



EXPRESSION CGT

Audition au Sénat - 15 février 2018

MISSION « FLASH » RELATIVE AUX EHPAD

En préambule, nous souhaitons vous rappeler quelques chiffres : 6 900 EHPAD en France dont 44% relèvent du secteur public, 29% du privé non lucratif et 27% du privé lucratif accueillent 693 000 résidents qui présentent des dépendances physiques et psychiques et pour certains des poly-pathologies. 573 000 en EHPAD et 102 000 en foyer logement, dont 22% d'entre eux sont touchés par la maladie Alzheimer ou apparentée. La moyenne d'âge moyen en EHPAD est de 85 ans. Entre 2007 et 2010, plus de la moitié des lits USLD ont été transformés en place d' EHPAD. Ce qui réduit la possibilité de prise en charge à la hauteur des besoins des pathologies des résidents. Selon la CNSA, les effectifs sur l'ensemble des EHPAD se répartissent de la façon suivante : 43 % sont AS, AMP, Agent de soins en gérontologie, 30 % Agent de Service Hospitalier/Hôtelier, 10 % IDE, 1% médecin, et personnels administratifs et techniques sont entre 5 et 7 %.

1. Pourriez-vous nous livrer un commentaire rapide du décalage des montants de l'objectif global de dépenses (OGD) consacrés à la rémunération du personnel présentés en projet de loi de financement de la Sécurité Sociale, puis en circulaire budgétaire ?

Le décalage des rémunérations des salariés en EHPAD n'est pas lié uniquement au financement de la Sécurité Sociale, même si nous pouvons relever des incohérences sur le mode de rémunération du personnel.

Selon la CSNA, dans les EHPAD, 30 % des salariés sont ASH dont la majorité font fonction d'aide-soignant.e. Nous remarquons donc un glissement de tâche vers des professionnels dont les compétences attendues par les établissements sont rémunérées sur un niveau de salaire inférieur en imposant une activité professionnelle en dehors de leur champ de compétences.

Ce qui pose question sur le mode de financement de salaires des ASH sur des fonctions AS.

La budgétisation réglementaire de ces emplois est 70 % sur le tarif hébergement et 30 % sur le tarif dépendance.

Pour rappel : la tarification du secteur médico-social relatif au décret du 28 décembre 2015 qui détermine les effectifs de ces établissements correspond à trois bases tarifaires :

- Le tarif soins : le budget de la Sécurité Sociale correspond à la rémunération : des Médecins coordonnateur et des infirmières à 100% et les AS et AMP à 70 %.
- Le tarif dépendance : budget du conseil départemental (APA) correspond à la rémunération 30% AS et 70% ASH (ce qui explique les glissements de tâches...)
- Le tarif d'hébergement : à la charge du résident et famille correspond à la rémunération des ASH et des fonctions supports.

On voit bien que l'insuffisance respective des parts de financement de la Sécurité Sociale et du Conseil Départemental conduit les EHPAD à prioriser les embauches d'ASH dont 30% du salaire reposent sur les résidents.

La ministre nous dit : « *Ce qui pose problème, les toilettes, c'est la partie dépendance. Cette partie-là, ce n'est pas l'État qui la finance aujourd'hui* ». Mais d'où proviennent les financements des EHPAD, si ce n'est d'une part du budget de la Sécurité Sociale, qui finance les soins et dont la loi de financement annuel est déterminée par le Parlement et d'autre part, de la loi de finances qui établit les enveloppes budgétaires pour les collectivités territoriales, comme le Conseil Départemental qui finance la dépendance, loi qui est également adoptée par le Parlement chaque année ! Or la loi de programmation des finances publiques de 2018 à 2022 a été votée par les députés de La République En Marche avec une perspective de réduction des déficits publics qui se traduira concrètement par la réduction des moyens alloués aux collectivités territoriales, et s'est déjà traduit, notamment, par la suppression de milliers d'emplois en contrats aidés mettant en grandes difficultés la continuité et la qualité des soins dans les EHPAD.

Enfin, la responsabilité de l'Etat et du gouvernement sur la tarification, issue du décret du 21 décembre 2015 (loi d'adaptation au vieillissement) va impacter les budgets des établissements publics de près de 200 millions d'euros (10 à 30 % de baisse selon les établissements) ! C'est insupportable pour les établissements, les professionnels de santé, les résidents et les familles qui

doivent faire directement les frais de ces restrictions budgétaires. Et pendant ce temps, les établissements privés lucratifs engrangent des dividendes obtenus par de l'argent public et bénéficient d'abattements de cotisations et de suppression de la taxe sur les salaires et de récupération de la TVA qui ne sont pas autorisés dans les établissements publics !

