0	3,49
Autre personnel des services généraux	5 270	4 324,3	1,46
PERSONNEL D'ENCADREMENT	3 569	2 980,2	1,01
Cadre infirmier	3 285	2 754,0	0,93
Cadre infirmier psychiatrique	37	29,5	0,01
Cadre paramédical non infirmier	159	128,7	0,04
Cadre socio-éducatif ou autre cadre social	87	68,0	0,02
PERSONNEL EDUCATIF, PEDAGOGIQUE, SOCIAL ET D'ANIMATION	13 929	12 330,7	4,16
Éducateur spécialisé	67	51,6	0,02
Moniteur-éducateur	83	67,1	0,02
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gérontologie	4 926	4 615,8	1,56
Aide médico-psychologique assistant de soins en gérontologie	1 345	1 273,1	0,43
Assistant de service social	344	153,7	0,05
Conseiller en économie sociale familiale	64	49,1	0,02
Technicien de l'intervention sociale et familiale	6	5,4	0,00
Animateur social	3 377	2 860,6	0,97
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gérontologie	2 379	2 170,1	0,73
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gérontologie	479	444,2	0,15
Autre personnel éducatif, pédagogique et social	860	640,0	0,22
PERSONNEL MÉDICAL	3 653	1 564,3	0,53
Médecin coordonnateur	2 048	816,3	0,28
Médecin spécialiste en gériatrie	626	329,7	0,11
Médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelle	4	2,3	0,00
Médecin spécialiste en psychiatrie	22	5,1	0,00
Autre spécialiste	359	141,1	0,05
Médecin titulaire d'un autre diplôme (capacité, DIU...)	136	65,0	0,02
Médecin généraliste	458	204,8	0,07
PSYCHOLOGUE, PERSONNEL PARAMÉDICAL OU SOIGNANT	108 777	96 477	32,57
Psychologue	2 879	1 381,4	0,47
Infirmier diplômé d'État	21 788	19 244,0	6,50
Infirmier psychiatrique	33	20,9	0,01
Masseur-kinésithérapeute	611	333,8	0,11
Orthophoniste	36	6,4	0,00
Orthoptiste	4	3,1	0,00
Ergothérapeute	988	540,9	0,18
Pédicure-podologue	126	33,2	0,01
Psychomotricien, rééducateur en psychomotricité	458	265,3	0,09
Dietéticien	699	214,0	0,07
Aide-soignant non assistant de soins en gérontologie	68 343	62 888,0	21,23
Aide-soignant assistant de soins en gérontologie	10 310	9 691,2	3,27
Autre personnel paramédical ou soignant	2 504	1 854,3	0,63
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	60 076	53 891,0	18,19
Total répondants	231 648	201 242,5	67,94
Non renseigné	467	404,5	
ENSEMBLE	232 115	201 647,0	68,08

Si l'on veut réaliser un zoom sur les effectifs soignants, hors IDE, exerçant donc au chevet des résidents, il faut :

- extraire les catégories suivantes :

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement* pour 100 places
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gériologie	4 926	4 615,8	1,56
Aide médico-psychologique assistant de soins en gériologie	1 345	1 273,1	0,43
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériologie	2 379	2 170,1	0,73
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériologie	479	444,2	0,15
Aide-soignant non assistant de soins en gériologie	68 343	62 888,0	21,23
Aide-soignant assistant de soins en gériologie	10 310	9 691,2	3,27
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	60 076	53 891,0	18,19
Total	147 858	134 973,4	45,57

- Et procéder à des regroupements de catégories homogènes de fonction : en clair, en Ehpad, dans l'immense majorité des cas :

Les aides-soignants (AS), aides-médecos-psychologiques (AMP) ont des fonctions proches voire semblables.

