

MISSION METIERS DU GRAND-ÂGE : CONTRIBUTION DE LA FHF

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SUR LE SECTEUR PUBLIC

La FHF représente les établissements publics sanitaires (1000 établissements), sociaux et médico-sociaux (3800 structures). Concernant les EHPAD, le secteur public représente 42 % des établissements et 49 % de l'offre en places d'hébergement. Selon le rapport annuel sur l'état de la fonction publique, les EHPAD publics autonomes employaient **91 734 ETP** (soit plus de 99 000 personnes physiques) en 2016.

Les spécificités des métiers du Grand âge dans la fonction publique hospitalière :

- **Un investissement important pour l'accompagnement des parcours professionnels :** les établissements cotisent pour la formation à hauteur de 2,9% de leur masse salariale. Les principales études promotionnelles, le financement de formations longues permettant l'accès à un grade supérieur et concomitamment le maintien du salaire, portent sur les Diplômes d'Etat AS et IDE. En 2018, l'ANFH, OPCA des établissements relevant de la fonction publique hospitalière, recensait 1836 études promotionnelles et 426 congés de formation professionnelle, soit **2,5%** des professionnels exerçant en EHPAD inscrits dans un processus de formation diplômante.

Nombre d'Études Promotionnelles en cours en 2018 pour le secteur public « Personnes Âgées »

	PLAN & FMEP & CFP
Agent des Services Hospitaliers Qualifiés	
Diplôme d'Etat d'Aide-soignant	652
Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social	94
Diplôme d'Etat d'Infirmier	60
BPJEPS animation sociale	24
Moniteur éducateur	2
Autres Etudes Promotionnelles	49
Aide-Soignant	
Diplôme d'Etat d'Infirmier	552
BPJEPS animation sociale/ tous loisirs	26
Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social	15
Autres Etudes Promotionnelles	48
Autres grades*	
Etudes Promotionnelles **	314
TOTAL	1836

Nombre de Congés de formation professionnelle en cours en 2018 pour le secteur public "Personnes Âgées"

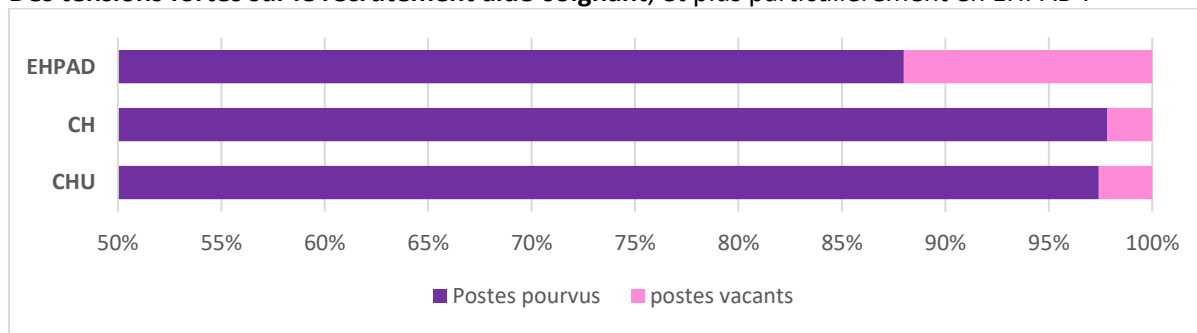
Nombre de formations en cours en 2018 tous grades confondus pour la catégorie "Personnes Âgées" (hors Bilans de compétences)

426

Grade agent	Type de formation en cours en 2018	Nbre de formations en cours en 2018	Part au sein des formations de la catégorie "Personnes Âgées"
Agent des Services Hospitaliers Qualifiés	Diplôme CFP classique	42	9,9%
	Etudes Promotionnelles	41	9,6%
	Validation des Acquis de l'Expérience	52	12,2%
Aide-Soignant	Diplôme CFP classique	82	19,2%
	Etudes Promotionnelles	47	11,0%
	Validation des Acquis de l'Expérience	11	2,6%
Autres grades*	Diplôme CFP classique	96	22,5%
	Etudes Promotionnelles	15	3,5%
	Validation des Acquis de l'Expérience	40	9,4%

