



**Lutter contre l'hémorragie du personnel : un défi pour la
qualité de vie des résidents en EHPAD frontalier**

Béatrice PASCUAL

2013

caldes



Remerciements

A mes directeurs de stage pour leur disponibilité et encouragements, Mme Scohyers-Isnard et Mr Filippi.

Au D^r Charbanou Maghsoudnia-Jochum pour le partage de son expérience.

A mes collègues de Médecins Sans Frontières-Suisse qui ont rendu cette formation possible.

Au « Groupe des 8 » de la D30 pour ce long parcours à Lyon.

A mes proches pour leur soutien constant et leur patience.

A Alain.

Sommaire

Introduction	1
1 Un territoire sous tension : l'enjeu des ressources humaines au service des personnes âgées.....	3
1.1 Le vieillissement en France	3
1.1.1 Les personnes âgées : représentations et réalités.....	4
1.1.2 Le cadre réglementaire et les politiques sociales du secteur	7
1.1.3 Les missions de service de l'EHPAD	10
1.2 L'Agglomération d'Annemasse et son action sociale en faveur des personnes âgées	13
1.2.1 Les aînés du Genevois français en Haute-Savoie	13
1.2.2 Une agglomération de communes et sa population âgée	14
1.2.3 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du CIAS	15
1.3 Poids de la contrainte territoriale et gestion pérenne : l'impossible équation ?	17
1.3.1 La Suisse, voisine paradoxale : entre risques et opportunités	17
1.3.2 Un Eldorado à portée de main.....	19
1.3.3 Un enjeu permanent pour la direction et les équipes d'encadrement du bassin genevois	21
2 Une bientraitance menacée : diagnostic humain et identification des risques	22
2.1 Le déficit en ressources humaines constaté.....	22
2.1.1 Photographie des effectifs de ces EHPAD.....	22
2.1.2 Une étude comparée : fonction publique et emploi en Suisse.....	26
2.1.3 Une problématique territoriale : le diagnostic partagé	31
2.2 L'identification des risques	32
2.2.1 Le point de vue des usagers et de leurs familles	33
2.2.2 Le point de vue des professionnels	38
2.2.3 Le point de vue institutionnel : les établissements eux-mêmes.....	42
2.3 De l'obligation de bientraitance au respect des bonnes pratiques : le défi des professionnels.....	44
2.3.1 Le défi de la bientraitance en EHPAD	45

2.3.2	Les recommandations de bonnes pratiques : une aide au management.....	47
2.3.3	L'amélioration continue de la qualité et son influence sur le management en EHPAD	49
3	Une direction volontariste, porte-voix des enjeux territoriaux	50
3.1	Renforcer l'attractivité par les outils de gestion et les stratégies de communication modernes	51
3.1.1	Systématiser la capacité de diagnostic RH grâce aux indicateurs et rendre la communication interne plus convaincante	51
3.1.2	Une communication externe dynamique au service de la stratégie de recrutement	53
3.1.3	Pérenniser le recrutement par un processus d'intégration performant.....	58
3.2	D'un management situationnel à un management de proximité : optimiser la fidélisation du personnel.....	61
3.2.1	Le « management éthique » : plus qu'un concept, un engagement.....	61
3.2.2	L'environnement de travail : objet de la démarche continue d'amélioration de la qualité.....	63
3.2.3	Renforcer la force managériale : une gouvernance affirmée	70
3.3	Une direction dédiée à sa cause : la reconnaissance d'un territoire en concurrence	72
3.3.1	Une communauté de communes au service de ses personnes âgées : le pouvoir décisionnel local mobilisé.....	72
3.3.2	Au niveau du territoire : la constitution d'une force de conviction	73
3.3.3	Elaborer une stratégie de lobbying auprès des pouvoirs publics régionaux et nationaux.....	74
	Conclusion	77
	Bibliographie.....	79
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité sociale et médico-sociale
APA : Allocation personnalisée d'autonomie
ASI : Aide-soignant (e) diplômé
ASSC : Assistant en Soins et Santé communautaire
AMP : Aide médico-psychologique
ARS : Agence Régionale de la Santé
CAE : Contrat d'accompagnement dans l'emploi
CCT : Convention Collective de Travail (Suisse)
CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale
CLIC : Centre local d'Information et de Communication
CMU : Couverture maladie universelle
CNFPT : Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CAP : Commission administrative paritaire
CTP : Comité technique paritaire (CT)
CVS : Conseil de la vie sociale
DEAVS : Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale
EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS : Etablissement médico-social (suisse)
EPCI : Etablissement public de coopération intercommunale
ETP : Equivalent temps plein
FEGEMS : Fédération genevoise des établissements médico-sociaux
FPH / FPT : Fonction publique hospitalière / fonction publique territoriale
GMP: GIR Moyen Pondéré (GIR : Groupe Iso-Ressource)
GPEC: Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
HAS: Haute Autorité de Santé
IDE: Infirmier diplômé d'Etat
LFSS: Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LOLF: Loi organique relative aux lois de finances
MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS: Organisation Mondiale de la Santé
PASA: Pôle d'activités et de soins adaptés
PMP: Pathos Moyen Pondéré
PRIAC: Programme Interdépartemental d'accompagnement handicap / perte d'autonomie

PSD: Prestation Solidarité Dépendance

RBP: Recommandations de bonnes pratiques

RH: Ressources Humaines

TMS: Troubles musculo-squelettiques

UHR: Unité d'Hébergement Renforcé

USLD: Unité de Soins Longue Durée

VAE: Validation des acquis de l'expérience

ZUS: Zone urbaine sensible

Introduction

Le bassin franco-genevois, territoire de Haute-Savoie, bénéficie de la proximité de la Suisse par des échanges commerciaux et migratoires importants entre les populations. Son attractivité touristique, son développement économique et son positionnement au carrefour des pays alpins font de lui une des zones frontalières les plus dynamiques.

Parmi les villes voisines de Genève je citerai Annemasse, Saint-Julien en Genevois, Evian-les-Bains ou encore Thonon-les-Bains. Ces communes françaises, si elles bénéficient de la bonne santé économique de leur voisine helvète, paient en revanche le prix d'un exode sérieux de leurs compétences locales et du savoir-faire qualifié de leurs personnels. Plus de 60 000 Hauts-Savoyards traversent chaque jour la frontière pour travailler en Suisse.

En stage dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la région, j'ai été frappée par l'ampleur du phénomène. Force a été de constater que celui-ci touchait également d'autres types d'établissements, qu'ils soient médico-sociaux ou sanitaires. Si la problématique du manque de personnel en EHPAD n'est pas spécifique au bassin genevois, elle prend ici une ampleur et une forme particulière. La pénurie de personnels soignants est criante, infirmières et aides-soignantes préférant proposer leurs services à l'étranger. Les établissements frontaliers fonctionnent avec des ressources humaines en pointillés et soumettent les directions et leurs cadres à des tensions de service permanentes.

La Suisse communique en terres voisines sur ses besoins en personnel médical et paramédical par grand renfort de campagnes de recrutement. Elle séduit les jeunes professionnels français. La concurrence est rude. Elle met à mal la capacité des EHPAD frontaliers à répondre à leur mission d'accompagnement et de service auprès du public accueilli.

Mes stages dans les EHPAD publics du CIAS de l'Agglomération d'Annemasse m'ont permis de constater le défi au quotidien que représente la gestion de tels établissements en zone frontalière. Cette lutte constante contre le déficit de compétences, un recrutement en berne, une fidélisation éphémère du personnel constitue une problématique prioritaire à traiter, face à l'enjeu que représente l'accompagnement des personnes âgées en institution.

Convaincue de la nécessité de devoir trouver des leviers efficaces pour contenir cette hémorragie du personnel, du défi que doivent relever les EPHAD pour maintenir un service de qualité, j'ai traité la problématique en trois parties.

La première partie, je la consacre au rappel du contexte du vieillissement et plus spécifiquement celui du territoire concerné en décrivant l'environnement dans lequel ces EHPAD évoluent.

La deuxième partie permet de mesurer les impacts que cette pénurie de personnel qualifié a sur la qualité des prestations offertes aux usagers. J'identifie par conséquent les expositions aux risques pour les résidents comme pour le personnel. Je mets ce constat en tension avec les nombreuses recommandations de bonnes pratiques liées à la bientraitance, auxquelles les établissements doivent répondre dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité. Equation rendue difficile à résoudre pour ces établissements.

Le traitement des deux premières parties me permet dans la troisième d'établir la liste de mes préconisations en interne et en externe. Elles doivent permettre, non seulement de normaliser le fonctionnement au quotidien des EPHAD concernés, mais surtout de donner corps à ce défi managérial qu'est l'orientation du positionnement de la direction envers ses enjeux de défense de compétences territoriales, par la mobilisation des acteurs concernés sur cette région frontalière.

1 Un territoire sous tension : l'enjeu des ressources humaines au service des personnes âgées

1.1 Le vieillissement en France

« Le vieillissement de la population sera le fait social le plus important de la seconde moitié du XXème siècle », prédisait Alfred Sauvy¹, annonçant le XXIème siècle comme étant celui du vieillissement, de façon marquée dans les sociétés occidentales mais également pour les pays émergents qui voient, eux aussi, grandir leur espérance de vie. Il a fallu plus de 150 ans pour que la France double sa population des plus de 65 ans. Les personnes âgées de plus de 60 ans seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions d'ici 2060². Bien que certains économistes de la Santé prédisent une stagnation de l'espérance de vie dans les années 2060, le vieillissement s'impose sur le très court-terme comme une des grandes priorités pour les pouvoirs publics.

La population française est engagée dans un vieillissement caractérisé par une croissance importante des classes d'âges les plus élevées ainsi que par une longévité plus importante. C'est dès 2006 et ce jusqu'en 2035 que cet accroissement serait le plus fort avec l'arrivée des générations issues du baby-boom, nées entre 1946 et 1975. La proportion des 60 ans et plus connaîtra une augmentation de presque 50 % entre 2005 et 2050³.

Cette augmentation du vieillissement en France résulte de différents facteurs sociaux qui s'entrecroisent :

- l'allongement de l'espérance de vie,
- un système social de compensations qui a sécurisé les conditions de vie à la retraite,
- un système de santé qui offre une couverture de prise en charge universelle.

L'espérance de vie en 2012 est de 78,4 ans pour les hommes et 84,8% pour les femmes⁴.

¹ Cité par BROUSSY L., janvier 2003, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : Année zéro ! », *Mission ministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population*, Paris, 202 pages.

² PINVILLE M., mars 2013, « Relever le défi politique de l'avancée en âge ; perspectives internationales », *Rapport parlementaire*, Paris, 81 pages.

³ ROBERT-BOBEE I., juillet 2006, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 ; la population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Division Enquêtes et Etudes démographiques*, INSEE première, n°1089.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089

⁴ « Evolution de l'espérance de vie », *INSEE, Statistiques de l'état civil et estimations de population*, http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229.

Elle a augmenté de 8 ans depuis 1981. Les centenaires dépasseraient les 150 000 d'ici 2050 (contre 16 000 en 2005). D'où le glissement de sémantique de « troisième âge » à « quatrième âge » puis « Grand Âge ».

Malgré un taux de natalité fort comparé à ses voisins européens, la France demeure le pays le plus vieillissant des pays de l'OCDE. Stigmatisée par une période de crise économique et d'essoufflement de la croissance, la question de la prise en charge du vieillissement se pose. La part grandissante des inactifs pèse sur la pérennité des systèmes sociaux par répartition. Les jeunes populations devront assurer le niveau de vie de leurs aînés tout en menant à bien leurs projets de développement individuel, professionnel et familial et ce dans un contexte économique plus tendu. La « charge » que peut représenter économiquement la personne âgée est évoquée⁵ : *"Le vieillissement de la population entraîne des conséquences dans tous les domaines de la vie nationale. Progressivement mais de manière inéluctable, il grève les conditions d'existence de la collectivité française. (...). L'entretien des personnes âgées inactives fait peser une charge de plus en plus lourde sur la population en activité »*. La proportion croissante des familles monoparentales, moins aisées, diminueront le support plus traditionnellement apporté aux aînés. Le maintien du réseau d'entraide intergénérationnel sera très certainement fragilisé.

Le vieillissement est un enjeu pour les pouvoirs publics : enjeu de santé publique, enjeu économique, enjeu sociétal. La finalité des pouvoirs publics est de garantir « *un vieillissement harmonieux*⁶ » par la création et le maintien d'une relation optimale entre la personne âgée et son environnement. Ceci, rappelons-le, dans un contexte économique difficile. A échelle locale, le défi d'un directeur d'EHPAD est le même. Garantir à ses résidents une harmonie de vie, et ce, avec les moyens impartis. Le pouvons-nous en toute circonstance, tant les besoins des personnes âgées sont importants ?

1.1.1 Les personnes âgées : représentations et réalités

Alors même que la catégorie dite des « seniors » lutte pour être reconnue comme un acteur économique et social actif dans la société française, la vision générale de la population envers ses aînées semble parfois négative, lui préférant le jeunisme. La représentation du vieillissement en Europe est souvent associée à l'image du « déclin

⁵ Propos prêtés à SAUVY, A. et cités par PELLISSIER J., mars 2013, in « *Rapport Broussy : ou comment adapter les vieux à la société libérale* », (disponible sur internet), <http://jerpel.fr/spip.php?article316>

⁶ AQUINO, J.P., février 2013, « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », *Rapport parlementaire*, Paris, p.3

*universel lié à l'affaiblissement du corps et de l'esprit*⁷ ». Pour beaucoup, les figures vieillissantes sont liées à la dépendance et à la maladie. Le vieillissement appelée sénescence (du latin *senex*, vieil homme ou grand âge) représente le « *déclin de la force de sélection naturelle*⁸ », inhérent à la nature humaine et biologique de l'homme et son passage dans le temps. La vieillesse est liée à la temporalité et à la notion d'irréversibilité alors que paradoxalement, le recul de l'incapacité⁹ dans certains pays européens est notable. La longévité est proportionnelle à l'augmentation de l'âge médian en France qui a progressé de 1960 à 2000 de 33 ans à 37,6¹⁰.

La vieillesse est une construction sociale fondée sur des représentations multiples¹¹ :

- positives : la sagesse, la filiation, les racines, la mémoire collective,
- négatives : l'usure, la vétusté, l'altération du corps et de l'esprit.

Ces dernières lient la vieillesse à la perte d'autonomie, à la dégradation physique et mentale. De nombreuses études caractérisent la personne âgée par une grande fragilité liée à son avancée en âge, à son exposition multiple aux risques de santé et risques sociaux. De nombreux processus morbides chroniques apparaissent avec l'âge. Les maladies dégénératives (type Alzheimer, Parkinson), les pathologies liées à l'insuffisance cardiaque, au cancer, à la diminution de l'adaptation au stress, etc. Les modifications physiologiques engendrent des pathologies dégénérescentes et une altération générale augmentant la vulnérabilité de la personne âgée. Ces maladies peuvent entraîner une perte d'autonomie, partielle ou quasi totale, qui augmente la dépendance et contraint au recours à un tiers.

La dépendance peut croître avec l'âge. Il s'avère que la proportion des personnes âgées vivant en hébergement collectif¹² progresse.

- 21,2 % des plus de 85 ans vivent en hébergement collectif contre 13 % dans les années 60. L'augmentation des plus de 90 ans accroît mécaniquement leur proportion en institution.
- Les femmes y sont plus nombreuses (75 %), du fait du décès de leur conjoint et d'une dégradation de leur état de santé plus rapide à un âge avancé¹³.

⁷ Institut de recherche en Santé Publique, GIS-IReSP, Questions de santé publique, n°2, septembre 2008, p. 1

⁸ Idem, p.1

⁹ ROBINE J.M., 2006, "Trends in population health, Aging clinical and experimental research", p. 349-351.

¹⁰ L'âge médian serait de 42,3 ans en 2020 d'après l'Institut de recherche en Santé Publique, GIS-IReSP, in « Questions de santé publique », n°2, septembre 2008, p. 2.

¹¹ COMMENT M., 2010, « Représentations sociales de la vieillesse et accompagnement de la vieillesse », mémoire de DU de gérontologie sociale : Université de psychologie Lyon 2. <http://ifosep.fr/wp-content/uploads/2012/10/REPRESENTATIONS-SOCIALES-DE-LA-VIEILLESSE-ET-ACCOMAGNEMENT-DES-RESIDENTS.pdf>

¹² Ehpad, Unité de soins longue durée, unité d'hébergement renforcée.

En 2007, environ 657 000 personnes âgées ont été recensées en établissements.

- Les $\frac{3}{4}$ sont accueillies dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).
- l'âge moyen d'entrée augmente (83,5 ans),
- 85 % des résidents en EHPAD sont dépendants et 51 % sont très dépendants,¹⁴
- 60 % des sorties sont des décès,
- les résidents cumulent en moyenne 7 pathologies. 85 % sont atteints d'une affection neuropsychiatrique (état dépressif, pathologie démentielle, troubles du comportement).

La « *révolution de l'avancée en âge*¹⁵ » représente un défi majeur pour notre société. Elle doit permettre au plus grand nombre de bien vieillir. Les réponses sont multiples et diverses. De l'aide à domicile à l'institution, de la volonté croissante de favoriser les passerelles de l'un à l'autre avec comme objectif le maintien à domicile de la personne âgée en autonomie et en toute dignité.

Rappelons ici les besoins¹⁶ de la personne âgée. Ils ne diffèrent pas de ceux de l'ensemble de la population. Seules les réponses apportées diffèrent en cela qu'elles doivent être adaptées aux particularités du public ici décrit.

- le domaine de la santé (soins, risques et prévention),
- le domaine de la vie quotidienne (habitat, environnement, accessibilité),
- la question des ressources financières (autonomie, sécurité),
- le domaine des relations humaines (vie sociale, maintien de contacts).

En EHPAD, chaque axe doit faire l'objet d'une attention particulière quelle que soit l'activité entreprise. L'accueil, le soin, l'animation, le maintien du lien social, l'amélioration des conditions de vie, etc.

En 2012, le gouvernement ordonne la réalisation de trois rapports pour un projet de loi sur l'adaptation de la société française au vieillissement. Ces rapports consacrent leur étude à l'anticipation du maintien de l'autonomie et aux expériences étrangères pour

¹³ Dès 80 ans, le taux de dépendance (20%) des femmes dépasse celui des hommes (11%).

¹⁴ « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats*, DREES, n°699, Août 2009, p.6

¹⁵ Selon l'expression de Pinville M., mars 2013, « Relever le défi politique de l'avancée en âge ; perspectives internationales », *Rapport parlementaire*, p. 7.

¹⁶ GUINCHARD-KUNSTLER, P., juin 1999, « Vieillir en France, Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », *La documentation française*, 102 pages.

comparaison. Leur conclusion renforce la nécessité d'adapter les lieux de vie aux besoins des personnes âgées et non l'inverse.

Les recommandations portent sur des projets de nouvel établissement à mi-chemin entre le domicile et l'EHPAD, des « résidences plates-formes de quartier » qui mêleraient différents dispositifs (hébergement, aide à domicile, consultation mémoire, restauration, animation...) et prendraient mieux en compte l'urbanisme et les plans de transport pour briser l'isolement. Il y est aussi question de la création d'un plan stratégique pour la constitution d'une filière industrielle de services autour de la « gérontechnologie »¹⁷.

Si les besoins des aînés sont multiples, dé-sectorialisés et complexes, ils nécessitent surtout une approche multidisciplinaire. La personne âgée n'est pas un concept générique. Si elle peut renvoyer à une définition médicale ou psychique à un instant T, elle demeure avant tout l'expression d'un parcours de vie, d'un ensemble d'événements qui lui sont propres et qui requiert un accompagnement personnalisé, surtout en établissement. La difficulté majeure pour toute direction d'EHPAD étant de donner corps à l'expression de cette individualité et de ne pas l'étouffer sous la lourdeur d'une prise en charge collective.

1.1.2 Le cadre réglementaire et les politiques sociales du secteur

Il est difficile de ne pas mentionner le rapport du conseiller d'Etat Pierre Laroque, en 1962. Il fut le premier à conférer à la personne âgée le statut de sujet de politiques publiques : celui qu'il représente en tant que groupe pour le maintien du bon équilibre de la société française. « *Poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française d'aujourd'hui et plus encore dans celle de demain*¹⁸ ». La personne âgée est reconnue. Son maintien à domicile est encouragé. Les moyens pour favoriser son devenir sont déclinés en une série de dispositifs de proximité. « *L'accent doit être mis, par priorité, sur la nécessité d'intégrer les personnes âgées dans la société*¹⁹ ». La personne âgée doit pouvoir évoluer au centre de la société et non en sa périphérie. L'institution a parfois incarné cette périphérie, hébergeant des aînés coupés de leur environnement.

Si les recommandations de ce rapport sont reprises dans le VIème Plan de Développement économique et social en 1971, elles seront très rapidement balayées par

¹⁷ Combinaison de gérontologie et de technologie. Systèmes techniques et solutions d'aide à la personne dépendante et ses aidants pour compenser certaines déficiences fonctionnelles.

¹⁸ Haut Comité Consultatif de la population et de la famille (1962). « Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse », présidée par M Pierre Laroque, Paris, *La Documentation Française*, p. 4.

¹⁹ Idem, p. 9

la crise et la montée du chômage. Pierre Laroque dira lui-même en 1987, « *la crise économique sévissant depuis 1974 et le chômage qui en a résulté ont conduit à infléchir la politique de la vieillesse dans un sens radicalement opposé à celui qui avait été préconisé en 1962 (...). Aussi a-t-on assisté à une nouvelle forme de rejet des personnes âgées de la vie économique et de la société allant directement à l'encontre des objectifs essentiels de la politique de la vieillesse*²⁰ ».

Les années 80 et 90 n'apporteront pas d'avancée majeure en ce sens ; elles donneront lieu à une série de dispositions d'ordre économique :

- avec la loi du 24 janvier 1997, instituant une prestation spécifique dépendance (PSD) qui préfigure la prestation d'autonomie (APA),
- avec la réforme en 1997 de la tarification des établissements,
- avec les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, création des EHPAD.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale reste onze ans plus tard une référence incontournable pour tout responsable d'établissement. Elle est la résultante d'une série d'influences issues des années précédentes.

- la montée en puissance des associations d'usagers,
- l'influence des politiques d'évaluation et de contrôle qualité anglo-saxonnes,
- la volonté de réformer et de rationaliser les coûts de dépenses publiques (ordonnances Juppé, LOLF, LFSS...).

Ses grands axes sont :

- le droit de l'usager et la déclinaison de ses relations avec la structure d'accueil au travers d'une série d'outils contractualisants et formels,
- une meilleure définition des établissements et services,
- la création d'une agence et d'un système d'évaluation des établissements,
- des procédures de pilotage et de contrôle qui structurent les relations de l'établissement avec ses partenaires.

Les établissements et services sont responsabilisés sur une gestion plus transparente et plus accessible aux usagers. Au-delà de veiller au respect strict des outils de la Loi 2002-2, la responsabilité de la direction est de s'assurer qu'ils ne sont pas que théoriques, mais qu'ils sont connus, partagés et que l'ensemble du personnel, des partenaires et des usagers en aient une connaissance « compréhensive » globale. Les notions-clés incluses

²⁰ ENNUYER, B, 2007, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et société*, 2007/4 n° 123, p. 153-167.

dans ce texte doivent être constamment rappelées²¹ (le respect de la dignité, le libre choix, l'accompagnement individualisé, le consentement éclairé, la confidentialité, l'accès à l'information, la participation). Si elles sont aujourd'hui plus usuelles dans le secteur, ces notions doivent être évaluées et réadaptées en fonction du public accueilli afin de ne pas devenir des coquilles conceptuelles vides.

L'année 2003, pour cause de canicule, a mis au grand jour et sous forme de fait divers, la problématique du vieillissement et de l'isolement. Elle a été le point de départ d'une série de Plans gouvernementaux dont :

- *Le Plan national Bien Vieillir*, 2007-2009.

Il reprend à son compte le concept de « vieillissement réussi » défini par l'OMS²² en 2002. Ses objectifs principaux sont la prévention et la promotion des actions à mener pour favoriser le maintien de l'autonomie et du lien social.

- *Le Plan Solidarité grand âge*, 2007-2012, dont l'objectif est d'assurer aux aînés le libre-choix de rester à domicile. Il décrit les conduites pour développer l'offre de services et de soins, assurer la continuité entre domicile et institution, former le personnel, lancer un programme de recherche Alzheimer, labelliser les filières gériatrique.

- Suit le *Plan de développement de la bientraitance*, proposé par le Ministre Philippe Bas, sous la forme de dix mesures concrètes visant à développer une « culture de la bientraitance », surtout auprès des personnels. La notion de signalement et la référence au contrôle et à l'inspection y sont importantes. Le rôle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), opérationnelle dès mars 2007, est défini.

Cette agence accompagne les établissements et services dans des actions²³ :

- d'élaboration et approbation des bonnes pratiques,
- de promotion d'une démarche qualité,
- d'habilitation des organismes indépendants en charge de mesurer les deux éléments précédents,

²¹ Article L.311-3 du Code de l'action sociale et des familles

²² Définition : « Processus d'optimisation des possibilités de santé, de participation et de sécurité dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées tout au long de la vie », in *Vieillir en restant actif* ; cadre d'orientation, Genève, OMS, 2002, 60p.

²³ BAS, P., « *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance* », 14 mars 2007, p. 10.

- d'accompagnement des établissements et services dans leur démarche continue d'amélioration de leurs prestations.
- Le *Plan Alzheimer*, 2008-2012.

Cette maladie dégénérative fait l'objet dès 2005 de trois plans nationaux. Celui de 2008 est articulé autour de trois axes :

- améliorer la qualité de vie des malades et des aidants,
- connaître pour agir,
- se mobiliser pour un enjeu de société.

Une série de quarante-quatre mesures déclinent l'ensemble des objectifs à atteindre. Pour l'essentiel : améliorer le diagnostic ; mieux soigner, mieux accompagner (création des MAIA²⁴ ; réseau de coordonnateurs sur le territoire pour renforcer le maillage du diagnostic et de l'aiguillage); soutenir les aidants en créant des structures de répit ; prioriser la recherche ; sensibiliser le grand public et en faire une cause européenne.

En ce qui concerne mon territoire, je me réfère au *Schéma départemental gérontologique de Haute-Savoie, Bien vieillir en Haute-Savoie, 2013-2017* et à ses cinq priorités :

- renforcer la prévention et le maintien du lien social,
- sécuriser le maintien à domicile,
- reconnaître le rôle des familles et soutenir les aidants naturels,
- diversifier l'offre d'hébergement,
- fédérer et coordonner tous les acteurs autour de la personne âgée.

L'accroissement de la population susceptible d'avoir besoin d'une place en EHPAD est réel sur ce territoire. Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de Rhône-Alpes 2009-2013 prévoyait dans ses priorités départementales de « *réagir plus rapidement aux besoins de la population en privilégiant les créations de lits nouveaux d'EHPAD*²⁵ ».

1.1.3 Les missions de service de l'EHPAD

De l'hospice à l'EHPAD, les maisons pour personnes âgées ont évolué au fil du temps. Si pendant de nombreuses années, les personnes âgées étaient sous la responsabilité de l'hôpital, les années 1970 y mettent un terme et font sortir la gériatrie du giron hospitalier. La loi du 30 juin 1975 donne aux établissements médico-sociaux la responsabilité de

²⁴ MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

²⁵ PRIAC, 2009-2013, Rhône-Alpes, p 5.

l'accueil des personnes âgées. Les hospices se transforment en maisons de retraite et en services de long séjour. De nouvelles structures d'accueil apparaissent (foyer logement, unités de vie, dispositifs pour favoriser le maintien à domicile, etc). Dispositifs renforcés par la circulaire du 28 janvier 1977, « *Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées* », qui légitime les services d'aides. Réformées en 1997 par la loi du 24 janvier de la même année, les maisons de retraite sont soumises à un régime de tarification particulier et doivent homogénéiser leurs prestations. Cette réforme, renforcée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, dote les établissements (devenus *établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes EHPAD*) d'un système de tarification selon trois clés de répartition des charges entre trois sections tarifaires (hébergement, soins, dépendance).

Plusieurs réglementations encadrent la création et la labellisation des EHPAD :

- Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.
- Décret n°99-316 du 26 avril 1999 modifié relatif aux modalités de tarification et de financement.
- Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA).
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 qui facilite l'initiative de création de structures innovantes (PASA²⁶, UHR²⁷) qui diversifient les modes de prise en charge.

En 2001, la réforme s'applique à tous les établissements autorisés à héberger des personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans, quel que soit leur statut juridique ou leur appellation. Elle introduit la notion de convention tripartite, qui repose sur cinq principes fondateurs :

- transparence des coûts et de la prise en charge,
- renforcement des moyens médicaux,
- solidarité envers les personnes âgées dépendantes,
- démarche qualitative,
- mise en œuvre d'un partenariat actif.

Le type de population accueillie est soumis à agrément de l'équipe de direction, qui en fonction du profil de l'établissement, de ses prestations et de sa configuration, acceptera

²⁶ PASA : pôle d'activités et de soins adaptés

²⁷ UHR : unité d'hébergement renforcé

ou non la demande d'hébergement. Pour faciliter cette intégration, le dispositif de la grille AGGIR²⁸ est mise à disposition des équipes afin de déterminer le niveau d'autonomie de la personne et de l'orienter au mieux.

Les missions de l'EHPAD peuvent être catégorisées de la façon suivante :

- **Garantir la qualité de vie du résident.**

L'établissement doit offrir à chaque résident un cadre de vie lui permettant d'évoluer dans un environnement stable et rassurant. Il doit retrouver le sentiment du « chez soi ». Il doit avoir accès à une alimentation saine et variée pour se prémunir de la malnutrition. Le cadre collectif doit être mis en valeur. Le résident doit bénéficier d'un environnement « divertissant », conciliant activités occupationnelles et festives, respectant son rythme et ses goûts. Un espace accueillant où il puisse recevoir son entourage en toute convivialité doit lui être garanti.

- **Garantir l'accompagnement personnalisé le plus adapté en fonction du niveau de dépendance.**

Cette mission passe par l'élaboration et la mise à jour du projet de vie de chaque résident. Ce document donne du sens à ce que vit la personne. « *C'est une orientation vers* » et non pas « *un bilan sur* »²⁹. Il doit être personnel, singulier et surtout évolutif. Ce projet de vie détermine la posture professionnelle des agents qui l'accompagneront durant son séjour. Le résident est porteur d'une histoire. Son parcours est unique et son accompagnement doit s'adapter à ce qu'il est et ce qu'il fut. Le dispositif d'aides proposées doit être adapté à son niveau d'autonomie. La prise en charge ne doit pas être une réponse faite de protocoles ; elle doit être déterminée par le résident lui-même.

- **Garantir un niveau de soins limitant les risques de dégradation de la santé.**

Le médecin coordinateur doit favoriser la mise en place d'un environnement sécurisé par un accès aisé à l'offre de soins. Celle-ci doit être optimale pour s'adapter aux pathologies rencontrées. Qu'il s'agisse de soins de confort, de soins chroniques ou de soins plus aigus, palliatifs et terminaux. L'exposition aux risques doit être prévenue et anticipée. Même si la réponse médicale est externalisée, l'usager doit recevoir une réponse adaptée à ses besoins. L'EHPAD est responsable du suivi et de la coordination des soins ; le médecin coordinateur doit imposer sa vision à ses confrères libéraux pour le respect du résident. Primordial en situation de fin de vie quand certaines dispositions doivent être

²⁸ Grille AGGIR : cette grille nationale permet d'évaluer le degré de dépendance du demandeur de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) afin de déterminer le niveau d'aide dont il a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (GIR).

²⁹ CNSA, « Projet de vie » ; 5 pages. http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/B_AFM_Projet_de_vie2.pdf

prises. Le respect du consentement éclairé³⁰ doit être appliqué et précieusement recueilli dans la mesure du possible.

Tout manquement à l'un de ces trois piliers est un risque d'exposition accrue aux mauvaises pratiques. J'y reviendrai ultérieurement après la description de l'environnement des EHPAD concernés.

1.2 L'Agglomération d'Annemasse et son action sociale en faveur des personnes âgées

1.2.1 Les aînés du Genevois français en Haute-Savoie

Le département de Haute-Savoie tire profit de sa proximité avec la Suisse, de son positionnement autour d'un axe routier extrêmement développé et d'accès à des sites touristiques importants (thermes, stations de ski, activités lacustres, etc). Il est limitrophe des départements de l'Ain et de la Savoie mais également des cantons de Genève, Vaud, du Valais suisses et du Val d'Aoste italien. Il compte cinq unités urbaines principales. Annecy, Annemasse (frontière directe avec Genève), Thonon-les-Bains, Cluses et Sallanches. La Haute-Savoie fait partie des départements les plus « jeunes » de Rhône-Alpes devant la Savoie, la Loire ou encore la Drôme. Néanmoins, les prévisions de 2040 laissent envisager un accroissement important des plus de 80 ans (triplement), alors que les autres départements ne devraient que doubler cette proportion³¹.

- l'évolution des plus de 85 ans varierait de 110 % en Haute-Savoie contre 59 % en Ardèche,
- L'évolution des personnes âgées dépendantes est de 74,5 %. Il est intéressant de noter que la moyenne régionale est de 41,7 %.

C'est le département de la région qui augmenterait le plus. Son taux d'équipement en hébergement complet est de 125 (moyenne nationale : 127).

- Le « bassin genevois³² » ou « genevois français » représente en 2009 4,9 % de l'ensemble de la population de Rhône-Alpes³³, soit 6 174 040 habitants,

³⁰ Loi Kouchner du 04 mars 2002, Code de la Santé Publique, L 1111-4.

³¹ « Rhône-Alpes à l'horizon 2040 : 7,5 millions d'habitants », *La Lettre*, INSEE Rhône-Alpes, n°135, décembre 2010, p1-4. (www.insee.fr/rhone-alpes)

³² Voir Annexe n°1. Carte du Bassin franco-valdo-genevois.

³³ Recensement INSEE de 2009.

- la proportion des plus de 60 ans représente 21,6 % de la population de la Région et 17,1 % du bassin.

116 communes constituent ce territoire frontalier. Le bassin genevois est caractérisé par la couronne qu'il constitue autour du Lac Léman et de la partie enclavée de la Suisse romande. Les zones limitrophes avec la Suisse sont appelées le «pays de Gex » pour l'Ain et le « Genevois haut-savoyard » pour la Haute-Savoie. Le dynamisme économique de ces deux zones rend la part des actifs importante. Sa population augmente grâce à un solde migratoire positif³⁴. L'espace urbain compte 6 personnes inactives pour 10 en âge de travailler. Le rapport de dépendance du territoire franco-valdo-genevois est de 59,2 % (70,9 en France). L'âge moyen est de 39 ans. Bien que le vieillissement de ce territoire soit relatif, l'effectif des plus de 80 ans augmentera de façon significative en passant de 4 % en 2010 à 7,2 % en 2040.

1.2.2 Une agglomération de communes et sa population âgée

Opérant pendant l'un de mes stages sur la communauté de communes d'Annemasse, il me paraît important de circonscrire quelque peu ce territoire et de décrire son action sociale en faveur des personnes âgées. Annemasse est la 2^{ème} commune la plus peuplée de Haute-Savoie après Annecy. En tant qu'aire urbaine, elle se classe au 37^{ème} rang des communes françaises. Elle est divisée en plusieurs quartiers et compte une zone industrielle, une zone d'activité et une zone urbaine sensible (ZUS).

Elle fait partie d'une EPCI³⁵ appelée « Annemasse – Les Voirons – Agglomération » et compte 78 465 habitants au total.

- Les plus de 65 ans représentent 13 % de la population totale de l'Agglomération,
- les plus de 80 ans, 28,5 %.

En 2010, la seule ville d'Annemasse compte 32 196 habitants.

- 12,6 % de sa population a 60 ans et plus,
- la part des 80 ans et plus représente 31 % de la population des plus de 60 ans³⁶.

Depuis 2002, l'agglomération d'Annemasse est un conglomérat de douze communes.³⁷ Elle définit son rôle auprès des personnes âgées comme « *soutenant et encourageant les*

³⁴ Définition INSEE du solde migratoire positif : *différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année.*

³⁵ Etablissement public de coopération intercommunale

³⁶ EPCI, fiscalité propre, INSEE, RP2009, exploitation principale,
<http://www.recensement.insee.fr/tableauxDetailles.action?zoneSearchField=ANNEMASSE&codeZone=200011773-GFP&idTheme=12&idTableauDetaille=51&niveauDetail=1>

*initiatives prises en direction des personnes âgées, en participant aux groupes de réflexion, au travail inter-partenarial entre professionnels et en apportant un appui financier*³⁸ ». Elle est dotée d'un hôpital gériatrique référent, le Centre hospitalier Alpes-Léman (CHAL) et compte 4 EHPAD : 3 publics (dont 2 gérés par le CIAS de l'agglomération) et un EHPAD privé commercial. Une association locale, REGAR, est en charge de la gestion du réseau gérontologique. Elle œuvre avec les acteurs du secteur à diffuser de l'information, à organiser des rencontres et à récolter des fonds pour supporter des animations auprès des personnes âgées. Elle est aussi un service offert aux aidants qui se réunissent et bénéficient de conseils et de support. La commune d'Annemasse bénéficie d'un pôle gérontologique situé à Ville-la-Grand. Le département s'est doté d'un portail internet Age+74³⁹, sur lequel sont publiées toutes les informations relatives aux services offerts aux personnes âgées. C'est une mise en réseau utile pour les prestataires de service et les usagers.

1.2.3 Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du CIAS

Le centre intercommunal d'action sociale d'Annemasse gère deux EHPAD sur deux communes distinctes (Vétraz-Monthoux et Gaillard). Les deux établissements ont une capacité de 80 lits chacun, une capacité d'accueil de jour de 12 places sur les deux sites et deux unités protégées de type CANTOU⁴⁰ de 15 et 12 places.

Le premier établissement fut ouvert en 1992. Son architecture est moderne avec une distribution pavillonnaire qui ceint les dépendances communes. L'unité protégée Alzheimer est en rez-de-jardin avec un accès sur un patio sécurisé.

L'établissement fut géré pendant 17 ans par la même direction, très proche des élus. Son long mandat a imprimé un style managérial relativement « familial », où si les uns appréciaient sa disponibilité, d'autres se plaignaient d'une gestion « maternaliste ».

Cette gestion a insufflé à cet EHPAD l'image d'une maison de retraite « à l'ancienne ». Les dispositifs de la loi 2002-2 ont été mis en place verticalement sans implication des agents. Seule la direction et les responsables du CIAS ont été parties prenantes.

Fin 2006, la liste des résidents en attente d'hébergement s'allongeait (plus de 70 dossiers en attente). La direction de l'établissement s'inquiéta de ne pouvoir répondre aux sollicitations des familles. Le CIAS et les élus y siégeant interpellés par leurs électeurs

³⁷ Ambilly, Annemasse, Bonne, Cranves-Sales, Etrembières, Gaillard, Juvigny, Lucinges, Machilly, Saint-Cergues, Vétraz-Monthoux, Ville-la-Grand.

³⁸ <http://www.annemasse-agglo.fr/espacehabitants/personnes-agees/>

³⁹ <http://www.ageplus74.cg74.fr>

⁴⁰ CANTOU : centre d'activités naturelles tirées d'occupations utiles réservé aux malades Alzheimer

votèrent un projet d'extension : la construction d'un nouvel EHPAD sur une commune avoisinante.

Il s'agissait d'un projet immobilier ambitieux : établissement de cinq étages, une unité protégée, le respect des normes écologiques en matière de construction.

De nombreux imbroglios juridiques, environnementaux et financiers ralentissent le projet et la construction ne débute que fin 2008. Le CIAS a probablement sous-évalué les contraintes territoriales liées au développement urbain de la commune au moment de la signature du projet. En sus, pour des raisons de santé, la direction n'est plus en mesure d'accompagner le projet et le premier établissement « dérive ». Il s'auto-administre. Une série d'intérim de direction se met en place, assurée essentiellement par deux cadres de Santé successifs. La structure connaît trois organigrammes différents en moins de deux ans.