Ces restrictions budgétaires ne permettent pas au ratio d'1 salarié pour un résident prévu par le plan de solidarité du grand âge 2006 de se mettre en place. Actuellement, c'est 0.60 salarié pour un résident. Alors que la CGT revendique un soignant par résident !

Dans le projet de loi du financement de la Sécurité Sociale 2018, 100 millions d'euros sont consacrés pour améliorer le taux d'encadrement, la qualité de l'accompagnement et les conditions de travail qui revient à 160 euros par résident /an, 50 millions d'euros supplémentaires pour les EHPAD représente environ 80 euros par résident/an qui sont nettement insuffisants aux attentes d'une prise en charge digne de nos aînés. Que penser de mettre sur la table 10 millions d'euros pour des postes infirmiers de nuit qui vont naviguer dans de vastes territoires pour assurer des astreintes dans un nombre très grand d'établissements et 28 millions pour les EHPAD en difficulté ?

Au total, 188 millions d'euros ne suffisent pas à atteindre les 100 000 emplois indispensables pour répondre en urgence à des besoins en effectifs suffisants. Le gouvernement a ponctionné sur le budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 100 millions et sous le gouvernement de VALLS pour résorber le « trou » de la Sécurité Sociale, 50 millions pour alimenter le RSA.

2. Pourriez-vous distinguer les types de difficultés rencontrées selon qu'il s'agit du médecin, de l'infirmier ou de l'aide-soignant ? Quel regard portez-vous sur la fonction et l'utilité du « médecin coordonnateur » ?

L'ensemble des professionnels est en grande difficulté sur la prise en charge des personnes âgées et est soumis à une grande précarité. Le travail prescrit et les moyens mis à disposition ne sont pas en adéquation et ne permettent pas aux salariés de réaliser pleinement leurs missions. Le taux d'encadrement est un élément déterminant, pour ne pas dire majeur, dans la qualité de la prise en charge des patients. Actuellement, il est d'environ 0.60 salarié pour un résident. D'autre part, le manque d'effectif récurrent, la surcharge de travail, la précarisation des emplois, des bas salaires, les difficultés de recrutement de personnels qualifiés, l'augmentation des AT (3 fois plus que la moyenne nationale), la souffrance au travail, les TMS, les maladies cardiovasculaires

impactent l'augmentation du taux d'absentéisme (cf. Enquête RPS CGT chez les professionnels des EHPAD. De plus, la CNAM a fait un état des lieux des AT et AM dans ce secteur.). Sur le terrain les professionnels se voient attribuer des fiches de postes similaires malgré des diplômes et des formations différentes. Si la profession AS ou AMP est réglementée, il en est tout autrement pour les agents des services hospitaliers (ASH). Leurs missions sont généralement l'hygiène des locaux, l'hôtellerie, le linge... mais le manque récurrent de soignants conduit à des glissements de tâche vers des fonctions d'AS. Ces agents sont amenés à distribuer et administrer des médicaments sans en connaître les posologies, les indications et les effets indésirables et donc non compréhension des prescriptions médicales surtout lorsqu'il y a des génériques. Sans parler du caractère totalement illégal de ce type de pratiques et les dangers évidents pour les résidents.

- ASH doit être imputé pour 70 % sur la section d'hébergement et 30 % sur la section dépendance.
 - AS, 30 % pour la section dépendance et 70 % sur la sections soins.
- Tout est dit.

Les soignants subissent au quotidien des agressions verbales et/ou physiques de la part des résidents et même des familles. L'organisation du temps de travail (horaires décalés, amplitude d'horaires de 12 heures avec des grandes pauses, l'absence de salle de repos ou des salles de repos peu inadaptées, des plannings qui ne respectent pas la réglementation).

Le médecin coordonnateur : Force est de constater qu'un tiers des EHPAD n'ont pas de médecin coordonnateur. D'autre part, le ratio médecin de 0.65TP pour 90 résidents n'est pas respecté dans la totalité des EHPAD.

L'absence de suivi médical des patients a des conséquences néfastes en matière de prise en charge médicale. L'absence de suivi par un médecin coordonnateur ne permet pas un suivi régulier et surtout oblige à l'intervention des médecins extérieurs à ces établissements qui ne connaissent pas les résidents. C'est une charge supplémentaire que les personnels ont à gérer.

L'infirmière hérite de grandes responsabilités quant à la prise en charge d'un nombre trop important de résidents (dans certains EHPAD, une IDE pour 80 à 100 patients et souvent pas du tout la nuit). En aucun cas cela ne lui permet d'effectuer pleinement ses missions. En plus de leurs missions de soins et de gestion des résidents, ces professionnels sont amenés à réaliser des fonctions d'encadrement auprès des équipes pluridisciplinaires (aide-soignante, AMP, ASH, AVS). Ils ont également des tâches de gestion administratives,

techniques, de préparations thérapeutiques. L'absence d'infirmier de nuit, ne permet pas la sécurité des soins et souvent l'administration des traitements (somnifères et anxiolytiques nécessitent une surveillance des effets attendus, ex : lorsqu'un résident fait une chute car il prend son somnifère le soir à 20 heures). L'ASH ne mesure pas la gestion des traitements afin d'évaluer s'il nécessite la prise de son traitement car le résident déambule parfois la nuit, nécessitant une évaluation sur la prise des traitements.