* 37 grades différents sont compris dans la catégorie "Autres grades"

- **Un taux d'absentéisme des aides-soignants important dans la FPH** (données issues du bilan social 2015, dernière enquête mise en ligne par l'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation) :
 - 9,9 % dans les centres hospitaliers de plus de 300 agents (soit plus élevé que celui des IDE à 7,8 %) ;
 - En moyenne, 29 jours d'absence pour le personnel non médical (dont 49 % est dû à la maladie ordinaire, 21 % aux CLM et CLD, 18 % à la maternité/paternité).
- **Un fonctionnement en auto-assurance** des employeurs publics pour la maladie et les accidents de travail des professionnels titulaires ;
- **Des prélèvements sociaux et fiscaux différents du secteur privé** et dorénavant plus lourds dans le public (le secteur public ne bénéficie pas de l'abattement pérenne de 6 % de charges sociales pour les salaires en-deçà de 2,5 SMIC) ;
- **Une attention particulière des employeurs publics aux professionnels en situation de restriction d'aptitude** : ces professionnels sont maintenus en activité et bénéficient de postes aménagés ;
- **Des tensions fortes sur le recrutement aide-soignant**, et plus particulièrement en EHPAD :



(Enquête FHF, Juillet 2019)

- **En conséquence, le nécessaire recours à des professionnels faisant fonction** : le recrutement d'agents contractuels faisant fonction d'aide-soignant, avec parfois une qualification d'auxiliaire de vie, nécessite de les former davantage et de les accompagner (VAE, concours, etc.) ;
- **Une forte mobilisation des établissements** : opérations de Job dating, partenariats avec Pôle Emploi, partenariat avec les IFAS et les IFSI, travail en lien avec les CFA afin de développer l'apprentissage dans la FPH, fort investissement dans la promotion professionnelle des professionnels non qualifiés (et donnant lieu à engagement de servir) ;
- **Un taux conséquent de professionnels à temps partiel** : en moyenne, 22% des fonctionnaires de la FPH sont à temps partiel, sur des temps partiels de droit (temps partiel majoritairement de droit, s'imposant à l'employeur au regard de la situation personnelle des agents - enfants de moins de trois ans, etc.) ;
- **Un effort sur les remplacements** : des remplacements d'arrêt maladie ou de congé maternité effectués par l'intermédiaire de contrats courts (CDD de remplacement de quelques mois) ;
- **Des rémunérations se situant dans les premiers déciles des échelles salariales nationales** : Salaire de début et de fin de carrière : 1 537,02 € brut hors prime (1^{er} échelon, grade AS), 2 183,69 € (dernier échelon, grade AS principal).

A l'occasion de la concertation Grand Âge et autonomie, la FHF avait défendu plusieurs leviers pour une plus grande attractivité des métiers du grand âge :

- Renforcer dès la formation initiale la connaissance du secteur du grand âge et valoriser en IFSI et en IFAS les possibilités offertes aux élèves AS et IDE dans ce secteur ;
- Développer les compétences et les parcours professionnels qualifiants ;
- Soutenir et financer les démarches de qualité de vie au travail.

Pour permettre à la mission « Attractivité des métiers du grand âge » d’appréhender certaines spécificités du secteur public, la FHF a également transmis deux notes sur l’absentéisme et la formation et les dispositifs d’accompagnement professionnel dans le secteur public. En effet, si la réflexion menée porte prioritairement sur les branches et associe majoritairement les acteurs du privé, nous appelons la vigilance de la mission sur les risques d’une stricte transposition de l’analyse au secteur public, qui représente en outre près de la moitié du secteur des EHPAD.

Enfin, la mission a concentré ses travaux sur la prise en charge à domicile et le métier d’auxiliaire de vie. **La FHF souhaite donc rappeler que tous métiers sont concernés par le déficit global d’attractivité du secteur (aide-soignant, infirmier, cadre de santé, médecin...) et que les EHPAD, qui accueillent les résidents les plus dépendants, sont également particulièrement touchés.**

Au regard de ce contexte et de ces spécificités, la FHF souhaite porter auprès de la mission « métiers du grand âge » 13 propositions concrètes.