Quelques mois avant son ouverture, la liste d'attente est réactivée. N'ayant pas été régulièrement mise à jour, seuls cinq résidents intègrent le nouvel établissement à son ouverture mi-2010, contrairement à ce qui avait été planifié. Un seul étage sur cinq est fonctionnel et l'ouverture de l'unité protégée est reportée malgré les promesses faites aux familles. En parallèle, une partie du personnel, sollicitée à l'avance, est mutée sur le nouvel établissement. Des recrutements sont faits et ces personnes sont mises sous contrat. Or une seule équipe peut prendre possession des lieux. Le personnel restant est amené à retourner sur le premier site (usagers perturbés, sureffectif coûteux, désorganisation des effectifs, frustration des équipes, incompréhension des familles). L'ancien EHPAD, laissé « en portance » provoque un mouvement de fuite du personnel de « l'ancien vers le moderne ». La rotation des postes d'encadrement, un projet d'extension difficile ont poussé l'ancienne direction au départ fin 2010. En 2011, la nouvelle direction hérite d'un établissement neuf, mais sous-occupé et d'un établissement plus ancien, dysfonctionnel. Le CIAS fait le choix de nommer une direction commune pour les deux établissements. La décision de centraliser le pilotage fut un choix judicieux. Cela facilita la mise en place de mécanismes fonctionnels de gestion menée par une direction en recherche efficiente de solutions.

Les actions prioritaires que la nouvelle direction a mises en œuvre furent :

- atteindre un taux d'occupation supérieur à 85 % (mobilisation importante des élus du CIAS auprès des médecins libéraux de leurs communes et du CLIC de la région). Ce taux ne sera atteint qu'en 2012,
- adapter et équilibrer le personnel sur les deux établissements.

Face à l'urgence à redimensionner les équipes, la direction a rencontré des difficultés importantes de recrutement (peu de candidatures, peu de qualification disponible) et a vu

partir des agents en poste, notamment infirmiers, vers d'autres établissements, souvent suisses. Depuis, le déficit d'agents qualifiés est récurrent et ce malgré la stabilisation apportée par la nouvelle direction.

Cette problématique me semble suffisamment pertinente pour, après l'avoir côtoyée également dans le cadre d'un stage précédent, vouloir l'approfondir, en mesurer les conséquences sur la qualité de l'accompagnement offert et désirer y apporter quelques pistes de résolutions. Les difficultés RH auxquelles les directions sont confrontées m'ont interrogée sur la capacité de ces établissements à remplir les exigences et le respect du cahier des charges propre à un EHPAD.

1.3 Poids de la contrainte territoriale et gestion pérenne : l'impossible équation ?

Il est commun d'utiliser le taux d'encadrement afin d'évaluer la capacité d'un établissement à répondre à ses engagements. Ce taux traduit le nombre de personnel au tableau des emplois pour soigner et accompagner les résidents. En EHPAD, il est fixé à 0,682 pour un résident. (0,479 en termes de ratio d'encadrement des soins et 0,005 en ratio d'encadrement médical)⁴¹. Le personnel paramédical représente environ 70 % des effectifs (dont 9 % d'infirmières). Le personnel d'animation représente 6,4 %, le personnel des services généraux 14,7 % et 6,5 % est constitué du personnel de direction. Cependant, derrière ces chiffres constituant la norme de ce qui doit être, se cachent des réalités diverses. Parlons-nous quantité ou parlons-nous qualité des personnels ? Lorsqu'un établissement est confronté à un déficit de compétences et de qualifications et que son environnement de l'emploi est fragile, remplir les missions imparties à l'EHPAD est un défi qui relève souvent de l'équilibrisme.

1.3.1 La Suisse, voisine paradoxale : entre risques et opportunités

La Haute-Savoie est un département riche, au 5^{ème} rang national, avec un revenu médian en 2010 de 21 429 € (moyenne nationale : 18 060 €). 25 % des habitants de « l'Agglo Annemasse » travaillent en Suisse, générant une source importante de revenus. Bien que les impôts sur le revenu soient prélevés en Suisse, les impôts fonciers et locatifs restent pour la région conséquents par un système de restitution. Le logement connaît une inflation importante depuis plusieurs années tirant profit de cette population frontalière.

⁴¹ « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Etudes et résultats*, DREES, n°689, mai 2009.

Celle-ci a effectivement un accès plus facile à la propriété ce qui fragilise l'accès au logement des habitants non frontaliers.

Le phénomène transfrontalier est important en France. 320 000 personnes environ traversent une frontière pour aller travailler dans un pays limitrophe. La Suisse est la destination la plus représentative puisqu'elle attire environ 135 000 résidents français⁴².

Dans le canton de Genève, les emplois transfrontaliers représentent 43,5 % de l'emploi de la zone. Le trajet médian pour rejoindre le travail est de 12,4 km. 61 000 actifs habitant en Haute-Savoie travaillent en Suisse⁴³, 90 % d'entre eux sur le canton de Genève.⁴⁴

Le taux de chômage en Suisse est de 3,3 % (1^{er} trimestre 2012) contre 9,6 % en France. Sur la région française genevoise, il est de 7,3 %. La Suisse est une source d'emploi pour les Français.

Parallèlement, les communes françaises limitrophes développent des poches de précarité. Gaillard, par exemple, affiche 16,8 % d'allocataires percevant le revenu de solidarité active (moyenne rhône-alpine : 7,5 %).⁴⁵ Avec 13,4 % de demandeurs d'emploi, Annemasse arrive en tête de l'Espace transfrontalier. Commune à deux vitesses avec ses travailleurs frontaliers au revenu moyen important et ses demandeurs d'emploi ou employés ne bénéficiant pas de l'embellie suisse et subissant par ricochet un coût de la vie important. La précarité monétaire, familiale et du logement est accrue dans cette zone en miroir d'un territoire plus fortuné.

Le personnel qualifié, mobile, ayant bénéficié de formations linguistiques est facilement recruté sur le secteur suisse dans les secteurs porteurs : la banque, le système de santé, le secteur du bâtiment, le commerce, les organisations internationales... La Suisse compte 8 millions d'habitants et reste un pays à la croissance démographique basse (1,48 enfant / femme). L'immigration participe à hauteur de 45 % de l'accroissement de sa population. Elle compte un taux de 21,9 % d'immigrés, taux les plus élevés d'Europe⁴⁶. En Suisse, près de la moitié des entreprises est affectée par une « pénurie de talents ». L'économie helvète a besoin de cadres et de techniciens dans des domaines aussi divers que l'horlogerie, l'informatique ou la santé. Selon diverses études, 400 000 postes seront vacants en 2030 faute de main d'œuvre. La Suisse peine à recruter parce qu'elle se

⁴² FLOCH, J. M., février 2010, « Vivre en deçà de la frontière, travailler au-delà », *INSEE*, n°1337, p1.

⁴³ Ce chiffre a doublé (+ 64%) entre 1999 et 2010 sous les effets des accords bilatéraux de 2001 signés entre la Suisse et l'Union européenne.

⁴⁴ Observatoire statistique transfrontalier, « L'espace transfrontalier genevois résiste à la crise », synthèse 2012, p.12.

⁴⁵ Observatoire statistique transfrontalier, « Précarité dans l'espace transfrontalier genevois », Fiche 1-2013, p. 6.

⁴⁶ Office fédéral de la statistique, 2007, Statistique suisse, « *La population étrangère en Suisse* ».

trouve en situation de plein emploi. La flexibilité de marché du travail y participe, ainsi qu'une monnaie forte et une fiscalité attrayante.

Ce pays est confronté à un déficit de personnel formé dans le domaine de la santé. En partie parce qu'en ce qui concerne les infirmières suisses, elles ne travaillent en moyenne que 2 à 3 ans et cessent leur activité dès la première maternité. Les infrastructures pour garde d'enfants sont très peu développées. Le système des crèches ou de gardes à domicile sont réservés aux revenus très élevés et le réseau des cantines scolaires est insuffisant. En Suisse, la place de la femme en emploi est très peu encouragée⁴⁷. La charge de famille s'impose d'elle-même. Ainsi, le besoin permanent de renouvellement d'infirmières encourage le recrutement de personnel français et creuse le déficit chez son voisin. Ce pourquoi elle recrute hors de ses frontières et communique ouvertement ses besoins par voie de presse ou réseaux transfrontaliers. Elle compte de nombreux sites internet de recherche d'emploi spécialisés en direction du personnel français.⁴⁸ Si ce pays est pour la région franco-genevoise un atout parce qu'il génère de la richesse, il est un concurrent redoutable en matière d'emploi pour les zones frontalières et une source d'appauvrissement des compétences.

1.3.2 Un Eldorado à portée de main

La pénurie du personnel et le manque de qualification est un phénomène répandu dans le secteur des personnes âgées. Les difficultés rencontrées dans ces deux EHPAD (et plus largement, j'y reviendrai, sur d'autres structures avoisinantes, médico-sociales mais aussi sanitaires) sont communes à de nombreux autres établissements nationaux.

Ce constat fut d'ailleurs reporté par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui a produit récemment un guide visant à valoriser les métiers du grand âge⁴⁹. C'est une préoccupation des pouvoirs publics qui tentent au travers de dispositifs d'aide à l'emploi de faire d'une pierre deux coups : recruter des jeunes non diplômés au chevet de leurs aînés. Ainsi, Michèle Delaunay, Ministre déléguée auprès de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, chargée des Personnes âgées et de l'Autonomie, lance en mai dernier, l'opération « *un*

⁴⁷ En moyenne, seul 30% des femmes exercent une activité à temps plein. Sur le canton de Genève, le taux d'activité est de 32,9% ; il atteint 65% à temps partiel. STEFFEN, I., « *Travail des femmes et politique familiale en Suisse* », La Vie économique, Revue de politique économique, 5-2007, p 52-54-

⁴⁸ <http://www.travailler-en-suisse.ch/personnel-infirmier-en-suisse-excellentes-perspectives-demploi.html>

⁴⁹ ANAP, mai 2013, « *Valoriser les métiers du grand âge, retours d'expérience et pistes d'action* », 48 p.

*EHPAD, un emploi d'avenir*⁵⁰ ». La pénurie est constatée dans ce secteur. La main d'œuvre est accessible sur le marché et parce que non formée, les organismes de formation sont ainsi sollicités.

Sur le territoire où j'opère, ce manque de personnel qualifié se double d'une concurrence sans appel avec un pays limitrophe, bon payeur et qui recrute activement sur le territoire français. L'attractivité d'un salaire meilleur se cumule à la faible attractivité du secteur des personnes âgées. Les comparaisons salariales sont toujours délicates, car il est difficile d'avoir des éléments totalement comparables, mais en se basant sur le seul revenu disponible annuel ou pluriannuel, les prestations sociales et les prélèvements directs ou indirects, les études montrent qu'à poste équivalent, le salaire moyen suisse est supérieur de 30 % au salaire français. En ce qui concerne le personnel infirmier, il est pratiquement multiplié par deux.

Selon l'étude de l'Observatoire Suisse de la Santé, les besoins en personnel de santé en Suisse vont s'accroître de 25 000 personnes d'ici 2020⁵¹ soit une augmentation de 13 %. Un nombre important de départs en retraite et l'accroissement de la population (et son vieillissement) font envisager un besoin important de personnel soignant.

A Genève, les infirmières françaises constituent 60 % de l'effectif total du personnel infirmier contre 29,5 % Suisses. Leur diplôme est reconnu et l'autorisation d'exercer dans le canton s'obtient par une simple formalité administrative payante. La charge de travail et le nombre de patients à charge sont moindres. En comparaison, en milieu hospitalier, 5 à 6 patients par infirmières contre 12 en France.

En établissement médico-social, le taux moyen d'encadrement est de 0,82 ETP ; il atteint 0,94 sur Genève⁵².

Il est intéressant de noter que la distribution des rôles est différente qu'en France. Dans la plupart des établissements, il y a 5 infirmières pour 1 aide-soignante qui est là plutôt pour aider à des prises en charge plus lourdes. Il existe en Suisse une catégorie de personnel appelée « assistant en soins et santé communautaire » (ASSC) qui tient un rôle intermédiaire entre l'infirmière et l'aide-soignante. Cette assistante peut effectuer des prises de sang, des injections sous cutanées et faire des pansements simples délégués par l'infirmière et sous sa responsabilité. Une aide-soignante française qui est recrutée en Suisse pourra bénéficier de la formation ASSC et sera dotée de responsabilités plus importantes. De nombreux professionnels viennent de Savoie, d'Isère voire de régions

⁵⁰ ASH, juin 2013, « Michèle Delaunay lance l'opération « un EHPAD, un emploi d'avenir », ASH N°2813, p. 10

⁵¹ Observatoire suisse de la Santé, « En Suisse, d'ici 2020, les institutions de santé auront besoin d'au moins 25'000 personnes qualifiées supplémentaires », *communiqué de presse*, n°0351-0901-90, p 1.

⁵² « Les établissements de santé à Genève », *Résultats statistiques*, n°6, avril 2010, page 2.

plus éloignées et se rapprochent en Haute-Savoie pour entamer une recherche d'emploi sur la Suisse. Travailler au-delà de la frontière n'implique pas de déménagement, les contraintes sont davantage liées au déplacement (passage de frontière saturé). Or cette situation devrait s'améliorer grâce au développement d'un système de transport public transfrontalier, de gare à gare⁵³. La Suisse demeure ainsi un eldorado accessible.

Par conséquent, recruter, former et fidéliser du personnel paramédical qualifié en zone frontalière française est un véritable combat.

1.3.3 Un enjeu permanent pour la direction et les équipes d'encadrement du bassin genevois

En effet, si diriger un navire sans équipage émérite semble peu concevable, gérer un EHPAD sur le territoire du bassin genevois avec du personnel peu qualifié ou « faisant fonction de » est une réalité. Le déficit de la compétence « soins » causé par le manque de personnel qualifié fragilise les prestations de service des EHPAD et rend plus aléatoire la qualité du service offert.

Les conséquences de cet état de fait sur lesquelles je reviendrai ultérieurement sont, entre autre :

- les reports de charge de travail,
- le glissement des tâches,
- l'endossement de responsabilités sur poste sans en avoir les qualifications,
- la dilution de la responsabilité,
- la mise sous pression des encadrants qui forment en vain,
- le bien-être des résidents confié à « l'immaturité » professionnelle (jeunes sans formation, stagiaires, jeunes diplômés).

Pour l'équipe d'encadrement, ce déficit de compétences est un défi majeur. Ils confrontent les managers à leur capacité à « faire face », à « pallier à », à « être réactifs ». Leurs qualités managériales sont constamment sollicitées. Les capacités d'encadrement et de supervision attendues sur les postes-clés (médecins coordinateurs, cadres de santé, cadres de direction) sont soumises au test le plus rude : bâtir des projets solides avec des équipes mouvantes, fluctuantes et sous équipées. Le management en EHPAD devient

⁵³ 2 projets vont faciliter la liaison entre les deux pays :

*Le CEVA : d'une longueur de 16 km, dont 14 sur territoire suisse, cette ligne ferroviaire reliera la gare de Genève à Annemasse, tout en desservant les principaux centres d'activités de Genève. Le CEVA sera un trait d'union entre deux rives, deux cantons, deux pays.

*La construction d'une autre autoroute menant au centre de Genève depuis la France voisine.

« situationnel »⁵⁴. Les cadres doivent faire face à une « diversité des situations et des individus » ce qui exige d'eux de « disposer d'une gamme très variée de comportements »⁵⁵. Le management ne devient efficient lorsqu'il est situationnel, que lorsqu'il est « capable d'adopter le ou les styles que commande une situation donnée »⁵⁶, nouvelle et inopportune. Cette capacité d'adaptation et cette flexibilité ne vont pas de soi et nombre de collaborateurs sont en souffrance dans leur management quotidien, bousculés par la gestion de l'imprévu. L'usure des cadres est générée en partie par le sentiment de l'acte inopérant, celui qui consiste à bâtir les compétences d'un collaborateur et de ne pas pouvoir le retenir, recréant ainsi le vide partiellement comblé.

2 Une bientraitance menacée : diagnostic humain et identification des risques

Cette particularité territoriale du marché de l'emploi et son poids sur la disponibilité de ressources humaines m'invitent à identifier en détail leurs conséquences sur les EHPAD du CIAS.

Il s'agit dans un premier temps de décrire avec précision la constitution des effectifs de ces EHPAD. Puis dans un deuxième temps, de comparer la situation réelle des agents des deux côtés de la frontière pour évaluer les atouts et possibles inconvénients de ces emplois frontaliers. Ceci me permettra de déterminer si cette fuite des compétences sur la Suisse est liée principalement aux conditions salariales et s'il existe des leviers actionnables pour favoriser la fidélisation du personnel. Enfin, je reporterai les risques encourus par les différents acteurs des établissements du fait de ce déficit humain et des écarts tangibles avec les bonnes pratiques et le cadre de la bientraitance. Ceci me permettra au regard de ce diagnostic de pouvoir proposer des préconisations correctives.

2.1 Le déficit en ressources humaines constaté

2.1.1 Photographie des effectifs de ces EHPAD

L'EHPAD de Vétraz-Monthoux, le plus ancien, a un GMP⁵⁷ de 806, celui de Gaillard de 768. Le PMP⁵⁸ est de 274. Il n'a pas encore été évalué pour Gaillard, n'ayant atteint un

⁵⁴ TISSIER D., 2001, « *Management situationnel. Vers l'autonomie et la responsabilisation* », Paris, Insep consulting, p. 18.

⁵⁵ Idem, p.18

⁵⁶ Idem, p.18

⁵⁷ GMP : GIR (Groupe Iso-Ressource) Moyen Pondéré

⁵⁸ PMP : Pathos Moyen Pondéré

taux d'occupation satisfaisant qu'en 2012. Le GMP moyen des établissements publics selon une étude de KPMG⁵⁹ est de 691 et le PMP de 196. Les établissements du CIAS sont au-dessus de la moyenne citée. Le taux d'encadrement moyen toujours cité par cette étude est de 0,61 ETP⁶⁰ par nombre de lit occupé. Celui des deux EHPAD est de 0,67.

Au regard de la moyenne nationale, ils sont plutôt bien dotés, d'autant que le taux d'occupation n'a pas toujours été constant. Le nombre d'ETP pour les IDE⁶¹ est de 8 ETP sur le premier établissement et de 5 sur le second. Réciproquement, 20 aides-soignantes ou AMP et 16 ETP. Néanmoins, ces chiffres cachent une autre réalité. Si ces EHPAD disposent d'un taux d'encadrement satisfaisant, les postes d'infirmières sont soit non pourvus ou pourvus en intérim ou CDD de courte durée. Les postes d'ASI⁶² sont pourvus pour la plupart par des agents sociaux « faisant fonction de ». Le recours aux intérimaires est fréquent. La rotation sur les postes d'infirmières est importante. La moyenne d'ancienneté sur ce poste sur les deux établissements est inférieure à deux ans et demi.

Ainsi, les 2 EHPAD du CIAS sont confrontés à :

- **Une pénurie de personnel diplômé en poste**

Sur le premier établissement,

Sur 8 ETP IDE :

- 3 seulement sont titulaires.
- 5 sont en CDD, temps partiel, intérimaire.

Sur 20 ETP d'ASI :

- 10 seulement sont titulaires
- 10 sont en CDD et sont au demeurant des agents sociaux « faisant fonction de ».

Sur le deuxième établissement,

Sur 5 ETP IDE :

- il n'y a aucune titulaire.
- 2 sont en CDD,
- 2 sont des intérimaires « permanentes »,
- 1 poste est pourvu par de l'intérim en permanence.

Sur 16 ETP d'ASI :

- 1 seule est titulaire,

⁵⁹ KPMG : cabinet français d'audit. Janvier 2013, « *Observatoire des EHPAD* », p. 8 et 10.

Etude basée sur les données des comptes administratifs 2011 concernant 323 établissements publics et privés. 27 d'entre eux sont de la Région Rhône-Alpes.

⁶⁰ Equivalent Temps Plein.

⁶¹ Infirmier(e) diplômé d'Etat.

⁶² Aide-soignant (e) diplômé.

- 15 sont des CDD dont 9 sont des agents sociaux faisant fonction.

Les agents sociaux « faisant fonction » représentent plus de 50 % des ASI. Les IDE titulaires ne représentent que 23 % des effectifs. Ce problème de recrutement du personnel infirmier a déjà été relevé dans une évaluation faite par la direction lors du renouvellement de convention en 2009. « *Sur 7 postes IDE ouverts, seuls 3,5 postes sont couverts par un temps plein et 4 en temps partiels*⁶³ ». L'ossature RH est consistante, néanmoins les vacances de postes, les rotations élevées et le manque de qualification fragilisent l'ensemble. Très peu d'infirmières-stagiaires de la FPT⁶⁴ postulent sur les offres du CIAS. Pour certaines, elles travaillent un an maximum, puis une fois titularisées, demandent leur mutation ou s'expatrient.

- **Une pénurie de candidatures sur les ouvertures de postes**

Les ouvertures de postes d'infirmières suscitent peu de candidatures. Souvent, il s'agit de personnes hors département et qui annulent leur candidature lorsqu'elles prennent connaissance du niveau de prix des logements de la région⁶⁵. Il existe également un déficit de candidatures d'ASI qualifiées spontanées ou provoquées par une offre d'emploi issues de la fonction publique ou du secteur privé.

- **Un besoin important d'effort en formation**

La typologie particulière du corps des ASI, composé à plus de 50 % d'agents sociaux non qualifiés génère un besoin important en formation pour combler l'absence des fondamentaux « métier ». Le budget formation pour le personnel ASI / AMP 2013 pour les deux établissements est de 43 140 €. Force est de constater que l'évaluation exacte du coût de formation reste difficile à obtenir car n'y sont répertoriées que les formations « intra » et les inscriptions à la formation d'ASI. Le volet des cotisations et prestations CNFPT n'apparaissent pas. Les frais de formation sont relativement dilués. Je reviendrai dans mes préconisations sur l'importance d'avoir un suivi budgétaire précis qui met en exergue l'effort de formation. Entre 2007 et 2009, 11 formations intra ont été menées. 6 agents ont été accompagnés en VAE (4 ont réussi leur diplôme d'aide-soignant). La direction accorde 2 VAE par année à ses agents sociaux (idéalement pour obtenir le diplôme d'aide-soignante, à défaut celui de DEAVS (diplôme d'Etat auxiliaire de vie sociale) de niveau V (BEP-CAP).

⁶³ « Objectifs de la convention tripartite, 2010-2014 ».

⁶⁴ Fonction publique territoriale.

⁶⁵ Prix du loyer à Annemasse ou St-Julien en Genevois : 13,03 € le m², devant Bordeaux, Grenoble ou Lyon. (Paris : 23,7 € / m²). Ces villes affichent un taux de vacances de 1,95% contre 6,1 % pour Lyon.

- **Une difficulté à retenir le personnel qualifié**

En mars 2012, un audit organisationnel a été fait à la demande du président du CIAS. Cet audit fait ressortir les forces et les faiblesses RH qui sont : un ratio d'effectifs intéressant mais un nombre important de personnel non qualifié, un taux d'absentéisme et de turn-over élevés, qui annihilent la bonne dotation de ces établissements. Le turn-over a été estimé à 39 % et l'absentéisme à 12 %. (La moyenne de l'absentéisme en EHPAD est évaluée à 10 % selon « *L'observatoire des EHPAD* » de KPMG). Il n'existe pas à proprement parler dans ces établissements « d'obligations contractuelles » post-formation de devoir rester au service de la structure qui a supporté la formation.⁶⁶ Nombre de titulaires échappe à leurs obligations envers la fonction publique et envers l'établissement « sponsor ». La clause de formation ne peut être appliquée aux contractuels de droit privé puisque les financements ne sont pas issus de fonds propres. Cela aurait pu être un levier intéressant en matière de retour sur investissement. Toutefois, un agent pourrait aussi renoncer à la formation pour conserver sa mobilité.

La formation dans ce cadre est un outil paradoxal : nécessaire pour doter les agents de compétences, elle augmente lorsqu'elle est certifiante leur chance d'être plus facilement recrutés ou mutés ailleurs. Sur 8 VAE supportées par la direction depuis 2009, seuls 4 agents sont encore présents. Il est difficile de chiffrer avec précision le pourcentage des départs motivés par le choix d'expatriation. Néanmoins, en 2011, 4 IDE recrutés en CDD sont partis vers la Suisse à l'issue de leur contrat tout comme 3 ASI qualifiés. Si les EHPAD parviennent à nommer un stagiaire environ tous les deux mois depuis 2011, un seul d'entre eux à ce jour a réussi le concours d'aide-soignant.

- **Une mixité culturelle du personnel**

Ces établissements présentent également une particularité importante, la mixité des équipes. 18 agents employés sont étrangers (55%). Ceux-ci ne pourront pas être nommés stagiaires. La titularisation des étrangers dans la fonction publique n'étant pas possible sauf pour certains ressortissants issus de l'UE sous conditions.⁶⁷ La faible attractivité des métiers auprès des personnes âgées pourrait expliquer la forte présence de personnes étrangères qui par manque d'opportunités d'emploi postulent dans ce

⁶⁶ En ce qui concerne les agents titulaires, ils ont l'obligation d'exercer au moins 3 ans dans la fonction publique après une formation. Néanmoins, aucun texte ne les contraint à le faire dans leur structure d'origine. Ils peuvent respecter leur engagement dans n'importe quel corps de la fonction publique. Il est également difficile de « tracer » un agent qui quitte un établissement à un temps T et de faire fonctionner un recours possible auprès du Trésor Public pour obtenir un dédommagement.

⁶⁷ Loi n° 91-715 du 26 juillet 1991 portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000355009>

secteur. Le CIAS étant également soucieux de mener une politique sociale de proximité, tend à être actif auprès de la mission locale de la ville d'Annemasse en voulant favoriser le recrutement dans la zone urbaine sensible (ZUS) et en défendant les politiques d'aides à l'emploi. Cette configuration du personnel est un défi pour l'encadrement. L'impossibilité de titulariser une partie de ces agents les maintient dans un statut différent. Certains ont également un niveau de formation très faible et ont beaucoup de difficultés à s'approprier les pratiques qui requièrent des compétences rédactionnelles. Le report d'information écrite est une épreuve pour eux. La direction a été dans l'obligation de mettre en place un test écrit à l'embauche afin d'évaluer les agents. Ce test a relevé l'analphabétisme de certains candidats (pour certains étrangers, mais pas seulement). Ils ont été dirigés vers les services d'aide à l'alphabétisation de la ville mais n'ont pu être recrutés.

En plus des difficultés de niveau de langue et de qualifications, des dynamiques culturelles fortes se mettent en place et doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part de la direction. La défiance de certains agents envers d'autres, des tensions ou rivalités ethniques insoupçonnées fragilisent rapidement l'équilibre des équipes.

A ce stade, il est dès lors nécessaire de faire un comparatif des statuts entre fonction publique et emploi suisse. Cela me permettra d'identifier les leviers à actionner pour diminuer le risque d'hémorragie du personnel et renforcer les effectifs. Cela déterminera si l'emploi suisse reste si avantageux ou si les prestations sociales offertes en France peuvent revêtir sur le long terme un choix plus judicieux pour les agents. Le tableau synoptique proposé en annexe⁶⁸ a vocation de relever les éléments les plus importants liés à l'engagement pour identifier les leviers actionnables pour pérenniser le personnel dans ces établissements frontaliers.

2.1.2 Une étude comparée : fonction publique et emploi en Suisse

La FPT fut créée en 1982 et fait suite aux lois de transfert de compétences confiées aux collectivités locales dans le cadre de la décentralisation. Cette dernière représente 30 % environ des effectifs fonctionnaires (avec les fonctionnaires d'Etat⁶⁹ et les fonctionnaires hospitaliers⁷⁰). Les métiers de la FPT couvrent différents secteurs d'activités (administration, services techniques, culturels, sportifs, médico-sociaux et filières sanitaire, animation et police). Ses agents opèrent au niveau régional, départemental ou

⁶⁸ Voir Annexe n°2, tableau synoptique des statuts de la fonction publique et suisse.

⁶⁹ Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat.

⁷⁰ Loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

communal. Le statut des fonctionnaires territoriaux date de 1984⁷¹ et s'apparente à celui des fonctionnaires d'Etat sur le point d'entrée dans la fonction publique (avis de concours). Cependant, il en diffère par l'absence d'octroi systématique de poste même en situation de réussite au concours. Le lauréat intègre une liste d'aptitude, doit trouver une affectation par ses propres moyens et obtenir la titularisation sur son poste à l'issue d'une année révolue de stage. Cette titularisation est soumise à approbation de la hiérarchie.

L'arborescence de la fonction publique est importante ; elle est déclinée en filière, catégorie, grade et emploi. Chaque agent rentre dans une catégorie précise et évolue en fonction de celle-ci. Il est important de distinguer les titulaires des stagiaires et des non titulaires qui peuvent être soumis au droit public ou au droit privé. Les directeurs d'établissements publics décrivent parfois le système de gestion du personnel de FPT comme relativement rigide, contraint en matière de rémunération et de promotion et sont soumis à un cadre strict et peu malléable.

Pour une question de sémantique et de compréhension, je dois définir la terminologie utilisée en Suisse afin de rendre la lecture comparative plus aisée. En Suisse, un EHPAD est un EMS (établissement médico-social). La Convention collective du travail⁷² (CCT) des EMS pour personnes âgées a été conclue entre la Fédération genevoise des établissements médicaux sociaux (FEGEMS) et les syndicats⁷³. La CCT est appliquée de manière supplétive par les établissements de droit public. Elle est, par rapport au droit du travail suisse, plutôt favorable et avantageuse. En effet, elle octroie nombre d'avantages en regard de ce que le Code des obligations prévoit (équivalent du Code du droit du travail français). Elle est étendue à plus de 80% des EMS du canton de Genève. Elle est attractive et connue du personnel en recherche d'emploi dans le secteur.

Parmi les principaux domaines couverts par un engagement contractuel :

- **La protection**

Je peux avancer que globalement, l'agent sous contrat FP bénéficie d'une protection plus importante que l'employé en établissement suisse. La procédure de licenciement en Suisse est relativement simple, l'employé ne bénéficie pas de statut protégé. Le licenciement d'un agent de la FP requiert de déposer devant le Conseil de discipline, doit

⁷¹ Loi n°84-53 du 26 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale. Toutes trois issues de la loi n° 83-634 du 13 Juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires. Loi dite Le Pors.

⁷² Voir Annexe n°3. La convention collective du travail des EMS de Suisse romande.

⁷³ Elle est non étendue, c'est-à-dire qu'elle n'est valable que sur le seul canton de Genève (la Suisse est un état fédéral de 26 cantons). Elle ne s'applique qu'aux salariés travaillant dans un établissement membre de la FEGEMS, bien que les autres établissements, non soumis et dont les conditions de travail sont réglées par le Code des Obligations (CO) et la Loi sur le travail (LTr.), puissent y adhérer volontairement et par écrit.

être signalé en amont à la CTP⁷⁴ ou CAP⁷⁵. Ces procédures offrent au titulaire des moyens accrus de défense de ses intérêts. Un fonctionnaire ne peut être licencié que pour insuffisance professionnelle ou faute lourde. En cas de suppression de poste, il est reclassable. Il n'existe pas d'obligation de reclassement en Suisse. La protection du salarié malade est également meilleure dans la FP qu'en EMS suisse. Le fonctionnaire est intégralement protégé contre le licenciement en situation de longue maladie ou accident. Ce n'est pas le cas en Suisse.

- **Le temps de travail**

Si les amplitudes maximales du temps de travail sont relativement similaires d'un pays à l'autre, les statuts prévus par le contrat de travail en France, basés sur un horaire à 35 heures offrent au titulaire une possibilité de capitalisation d'heures complémentaires récupérables plus importantes.

- **Le droit à la formation est plus important en France**

En Suisse, l'obligation de l'employeur n'est engagée que par son propre intérêt. En France, il est réglementé et obligatoire. Il représente un pourcentage de cotisation obligatoire de la masse salariale. Le droit individuel de formation est un droit auquel ne peut se soustraire une collectivité.

- **Le droit aux vacances est similaire en France et en Suisse**

Un léger avantage en Suisse pour les salariés de plus de 60 ans qui obtiennent 6 semaines de congé annuel. Il y a plus de jours officiels de congés en France qu'en Suisse, 12 contre 9. (11 en réalité puisque l'un d'entre eux est un jour férié de solidarité en principe travaillé). Les congés spéciaux sont spécialement favorables dans la CCT suisse par rapport au cadre légal suisse. Ils rendent la convention attractive surtout pour ce qui concerne la garde d'un enfant malade (10 jours par année contre 6 en France). Toutefois, en France, la durée peut être étendue si la personne assume seule la charge de l'enfant ou si le conjoint est en recherche d'emploi.

- **Le congé maternité**

Il est le même en France que dans la CCT suisse, soit 16 semaines. Néanmoins, il devient plus favorable à l'agent titulaire qui voit son congé étendu en fonction du nombre d'enfants qu'il a à charge. Le nombre d'enfants n'a aucune influence en Suisse.

⁷⁴ Comité technique paritaire (ou CT).

⁷⁵ Commission administrative paritaire

- **Le maintien du salaire en cas de maladie ou accident.**

Les systèmes de compensation sont équivalents entre la CCT et le cadre de la FPT. Néanmoins, le maintien du salaire reste plus « avantageux » pour un frontalier, dans le sens que la rémunération versée lui permet de mieux minimiser l'impact des réductions possibles de salaire par rapport à son cadre de vie. Il vivra toujours plus « aisément » avec un salaire suisse, même à hauteur de 80 % qu'un agent de la FPT dans l'environnement genevois au coût de la vie plus prohibitif. Le frontalier tirera « avantage » d'un meilleur pouvoir d'achat, sa rente lui étant fixée en devises.

- **La retraite**

L'âge de la retraite en France est plus « séduisant » même s'il est actuellement en voie de réforme pour les agents de la FP. En Suisse, l'âge du départ à la retraite est fixé à 65 ans pour les hommes et 64 pour les femmes. Néanmoins, le frontalier reste avantagé par la suite du fait de ses indemnités calculées sur un salaire plus élevé. Il garde un niveau de vie bien supérieur à son collègue retraité de la FP. Un frontalier perçoit sa retraite suisse, même s'il réside en France, grâce aux accords bilatéraux. Par contre, l'âge de retraite en France reste attractif pour un personnel exposé à la pénibilité de travail (manutention, travail le weekend, exposition au stress, etc.).

- **L'assurance maladie**

La France demeure un des pays qui a un système de santé le plus protecteur. L'avantage octroyé aux frontaliers disparaît rapidement sur ce point. Tant sur l'accès aux soins que sur l'avantage financier. Pour la Suisse, une assurance maladie coûte en moyenne 400 € par mois, une franchise de même montant et 10 % à charge pour tout soin. Si jusqu'en 2014, le frontalier pouvait se garantir un accès égal aux soins côté suisse ou côté français en s'acquittant d'une assurance privée (en moyenne, entre 100 et 150 € par mois) lui assurant un remboursement de ses frais et une prise en charge globalement bonne, la situation sera différente dès 2014. En effet, un décret de 2002 met fin au droit d'option dont bénéficiait le personnel frontalier. Le frontalier devra s'acquitter d'une assurance frontalière beaucoup plus chère et être affilié au régime CMU de la sécurité sociale. Ce nouveau décret entamera de plus de 13,5 % la valeur brute du revenu ainsi perçu en Suisse. Et ce pourcentage ne comprend ni les accidents de travail, ni l'assurance vieillesse, ni la prévoyance, ni le chômage... Cette mesure est un grand changement dans les avantages du personnel frontalier. Elle suscite d'ailleurs de vives réactions de la part des différentes associations frontalières.

- **Le salaire**

Il est incontestable que la différence entre le revenu de la FP et le revenu suisse est importante. Le niveau de salaire élevé correspond à la cherté du niveau de vie sur le territoire suisse. Ainsi, pour vivre en zone frontalière où le coût de la vie est influencé par la Suisse, comme démontré précédemment, le salaire suisse est plus « confortable ».

Un infirmier de catégorie A, premier échelon, gagne 1583,56 € par mois ; un infirmier diplômé de classe 15 (équivalent en Suisse), bénéficie d'un traitement annuel de 85 008 francs suisses, soit un salaire mensuel de 5 667 €. En fin de carrière, ce même infirmier gagnera un revenu d'environ 9 578 €, contre 2 620 € pour le fonctionnaire. L'augmentation de salaire par échelon est beaucoup plus important en Suisse. En comparaison, le salaire d'un IDE de 1^{er} échelon en France est beaucoup moins rémunéré qu'un ASSC suisse de 1^{er} échelon (4 547 €). Pour information, le salaire de base d'un ASI de la FPT est de 1435,39 €.

Il est indéniable que la différence de salaire entre infirmière du même échelon est significative et reste un élément d'attractivité puissant pour le personnel français. Ce sont surtout les jeunes infirmières qui partent rapidement sur la Suisse ; les infirmières plus anciennes, membres de la fonction publique, sont moins mobiles. Il y a une tendance sur la région à voir revenir en fin de carrière quelques infirmières françaises qui postulent en établissement frontaliers, après une longue carrière en Suisse pour bénéficier en fin de parcours professionnel d'un retour dans le système français.

D'autre part, un agent qui demande sa mise en disponibilité de son établissement pour aller travailler ailleurs (comme en Suisse) peut le faire sur une période de 10 années. Sa seule obligation est d'informer chaque année son employeur précédent de sa situation. Il n'est radié de la fonction publique qu'au-delà de la 10^{ème} année révolue. L'agent, s'il souhaite réintégrer la fonction publique informe son établissement de son retour ; ce dernier doit le réintégrer si un poste correspondant à son niveau de qualification est ouvert ou va s'ouvrir. S'il n'a pas de possibilité, l'agent doit trouver un emploi dans un autre établissement. Il reste titulaire de son grade, non de son emploi. Ceci pourrait freiner les infirmières ou aides-soignantes à postuler en Suisse, mais étant donné la pénurie de ces catégories socio-professionnelles dans le secteur et dans la région, si le risque de ne pas trouver d'emploi dans l'établissement de leur choix existe, celui de rester sans emploi est minime, voire inexistant. Ce maintien du statut sur une période relativement importante reste ainsi peu contraignant. Il est aisé de réintégrer la fonction publique avant la retraite ou s'assurer d'avoir les quinze années de cotisation pour bénéficier du régime de retraite des fonctionnaires.

La fonction publique de par sa gestion des contrats de travail soumet les agents à des traitements différents selon qu'ils sont contractuels, stagiaires de la fonction publique ou

titulaires. A l'arrivée de la nouvelle direction dans les EHPAD du CIAS, les contrats offerts aux agents avaient une durée de 3 mois. Ce qui ne permettait pas aux agents de se projeter sur leur poste et à la direction de les fidéliser. Avec l'aval du CIAS et de la CTP, les contrats ont actuellement une durée annuelle. Cela a permis de sécuriser un peu plus les agents mais cela reste problématique sur le long terme. L'agent, libéré de ses obligations à l'issue de son année calendaire, a toute liberté pour postuler ailleurs. Il n'a pas à rompre son contrat. Seuls les titulaires ont des contrats à durée illimitée. Les représentants syndicaux ont poussé la direction à nommer stagiaires les contractuels afin de leur offrir le cadre de protection de la FP. C'est un dilemme complexe pour la direction. Nommer systématiquement sous le statut de stagiaire du personnel non qualifié sur des postes d'ASI bloque la possibilité de pouvoir un jour y positionner un agent qualifié. Cela implique une identification pointue des agents à fort potentiel et qui font preuve de fiabilité dans leur engagement. Il est important pour la direction de renforcer le système d'évaluation pendant la période de stage afin de ne pas avoir à titulariser un agent ne donnant pas pleine satisfaction.

2.1.3 Une problématique territoriale : le diagnostic partagé

Au-delà de la situation des EHPAD du CIAS, force est de constater que cette problématique de pénurie d'agents qualifiés et d'hémorragie vers la Suisse touche de nombreux établissements du territoire genevois. Qu'ils soient publics, associatifs ou hospitaliers.

Une association gérant deux EHPAD, l'un à l'Est de Thonon-les-Bains, l'autre vers Annecy voit son établissement du Léman être confronté à la même problématique. Ils ont tous deux une capacité de 80 lits, une unité de soins Alzheimer et un accueil de jour.

La situation dans l'établissement d'Annecy est différente. Les effectifs sont pourvus, le niveau de qualification est très bon (10 ASI sur 16 sont diplômés). La fidélisation du personnel est satisfaisante. Le turn-over moyen sur le personnel infirmier est inférieur à 5,7%. La frontière à 50 km, des conditions de circulation défavorables pour atteindre la ville de Genève freinent le personnel à faire la démarche de postuler en Suisse. De plus, Annecy offre un cadre de vie agréable avec de nombreuses commodités (dispositifs scolaires, bassin d'emploi important, loisirs, qualité de vie aux portes des Alpes). Les habitants s'y installent sur la durée. Le mouvement de population vers l'agglomération d'Annecy progresse malgré les limites foncières et les coûts du logement⁷⁶.

