

Mouvement dans les EHPAD

(Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes)

1. Les raisons de la colère (analyse de la situation)

Lorsque l'on parle d'EHPAD, les situations visées sont très différentes (public, privé lucratif ou non) ce qui susciterait un débat en soi, tout comme la question du « reste à charge » des résidents et de leurs familles qui vont accroître les inégalités.

EHPAD : il existe plusieurs type d'EHPAD : établissement public, privé commercial, privé non lucratif... avec des règles comptables différentes, des tarifs distincts, un nombre de salarié.e.s très différent, une qualité des locaux variable mais un financement public qui devient identique. Et tous les acteurs s'accordent à dire les **grands perdants de la réforme tarifaire actuelle sont les établissements publics, alors que le privé lucratif est favorisé.**

Des différences tarifaires : Selon l'emplacement géographique de 1 612 € dans la Meuse à 3 154 € à Paris. Mais les différences sont aussi liées au statut juridique des EHPAD avec des moyennes de 1 801 € pour les établissements publics, de 1 964 € pour les EHPAD non lucratifs et de 2 620 € pour les structures commerciales (CNSA 2016).

Reste à charge : Le tarif mensuel d'un EHPAD s'élevait en moyenne à 1 949 € en 2016 alors que la pension de retraite moyenne est de 1 376 € bruts par mois, inclus l'éventuelle majoration pour enfants (Drees). Ce sont donc les familles qui assurent le différentiel.

Tous ces sujets sont à mettre en débat, il s'agit de facteurs qui jouent tous un rôle dans le contexte actuel. Mais on peut s'interroger sur le déclencheur de la crise récente car cela fait maintenant bien longtemps que la situation est dégradée dans les EHPAD (15 ans selon un rapport parlementaire). Comment expliquer alors qu'une telle « crise » éclate aujourd'hui ?

Il semble que ce soit les premiers résultats de la réforme du financement des EHPAD qui sont à l'origine du mouvement de ces dernières semaines. Le mode de calcul des dotations octroyées à chaque établissement, qui a été totalement réformé par la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement de 2015, fait sentir ses premiers effets cette année. Désormais, les dotations accordées à chaque EHPAD sont déterminées en fonction d'une équation tarifaire qui néglige de nombreux facteurs pour s'appuyer essentiellement sur le niveau moyen de dépendance des résidents (alors que cette notion est très discutée).

Selon les calculs de la FHF (fédération hospitalière de France), cela va se traduire par **une réduction de 200 millions d'euros par an des crédits accordés aux établissements publics qui accueillent les personnes âgées. Cela se concrétise par de nombreuses suppressions d'emplois auxquelles s'ajoute la diminution des emplois aidés dont le secteur médico-social est friand. Ces baisses d'effectif se sont répercutées sur la qualité du service aux résident.e.s et donc le sentiment accru de mal faire son travail pour les salarié.e.s de ces structures.** C'est à cumuler avec la

fermeture des lits d'hôpitaux publics avec un transfert dans les EHPAD sans les moyens adaptés à des pathologies multiples. Ce qui se traduit notamment par l'augmentation du niveau de dépendance, des troubles démentiels des personnes qui sont dans ces établissements, en effet, toutes ces pathologies nécessiteraient plus de personnels.

Cette réforme tarifaire n'est que le révélateur d'un problème chronique de sous financement et donc de sous-effectif qui vient entraver la possibilité de faire son travail correctement, ce qui constitue une atteinte à la dignité des personnels et évidemment des personnes âgées.

2. Dignité des soignant.e.s et des personnes âgées (analyse du travail)

Le mal travail à l'œuvre et l'éthique professionnelle bafouée s'illustrent avec :

- la toilette qui se limite au VMC (visage-mains-cul),
- l'heure très avancée et identique pour tous du coucher, des repas (pas de respect des rythmes de vie des patients),
- Le manque récurrent de soignant.e.s conduit à ce que des ASH assurent la fonction d'AS. Ses agent.e.s sont amené.e.s à distribuer et administrer des médicaments sans en connaître les posologies, les indications et les effets indésirables. Ou encore à une absence de médecin coordinateur ou d'infirmier.e.s de nuit,
- Des conditions salariales et de travail engendrent un fort turn-over,
- Une santé des personnels dégradée puisque « Les accidents du travail en EHPAD seraient aujourd'hui deux fois supérieurs à la moyenne nationale, et supérieurs à ceux du secteur du BTP » (mission parlementaire).