Les auxiliaires de vie et les agents de service hospitaliers ont souvent des fonctions proches ; il reste, pour les ASH, que par glissement de tâches, une partie importante d'entre eux assure des fonctions d'AS/AMP, et pour les autres, sont sur des missions d'hôtellerie. Il n'est pas possible, dans ce tableau, de distinguer ces différentes fonctions.

Fonction principale exercée	Personnel en effectifs	Personnel en ETP	Taux d'encadrement* pour 100 places
Aide médico-psychologique non assistant de soins en gériologie	4 926	4 615,8	1,56
Aide médico-psychologique assistant de soins en gériologie	1 345	1 273,1	0,43
Aide-soignant non assistant de soins en gériologie	68 343	62 888,0	21,23
Aide-soignant assistant de soins en gériologie	10 310	9 691,2	3,27
sous-total	84 924	78 468,1	26,49
Auxiliaire de vie sociale non assistant de soins en gériologie	2 379	2 170,1	0,73
Auxiliaire de vie sociale assistant de soins en gériologie	479	444,2	0,15
AGENT DE SERVICE HOSPITALIER (PUBLIC) OU AGENT DE SERVICE (PRIVÉ)	60 076	53 891,0	18,19
sous-total	62 934	56 505,3	19,08
TOTAL	147 858	134 973,4	45,57

En Octobre 2019, la Cndepah a lancé une enquête auprès de tous ses membres, représentant un panel très diversifié d'Ehpad, sur tout le territoire de France.

Les caractéristiques et enseignements principaux :

Données populationnelles

Données population

nombre de lits				GMP				PMP			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
117	80	116	155	743	720	749	773	228	221	223	242

Données Ressources Humaines

Ratios AS/AMP et ASH/Aux

Ratios AS/AMP				Ratios ASH/Aux				Ratio total			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile	moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
0,29	0,23	0,26	0,31	0,20	0,16	0,19	0,23	0,48	0,41	0,47	0,52

Lecture du tableau : le ratio est le résultat de la division du nombre d'ETP par le nombre de lits. Aux= auxiliaires de vie

Pour mémoire, les ratios moyens établis par la Drees ci-dessous, sont en grande adéquation et viennent valider la méthode de l'enquête Cndepah :

DREES			DREES			DREES		
0,27			0,19			0,46		

proportion d'AS/AMP sur la totalité AS/AMP/AS/Aux			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
0,59	0,53	0,60	0,64

Lecture du tableau : En moyenne, 59% du total des effectifs AS/AMP/ASH/Aux sont des AS ou des AMP.

Éléments complémentaire d'information : seuls 1% des AS sont formés ASG.

Données Architecturales : la répartition par unités (en nombre de lits)

unités non fermées			
moyenne	1er quartile	quartile moyen	3ème quartile
32	22	26	38

La dispersion de la taille des unités est assez forte, traduisant d'une part des tailles d'établissements elles-mêmes assez dispersées mais aussi des organisations architecturales et organisationnelles variées.

En moyenne, les unités **non fermées** des Ehpad sont de 32 lits. La médiane est à 26 lits.

Les unités de type UVA, UVP, UHR n'obéissent pas à cette dispersion : elles sont configurées entre 12 et 14 lits, conformément aux cahiers des charges. Elles n'ont donc pas été incluses dans ce tableau.

Au-delà d'une vision trop statistique de nos Ehpad, il s'agit désormais de comprendre les organisations quotidiennes des établissements.

La Cndepah a donc cherché à objectiver les temps de présence soignants en journée (de 07 heures à 21 heures) et la nuit (de 21 heures à 07 heures), constituant le plus souvent peu ou prou les bornages horaires des soignants.