⁷⁶ ROUX, C., « Haute-Savoie : un dynamisme démographique tiré par la proximité de Genève », INSEE, http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14427

Le deuxième EHPAD du Léman, géré par la même direction générale est en proie à de plus grandes difficultés en ressources humaines. Le nombre de postes vides de son personnel infirmier est constant (en moyenne, 2 postes sur 5). Le recours à l'intérim est fréquent. Les ASI font défaut. Le personnel est jeune, peu expérimenté et l'établissement connaît chaque année des départs de personnel expérimenté vers la Suisse. Cet établissement se heurte à des ouvertures de postes qui demeurent lettres mortes. Seules quelques infirmières ou aides-soignantes, à quelques années de leur retraite, font le choix de revenir sur France et postulent dans cet établissement. Elles sont bien sûr recrutées. Mais leur nombre n'est pas significatif (2 retours depuis 2010).

Les hôpitaux de la région connaissent une carence similaire et luttent à leur échelle auprès des autorités pour que cet état de fait soit reconnu par les politiques.

En 2012, les hôpitaux d'Annecy et de Saint-Julien-en-Genevois ont annoncé leur fusion. Leurs moyens ont été mutualisés et une redistribution des pôles de médecine réorganisée. Le personnel est redéployé en fonction des pôles de compétences. Une des craintes majeures évoquées tant par les syndicats que par une partie de la direction est le risque de perdre des effectifs, qui mécontents du changement et forcés pour certains de quitter leur lieu de travail seront tentés de faire les démarches vers la Suisse. Ce risque a été évoqué plusieurs fois par les directions RH des deux établissements. Il serait intéressant d'en suivre l'évolution dans les mois à venir. La direction devra doubler de mesures d'accompagnement pour encourager son personnel à être partie prenante de cette fusion et de ne pas la considérer comme une invitation au départ.

Les établissements du bassin genevois entrent aussi en concurrence lorsqu'il s'agit de recruter ou de fidéliser du personnel. Le travail en hôpital, plus technique et plus proche de la formation initiale que le poste d'IDE en EHPAD attire davantage les jeunes diplômés. Et si une partie du personnel féminin quitte le rythme hospitalier pour se tourner vers les établissements médico-sociaux, pour négocier un temps partiel se conciliant mieux avec leur vie de famille, cela ne règle pas le problème de la pénurie sur le long terme.

2.2 L'identification des risques

La pénurie d'agents qualifiés et la difficulté à retenir les compétences sur le long terme impactent la qualité de prise en charge des résidents.

Ainsi, j'ai relevé un certain nombre de dysfonctionnements qui à terme représente un risque accru de mauvaises pratiques.

Dans un premier temps, je décrirai les risques observés liés au déficit « humain » dans l'organisation de l'accompagnement proposé aux résidents. Puis, je rappellerai le cadre des bonnes pratiques qui s'impose aux EHPAD, afin de mesurer les écarts entre la situation réelle et les objectifs de qualité souhaités et attendus. J'exposerai par la suite les préconisations et leviers d'action possibles pour au mieux renverser cette tendance ou en atténuer les effets.

2.2.1 Le point de vue des usagers et de leurs familles

- **La sécurité des personnes mise à mal :**

Les résidents doivent avoir la garantie d'évoluer dans un environnement « harmonieux ». L'EHPAD doit prévenir au maximum les risques susceptibles de détériorer les conditions de vie de ses occupants. Nous sommes ici dans le cadre d'établissements publics. La notion de « service public » est importante et doit respecter pour chaque usager sa capacité de « *prise de parole, de défection, (...), la participation, la négociation et le droit d'intervenir, d'évaluer l'action dans un climat de fidélité social*⁷⁷ ». Dans un cadre structurel mouvant, lié au mouvement incessant du personnel, quelle est la capacité des résidents à s'emparer de leur environnement et à s'en rendre « maître », surtout en situation de fragilité psychique ?

L'ANESM souligne l'importance de « *l'identification des professionnels par les résidents et leurs proches* » ainsi que leur accessibilité. Les rotations trop fréquentes du personnel fragilise cette identification et complexifie l'appropriation de l'environnement par le résident. Il est dès lors plus compliqué pour le personnel « *d'encourager les demandes et les initiatives du résident à leur rencontre*⁷⁸ ». Le renforcement des compétences relationnelles doit être une priorité pour contrebalancer les effets de la mobilité du personnel. Dans les EHPAD du CIAS comme évoqué précédemment, la rotation du personnel, le manque de qualification et de connaissances gérontologiques, qui plus est des maladies dégénératives, rend difficile l'instauration d'un accompagnement constant, solide et pérenne. Dans le cadre de la maladie d'Alzheimer⁷⁹, les professionnels sont face à des échanges relationnels complexes. Les personnes malades présentent à leurs

⁷⁷ BARREYRE J-Y, BOUQUET Brigitte, 2006, « *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* », Paris, Bayard, p. 607.

⁷⁸ ANESM, volet 2, « *Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne* », p 39 à 52.

⁷⁹ Maladie d'Alzheimer : atteinte neuronale chronique, caractérisée par une altération intellectuelle irréversible, aboutissant à un état démentiel. (Symptômes : déficit de communication, troubles de mémoire, d'orientations spatio-temporelles, de comportement, d'apraxie gestuelle, dégénérescences associées, psychiques ou physiques). <http://www.francealzheimers.org/la-maladie-d-alzheimer/d%C3%A9finition-de-la-maladie-d-alzheimer/104>

proches et aux professionnels une altérité différente. L. Ploton⁸⁰ décrit deux types de communication :

- la « *communication digitale* » (langage verbal, écrit, usages sociaux) : elle ne laisse pas de place à l'interprétation,
- la « *communication analogique* » (évocation, représentation, expression par comparaison) : elle relève de l'inné ou de l'acquis inconscient.

Les malades d'Alzheimer sont caractérisés par une disparition progressive de la maîtrise de l'expression digitale (amalgame, télescopage d'idées, erreurs d'expression, confusion, voire absence complète de la mise en mot). Ainsi, toute la difficulté du personnel accompagnant ces résidents est le décryptage de ce langage analogique et la capacité de l'interpréter ou d'en repérer les « *lapsus gestuels, l'expression comportementale, le langage des attitudes et des situations*⁸¹ ». Il est aisé de glisser vers le malentendu, la surreprésentation, le transfert de ses propres croyances, etc. Le personnel doit se prémunir de ces risques s'il veut avoir une compréhension plus juste. En a-t-il la capacité, les moyens et le temps lorsque les effectifs sont instables et peu formés ? La rotation du personnel dans les cantous ne favorise pas la mise en sécurité des résidents qui ont besoin de stabilité et de repères. Le recours à l'intérim, le remplacement « dernière minute », l'inexpérience du personnel sont des risques accrus pour les malades d'Alzheimer. L'identification du malade à ses accompagnants est compromise. Les visages changent. Les résidents sont en manque de repères. L'environnement ne rassure pas. Il soumet l'individu à l'inconnu. Exposer la personne âgée souffrant de troubles neurologiques au changement perpétuel de visages et de voix est une brèche sévère dans la qualité de son accompagnement. Elle est dépossédée du sentiment d'appartenance à un ensemble cohérent et stable. La personne âgée est soumise à la désorganisation « extérieure ».

- **La sécurité des soins :**

Si l'EHPAD n'est pas une structure sanitaire, sa médicalisation est néanmoins palpable. La relation de l'utilisateur à la santé est importante. La relation du soin induit une notion d'inégalité, entre celui qui s'en remet à l'autre pour être soulagé et celui qui a le pouvoir de guérir. Le soin sous-entend un état de faiblesse. Il est souvent source de douleur, d'appréhension. Il peut être intrusif (pose de sonde, cathéters), douloureux (escarres). Il mène parfois au refus de soin. La relation de la personne qui soigne et de l'utilisateur doit

⁸⁰ PLOTON, L., 2005, « *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence* », Saint Martin en Haut, Chronique Sociale, p 110.

⁸¹ Idem, p. 110.

être formalisée dans un projet de soins individualisé et révisé régulièrement. L'observation de l'état général du résident est une priorité. L'infirmière doit connaître les particularités de ses résidents, anticiper leurs besoins et leurs appréhensions puis les transmettre à ses équipes. Elle est référente du parcours de soins. Le résident doit pouvoir comprendre les soins reçus et s'y soumettre avec confiance. Cette confiance est compromise par le turn-over du personnel infirmier.

Une autre conséquence du turn-over est le manque de cohésion et de transmission des informations relatives aux résidents. Manque de personnel oblige, les transmissions se limitent aux informations utiles donc essentiellement médicales. Peu de place à l'individualité et à l'histoire du résident. Les transmissions informatiques sont codifiées et font moins référence à la façon de prendre en charge qu'à la mise en place d'un protocole, au traitement prescrit ou au résultat « douleur » d'une grille Doloplus⁸².

En exemple, lors d'une transmission, un infirmier intérimaire s'est plaint d'une résidente très agressive au moment des soins, notamment à la vue de son sang. Le jugement de l'infirmier était agacé, sévère. Il envisageait un signalement au médecin traitant, soupçonnant des problèmes de démences. Plus tard, il m'a été expliqué par le cadre de santé que cette résidente avait été extrêmement marquée par la disparition brutale de son fils dans un accident. Cet agent aurait très certainement abordé cette résidente différemment et aurait probablement fait preuve d'une plus grande empathie s'il avait eu connaissance de son histoire. La disparition de son fils a d'ailleurs été la cause de sa venue en EHPAD.

Le manque de formation initiale est un risque majeur dans la sécurité des soins. Le déficit d'ASI et les vacances de postes infirmiers induisent nécessairement un savoir-faire moindre, une faiblesse théorique et pratique. La culture « métier » est fluctuante. Le risque de « mal faire » et par conséquent de « faire mal » est accru. Non par intention de nuire, mais par ignorance. Le manque d'expérience peut se traduire par des gestes hésitants, mal assurés, s'ils ne sont pas supervisés ou encadrés. Le résident se voit confié aux mains de professionnels qui apprennent le métier « sur le tas ». Au regard de la complexité accrue de prise en charge médicale en EHPAD, le recrutement de personnel non formé questionne. Il y a inadéquation entre ces exigences et le profil des agents.

⁸² Echelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale.

Les recommandations de l'ANESM⁸³ induisent au personnel une « posture » professionnelle. Entre autre, l'agent doit communiquer au résident son état de santé et l'informer de ses droits. Les capacités autoréflexives et analytiques de l'agent requièrent un socle de connaissances solides. La capacité d'identifier les potentiels d'un résident comme d'en signaler les faiblesses est plus facile si l'agent le connaît et peut détecter ses possibles régressions. Repérer les potentialités d'un résident, c'est disposer d'un panel de références permettant d'évaluer ses capacités cognitives, physiques, sensorielles, son « *retentissement psychologique*⁸⁴ ». Le personnel doit être réceptif au refus de soin, qu'il soit de l'ordre du nursing (refus de douche) ou du soin (refus de prise de médicaments). Le manque d'expertise ampute cette « *capacité de lecture* ». La transmission aux infirmiers d'une perte de potentialité n'est pas systématique. Nombre d'observations remontent sans être nécessairement en lien avec une relation de cause à effet.

A l'image de cet agent qui, lors d'une transmission, se plaignait que Mme X avait de nouveau renversé son déjeuner sur elle (ce qui nécessita un change) et d'ajouter qu'elle n'était pas propre. Il ne s'est pas interrogé sur le pourquoi alors que cette attitude était relativement récente. Cette maladresse a été rectifiée par la suite par une des infirmières du service qui suggéra via le médecin coordinateur de faire passer une visite ophtalmologique à la résidente. La dégradation récente de son champ visuel a été confirmée. Il est difficile de reprocher à l'agent son manque de curiosité ou d'analyse. Il montre cependant la nécessité pour l'encadrement d'offrir à chaque agent un système de références et de savoirs minimaux sur la personne âgée pour l'aider à retranscrire les faits avec un regard critique.

J'ai constaté également une pratique « mécanique » des tâches à accomplir. Le curseur de réussite étant le respect de l'emploi du temps : x chambres ou x toilettes par étage avant le repas des résidents. Le résident n'est pas la valeur absolue de l'action.

J'ai été témoin de la réaction d'un agent lorsque le cadre de santé l'invita à ne pas faire la chambre d'une résidente (« *elle peut rester encore au lit* »). Il s'inquiéta de ne pas pouvoir s'acquitter de cette tâche (et par conséquent de devoir la faire plus tard). L'agent n'a pas perçu le bien-fondé de la requête. Cette résidente avait plusieurs fois souhaité se lever moins tôt. Elle avait en l'occurrence des heures d'endormissement tardives. En effet, elle refusait la prise de somnifères estimant que son sommeil était satisfaisant. L'accomplissement mécanique de la tâche a occulté l'analyse du besoin de la résidente.

⁸³ ANESM ; « *Qualité de vie en Ehpad (volet4) : l'accompagnement personnalisé de la santé du résident* », page 33.

⁸⁴ Idem

Une autre conséquence de cette configuration RH est le travail intérimaire. Les intérimaires, répondant à des appels en urgence, interviennent dans les unités pour compenser un déficit. Professionnelles, payées au contrat, leur investissement dans la structure, satisfaisant en matière de résultats, s'éloigne de la culture du lieu de vie qu'est l'EHPAD. Ce dernier ne peut être assimilé à un service gériatrique hospitalier. Les tensions sont parfois fortes entre les infirmières intérimaires expérimentées et les autres membres du personnel.

Une infirmière intérimaire, premier poste en EHPAD, a eu beaucoup de difficultés à abandonner sa posture « libérale » pour adopter un mode de fonctionnement conforme aux attentes de l'établissement. Son rythme et ses exigences se sont heurtés au manque d'expérience de ses collègues. Très vite découragée, elle développa contrôle et sarcasme envers « l'amateurisme » des équipes. Elle estima sa pratique non reconnue ; elle n'a pas entendu les recommandations de son cadre à se rapprocher de ses collaborateurs. Elle n'a pas pris la mesure de son environnement et n'a pas souhaité revenir dans cet EHPAD.

D'autres catégories socio-professionnelles sont plus stables dans les établissements. Ainsi, des tensions surgissent dans les équipes. Pour exemple, les agents sociaux affectés aux services du repas ou d'entretien finissent par avoir une lecture plus fine des résidents et parviennent à faire remonter des informations pertinentes, notamment sur leur perte de mobilité. Ces observations suscitent auprès du personnel soignant des réactions parfois « épidermiques ». Force est de constater que ce personnel-là connaît mieux les résidents, contrairement aux personnels « soins » trop mobiles. La pérennité du regard des « soignants » manque dans ces établissements.

- **La dignité de la personne :**

Ces EHPAD ont recours aux contrats aidés. Ces dispositifs sociaux facilitent l'embauche de jeunes, notamment issus de la zone urbaine sensible d'Annemasse. Initiative soutenue par le CIAS ; l'influence des maires est importante.

Le recrutement d'agents inexpérimentés parfois en situation personnelle difficile peut être un facteur de risque pour les résidents. L'accompagnement des actes quotidiens intimes (toilettes, habillement, soins) est confié à l'immaturité professionnelle d'agents sociaux jeunes n'ayant aucune notion gériatrique. Les dérapages verbaux sont fréquents parmi le personnel mais également envers les résidents. J'ai pu relever une tendance persistante au tutoiement. Un agent plaisantait lors d'une pause à propos d'un résident qui avait des problèmes d'incontinence fécale. Après discussion avec ce jeune agent, il s'étonnait que son comportement puisse être répréhensible. Pour lui, ce n'était pas irrespectueux, mais plus un « *il vaut mieux en rire, ce n'est pas si grave...* ».

D'autre part, la nudité ne va pas de soi. Un résident âgé peut être gêné de s'exposer devant des plus jeunes. La différence d'âge et de niveaux de langage sont un facteur perturbant. Le résident âgé est confronté à des différences générationnelles, culturelles et éducationnelles importantes. Sa dignité est parfois remise en cause par des agents qui ne voient pas en lui ce qu'il est ou a été mais ce qu'il représente pour eux : une vieille personne. L'encadrement ici est fondamental pour lutter contre ces dérives maltraitantes. C'est un élément qu'il faudra prendre en considération dans les préconisations futures. De même façon que la direction doit rester vigilante, car certains agents issus de l'immigration sont quant à eux confrontés au racisme à peine feint de certains résidents se plaignant plus volontiers d'eux, créant ainsi tensions et ressentiment.

Les familles ont fait et font remonter leur inquiétude et leur mécontentement liés à ce déficit humain. La relation entre la famille et l'établissement ne gagne pas en solidité avec ce va-et-vient du personnel, surtout dans le domaine du soin. La santé de l'aïeul est une des préoccupations les plus fortes pour les familles. La peur de voir son parent souffrir est légitime. La rotation du personnel référent est un maillon faible dans la chaîne de confiance entre équipes et familles. Beaucoup d'entre elles utilisent cela pour se plaindre et mettre en question les prestations de l'EHPAD, à tort ou à raison, au bénéfice des médecins traitants pas nécessairement gériatres. De nombreuses remarques se font entendre. « *Ça change tout le temps* » ; « *ils ne font rien pour garder leur personnel* » ; « *c'est l'usine* »... Des doutes sur les compétences managériales de l'équipe de direction sont évoqués. Les familles exigent des référents sur lesquels elles peuvent compter et ce, sur toute la durée du séjour de leur parent. Le départ des agents est vécu comme un abandon. La perte de confiance engendre un surinvestissement de certaines familles, parfois déplacé ou mal à propos, générant de nombreuses frustrations auprès du personnel et nécessitant des interventions nombreuses d'arbitrage de la part de la direction.

L'instabilité du personnel et son manque de qualification accroissent les risques d'une prise en charge de moindre qualité et exposent les résidents à des actes inappropriés, voire dangereux.

2.2.2 Le point de vue des professionnels

Par un effet miroir, cette faille systémique a des répercussions importantes sur le personnel qui en subit aussi les conséquences. Toute incidence sur le professionnel a nécessairement un impact pour le résident. C'est en cela que les relations des uns envers

les autres forment un système interdépendant. C'est le cas pour toute organisation où les défaillances des uns se répercutent sur la sécurité des autres.

J'ai identifié plusieurs risques majeurs, liés à ce déficit de compétence et au turn-over important du personnel soignant.

- **Des conditions de travail dégradées**

Le climat social :

Lorsque qu'un climat de méfiance s'instaure, la tendance est difficile à renverser. Les agents non qualifiés sont au cœur de la problématique et ils le savent. Ils subissent les remontrances des familles. Ils se voient accusés publiquement d'incompétence. Ce sont toujours les mêmes qui sont sollicités sur certains étages. Il n'est pas rare d'entendre des agents parler de certains résidents avec ressentiment. C'est un cercle vicieux difficile à briser. Cela engendre des tensions parmi le personnel lui-même. L'inexpérience des uns est lourde à porter pour les plus anciens. Des rivalités se créent entre les ASI et les agents sociaux « faisant fonction de » : « *Tu ne sais pas, tu n'as pas le diplôme* » ; « *je ne veux pas être en binôme avec Mme X, c'est une femme de ménage ; moi, je suis soignante, je vais devoir tout lui apprendre...* ». La tension entre infirmières et ASI est aussi palpable. Les premières étant souvent nouvelles ou en intérim, les relations de supervision perdent de leur légitimité. Le rôle de superviseur de l'infirmière n'est pas effectif. Il n'opère pas. Les infirmières intérimaires, pour la plupart, s'investissent dans la réalisation de l'acte paramédical pour laquelle elles sont contractées, sans s'investir réellement dans la gestion des équipes. Ce qui implique davantage le cadre de santé, qui voit sa charge de travail absorbé par la supervision terrain, au détriment de son rôle de coordinateur.

Les tensions avec la direction sont clairement identifiables. Les reproches sur son impuissance à garder des équipes stables et à laisser partir des compétences sont régulièrement abordés en réunion ou lors d'entrevues avec les représentants du personnel. Le personnel expose souvent sa souffrance face à un vide ressenti de main-d'œuvre qualifiée et n'a pas le sentiment que les mesures correctives soient réellement entreprises.

La légitimité conférée par le diplôme de la filière paramédicale distille une dichotomie importante au sein des équipes. La hiérarchie du soin, fondée sur la technique et un savoir-faire spécifique sanctionné par un diplôme d'Etat s'impose naturellement sur les autres axes de l'accompagnement. Cette dérive nécessite de la part des cadres de santé un effort important pour valoriser l'ensemble des activités menées et replacer le soin dans le contexte de l'accompagnement médico-social. Les équipes disparates en matière de qualification, d'origine sociale et ethnique, d'intérêt pour l'environnement de la gériatrie,

deviennent un cocktail explosif. Des synergies et des logiques de groupes se créent sapant le climat social.

Les risques psychosociaux :

Ces tensions accrues ont un impact sur le turn-over et les absences elles-mêmes. Le climat et la démotivation de certains agents engendrent l'absentéisme. S'il est toujours difficile d'identifier les causes réelles de l'absentéisme, le taux des établissements n'est pas bon. Il est très certainement lié à ce climat instable. Dans les différents entretiens menés, j'ai noté une démotivation importante de la part des cadres de santé qui s'investissent beaucoup dans l'encadrement des équipes, subissent des effectifs épars mais qui malgré leurs efforts, ne parviennent pas à retenir les agents formés. Mis en défaut par les familles qui les sollicitent davantage, (ayant moins confiance dans le personnel de proximité), les cadres de santé ont le sentiment de s'épuiser à la tâche et de ne pas voir le fruit de leur travail se concrétiser. Les objectifs de qualité sont importants, la pression pour y parvenir forte, les moyens jugés disparates. Un climat d'incompréhension s'installe aussi entre eux et la direction, pour les mêmes raisons que leurs collaborateurs. Ce sentiment entraîne démotivations sur le poste. Un des cadres de santé me faisait part de la mise en perspective du nombre de formations faites et de la faible fidélisation des agents formés, remettant en cause la pertinence du choix de la direction en faveur du personnel non formé à tout prix. Cette résignation est un signe fort pour la direction. Le « *à quoi bon* » est une attitude qu'il ne faut pas laisser perdurer dans les services surtout chez les cadres. L'instabilité des équipes est une source de stress importante pour les agents. Elle nécessite une gestion de l'urgence qui entraîne un rythme de travail plus soutenu, une pression supplémentaire au quotidien, des frustrations fortes génératrices de stress.

Le travail en EHPAD est exigeant. Certains agents ont évoqué une forme de « maltraitance institutionnelle » à leur encontre, sentiment de n'être pas suffisamment formé, encadré, soutenu. Ils disent être sous pression par le manque d'effectifs, d'avoir « peur » de l'erreur, d'être jugés plus que guidés. Si le terme de maltraitance doit être employé avec précaution, il exprime néanmoins une forme de souffrance au travail. Les représentants syndicaux se sont saisis de certains indicateurs (absentéisme, non-renouvellement de contrat, non-nomination d'agents sous statut de stagiaires, plaintes du conseil de vie sociale). Ces points sont abordés lors des CTP biannuels auxquels sont soumis les établissements.

L'absentéisme « pointille » la présence des agents sur la semaine et rend la gestion du planning chaotique. Le planning est à très court terme ; les agents n'ont pas la possibilité de se projeter au-delà de trois semaines de travail. Cette situation génère beaucoup de frustrations car les professionnels ne peuvent pas organiser leur vie privée. Les absences

inoportunes chamboulent le planning des autres agents, qui par obligation de service doivent modifier leurs horaires. Les heures coupées, encore trop présentes, sont très mal acceptées. Il existe six tranches horaires différentes ce qui complexifie les roulements. Les absences engendrent des glissements de tâches d'un agent sur un autre au pied levé. Le manque de qualification rend difficile l'équilibre des compétences sur les différents étages des établissements. Les rotations d'un site à l'autre ne sont pas appréciées parce que subies. J'ai plusieurs fois entendu l'emploi du terme « *service minimum* », expression inquiétante dans un service d'aide à la personne.

Les risques de pratiques professionnelles : manutention, soins...

Les agents sont mis en difficulté dans leurs pratiques quotidiennes par une mise en « *situation* » sans maîtrise. Ils doivent agir, réagir, non pas en fonction de connaissances précédemment acquises et expérimentées, mais en fonction de leur bon sens, de leurs habitudes ou sous la tutelle d'un autre agent. Les habitudes sont mauvaises conseillères si elles ne sont pas continuellement évaluées et supervisées. Les agents, avec ou sans formation, exécutant des actes difficiles (manutention de résidents en surpoids et invalides) et répétitifs sont plus exposés aux risques d'accidents du travail et aux troubles musculo-squelettiques (TMS). Ces agents ne sont que deux parfois pour des manipulations qui requièrent une tierce personne. La direction a récemment tenté d'introduire des « lèves-personnes ». Cependant et après observation, par manque de temps, les agents ne descendent pas dans les étages pour les utiliser. Malgré une sensibilisation autour du « gain » à long terme, la résistance à ce type de pratique est forte parce que perçue comme une perte de temps immédiate dans l'organisation des toilettes. Si la législation impose aujourd'hui aux directions d'établissement des mesures importantes⁸⁵ pour réduire les risques de TMS et d'accidents au travail, le manque d'effectifs et de qualification exposent les professionnels dans leur propre sécurité. Si les risques pour la santé et la sécurité des professionnels sont identifiés, répertoriés et font partie du « Document unique »⁸⁶, la capacité d'en garantir le respect et la stricte application relève d'un défi quotidien dans ce contexte.

Les risques de maltraitance :

⁸⁵ Article L4121-1 du Code du travail, (Quatrième Partie : Santé et sécurité au travail, Principes généraux de prévention, chapitre 1^{er}, obligations de l'employeur). http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?sessionId=B02C20CF3825D0BEC03DCDAEB7154BBE.tpdjo01v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528

⁸⁶ Le Document Unique d'évaluation des risques professionnels (DU ou DUER) créé par le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001.

Les actes liés aux soins, à la manutention, à la toilette, à l'habillement sont des sources de mauvaises manipulations qui peuvent être douloureuses et blesser un résident. Ces gestes peuvent être assimilés à des actes maltraitants s'ils ne sont pas effectués dans le respect des bonnes pratiques. Le résident ne peut pas toujours exprimer sa douleur oralement. Une réaction physique douloureuse peut être perçue comme une non-collaboration si l'agent ne sait pas interpréter les actes de repli liés à la douleur. Un acte anodin, saisir un résident par un bras pour le lever de son fauteuil, peut avoir des conséquences graves (luxation, fracture). L'agent, s'il n'a pas connaissance des bonnes pratiques et s'il ne les a pas acquises expose le résident à un risque important. L'institution en défaut de personnel qualifié participe malgré elle au risque de maltraitance de ses résidents. Elle doit apporter des solutions rapides de contrôle et d'encadrement pour limiter au maximum les risques sur les actes quotidiens d'accompagnement, du lever au coucher mais également pendant la nuit. Un effort a été mené en introduisant des fiches de suivi individuel des résidents, simples et explicites. Reste à savoir si elles sont régulièrement consultées et appliquées.

L'accompagnement de la fin de vie est un problème important pour ces EHPAD. Malgré une dotation en personnel satisfaisante en nombre et une volonté réelle de vouloir accompagner le résident dans les meilleures conditions possibles, le cadre de santé et le médecin coordinateur ont le plus souvent recours à l'hospitalisation. La prise de risque est trop grande pour assurer les soins palliatifs nécessaires. Sur 6 mois, 5 décès ont eu lieu à l'hôpital. 3 d'entre eux relevaient d'une fin de vie, les 2 autres étant consécutifs à une hospitalisation d'urgence. Cette situation, admise par les familles, est traumatisante pour les professionnels (et surtout pour le cadre de santé), qui ont le sentiment de ne pas aller au bout de leur devoir, n'offrant pas au résident la possibilité de mourir « chez lui ». Cette situation met en porte-à-faux la direction elle-même qui n'est pas toujours en capacité de respecter les directives anticipées préalablement établies. L'hospitalisation du résident en fin de vie réduit les risques de maltraitance sur le fond puisque l'établissement s'en remet à un tiers mieux doté pour l'assurer, mais cela ne réduit pas la maltraitance psychologique affligé au résident et à sa famille par le fait qu'ils ne peuvent pas vivre cet événement dans un cadre familial.

2.2.3 Le point de vue institutionnel : les établissements eux-mêmes

Ces problématiques RH ont des répercussions sur les établissements eux-mêmes. Elles ne contribuent ni à renforcer l'image et la réputation de ces EHPAD ni à renforcer leur attractivité. Si cela n'a pas d'impact à ce jour sur le taux d'occupation (mais les familles ont-elles vraiment le choix ?), ces tensions sont une caisse de résonance pour ces établissements. Le bouche-à-oreilles sur un territoire relativement réduit est aisé. Sur une

zone où la concurrence est importante en matière de recrutement, les informations relatives au manque de personnel (et donc, sur les conditions de travail) se colportent rapidement. L'attractivité des établissements passe par son personnel, ses résidents, les familles. L'information ou le cas échéant la désinformation peuvent endommager la crédibilité du service rendu. La rotation importante du personnel fait nécessairement naître des rumeurs sur la gestion des établissements. Un établissement attire des compétences par sa réputation, la qualité de ses prestations, son encadrement et son cadre de travail. Il faut pouvoir susciter des candidatures motivées et non simplement opportunistes.

L'image en demi-teinte d'un établissement a des répercussions sur le personnel à trois niveaux :

- son arrivée : l'attractivité réduite sur les candidatures spontanées ou liées à une vacance de poste. Hésitation à la postulation en fonction des rumeurs ou bouche-à-oreille défavorable,
- son occupation de poste : l'adhésion au projet d'établissement, l'identification aux valeurs, l'engagement sur le poste sont compromis par une organisation du travail peu stable, un encadrement en dent de scie, une gestion « pompier » des RH,
- son départ : ces facteurs influent et ne fidélisent pas les agents. Ils encouragent la mobilité vers un emploi plus en conformité avec leurs attentes, plus stable, plus sécurisant, voire mieux rémunéré.

Ces trois points alimentent la pénurie moyenne du personnel qualifié.

Les deux EHPAD en question sont la vitrine de la politique gériatrique du CIAS et à travers lui celle de la communauté de communes. Ces constats peuvent être utilisés par la direction comme levier pour sensibiliser et encourager les politiques à prendre la mesure de la situation, appuyer ses préconisations et optimiser les moyens. Le mécontentement des familles est un levier relativement efficace sur les élus, bien qu'il soit en partie fondé sur un ressenti négatif, peu constructif voire trop émotionnel. Ce mécontentement doit être accompagné par la direction pour lutter ensemble contre les effets du manque d'effectif et non pour alimenter les rancœurs des uns envers les autres. L'identification des risques et la photographie de la structure RH doivent permettre aux élus de travailler de concert avec la direction, pour trouver ensemble des solutions et pistes d'amélioration pour combler ce déficit. Il est entendu que la mission de ces EHPAD doit être maintenue et que la direction doit s'assurer du respect des bonnes pratiques au sein de ses établissements.

En reprenant les recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM, je m'aperçois de la distance qu'il existe parfois entre les conditions réelles au sein de ces établissements et le niveau attendu de performance. Il ne s'agit pas de pointer du doigt les déficiences

individuelles mais de montrer en quoi le système dans son ensemble compromet la conformité avec l'exigence de qualité et transforme la gestion de ces EHPAD en défi permanent.

2.3 De l'obligation de bientraitance au respect des bonnes pratiques : le défi des professionnels

Le secteur médico-social, de par son historique et son évolution, répond à un encadrement législatif et réglementaire important. De nombreuses lois ont accompagné son développement et ont donné une légitimité à ses actions auprès de publics en situation de précarité, physique, psychique, sociale, etc. Les affaires de maltraitance rendues publiques ont entaché la crédibilité du secteur et sa capacité à assurer un accompagnement digne de confiance. La vulnérabilité des usagers a été mise en lumière. En réaction, les pouvoirs publics, les associations et les professionnels ont produit d'année en année un cadre d'intervention de plus en plus sécurisé. Normalisations des autorisations d'exercer, certification des professionnels, évaluation des établissements et des services, système d'alerte à la maltraitance, renforcement des pratiques de gestion comptable et financière, rationalisation, optimisation de moyens, rendus de compte systématiques. Le cadre normatif a été renforcé et en parallèle un effort conséquent a été mené sur l'amélioration des pratiques et de la qualité. Les notions de bonnes pratiques, de bientraitance jalonnent les actions de chaque acteur du médico-social, qu'il évolue en établissement ou à domicile. L'importance des évaluations internes et externes, au-delà de la simple autorisation de renouvellement d'activités, devient un exercice en soi. Elles nécessitent une transparence de gestion, une appropriation du projet d'établissement par tous les acteurs (résidents, professionnels, familles). Cet objectif nécessite l'investissement individuel de chaque membre du personnel. Chacun doit pouvoir évaluer les prestations offertes, à l'aune des recommandations de bonnes pratiques, adapter son savoir-faire et son savoir-être en fonction. Néanmoins, si j'en juge par les observations et les entretiens menés en EHPAD frontalier, je m'interroge sur le réalisme d'une approche Qualité et sur l'implémentation de ces bonnes pratiques avec une infrastructure humaine fragilisée. En quoi ces exigences de qualité peuvent-elles s'appliquer et être respectées dans un environnement aussi peu stable ?

Le rappel, ici, des notions de bientraitance et de bonnes pratiques me semble nécessaire pour mesurer les écarts de ces établissements et réfléchir aux préconisations qu'il conviendra de défendre pour veiller à ce que ces exigences de qualité deviennent le fil rouge de l'action collective sans qu'elles se transforment en sanction.

2.3.1 Le défi de la bientraitance en EHPAD

Difficile de ne pas évoquer le concept de bientraitance dans l'accompagnement en établissement médico-social. Il fait référence à des notions anciennes telles que la bienfaisance, la bienveillance, l'empathie, la protection... Notion relativement récente, née d'une série d'affaires révélées dans les institutions pour personnes handicapées ou âgées dépendantes. Elle fut définie par de nombreux auteurs ou philosophes et a été reprise dans la littérature relative au secteur.⁸⁷ La notion de bientraitance s'est construite dans un contexte de changement auquel a été confronté le secteur sanitaire, médico-social et social : celui de l'introduction de concepts issus du secteur privé, à visée économique, managériale et idéologique. Les concepts de démarche qualité, de certification, d'évaluation, de mise en place de contrat d'objectifs et de moyens ont transformé le « résident » en « usager », voire en « client ». L'accompagnement est une prestation de service. L'individu s'efface derrière l'acte, le syndrome, la maladie, le prix de journée. Le concept de bientraitance donne à penser qu'il fut développé et qu'il est utilisé pour faire contrepoids à la gestion du rendement, de l'efficacité. Comme une réaction pour « ré-humaniser » les institutions et les pratiques. Cette notion de bientraitance, par sa connotation presque religieuse, renvoie à une figure sacrée de l'individu. Elle réduit par conséquent la part d'humanité incarnée dans ses faiblesses, sa dépendance, sa souffrance et son individualité. Elle donne naissance à un concept générique de la personne qui a besoin de support. Elle fait porter par ricochet sur chaque personne intervenant au plus près des publics fragiles le poids de la responsabilité et de la culpabilité. La maltraitance n'est-elle pas plus souvent abordée comme un acte individuel que comme la responsabilité entière d'une institution, d'un système social ou politique ? Toute relation humaine ne va pas de soi. L'interpersonnel ne se décrète pas. Il s'élabore, se travaille, se corrige, gagne en confiance ou en défiance. Ce concept de bientraitance doit être manipulé avec précaution. Néanmoins, je reconnais qu'il a le mérite de poser la question de l'éthique professionnelle, ce qui me semble être sa vocation première. Ainsi, cette notion de bientraitance me permettrait en tant que directrice de mettre en place des instances susceptibles d'accompagner les équipes dans l'élaboration d'un cadre de travail empathique et bienveillant. L'acte bientraitant est porteur de sens autant à celui qui le pratique qu'à celui qui en bénéficie. C'est une posture réciproque qui rétablit l'inégalité de fait entre un individu « dépendant » et un individu « valide ». Je reprends volontiers la citation de l'ANESM qui définit la bientraitance comme « *une démarche positive et une*

⁸⁷ WINNICOTT, D. W., « *De la pédiatrie à la psychanalyse* ». Paris: Payot, 1989, RICOEUR, P., « *Soi-même comme un autre* », Paris, Point, 1996) cités par l'ANESM, juillet 2008, « *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*, Nancy.

*mémoire du risque*⁸⁸ ». Elle est une « *culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives (...), elle vise à promouvoir le bien-être de l'utilisateur en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance*⁸⁹ ». Cette définition gomme ici les références philosophiques qui sacralisent l'individu pour lui préférer l'action, la démarche volontaire et réflexive. Elle rend compte des risques inhérents à la nature humaine, à sa capacité à être à la hauteur mais aussi à la possibilité qu'elle puisse se tromper et mal faire. La bientraitance est l'affaire de tous mais pèse en priorité sur les personnes en relation directe avec le résident. Le risque de maltraitance est plus important pour le personnel de proximité que pour le personnel de direction, administratif ou d'entretien. La configuration RH des EHPAD frontaliers est un terreau favorable à la mauvaise pratique. Les usagers sont confiés à des agents peu formés qui sont néanmoins en charge de multiples aspects, relationnels, psychologiques, préventifs, curatifs. Le risque est identifié mais est-il proprement adressé lorsque la pénurie perdure et ne permet pas de stabiliser les équipes ?

En conséquence, j'assiste parallèlement au fil des entretiens menés en EHPAD à un glissement de concept interpellant. Le personnel s'approprie ce vocable de maltraitance à son encontre, reprenant ainsi à son actif, les risques auxquels ils sont exposés.

Il est ici utile de rappeler que le concept de bientraitance fait écho dans le domaine de la gestion des ressources humaines à l'apparition des notions de harcèlement, de « burnout⁹⁰ », de management « maltraitant ». A la question sur la bientraitance posée au personnel des EHPAD où je me trouvais, celle-ci a généré de la justification (le manque de moyens), de la culpabilité (sentiment de ne pas faire le maximum) voire de la crainte (une stagiaire de direction qui questionne sur la bientraitance met mal à l'aise...). Les cadres m'ont tenu un discours réfléchi sur la question, le sentiment de culpabilité n'était pas absent. Les responsabilités liées à la bientraitance sont perçues comme lourdes. Les agents prennent en situation de sous-effectifs ou de manque de qualification une attitude d'auto-défense à l'évocation de cette notion. Cette réaction de protection mène insidieusement au rejet de la responsabilité individuelle sur le collectif ou sur l'encadrement. Certains agents se « dédouanent » des mauvaises pratiques sur le compte de la faiblesse du dispositif RH, tant est profond leur sentiment de ne pas pouvoir assumer leur rôle et responsabilité. Il est difficile de les en blâmer. Un agent me disait que le manque de moyens humains était « *une incitation à la mauvaise pratique* ». Le concept de bientraitance doit être « réhabilité » dans le sens évoqué par l'ANESM, une « *culture*

⁸⁸ ANESM, juillet 2008, « *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*, Nancy, Juillet 2008, p. 13.

⁸⁹ Idem, p. 14

⁹⁰ Syndrome d'épuisement au travail.

inspirant l'action ». Il ne doit pas être détourné de son sens premier pour exprimer la souffrance du personnel. Des mécanismes de compensation pour améliorer les conditions de travail et l'environnement des agents devront rapidement les replacer au centre des considérations de mise en œuvre de bientraitance, pour qu'ils en deviennent acteurs et garants.

2.3.2 Les recommandations de bonnes pratiques : une aide au management

L'expression « bonnes pratiques » désigne dans un milieu professionnel donné un ensemble de comportements qui font consensus et qui sont considérés comme indispensables par la plupart des professionnels du domaine⁹¹. Une démarche qualité y est le plus souvent associée.

Se greffent en parallèle les notions de sécurité et de prévention. Selon la Haute Autorité de la Santé, (HAS), les recommandations de bonnes pratiques (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « *des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données*⁹² ». Ces RBP ne doivent pas être un « *objectif en soi, mais s'intégrer dans un programme de bonne pratique allant de l'identification des points d'amélioration (...) à l'évaluation d'un programme*⁹³ ». Elles contribuent à l'élaboration d'une formation professionnelle continue. Par extension, ces RBP s'appliquent au domaine médico-social. Construites, élaborées et évaluées avec pour objectif l'optimisation de la qualité du service rendu, elles deviennent pour les responsables d'établissement un référentiel incontournable et un outil de management. Connaître ces recommandations, les comprendre, les transmettre, les implémenter, les respecter, les questionner et les faire évoluer en établissement est une nécessité pour garantir la qualité de l'accompagnement. Cela induit obligatoirement une remise en question régulière du savoir-faire existant.