ADAPTER LES FINANCEMENTS AUX BESOINS DU SECTEUR

1. **Engager un renforcement significatif des effectifs en EHPAD, par la mobilisation de financements supplémentaires**
2. **Valoriser la spécialisation gériatrique dans la politique de rémunération, permettre un meilleur accès à la formation d’ASG**
3. **Rénover la tarification des services à domicile pour valoriser et intégrer la dimension relationnelle, la prévention et les temps de coordination**
4. **Mettre fin aux sur-prélèvements socio-fiscaux qui pénalisent le secteur public**

1. Engager un renforcement significatif des effectifs en EHPAD, par la mobilisation de financements supplémentaires

Le constat du besoin d’un renforcement significatif des effectifs pour augmenter le temps passé en proximité des personnes âgées est partagé par tous et apparaît comme un **prérequis à l’amélioration des conditions de travail, et donc à la prévention de l’absentéisme.**

De même, les dotations globales de soins doivent permettre de façon effective le recrutement ou la mise à disposition de PH ou de réducteurs.

La FHF soutient ainsi la proposition 87 du rapport Libault qui suggère d’augmenter de 25% les effectifs en EHPAD d’ici 2024. Une telle évolution traduirait la volonté de reconnaître l’urgence à agir pour soutenir les professionnels mais aussi l’utilité sociale de ces métiers.

Compte tenu des difficultés actuelles de recrutement ces évolutions seraient nécessairement séquencées dans le temps mais le renforcement des effectifs doit pouvoir être engagé dès 2020.

Cette évolution, qui ne doit pas alourdir le reste à charge des personnes âgées, nécessite de mobiliser des financements à hauteur des enjeux.

- ⇒ **La FHF demande que soit réalisé un effort significatif sur l’ONDAM médico-social par la mobilisation de nouvelles pistes de financement** : étalement du remboursement de la dette sociale à l’horizon 2025 ou 2026 au lieu de 2024 et mobilisation dès 2020 d’une partie des recettes actuelles de la CRDS.

- ⇒ **La proposition de modulation du financement en fonction de l'engagement sur la QVT ne peut se traduire par une approche punitive et pénalisante** pour les établissements déjà en difficulté. Cela suppose d'appréhender et d'évaluer la performance des établissements de façon globale, et non uniquement financièrement ou dans une perspective de maîtrise des risques, avec une évaluation sur le long terme, intégrant la QVT et la qualité de la prise en charge.

Sous ces réserves, la FHF est favorable à ce qu'une partie des moyens supplémentaires puissent être conditionnés à des objectifs qualité, notamment de QVT et de présentéisme, dès lors que ces objectifs sont fixés sur une base contractuelle en tenant compte de la situation de départ. Si l'atteinte des objectifs suppose d'engager des moyens techniques (matériel pour lutter contre les TMS, formation prévention risque psycho-sociaux, formation approches non médicamenteuse), des financements doivent être attribués ex ante.

2. Revaloriser les rémunérations de façon ciblée

La reconnaissance des métiers du grand âge passe également par une revalorisation salariale.

Pour les aides-soignants, **la facilitation d'accès à la qualification d'ASG** et l'assouplissement des conditions de versement de la prime¹ associée (aujourd'hui conditionnée à l'exercice effectif en UHR ou en PASA) constitue une piste intéressante. Elle permettrait aussi de renforcer la formation et la spécialisation en gérontologie des professionnels.

S'agissant des autres pistes, la FHF est attachée à ce que toute reconnaissance soit associée à une évolution des métiers et fonctions, par exemple par la prise en compte de paliers de responsabilisation dans les différents métiers : valorisation financière des missions de référents AS ou d'AS /IDE coordinatrice.

Enfin, il ne faut pas faire l'impasse sur les différences régionales en terme de conditions de vie et de transports qui ont un retentissement majeur sur les professionnels. Ainsi il conviendra d'objectiver notamment les écarts de coûts de la vie et de logement (par exemple, le coût global de la vie est 20 % supérieur dans la métropole d'Ile de France et le coût du logement de 50 % supérieur à la moyenne française, ce qui se retrouve dans l'importance des postes vacants de l'absentéisme et de rotation du personnel).