Les effectifs soignants effectivement constatés, **pour chaque jour**, dans les Ehpad sont les suivants :

Attention, seuls les AS/AMP/ASH/Aux accompagnant directement les résidents sont comptabilisés. Sont donc exclus ici les ASH/Aux qui assurent exclusivement des fonctions hôtelières dans le cadre d'équipes hôtelières dédiées. Sont également exclus les agents travaillant la nuit.

passage des effectifs présents chaque jour aux effectifs 365 jours

	présence chaque jour, en ETP		effectifs 365 jours, en ETP
nombre de lits	26	100	100
ratio AS/AMP	0,12		
nombre d'AS/AMP	3,13	12,03	20,72
ratio ASH/aux	0,06		
nombre d'ASH/Aux	1,55	5,95	10,25
total soignants	4,67	17,98	30,97

Lecture du tableau : **pour une unité de 26 lits** (correspondant à la médiane des unités des établissements), tous les jours, 4.67 soignants sont présents.

Cela correspond à une journée de travail de 7.25 heures par jour, ce qui est la situation la plus constatée dans nos établissements.

En clair, toujours pour une unité de 26 lits, taille médiane des unités des Ehpad, 4.67 agents se répartissent les 14 heures de travail entre 7h00 et 21h00.

Ce qui confirme ce que les établissements constatent tous les jours : 3 soignants le matin, 2 soignants l'après-midi pour une unité d'environ 30 lits. Un peu moins pour une unité inférieure....

Pour que cette présence soit systématiquement assurée, tous les jours de l'année, le tableau permet de traduire cette présence quotidienne en ETP annuels. En effet, il faut bien évidemment comptabiliser les repos hebdomadaires, les jours fériés et les congés annuels. **Ne sont donc pas compris les journées d'absentéisme.** Pour assurer la présence d'un aide-soignant tous les jours, il faut ainsi un peu plus d'1,7 ETP annuel.

Pour rappel, en moyenne, et selon les données de la Drees, (cf tableau page 4), les AS/AMP/ASH/Aux représentent 45.57 ETP pour un Ehpad de 100 lits.

Sur ces 45.57, au total, nous venons de voir que **30.97** sont directement dévolus aux fonctions soignantes, au chevet des résidents, la journée.

Il faut évidemment ajouter 5 ETP dédiés à l'équipe de nuit, permettant la présence de 2 agents chaque nuit⁴, chiffres habituellement constatés dans les Ehpad de cette taille.

La différence entre les 45.57 ETP et les 35.97 (30.97+5), soient **9.6 ETP**, correspond aux ASH/Aux occupant d'autres fonctions que l'accompagnement direct des résidents, telle que notamment l'hôtellerie. L'enquête de la Cndepah a en effet montré que la quasi-totalité des Ehpad avaient opté pour la création d'une équipe d'entretien dédiée.

Que permettent les effectifs actuels soignants en Ehpad ?

Bien sûr les soins de base attendus, l'accompagnement pour les actes essentiels de la vie courante, sont réalisés, incluant la toilette, le lever, l'aide au repas et le coucher, notamment pour les résidents ayant besoin d'accompagnement.

*La toilette est un temps important de la matinée : **mais les ratios en personnel actuels amènent à ce que chaque soignant accompagne environ 10 résidents.** Un temps long, donc, qui ne permet de terminer la prise en charge des résidents au titre de leur toilette (incluant le lever, la toilette à proprement parler, l'habillage et la réfection du lit) que vers 11H30. Et d'y consacrer environ une vingtaine de minutes pour chaque résident...*

Des douches et des bains sont proposés aux résidents. Dans la majeure partie des Ehpad, l'ambition est de proposer un bain ou une douche par semaine. Cet objectif ne peut pas être atteint à ce jour.

Les soignants assurent la prise en charge de l'incontinence des résidents, dont, selon les Ehpad 70 à 90% présentent une incontinence. Les effectifs moyens ne permettent pas de développer une véritable politique de mobilisation des capacités résiduelles des résidents, ni de prévention, pas plus que des actions régulières visant à chercher la rééducation des résidents incontinents.

L'aide au repas, pour les trois repas de la journée, et pour désormais un nombre croissant de résidents, est également une mission importante et chronophage.