L'enjeu managérial est important pour donner du corps à cette labélisation de l'agir et du faire.

L'accompagnement des personnes âgées en établissement, la labélisation en EHPAD et la pression des pouvoirs publics pour restaurer la confiance mise à mal par « l'épisode caniculaire », a donné lieu à une forte production littéraire de la part des agences nationales concernées. Diagnostics, évaluations, guidance, recommandations, normalisations, homogénéisation sont à l'ordre du jour pour supporter ces secteurs d'aide à la personne. L'ANESM a publié plusieurs RBP dans le secteur des personnes âgées,

⁹¹ HAS, « Méthodes d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques », http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

⁹² Idem.

⁹³ Idem.

sur l'éthique, la bientraitance, la prévention, la maladie d'Alzheimer, les évaluations, l'adaptation à l'emploi.... Entre 2011 et 2012, elle publie un guide recommandations, « *Qualité de vie en EHPAD* », qui s'articule en 4 volets⁹⁴ et couvre l'ensemble des étapes de la vie du résident, de l'accueil à son départ.

Ces recommandations sont des « *repères, des orientations, des pistes pour l'action* ». Elles ne sont ni « *des dispositions réglementaires (...)* et ne sont pas « *à prendre en tant que telles comme un référentiel d'évaluation pour le secteur médico-social*⁹⁵ ».

En même façon que le concept de bientraitance peut représenter une pression sur le personnel, les RBP peuvent faire de même. Maintenir la mise en conformité, le travail de veille et d'alignement sur les bonnes pratiques nécessite une bonne dose de patience. Reformuler, re-sensibiliser, superviser, réapprendre... Néanmoins, force est de constater que la mise à disposition de ces RBP est une plus-value pour les directions. Les outils mis à disposition, les guides et les référentiels sont autant d'aides au management. Le défi étant de les utiliser à bon escient et de savoir les adapter à sa structure et à ses ressources. Les RBP favorisent la mise en place d'une amélioration continue des savoir-faire et peuvent réduire l'impact du manque de formation initiale. La direction doit veiller à ce qu'elles soient accessibles et réalistes. Asséner les bonnes pratiques en institution sur le « *comment faire* » et ne pas veiller à ce que les moyens soient mobilisés et optimisés est une démarche vouée à l'échec parce que source de frustration et de tensions. La pression ressentie par le personnel que peut susciter une « *démarche d'amélioration continue de qualité* » doit être mesurée. Elle ne peut être acceptée, dans un contexte de sous-effectifs, si elle n'est pas accompagnée par les cadres des établissements. Elle sera perçue comme une forme d'aveuglement, pire d'harcèlement si elle est imposée sans égard aux difficultés RH subies par le personnel. La situation en flux tendu des équipes exige de la direction une posture particulière et une proximité de fait. Le poids des démarches « qualité » (indicateurs, RBP, évaluations...) sur des équipes réduites peut être contreproductif. Un agent me faisait remarquer que la direction est paradoxale parce qu'elle exige le même degré de service et de qualité avec des équipes en sous-effectif. La direction pourtant n'exige ni plus ni moins que ce à quoi la mission de l'établissement doit répondre mais elle soumet ses agents à des contraintes réelles, qui, si elles ne sont pas expliquées et reconnues, ont des effets pervers et démotivants. « *Seules peuvent*

⁹⁴ Confère les 4 livrets, ANESM, « *Qualité de vie en EHPAD* », Saint-Denis, 2011-2012, 232 pages.

⁹⁵ ANESM, mai 2011, « *Procédure d'élaboration des recommandations des bonnes pratiques professionnelles* », Saint Denis, p. 1

*prétendre à la validité les normes susceptibles de rencontrer l'adhésion de tous les intéressés en tant que participants d'une discussion pratique*⁹⁶ ».

La rigueur du cadre réglementaire et l'amélioration de la qualité ont un impact sur le style de management conduit en EHPAD. Ils doivent donner lieu à un positionnement spécifique, afin de pouvoir réussir l'adéquation entre objectifs et moyens, favoriser l'adhésion de tous et ce quelle que soit la configuration du personnel de l'établissement.

2.3.3 L'amélioration continue de la qualité et son influence sur le management en EHPAD

Selon Peroz, le socle de la démarche qualité dans le secteur social et médico-social repose sur un « *trptyque* »⁹⁷ ainsi défini :

- une « *éthique de conviction* », fondée sur les idéaux, les valeurs,
- une « *éthique de responsabilité* », fondée sur un ensemble de savoir théorique, de conventions partagées, de savoir-faire,
- une « *éthique de discussion* », fondée sur une approche déconcentrée qui considère chaque individu comme l'égal de l'autre.

La combinaison harmonieuse de ces trois formes d'éthique permet à tous les acteurs d'une structure de prendre part au projet commun de l'établissement, de se considérer comme étant partie intégrante d'un système. La visée éthique ultime doit être la reconnaissance de l'ensemble des acteurs : les usagers, les professionnels, mais également les familles, la direction et les partenaires. Les cadres et la direction en établissement médico-social doivent être les garants d'une amélioration continue de la qualité, fondée sur ces trois éthiques professionnelles. Ainsi, leur style managérial en est le vecteur, et ce quel que soient les particularités des établissements et leur environnement territorial. Néanmoins, le positionnement des cadres est difficile car ils sont constamment soumis aux tensions d'effectifs. Ils constatent la fuite de leurs agents, ont du mal à recruter les compétences dont ils ont besoin, se heurtent à des équipes, même si volontaires, en faible capacité de performance. Le manque de relai sur le terrain au niveau par exemple du personnel infirmier, censé superviser et manager les équipes, fait que les responsabilités du cadre de santé glissent vers le terrain et s'éloignent de son

⁹⁶ HABERMAS, J., « *De l'éthique de la discussion* », p.17, cité par PEROZ, C., 2011, « *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social ; promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance* », Paris, Seli Arslan, p.43.

⁹⁷ PEROZ, C., 2011, « *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social ; promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance* », Paris, Seli Arslan, p.8

mandat premier, la vision macro de son poste, la gestion d'un ensemble dans le respect d'une démarche qualité continue.

La gestion de l'affaire courante annihile la posture d'encadrement dont ont besoin l'ensemble des acteurs. En exemple, la gestion des plannings, bien qu'elle bénéficie d'un agent-cadre qui en a la responsabilité exclusive, reste chaotique et confronte le cadre de santé aux mécontentements de ses agents, qui sont bousculés dans l'organisation de leur travail et de leur sphère privée. Le cadre consacre une partie importante de sa matinée à « courir » derrière des agents disponibles pour combler les absences imprévues, tenter de trouver l'intérimaire pour la semaine suivante, a du mal à obtenir le dépôt des congés suffisamment à l'avance, etc. Sa posture d'encadrement est mise à mal parce qu'elle reflète une désorganisation structurelle. La gestion des plannings est un indicateur simple de la bonne organisation d'une structure. Or, le recours aux horaires coupés, notamment le weekend, pour pallier au manque de RH est très impopulaire. Les agents ont le sentiment de payer deux fois le manque d'effectifs et imputent ce mode d'organisation à leur encadrement, jugé incapable de trouver des solutions durables.

Une telle organisation ne peut perdurer sans entraîner une déliquescence du centre de gravité décisionnel et encourager le mouvement du personnel vers des structures plus stables avec des rémunérations plus attractives. Pour rappel, la Suisse s'incarne dans une valorisation salariale importante, un coefficient d'encadrement plus confortable. Il lui est donc aisé d'être attractif en comparaison d'établissements mis en difficulté par le manque de moyens humains. Une direction combative doit pouvoir ralentir le flux du personnel sur la Suisse en s'entourant d'un encadrement fort et impliqué et en actionnant tous les leviers possibles à portée de main ou à construire.

3 Une direction volontariste, porte-voix des enjeux territoriaux

Forte du constat du poids de la contrainte territoriale sur la gestion des EHPAD frontaliers, je mets en perspective, dans la dernière partie, mes préconisations avec les observations menées. Elles portent sur un axe tant interne qu'externe. Ces préconisations relèveront de stratégies afférentes aux domaines des Ressources humaines, aux recommandations managériales et organisationnelles. Enfin, je préconise de mener des stratégies territoriales de « lobbying⁹⁸ » auprès des autorités locales, régionales et nationales pour placer la population âgée de leur territoire au centre de leurs préoccupations et actions, en conformité avec les schémas régionaux et départementaux en vigueur.

⁹⁸ Un lobby est une structure organisée pour représenter et défendre les intérêts d'un groupe donné en exerçant des pressions ou influences (lobbying) sur des personnes ou institutions détentrices de pouvoir.

3.1 Renforcer l'attractivité par les outils de gestion et les stratégies de communication modernes

Sans présumer de la capacité réelle d'une direction à inverser seule la tendance d'un phénomène si large et économiquement si important, je suis persuadée que la mise en place de dispositifs externes et internes peut s'avérer être un levier important pour renforcer l'attractivité de ces EHPAD. Fondés sur une gestion des ressources humaines de proximité, ces dispositifs devront atténuer les conséquences de déficit humain auxquelles sont soumis ces établissements. Si certaines actions n'auront d'effets qu'à plus long terme, d'autres peuvent rapidement réhabiliter un climat de travail propice à la fidélisation et à l'appropriation des valeurs portées par la direction pour garantir la qualité de l'accompagnement des résidents.

Les trois axes développés ci-après sont :

- la sécurisation d'un dispositif de pilotage RH, outil de communication pour la direction,
- la mise en œuvre d'une stratégie de recrutement plus offensive,
- le développement d'un processus d'intégration conséquent du personnel.

3.1.1 Systématiser la capacité de diagnostic RH grâce aux indicateurs et rendre la communication interne plus convaincante

- **Les indicateurs.**

Les EHPAD du CIAS ont fourni un effort important de formalisation de données RH notamment dans la réalisation de leur bilan social⁹⁹ de fin d'année. Néanmoins, étant donné le contexte de ces établissements, il faut rendre la saisie et la lecture de ces informations plus automatiques et accessibles. Certains indicateurs quantitatifs ne peuvent donner lieu à une analyse qualitative (ex : les accidents de travail, les arrêts maladie). L'ANAP¹⁰⁰ propose des indicateurs¹⁰¹ pour structurer un diagnostic.

Deux risques possibles :

- ne pas identifier les bons indicateurs

⁹⁹ L'obligation de production du bilan social ne concerne que les établissements de plus de 300 employés, conformément aux dispositions en vigueur à l'article L2323-68 du Code du Travail. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006902001&dateTexte=20130707>

¹⁰⁰ ANAP : Agence Nationale d'Appui à la performance des ESSMS.

¹⁰¹ ANAP, « *Pilotage et performance ESMS* », Guide des indicateurs, Projet 2011 ANAP, Expérimentation tableau de bord partage ESMS. 81 pages.

- et/ou avoir trop d'indicateurs, ce qui finit par être peu exploitable.

D'où l'importance d'en définir le périmètre, la durée, la date, les personnes qui les mettent en place et les suivent. En ressources humaines, les indicateurs¹⁰² sont essentiels pour pouvoir dégager des tendances, croiser de l'information et donner aux cadres des références utiles. Ils sont nombreux : les emplois, les effectifs, les flux, le temps de travail, la rémunération, les catégories spécifiques (travailleurs handicapés), les formations, les caractéristiques des agents, etc. Il faut délimiter les plus probants, ceux qui ont du poids sur les prises de décision. Les taux de rotation, d'ancienneté et d'absentéisme sont les indicateurs-clés pour pointer les forces et faiblesses des EHPAD.

- **Des indicateurs aux tableaux de bord : Création d'une « Lettre Info RH »**

Les données extraites des indicateurs rendent nécessaire la création d'un tableau de bord mensuel, il trouve son utilité en communiquant, en interne, par le biais d'une « Lettre Info RH ». Celle-ci se voudra transparente sur la structure à un temps T du personnel de l'EHPAD, en particulier sur le nombre d'ETP, le nombre de postes vacants, les départs annoncés, les arrêts de travail, les recrutements, etc. La force d'une direction réside dans son pouvoir de communication. L'utilisation de tableaux de bord pensés et élaborés en fonction des objectifs qu'ils doivent servir est un atout pour tous les cadres de la structure qui rendent compte de leurs actions. La communication efficiente des données de gestion au personnel l'implique et le valorise davantage au sein de la structure. Les nombreux guides à l'élaboration de ces outils sont facilement transposables en EHPAD.

En résumé, la stratégie de communication interne que je propose aura un impact ascendant et descendant sur les strates de hiérarchie.

- **De la gestion par l'indicateur à la notion de performance**

La décision d'avoir centralisé la gestion des ressources humaines des deux établissements facilite un travail d'analyse plus élaboré. Néanmoins, le service RH se doit de devenir un véritable service de « gestion » des ressources humaines. Dissocier le service des paies et la GRH est essentiel.

Ces spécialistes des ressources humaines s'enquière du savoir et des méthodes de gestion d'établissements privés. Un tel système d'information et de communication leur échoit. Il s'agit ici d'implémenter la notion de « performance ». Ce concept, jusqu'alors réservé aux secteurs industriels et commerciaux fait son apparition dans les secteurs

¹⁰² URIOPSS ; « Elaborer des tableaux de bord Ressources Humaines ; prérequis à la mise en place d'un tableau de bord des ressources humaines », in « *Capitalisation de l'action GPEC – secteur social et médico-social, 2006-2010, 10 pages.*

sanitaire et médico-social créant au passage une certaine polémique. La performance, « nouvelle » forme de gestion, est entérinée par la loi HPST.¹⁰³ L'ANAP, reprend les domaines cités dans le décret n°2007-975 du 15 mai 2007, qui la décline selon trois axes¹⁰⁴ :

- la performance du système,
- la performance des structures dans leur environnement et territoire,
- la performance de l'organisation et du pilotage de la structure.

Ce concept invoque les notions de compétitivité, d'efficience, d'économie de ressources, et de rentabilité. Celles-ci peuvent paraître difficilement applicables en tant que telles au secteur médico-social parce qu'elles tendent à opposer un cadre formel de gestion à la particularité du public accueilli. Néanmoins, la direction doit s'en saisir comme socle de valeurs structurantes à son action. La performance doit être proposée comme un objectif sans être nécessairement confondue avec l'efficience. Disons que si l'efficience managériale est recherchée pour optimiser la performance, celle-ci ne peut se réduire dans le domaine médico-social à la seule notion de rendement. La direction doit garantir les dimensions de « l'humain », du service public et les transmettre à l'ensemble de ses collaborateurs. Ce positionnement facilite l'instauration d'un système de valeurs favorisant l'adhésion des équipes autour d'elle. Rendre performant un système, c'est rendre performant ses protagonistes.

3.1.2 Une communication externe dynamique au service de la stratégie de recrutement

Par définition, toute stratégie de recrutement s'appuie sur l'attractivité d'un secteur ou d'une entreprise et toute amélioration de l'attractivité facilite les actions de recrutement.

Recruter, nous l'avons vu, est une action complexe pour les EHPAD du bassin genevois. Elle demande un investissement important.

Comme mentionné précédemment, la filière gériatrique n'est pas des plus attractives. La pénibilité du travail, la représentation publique du grand âge et la vision commune autour des établissements pour personnes âgées ne favorisent pas l'attraction des jeunes professionnels vers ce secteur. Il faudrait pour contrebalancer donner à voir les EHPAD

¹⁰³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

¹⁰⁴ ANAP, « *Piloter la performance dans le secteur médico-social. Expérimentation d'un tableau de bord de pilotage* », Paris, Mai 2012, p. 5.

comme un accès à l'emploi, une porte d'entrée vers une carrière évolutive et un environnement porteur de valeurs humaines importantes.

Je propose par conséquent une stratégie de recrutement basée sur deux axes principaux :

- une démarche proactive sur le territoire,
- des outils de communication adaptés aux besoins de recrutement

- **Une démarche proactive sur le territoire**

Dans un premier temps, il me semble indispensable de systématiser les démarches proactives à l'égard des écoles et des centres de formation.

Sous trois angles :

- attirer des stagiaires volontaires,
- repérer les talents,
- valoriser la filière gériatrique auprès des futurs jeunes diplômés.

La Haute-Savoie compte trois instituts de formation en soins infirmiers. Le bassin genevois a la chance d'en accueillir deux (Thonon-les-Bains et Ambilly, banlieue d'Annemasse). Il y a quatre instituts de formation d'aides-soignantes, Annecy, Rumilly, Thonon-les-Bains et Ambilly. Les EHPAD du CIAS ont ainsi l'opportunité de côtoyer un centre de formation au sein de la même communauté de communes.

La concurrence est rude entre établissements. La directrice de la filière gériatrique de l'hôpital du Léman (Thonon-les-Bains) m'a fait part des mêmes difficultés de recrutement. Elle s'est beaucoup investie auprès du centre de formation infirmier annexé à l'hôpital. Il est donc difficile d'investir ce territoire-ci. Par contre, une démarche offensive envers le centre de formation d'Ambilly/Annemasse est à portée de main. (Cet institut accueille des promotions annuelles de 108 élèves infirmiers / ans et 68 aides-soignants). J'ai pris connaissance d'un projet d'extension, soutenu par les élus locaux¹⁰⁵, déposé auprès de l'ARS pour atteindre un nombre de 180 élèves. Ce projet d'extension a été discuté avec les autorités de santé genevoises qui ont pris également l'engagement d'augmenter leurs nombres d'élèves de 160 à 240. Cet engagement territorial franco-genevois peut à terme

¹⁰⁵ « L'objectif est de remédier à l'insuffisance du nombre de formations d'infirmières et d'aides-soignantes sur l'ensemble de notre territoire, alors que la population s'accroît, que nos équipements médicaux sont toujours en demande en raison d'un manque structurel de personnel, mais aussi que de nombreuses infirmières vont travailler en Suisse, où les salaires sont plus attractifs, et que Genève ne forme pas non plus suffisamment de personnel », DUPESSEY, C., (conseiller régional et maire d'Annemasse). « Un projet transfrontalier pour remédier au manque de personnel infirmier », Le Messenger, jeudi 31 janvier 2013.
http://www.lemessenger.fr/Actualite/Chablais/2013/02/03/article_un_projet_transfrontalier_pour_remedier.shtml

produire plus de diplômés et diminuer le risque de voir partir les infirmières françaises en Suisse si Genève augmente aussi sa capacité de formation¹⁰⁶.

L'activité exercée en établissement médico-social mérite d'être défendue dès les premières années de formation. Obtenir l'accès lors de rencontres formelles, entre promotions d'IDE, d'ASI et le personnel de l'EHPAD est indispensable. Le retour d'expérience est un moyen avéré de valoriser un métier et un environnement de travail. Il est nécessaire de lutter contre les idées reçues et les appréhensions des jeunes sur la « maison de retraite ». La direction mobilise ainsi son personnel soignant qui peut s'adresser à la relève comme un « pair ». Ces relations interprofessionnelles sont des actions simples et peu coûteuses. Les centres de formation recherchent l'implication de professionnels. Situés sur la même commune, les EHPAD du CIAS et le centre de formation doivent pouvoir interagir plus directement.

Il sera intéressant de rapidement mutualiser ces démarches avec d'autres établissements, par convention, et de pouvoir partager ainsi les frais éventuels ou tout investissement pour des campagnes de recrutement proactives. Ainsi, un rapprochement avec le centre hospitalier Alpes-Léman pourrait être envisagé en matière de communication de la filière gériatrique auprès des jeunes en formation avec le support de l'Agglomération (un de ses élus est chirurgien dans cet hôpital et responsable de la commission Gériatrie / Handicap). Le solliciter aidera au rapprochement de l'hôpital, de son pôle gériatrique, des EHPAD du CIAS et du centre de formation.

Accueillir des stagiaires est un bénéfice pour les établissements. A sa charge de mettre en œuvre une politique d'intégration efficace. Il est important d'ouvrir les portes des établissements aux élèves. Pour les inciter à se porter volontaire en EHPAD, il faut encourager les visites et les rencontres institutionnelles. Les visites peuvent être organisées autour d'un événement particulier, une fête, un anniversaire de résident, une exposition portée par l'animation. Une rencontre privilégiée avec des membres clés du personnel peut être envisagée pendant le service. C'est une action à double gain. Elle valorise à la fois le travail de celui qui en parle et le jeune en formation qui bénéficie du temps de ses pairs et de ces potentiels employeurs.

La sensibilisation au concours de la fonction publique et aux avantages de ce statut pourront ainsi être évoqués, de même que la discussion autour des statuts contractuels français et suisse.

¹⁰⁶ Ce projet a depuis reçu l'aval de l'ARS et est aujourd'hui au niveau du ministère concerné. Si le projet est validé, l'institut verra ses capacités de formation augmenter dès 2015 / 2016.

En parallèle, j'insiste également sur la nécessité de se rapprocher des acteurs locaux de l'emploi. Les agences dédiées à l'emploi¹⁰⁷ sollicitées par la direction doivent cibler et mieux orienter les candidatures des demandeurs d'emploi vers les EHPAD.

Force est de constater que les établissements médico-sociaux publics sont sollicités pour participer aux dispositifs d'aide à l'emploi (emploi d'avenir, CAE¹⁰⁸, aide à l'embauche des seniors). La collaboration s'impose donc entre eux et les acteurs territoriaux de l'emploi. Il y a un intérêt mutuel à optimiser les échanges et les résultats. Pour rappel, Annemasse possède une zone d'urbanisation sensible, « le Perrier ». Le taux de chômage y est important (13 %). Les élus de l'agglomération en font une priorité. Ainsi, il peut être intéressant pour la direction des EHPAD et les élus de renforcer le recrutement sur cette zone. La direction pourrait « en contrepartie » négocier auprès de la collectivité des supports plus conséquents pour intégrer, former et renforcer les agents ainsi recrutés. J'invoquais précédemment les problèmes liés à une maîtrise relative de la langue française, notamment à l'écrit. La direction pourrait solliciter les pouvoirs locaux pour bénéficier de formations. Via des associations locales, le financement d'heures de cours, etc. Pourquoi ne pas identifier un réseau de bénévoles.

Le rapprochement entre les EHPAD et les centres d'emploi dirigeront aussi vers l'emploi des personnes seniors, susceptibles d'établir des relations posées avec la personne âgée. J'ai évoqué précédemment les problématiques relationnelles induites par la différence d'âge. Une plus grande mixité d'âge est une plus-value pour ces établissements. Il faudra veiller à ce que l'équipe encadrante accompagne le personnel senior en tenant compte de l'exposition aux risques professionnels.

- **Des outils de communication adaptés aux besoins de recrutement**

Renforcer l'attractivité des établissements passe par la communication renforcée auprès des jeunes professionnels et des acteurs de l'emploi. Elle doit également agir sur d'autres réseaux et être plus offensive. Aujourd'hui, il existe de nombreux sites internet vantant les mérites de l'expatriation en Suisse mais trop peu d'informations circulent sur les avantages parfois relatifs que ce choix apporte. La direction peut agir efficacement sur les enjeux de la concurrence, en communiquant :

- en amont, dans les écoles, par l'animation de blogs ou autres interfaces spécifiques (qui pourraient être cogérés avec d'autres EHPAD frontaliers et le support du Groupement Transfrontalier¹⁰⁹),
- et par une diffusion plus large au sein de l'agglomération et du territoire.

¹⁰⁷ Pôle Emploi, mission locale.

¹⁰⁸ CAE : contrat d'accompagnement dans l'emploi

¹⁰⁹ Groupement transfrontalier européen : association à but non lucratif des travailleurs franco-suisse qui représente et défend les populations transfrontalières. (35 000 adhérents).

Il est bon de faire savoir que bien que la convention collective régissant les infirmières du secteur médico-social soit relativement avantageuse en Suisse romande, les avantages que peuvent revêtir un emploi en France, en particulier pour un titulaire de la fonction publique, ne sont pas négligeables. Il me semble important de valoriser la fonction publique et les avantages qu'elle offre, via un support de communication. Les agents doivent pouvoir participer à la rédaction d'articles, par exemple dans la Gazette des communes. Cette idée favorise la prise de conscience du personnel sur la relativité de « l'eldorado suisse », en étant eux-mêmes partie active dans les actions de sauvegarde et de développement des intérêts que leur confère leur statut. L'intérêt est ici que l'information ne soit pas simplement distillée par la direction, mais que les agents créent eux même l'information dans laquelle ils entrent en conviction.

Dans cette optique, il est également nécessaire de développer l'information au personnel sur les aides de proximité. Le CIAS s'est engagé dans une politique de prestations sociales.¹¹⁰ Des facilités avec les transports de la ville ont aussi été négociées.

L'aide au logement est plus difficile sur cette région. Néanmoins, pour première étape, le CIAS met à disposition des agents une chambre sur la commune d'Annemasse. Cela a permis à deux reprises de convaincre un agent d'accepter une offre d'emploi. L'accès au logement reste une contrainte importante sur ce territoire pour une personne seule au revenu restreint. La Haute-Savoie n'offre pas d'indemnisation de résidence pour ses fonctionnaires contrairement à d'autres régions, et ce malgré les contraintes du territoire.

Si le travailleur frontalier a un niveau de vie apparemment plus aisé, il bénéficie de moins d'aides locales (critères d'éligibilité basés sur les revenus). Sa qualité de vie peut être altérée par un temps de travail différent. Pas d'horaire à 35 heures, un système de récupérations d'heures moins intéressant, un temps de déplacement plus important et un accès moindre aux crèches et autres soutiens municipaux. Certains jeunes couples font le choix pour l'un des deux partenaires de travailler en zone française, pour une vie de famille plus sereine, au détriment d'un niveau de vie plus élevé. Il faut se saisir de ce concept de proximité et de la qualité de vie pour attirer du personnel en charge d'enfants. Ce message, relayé par les acteurs politiques locaux, pourrait avoir une portée non négligeable. Mieux communiquer sur les avantages cités contribuerait à contrebalancer l'image de l'attractivité suisse, peu abordés en définitive.

¹¹⁰ Les repas à des tarifs préférentiels. Les agents ont la possibilité de prendre leur repas à un coût modéré. La participation aux coûts des centres aérés et colonies pour les enfants du personnel et l'adhésion au CNAS qui offre plusieurs prestations (tarifs réduits cinéma, séjour vacances, secours exceptionnels, ticket CESU, etc).

La communication par les agents eux-mêmes, sous l'impulsion de la direction passe aussi par l'utilisation incontournable des réseaux sociaux. La tranche des 18-42 ans consacre une partie importante de son temps sur ce vecteur d'informations. Ne pas l'utiliser revient à se couper d'une opportunité importante. Les établissements frontaliers doivent utiliser ce média pour annoncer leurs besoins, vanter les mérites de la région, parler des avantages offerts par l'Agglomération, donner la parole à son personnel etc.

Actuellement, certains arguments sont porteurs : la réforme en cours de l'assurance maladie pour les frontaliers, la montée en puissance de groupes politiques genevois anti-frontaliers, le retour sur le territoire. Aller chercher les travailleurs frontaliers pro-activement par ce biais est un moyen de rendre les EHPAD plus attractifs et contemporains. De plus, si l'utilisation de ces moyens permet de faire revenir vers soi du personnel formé et expérimenté, c'est la capacité à pouvoir trouver en eux les cadres de demain.

Un autre dispositif indispensable en période de pénurie de personnel, de flux tendu lié à des périodes de congés ou d'absences prolongées, est la mise en place au niveau du service des RH, d'une « CVthèque ». A l'occasion d'une ouverture de poste, il est prudent de rencontrer un maximum d'agents et de pouvoir se constituer des listes de candidats qui répondent aux critères. Le risque que ces agents ne soient plus disponibles au bon moment est élevé, mais les rencontrer et les suivre peut faire la différence. Il est toujours utile de bénéficier d'une « banque de CV » dans cette région. Rencontrer un potentiel n'est pas une perte de temps mais un investissement. Certains, suite à un entretien favorable, peuvent maintenir une candidature dans l'établissement qui a fait l'effort de les rencontrer. Pour faire vivre un système comme celui-ci, la direction doit prendre soin d'y impliquer un membre de son équipe RH et un cadre de santé. La charge de travail est mieux répartie et la réactivité de l'établissement accrue. Sur une région aussi concurrentielle, la rapidité de traitement d'une candidature peut faire la différence.

Enfin, les efforts consentis au niveau du recrutement seront vains s'ils ne sont pas accompagnés d'une politique d'intégration forte, garantissant une immersion solide de l'agent recruté et favorisant à terme sa fidélisation. Une intégration réussie est garante de la pérennité de l'agent sur son poste.

3.1.3 Pérenniser le recrutement par un processus d'intégration performant.

Tout nouvelle recrue, quel que soit son type de contrat, doit bénéficier d'un accueil privilégié. Le processus d'intégration est une garantie pour :

- une prise de fonction plus rapide,

- le développement d'un sentiment d'appartenance à un groupe,
- une garantie d'une supervision personnalisée,
- un risque diminué d'exposer la personne âgée à un agent « parachuté » dans un environnement qu'il ne connaît pas

Ainsi, je propose plusieurs dispositifs :

- **un « package » d'entrée :**

Une brochure attractive comprenant la description du lieu de travail (plan, codes, accès), les points essentiels liés à l'organisation du travail (temps de pause, horaires, repas, etc.), des astuces sur l'environnement (transport, services sociaux et municipaux à disposition, quelques adresses utiles, etc..) sera remise à chaque nouvel agent. Un « carnet de route », incluant le projet d'établissement, transmis par les RH, auquel il pourra se référer.

- **un plan d'accompagnement individualisé :**

Un parrain sera nommé pour chaque nouvelle recrue. Il aura la responsabilité de veiller :

- à sa bonne intégration dans les équipes,
- à une présentation en bonne et due forme aux résidents,
- à la réalisation, avec l'agent, du bilan de son intégration dans les premières semaines avec la fixation d'objectifs et une première évaluation.

Cela nécessite une organisation en amont et une implication de tous dans l'accueil réservé au nouveau collaborateur. Une communication sur ce dispositif est nécessaire pour que chacun se l'approprie et en soit partie prenante.

Cet accompagnement limitera les « errances » du nouvel employé dans un milieu qui peut être perturbant. Ce parrainage libérera du temps pour les superviseurs hiérarchiques directs, qui se concentreront sur leur rôle managérial et de formation. Le maintien d'une communication fluide entre le parrain et le responsable hiérarchique sera importante pour faire émerger les éventuelles difficultés, les progrès de l'agent et diminuer les risques inhérent à toute nouvelle prise de poste.

- **Des plans de développement :**

Lors de mes stages, j'ai peu perçu la notion de « carrière » en tant que développement individuel. Dans la fonction publique, elle est quelque peu réduite au système de notation et d'évolution par échelon dans une grille préétablie. Les structures frontalières sont tellement en gestion tendue de leurs ressources que la notion d'accompagnement de carrière devient secondaire. Gérer les emplois et les compétences en situation de déficit RH doit être la priorité. A défaut de pouvoir attirer du personnel formé et stable, l'investissement sur le développement du personnel non qualifié devient incontournable.

La GPEC¹¹¹ prend ici tout son sens. Il n'est pas possible de redresser le bilan RH de ces EHPAD sans la mise en place d'une GPEC rigoureuse et projetée sur plusieurs années. Elle permettra de planifier l'axe « formation » en fonction des écarts qui auront été préalablement évalués. Les départs en retraite seront mieux anticipés et les promotions internes plus aisées. Le recrutement sera moins réactif. La GPEC aidera le service RH à mettre en place un accompagnement personnalisé. Les potentiels seront mieux identifiés et accompagnés dans leur cheminement professionnel. L'encouragement aux concours de la fonction publique sera soutenu. Des plans de carrière seront proposés. L'absence de perspective d'évolution affaiblit la capacité d'un établissement à fidéliser ses équipes. Les contraintes budgétaires en matière de formation ne doivent pas limiter les efforts d'investissement du suivi du personnel. Une attention particulière sera également portée au personnel senior des établissements afin d'aménager au mieux leurs conditions de travail et faciliter leur fin de carrière. Leur sera demandé une implication plus forte auprès des jeunes en matière de formation et de transfert de compétences en remplacement de certaines manipulations ou tâches devenues trop difficiles pour eux.

- **Un suivi personnalisé des stagiaires :**

Les EHPAD reçoivent plusieurs stagiaires des instituts de formation. Les équipes investissent du temps et de l'énergie dans l'accompagnement de ces futurs professionnels. En contrepartie, c'est une opportunité d'attirer ces jeunes vers le travail en établissement pour personnes âgées en leur montrant un environnement différent ce qu'ils pouvaient imaginer au départ. Les enjeux médico-sociaux autour de la personne âgée sont contemporains et doivent être montrés en tant que tels. Ce secteur est dynamique, porteur d'idées et de pratiques nouvelles. L'environnement des personnes âgées est riche d'innovations, il faut le mettre en exergue. Un personnel jeune peut contribuer à faire évoluer les pratiques, notamment dans le domaine de la technologie et des moyens de communication.

Le suivi post-stage de ces stagiaires devra être optimisé durant leur fin de cursus et autant qu'après l'obtention de leur diplôme. Il faut maintenir un contact privilégié avec ceux qui auront été évalués positivement (propositions de poste pré-candidature, sollicitation sur des remplacements pendant leurs congés).

Il faut pouvoir parler de carrière en EHPAD. L'attention portée à son personnel, à ses conditions de travail, au maintien de son niveau de motivation, au sens qu'il donne à son action, est cruciale. Les compétences et les efforts managériaux sont la pierre angulaire de toute gestion d'établissement, en particulier s'agissant des EHPAD où le socle RH est

¹¹¹ Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

plus fragile. L'enjeu est de taille, mais si l'équipe d'encadrement prend la mesure de son environnement, elle peut créer l'adhésion collective autour du projet d'établissement et autour de ses résidents.

3.2 D'un management situationnel à un management de proximité : optimiser la fidélisation du personnel

Fidéliser le personnel en EHPAD frontalier est un effort constant et nécessite une implication importante de toute la ligne managériale. Un des leviers pour encourager la fidélisation du personnel consiste à rendre les conditions de travail les plus harmonieuses possibles. Je suis convaincue que la qualité de l'encadrement, la stabilité de l'environnement et la dynamique d'équipe favorisent la motivation des agents à s'investir dans leur établissement. La notion d'amélioration continue de qualité doit s'appliquer aux conditions de travail et à l'environnement professionnel. De cela dépend le bien-être des résidents. Exposer le personnel à l'incertitude, à la routine, à l'instabilité ne favorise pas sa fidélisation. Les défis managériaux sont présents, motivants et la « bonne gestion » doit être la règle d'or.

J'ai décrit le management « *situationnel* » auquel ces EHPAD ont été confrontés dans le passé. Par opposition, la notion de « *management éthique* » pour définir le positionnement de la direction actuelle et celui qui pourrait être le mien. Mettre en valeur ce type managérial est important car il encourage des postures professionnelles qui imposent naturellement à l'ensemble de la structure un ordre de marche rigoureux, orienté résultats et néanmoins soucieux de l'humain. J'expose ci-après les préconisations à l'encontre du personnel et de l'encadrement.

3.2.1 Le « management éthique » : plus qu'un concept, un engagement

Il est peut paraître incongru de rapprocher le terme « éthique » au terme « management » Le management désigne, en général, « *l'ensemble des techniques de planification, d'organisation, de direction et de contrôle, mis en œuvre dans une organisation, afin qu'elle atteigne ses objectifs*¹¹² ». D'origine étymologique anglo-saxonne, le terme est appliqué au domaine économique, à la gestion des entreprises. L'éthique, quant à elle, est issue de la philosophie et s'apparente à la science morale. Néanmoins, parce qu'elle est à la fois pratique et normative, elle a pour finalité de définir quel doit être le comportement des individus, entre eux et envers les formes d'organisations qui les

¹¹² Larousse.

entourent. De ce concept du « vivre ensemble » est né celui du management éthique : la conciliation de l'action managériale et de la posture éthique, morale et responsable.

Un EHPAD est une organisation, avec des normes, des codes, des objectifs mais il est avant tout un lieu de vie.

Pourquoi défendre le concept de management éthique¹¹³ en EHPAD ?

Il permet en premier lieu d'établir les meilleures pratiques possibles afin de limiter les risques du « mal faire ». Il s'agit de pourvoir le personnel en guides, en références, en outils pour l'accompagner, limiter les dérives et sécuriser son environnement de travail. J'ai conscience qu'une profusion de protocoles ne garantit ni la qualité de l'accompagnement ni que l'attention portée à l'usager soit « humaine ». C'est en cela qu'il faut veiller à ce que « *l'équilibre entre les rigueurs du soin et les douceurs préservées de la vie quotidienne*¹¹⁴ » soit atteint et respecté. Ici intervient, je pense, l'instauration d'un système de valeurs prépondérant sur la technicité du geste.

Le management éthique donne du sens à l'action collective en réduisant l'écart qui peut exister entre les valeurs individuelles et les valeurs du groupe. La cohésion et la co-responsabilisation des agents sont cruciales pour mener à bien les objectifs de qualité fixés et exigés.

Il s'agit d'instaurer des « codes éthiques » qui peuvent être propres à une profession par la création d'une charte éthique propre aux établissements. Le personnel pourra s'y référer ce qui donnera du sens à son action. La charte est un garde-fou, une piqure de rappel à toute dérive comportementale ou perte d'adhésion. Elle sera partie au contrat de travail et fera partie du package de bienvenue, comme un engagement à s'inscrire dans une vision collective partagée. Le travail en EHPAD mérite de poser sur papier quelques grands principes tel que le respect, le partage, l'écoute, la disponibilité. Cette charte peut donner lieu en préambule à une définition positive de la personne âgée (ses besoins, sa liberté, son individualité et ses envies) et rappeler au tout à chacun son rôle auprès de ce public. Les valeurs sont parfois tellement tues ou suggérées qu'elles en deviennent inexistantes.

Il est important de rappeler que le management éthique concerne également la gestion des ressources humaines dans toutes les étapes entre l'employeur et l'agent. Ce

¹¹³ DESLANDES, G., 2012, « *Le management éthique* », Paris, Dunod, p. 103-124.

¹¹⁴ DELIOT C., CASAGRANDE A., 2005, « *Vieillir en institution. Témoignages de professionnels, regards de philosophes* », Paris, John Libbey, p. 52.

management nécessite un questionnement permanent sur la conformité des actions à la légalité, au respect des normes et au maintien d'un système de valeurs actif sans lequel toute adhésion à l'organisation est compromise. L'enjeu RH en EHPAD frontalier nécessite un positionnement éthique et juste adapté aux contraintes environnementales. Je favorise un management de proximité qui place l'individu, quel qu'il soit (usager, agent), au centre de mes préoccupations et lui signifie de façon formelle que l'établissement « compte » sur sa valeur. La reconnaissance professionnelle doit être au centre du dispositif de gestion des ressources humaines non du point de vue seul de l'agent mais au regard de la plus-value qu'il apporte aux résidents dont il s'occupe.

3.2.2 L'environnement de travail : objet de la démarche continue d'amélioration de la qualité

L'amélioration des conditions de travail est une priorité pour que les agents puissent évoluer dans un environnement sécurisant et avoir envie d'y demeurer. Un cadre de travail stressant et instable est un risque accru de démotivation, d'absentéisme et pousse les agents à prospecter ailleurs. Force est de constater qu'un EHPAD peut être un environnement propice à l'usure professionnelle et au « mal-être ». Personne ne peut minimiser les impacts liés à la confrontation à des situations compliquées (douleur, maladie, isolement, démence, fin de vie). Certes, certains résidents prennent une part active dans la vie de l'établissement. Ils sont une source d'information et de richesse individuelle importante de par leur vécu, leur mémoire et leurs souvenirs. Leurs désirs sont encore forts, dont ceux de l'autonomie et de liberté. Il n'en demeure pas moins vrai que la grande vieillesse renvoie en miroir une réalité parfois douloureuse : celle du « vieillir », de la faiblesse des corps. La perte de contrôle de certains mécanismes physiologiques comme l'incontinence ou la démence n'est pas un état anodin, pour celui qui en souffre comme pour celui qui doit y remédier. Cette réalité égratigne le respect qu'un individu peut avoir envers son congénère. Elle peut faire naître des sentiments de dégoût, de rejet ou d'impuissance. Voire de culpabilité.