3. Renover la tarification des services à domicile pour valoriser et intégrer la dimension relationnelle, la prévention et les temps de coordination

Sur le secteur du domicile :

Les modalités actuelles de tarification, inadaptées, ne favorisent pas les conditions d'exercice ni l'attractivité des métiers. **Les modalités de tarification des SAAD doivent évoluer pour intégrer et valoriser les temps relationnels et de coordination mais aussi la prévention.**

Il s'agit de donner plus de sens au travail des professionnels en favorisant un accompagnement global des besoins et attentes des personnes non plus centré sur les seules interventions « techniques ».

La reconnaissance de ces temps de coordination est tout aussi nécessaire sur le secteur des EHPAD et doit participer à redonner du sens au travail.

¹ 90 € bruts

4. Mettre fin aux prélèvements socio-fiscaux qui pénalisent le secteur public

Plusieurs mécanismes, cumulatifs, fragilisent structurellement l'équilibre financier des EHPAD du secteur public, dont il faut rappeler qu'il est le seul à assurer systématiquement l'accueil des publics modestes et précaires (puisque 100% des places sont agréées à l'aide sociale) :

- 1) Les tarifs hébergement sont libres pour le secteur lucratif mais strictement encadrés par les départements pour le secteur public avec des évolutions nulles, voire inférieures à l'inflation. Le résultat est un tarif moyen du secteur public inférieur de 500€ par mois à celui du secteur privé, soit un écart de 25% ;
- 2) Alors que le secteur commercial a un accès large aux marchés financiers, le secteur public voit une réduction drastique des aides publiques à l'investissement (réduction des crédits non reconductibles des ARS, plan d'aide à l'investissement de la CNSA divisé par 4 en 10 ans, suppression des plans Etat/Régions et réduction des aides des départements) ;
- 3) Contrairement aux EHPAD des secteurs commercial et privé non lucratif, le secteur public, ne bénéficiait pas du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et ne bénéficie pas aujourd'hui de l'abattement de charges sociales de 6 points mis en place en remplacement du CICE et du CITS et du renforcement des allègements généraux de cotisations sociales de 4,05 points pour les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC.

En conséquence, les EHPAD publics n'ont en l'état aucune marge de manœuvre ni sur le plan financier, ni sur le plan réglementaire pour augmenter les effectifs ou les rémunérations.

Dans ce contexte, la FHF demande que le secteur public bénéficie sans délai de l'abattement de charges sociales de 6 points mis en place en remplacement du CICE. A défaut, la FHF demande l'exonération de la taxe sur les salaires (qui représente un montant comparable aux abattements de charges) pour le secteur médico-social public.

Cette compensation constitue un préalable à la relance d'un réel plan d'investissement permettant au secteur public d'investir dans les nouvelles technologies qui améliorent les conditions de travail et la qualité des soins.

FAIRE EVOLUER LES METIERS ET PROPOSER DES PARCOURS PROFESSIONNELS

5 Renover les dispositifs de formation initiale

- Mieux faire connaître le secteur et les métiers du grand âge (dès les écoles IFAS et IFSI)
- Réviser les référentiels de formation dans une logique de décroisement des métiers et de montée en compétences

6 Accompagner les parcours professionnels en formation continue

- Accompagner les ASHQ dans les parcours de VAE et d'études promotionnelles
- Mobiliser les dispositifs en direction des demandeurs d'emploi (parcours emploi compétences), développer les formations rémunérées et courtes adaptées au médico-social
- Envisager des évolutions au métier d'aide-soignant : aide-soignante coordinatrice, possibilité d'exercice en libéral
- Reconnaître l'exercice des infirmiers en pratiques avancées en gériatrie en établissement comme à domicile

7 Reconnaître les nouveaux métiers

5. Rénover les dispositifs de formation initiale

Compte tenu des besoins de recrutement pour les années à venir, l'un des enjeux sera de **mieux faire connaître ce secteur dès la formation initiale et de valoriser l'orientation et la spécialisation gériatrique.**

A ce titre, la FHF propose **avant l'orientation professionnelle, dès le secondaire**, de faire connaître la diversité des métiers du grand âge et le dynamisme de ce secteur d'activité. La FHF s'est engagée à favoriser l'accueil de stagiaires de 3^{ème} en EHPAD et à promouvoir le dispositif de services civiques en EHPAD.