Par délégation des infirmiers, les aides-soignants participent à la distribution des médicaments.

Les soignant accompagnent, et souvent de très belle manière, avec beaucoup d'humanité les résidents en fin de vie. La prise en compte de la douleur, de l'inconfort et le respect des volontés sont une réalité dans les Ehpad.

Les transmissions quotidiennes sont organisées, le plus souvent informatisées, permettant d'assurer la continuité des soins et de l'accompagnement. Elles sont faites 2 à 3 fois par jour selon les établissements.

Des projets de vie individualisés sont mis en place, sans qu'ils ne soient suffisamment préparés, approfondis ni mis à jour régulièrement. C'est pourtant, en théorie, la colonne vertébrale de toute prise en charge. ces temps importants tant qualitativement que quantitativement ne sont à ce jour pas valorisés.

Les soignants assurent également un lien fort et direct avec les familles, qui, bien que pas toujours très présentes, ont légitimement des attentes et des exigences accrues.

*Enfin, les soignants, en dépit d'un ratio faible, assurent également une partie des fonctions plus liées à l'hôtellerie : la distribution des repas, débarrassage des tables, vaisselle, gestion des déchets et gestion du linge **Ce qui vient diminuer encore le temps direct auprès des résidents. Ces temps ne sont pas précisément***

⁴ Le rapport entre le nombre de présent chaque nuit et le nombre d'ETP sur l'année est supérieur à 1.7 (rapport pour les agents de jour) en raison du temps de travail annuel minoré pour les agents de nuits, lié à la pénibilité.

comptabilisés et constituent une forme de glissement de tâches, au détriment du temps direct auprès des résidents.

*D'une manière générale, les soignants concentrent leur temps auprès des résidents les plus dépendants et/ou en fin de vie, mais ne parviennent pas à proposer une individualisation suffisante de la prise en charge, à respecter le rythme de vie des résidents, ni à mettre des actions de prévention à destination des résidents les plus autonomes. La course quotidienne contre le temps ne permet pas de dédier du temps relationnel de qualité et génère de la frustration mais aussi de l'épuisement par un travail encore trop taylorien. **Pour accomplir toutes ces missions, les ratios en personnel ne permettent de consacrer, en moyenne, que 43 minutes⁵ par résidents le matin. L'après-midi, incluant le début de soirée et donc le repas du soir et le coucher, ce sont 28 minutes dont bénéficie en moyenne chaque résident.***

Définition de la cible : un ratio revu à la hausse

Le constat désormais objectivé de la situation des effectifs des Ehpad aujourd'hui permet de mieux comprendre les raisons d'une saturation des personnels et des insatisfactions des usagers.

Il est indispensable de revoir significativement les effectifs à la hausse.

La Cndepah est consciente des enjeux financiers majeurs que cela emmène et a fait le choix, en conséquence, de proposer des cibles atteignables, reposant sur une analyse étayée.

Dans la suite de la note transmise par la Cndepah à la mission El-Khomri, la Cndepah identifie la cible suivante :

⁵ Les 3 soignants en moyenne par unité de 30 lits représentent 1305 minutes de travail. Divisé par le nombre de résidents, soit 30, cela représente 43.5 minutes par résident.

Les préconisations de la Cndepah : des unités de 20 lits, une présence de 3 soignants le matin et 2 soignants l'après-midi.

Que permettront les effectifs soignants de demain en Ehpad ?

*Grâce aux ratios améliorés, le temps soignant par jour le serait bien évidemment aussi : **on passerait de 43 minutes à 65 minutes par résident en moyenne en matinée et de 28 minutes l'après-midi à 43 minutes.***

C'est évidemment mieux et cela permettrait d'améliorer l'aide aux repas, de rendre au temps du repas toute son importance, d'atteindre l'objectif d'un bain ou d'une douche par semaine, de mieux respecter le rythme individuel des résidents, de développer un temps relationnel plus satisfaisant, incluant des temps d'animation thérapeutique.