- **Se confronter à la dépendance ne va pas de soi.**

Il est du rôle de la direction et de ses cadres de faire en sorte que cette confrontation n'en soit pas une. Elle doit se muer en une relation de confiance et d'entraide. Les pratiques professionnelles doivent être continuellement améliorées, le quotidien adouci, les retours sur le travail accompli plus fréquents, la valorisation des métiers plus forte. L'effort managérial doit être porté sur l'amélioration des conditions de travail, sur la prévention, l'écoute et l'accompagnement du personnel. L'attention qu'il lui sera donné est un élément

de fidélisation. Valoriser le « *ce que je fais est utile* » en lieu et place du « *à quoi bon* » est un défi important pour l'encadrement.

A ce stade, il est nécessaire d'émettre mes préconisations, dont la première exige de repenser le modèle d'organisation.

- **Repenser l'organisation du temps de travail**

J'ai noté que l'organisation des plannings était une source de tensions pour les agents, qui n'ont qu'une vision à court terme de leur emploi du temps. Les EHPAD du CIAS ont l'avantage d'avoir un poste dédié à la gestion des plannings. Les résultats doivent être optimisés.

Il faudra veiller :

- à ce que les périodes charnières (vacances de fin d'année, vacances annuelles, ponts) soient validées au moins 6 mois à l'avance (mettre en place un système de rotation pour une équité de traitement),
- à ce que les équipes constituées respectent l'équilibre des compétences par unité (agents qualifiés / non qualifiés ; stagiaires / tuteurs, juniors / seniors),
- à ce que les équipes soient mobiles d'une unité à l'autre pour répondre à des absences imprévues de courte durée (décloisonner les habitudes et créer une appartenance à l'ensemble),
- à ce que les alternances sur le nombre de weekends travaillés soient effectives, afin de ne pas systématiquement mobiliser les intérimaires ou les stagiaires,

Une meilleure anticipation des absences et l'optimisation des plannings doivent diminuer le recours systématique à l'intérim, coûteux car en sus du budget et surtout peu structurant. Cela garantira ainsi pour les agents une meilleure visibilité de leur emploi du temps. Ils pourront organiser leur agenda privé en conséquence.

Il s'agira d'optimiser les ratios de temps de travail en mettant en place des roulements d'alternance plus fluides. Les horaires coupés doivent à terme disparaître. En contrepartie, il faudra rappeler au personnel que le métier de « service » nécessite la même présence en semaine que le weekend. La présence en établissement les samedis, dimanches et jours fériés fait partie de leur cahier des charges. A charge de l'administration des plannings de veiller à la bonne rotation des agents pour qu'ils puissent bénéficier de deux jours consécutifs de repos dans la semaine.

Pour dénouer ces blocages autour des weekends, il faudrait les dynamiser en organisant des animations spécifiques pour gommer l'image de « jours morts », ainsi qualifiés par le personnel. L'implication de bénévoles et des familles peuvent y contribuer. Ce créneau

deviendrait ainsi une opportunité pour resserrer les liens entre les agents, les résidents, les familles et apaiser les différends nés des fluctuations RH. Le « faire ensemble » aidera à rompre la défiance que le turn-over fait naître.

Ne négligeant pas le fait que les imprévus seront toujours présents, je préconise la création d'un « pool¹¹⁵ » de remplacement. Il faut porter ce projet auprès d'autres établissements (hôpital, autres EHPAD, voire SSIAD). Il s'agit de mettre en commun les besoins collectifs de remplacement, évaluer les possibilités de co-gérer ce pool de professionnels qui peut se déployer en fonction des urgences et des besoins. Cela signifie pour chaque structure une participation financière en quote-part aux salaires et prestations sociales. Il faut nommer la structure « contractante » à laquelle doivent être rattachés les contrats. Privilégier dans un premier temps les établissements publics pour faciliter leur gestion et proposer une extension de ce service à des structures privées à but non lucratif. Ce projet à terme représente un gain financier par rapport au recours à l'intérim classique et sécurise les remplacements. Ce système a pour objectif d'apporter à la direction une plus grande flexibilité managériale, permettant une plus grande souplesse en faveur des agents obligés de s'absenter pour garde d'enfants malades (point important étant donné la proportion du personnel féminin en EHPAD).

- **Maintenir un effort de formation soutenue**

En EHPAD frontalier, l'effort de formation se justifie pleinement. Même si les efforts de recrutement, de communication et de management peuvent accroître l'attractivité des jeunes professionnels et les fidéliser davantage, la proportion des agents à former restera importante. Cela doit demeurer un axe fort de la politique RH mais dans un cadre plus formalisé, celui d'une GPEC. Il est également important de sensibiliser les fonctionnaires à l'engagement qui les lie à la fonction publique après leur formation. Il est imaginable d'établir une convention de formation entre le bénéficiaire et la direction, qui vise à maintenir l'agent sur son poste durant un délai convenu, par exemple 3 ans. Ce type de document est courant dans le secteur privé. Un employeur qui investit dans la formation de son personnel est en droit d'attendre un retour sur investissement. Certes dans le cadre qui m'occupe, cette convention aura plus une valeur « morale » que juridique, elle fera néanmoins prendre conscience du coût de la formation et de la légitimité de l'EHPAD à pouvoir en bénéficier un temps au moins. Former en continue une personne non qualifiée est une nécessité ; former un personnel « volatile » doit être questionné et évalué.

¹¹⁵ Notion utilisée en ressources humaines pour définir des professionnels constituant un réservoir de compétences à disposition d'une entité. C'est un ensemble de ressources réutilisables géré de façon commune par un ensemble d'utilisateurs.

- **Réduire les risques d'épuisement**

L'équilibre des équipes entre personnes formées et moins formées, un meilleur encadrement des stagiaires, l'instauration de bonnes pratiques, l'investissement en formation sur la manutention et l'ergonomie devraient réduire les risques d'épuisement. Si les effectifs sont mieux répartis sur les unités, la gestion des absences mieux gérée, le personnel doit par exemple prendre le temps d'utiliser les verticalisateurs qu'ils ont à disposition. Les agents doivent être sensibilisés à l'utilisation de ce matériel. Je pense également qu'un travail en concertation avec le médecin coordinateur et les cadres de santé doit être entrepris pour revoir la répartition des résidents en fonction du niveau de prise en charge qu'ils requièrent. Il suffit parfois d'un ou deux mouvements de résidents pour mieux équilibrer la charge de travail des équipes, ce qui renforce leurs capacités à mieux les accompagner. La direction doit s'assurer de la juste communication avec les résidents concernés et leurs familles pour obtenir leur consentement. L'intérêt collectif doit pouvoir être entendu.

Loin d'être anecdotique, le temps de pause est important en EHPAD. Il doit être optimisé. Trop d'agents font leur pause « entre deux portes » et ne prennent pas le temps de se détendre. Une meilleure rotation et répartition des agents facilitera la prise de pause et son alternance entre agents. Un espace particulier devrait être aménagé, si possible hors de la salle destinée aux repas. Les pauses de « midi » sont inadéquatement prises car elles interfèrent avec le repas des résidents. Une meilleure alternance est nécessaire et ce dès 11h15. Les agents doivent être sensibilisés sur le pourquoi de la pause et ses effets compensatoires. Les EHPAD ont mis en place un tarif préférentiel pour les repas de ses agents, un plus pour une pause autour d'un repas équilibré.

Les déficits RH génèrent de nombreuses tensions entre les équipes et avec les résidents. Les risques psychosociaux et l'exposition au stress sont réels. Le sentiment de ne pas faire un travail de qualité, de ne pas avoir le temps, de ne pas être supporté sont des facteurs aggravants d'exposition au stress. La constitution de binômes plus équilibrés en matière d'expérience peut réduire la part de stress de « l'apprenant ». Il faut veiller à ce que le « senior » ou « parrain » puisse de temps à autre tourner également avec des personnes plus autonomes, pour pouvoir exercer son métier sans être à « charge » d'un autre agent en permanence.

L'exposition à l'usure psychologique est importante, notamment dans les cantous. L'environnement déstabilisant de ces usagers, déambulants, crieurs ou prostrés peut exposer les agents à leurs limites d'acceptation, de tolérance, de compréhension.

Je recommande la mise en place d'un système de référents par usagers, tout spécifiquement dans ces unités, pour recréer un lien plus tenu entre le résident et les

agents. Actuellement, un accompagnement individualisé est mis en place. Avec le support de la psychologue et du médecin coordinateur, un agent doit être identifié comme référent et sera formé sur ce rôle. Responsabiliser un agent sur l'accompagnement d'un ou deux résidents lui permettra de donner plus de sens à son activité quotidienne. Les usagers ainsi accompagnés devraient moins pâtir de la rotation du personnel. L'environnement sera mieux sécurisé en conformité avec les exigences fixées.

D'autre part, il me semble opportun de créer des espaces de libre parole entre agents, pour l'expression de leurs stress et frustrations. Ces espaces de communication doivent être encouragés et animés par le cadre de santé qui sera capable de ramener les équipes vers les fondamentaux, de porter les messages-clés vers la direction et de renforcer la prévention des risques par un système d'alerte. Laisser la parole « fuser » et permettre aux agents de mettre à plat leurs ressentis formellement facilitent l'instauration d'un climat de confiance. Il faut veiller que ces sessions de paroles ne soient pas monopolisées par un groupe mais que l'ensemble des agents y est accès quelle que soit leur fonction, leur origine, leur ancienneté. Elles permettront aussi de rompre avec la routine professionnelle.

Ces espaces d'échanges n'excluent pas les sessions de « defusing » ou de « debriefing émotionnel » ad-hoc menées par la psychologue, généralement liées à un événement traumatique ou anxiogène (le décès d'un résident, une relation douloureuse avec une famille, etc.). La direction doit rendre possible la tenue de ces sessions d'échanges pendant les heures de travail par petits groupes à un rythme régulier.

Je les distingue également des sessions d'analyse de pratiques qui sont liées au concept d'amélioration de la posture professionnelle et du perfectionnement des acquis. Celles-ci sont bien également importantes et doivent être pilotées par les responsables de « pôles ».

D'autre part, je pense important d'encourager les possibilités de « visites » organisées pour certains agents dans d'autres établissements innovants ou en phase de projet pilote. Il existe en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer des structures expérimentales (médico-sociales ou non). Permettre au personnel d'échanger avec d'autres professionnels sur des problématiques qu'ils rencontrent et découvrir des prises en charges différentes est un facteur de motivation important. C'est aussi en retour un moyen pour la direction d'être « challengée » par ces agents sur des investissements à envisager, des évolutions possibles et des remises en question de pratiques. Se confronter à d'autres réalités permet de relativiser les forces et les faiblesses de son environnement et de les objectiver.

Il faut également rendre possible les échanges formels entre le personnel de l'hôpital Alpes-Léman et les agents des EHPAD. Plus en amont, je faisais allusion à la problématique de la fin de vie dans ces EHPAD. Si l'objectif est bien évidemment de pouvoir doter à terme ces établissements d'une capacité de réponse satisfaisante, le renfort des liens entre l'hôpital et les EHPAD, via le cadre de santé ou le médecin coordinateur, peut permettre de conserver le lien avec l'usager. La direction doit construire des passerelles avec l'hôpital de référence par la signature d'une convention.

Je suis également convaincue que le recours à la télémédecine sera plus présent en EHPAD dans les années à venir. C'est une avancée technologique intéressante pour des structures qui veulent demeurer des lieux de vie et non des centres hospitaliers. Le recours à un système technologique de ce type peut conforter les prises de décision et renforcer les dispositifs Soins en l'absence de médecin. Cette technologie met en relation les professionnels entre eux. Elle peut renforcer le diagnostic des équipes et les accompagner. Les coûts d'installation sont trop importants pour un groupe de deux établissements et pour un hôpital de taille moyenne. Néanmoins, j'ai pu constater que l'ARS d'Île de France s'est saisi de ce sujet et des projets pilotes sont en cours¹¹⁶. Il serait intéressant d'enquêter sur les initiatives en cours au niveau de la Région Rhône-Alpes et le cas échéant, mobiliser un groupement de professionnels autour de ces enjeux technologiques dans la région. Il existe des centres hospitaliers d'importance autour du bassin genevois ; les opportunités sont peut-être à portée de main.

- **Mieux utiliser la force multiculturelle des équipes**

J'ai mentionné que la mixité des équipes pouvait donner lieu à des tensions entre agents et avec les résidents. Il est nécessaire d'anticiper les zones potentielles de friction ou d'incompréhension en prenant soin de :

- mieux équilibrer la mixité des équipes,
- veiller à ce que les premiers signes d'alerte soient traités ouvertement entre agents concernés et la direction. La charte précédemment évoquée sera une aide au rappel du « vivre ensemble »,
- encourager les échanges multiculturels (mettre en valeurs les différences culturelles par des animations à thème, solliciter les agents à faire vivre leur « différence » autrement).

¹¹⁶ Projet pilote mené entre le centre hospitalier de Vaugirard (hôpital de jour, USLD, soins de suite et rééducation, unité gériatrique aiguë) et l'hôpital européen Georges Pompidou, Telegeria, Centre d'analyse stratégique, Pr. Espinosa.
http://www.strategie.gouv.fr/system/files/ppt_seminaire_offre_sante_espinozagouaze.pdf

L'organisation de session de « *team building*¹¹⁷ » reste compliquée en EHPAD car les effectifs ne peuvent être réquisitionnés à l'extérieur de l'établissement. Néanmoins, je propose aux cadres de réfléchir aux possibilités de mettre en place des sessions pour souder les équipes par le biais d'activités autres que celles rattachées à leurs fonctions. Il existe des activités simples, peu coûteuses, relaxantes qui sont intéressantes à proposer¹¹⁸. Une équipe dynamique et soudée contribue à la fidélisation des agents.

- **Lutter contre les « *replis corporatistes*¹¹⁹ »**

La différence entre diplômés et non diplômés accroît les tensions et favorise le repli corporatiste des fonctions. Les efforts pour renforcer les compétences locales doivent être accompagnés d'une communication importante envers les agents. Il ne faut pas sacraliser une profession et en stigmatiser une autre. La valorisation des métiers passe par une communication forte autour des rôles et responsabilités de chacun et la place qu'occupe chaque individu dans la structure. Aucune fonction ne peut être performante sans le support des autres. La hiérarchie des établissements est construite sur la base d'un organigramme vertical. A mon sens, il devrait plutôt rendre compte de la transversalité des fonctions, des passerelles entre agents, avec comme centre de gravité l'usager. Un organigramme par activités serait beaucoup plus porteur parce qu'il montre la corrélation des agents les uns envers les autres.

- **Renforcer l'autonomie des équipes**

Un des objectifs du management est l'autonomisation des équipes. Son absence conduit à une décentralisation des pouvoirs d'encadrement de la direction vers le terrain au détriment des cadres intermédiaires. J'ai précédemment montré que le manque de qualification et l'absence de personnes référentes stables contraignent les cadres à faire souvent eux-mêmes ce qu'ils n'osent déléguer. Cette posture ambivalente est usante et facteur de démotivation. Ce « délit d'ingérence » dans le quotidien des équipes doit être contrebalancé par le renfort des compétences managériales des cadres et par la montée en puissance de l'autonomie des équipes. Le rôle de l'encadrement doit retrouver sa méta-position diluée dans la gestion « de l'urgence ». Par conséquent, je préconise par la

¹¹⁷ « Team building » : « construction d'équipe ». Concept né dans les années 1980 aux Etats-Unis des théories du management et de la gestion des ressources humaines.

¹¹⁸ Des associations locales peuvent être sollicitées pour venir animer des sessions de relaxation, sophrologie de groupe, jeux de rôles. Le CIAS devrait être sollicité pour budgéter cette initiative qui aurait des effets bénéfiques sur la cohésion de groupe.

¹¹⁹ Expression empruntée à BOUQUET B., 2012, « *Ethique et travail social, une recherche du sens* », 2^{ème} édition, Paris, Dunod, p. 203.

suite un effort particulier sur la formation et la responsabilité des cadres dans les établissements, ce qui rend nécessaire une révision de la gouvernance¹²⁰ de ces EHPAD.

3.2.3 Renforcer la force managériale : une gouvernance affirmée

H. Mintzberg cite les différents rôles du manager¹²¹ : être un régulateur, un répartiteur de ressources, un négociateur, etc. Le fonctionnement de ces EHPAD impacté par une pénurie de personnel montre que la gestion du temps, l'organisation du travail, la régulation sont difficiles et aléatoires. Le mode de gestion est réactif. Les capacités de se projeter, de donner des objectifs sur le long terme, de planifier sont plus difficiles. Il y a confusion des rôles et responsabilités entre la direction, les cadres intermédiaires et les agents. Les strates de supervision sont floues. Il est crucial de rappeler que le cadre est catalyseur de talents : il les repère, les encourage, les sollicite et les met au service de la « mission » de l'établissement. Les cadres sont des éléments-clés pour la mise en place d'une gouvernance réussie. Affirmer la nécessité de la « *bonne gouvernance*¹²² » dans ces établissements est importante.

Je l'ai précédemment mis en exergue, en préconisant la mise en place :

- du renforcement du pôle RH qui devient support au cadre de santé en charge des plannings et de l'organisation du travail pour le personnel,
 - du renforcement des compétences managériales des cadres de santé et médecin coordinateur (solliciter des financements pour la prise en charge de formations spécialisées),
 - de la consolidation des plateformes de travail entre coordinateurs de pôles (agenda fixé en avance, réunions hebdomadaires entre cadres de direction, prises de minutes, fixation d'objectifs transversaux et délais fixés dans le temps, système d'évaluation optimisé du personnel et des cadres, etc.).
-
- **Une priorité : affirmer les rôles et responsabilités**

Pour ce faire, il me semble important ici de partir dans un premier temps, du rôle et responsabilité du personnel infirmier. Il doit avoir un rôle moteur pour les équipes. Il doit être sensibilisé et encouragé à utiliser sa fonction non comme référent « sanitaire » mais

¹²⁰ LE GALLES la définit comme « *un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institution (...) pour atteindre des buts propres, discutés et définis collectivement* », cité par BARREYRE, J.Y., BOUQUET, B., 2006, in « *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale* », Paris, Bayard, p. 278.

¹²¹ MINTZBERG, Henry, 2012, « *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* », Paris, Eyrolles, 283 p.

¹²² Expression empruntée à BOUSSAGUET, L., JACQUOT S., RAVINET P., 2010, « *Dictionnaire des politiques publiques* », 3^{ème} édition, Paris, les Presses de Science-Po, p. 302.

comme maître d'œuvre des relations entre agents et résidents. De mon point de vue, les infirmiers doivent être davantage responsabilisés. Dans les EHPAD concernés, certains se plaignent du manque de qualification environnant. Ils doivent en être la réponse et contribuer à construire avec les agents en formation et « faisant fonction » l'environnement de travail propice au bien-être des usagers et des agents. Ils doivent sortir de leur posture d'expert ou de « soignant » et se sentir investis de la responsabilité de l'accompagnement. Le parrainage leur donnera une stature de référent, leur professionnalisme sera reconnu. Je reprends à cet effet la notion de « *parties prenantes* » citée par Deslandes qui donnent à chaque groupe d'acteurs un rôle dans la sphère de la « *légitimité, du pouvoir et du niveau d'urgence* » (décision)¹²³. Faire comprendre que chaque individu appartenant à une catégorie professionnelle ou à une unité interagit avec l'autre peut sembler une évidence. Utiliser ces interactions en les clarifiant, en les analysant et en veillant à ce qu'elles ne se nuisent pas aide le cadre à asseoir son autorité et à optimiser son management. Ici, les cadres de santé qui replaceront le centre de gravité de la responsabilité vers leurs infirmiers auront une marge de manœuvre plus large pour leur propre cahier des charges. Leur rôle organisationnel s'en trouvera renforcé. La direction a un intérêt flagrant à encourager ses cadres à l'autonomie et à la responsabilisation stratégique. La gestion du « quotidien » gêne la prise de recul, le développement de l'esprit critique, la remise en question. Or l'amélioration continue de la qualité au service des résidents en EHPAD passe par le positionnement des cadres. Je pense que l'optimisation de la collaboration entre les cadres de santé et le médecin coordinateur doit être une priorité. J'ai observé à plusieurs reprises que ce binôme, s'il fonctionne, est un facteur de réussite, un véritable atout pour fédérer les équipes et créer un climat de travail fidélisant les agents. La cohérence, l'encadrement, la fluidité de communication, la proximité sont les garants d'un climat de travail attractif. La « bonne » image de l'établissement se construit en partie ici. Autour d'elle, il est plus aisé d'attirer les talents et de les conserver. Une fois les sédiments managériaux renforcés, la direction sera plus à même de « prendre de la hauteur », de se concentrer sur les enjeux stratégiques qui lui sont dévolus. Les enjeux liés au manque de personnel s'ils sont relevés en interne par les cadres permettront à la direction de porter sa priorité sur des actions plus larges, notamment en actionnant les acteurs territoriaux.

¹²³ DESLANDES, G., 2012, « *Le management éthique* », Paris, Dunod, pp 65-84.

3.3 Une direction dédiée à sa cause : la reconnaissance d'un territoire en concurrence

J'ai démontré que la direction d'un EHPAD frontalier a de nombreux leviers organisationnels et managériaux internes pour améliorer les conditions de travail, mieux recruter et tout mettre en œuvre pour fidéliser ses agents. Néanmoins, la pertinence de son action se situe à l'extérieur des murs de ses établissements. La pénurie de personnel et la forte concurrence du marché de l'emploi touchent de nombreux secteurs (santé, restauration, technologie) et acteurs (EHPAD, hôpitaux). Mobiliser les énergies des partenaires et des acteurs politiques locaux pour infléchir les effets de cette situation est la priorité opérationnelle pour la direction.

3.3.1 Une communauté de communes au service de ses personnes âgées : le pouvoir décisionnel local mobilisé

Les EHPAD dont il est question sont gérés par le CIAS d'un regroupement de 12 communes. La direction, forte du constat des conséquences et risques liés à la pénurie du personnel, doit solliciter et sensibiliser la présidence du CIAS et à travers elle, les élus de l'agglomération. Comme démontré, la qualité des prestations rendues au sein des EHPAD constitue la vitrine de leur engagement auprès de la population. C'est un levier important. Les élus peuvent reprendre à leur compte les actions et les initiatives « citoyennes » entreprises par la direction. Je prends pour exemple les efforts consentis pour amener vers l'emploi de jeunes issus du quartier sensible dit « du Perrier » ou des demandeurs d'emploi. Les agents issus de ce quartier qui parviennent à « grandir » dans l'établissement, soutenus par des efforts de formation, sont aussi une marque de réussite pour la ville.

Je fais état dans ce travail du poids que représentent les familles des résidents. Leur niveau de satisfaction est important pour la direction comme pour les élus. Leurs inquiétudes sur la situation RH et leurs attentes doivent être prises en considération au quotidien dans la gestion de ces établissements. Si la direction communique mieux sur les raisons qui sous-tendent la pénurie de personnel (et ses conséquences), sur les actions entreprises (les résultats et les améliorations) et parvient à mettre en exergue les axes sur lesquels le CIAS ou l'Agglomération doivent s'engager, les familles peuvent être un levier considérable. Elles peuvent être influentes localement. Les sensibiliser pour faire pression sur leurs élus peut avoir un impact non négligeable, notamment pour les investissements supplémentaires éventuels concernant le personnel.

Des pressions peuvent également être faites par la direction quant à l'accessibilité rapide au logement pour les agents et familles monoparentales des EHPAD. De même que

l'agglomération peut être poussée à prendre en charge un pourcentage de la mutuelle Santé des agents des établissements.¹²⁴

Force est de constater que l'attractivité renforcée d'un EHPAD sur une commune est une plus-value pour la réputation des élus où il se situe. La mise en place d'une stratégie dite « gagnant-gagnant » doit permettre à la direction d'obtenir de tous ces acteurs un soutien constant. La concrétisation de ses préconisations et recommandations pourra par la suite être portée à un niveau élargi, département, régional et même national.

3.3.2 Au niveau du territoire : la constitution d'une force de conviction

La problématique de mon travail porte sur le constat de l'hémorragie des compétences vers la Suisse sur l'ensemble du bassin franco-genevois. Ce phénomène touche autant les acteurs économiques à forte valeur ajoutée que les domaines sociaux. Bien que chaque direction d'établissements lutte à son niveau, en interne, pour déployer des mesures correctives qui en minimiseront les impacts, les initiatives de réponses collectives sont encore faibles. Il en existe quelques-unes au niveau local et qui ne sont pas inintéressantes. Elles demeurent cependant principalement menées entre le secteur sanitaire et les agences de santé franco-suisse, j'y reviendrais ultérieurement.

Dans un premier temps, je recommande de mobiliser les directeurs du secteur de la gérontologie du bassin genevois (Haute-Savoie) et du pays de Gex (Ain). Le secteur des personnes âgées, encore trop peu présent dans les débats publics et ce malgré l'enjeu sociétal qu'il représente, mérite d'être représenté par un panel de professionnels actifs. Ils sont en capacité d'attester du phénomène frontalier et le porter devant les instances représentatives au niveau régional et national. Il est à mon avis judicieux d'y inviter des représentants de centres hospitaliers ou universités de la région, gérant des pôles centrés autour de la gérontologie. L'échange sur cette science avec d'autres professionnels est riche d'enseignement. Ces représentants sont influents dans les relations avec les pouvoirs publics. Les associer au « combat » que mènent les directeurs pour offrir la meilleure prestation à leurs usagers serait véritablement une plus-value. La mobilisation des directions de la FPT, de la FPH et des professionnels souhaitant y prendre part pourrait prendre la forme d'une association. Celle-ci pourrait par la suite être étendue aux quatre autres départements limitrophes de la Suisse. La France partage plus de 500 km de frontière avec la Suisse, avec le Doubs, le Haut-Rhin, le Jura et le Territoire de Belfort.

¹²⁴ En conformité avec le décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024772150&categorieLien=id>

Une mobilisation plus élargie renforcera la capacité à se faire entendre des pouvoirs décisionnels et d'en exiger des mesures.

3.3.3 Elaborer une stratégie de lobbying auprès des pouvoirs publics régionaux et nationaux

La réussite du projet d'association frontalière des directeurs au service de la personne âgée réside dans la capacité de ce regroupement de professionnels à se constituer en lobby pour exiger des pouvoirs publics des actions concrètes de support à ces territoires frontaliers.

Par exemple, en ce qui concerne les problématiques liées au logement sur la région, les fonctionnaires ne bénéficient d'aucune prime sur le territoire de la Haute-Savoie. En juin 2013, une parlementaire a interpellé le gouvernement sur la nécessité de faire passer ce département en zone 3, afin de mieux dédommager les agents et de rendre plus attractif les postes de fonctionnaires sur la zone, notamment sur le bassin genevois. (...) « *Les administrations souffrent d'un important turn-over de leurs personnels qui renoncent à vivre en Haute-Savoie. D'autres préfèrent résilier leur mutation avant même de s'installer, dès lors qu'ils ont constaté le coût élevé de la vie et du foncier*¹²⁵ ». Une réforme de cette indemnité devrait être entreprise à l'automne 2013¹²⁶. Les actions de lobbying à ce sujet ne doivent pas s'essouffler ni souffrir d'agendas repoussant d'autant les prises de décisions à ce sujet. Cette prime accordée aux fonctionnaires de la région frontalière serait un signe fort de la part des pouvoirs publics, en faveur de ceux qui font le choix de rester fidèles à la fonction publique.

Il est utile ici de mentionner que la problématique n'est pas tout à fait nouvelle, mais qu'elle a pris de l'ampleur malgré les mesures qui ont pu être entreprises jusqu'ici. En 2001, saisi par les représentants du syndicat hospitalier de Haute-Savoie, un sénateur interpellait le Ministre délégué à la santé sur la pénurie du personnel soignant auprès du public des personnes âgées.

Il déclare en tribune « *que les établissements hospitaliers de Thonon-les-Bains, Annemasse, Sallanches, Saint-Julien-en-Genevois seront contraints de fermer plusieurs dizaines de lits au total durant la période estivale, dans une région touristique où la population double durant les mois de juillet et août. Pour le seul département de la Haute-Savoie, (...) près de 400 postes d'infirmières et 200 postes d'aides-soignantes ne peuvent*

¹²⁵ DUBY-MILLER V., « Question orale sur l'application de l'indemnité de résidence des fonctionnaires à la Haute-Savoie », *Session parlementaire*, 13 juin 2013.
<http://www.virginiedubymuller.fr>

¹²⁶ Les fonctionnaires haut-savoyards pourraient voir leur salaire augmenter de 3 % avec une valeur plancher de 43,48 € mensuels.

être pourvus dans les établissements publics. (...). Cet état de fait n'est pas sans conséquence sur la qualité des soins prodigués dans les établissements de soins frontaliers, en dépit des efforts permanents des infirmières et aides-soignantes¹²⁷ ».

Les réponses apportées depuis ont été la reconnaissance du statut infirmier de catégorie B en catégorie A, la création de places supplémentaires d'élèves infirmiers¹²⁸, la revalorisation des bourses d'études (3,3%), l'indemnisation des stages pratiques et le remboursement des frais de déplacement hors département. Deux mesures ont été avancées : attirer dans la région le personnel de l'UE (notamment espagnol et portugais) et instaurer un programme de retour à l'emploi à destination des infirmiers ayant cessé leur activité depuis plus de cinq ans (population estimée à 50 000 candidats). La Haute-Savoie avait été ciblée comme région prioritaire.

Dix années plus tard, il semble que malgré les efforts consentis, les résultats soient encore insuffisants pour faire contrepoids à l'attractivité suisse.

La pénurie de personnel soignant sur la zone a enfin été relevée par l'ARS en 2012 qui atteste bien de la fuite des jeunes diplômés sur la Suisse et les difficultés de recrutement pour les établissements frontaliers¹²⁹. L'ARS s'est depuis engagée dans un observatoire composé de cinq hôpitaux de la région, l'hôpital et la Direction de la Santé de Genève (DSG), formalisée par la signature d'une charte¹³⁰. L'objectif est de dresser un état des lieux en analysant les besoins respectifs en personnel, d'identifier les terrains de collaboration actuels et potentiels (notamment s'agissant des stages) et d'approfondir les données sur les flux de personnels entre la France et la Suisse. Cet observatoire se réunit au minimum deux fois par an, sous l'égide de l'ARS Rhône-Alpes et de la DSG. Selon le témoignage d'une des participantes, cette plateforme est encore aujourd'hui plus une déclaration d'intentions qu'une instance capable de faire bouger les lignes. Néanmoins, cette initiative laisse à penser qu'une association de directeurs d'EHPAD engagés dans cette problématique pourrait être à l'origine d'une démarche similaire. Par la suite, elle pourrait être élargie aux secteurs médico-social et sanitaire. Il ne fait aucun doute que si l'unification de tous ces acteurs devenait effective, elle deviendrait incontournable dans les processus décisionnels des pouvoirs locaux, régionaux et nationaux.

¹²⁷ AMOUDRY, J.P., 08/06/2001, « Pénurie de personnel soignant dans les établissements pour personnes âgées des départements limitrophes de la Suisse », Question orale sans débat, J.O, Sénat, n°1106-S, p. 2881. <http://www.senat.fr/questions/base/2001/qSEQ01061106S.html>

¹²⁹ ARS, juillet 2012, « Au nord-est de la région, la proximité de la Suisse génère la fuite des professionnels paramédicaux à l'issue de leurs études en France », *Schéma Régional d'Organisation des Soins*, Lyon, p. 12.

¹³⁰ Voir Annexe n°6. « Charte de bonnes pratiques de la commission Santé du comité régional franco-genevois ». En 1995, une 1^{ère} charte transfrontalière de l'emploi des personnels hospitaliers avait été conclue entre différents acteurs hospitaliers franco-suisse. Cela n'a donné lieu à aucune application pérenne.

D'autre part, la situation économique actuelle pourrait être propice à exercer une pression auprès des autorités territoriales en ce qui concerne la part des impôts suisses reversés aux collectivités frontalières. En effet, la Suisse reverse chaque année des dividendes aux communes avoisinantes pour chaque français travaillant sur le sol helvète. Ces « étrennes » représentent un montant non négligeable pour les municipalités. 240 millions d'euros en 2012, dont 76% pour la Haute-Savoie¹³¹. Si ces fonds sont partagés avec le département, les communes en sont les principales bénéficiaires. Pourquoi ne pas contraindre les autorités territoriales à privilégier le soutien au secteur des personnes âgées, via les prestataires de service publics, en finançant des postes supplémentaires ou des investissements. La proposition est à mon sens tout à fait défendable, sachant le paradoxe du financement des infrastructures communales, notamment celui du transport, facilitant la mobilité transfrontalière.

¹³¹ Statistiques genevoises de l'impôt, http://www.ge.ch/themes/themes_impots.asp

Conclusion

L'enjeu du Grand Âge est indéniable pour l'ensemble des acteurs de la société civile et politique. Son accompagnement et son financement posent à la société un ensemble de défis à relever. Le secteur des personnes âgées est sollicité pour être créatif, innovant et garant d'une gestion efficiente qui saura contenir les coûts, tout en assurant un accompagnement de qualité.

La région du bassin genevois, qui verra sa population âgée croître, devra relever le défi de garantir à ses aînés les meilleurs dispositifs possibles et une couverture optimale de prise en charge. Cela exige de cette région qu'elle consolide la disponibilité du personnel qualifié pour les établissements et des services d'aide à la personne. Le bassin franco-genevois n'y répondra qu'en prenant à bras le corps la problématique de l'hémorragie des compétences sur le territoire voisin, la Suisse.

Je suis persuadée que des actions locales, régionales et nationales peuvent atténuer ce phénomène à la condition que l'ensemble des pouvoirs publics s'entendent à le reconnaître et à vouloir le combattre. La concurrence transfrontalière est importante en France, elle concerne d'autres régions qui pourraient s'impliquer et œuvrer pour des solutions efficaces et concrètes.

J'ai démontré qu'en interne, un directeur d'établissements d'hébergement pour personnes âgées est à même d'infléchir le phénomène d'exode des compétences par un management de proximité et des efforts conséquents pour valoriser son personnel. Mutualiser en parallèle ses efforts avec d'autres gestionnaires du secteur aura pour effet le renforcement des capacités de chaque établissement.

Bien que les pouvoirs publics locaux et régionaux tendent à prendre conscience de l'ampleur du problème en l'incluant dans leurs schémas et programmes, les mesures concrètes se font attendre et la coalition au niveau national est encore trop faible pour faire bouger les lignes. Si la fonction publique, hospitalière ou territoriale, œuvrait à valoriser ses agents, notamment ceux du secteur de la santé et de l'aide à la personne, l'attractivité de ces métiers en serait renforcée. Une réforme de la fonction publique serait l'occasion de revoir, non sa légitimité, mais ses statuts. Il s'agirait de réduire, par exemple, les délais de titularisation, de mieux valoriser les compétences, d'assouplir les règles de gestion administrative.

En tant que future directrice d'établissement médico-social dans la région, je suis convaincue qu'un regroupement de directeurs en une force de frappe active au niveau du département et de la région, pourra alimenter le débat et peser sur les pouvoirs publics. La mission des EHPAD est d'offrir la plus haute qualité des prestations. Dans ma région, elle est à ce prix.

A titre personnel le défi à relever est en harmonie avec mes convictions et compétences. Etre en charge de la direction d'établissements subissant les contraintes développées tout au long de mon travail me permettra la mise en place de mes préconisations. Je m'inscris dans un véritable projet d'établissements en les dotant de compétences, tant sur le plan managérial des cadres que sur le développement de carrière du personnel.

Diriger, « *c'est l'art de coordonner les professionnels, les équipes, le projet vers des objectifs communs, en tenant compte des besoins internes et des impératifs de l'environnement*¹³² ».

Mon action se veut interne et externe aux établissements.

Il s'agira pour moi en l'occurrence de transformer, localement, ces impératifs liés à l'environnement géographique et d'œuvrer à les transmettre aux autorités compétentes afin de les responsabiliser sur cet enjeu territorial.

Par la mise en place d'un système d'évaluations visant à mesurer les efforts, les progressions, les réussites, les échecs, je serai à même de confronter les pouvoirs publics à leurs responsabilités. Avec l'appui de mes cadres en interne, je serai en mesure d'influencer les collectivités en place, leur offrant matière et données pour que les discours soient bien des supports concrets aux acteurs locaux et qu'ils ne restent pas à l'état de bonnes intentions.

¹³² PEROZ C., 2011, *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social ; promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance*, Paris, Seli Arslan, p 89

Bibliographie

Ouvrage :

BARREYRE J-Y, BOUQUET Brigitte, 2006, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, 638 p.

BOUQUET B., 2012, *Ethique et travail social, une recherche du sens*, 2ème édition, Paris, Dunod, 243 p.

BOUSSAGUET, L., JACQUOT S., RAVINET P., 2010, *Dictionnaire des politiques publiques*, 3ème édition, Paris, les Presses de Science-Po, 771 p.

DELIOT C., CASAGRANDE A., 2005, *Vieillir en institution. Témoignages de professionnels, regards de philosophes*, Paris, John Libbey, 176 p.

DESLANDES G., 2012, *Le management éthique*, Paris, Dunod, 149 p.

MINTZBERG H., 2012, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Paris, Eyrolles, 283 p.

PEROZ C., 2011, *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social ; promouvoir le bien-être des usagers et des professionnels par une bonne gouvernance*, Paris, Seli Arslan, 157 p.

PLOTON L., 2005, *La personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Saint Martin en Haut, Chronique Sociale, 250 p.

TISSIER D., 2001, *Management situationnel. Vers l'autonomie et la responsabilisation*, Paris, Insep Consulting, 150 p.

Articles :

AMOUDRY J.P., juin 2001, « Pénurie de personnel soignant dans les établissements pour personnes âgées des départements limitrophes de la Suisse », *Question orale sans débat Sénat* n°1106-S, p. 2881, (visité en mars 2013), disponible sur internet : <http://www.senat.fr/questions/base/2001/qSEQ01061106S.html>

ASH, juin 2013, « Michèle Delaunay lance l'opération « un EHPAD, un emploi d'avenir », *ASH*, n°2813, p. 10.

DUBY-MULLER V., 13 juin 2013, « Question orale sur l'application de l'indemnité de résidence des fonctionnaires à la Haute-Savoie » *session parlementaire*, (visité en juin 2013), disponible sur internet : <http://www.virginiedubymuller.fr>

ENNUYER B., 2007/4, « 1962-2007 : regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie », *Gérontologie et société*, (disponible sur internet). http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=GS_123_0153

GUINCHARD-KUNSTLER, P., juin 1999 « Vieillir en France, Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », *La Documentation française*, 165 p.

OBSERVATOIRE STATISTIQUE TRANSFRONTALIER, 2012, « *L'espace transfrontalier genevois résiste à la crise* », 22 p.

STEFFEN, I., 2007, « Travail des femmes et politique familiale en Suisse », *La Vie économique, Revue de politique économique*, 5-2007, p 52-54

STRELZYK Y., janvier 2013, « Un projet transfrontalier pour remédier au manque de personnel infirmier », *Le Messenger*, (en ligne) : http://www.lemessenger.fr/Actualite/Chablais/2013/02/03/article_un_projet_transfrontalier_pour_remedier.shtml

Rapports / statistiques :

AGENCE REGIONALE DE SANTE, juillet 2012, Schéma Régional d'Organisation des Soins, 492 p. (disponible sur internet).
http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONEALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/documents_soumis_a_consultation/SROS_-_Version_finale.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE, août 2011, « *Le Plan Stratégique Régional de Santé. Rhône-Alpes 2011-2015* », Lyon, 95 p.

ANAP, 2011, « *Pilotage et performance ESMS. Guide des indicateurs* », 81 p.

ANAP, « *Expérimentation tableau de bord partage ESMS* ». 81 pages.

ANAP, mai 2013, « *Valoriser les métiers du grand âge, retours d'expérience et pistes d'action* », Paris, 45 p.

ANESM, juillet 2008, « *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre* », Nancy, 51 p. (disponible sur internet).

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf

ANESM, 2011-2012, « *Qualité de vie en Ehpad* », Saint-Denis, 232 pages.

ANESM, mai 2011, « *Procédure d'élaboration des recommandations des bonnes pratiques professionnelles* », Saint Denis, 9 p.

AQUINO J.P., février 2013, « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société », *Rapport parlementaire du Comité Avancée en âge, prévention et qualité de vie*, Paris, 131 p.

BAS P., 14 mars 2007, « Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance », Paris, 30 p.

BROUSSY L., Janvier 2013, « L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : Année zéro ! », *Mission ministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population*, Paris, 202 pages.