Le travail de ces soignant.e.s est invisible et dévalorisé : ils (et surtout elles à près de 90 %) assurent ce que l'on appelle le « sale boulot »¹, que l'on refuse de voir et de reconnaître : très certainement parce qu'ils sont au contact direct avec les corps malades, en souffrance et proches de la mort. Pour ces soignant.es, il ne s'agit pas seulement de faire une toilette ou un change ou de donner un repas (parfois plusieurs à la fois), mais d'un travail de relation à l'autre, d'accompagnement physique et psychoaffectif totalement nié désormais. Ce travail renvoie à la construction de métiers définis comme « féminins », car il s'appuie sur des compétences considérées comme naturelles : nettoyer, nourrir... On nie ici toute forme de compétences professionnelles, alors que le relationnel est au cœur de ce travail et requiert de vraies compétences.

3. Revendications (à voir avec le collectif de la CEC concerné)

Les principales concessions du gouvernement face au mouvement de grève ?

- Création de 20 000 postes sur 3 ans. Cela constitue une première avancée mais on reste loin du compte car pour atteindre le ratio de 1 soignant pour 1 résident (ratio existant dans d'autres pays et revendiqué par l'intersyndicale) il faudrait 200 000 postes. Cela ne permettra pas même de satisfaire la préconisation de 60 soignants pour 100 résidents faite par la mission d'information parlementaire menée par les députées de Monique Iborra (LRM, Haute-Garonne) et Caroline Fiat (LFI, Meurthe-et-Moselle)
- Présence d'une infirmière de nuit mutualisée entre plusieurs EHPAD: nous revendiquons la garantie d'une présence d'infirmières 24/24 dans chaque établissement
- Le développement de la télémédecine : il existe un risque de glissement des tâches, de responsabilités vers les professions paramédicales, il faut des médecins coordinateurs.

¹ Voir Anne-Marie Arborio, 2012, *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*, Economica, coll. « sociologiques ».

Pour la CGT, les revendications sont :

- ❖ Mettre fin au mal travail, la perte de sens et de finalité du travail en EHPAD,
- ❖ Mettre en place un ratio d'un professionnel pour une personne résidente ou résident,
- ❖ Revaloriser les salaires, les carrières et formations des personnels,
- ❖ Abroger les dispositions législatives relatives à la réforme de la tarification des EHPAD, contenues dans la loi du 28 décembre 2015 ainsi que les décrets d'application,
- ❖ Revaloriser immédiatement les budgets des établissements,

Une pétition initiée par des professionnels de santé demande des dotations en personnels infirmiers et médicaux dans les EHPAD, avec notamment un besoin d'infirmières 24/24h et de médecins coordinateurs assurant aussi des gardes de nuit. Selon eux, le système dysfonctionne. Ils revendiquent un soignant par résident, ce qui veut dire une création de 200 000 emplois, pour éviter des hospitalisations de personnes âgées.

- ❖ Revoir les grands principes de financement en lien avec notre stratégie revendicative de reconquête de la Sécu.

4. Résumé (éléments de langage et arguments forts)

La situation est connue de tous (gouvernement, sécu, etc.) et pourtant, la réforme du financement (le secteur public semble en être la première victime) est venue asphyxier encore un peu plus un système à bout de souffle.

Selon les personnels, la bientraitance n'est pas possible dans le système actuel. Le taux d'encadrement, l'état des personnes qui viennent finir leur vie en EHPAD, tout cela conduit à :

- De la maltraitance institutionnelle,
- Un travail empêché,
- Des problèmes d'éthique professionnelle.

Vieillir dans la dignité est pourtant un enjeu de société, c'est une question qui concerne chacun.e d'entre nous (pour ses parents, pour soi). Cela explique d'ailleurs que les mobilisations aient réuni les personnels, les directeurs d'établissement et les familles.

Les mesures du gouvernement semblent dérisoires au vu de l'enjeu. Ceci sachant qu'avec 10 milliards nous pourrions mettre fin à la maltraitance des patients et des salariés, ce chiffre est à comparer avec les 240 milliards d'argent public données chaque année, sous diverses formes, aux entreprises.

Les trois quarts des dépenses liées à la perte d'autonomie proviennent de l'assurance maladie ! La perte d'autonomie fait donc partie des risques qui doivent être couverts par la branche maladie de la Sécurité sociale et financée par la cotisation sociale et non par un nouvel impôt de solidarité sous forme de journée de travail gratuit.