*A titre d'exemple, il serait ainsi possible de consacrer une trentaine de minutes le matin à la toilette des résidents, et de finir vers 10H50. **Chaque soignant prendrait en charge environ 7 résidents et non plus 10.***

Cela permettrait par voie de conséquence de développer les suivis nutritionnels, d'hydratation, d'améliorer le suivi bucco-dentaire des résidents, trop souvent délaissés.

Cela permettrait aussi de renforcer les temps de prévention à destination des résidents les plus autonomes qui n'en bénéficient presque pas à ce jour.

Cela permettrait de renforcer significativement les temps de stimulations des capacités restantes des résidents et de moins faire « à leur place », faute de temps.

Cela permettrait de proposer à la fois une présence plus humaine, plus réconfortante et rassurante, mais aussi plus professionnalisée. Le soignant serait plus disponible et moins stressé.

Dans ce schéma de service, on inverse une tendance : dans une logique plus domiciliaire, c'est le soignant qui doit s'adapter aux résidents et non le contraire.

Cela permettrait aussi de reconnaître et renforcer les temps de transmissions, les temps dédiés aux projets de vie, les temps relationnels avec les familles...

Pour autant, l'atteinte de ces nouveaux ratios, déclinés en temps de présence quotidienne n'est pas la panacée mais bien un minima en deçà duquel il ne serait ni raisonnable, ni digne de tomber. On le comprend aisément, 65 minutes de présence en moyenne, ne permet pas de tout faire de manière optimale. Mais ce serait néanmoins une avancée évidente. Cette avancée serait d'autant plus constatée, si, par ailleurs, les soignants pouvaient encore davantage se libérer des tâches hôtelières et centrer leur travail sur leur cœur de métier.

Nous pensons que la redéfinition de la taille des unités permettra de proposer un accompagnement plus individualisé, plus confortable, plus humain, plus respectueux. Bien évidemment, nous ne méconnaissons pas la réalité architecturale d'aujourd'hui. **Les ratios en personnel soignant sont bien sûr à calculer au prorata des unités existantes.**

Mais la Cndepah appelle, outre la redéfinition des ratios, à ce que les rénovations, reconstructions ou constructions des Ehpad de demain intègrent cette approche architecturale, qui sera de plus permise par la définition de ces nouveaux ratios.

Au fond, l'architecture et la définition de la taille des unités constatées aujourd'hui sont à la mesure de ce que les directions sont en capacités de les configurer en termes d'effectifs.

Les deux aspects, architecture et ratios, sont de fait intimement liés.

Conséquences : le ratio cible et ses impacts financiers

Pour permettre la présence, au quotidien, de 5 agents en journée (3 le matin, 2 l'après-midi), il est nécessaire de disposer de 8.61 ETP annuels.

Pour un établissement de 100 lits, constitués de 5 unités de 20 lits, 25 agents soignants sont attendus tous les jours, représentant 43.06 ETP annuels.

Si nous ajoutons les 5 ETP de nuit ainsi que les 9.6 ETP d'ASH/Aux non soignants, la somme globale des effectifs AS/AMP/ASH/Aux est ainsi de 57.6 ETP.

C'est donc, pour un Ehpad de 100 lits, une augmentation de 12.1 ETP qui est nécessaire pour atteindre la cible.⁶

La Cndepah défend bien naturellement la nécessité de poursuivre la qualification des personnels des Ehpad et demande à ce que la totalité de ces créations de postes soit constituée d'aides-soignants.⁷

Il faut par ailleurs bien comprendre qu'en l'espèce, seule la catégorie aide-soignante/AMP fait l'objet ici d'un rebasage, les ratios des autres catégories n'étant pas modifiés.