COMMENT M., 2010, « *Représentations sociales de la vieillesse et accompagnement de la vieillesse* », mémoire de DU de gérontologie sociale : Université de psychologie Lyon 2.
<http://ifosep.fr/wp-content/uploads/2012/10/REPRESENTATIONS-SOCIALES-DE-LA-VIEILLESSE-ET-ACCOMAPGNEMENT-DES-RESIDENTS.pdf>

DREES, août 2009, « Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Etudes et résultats*, n°699, 8 p.

FLOCH, J. M., février 2011, « Vivre en deçà de la frontière, travailler au-delà », *INSEE*, n°1337, 4 p.

HAUTE AUTORITE DE SANTE, juin 2013, « Méthodes d'élaboration des recommandations de bonnes pratiques », (disponible sur Internet). http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_418716/fr/methodes-delaboration-des-recommandations-de-bonne-pratique

HAUT COMITE CONSULTATIF DE LA POPULATION ET DE LA FAMILLE, 1962, « *Politique de la Vieillesse. Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par M Pierre Laroque* », La Documentation Française, Paris, p. 4.

INSEE, décembre 2010, « Rhône-Alpes à l'horizon 2040 : 7,5 millions d'habitants », La Lettre Analyse n°135. 4 p. (site internet). www.insee.fr/rhone-alpes

INSEE, fin 2013, « Evolution de l'espérance de vie », *Statistiques de l'état civil et estimations de population*. (site internet).

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02229

OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTE, SEPTEMBRE, février 2009, « En Suisse, d'ici 2020, les institutions de santé auront besoin d'au moins 25'000 personnes qualifiées supplémentaires », communiqué de presse, n°0351-0901-90, (site internet).

<http://www.travailler-en-suisse.ch/personnel-infirmier-en-suisse-excellentes-perspectives-demploi.html>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2002, « Vieillir en restant actif », *Cadre d'orientation*, Genève, 60 pages.

PINVILLE M., mars 2013, « Relever le défi politique de l'avancée en âge ; perspectives internationales », *Rapport parlementaire*, Paris, 81 pages.

URIOPSS ; 2006-2010, « Elaborer des tableaux de bord Ressources Humaines ; pré-requis à la mise en place d'un tableau de bord des ressources humaines », *Capitalisation de l'action GPEC – secteur social et médico-social*, 10 pages.

KPMG, Janvier 2013, « *Observatoire des EHPAD* », Paris, 72 p.

ROBERT-BOBEE I., juillet 2006, « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 ; la population continue de croître et le vieillissement se poursuit », *Division Enquêtes et Etudes démographiques, INSEE première*, n°1089. 4p. (site internet) http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089

ROUX, C., mars 2009, « Haute-Savoie : un dynamisme démographique tiré par la proximité de Genève », *INSEE La Lettre*, n°108. 4 p. (site internet). http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14427

Lois :

CODE DU TRAVAIL, Article L4121-1 du Code du travail, Quatrième Partie : Santé et sécurité au travail, Principes généraux de prévention, chapitre 1er, obligations de l'employeur, version en vigueur le 08 août 2013, (en ligne). (Visité le 06 janvier 2013). Disponible sur internet.

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B02C20CF3825D0BEC03DCDAEB7154BBE.tpdjo01v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique d'Etat (en ligne). Journal officiel, n°91-293 DC, 25 juillet 1991, (visité le 15 mai 2013), disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000355009>

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE Loi n° 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (en ligne). Journal officiel, 20 décembre 1985, (visité le 15 mai 2013), (disponible sur internet) :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068965&dateTexte=vig>

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, Loi n° 91-715 du 26 juillet 1991 portant diverses dispositions relatives à la fonction publique (en ligne). Journal officiel, n°91-29321, juillet 1991 (visité le 15 mai 2013), disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000355009>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (en ligne). Journal officiel, n°2009-584 DC, 16 juillet 2009, (visité le 12 février 2013), disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, Décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents (en ligne). Journal officiel, n°0161 du 10 novembre 2011, (visité le 15 mai 2013), disponible sur internet :

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024772150&categorieLien=id>

Liste des annexes

Annexe n°1. Carte du bassin franco-valdo-genevois.

Annexe n°2. Tableau synoptique comparant les statuts de la fonction publique avec l'emploi suisse.

Annexe n°3. La convention collective du travail des établissements pour personnes âgées en Suisse romande.

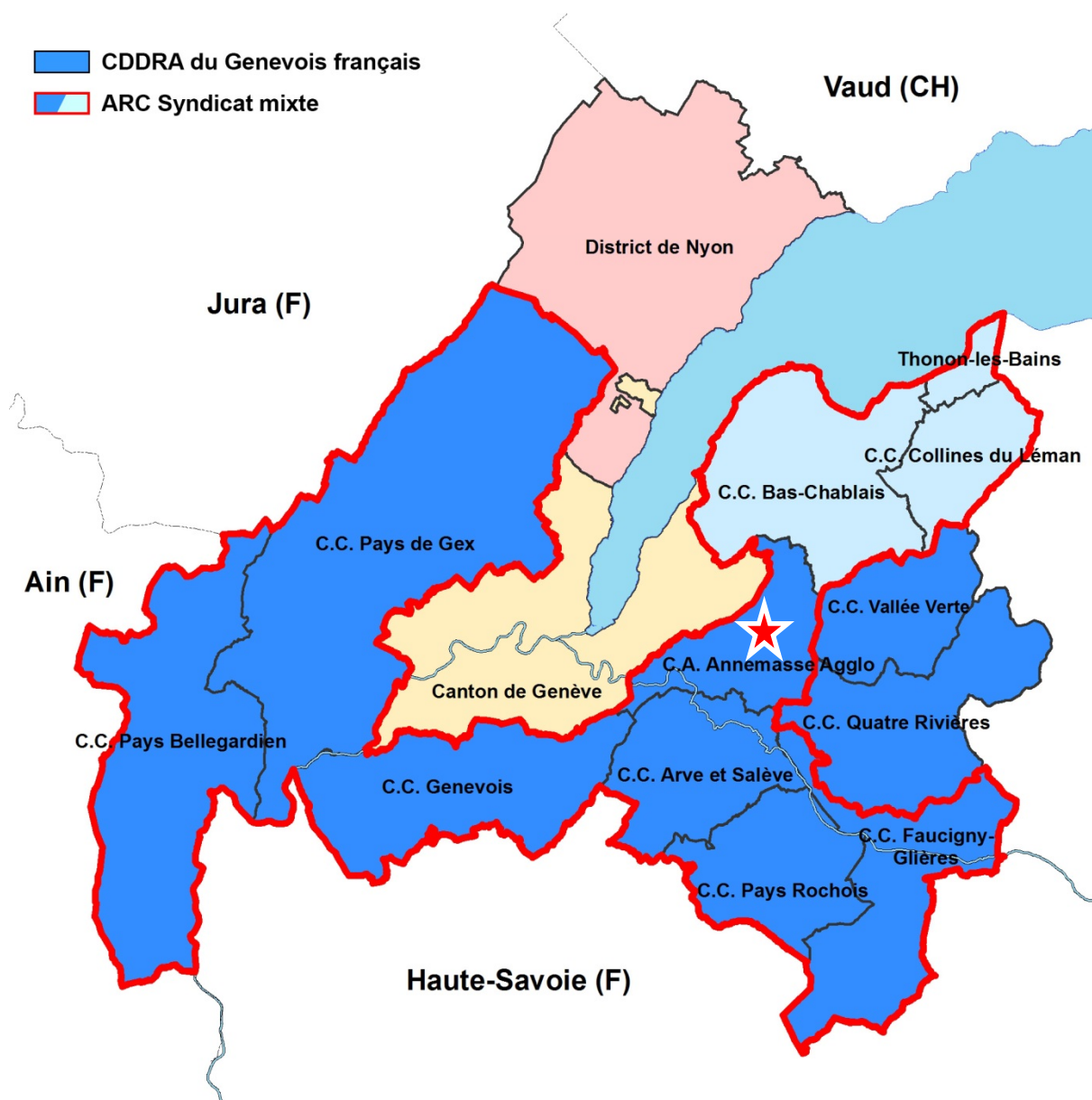
Annexe n°4 : Echelle des traitements. Personnel soignant. République et Canton de Genève.

Annexe n°5. Fiches de paie IDE / ASI fonction publique territoriale / fonction publique hospitalière.

Annexe n°6 Charte de bonnes pratiques de la Commission Santé du Comité Régional franco-genevois.

Annexe n°1

LE BASSIN FRANCO-VALDO-GENEVOIS¹



¹ Carte publiée par l'ARC, Assemblée régionale de coopération du genevois français,
<http://www.arcdugenevois.fr/societe-civile/cld-genevois-francais/presentation>

Annexe n°2

Tableau synoptique comparant les statuts de la fonction publique française à ceux de la convention collective du travail des établissements pour personnes âgées en Suisse romande.

Terminologie suisse:

Les Etablissements Médico-Sociaux (EMS) : établissements similaires aux EPHAD.

La CCT : Convention Collective de Travail valable pour une branche et un genre de personnel défini par elle.

Le Code des Obligations-CO : détermine les fondements régissant les rapports de travail entre employeur et employés.

La Loi sur le travail (Ltr) en fixe les règles.

Les Ordonnances sur la Loi sur le travail (OLT) en déterminent l'application au même titre que la jurisprudence

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages
Protection durant la période d'essai	3 mois durant lesquels les rapports de travail peuvent cesser par simple courrier recommandé avec un préavis d'une semaine pour la fin d'une semaine.	Titularisation après un stage d'une année. L'agent peut être licencié après avis de la commission paritaire administrative, en cas de faute disciplinaire ou d'insuffisance. Le statut FPH précise que le licenciement ne peut pas intervenir dans les 6 premiers mois.	Période d'essai avant titularisation pouvant être considérée comme beaucoup plus longue, mais avec un licenciement devant être concrètement justifié.
Protection après la période d'essai	Si l'une ou l'autre des parties désire résilier le contrat de travail, elle le fait par lettre recommandée pour la fin d'un mois, moyennant les délais suivants : Pendant la 1 ^{ère} année : 1 mois pour la fin d'un mois ; la 2 ^{ème} année : 2 mois pour la fin d'un mois ; dès la 3 ^{ème} année : 3 mois pour la fin d'un mois.	Les fonctionnaires ne peuvent être licenciés que pour insuffisance professionnelle. Il peut recevoir une indemnité fixée par décret. En cas de suppression de poste, il est reclassable, ou reçoit une indemnité en capital d'un traitement par année de service s'il ne peut jouir d'une retraite à taux plein.	En Suisse la procédure est simplifiée. Demeure réservé le licenciement abusif. En France la décision doit passer devant le Conseil de discipline compétent et l'autorité investie du pouvoir de nomination. Cette procédure offre au titulaire des moyens accrus de défense de ses intérêts.
Protection durant un arrêt de travail pour maladie ou accident	Le travailleur est protégé pendant une incapacité de travail totale ou partielle résultant d'une maladie ou d'un accident non imputables à la faute du travailleur, durant 30 jours au cours de la première année de service, durant 90 jours de la deuxième à la cinquième année de service et durant 180 jours à partir de la sixième année de service. L'art.336c CO.	Voir ci-dessus.	Hormis les conditions de traitement salarial en fonction de la durée de la maladie ou de l'accident, le fonctionnaire, en France, est intégralement protégé contre le licenciement.

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages
Temps de travail	La durée du travail est de 40h/ semaine répartie sur 5 jours. Les heures supplémentaires ne sont pas rémunérées. Elles sont compensées en temps et doivent avoir été autorisées et/ou demandées par l'employeur. Elles ne sont payées et majorées de 50 % que si elles n'ont pas pu être compensées dans un délai de 3 mois. Le travail de nuit entre 20h00 et 7h00, le travail du samedi, du dimanche et des jours fériés suivent les mêmes règles que les hôpitaux publics, soumises au Droit fédéral. Le temps de travail fixé par la loi est d'au maximum 50 heures. Au-delà une dérogation est possible avec autorisation de l'Office Cantonal de l'Inspection et des Relations du travail, OCIRT.	Le principe des 35 heures est appliqué. Dans la FPH, la durée hebdomadaire a été fixée à 37h30 avec une compensation de 15 jours de RTT par an. Les garanties minimales sont les suivantes : La durée maximale est de 48 heures par semaine avec une durée maximale quotidienne de 10 heures. Durée minimale de repos de 11 heures et 35 heures de repos quotidien. Le travail de nuit est compris entre 22 heures et 5 heures.	Les amplitudes maximales de travail sont relativement similaires d'un pays à l'autre. Cependant le contrat de travail en France, les statuts basés sur un horaire de 35 heures offrent au titulaire une possibilité de capitalisation d'heures supplémentaires récupérables plus importante.

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages
Droit à la formation	Engagement de l'employeur à l'effort de formation en rapport direct avec le métier ou l'établissement. Le financement est opéré par la FEGEMS et/ou l'employeur (voir la Commission paritaire). Elle doit être convenue avec l'établissement, sur sa demande ou celle de l'employé. A noter que les formations à la demande du travailleur pour développement professionnel ne sont pas financées et doivent avoir lieu en dehors du temps de travail.	Les agents territoriaux bénéficient d'un crédit annuel d'heures de formation professionnelle, appelé droit individuel à la formation (Dif), qu'ils peuvent utiliser à leur choix pour accomplir certaines formations. Le Dif est fixé à 20 heures par an pour les agents à temps complet. Les droits à formation peuvent être cumulés pendant 6 ans jusqu'à 120 heures. S'ils ne sont pas utilisés au terme de 6 ans, le crédit d'heures reste plafonné à 120 heures et l'agent n'acquiert plus de nouveaux droits. Le Dif est utilisé à la seule initiative de l'agent en accord avec sa collectivité. L'autorité territoriale décide, après avis du comité technique, si le Dif peut s'exercer en tout ou partie pendant le temps de travail. Le Dif est réservé, dès lors qu'elles sont inscrites au plan de formation aux formations de perfectionnement et/ou aux préparations des concours et examens professionnels de la fonction publique.	La formation est un réel levier d'action. En Suisse, l'obligation de l'employeur n'est constituée que par un engagement et par son intérêt propre du maintien de niveau de ses ressources. A contrario, en France, le Dif est un droit auquel la collectivité ne peut se soustraire dès lors où il fait partie du plan de formation. Par ailleurs Si la formation est accomplie hors temps de travail, l'agent bénéficie, de la part de sa collectivité, d'allocations de formation égales à 50 % de son traitement horaire. La problématique demeure le retour sur investissement comme dit plus avant pour les structures frontalières.

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages
Vacances	L'employé a droit à des vacances annuelles de 25 jours ouvrables. Jusqu'à l'âge de 20 ans révolus et dès l'âge de 60 ans révolus : 6 semaines, soit 30 jours ouvrables	Tout agent en activité a droit, pour une année de service accompli, du 1er janvier au 31 décembre, à un congé annuel rémunéré d'une durée égale à 5 fois le nombre de jours travaillés par semaine. Soit par exemple, pour un temps plein à 100 % sur 5 jours de travail = 25 jours de congé rémunéré (5 jours *5). Les agents de l'État et territoriaux bénéficient : d'1 jour de congé supplémentaire s'ils prennent 5, 6 ou 7 jours de congés (sur les 25) en dehors de la période 1er mai - 31 octobre, de 2 jours supplémentaires s'ils prennent au moins 8 jours en dehors de cette période. Les agents hospitaliers bénéficient : d'un jour de congé supplémentaire s'ils fractionnent leurs congés annuels en au moins 3 périodes d'au moins 5 jours ouvrés chacune, d'un jour de congé supplémentaire s'ils prennent 3, 4 ou 5 jours de congés (sur les 25) en dehors de la période 1er mai - 31 octobre, de 2 jours supplémentaires s'ils prennent au moins 6 jours en dehors de cette période.	Le droit aux vacances en Suisse et France semble similaire. Avec un avantage pour les salariés de plus de 60 ans en Suisse. En réalité, cet avantage n'entre pas en considération par le fait que le fonctionnaire sera en principe retraité sur le territoire français lorsqu'il pourrait en bénéficier.
Congés officiels (jours fériés)	9 en Suisse	12 en France	L'écart en réalité de 2 jours, compte tenu du jour férié de solidarité en principe travaillé.

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages
Congés spéciaux	Naissance d'un enfant : 5 jours Mariage ou partenariat enregistré : 5 jours Mariage ou partenariat enregistré d'un enfant ou d'un enfant du conjoint ou du partenaire enregistré : 1 jour Décès : Conjoint ou du partenaire enregistré : 5 jours consécutifs Ascendant ou descendant au 1er degré (père, mère ou enfant) : 5 jours consécutifs Ascendant ou descendant au 2e degré (grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille) : 3 jours Ascendant ou descendant au 1er degré du conjoint ou du partenaire enregistré : 2 jours Ascendant ou descendant au 2ème degré du conjoint ou du partenaire enregistré : 1 jour Frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, belle-fille, gendre : 2 jours Oncle ou tante : 1 jour Déménagement (une fois par an) : 2 jours Maladie grave - du conjoint ou du partenaire enregistré, de l'enfant de plus de six ans, avec certificat médical dès le 1er jour : 10 jours par année - de l'enfant de moins de six ans,	Naissance : Un congé de 3 jours ouvrables est accordé au père Mariage : à l'occasion du mariage d'un agent titulaire ou stagiaire : 5 jours ouvrables accordés. A l'occasion du mariage d'un enfant : 1 jour ouvrable. Pacte civil de solidarité PACS : Une autorisation de même durée que pour la mariage est accordée, soit 5 jours ouvrables. Décès : 3 jours maximum ouvrables pour : le conjoint, père, mère, père ou mère du conjoint ou pacsé, enfant. - 1 jour ouvrable pour : les parents ou allié au 2ème degré : grands-parents, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, petit enfant. Garde d'enfants malades : La durée totale de ces absences ne peut dépasser un total de <u>6 jours ouvrables par agent et par an</u>, quel que soit le nombre d'enfants. Cette limite peut être portée à 12 jours ouvrables, ou 15 jours consécutifs lorsque l'agent apporte la preuve : - qu'il assume seul la charge de l'enfant ou - que son conjoint est à la recherche d'un emploi ou - que son conjoint ne bénéficie dans son emploi d'aucune autorisation d'absence rémunérée pour soigner son enfant ou en assurer momentanément la garde (attestation de l'employeur du conjoint). Hospitalisation ou maladie grave du conjoint, enfant ou parents : Dans le cas d'une hospitalisation grave du conjoint, des ascendants ou descendants, une autorisation exceptionnelle d'absence peut être accordée. Sa durée est de : - aucun jour : si l'hospitalisation est d'une durée	La CCT des EMS est plus favorable que le droit suisse et que la plupart des CCT. Il convient de rappeler qu'elle n'est cependant pas étendue. Les droits aux congés spéciaux sont en principe moins favorables que ceux des fonctionnaires cités ci-contre. A titre d'exemple, le CO accorde un congé parental de 3 jours seulement sans obligation de rémunération.

	avec certificat médical dès le 3e jour : 10 jours par année Maladie grave du père, de la mère ou d'une personne en faveur de laquelle l'employé remplit une obligation et fait ménage commun, avec certificat médical dès le 1er jour : 10 jours par année Maladie grave du père, de la mère ou d'une personne en faveur de laquelle l'employé remplit une obligation et ne fait pas ménage commun, avec certificat médical dès le 1er jour : 10 jours par année	inférieure ou égale à 2 jours - 1 journée par an : si l'hospitalisation est supérieure à 2 jours et sur présentation d'un bulletin de situation - 3 jours par an : en cas de maladie grave sur présentation d'un certificat médical établi par un médecin hospitalier attestant de la nécessité de la présence permanente de l'agent.																
Congé maternité	En cas de maternité, l'employée qui, le jour de l'accouchement, est au bénéfice d'un contrat de travail de plus de 9 mois dans l'EMS concerné, a droit à un congé maternité payé à 100 % pendant 20 semaines.	La durée du congé de maternité dépend du nombre d'enfants à naître et du nombre d'enfants déjà à charge. L'agent contractuel conserve son plein traitement s'il justifie de 6 mois de services dans son administration. <i>Demeurent réservés les allongements des durées sur avis médical.</i> <table><tr><th>Enfant(s) à naître</th><th>Durée du congé prénatal</th><th>Durée du congé postnatal</th></tr><tr><td>1er ou 2ème</td><td>6 semaines</td><td>10 semaines</td></tr><tr><td>3ème et plus</td><td>8 semaines</td><td>18 semaines</td></tr><tr><td>Jumeaux</td><td>12 semaines</td><td>22 semaines</td></tr><tr><td>Triplés ou plus</td><td>24 semaines</td><td>22 semaines</td></tr></table>	Enfant(s) à naître	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	1er ou 2ème	6 semaines	10 semaines	3ème et plus	8 semaines	18 semaines	Jumeaux	12 semaines	22 semaines	Triplés ou plus	24 semaines	22 semaines	La CCT est là aussi plus favorable, en Suisse, aux salariées des entreprises qui y sont soumises. Il faut cependant savoir que la Loi fédérale fixe le congé maternité à 14 semaines. Il est de 16 semaines à Genève, selon une loi cantonale. De plus, le salaire n'est assuré qu'à 80 %.Hormis les bénéficiaires de la CCT, le traitement général est moins favorable en Suisse.Il faut également considérer que le nombre d'enfant n'a aucune influence sur le territoire suisse.
Enfant(s) à naître	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal																
1er ou 2ème	6 semaines	10 semaines																
3ème et plus	8 semaines	18 semaines																
Jumeaux	12 semaines	22 semaines																
Triplés ou plus	24 semaines	22 semaines																
Maintien du salaire en cas de maladie et accident	Salaire en cas de maladie : Pendant la période d'essai : 3 semaines à 100%. Après la période d'essai : 100 % du salaire les 12 premiers mois et 80 %	En cas de congé pour maladie non professionnelle, le 1er jour de chaque congé de maladie n'est pas rémunéré (jour de carence), sauf en cas : de prolongation d'un arrêt de travail, ou d'arrêts liés à une affection de longue durée (ALD). Au cours d'une année médicale, le fonctionnaire en congé de	Il est ici moins aisé de trouver une argumentation pertinente sur la négociation d'un contrat à l'engagement. En effet, dans une telle situation, le frontalier aura droit à l'Assurance invalidité et à la LPP en cas de maladie ou d'accident de longue durée. Il aura la libre circulation et pourra donc s'installer où il le souhaite pour minimiser l'impact															

	ensuite jusqu'au 24^{ème} mois. Salaire en cas d'accident : selon la LAA et le contrat en vigueur. En principe 80 % du salaire.	maladie ordinaire perçoit son traitement indiciaire en intégralité pendant 3 mois (90 jours). Pendant les 9 mois suivants (270 jours), le traitement indiciaire est réduit de moitié, déduction faite du ou des jours de carence. Lorsque le montant du demi-traitement est inférieur au montant des indemnités journalières de la Sécurité sociale, le fonctionnaire perçoit une indemnité différentielle. En cas de congé pour maladie professionnelle ou accident du travail, le fonctionnaire conserve l'intégralité de son traitement jusqu'à sa reprise de service ou sa mise à la retraite (le fonctionnaire d'État stagiaire, pendant 5 ans maximum). Aucun jour de carence n'est appliqué.	économique de sa situation. Il pourrait « tirer parti » d'un meilleur pouvoir d'achat selon sa résidence. Sa rente étant fixée en devises.
--	---	--	---

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages																		
Retraite	Système légal : AVS + 2^{ème} pilier LPP. Pas d'obligation d'assurance à un système surobligatoire. L'âge minimum de la retraite pour les hommes est actuellement fixé à 65 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes.	Un fonctionnaire appartenant à la catégorie sédentaire pourra partir en retraite à partir de 60 ans s'il est né avant le 1er juillet 1951. Après le 1er juillet 1951, l'âge minimum dépend de l'année de naissance : <table><tr><th>Naissance du fonctionnaire</th><th>Âge minimum de départ en retraite</th><th>Date de départ possible à partir du</th></tr><tr><td>Entre le 1er juillet et le 31 décembre 1951</td><td>60 ans et 4 mois</td><td>1er novembre 2011</td></tr><tr><td>En 1952</td><td>60 ans et 9 mois</td><td>1er octobre 2012</td></tr><tr><td>En 1953</td><td>61 ans et 2 mois</td><td>1er mars 2014</td></tr><tr><td>En 1954</td><td>61 ans et 7 mois</td><td>1er août 2015</td></tr><tr><td>À partir de 1955</td><td>62 ans</td><td>1er janvier 2017</td></tr></table> À noter : dans la fonction publique hospitalière, les infirmiers et les personnels paramédicaux qui ont opté pour leur intégration dans les nouveaux corps de catégories A sédentaire peuvent partir en retraite à 60 ans.	Naissance du fonctionnaire	Âge minimum de départ en retraite	Date de départ possible à partir du	Entre le 1er juillet et le 31 décembre 1951	60 ans et 4 mois	1er novembre 2011	En 1952	60 ans et 9 mois	1er octobre 2012	En 1953	61 ans et 2 mois	1er mars 2014	En 1954	61 ans et 7 mois	1er août 2015	À partir de 1955	62 ans	1er janvier 2017	L'âge de la retraite en France est plus séduisant. Cependant, pour les mêmes raisons précitées s'agissant de la maladie et de l'accident, la retraite versée étant basée sur le niveau de vie en Suisse et le frontalier pouvant s'installer où il le souhaite en Europe, de par les bilatérales, il bénéficiera d'un avantage sur son le niveau financier de sa retraite.
Naissance du fonctionnaire	Âge minimum de départ en retraite	Date de départ possible à partir du																			
Entre le 1er juillet et le 31 décembre 1951	60 ans et 4 mois	1er novembre 2011																			
En 1952	60 ans et 9 mois	1er octobre 2012																			
En 1953	61 ans et 2 mois	1er mars 2014																			
En 1954	61 ans et 7 mois	1er août 2015																			
À partir de 1955	62 ans	1er janvier 2017																			

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages																																								
Salaires	Le salaire est fixé selon le barème de l'Etat. A l'engagement, le salaire est fixé une classe en dessous. Il est calculé sur 12 mois (pas de 13^{ème} salaire).	A titre comparatif, j'ai sélectionné la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière pour un infirmier de la catégorie A.	Il est incontestable sur ce sujet que la négociation pour retenir un fonctionnaire est ici non comparable. Le niveau des salaires suisse correspond à la cherté du coût de la vie sur ce territoire. Pour vivre en zone frontalière, où le coût de la vie est totalement influencé par ce niveau de vie, un salaire « suisse » est plus confortable. Et c'est malheureusement ici que le manager doit bien connaître son système et ses statuts pour démontrer que l'avantage salarial est contrebalancé par une certaine précarité de la situation. Notamment en matière de chômage et de garantie de l'emploi, de prise en charge des soins, de trajets, d'impôts, de coût des assurances etc.																																								
	Le barème commence à la classe 5 pour une aide-soignante non qualifiée et se termine à la classe 23 pour des infirmiers chefs avec plus de 113 lits.	<table><tr><th colspan="4">Grade : IDE premier grade</th><th>Catégorie A</th></tr><tr><th>Échelon</th><th>Durée de l'échelon</th><th>IB</th><th>IM</th><th>Salaire brut mensuel</th></tr><tr><td>11ème</td><td>-</td><td>680</td><td>566</td><td>2 620,75 €</td></tr><tr><td>10ème</td><td>48 mois</td><td>657</td><td>548</td><td>2 537,40 €</td></tr><tr><td>9ème</td><td>48 mois</td><td>625</td><td>524</td><td>2 426,27 €</td></tr><tr><td>8ème</td><td>48 mois</td><td>600</td><td>505</td><td>2 338,30 €</td></tr><tr><td>7ème</td><td>36 mois</td><td>577</td><td>487</td><td>2 254,95 €</td></tr><tr><td>6ème</td><td>36 mois</td><td>533</td><td>456</td><td>2 111,41 €</td></tr></table>		Grade : IDE premier grade				Catégorie A	Échelon	Durée de l'échelon	IB	IM	Salaire brut mensuel	11ème	-	680	566	2 620,75 €	10ème	48 mois	657	548	2 537,40 €	9ème	48 mois	625	524	2 426,27 €	8ème	48 mois	600	505	2 338,30 €	7ème	36 mois	577	487	2 254,95 €	6ème	36 mois	533	456	2 111,41 €
	Grade : IDE premier grade				Catégorie A																																						
	Échelon	Durée de l'échelon		IB	IM	Salaire brut mensuel																																					
	11ème	-		680	566	2 620,75 €																																					
	10ème	48 mois		657	548	2 537,40 €																																					
	9ème	48 mois		625	524	2 426,27 €																																					
	8ème	48 mois		600	505	2 338,30 €																																					
	7ème	36 mois		577	487	2 254,95 €																																					
6ème	36 mois	533	456	2 111,41 €																																							
A titre d'exemple, une aide-soignante non qualifiée, reçoit en classe 5, un traitement annuel de CHF : 54'736.-- soit mensuellement CHF 4'561.35 équivalent à environ € 3'650.--																																											
Un Infirmier assistant de la classe 10 perçoit CHF : 68'213.-- / an soit CHF 5'684.—par mois, environ € 4'547.--																																											
Un Infirmier diplômé de la classe 15 bénéficie d'un traitement annuel de CHF : 85'008.-- soit CHF 7'084.—, environ € 5'667.—																																											
Les classes de salaires comportent au maximum 22 annuités correspondant aux années d'expérience. Ainsi la classe 15, par exemple, commence avec un salaire annuel de CHF 85'008.—et se termine, pour une personne qui arriverai à la retraite dans sa classe, à CHF 114'946.00.																																											

Les augmentations suivent celles préconisées par l'Etat.

Les promotions se font en fonction de la nomination à un nouveau poste. Si le promu n'a pas encore la formation adéquate, son salaire est situé 2 classes au-dessous. L'établissement doit mettre en œuvre les conditions pour que le promu acquière la formation dans les plus brefs délais.

La rétrogradation est possible.

5ème	36 mois	490	423	1 958,61 €
4ème	36 mois	456	399	1 847,49 €
3ème	36 mois	428	379	1 754,88 €
2ème	24 mois	388	355	1 643,75 €
1er	12 mois	370	342	1 583,56 €

Domaine	A Genève, en Suisse	En France, pour les établissements (FPT ou FPH)	Avantages
Assurance maladie	Les frontaliers peuvent conclure une assurance dite « frontalier » qui relève de l'assurance privée. Pour le moment elle demeure avantageuse, malgré son coût qui dépend des compagnies offrant cette garantie. Elle offre en effet, généralement, un haut niveau de prestation pour les soins qui peuvent se faire dans un pays ou dans l'autre. Cependant, dès 2014, le système sera modifié pour correspondre aux exigences européennes. Il s'en suivra une augmentation conséquente de la prime d'assurance et une réduction de la possibilité d'accès aux soins en Suisse. Les frontaliers français seront soumis au régime CMU. Entraînant une baisse du salaire net entre 8 et 13 %.	Le fonctionnaire territorial et hospitalier Assuré par les prestations de la Sécurité sociale. Selon le département de résidence, c'est la CPAM ou une mutuelle qui est en charge des prestations de Sécurité sociale. En effet, dans certains départements, la CPAM a délégué la gestion de la couverture obligatoire à un ou plusieurs organismes de mutuelle. Couverture complémentaire Possibilité d'adhérer à un organisme de son choix pour les prestations complémentaires. À noter : Pour un fonctionnaire territorial, certaines collectivités peuvent avoir mis en place une participation financière de la protection sociale complémentaire de ses agents (aide versée directement aux agents ou aux organismes sélectionnés). La situation varie selon le département, et selon les accords pouvant exister entre la CPAM et les mutuelles.	C'est un sujet qui devient d'une importance cruciale pour retenir nos fonctionnaires. Comme pour les sujets cités plus avant, la France demeure un des pays qui protège le mieux son système de santé. L'avantage octroyé aux frontaliers disparaît rapidement sur ce point. Tant sur l'accès aux soins qu'à l'avantage financier. Il faut savoir que pour la suisse, une assurance maladie coûte en moyenne CHF 500.00 (environ € 400.00) par mois avec une franchise du même montant et un coût de 10 % pour tout soin (sauf hospitalisation pour tout résident suisse).

Annexe n°3

**La Convention Collective du Travail des établissements pour personnes âgées
en Suisse romande.**

CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL 2010

CONCLUE ENTRE

LA FEDERATION GENEVOISE DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX
(FEGEMS)

D'UNE PART

**ASSOCIATION SUISSE DES INFIRMIER-E-S
SECTION GENEVOISE
(ASI)**

**LE SYNDICAT INTERPROFESSIONNEL DE TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS
(SIT)**

**LE SYNDICAT DES SERVICES PUBLICS
(SSP/VPOD)**

**LE SYNDICAT INTERPROFESSIONNEL SYNA
UNIA**

D'AUTRE PART

Signée à Genève le 21 décembre 2009

Tables des matières

1-	But et champ d'application	4
2-	Début et fin de contrat.....	4
2.1.	Engagement du personnel	4
2.2.	Etat de santé et contrôles médicaux	4
2.4.1.	Pendant le temps d'essai.....	5
2.4.2.	Contrat d'une durée déterminée	5
2.4.3.	Contrat d'une durée indéterminée	5
2.5.	Limite d'âge	5
2.6.	Suppression de fonction.....	5
2.7.	Modification du contrat	5
2.8.	Certificat de travail.....	5
3-	Parcours professionnel - gestion des ressources humaines	5
3.1.	Cahier des charges	5
3.2.	Appréciation périodique.....	5
3.3.	Mobilité interne	6
3.4.	Affectation	6
3.5.	Perfectionnement et formation continue du personnel	6
3.5.1.	Principes généraux	6
3.5.2.	Accès à la formation	6
3.5.3.	Types de formation pris en considération.....	6
3.6.	Protection de la personnalité de l'employé.....	7
3.7.	Droits syndicaux.....	7
3.8.	Protection des données.....	8
3.9.	Devoirs du personnel	8
3.9.1.	Annonce aux autorités	8
3.9.2.	Exercice de la fonction.....	8
3.9.3.	Obligation de garder le secret.....	9
3.9.4.	Absences	9
3.9.5.	Matériel et objets confiés.....	9
3.9.6.	Interdiction d'accepter des cadeaux	10
3.9.7.	Occupation accessoire	10
3.9.8.	Charge publique	10
3.9.9.	Interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées	10
3.10.	Sanctions	10
4-	Organisation du travail.....	10
4.1.	Durée du travail	10
4.1.1.	Heures de nuit, week-end et jours fériés	11
4.1.2.	Heures complémentaires.....	11
4.2.	Heures supplémentaires	11
4.3.	Travail de nuit.....	11
4.4.	Vacances	11
4.5.	Service de piquet.....	12
4.6.	Congés.....	12
4.6.1.	Congés officiels	12
4.6.2.	Congés spéciaux	12
4.6.3.	Congé maternité	13
4.6.4.	Congés syndicaux	14
4.6.5.	Congés extraordinaires.....	14
4.6.6.	Service militaire	14

5-	Rémunération.....	15
5.1.	Dispositions générales	15
5.2.	Salaire en cas de maladie	15
5.3.	Salaire en cas de maladie professionnelle	15
5.4.	Salaire en cas d'accident professionnel	15
5.5.	Salaire en cas d'accident non professionnel	15
5.6.	Mécanismes salariaux.....	15
5.6.1.	Traitement initial ou salaire à l'engagement	15
5.6.2.	Détermination des annuités à l'engagement.....	16
5.6.3.	Adaptation au coût de la vie	16
5.6.4.	Tâches supplémentaires.....	16
5.6.5.	Augmentations annuelles	16
5.6.6.	Treizième salaire	16
5.6.7.	Promotion	16
5.6.8.	Rétrogradation	16
5.6.9.	Mise à la retraite	16
5.7.	Allocation de naissance.....	17
5.8.	Prestations en cas de décès	17
5.9.	Déplacements professionnels	17
5.10.1.	Harmonisation des cotisations et des prestations	17
5.10.2.	Responsabilité civile	17
5.10.3.	Prévoyance professionnelle.....	17
5.10.4.	Assurance-maladie	18
5.10.5.	Assurance perte de gain.....	18
5.10.6.	Assurance accident	18
5.10.7.	Assurance accident complémentaire	18
6-	ENGAGEMENTS PARITAIRES	18
6.1.	Respect de la convention	18
6.2.	Situations acquises	18
6.3.	Droit supplétif	18
6.4.	Adhésion à la convention collective de travail	18
5.	Modification de la convention collective de travail	19
6.6.	Dénonciation de la convention collective de travail	19
6.7.	Entrée en vigueur de la convention collective de travail.....	19
	ANNEXE No 1.....	20
	Composition de la commission paritaire Compétences et attributions.....	20
	REPERTOIR DES METIERS	22

La forme masculine utilisée dans ce texte, par mesure de simplification, s'entend bien évidemment pour les deux genres.

1- BUT ET CHAMP D'APPLICATION

- 1.1.** La présente convention régit les rapports de travail entre :
- les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, ci-après dénommés "employeurs", membres de la Fegems. La fédération adresse en début de chaque année une liste à jour des membres aux parties contractantes. Les employeurs sont tenus de respecter la convention jusqu'à son échéance même s'ils démissionnent de leur association.
 - l'ensemble du personnel, ci-après "employé ", travaillant dans les établissements susmentionnés, qu'il soit membre ou non de l'un des syndicats ou associations professionnelles signataires de la présente convention, à l'exception des directeurs, des médecins répondants, des collaborateurs indépendants ainsi que des apprentis sous réserve de l'art 1.6, des élèves et stagiaires au bénéfice de contrats ou conventions spéciaux.
- 1.2.** Les établissements de droit public appliquent la CCT à titre supplétif.
- 1.3.** Les directeurs ne sont pas soumis à la CCT.
- 1.4.** L'employé qui poursuit des études secondaires ou tertiaires et peut se prévaloir d'une inscription dans un établissement scolaire pourra avec son accord être mis au bénéfice d'un contrat dit étudiant. Il n'est pas soumis aux articles de la CCT.
- 1.5.** L'employé faisant l'objet d'un engagement de trois mois ou moins n'est pas soumis aux articles de la CCT suivants : 2.2 al 2 ; 2.3 ; 2.4 ; 2.4.1 ; 2.4.3 ; 2.5; 2.6 ; 3.5.1 ; 3.5.2 ; 3.5.3 ; 5.10.2.
- 1.6.** Les apprentis sont au bénéfice d'un contrat d'apprentissage et soumis à différentes règles, conformément aux dispositions fédérales et cantonales. A titre supplétif, les articles 3.6 (protection de la personnalité) et 4.6.1 à 4.6.3 (congés) s'appliquent.

2- DEBUT ET FIN DE CONTRAT

2.1. ENGAGEMENT DU PERSONNEL

L'engagement est confirmé par un contrat écrit de droit privé, qui stipule le taux d'activité et précise les conditions propres à la fonction et à la personne; l'employé reçoit un exemplaire de la présente CCT, partie intégrante du contrat, ainsi que son cahier des charges.

2.2. ETAT DE SANTE ET CONTROLES MEDICAUX

L'employé doit jouir d'un état de santé lui permettant de remplir les devoirs de sa fonction.

Il est soumis, avant ou lors de son engagement, à un examen médical pratiqué sous la responsabilité du médecin-conseil de l'établissement. Le certificat médical devra préciser l'aptitude de l'employé à exercer sa fonction. Cette consultation est à la charge de l'employeur.

L'employé sera soumis régulièrement à des examens de contrôle, en fonction de son activité, selon les directives en la matière.

2.3. PERIODE D'ESSAI

Les trois premiers mois sont considérés comme période d'essai.

2.4. MODIFICATION ET FIN DES RAPPORTS DE SERVICE

Lorsque l'une des parties désire mettre fin aux rapports de service, elle le fait par lettre recommandée.

2.4.1. Pendant le temps d'essai

Par lettre recommandée, avec un préavis d'une semaine pour la fin d'une semaine.

2.4.2. Contrat d'une durée déterminée

Les rapports de service cessent dès que le contrat arrive à échéance. S'il est prolongé au-delà, il devient un contrat à durée indéterminée.

2.4.3. Contrat d'une durée indéterminée

Après la période d'essai, si l'une ou l'autre des parties désire résilier le contrat de travail, elle le fait par lettre recommandée pour la fin d'un mois, moyennant les délais suivants:

- pendant la 1ère année : 1 mois pour la fin d'un mois
- la 2ème année : 2 mois pour la fin d'un mois
- dès la 3ème année : 3 mois pour la fin d'un mois.

2.5. LIMITE D'AGE

Les rapports de service cessent à la fin du mois au cours duquel l'employé a atteint l'âge AVS.