Aide-soignante ou AMP ont un rôle sur la prise en charge globale des résidents : les soins d'hygiène et de confort (toilette, change, douche, habillage, installation, repas, aides au repas,) l'administration des médicaments souvent sans la présence d'une infirmière, les soins relationnels et la relation avec la famille. Elles ont en charge un nombre important de 12 à 15 résidents (effectif dit normal). Lorsqu'il y a des absences inopinées ou connues, on leur rajoute plus de résidents sans les remplacer.

Les agents de soins n'ont pas bénéficié de formation spécifique à la prise en charge de la personne âgée malgré des spécificités évidentes.

Ces différentes situations amènent à des dépassement de tâche et une responsabilité différée sur d'autres personnels.

3. Estimez-vous que les difficultés rencontrées actuellement par les EHPAD tiennent davantage à la rémunération ou aux conditions de travail ?

La CGT n'oppose pas salaire et emploi, les EHPAD (comme toutes les entreprises en général) ont besoin des deux. Les difficultés rencontrées (non pas seulement actuellement mais depuis longtemps) par les EHPAD tiennent à la fois au manque d'effectifs et aux bas salaires. Des salariés dans le privé sont obligés d'aller faire des vacances dans d'autres EHPAD que le leur afin de gagner un peu plus que le salaire de misère qui leur est versé ! Les EHPAD ont besoin des deux : de personnels plus nombreux, mieux payés, plus qualifiés et aux qualifications reconnues par des augmentations de salaire afin d'en finir avec les glissements de tâches.

4. a) Pour les établissements publics, quels effets anticipez-vous du niveau du point d'indice ? Envisage-t-on de faire évoluer les pratiques de recrutement ?

La reconnaissance des qualifications est une nécessité pour des professionnels qui possèdent des diplômes et des qualifications indispensables à la bonne prise en charge de patients. Les moyens doivent être mis pour recruter des professionnels à hauteur des qualifications requises et des besoins réels des établissements.

- Augmentation du point d'indice revendiquée par la CGT (grève du 22 Mars)
- Suppression de la taxe sur les salaires
- Recrutements dans le cadre du statut ! Plan de résorption de la précarité
- Maintien de tous les contrats aidés !

b) Pour les établissements privés non lucratifs, quels effets anticipez-vous, en termes de rémunération des personnels, de la fin de l'opposabilité des conventions collectives à l'autorité tarifaire, actée par la dernière loi de financement de la Sécurité Sociale ?

Il n'est pas envisageable de baisser les salaires des agents en poste !

La fin de l'opposabilité ne permet plus aux établissements-employeurs de demander des financements pour les avancements d'échelon sur une grille de salaire des métiers définis par une convention collective ! L'établissement-employeur ne peut plus demander les garanties du financement de certaines primes prévues par les conventions collectives (sujétion, prime décentralisée pour la convention collective 51, etc). Dans le cadre de la signature d'un nouveau CPOM signé entre financeurs et établissements-employeurs, rien ne pourra garantir l'application des conventions collectives en termes de base de rémunérations ou de nouvelles grilles pour de « nouveaux métiers » pour les nouveaux salariés arrivant après la signature du CPOM, puisque l'article 70 du LFSS permet de ne plus opposer la convention collective !!!

La réalité de l'évidence de la paupérisation et de la perte de qualifications et donc de prise en charge en sécurité par des professionnels compétents saute aux yeux.

5. Quels leviers de fidélisation du personnel (formation, partenariats) pourrait-on enclencher ?

Le levier évident de fidélisation du personnel réside dans l'amélioration des conditions de travail et l'application de la préconisation du plan grand âge (1 agent par résident). Cela passe aussi par une adéquation du recrutement et de la formation des personnels en fonction des besoins de soins et de prises en charge qui passe par un arrêt immédiat des glissements de tâches. La compétence des soignants ne se dissout pas dans des budgets ridiculement limités et des situations de mise en danger, par manque d'effectifs, des professionnels. Cela passe aussi par une vraie reconnaissance de la spécificité de la prise en charge de ce type de résidents. On ne peut pas considérer comme normal que des actionnaires empochent des dividendes sur cette prise en charge, alors que des patients mangent pour 4.5 euros par jour quand le reste à charge aux familles demeure important. ■