⁶ Ce qui représente une augmentation de 26% des personnels totaux AS/AMP/ASH/Aux

⁷ Voir la note transmise à la mission El-Khomri donnant des pistes pour augmenter le vivier AS

Les établissements publics représentant environ 300 000 places (soient, de manière virtuelle, 3000 Ehpad de 100 lits), le besoin de création de postes est de 36 165 ETP.

Valorisé à 40 000€, coût moyen constaté dans les établissements pour les agents dans la première moitié de carrière, cela représente un coût total de 1.446 Milliards d’euro annuels pour atteindre la cible.

Les ratios de personnel, selon la Drees et pour les Ehpad publics étaient les suivants :

Ehpad publics actuels		
	100	ratio
direction, administration	3,37	0,03
services généraux	8,11	0,08
encadrement	1,01	0,01
éducatif, animation	1,29	0,01
médical	0,53	0,01
psychologue	0,47	0,00
Autres soignants	1,09	0,01
ide	6,51	0,07
as/ash	45,56	0,46
total	67,94	0,68

A l’atteinte de la cible, ils seront :

Ehpad publics projection		
	100	ratio
direction, administration	3,37	0,03
services généraux	8,11	0,08
encadrement	1,01	0,01
éducatif, animation	1,29	0,01
médical	0,53	0,01
psychologue	0,47	0,00
Autres soignants	1,09	0,01
ide	6,51	0,07
as/ash	57,6	0,58
total	80,00	0,80

Renforcer l'encadrement intermédiaire

La Cndepah souligne pour, finir, la grande nécessité de renforcer l'encadrement intermédiaire. Les AS/AMP ainsi que les ASH faisant fonction sont insuffisamment accompagnées et encadrées. **Afin d'améliorer la dynamique, la qualité des projets, et la qualité managériale, il est indispensable de créer un poste d'encadrement intermédiaire par unité.**

Le statut, adaptable bien évidemment, pourrait être celui d'un infirmier expérimenté en gériatrie.

Les ratios en personnel seraient in fine les suivants :

avec 5 cadres intermédiaires sup		
	100	ratio
direction, administration	3,37	0,03
services généraux	8,11	0,08
encadrement	6,01	0,06
éducatif, animation	1,29	0,01
médical	0,53	0,01
psychologue	0,47	0,00
Autres soignants	1,09	0,01
ide	6,51	0,07
as/ash	57,6	0,58
total	85,00	0,85

C'est donc, pour un Ehpah de 100 lits, une augmentation totale de 17.1 ETP (12.1 AS et 5 postes d'encadrement intermédiaire) qui est nécessaire pour atteindre la cible

Conclusion :

La Cndepah a souhaité apporter une contribution significative dans le grand débat des effectifs. Et a souhaité établir un lien argumenté entre la vision « micro » de chaque établissement, celle qui reflète la réalité de nos accompagnements et leurs limites, et la vision macro, conséquence de la première.

Les ratios d'effectifs soignants ne constituent pas un dogme ni une fin en soi : ils traduisent très concrètement ce que tous les Ehpad vivent au quotidien.

C'est en partant de cette réalité qu'il nous fallait incarner la notion de ratio. Et lui donner donc un véritable contenu.

Compte-tenu des enjeux financiers majeurs que cette augmentation des effectifs emmène, la Cndepah appelle à ce que les arbitrages soient rapidement faits, dans le cadre de la future loi autonomie.

Le levier financier doit être suffisamment puissant pour le garantir : la Cndepah demande à ce que la manne libérée par l'extinction de la CRDS soit clairement mobilisée.

La Cndepah demande que l'atteinte de la cible soit effective, au plus tard, pour 2024.

La Cndepah précise que ces ratios cibles ne sont valables qu'à population accueillie constante. Il va bien évidemment de soi qu'une augmentation de la dépendance ou des besoins en soins mesurés par l'outil pathos emmèneraient la nécessité de revoir d'autant plus à la hausse les ratios en personnel soignant.