2.6. SUPPRESSION DE FONCTION

En cas de suppression de fonction, le titulaire sera déplacé, dans la mesure du possible, à un poste de travail correspondant à ses aptitudes et connaissances. Il devra l'accepter.

2.6.1. En cas de refus, le contrat de travail sera résilié dans les délais conventionnels.

2.6.2. Si l'employeur ne peut pas proposer un poste de travail correspondant et en cas de fermeture de l'établissement, le délai de résiliation sera porté à 4 mois.

2.7. MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification du contrat doit se faire en la forme écrite en respectant, à défaut d'accord entre les parties, un délai équivalent au délai de congé.

2.8. CERTIFICAT DE TRAVAIL

L'employé a droit en tout temps et notamment lorsqu'il quitte l'établissement, à un certificat. Celui-ci doit être complet et ne se limiter à la nature et à la durée des rapports de service que si l'employé l'exige par écrit.

3- PARCOURS PROFESSIONNEL - GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

3.1. CAHIER DES CHARGES

L'employeur remet à l'employé un cahier des charges propre à la fonction qu'il occupe. Ce cahier des charges est adapté notamment lors d'une restructuration, d'un changement de fonction ou d'une promotion.

3.2. APPRECIATION PERIODIQUE

Dans le but d'être en phase avec les objectifs et le bon fonctionnement de l'établissement ainsi qu'avec les besoins de développement et de perfectionnement de l'employé, il est procédé à une appréciation régulière. Celle-ci aura lieu dans le

cadre d'un entretien entre l'employé et sa hiérarchie, basé sur l'ouverture et le dialogue. Elle a lieu à la fin de la période d'essai et, par la suite, au minimum tous les trois ans, selon la politique de l'établissement.

3.3. MOBILITE INTERNE

L'employeur s'engage, dans toute la mesure du possible et en tenant compte de ses besoins, à faciliter la mobilité interne du personnel.

3.3.1. Toute modification du contrat doit se faire en la forme écrite. A défaut d'accord entre les parties, l'article 2.7 s'applique.

3.4. AFFECTATION

L'affectation de l'employé dépend des besoins de l'employeur.

3.5. PERFECTIONNEMENT ET FORMATION CONTINUE DU PERSONNEL

3.5.1. Principes généraux

L'employeur s'engage à encourager la formation professionnelle et la formation continue des employés dans le but d'assurer l'adéquation de leurs compétences à leur poste, à leur place dans l'équipe, ainsi qu'aux projets de l'établissement, en conformité avec les dispositions légales.

Par « formation professionnelle » et « formation continue », il faut entendre les cours, les séminaires, les stages, les groupes d'analyse de la pratique, les démarches telles qu'un bilan de compétences ou la validation d'acquis, auxquels peut participer un employé, toutes actions de formation qui contribuent à réaliser son cahier des charges, maintenir, actualiser et accroître ses connaissances, développer les méthodes liées à l'évolution de son travail, collaborer à un projet d'établissement, accéder à une qualification professionnelle ou faire face à une évolution ou un changement de poste.

Au travers de son engagement pour la formation des employés, l'employeur manifeste ainsi le souci de leur employabilité et contribue à la qualité générale des prestations au sein du réseau des EMS genevois.

3.5.2. Accès à la formation

Pour remplir leur mission relative aux compétences de leur personnel, l'ensemble des établissements a :

- d'une part, un montant équivalant au minimum à 0.5 % de la masse salariale pour la formation, inscrit dans son budget annuel, toutes fonctions confondues.
- d'autre part, l'accès aux prestations de la Fegems, dans les trois domaines que sont la formation continue, l'accompagnement du management, du changement, de la qualité et la formation professionnelle.

Les employés peuvent être appelés ou demander à suivre une formation.

Toute action de formation fait l'objet d'un accord écrit entre l'employé et l'employeur.

3.5.3. Types de formation pris en considération

1. Les actes de formation proposés ou décidés par l'employeur ou par le secteur, et pour lui, par la Fegems. L'intégralité des frais est prise en charge par l'employeur, par la Fegems ou par un dispositif de financement ad hoc. Pendant la durée de la formation, la totalité du salaire est versée. Le temps de formation est pris sur le temps de travail.
2. Les actes de formation désirés par l'employé et coïncidant avec les intérêts de l'établissement. Les frais sont pris en charge selon accord. Pendant la durée de formation, la totalité du salaire est versée. Le temps de formation est réparti selon accord.

3. Les actes de formation liés à un projet de développement personnel, demandés et argumentés par l'employé, sans rapport direct avec sa fonction/profession, dans le sens de permettre un mieux-être et/ou un épanouissement de l'individu, dans l'intérêt de l'établissement également. Ces formations s'effectuent en dehors du temps de travail. Les frais de cours sont pris en charge par l'employé.

Pour les formations en emploi qui le nécessitent, l'employeur met à disposition de l'employé les ressources et les compétences d'encadrement d'un professionnel.

Dans le cadre des formations de type 1 et 2, l'employé peut être amené à développer, dans le cadre de la formation, un projet pour l'établissement, en s'appuyant sur les ressources de ce dernier.

3.6. PROTECTION DE LA PERSONNALITE DE L'EMPLOYE

Chaque employé a droit à un traitement correct et respectueux de la part de ses supérieurs, ses collègues et des usagers, dans le cadre de son activité professionnelle, permettant de garantir le respect et l'intégrité de la personnalité de chacun. L'employeur veille à la protection de la personnalité de l'employé par des mesures de prévention et d'information.

L'employeur examine avec diligence toutes plaintes relatives à l'atteinte à la personnalité de l'employé, notamment celles concernant le harcèlement sexuel et le harcèlement psychologique (mobbing), et prendra les sanctions qui s'imposent contre la personne qui aura porté préjudice à l'employé.

Le harcèlement sexuel constitue une atteinte illicite à la personnalité. Est considéré comme harcèlement sexuel toute conduite se manifestant une ou plusieurs fois par des paroles, des actes ou des gestes à connotation sexuelle, unilatéraux et non désirés, qui sont de nature à porter atteinte à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique de la personne, à empoisonner le climat de travail ou à mettre en péril son emploi.

Le harcèlement psychologique (mobbing) constitue une atteinte à la personnalité. Par harcèlement psychologique, on entend toute conduite abusive d'une ou plusieurs personnes qui vise à agresser ou à mettre en état d'infériorité un employé, de manière constante ou répétée, pendant plusieurs mois. Ces conduites ont de graves répercussions sur la santé physique et psychique de l'employé, ou sur son environnement social et professionnel.

Une personne extérieure à l'établissement, formée en matière de résolution de conflits est chargée :

- a) de recevoir l'employé qui s'estime atteint dans ses droits de la personnalité et de lui fournir aide et conseils;
- b) d'informer et d'entendre les personnes mises en cause;
- c) d'entreprendre des démarches informelles et confidentielles en vue d'une solution;
- d) de transmettre des propositions de solutions aux intéressés, y compris à l'employeur.

L'employé qui s'estime atteint dans ses droits de la personnalité peut se faire accompagner d'une personne de son choix susceptible de lui fournir le soutien dont il pourrait avoir besoin lors des auditions. Les frais liés à cette démarche sont à la charge de l'employeur. Chaque employé reçoit avec son contrat d'engagement la liste des personnes compétentes agréées par les parties contractantes.

3.7. DROITS SYNDICAUX

Les parties contractantes reconnaissent la liberté mutuelle d'opinion, ainsi que les droits pour chacun d'adhérer librement et d'œuvrer pour le syndicat et/ou l'association professionnelle de son choix.

L'employeur s'engage à ne pas prendre en considération le fait d'appartenir ou non à un syndicat ou à une association professionnelle pour arrêter sa décision en ce qui concerne l'engagement, l'organisation du travail, la promotion, les mesures disciplinaires et le licenciement.

Il s'engage également à ne faire aucune pression sur l'employé en faveur d'un syndicat ou d'une association professionnelle particulière.

Le temps passé en commission paritaire et en rencontres avec l'employeur par l'employé délégué est considéré comme temps de travail et n'est pas imputé sur le temps de congé syndical ou associatif.

L'affichage des communications des parties signataires de la présente Convention Collective de Travail s'effectue sur des panneaux prévus à cet usage.

Tout licenciement jugé par une autorité compétente comme abusif parce que lié directement à une activité syndicale donne droit, à la demande de la personne, à sa réintégration. Ce droit est subordonné à l'obligation pour l'employé prenant une activité syndicale, de le communiquer à son employeur, par écrit, dans le mois suivant sa nomination.

3.8. PROTECTION DES DONNEES

Conformément à la loi fédérale sur les données (LPD), l'employeur veille au respect de la sphère privée de l'employé.

- 3.8.1.** L'employeur n'exige de l'employé et ne conserve électroniquement que les données personnelles qui sont en relation avec les rapports de travail.
- 3.8.2.** Les employés ont le droit de connaître l'intégralité des données personnelles collectées par l'employeur et d'être renseignés sur leur utilisation: ils peuvent exiger la rectification d'indications éventuellement erronées.
- 3.8.3.** Les employeurs doivent s'organiser et prendre les mesures techniques qui s'imposent pour protéger les données personnelles contre l'accès, la modification et la transmission illicites.
- 3.8.4.** La transmission de données personnelles à des tiers n'est autorisée que si l'employé y consent ou dans la mesure autorisée par la loi, à savoir notamment leur communication à un nouvel employeur, pour autant qu'il ne s'agisse ni de données sensibles, ni de profil de personnalité.
- 3.8.5.** A la fin des rapports de travail, le dossier de l'employé sera archivé pendant une période maximale de dix ans. Ce dossier comprend les données personnelles de l'employé, à l'exclusion des données sensibles ainsi que d'un éventuel profil de personnalité qui doivent être détruits. L'employeur prendra toute mesure utile pour protéger le dossier de l'employé contre tout traitement illicite et veillera à sa destruction à la fin de la période d'archivage.

3.9. DEVOIRS DU PERSONNEL

3.9.1. Annonce aux autorités

L'employé doit s'annoncer aux services administratifs compétents, conformément aux prescriptions légales (notamment en matière de permis de travail et droit de pratique).

3.9.2. Exercice de la fonction

L'employé se doit par son attitude :

- 3.9.2.1.** de remplir tous les devoirs de sa fonction consciencieusement et avec diligence.
- 3.9.2.2.** d'assumer personnellement son travail et s'abstenir de toute occupation étrangère au service pendant les heures de travail.

- 3.9.2.3.** de faire preuve de tact et de gentillesse envers les résidents et leurs proches, user de patience et de compréhension et s'empresse à secourir et à rendre service.
- 3.9.2.4.** d'entretenir des relations dignes et correctes avec ses supérieurs, ses collègues et ses subordonnés; de permettre et de faciliter la collaboration entre ces personnes. En cas de nécessité exceptionnelle et limitée dans le temps, les employés se doivent de s'entraider, notamment lors de maladie ou de congé.
- 3.9.2.5.** de respecter l'intérêt de l'établissement et s'abstenir de tout ce qui peut lui porter préjudice, de justifier et de renforcer la considération et la confiance dont les établissements pour personnes âgées doivent être l'objet.
- 3.9.2.6.** d'établir des contacts empreints de compréhension et de tact avec les visiteurs.
- 3.9.2.7.** de se tenir au courant des modifications et des perfectionnements nécessaires à l'exécution de son travail ; il peut à cet effet demander ou être appelé à suivre des cours de perfectionnement.
- 3.9.2.8.** Lorsque les circonstances l'exigent, il doit accepter des travaux qui, tout en répondant à ses connaissances professionnelles ou à ses aptitudes, ne correspondent pas à son emploi habituel.

3.9.3. Obligation de garder le secret

3.9.3.1. Devoir de discrétion

L'employé qui, dans l'exercice de ses fonctions, prend connaissance de faits de caractère privé, notamment sur des maladies, le comportement ou les conditions personnelles des personnes confiées à ses soins et de leurs proches, s'abstiendra d'en tirer profit et de les divulguer. Il est tenu de les garder secrets, même après l'expiration du contrat de travail.

3.9.3.2. Secret professionnel

L'employé qui a accès, dans l'exercice de ses fonctions, à des données médicales est en outre soumis au secret professionnel dont la violation est sanctionnée par le code pénal (article 321 CPS).

3.9.4. Absences

L'employé empêché de se présenter à son lieu de travail à l'heure prescrite doit en informer le plus tôt possible son supérieur hiérarchique et justifier son absence.

Tout accident ou maladie doit être signalé dans le plus bref délai à l'employeur, par la voie hiérarchique.

La production d'un certificat médical est exigée dès le troisième jour d'absence. L'employeur peut toutefois en faire la demande avant, mais en aucun cas rétroactivement.

L'employeur est en droit de demander une visite médicale, à ses frais.

3.9.5. Matériel et objets confiés

L'employé doit prendre le plus grand soin du matériel, de l'équipement et des objets qui lui sont confiés. Il répond de toute perte ou détérioration, excédant les risques professionnels, résultant de sa négligence ou de l'inobservation des instructions reçues.

Il lui est interdit, en particulier, d'utiliser à des fins personnelles le matériel, les médicaments et la nourriture destinés aux résidents.

3.9.6. Interdiction d'accepter des cadeaux

L'employé a l'interdiction de solliciter, d'accepter ou de se faire promettre, pour lui ou pour des tiers, des dons ou autres avantages.

3.9.7. Occupation accessoire

L'employé engagé à plein temps ne peut exercer aucune autre activité rémunérée sans l'autorisation de l'employeur.

L'autorisation est refusée lorsque l'activité envisagée est incompatible avec la fonction de l'intéressé ou qu'elle peut porter préjudice à l'accomplissement des devoirs de service.

Une réduction de traitement peut être opérée lorsque l'activité accessoire empiète notablement sur l'activité professionnelle.

L'employé à temps partiel ne peut exercer une activité incompatible avec sa fonction ou qui peut porter préjudice à l'accomplissement de ses devoirs de service. Il doit informer son employeur de la nature de cette activité.

3.9.8. Charge publique

L'employé qui désire exercer une charge publique non obligatoire à teneur de la législation fédérale, cantonale ou communale, doit demander l'accord de l'employeur.

Cet accord fixe notamment le temps de congé nécessaire et une éventuelle réduction de salaire ou de vacances.

3.9.9. Interdiction de fumer et de consommer des boissons alcoolisées

L'établissement étant ouvert au public, la fumée y est interdite, conformément à la législation en vigueur. L'employé doit s'abstenir de consommer des boissons alcoolisées durant les heures de service.

3.10. SANCTIONS

L'employé qui enfreint ses devoirs généraux ou particuliers, soit intentionnellement, **SOIT PAR NEGLIGENCE OU IMPRUDENCE, EST PASSIBLE DE SANCTIONS, SANS PREJUDICES** DE celles, pénales ou civiles, qui pourraient être prononcées contre lui.

Les sanctions disciplinaires sont les suivantes, par ordre croissant de gravité:

- a) l'avertissement écrit
- b) le blâme écrit
- c) le licenciement

L'employeur doit préalablement inviter l'employé intéressé à s'exprimer sur les motifs invoqués contre lui, il peut se faire accompagner par la personne de son choix.

Demeurent réservées les dispositions relatives au licenciement pour juste motif.

Les sanctions sont notifiées à l'employé par lettre recommandée, avec indication des motifs.

4- ORGANISATION DU TRAVAIL**4.1. DUREE DU TRAVAIL**

La durée moyenne du travail est de :

- 40 heures par semaine pour un plein temps.
- 520 heures par trimestre pour un plein temps.

En principe, la durée du travail hebdomadaire est répartie sur cinq jours.

Les EMS tendent vers l'introduction d'un horaire de jour de 8 heures, en principe.

La planification des horaires doit être à disposition du personnel 30 jours à l'avance.

Les plannings doivent en principe indiquer le solde horaire ainsi que les vacances et fériés. Les variations de solde doivent demeurer dans une fourchette raisonnable.

4.1.1. Heures de nuit, week-end et jours fériés

Pour chaque heure de travail effectuée entre 20h00 et 07h00, une indemnité correspondant à celle des Etablissements publics médicaux (EPM) est versée. La compensation prévue par la Loi sur le travail s'applique en plus de cette indemnité.

Pour chaque heure de travail effectuée le samedi, le dimanche et les jours fériés, une indemnité correspondant à celle des EPM est versée.

Ces deux indemnités ne peuvent être cumulées.

Le montant de ces indemnités est communiqué chaque année par la Fegems en fonction des directives des EPM.

4.1.2. Heures complémentaires

L'employeur ne peut obliger l'employé engagé avec un taux d'activité réduit à travailler au-delà du temps contractuel qu'avec son accord et seulement pendant une durée limitée.

Ces heures sont compensées ou rémunérées sans majoration.

Un refus de l'employé ne peut être motif à des sanctions.

4.2. HEURES SUPPLEMENTAIRES

Lorsque les besoins l'exigent, l'employé peut être astreint exceptionnellement à des heures de travail supplémentaires. Toutefois, pour les employés ayant des responsabilités familiales, le consentement pour effectuer des heures de travail supplémentaires est requis, conformément à la Loi sur le travail. Ces heures sont compensées le plus tôt possible par un congé d'égale durée. Aucune heure supplémentaire n'est prise en compte si elle n'est pas ordonnée par l'employeur, via la direction et les chefs de service.

Si, exceptionnellement, cette compensation ne peut pas se faire sans compromettre la bonne marche du service dans un délai de 3 mois, elle donne alors droit à une rétribution proportionnelle au salaire, majorée de 50%.

4.3. TRAVAIL DE NUIT

Le salarié ne peut pas être affecté au travail de nuit sans son consentement.

Occasionnellement, l'employé peut être tenu d'assurer du travail de nuit pendant une période limitée en lieu et place du travail de jour.

4.4. VACANCES

- L'employé a droit à des vacances annuelles de 25 jours ouvrables.
- Jusqu'à l'âge de 20 ans révolus et dès l'âge de 60 ans révolus : 6 semaines, soit 30 jours ouvrables.
- La personne salariée engagée pour 3 mois ou moins a droit à une indemnité pour vacances de 10,64% ;
- La personne salariée engagée pour 3 mois ou moins et âgée de moins de 20 ans révolus ou de plus de 60 ans révolus a droit à une indemnité pour vacances de 13,04%.

Les vacances sont fixées par l'employeur qui tient compte des vœux de l'employé, pour autant qu'ils soient compatibles avec les exigences du service. Elles peuvent être fractionnées, mais comprennent une fois 3 semaines consécutives.

Lorsque l'employé entre en service ou quitte l'établissement dans le courant de l'année, les vacances sont proportionnelles à la période d'activité. Si l'employé quitte en ayant bénéficié de ses vacances pour l'année en cours, les jours pris en trop seront déduits du salaire.

L'employé ne peut pas reporter son droit aux vacances d'une année à l'autre, sans autorisation de l'employeur.

Les jours d'absence non justifiés sont déduits des vacances, subsidiairement du salaire.

En cas d'absence pour cause de service militaire, maladie, ou accident non professionnel, les vacances annuelles fixées à 5 ou 6 semaines sont réduites respectivement de 2,5 ou 3 jours ouvrables, par tranche de 25 jours ouvrables dépassant:

- a) 100 jours ouvrables en cas de service militaire,
- b) 75 jours ouvrables en cas de maladie ou d'accident non professionnel.

Au bout d'une année civile d'absence, le droit aux vacances pour l'année concernée s'éteint.

En cas de maladie ou d'accident durant les vacances, les jours ainsi perdus, attestés par un certificat médical, ne sont pas considérés comme jours de vacances.

Il est interdit à l'employé de se livrer à un travail professionnel rémunéré pendant les vacances.

4.5. SERVICE DE PIQUET

L'employé qui, pour des raisons de sécurité, technique, responsabilité, doit assurer une permanence afin d'être atteignable en tout temps, recevra une compensation en temps ou en espèces.

Les heures d'intervention seront compensées ou indemnisées à raison de 150%.

4.6. CONGES

Les congés ont pour but de libérer l'employé de ses obligations professionnelles, afin qu'il puisse satisfaire à certains devoirs, tâches ou obligations non professionnels.

Si une cause de congé survient pendant une période de vacances, le droit au congé ne naît pas, sauf pour les congés officiels.

A moins qu'ils ne soient déduits de la durée des vacances annuelles, les congés que l'employé est autorisé à prendre pour tout motif étranger à ceux expressément prévus par la présente Convention, sont soumis aux dispositions relatives aux congés extraordinaires.

4.6.1. Congés officiels

Les jours de congé fériés officiels sont:

- 1er janvier
- Vendredi Saint
- Lundi de Pâques
- Ascension
- Lundi de Pentecôte
- 1er août
- Le Jeûne genevois
- 25 décembre
- 31 décembre (Restauration de la République et Canton de Genève)

L'employé à temps plein qui assure, ces jours-là, un service permanent ou de nécessité est mis au bénéfice d'un congé de remplacement sans majoration.

L'employé engagé à un temps partiel déterminé a droit, au titre de jours fériés, à un congé de remplacement proportionnel à son activité.

4.6.2. Congés spéciaux

Les congés spéciaux sont accordés au moment de l'événement. L'employé doit informer son employeur dès qu'il a connaissance de la cause de congé.

Si l'un des événements prévus par cet article se produit en cours d'absence (maladie, accident, service militaire, congés hebdomadaires, jours fériés, vacances, congé maternité, etc.), il n'est pas accordé de congé supplémentaire au retour de l'intéressé.

a) Mariage ou partenariat enregistré :	5 jours
b) Mariage ou partenariat enregistré d'un enfant ou d'un enfant du conjoint ou du partenaire enregistré :	1 jour
c) Naissance d'un enfant :	5 jours
d) Décès du conjoint ou du partenaire enregistré :	5 jours consécutifs*
e) Décès d'un ascendant ou descendant au 1 ^{er} degré (père, mère ou enfant) :	5 jours consécutifs*
f) Décès d'un ascendant ou descendant au 2 ^e degré (grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille) :	3 jours
g) Décès d'un ascendant ou descendant au 1 ^{er} degré du conjoint ou du partenaire enregistré :	2 jours
h) Décès d'un ascendant ou descendant au 2 ^{ème} degré du conjoint ou du partenaire enregistré :	1 jour
i) Décès d'un frère ou d'une sœur :	2 jours
j) Décès d'un beau-frère ou d'une belle-sœur :	2 jours
k) Décès d'un oncle ou d'une tante :	1 jour
l) Décès d'une bru ou d'un gendre :	2 jours
m) Déménagement (une fois par an) :	2 jours
n ¹) Maladie grave	
- du conjoint ou du partenaire enregistré, de l'enfant de plus de six ans, avec certificat médical dès le 1 ^{er} jour :	10 jours par année
- de l'enfant de moins de six ans, avec certificat médical dès le 3 ^e jour :	10 jours par année
n ²) Maladie grave du père, de la mère ou d'une personne en faveur de laquelle l'employé remplit une obligation et fait ménage commun, avec certificat médical dès le 1 ^{er} jour :	10 jours par année**
n ³) Maladie grave du père, de la mère ou d'une personne en faveur de laquelle l'employé remplit une obligation et ne fait pas ménage commun, avec certificat médical dès le 1 ^{er} jour :	10 jours par année***
* congé hebdomadaire, jours fériés, samedi et dimanche compris	
** avec retenue de 25% du salaire	
*** avec retenue de 50 % du salaire	

4.6.2.1. Pont de fin d'année

Le pont de fin d'année est attribué en fonction de l'arrêté annuel du Conseil d'Etat.

4.6.3. Congé maternité

En cas de maternité, l'employée qui, le jour de l'accouchement, est au bénéfice d'un contrat de travail de plus de 9 mois dans l'EMS concerné, a droit à un congé maternité payé à 100 % pendant 20 semaines.

L'employée qui, le jour de l'accouchement, aura cotisé pendant 3 mois à l'assurance maternité, mais au bénéfice d'un contrat de travail de moins de 9 mois dans l'EMS concerné, a droit à un congé maternité de 16 semaines payées à 80%.

L'employée qui, le jour de l'accouchement, aura cotisé moins de 3 mois à l'assurance maternité, a droit à un congé maternité de 8 semaines. Son salaire lui sera versé à 80% pendant 8 semaines.

Si pour des raisons médicales attestées par un certificat médical, l'absence doit précéder ou se prolonger au-delà des congés maternité, les dispositions relatives à la maladie et aux accidents sont applicables.

L'employée a la possibilité d'obtenir un congé sans salaire à la suite du congé maternité. La durée totale de ces absences ne doit cependant pas excéder une année. Elles sont sans incidences sur le régime de l'annuité applicable à l'employée.

Le père a également la possibilité d'obtenir un congé sans traitement à la suite de la naissance de son enfant. La durée totale de ce congé ne peut excéder une année. Il est sans incidence sur le régime de l'annuité de l'employé.

La direction informe l'employé des conséquences d'un congé sans salaire en matière d'assurances sociales et sur les contraintes éventuelles liées au maintien d'un permis de séjour ou d'un permis frontalier.

L'adoption est traitée par analogie avec la maternité, pour autant qu'il s'agisse de l'adoption d'enfants qui ne soient pas âgés de plus de 10 ans.

4.6.4. Congés syndicaux

Un congé sans retenue de salaire, de 5 jours ouvrables au maximum par année, peut être accordé à l'employé mandaté par les organisations syndicales et professionnelles pour représenter ces dernières à une réunion d'ordre syndical ou pour participer à des travaux de commissions constituées par ces organisations.

L'employé qui entend bénéficier de ces congés doit en formuler la demande à la direction de l'établissement, au moins un mois à l'avance, sauf cas d'urgence.

4.6.5. Congés extraordinaires

L'employeur peut, à titre exceptionnel, accorder à l'employé un congé extraordinaire, sans salaire.

A son retour, l'employé a l'assurance de retrouver son poste.

La direction informe l'employé des conséquences d'un congé sans salaire en matière d'assurances sociales et sur les contraintes éventuelles liées au maintien d'un permis de séjour ou d'un permis frontalier.

4.6.6. Service militaire

En cas d'absence pour cause de service militaire, de protection civile, d'avancement ou de service civil en Suisse, l'employé a droit à la totalité de son salaire. Les allocations pour pertes de salaire et de gain dues par la Caisse de compensation sont acquises à l'établissement, jusqu'à concurrence du salaire versé.

L'employeur n'est pas tenu au paiement du salaire lorsque l'employé accomplit un service volontaire ou doit subir une peine privative de liberté relative à ses obligations militaires, de protection civile ou de service civil en dehors des périodes de service.

4.6.7. Aménagement des conditions de travail des collaborateurs en fin de carrière

Dès l'âge de 57 ans, les membres du personnel qui le souhaitent peuvent demander à être libérés de toute obligation de travail de nuit.

5- REMUNERATION

5.1. DISPOSITIONS GENERALES

Le salaire des employés est fixé par analogie aux principes et mécanismes salariaux de l'Etat pour la fonction publique.

Un répertoire des métiers est établi à cet effet. Son adoption et ses modifications sont soumises à la Commission de négociation.

L'employé a droit à son salaire dès le jour où il occupe son emploi et jusqu'au jour où il cesse de l'occuper pour cause de démission ou pour toute autre cause.

Le salaire est payé tous les mois, avec remise d'un décompte faisant mention du mode de paiement.

5.2. SALAIRE EN CAS DE MALADIE

En cas d'absence pour cause de maladie attestée par un certificat médical, le salaire est remplacé par une indemnité, selon les contrats d'assurance en vigueur, pour incapacité temporaire de travail.

Pendant la période d'essai, l'absence pour raison de maladie est payée à 100% pendant une durée de 3 semaines.

Après la période d'essai, l'indemnité est équivalente de 100% du salaire les 12 premiers mois et de 80% du 13ème au 24ème mois. Les personnes assurées à 80% du salaire brut peuvent contracter, par l'intermédiaire de leur employeur, une assurance complémentaire à leurs frais pour la période considérée.

L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou supprimée en cas d'abus ou lorsque la maladie est due à une faute grave de l'employé.

5.3. SALAIRE EN CAS DE MALADIE PROFESSIONNELLE

En cas d'absence due à une maladie professionnelle dûment établie, le salaire est versé en entier pendant toute la durée de l'incapacité temporaire de travail. La part des frais médicaux incombant à l'employé est prise en charge par l'établissement.

Les indemnités pour perte de gain versées par les assurances sont acquises à l'établissement.

5.4. SALAIRE EN CAS D'ACCIDENT PROFESSIONNEL

En cas d'absence due à un accident professionnel, le salaire est versé selon les contrats d'assurance en vigueur.

5.5. SALAIRE EN CAS D'ACCIDENT NON PROFESSIONNEL

En cas d'absence pour cause d'accident attestée par un certificat médical, le salaire est remplacé par une indemnité selon la loi fédérale du 20-03-1981 (LAA) et les contrats d'assurance en vigueur pour incapacité temporaire de travail.

L'indemnité pour incapacité de travail peut être réduite ou supprimée en cas d'abus ou lorsque l'accident est dû à une faute grave de l'employé.

5.6. MECANISMES SALARIAUX

5.6.1. Traitement initial ou salaire à l'engagement

Le salaire à l'engagement se situe dans la classe de fonction exercée.

En principe, pour que la personne engagée puisse bénéficier de la classe d'engagement prévue, elle doit avoir la formation requise ou une formation jugée équivalente.

Pour les professions de la santé, seule la formation spécifique est prise en considération.

Si, lors de l'engagement, la personne n'a pas encore la formation requise pour la fonction, sa classe d'engagement se situera une ou deux classes en dessous de la classe prévue par l'échelle de traitements.

Le fait de posséder un niveau de formation professionnelle supérieur à celui qui est requis pour la fonction exercée ne donne droit ni à une classification particulière, ni à une promotion automatique.

5.6.2. Détermination des annuités à l'engagement

La personne candidate ayant acquis antérieurement à son engagement une expérience utile au poste qu'elle doit occuper peut bénéficier d'une majoration du traitement initial correspondant à une annuité de la classe d'engagement par année d'expérience reconnue.

Les années d'expérience sont prises en compte à partir de l'âge de 18 ans.

Toutes les activités utiles au poste de travail envisagé sont prises en compte quelque soit leur durée, à condition qu'il n'y ait pas d'interruption de 10 ans ou plus. Sur le total ainsi calculé, les fractions d'années n'entrent pas en ligne de compte.

5.6.3. Adaptation au coût de la vie

L'indexation des traitements ainsi que l'allocation vie chère est basée sur les calculs des services de l'administration cantonale.

5.6.4. Tâches supplémentaires

Lorsque des tâches supplémentaires d'un niveau connexe ou supérieur sont confiées à l'employé, les organes de direction de l'établissement ont la possibilité de lui attribuer au maximum deux classes en plus de la classe de fonction.

5.6.5. Augmentations annuelles

Le salaire de l'employé suit les augmentations annuelles prévues par l'Etat pour son personnel.

5.6.6. Treizième salaire

L'employé a droit à un 13^e salaire, aux conditions applicables à la fonction publique.

5.6.7. Promotion

L'employé appelé à une fonction supérieure et qui répond aux exigences de cette fonction en est informé par écrit.

Les avantages et obligations de la nouvelle fonction lui sont également communiqués par écrit (cahier des charges, salaire selon art. 5.1, compétences, horaires, etc.).

Le salaire est coulé dans la classe de la nouvelle fonction. L'augmentation de salaire prend effet dès la prise de la nouvelle fonction.

Si la personne n'a pas encore la formation requise pour la fonction, son salaire pourra être situé une ou deux classes au-dessous de la classe prévue. L'établissement s'engage à ce que cette personne acquière la formation requise dans les plus brefs délais.

5.6.8. Rétrogradation

Lors d'une demande de changement de poste situé dans une classe inférieure à celle dans laquelle la personne se trouve, le calcul est le même que pour la promotion, mais à l'inverse.

5.6.9. Mise à la retraite

Lors de la mise à la retraite après 10 ans au moins d'activité au sein des établissements membres de la Fegems, l'employé reçoit son dernier traitement doublé.

Versement du 13^e salaire pour l'employé au bénéfice d'un régime de compensation :

- a) Régime de compensation immédiate : la moitié du 13^e salaire lui est versée si le départ à la retraite survient entre le 1^{er} janvier et le 30 juin inclus et la totalité du 13^e salaire, s'il survient entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre.
- b) Régime de compensation temporaire : la moitié du 13^e salaire lui est versée si le départ à la retraite survient entre le 1^{er} janvier et le 30 juin inclus et la totalité du 13^e salaire, s'il survient entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre pour autant que le solde de compensation le permette.

Pour l'employé qui ne bénéficie pas d'un régime de compensation et prend sa retraite en cours d'année, le 13^e salaire est calculé prorata temporis.

5.7. ALLOCATION DE NAISSANCE

L'employé reçoit une allocation de CHF 300.-- lors de la naissance de chacun de ses enfants.

Si le couple travaille dans l'institution, une seule allocation est versée.

L'adoption est traitée par analogie avec la naissance, pour autant qu'il s'agisse de l'adoption d'enfants qui ne soient pas âgés de plus de dix ans.

5.8. PRESTATIONS EN CAS DE DECES

Lors du décès d'un employé, laissant un conjoint, des enfants mineurs ou, à défaut, d'autres personnes en faveur desquelles il remplissait une obligation d'entretien, l'employeur verse une allocation globale égale à trois mois du dernier salaire, en sus de celui du mois en cours.

5.9. DEPLACEMENTS PROFESSIONNELS

L'employeur prend à sa charge les frais de déplacement professionnel. Les conditions de cette prise en charge correspondent aux indemnités des EPM.

5.10. ASSURANCES ET ASSURANCES SOCIALES

5.10.1. Harmonisation des cotisations et des prestations

Les parties s'entendent sur leur volonté commune d'harmoniser les prélèvements sociaux. L'objectif est l'harmonisation des prélèvements sociaux pour tous les employés quel que soit leur employeur. Elles s'engagent pour ce faire à récolter les données nécessaires d'ici au 31 décembre 2010.

5.10.2. Responsabilité civile

La responsabilité de l'employé pour des dommages causés à des tiers dans l'exercice de sa fonction est couverte par une assurance dont les primes sont à la charge de l'employeur.

Le recours de l'assurance responsabilité civile en cas de négligence grave de l'employé reste réservé.

5.10.3. Prévoyance professionnelle

Conformément aux dispositions de la loi sur la prévoyance professionnelle (LPP), l'employé est tenu de s'affilier au fonds de prévoyance de l'établissement.

La participation au paiement des primes se fait en fonction des prescriptions en vigueur dans les institutions. Les parties conviennent cependant du principe d'une répartition 2/3 pour l'employeur et 1/3 pour l'employé et d'un taux de cotisation total fixé au minimum à 18% du salaire de l'employé et d'un montant de coordination maximum à hauteur du salaire minimal d'affiliation obligatoire selon la LPP.

5.10.4. Assurance-maladie

L'employé est tenu de s'assurer, à ses frais, contre les risques résultant de la maladie, notamment pour les frais médicaux, pharmaceutiques et hospitaliers en chambre commune, auprès d'une caisse/assurance de son choix.

5.10.5. Assurance perte de gain

L'employeur couvre l'employé par une assurance perte de gain, en cas de maladie.

Dans le cas où l'employé participe au financement de cette assurance, le taux de cette participation est fixé en fonction des prescriptions en vigueur dans les établissements.

5.10.6. Assurance accident

L'employeur est tenu de conclure une assurance accident selon la LAA.

La prime relative aux accidents professionnels est entièrement à charge de l'employeur. La participation au paiement de la prime relative aux accidents non professionnels se fait en fonction des prescriptions en vigueur dans l'établissement.

5.10.7. Assurance accident complémentaire

L'employeur conclut une assurance accident complémentaire pour les risques non couverts par la LAA.

La participation au paiement des primes se fait en fonction des prescriptions en vigueur dans l'établissement.

6- ENGAGEMENTS PARITAIRES**6.1. RESPECT DE LA CONVENTION**

Les parties veillent à l'observation de la convention; à cette fin, elles interviennent auprès de leurs membres en usant, au besoin, des moyens que leur confèrent leurs statuts et la loi.

Chaque partie s'efforce de trouver des solutions négociées, conformément à l'esprit de la présente convention.

La composition et les compétences de la commission paritaire sont décrites dans l'annexe relative à la Commission paritaire.

La Commission paritaire fonctionne comme organe de recours. Ses décisions ont force exécutoire.

La compétence des tribunaux est cependant réservée. Le for juridique est à Genève.

6.2. SITUATIONS ACQUISES

La présente convention ne peut en aucun cas porter atteinte aux avantages acquis individuellement ou collectivement.

6.3. DROIT SUPPLETIF

Pour tous les cas non prévus par la présente convention, les parties se référeront à la législation en la matière (législations fédérale et cantonale: notamment CO, Loi fédérale sur le travail, Loi cantonale sur le travail).

6.4. ADHESION A LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL

Avec le consentement des parties signataires de la présente convention, les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, non membres d'une association patronale signataire, peuvent adhérer à ladite convention en se soumettant individuellement par une déclaration écrite.

5. MODIFICATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL

La CCT peut être amendée ou complétée par les parties contractantes. Les négociations ont lieu en principe chaque année pendant le 2^e semestre. Hors de cette période, les parties peuvent, d'un commun accord, procéder à une ou des modifications mineures de la convention. Pendant la période des discussions, l'ancien texte reste valable.

6.6. DENONCIATION DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL

La partie qui fait usage du droit de dénonciation doit notifier formellement par écrit son intention ainsi que ses propositions de modification six mois avant l'échéance de la présente convention. Durant les discussions et jusqu'à la fin du délai de dénonciation, l'ancien texte reste valable.

A défaut, la convention est prorogée tacitement d'année en année.

6.7. ENTREE EN VIGUEUR DE LA CONVENTION COLLECTIVE DE TRAVAIL

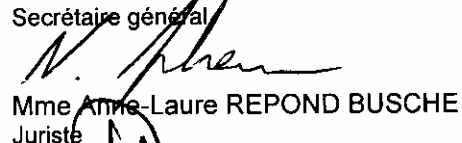
La présente CCT entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010 pour une durée de cinq ans.

Pour la Fegems

Mme Madeleine BERNASCONI
Présidente



M. Neil ANKERS
Secrétaire général



Mme Anne-Laure REPOND BUSCHE
Juriste

Pour SYNA

Mme Chantal HAYOZ CLEMENT
Secrétaire centrale



Mme Marguerite BOUGET
Secrétaire syndicale

M. Bouget

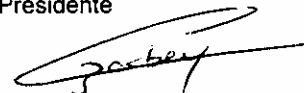
Pour Unia

M. Jamshid POURANPIR
Secrétaire syndical



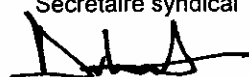
Pour l'ASI

Mme Catherine BARBEY
Présidente



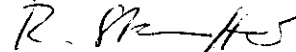
Pour le SIT

M. Julien DUBOUCHET CORTHAY
Secrétaire syndical



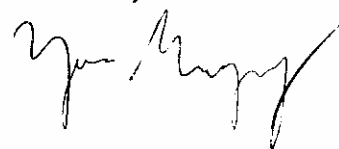
Pour le SSP/VPD

Mme Regina STAUFFER
Vice-présidente nationale



M. David ANDENMATTEN
Co-président de la région

M. Yves MUGNY
Secrétaire syndical



Fait à Genève le 21 décembre 2009 en 8 exemplaires

ANNEXE No 1

Respect de la Convention

En référence à l'art 9

COMPOSITION DE LA COMMISSION PARITAIRE COMPETENCES ET ATTRIBUTIONS

1 Composition

La commission paritaire est formée de trois délégués des établissements et de trois délégués des syndicats et associations professionnelles, signataires de la Convention collective de Travail.

Deux suppléants par délégation sont désignés. Ils peuvent assister aux séances comme auditeurs.

2 Fonctionnement

La commission paritaire prend ses décisions à la majorité des délégués présents. Les deux parties doivent être représentées par un nombre égal de délégués.

Chaque année, la commission paritaire nomme son président et son secrétaire choisis alternativement l'un dans la délégation des établissements pour personnes âgées, l'autre dans la délégation syndicale ou professionnelle.

La commission paritaire peut consulter des experts ou des commissions techniques, notamment lors de discussions sur les questions de classification.

3 Séances

La commission paritaire siège aussi souvent qu'il est nécessaire, mais au moins une fois par an. Elle est convoquée par le président, de sa propre initiative ou à la requête de l'un des membres. La convocation, mentionnant l'ordre du jour, doit parvenir aux membres au moins dix jours à l'avance.

Les délégués à la commission paritaire sont tenus à la discrétion la plus stricte quant aux informations et constatations relatives à la sphère privée.

Les membres de la commission paritaire représentant un organisme impliqué dans un litige soumis à la commission paritaire ou en dépendant, ne peuvent siéger durant toute la durée des séances consacrées à celui-ci.

Les protocoles des séances de la commission paritaire sont transmis aux parties contractantes.

4 Compétences

La commission paritaire a les compétences que lui attribuent la Convention collective de Travail et le présent règlement.

La commission paritaire veille à l'application de la Convention collective de Travail. Elle se prononce sur les questions d'interprétation que cette dernière pourrait soulever. Elle peut en tout temps proposer des modifications de la Convention collective de Travail aux autres parties contractantes.

Lorsqu'un litige survient entre un établissement et un membre du personnel, la commission paritaire peut être requise par l'une ou l'autre des parties. Dans tous les cas, elle tente la conciliation. La commission paritaire se dote d'un règlement.

5 Frais

Les frais de la commission paritaire sont supportés par les parties.

La procédure devant la commission paritaire est gratuite.

REPERTOIR DES METIERS

En référence à l'art 5.1

Le « Répertoire des métiers » qui remplacera progressivement la « Grille des fonctions » fait partie intégrante de la Convention collective de travail de 2010. Sa réactualisation est donc soumise à la Commission de négociation et pour approbation au service d'évaluation des fonctions de l'Etat de Genève (SEF). Le « Répertoire des métiers » actualisé est disponible auprès de la Fegems, et sur son site.

Annexe 3 Fonctions et classes

EDITION FEGEMS

février 2008

FONCTIONS ET CLASSES

Fonction	EMS 1	EMS 2	EMS 3	EMS 4
	jusqu'à 19 lits	de 20 à 58 lits	de 59 à 112 lits	113 lits et plus
SOINS	classes	classes	classes	classes
InfirmierE-chefFE	17	19	21	23
InfirmierE ICUS 2 (cf. commentaire)	-	-	19	19
InfirmierE ICUS 1 (cf. commentaire)	17	17	17	17
InfirmierE diplôméE	15	15	15	15
InfirmierE diplôméE en attente de reconnaissance Croix-Rouge	14	14	14	14
InfirmierE-assistantE	10	10	10	10
AssistantE en soins et santé communautaire (ASSC)	10**	10**	10**	10**
Aide-soignantE qualifiéE	7	7	7	7
Aide-soignantE non qualifiéE	5	5	5	5
AnimateurTRICE diplôméE	15	15	15	15
AnimateurTRICE qualifiéE	10	10	10	10
Aide-animateurTRICE	7	7	7	7
Physiothérapeute	15*	15*	15*	15*
Ergothérapeute	15*	15*	15*	15*
Hygiéniste dentaire	10	10	10	10
Pédicure	9	9	9	9
LaborantinE	12	12	12	12
CoiffeurEUSE qualifiéE CFC	9	9	9	9
DiététicienNE	14***	14***	14***	14***
Fonction	EMS 1	EMS 2	EMS 3	EMS 4
	jusqu'à 19 lits	de 20 à 58 lits	de 59 à 112 lits	113 lits et plus
HOTELLERIE – TECHNIQUE				
ChefFE du secteur hôtelier				18

IntendantE / GouvernantE responsable (cf. commentaire)	13	14	15	16
GouvernantE (cf. commentaire)	10	10	10	10
Femme de chambre, aide de maison	4	4	4	4
EmployéE de cafétéria/restaurant II	5	5	5	5
EmployéE de cafétéria/restaurant I	4	4	4	4
Responsable de lingerie	7	7	7	7
LingerE qualifiéE CFC	6	6	6	6
LingerE non qualifiéE	4	4	4	4
Agent de maintenance IV / Responsable technique (cf. commentaire)	11	12	13	15
Agent de maintenance III (cf. commentaire)	10	10	10	10
Agent de maintenance II (cf. commentaire)	9	9	9	9
Agent de maintenance I (cf. commentaire)	8	8	8	8
Concierge	8	8	8	8
EmployéE polyvalentE (cf. commentaire)	7	7	7	7
NettoyeurEUSE	4	4	4	4
JardinierE / HorticulteurTRICE qualifiéE CFC	9	9	9	9
Aide-jardinier(e) / Aide-horticulteurTRICE	6	6	6	6
ConducteurTRICE / Chauffeur véhicule léger	7	7	7	7
ADMINISTRATION				
DirecteurTRICE	20	22	24	26
AdjointE administratifVE	13	14	17	19
CheffE comptable			15	18
Comptable avec CFC II	15	15	15	15
Comptable avec CFC I	11	11	11	11
Secrétaire comptable	13	13	13	13
Secrétaire aide-comptable	10	10	10	10
Secrétaire de direction	12	12	12	12
Secrétaire à la direction	11	11	11	11
Secrétaire réceptionniste, téléphoniste, employé de commerce avec CFC	9	9	9	9
EmployéE de bureau, aide-comptable non qualifiéE	7	7	7	7
AssistantE socialE	15*	15*	15*	15*
RESTAURATION				
CuisinierE-chefFE	11	13	14	15
CuisinierE avec CFC	10	10	10	10
Aide de cuisine	4	4	4	4

* Nouvelles classifications en vigueur dès 2005

** Nouvelle classification en vigueur dès juillet 2006

*** Nouvelle classification en vigueur dès 2007

Commentaires:

Case blanche = Fonction inexistante dans cette catégorie d'EMS.

Infirmière ICUS 1 : correspond à la responsabilité de moins de 30 collaborateurs

Infirmière ICUS 2 : correspond à la responsabilité de plus de 30 collaborateurs

IntendantE/GouvernantE responsable = qualifiéE , diplôme de l'école hôtelière (formation housekeeping) ou d'un CFC, ou formation Grocadi ou équivalente assortie d'un minimum de deux ans d'expérience dans cette fonction. Lorsqu'une personne peut justifier d'une formation Grocadi ou équivalente, mais sans expérience, elle est rémunérée dans les classes décrites ci-dessus, mais diminuées du code 9 pendant 2 ans.

IntendantE/GouvernantE : non qualifiéE

Agent de maintenance : III =qualifié CFC avec expérience ; II = qualifié CFC ; I = non qualifié.

Agent de maintenance IV / Responsable technique : maîtrise fédéral avec du personnel sous ses ordres.

Employé polyvalent : Est employé polyvalent la personne qui travaille dans plusieurs secteurs ou départements différents et qui remplit, dans ces secteurs, des tâches différentes. Ces deux conditions sont cumulatives. Il est encore précisé que par départements différents, on entend les secteurs soins, hôtelier, technique, administratif et animation.

L'employé polyvalent correspond à la fonction Ouvrier 3. La définition de cette fonction comprend le fait que ces activités requièrent des connaissances pratiques approfondies de divers aspects de la spécialité professionnelle permettant d'assister et de suppléer les ouvriers qualifiés.

En résumé, l'employé polyvalent doit pouvoir justifier de connaissances pratiques approfondies, ce qui implique qu'il a une responsabilité particulière, ainsi qu'une certaine autonomie dans l'exécution des tâches. Il bénéficie de la classe 7.

En revanche, l'employée qui remplit plusieurs tâches dans un même secteur, tâches rémunérées dans la même classe de fonction, reste dans la fonction de femme de chambre, classe 4.

Une deuxième situation existe lorsqu'une personne travaille dans un même secteur, mais dans deux fonctions différentes, rémunérées dans deux classes différentes. Cette personne est payée en rapport avec la fonction la mieux rémunérée, pour autant que son taux d'activité dans cette fonction représente 50% ou plus de son activité.

On peut également trouver des personnes travaillant dans le même secteur, remplissant des tâches différentes qui requièrent une certaine flexibilité et des horaires différents, sans que ces tâches correspondent à des fonctions payées dans des classes différentes. Dans ce cas, il est admis que ces personnes puissent bénéficier d'un code 7 pour compenser les inconvénients de service.

Annexe n°4

Echelle des traitements. Personnel soignant. République et Canton de Genève

Annexe n°5

**Fiches de paie IDE / ASI
Fonction publique territoriale / Fonction publique hospitalière.**

BULLETIN DE SALAIRE

ORIGINAL

Employeur : 21 HOPITAUX DU LEMAN	Mois de : SEPTEMBRE 2013	1
3 Avenue de la Dame	N° Séc.Soc. : MUT :	
74200 THONON LES BAINS	Statut : 21 CONTRACTUELS CDD	
SIRET : 26741103100011 APE : 8610Z	Temps Partiel : 100/100 CET :	
	Grade : 3001 AIDE SOIGNANT CL NO	
	Echelon : 01 Gr. Rémunération : 4	
	Indice : 310 Base Trait. mens : 100/100	

740 197104978

Valeur du point : 4.6303 Nbre heures : 151.67

Plafond de sécurité sociale : 3086.00

FRANCE

Nombre de trentième payé

Plein M	Demi M	Plein M-1	Demi M-1
30	0	0	0

Nombre d'enfants pour SFT

-2	2-3	3-5	5-10	10-15	+15	Total
0	0	0	0	0	0	0

Pôle Non Défini

Matricule : m4admX DIF :

UF : 9999 UF GARDES

21 THONON

3 Avenue de la Dame BP 526

74200 THONON LES BAINS

Désignation				Données du salarié			Cotis. patronales	
Code Paie	Nature	Base	R	Taux ou Nbre	A Payer	A Déduire	Taux ou Nbre	Montant
1001	TRAITEMENT DE BASE	1435.39	*		1435.39			
1080	PRIME SUJ. AIDE-SOIGNANTE	1435.39	*	10.00	143.54			
1090	PRIME FORFAITAIRE	15.24	*		15.24			
1450	IND.SUJETION SPECIALE	9.07	*	13.00	117.85			
1700	S.S. MALADIE 0:BASE DEPLA	1712.02	*	0.75		12.84	12.80	219.14
1701	S.S. MALADIE 0:BASE PLAF	1712.02	*	0.10		1.71		
1702	S.S. VIEILLESSE 0	1712.02	*	6.75		115.56	8.40	143.81
1723	Cais Nat. Sol. Autonom	1712.02					0.30	5.14
1724	F E H (contractuels)	1712.02					1.00	17.12
1725	S.S. FONDS LOGEMENT P	1712.02					0.50	8.56
1727	S.S.ALLOC.FAMILIA P:DEP	1712.02					5.40	92.45
1731	S.S.FOND TRANSPORT P.DEP.	1712.02					0.50	8.56
1732	S.S. VIEILLESSE P DEPLA	1712.02					1.60	27.39
1733	S.S.ACCIDENT TRAVAIL DEP	1712.02					1.88	32.19
1736	R.D.S. sur 98,25 %	1682.06		0.50		8.41		
1737	C.S.G. DED sur 98,25%	1682.06	*	5.10		85.79		
1738	C.S.G. NON DED sur 98,25%	1682.06		2.40		40.37		
1745	IRCANTEC-TRANCHE A	1712.02	*	2.45		41.94	3.68	63.00
1776	CESU CGOS	1712.02					0.09	1.54
1778	SURCOTISATION ANFH FMEP	1712.02					0.60	10.27
1779	CONTRIB.CONGE FORM.PROF.	1712.02					0.20	3.42
1780	CONTRIBUTION OEUV.SOCIAL.	1712.02					1.50	25.68
1781	TAXE SUR LES SALAIRES	1712.02					4.25	72.76
1784	CONTRIBUTION (A.N.F.H.)	1712.02					2.10	35.95
TOTAUX					1712.02	306.62		766.98

REVENUS (Année 2013)

	Cumul mensuel	Cumul annuel
Brut imposable	1712.02	1712.02
Net imposable	1454.18	1454.18
Base sécurité soc.dépl	1712.02	
Base sécurité soc.plaf	1712.02	
Retraite complémentaire	0.00	0.00
Avantages en nature	0.00	0.00
Total charges employeur	766.98	

PAIEMENT

NET À PAYER	1405.40	Euros
Date de paiement :	26/09/2013	
Lieu de paiement :	219999 UF GARDES	
Mode de paiement :		
Banque - Guichet :		
N° de compte :		
Domiciliation bancaire :		

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée

BULLETIN DE SALAIRE

ORIGINAL

Employeur : 21 HOPITAUX DU LEMAN	Mois de : SEPTEMBRE 2013	1
3 Avenue de la Dame	N° Séc.Soc. :	MUT :
74200 THONON LES BAINS	Statut : 00 TITULAIRE	
SIRET : 26741103100011 APE : 86102	Temps Partiel : 100/100	CET :
	Grade : 3003 AIDE SOIGNANT CL EXC	
	Echelon : 7S	Gr. Rémunération : 6
	Indice : 430	Base Trait. mens : 100/100

740 197104978

Valeur du point : 4.6303	Nbre heures : 151.67
Plafond de sécurité sociale : 3086.00	

FRANCE

Nombre de trentième payé			
Plein M	Demi M	Plein M-1	Demi M-1
30	0	0	0

Nombre d'enfants pour SFT					
-2	2-3	3-5	5-10	10-15	+15
0	0	0	0	0	0

Pôle Non Défini

Matricule : m4admx DIF :

UF : 9999 UF GARDES

21 THONON

3 Avenue de la Dame BP 526
74200 THONON LES BAINS

Désignation				Données du salarié			Cotis. patronales	
Code Paie	Nature	Base	R	Taux ou Nbre	A Payer	A Déduire	Taux ou Nbre	Montant
1001	TRAITEMENT DE BASE	1991.02	*		1991.02			
1080	PRIME SUJ. AIDE-SOIGNANTE	1991.02	*	10.00	199.10			
1090	PRIME FORFAITAIRE	15.24	*		15.24			
1450	IND.SUJETION SPECIALE	12.57	*	13.00	163.47			
1710	CNR ouv aide soignant	199.10	*	1.50		2.99	3.50	6.97
1718	RETRAITE ADDITIONNELLE FP	178.71	*	5.00		8.94	5.00	8.94
2720	S.S. MALADIE P:BASE DEPLA	2190.12					11.50	251.86
2723	Cais Nat. Sol. Autonom	2190.12					0.30	6.57
2725	S.S. FONDS LOGEMENT P	2190.12					0.50	10.95
2727	S.S.ALLOC.FAMILIA P:DEP	2190.12					5.40	118.27
2731	S.S.FOND TRANSPORT P.DEP.	2190.12					0.50	10.95
1736	R.D.S. sur 98,25 %	2327.38		0.50		11.64		
1737	C.S.G. DED sur 98,25%	2327.38	*	5.10		118.70		
1738	C.S.G. NON DED sur 98,25%	2327.38		2.40		55.86		
1740	C.N.R.A.C.L.	2190.12	*	8.76		191.85	28.85	631.85
1759	CONTRIBUTION SOLIDARITE	2165.05	*	1.00		21.65		
1763	CNRACL-INVALIDITE (P)	1991.02					0.40	7.96
1766	F E H (titulaires)	2190.12					1.00	21.90
1776	CESU CGOS	2368.83					0.09	2.13
1778	SURCOTISATION ANFH FMEP	2368.83					0.60	14.21
1779	CONTRIB.CONGE FORM.PROF.	2368.83					0.20	4.74
1780	CONTRIBUTION OEUV.SOCIAL.	2368.83					1.50	35.53
1781	TAXE SUR LES SALAIRES	2368.83					4.25	100.68
1784	CONTRIBUTION (A.N.F.H.)	2368.83					2.10	49.75
TOTAUX					2368.83	411.63		1283.26

REVENUS (Année 2013)

	Cumul mensuel	Cumul annuel
Brut imposable	2368.83	2368.83
Net imposable	2024.70	2024.70
Base sécurité soc.dépl	2190.12	
Base sécurité soc.plaf	2190.12	
Retraite complémentaire	0.00	0.00
Avantages en nature	0.00	0.00
Total charges employeur	1283.26	

PAIEMENT

NET À PAYER	1957.20	Euros
Date de paiement :	26/09/2013	
Lieu de paiement :	219999 UF GARDES	
Mode de paiement :		
Banque - Guichet :		
N° de compte :		
Domiciliation bancaire :		

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée

BULLETIN DE SALAIRE

ORIGINAL

Employeur : 21 HOPITAUX DU LEMAN

3 Avenue de la Dame

74200 THONON LES BAINS

SIRET : 26741103100011 APE : 8610Z

Mois de : SEPTEMBRE 2013

1

N° Séc.Soc. :

MUT :

Statut : 21 CONTRACTUELS CDD

Temps Partiel : 100/100 CET :

Grade : 2154 INFIRMIER SG GRADE1

Echelon : 01 Gr. Rémunération : 2154

Indice : 342 Base Trait. mens : 100/100

740 197104978

Valeur du point : 4.6303 Nbre heures : 151.67

Plafond de sécurité sociale : 3086.00

FRANCE

Nombre de trentième payé

Plein M	Demi M	Plein M-1	Demi M-1
30	0	0	0

Nombre d'enfants pour SFT

-2	2-3	3-5	5-10	10-15	+15	Total
0	0	0	0	0	0	0

Pôle Non Défini

Matricule : m4admx DIF :

UF : 9999 UF GARDES

21 THONON

3 Avenue de la Dame BP 526

74200 THONON LES BAINS

Désignation				Données du salarié			Cotis. patronales	
Code	Nature	Base	R	Taux ou Nbre	A Payer	A Déduire	Taux ou Nbre	Montant
1001	TRAITEMENT DE BASE	1583.56	*		1583.56			
1100	PRIME SPECIFIQUE	90.00	*		90.00			
1107	PRIME SPEC.DEBUT CARRIERE	38.85	*		38.85			
1450	IND.SUJETION SPECIALE	10.00	*	13.00	130.02			
1700	S.S. MALADIE 0:BASE DEPLA	1842.43	*	0.75		13.82	12.80	235.83
1701	S.S. MALADIE 0:BASE PLAF	1842.43	*	0.10		1.84		
1702	S.S. VIEILLESSE O	1842.43	*	6.75		124.36	8.40	154.76
1723	Cais Nat. Sol. Autonom	1842.43					0.30	5.53
1724	F E H (contractuels)	1842.43					1.00	18.42
1725	S.S. FONDS LOGEMENT P	1842.43					0.50	9.21
1727	S.S.ALLOC.FAMILIA P:DEP	1842.43					5.40	99.49
1731	S.S.FOND TRANSPORT P.DEP.	1842.43					0.50	9.21
1732	S.S. VIEILLESSE P DEPLA	1842.43					1.60	29.48
1733	S.S.ACCIDENT TRAVAIL DEP	1842.43					1.88	34.64
1736	R.D.S. sur 98,25 %	1810.19		0.50		9.05		
1737	C.S.G. DED sur 98,25%	1810.19	*	5.10		92.32		
1738	C.S.G. NON DED sur 98,25%	1810.19		2.40		43.44		
1745	IRCANTEC-TRANCHE A	1842.43	*	2.45		45.14	3.68	67.80
1776	CESU CGOS	1842.43					0.09	1.66
1778	SURCOTISATION ANFH FMEP	1842.43					0.60	11.05
1779	CONTRIB.CONGE FORM.PROF.	1842.43					0.20	3.68
1780	CONTRIBUTION OEUV.SOCIAL.	1842.43					1.50	27.64
1781	TAXE SUR LES SALAIRES	1842.43					4.25	78.30
1784	CONTRIBUTION (A.N.F.H.)	1842.43					2.10	38.69
TOTAUX					1842.43	329.97		825.39

REVENUS (Année 2013)

	Cumul mensuel	Cumul annuel
Brut imposable	1842.43	1842.43
Net imposable	1564.95	1564.95
Base sécurité soc.dépl	1842.43	
Base sécurité soc.plaf	1842.43	
Retraite complémentaire	0.00	0.00
Avantages en nature	0.00	0.00
Total charges employeur	825.39	

PAIEMENT

NET À PAYER	1512.46	Euros
Date de paiement :	26/09/2013	
Lieu de paiement :	219999 UF GARDES	
Mode de paiement :		
Banque - Guichet :		
N° de compte :		
Domiciliation bancaire :		

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée

BULLETIN DE SALAIRE

ORIGINAL

Employeur : 21 HOPITAUX DU LEMAN

3 Avenue de la Dame

74200 THONON LES BAINS

SIRET : 26741103100011 APE : 8610Z

Mois de : SEPTEMBRE 2013

1

N° Séc.Soc. :

MUT :

Statut : 00 TITULAIRE

Temps Partiel : 100/100 CET :

Grade : 2154 INFIRMIER SG GRADE1

Echelon : 11 Gr. Rémunération : 2154

Indice : 566 Base Trait. mens : 100/100

740 197104978

Valeur du point : 4.6303 Nbre heures : 151.67

Plafond de sécurité sociale : 3086.00

FRANCE

Nombre de trentième payé

Plein M	Demi M	Plein M-1	Demi M-1
30	0	0	0

Nombre d'enfants pour SFT

-2	2-3	3-5	5-10	10-15	+15	Total
0	0	0	0	0	0	0

Pôle Non Défini

Matricule : m4admx DIF :

UF : 9999 UF GARDES

21 THONON

3 Avenue de la Dame BP 526

74200 THONON LES BAINS

Désignation				Données du salarié			Cotis. patronales	
Code	Nature	Base	R	Taux ou Nbre	A Payer	A Déduire	Taux ou Nbre	Montant
1001	TRAITEMENT DE BASE	2620.74	*		2620.74			
1100	PRIME SPECIFIQUE	90.00	*		90.00			
1450	IND.SUJETION SPECIALE	16.55	*	13.00	215.18			
1718	RETRAITE ADDITIONNELLE FP	305.18	*	5.00		15.26	5.00	15.26
2720	S.S. MALADIE P:BASE DEPLA	2620.74					11.50	301.39
2723	Cais Nat. Sol. Autonom	2620.74					0.30	7.86
2725	S.S. FONDS LOGEMENT P	2620.74					0.50	13.10
2727	S.S.ALLOC.FAMILIA P:DEP	2620.74					5.40	141.52
2731	S.S.FOND TRANSPORT P.DEP.	2620.74					0.50	13.10
1736	R.D.S. sur 98,25 %	2874.72		0.50		14.37		
1737	C.S.G. DED sur 98,25%	2874.72	*	5.10		146.61		
1738	C.S.G. NON DED sur 98,25%	2874.72		2.40		68.99		
1740	C.N.R.A.C.L.	2620.74	*	8.76		229.58	28.85	756.08
1759	CONTRIBUTION SOLIDARITE	2681.08	*	1.00		26.81		
1763	CNRACL-INVALIDITE (P)	2620.74					0.40	10.48
1766	F E H (titulaires)	2620.74					1.00	26.21
1776	CESU CGOS	2527.87					0.09	2.28
1778	SURCOTISATION ANFH FMEP	2925.92					0.60	17.56
1779	CONTRIB.CONGE FORM.PROF.	2925.92					0.20	5.85
1780	CONTRIBUTION OEUV.SOCIAL.	2527.87					1.50	37.92
1781	TAXE SUR LES SALAIRES	2925.92					4.25	124.35
1784	CONTRIBUTION (A.N.F.H.)	2925.92					2.10	61.44
TOTAUX					2925.92	501.62		1534.40

REVENUS (Année 2013)

	Cumul mensuel	Cumul annuel
Brut imposable	2925.92	2925.92
Net imposable	2507.66	2507.66
Base sécurité soc.dépl	2620.74	
Base sécurité soc.plaf	2620.74	
Retraite complémentaire	0.00	0.00
Avantages en nature	0.00	0.00
Total charges employeur	1534.40	

PAIEMENT

NET À PAYER	2424.30	Euros
Date de paiement :	26/09/2013	
Lieu de paiement :	219999 UF GARDES	
Mode de paiement :		
Banque - Guichet :		
N° de compte :		
Domiciliation bancaire :		

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée

BULLETIN DE SALAIRE

ORIGINAL

Employeur : 21 HOPITAUX DU LEMAN

3 Avenue de la Dame

74200 THONON LES BAINS

SIRET : 26741103100011 APE : 8610Z

Mois de : SEPTEMBRE 2013

1

N° Séc.Soc. : MUT :

Statut : 21 CONTRACTUELS CDD

Temps Partiel : 100/100 CET :

Grade : 2164 INFIRMIER SG GRADE2

Echelon : 01 Gr. Rémunération : 2164

Indice : 387 Base Trait. mens : 100/100

740 197104978

Valeur du point : 4.6303 Nbre heures : 151.67

Plafond de sécurité sociale : 3086.00

FRANCE

Nombre de trentième payé

Plein M	Demi M	Plein M-1	Demi M-1
30	0	0	0

Nombre d'enfants pour SFT

-2	2-3	3-5	5-10	10-15	+15	Total
0	0	0	0	0	0	0

Pôle Non Défini

Matricule : m4admx DIF :

UF : 9999 UF GARDES

21 THONON

3 Avenue de la Dame BP 526

74200 THONON LES BAINS

Désignation				Données du salarié			Cotis. patronales	
Code	Nature	Base	R	Taux ou Nbre	A Payer	A Déduire	Taux ou Nbre	Montant
1001	TRAITEMENT DE BASE	1791.92	*		1791.92			
1100	PRIME SPECIFIQUE	90.00	*		90.00			
1450	IND.SUJETION SPECIALE	11.32	*	13.00	147.13			
1700	S.S. MALADIE 0:BASE DEPLA	2029.05	*	0.75		15.22	12.80	259.72
1701	S.S. MALADIE 0:BASE PLAF	2029.05	*	0.10		2.03		
1702	S.S. VIEILLESSE 0	2029.05	*	6.75		136.96	8.40	170.44
1723	Cais Nat. Sol. Autonom	2029.05					0.30	6.09
1724	F E H (contractuels)	2029.05					1.00	20.29
1725	S.S. FONDS LOGEMENT P	2029.05					0.50	10.15
1727	S.S.ALLOC.FAMILIA P:DEP	2029.05					5.40	109.57
1731	S.S.FOND TRANSPORT P.DEP.	2029.05					0.50	10.15
1732	S.S. VIEILLESSE P DEPLA	2029.05					1.60	32.46
1733	S.S.ACCIDENT TRAVAIL DEP	2029.05					1.88	38.15
1736	R.D.S. sur 98,25 %	1993.54		0.50		9.97		
1737	C.S.G. DED sur 98,25%	1993.54	*	5.10		101.67		
1738	C.S.G. NON DED sur 98,25%	1993.54		2.40		47.84		
1745	IRCANTEC-TRANCHE A	2029.05	*	2.45		49.71	3.68	74.67
1759	CONTRIBUTION SOLIDARITE	1825.13	*	1.00		18.25		
1776	CESU CGOS	2029.05					0.09	1.83
1778	SURCOTISATION ANFH FMEP	2029.05					0.60	12.17
1779	CONTRIB.CONGE FORM.PROF.	2029.05					0.20	4.06
1780	CONTRIBUTION OEUV.SOCIAL.	2029.05					1.50	30.44
1781	TAXE SUR LES SALAIRES	2029.05					4.25	86.23
1784	CONTRIBUTION (A.N.F.H.)	2029.05					2.10	42.61
TOTAUX					2029.05	381.65		909.03

REVENUS (Année 2013)

	Cumul mensuel	Cumul annuel
Brut imposable	2029.05	2029.05
Net imposable	1705.21	1705.21
Base sécurité soc.dépl	2029.05	
Base sécurité soc.plaf	2029.05	
Retraite complémentaire	0.00	0.00
Avantages en nature	0.00	0.00
Total charges employeur	909.03	

PAIEMENT

NET À PAYER	1647.40	Euros
Date de paiement :	26/09/2013	
Lieu de paiement :	219999 UF GARDES	
Mode de paiement :		
Banque - Guichet :		
N° de compte :		
Domiciliation bancaire :		

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée

BULLETIN DE SALAIRE

ORIGINAL

Employeur : 21 HOPITAUX DU LEMAN

3 Avenue de la Dame

74200 THONON LES BAINS

SIRET : 26741103100011 APE : 8610Z

Mois de : SEPTEMBRE 2013

1

N° Séc.Soc. :

MUT :

Statut : 00 TITULAIRE

Temps Partiel : 100/100 CET :

Grade : 2164 INFIRMIER SG GRADE2

Echelon : 11 Gr. Rémunération : 2164

Indice : 581 Base Trait. mens : 100/100

740 197104978

Valeur du point : 4.6303 Nbre heures : 151.67

Plafond de sécurité sociale : 3086.00

FRANCE

Nombre de trentième payé

Plein M	Demi M	Plein M-1	Demi M-1
30	0	0	0

Nombre d'enfants pour SFT

-2	2-3	3-5	5-10	10-15	+15	Total
0	0	0	0	0	0	0

Pôle Non Défini

Matricule : m4admx DIF :

UF : 9999 UF GARDES

21 THONON

3 Avenue de la Dame BP 526

74200 THONON LES BAINS

Désignation				Données du salarié			Cotis. patronales	
Code	Nature	Base	R	Taux ou Nbre	A Payer	A Déduire	Taux ou Nbre	Montant
1001	TRAITEMENT DE BASE	2690.19	*		2690.19			
1100	PRIME SPECIFIQUE	90.00	*		90.00			
1450	IND.SUJETION SPECIALE	16.99	*	13.00	220.88			
1718	RETRAITE ADDITIONNELLE FP	310.88	*	5.00		15.54	5.00	15.54
2720	S.S. MALADIE P:BASE DEPLA	2690.19					11.50	309.37
2723	Cais Nat. Sol. Autonom	2690.19					0.30	8.07
2725	S.S. FONDS LOGEMENT P	2690.19					0.50	13.45
2727	S.S.ALLOC.FAMILIA P:DEP	2690.19					5.40	145.27
2731	S.S.FOND TRANSPORT P.DEP.	2690.19					0.50	13.45
1736	R.D.S. sur 98,25 %	2948.55		0.50		14.74		
1737	C.S.G. DED sur 98,25%	2948.55	*	5.10		150.38		
1738	C.S.G. NON DED sur 98,25%	2948.55		2.40		70.77		
1740	C.N.R.A.C.L.	2690.19	*	8.76		235.66	28.85	776.12
1759	CONTRIBUTION SOLIDARITE	2749.87	*	1.00		27.50		
1763	CNRACL-INVALIDITE (P)	2690.19					0.40	10.76
1766	F E H (titulaires)	2690.19					1.00	26.90
1776	CESU CGOS	2525.86					0.09	2.27
1778	SURCOTISATION ANFH FMEP	3001.07					0.60	18.01
1779	CONTRIB.CONGE FORM.PROF.	3001.07					0.20	6.00
1780	CONTRIBUTION OEUV.SOCIAL.	2525.86					1.50	37.89
1781	TAXE SUR LES SALAIRES	3001.07					4.25	127.55
1784	CONTRIBUTION (A.N.F.H.)	3001.07					2.10	63.02
TOTAUX					3001.07	514.59		1573.67

REVENUS (Année 2013)

	Cumul mensuel	Cumul annuel
Brut imposable	3001.07	3001.07
Net imposable	2571.99	2571.99
Base sécurité soc.dépl	2690.19	
Base sécurité soc.plaf	2690.19	
Retraite complémentaire	0.00	0.00
Avantages en nature	0.00	0.00
Total charges employeur	1573.67	

PAIEMENT

NET À PAYER	2486.48	Euros
Date de paiement :	26/09/2013	
Lieu de paiement :	219999 UF GARDES	
Mode de paiement :		
Banque - Guichet :		
N° de compte :		
Domiciliation bancaire :		

Dans votre intérêt et pour vous aider à faire valoir vos droits, conservez ce bulletin de paie sans limitation de durée

Annexe n°6

Charte de bonnes pratiques de la Commission Santé du Comité Régional franco-genevois.

Charte de Bonnes Pratiques de la Commission Santé du Comité Régional Franco-Genevois

Entre :

- Les Hôpitaux universitaires de Genève, siège du 144, rue Gabrielle-Perret-Gentil 2, 1211 GENEVE 14, désignés ci-après HUG et représentés par leur directeur ;
- Le Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, siège du SAMU 74, 1 avenue de l'Hôpital - METZ-TESSY BP 90074 - 74374 Pringy Cedex désigné ci-après CHRA et représenté par son Directeur ;
- L'Hôpital intercommunal Sud Léman Valserine, siège Rue Amédée VIII de Savoie, 74164 SAINT JULIEN EN GENEVOIS Cedex, désigné ci-après Centre hospitalier Sud Léman-Valserine (HISLV) et représenté par son directeur ;
- Le Centre Hospitalier Alpes Léman, siège 558 route de Findrol, BP 20500, 74130 CONTAMINE SUR ARVE, représenté par son Directeur ;
- Les Hôpitaux du Pays du Mont Blanc, siège 380, rue de l'hôpital, 74703 Sallanches Cedex, représentés par leur Directeur ;
- Les Hôpitaux du Léman, siège 3, avenue de la Dame, BP 526, 74203 THONON LES BAINS, représentés par leur Directeur ;
- L'Etablissement Public de Santé Mentale, rue de la patience, 74800 LA ROCHE SUR FORON, représenté par son Directeur ;
- L'hôpital local départemental, 411 Grande Rue 74930 REIGNIER, représenté par son Directeur ;
- La Direction générale de la santé, siège avenue de Beau-Séjour 24, 1206 GENEVE, représentée par son Directeur ;
- L'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes, siège 129 rue Servient, 69326 LYON Cedex 03, représentée par son Directeur ;

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

PREAMBULE

La Commission Santé du Comité Régional Franco-Genevois (CRFG) est coprésidée par le Conseiller d'Etat genevois chargé de la santé et le Directeur Général de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes (ARS). Cette commission a pour objet de réaliser des études et analyses et de faire des propositions, permettant aux autorités de prendre des décisions concertées en matière de santé publique dans les domaines de compétence respectifs de la Direction de la santé genevoise et de l'ARS Rhône-Alpes.

La Commission Santé a émis le vœu que soit actualisée une Charte de bonnes pratiques entre les établissements sanitaires français et genevois. En mars 1995, une « *Charte transfrontalière de l'emploi des personnels hospitaliers* » avait été proposée à la signature des établissements de soins publics et privés frontaliers du Genevois, du Vaudois et de Haute-Savoie, relative aux principes de mobilité des personnels, et ayant pour objectif « d'éviter les tensions et à-coups dans la gestion des ressources humaines, provoquée par le manque d'information sur les recrutements et/ou les difficultés de retour des personnels hospitaliers ». La phase expérimentale de cette charte n'a pas donné lieu à application pérenne.

Un groupe de travail opérationnel, composé des directeurs d'établissements sanitaires publics français et genevois, de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes et de la Direction générale de la santé genevoise, s'est réuni pour mettre en place une nouvelle charte en vue d'améliorer les relations entre établissements de santé frontaliers.

Il lui appartiendra d'identifier un certain nombre d'intérêts communs en vue d'améliorer les relations entre établissements de santé frontaliers, que ce soit en matière de recrutement de personnel et/ou de mise en place de projets pilotes.

Article 1 : Objet

Il est mis en place un Observatoire transfrontalier des personnels de santé, composé de représentants des établissements sanitaires publics français, de l'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et de la Direction générale de la santé genevoise. Cet Observatoire a pour périmètre les coopérations hospitalières et les situations respectives de ses membres en matière

de flux de personnel. Il a pour objectif, dans une perspective préventive et grâce à l'échange et à l'analyse d'informations et de données intéressant ses membres, de :

- dresser un état des lieux en analysant les besoins respectifs en personnel ;
- identifier les terrains de collaboration actuels et potentiels, notamment s'agissant des stages ;
- approfondir les données sur les flux de personnel entre la France et la Suisse.

Cet Observatoire se réunit au minimum deux fois par an.

Les dates sont fixées conjointement par l'ARS et la DGS. Les réunions ont lieu alternativement dans le Canton de Genève et en Rhône-Alpes, l'autorité invitante assurant le secrétariat de la réunion.

Il produit un rapport d'activité annuel à partir d'un cadre défini en commun. Les informations sont collectées par l'ARS et la DGS.

Article 2 : Engagements

Article 2.1. Engagement des acteurs français

- Chaque établissement sanitaire organise le recensement des informations qualitatives et les analyses statistiques relatives au nombre de recrutements annuels, aux départs annuels, au turn-over, aux terrains de stage et aux nouveaux projets ayant un impact en termes de ressources humaines.
- L'Agence régionale de santé Rhône-Alpes, en lien notamment avec l'Observatoire régional de la démographie des Professionnels de santé (ORDPS), effectue des enquêtes, régulières ou ponctuelles, dont les résultats seront partagés.
- Il sera également tenu compte des travaux de suivi de cohorte des promotions sortantes menées par la Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), ainsi que des questionnaires adressés par la Direction Recherches, Etudes, Evaluations et Statistiques (DREES) aux établissements de santé et relatifs aux cohortes des promotions sortantes.

Article 2.2. Engagement des acteurs suisses

- Les HUG organisent le recensement des informations qualitatives et les analyses statistiques relatives au nombre de recrutements annuels, aux départs annuels, au turn-over, aux terrains de stage et aux nouveaux projets ayant un impact en termes de ressources humaines.
- La Direction générale de la santé effectue des enquêtes régulières relatives aux besoins des institutions de soins en termes de professionnels de santé ainsi qu'aux places de formation pratique dont les résultats seront partagés.

Afin de mieux objectiver la réalité des flux et d'améliorer la communication et la qualité des échanges entre établissements, les établissements suisses signataires de la présente charte s'engagent, dans la mesure du possible, à contacter les établissements français avant de procéder au recrutement d'un salarié français afin de s'entendre sur les modalités de recrutement (échéance notamment).

Article 3 : Indicateurs du dispositif de suivi

Le dispositif de suivi se fondera notamment sur les critères suivants :

Pour les établissements français :

- Nombre de stages effectués par spécialité et par établissement en Suisse, dont GENEVE ;
- Nombre de remboursements d'allocation d'études ;
- Nombre de départs connus vers la Suisse.

Pour les établissements genevois :

- Nombre de personnes recrutées par profession, originaires de France dont de HAUTE-SAVOIE et de l'AIN (ayant obtenu un diplôme en France).

Article 4 : Offre de formation

Deux problèmes principaux sont constatés : le manque de terrains de stage dans certaines spécialités et l'adéquation temporelle des propositions de ces mêmes terrains avec ceux des impératifs de formation des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

L'observatoire créé par la présente charte de bonnes pratiques permettra d'analyser de manière anticipée les besoins et les demandes exprimées par chacun des membres en matière de terrains de stage. Un état des lieux du nombre de places de stage en France (74 et 01) et en Suisse (Canton de GENEVE) sera dressé.

Article 5 : Durée de la Charte de bonnes pratiques

La présente charte de bonnes pratiques prend effet à compter de la date de sa signature et est établie pour une durée de 24 mois. Elle est reconduite tacitement pour une durée indéterminée, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties 6 mois avant la date d'échéance.

Article 6 : Adhésion à la Charte de bonnes pratiques

La Charte de bonnes pratiques sera également proposée à tous les établissements sanitaires de la région transfrontalière (Haute-Savoie et Pays de Gex pour la France) ainsi qu'à toutes les institutions de soins genevoises qui pourront y adhérer en s'engageant à en respecter les termes et à répondre aux enquêtes mises en place.

Les établissements privés de santé, les établissements médico-sociaux et les services de soins infirmiers à domicile peuvent adhérer à la présente charte en tant que membre associé.

Fait à (**préciser le lieu**), le (**préciser la date**)

SIGNATURES DES PARTIES

PASCUAL	Béatrice	2013
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES LYON		
LUTTER CONTRE L'HEMORRAGIE DU PERSONNEL : UN DEFI POUR LA QUALITE DE VIE DES RESIDENTS EN EHPAD FRONTALIER		
Résumé : Situés sur la frontière suisse, les EHPAD du bassin genevois font face à une pénurie importante de personnel soignant qualifié. Préférant souvent travailler en Suisse pour de meilleures conditions salariales, les infirmiers et aides-soignants diplômés font défaut. Cette particularité territoriale soumet ces établissements frontaliers à de fortes tensions internes et met en question leur capacité à proposer un accompagnement de qualité. Turn-over, fuite des compétences, manque de qualifications sont autant de défis à relever pour les directions et les équipes d'encadrement. Les risques liés à ce déficit humain sont nombreux. L'enjeu managérial pour y remédier primordial, si ces EHPAD entendent répondre aux exigences de l'accompagnement des personnes âgées. En interne, des actions concrètes sont à mener pour la mobilisation des équipes et sa fidélisation. En externe, il faut rallier les collectivités locales à cet enjeu de territoire, afin de garantir à la population âgée de cette région, accueillie en établissement, un cadre de vie harmonieux.		
Mots clés : Personnes âgées, EHPAD, concurrence frontalière, qualité de l'accompagnement, GRH, management éthique, lobbying, valorisation.		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		