Il s'agit également de **valoriser, dès la formation initiale, l'orientation et la spécialisation gériatrique.**

- **Pour la filière médicale, développer les compétences et valoriser la spécialisation :**
 - Valoriser la spécialité « gériatrie » et le développement de compétences spécifiques chez les médecins généralistes ;
 - Créer une formation de spécialisée Transversale (FST) « grand âge » à l'issue du Diplôme d'Etude Spécialisées (DES) de médecine générale ;
 - Habilitier des médecins coordonnateurs en EHPAD comme Maître de Stage des Universités (MSU), afin qu'au-cours de la maquette du DES de Médecin Généraliste (MG), l'étudiants de 3^{ème} cycle en DES de MG puisse réaliser un stage ambulatoire en EHPAD ;
 - Permettre davantage de mobilités ou de mises à disposition de temps de Praticiens Hospitaliers (gériatres et pharmaciens) pour exercer dans le secteur gériatrique à l'échelle de groupements d'EHPAD, permettant ainsi de renforcer la sécurité des soins (GCSMS, directions communes, etc.) ;
 - **Dans toutes les filières, valoriser les stages dans les secteurs du grand âge** dans tous les parcours de formation en santé (a minima 1 stage) et **renforcer la formation au tutorat** dans ces secteurs.

Enfin, il apparaît nécessaire de réviser les référentiels de compétences et de formation dans une logique de décloisonnement des métiers, mais aussi de montée en compétences :

- **Pour la filière infirmière : reconnaître la compétence spécifique en gériatrie**
 - Créer un Master en infirmier en pratique avancée « perte d'autonomie et maladies chroniques dégénératives »
- **Pour la filière aide-soignante : reconnaître le rôle particulier de l'AS auprès de la personne âgée**
 - Formaliser un référentiel de compétences reconnaissant le rôle propre AS et révision du référentiel de formation en conséquence, permettant ainsi d'envisager la délégation d'actes ;
 - Reconnaître la mission d'encadrement des stagiaires par les AS, le tutorat, comme pour les IDE ;
 - Reconnaître le DFAS comme diplôme de niveau 4.
- **Pour le diplôme d'Etat d'accompagnement éducatif et social :** révision du référentiel pour fusionner les 3 spécialités (établissement - domicile - éducation inclusive) pour renforcer l'attractivité du diplôme et faciliter les passerelles

De façon globale l'évolution des référentiels de formation doit accompagner celle des métiers dans une logique de décloisonnement pour favoriser les parcours professionnels.

Concernant l'entrée en formation, plus que le maintien ou non d'un concours d'entrée en IFAS, les véritables questions portent sur les quotas de formation et les modalités de sélection.

La FHF n'est pas opposée à la suppression du concours. Pour les candidats tant issus du système scolaire qu'en reconversion, nous proposons une sélection à l'issue d'un stage de trois jours encadré par un professionnel formé au tutorat, sous réserve de la vérification de l'aptitude physique.

Concomitamment, il conviendra d'améliorer l'évaluation et l'anticipation des besoins en professionnels en associant les établissements, pour adapter les capacités de formation initiale, les quotas de formation financés par les régions.

Pour répondre aux besoins il serait également pertinent de mobiliser davantage les dispositifs comme les « Parcours emploi compétences » mais aussi de renforcer les liens entre les établissements et services et les missions locales, le cas échéant dans le cadre d'observatoires ad-hoc.

Enfin, un consensus se dégage pour renforcer la dimension d'accompagnement social et psychologique de la personne âgée.

6. Accompagner les parcours professionnels

Les compétences acquises sont souvent valorisées et diffusées par des formations en interne, en EHPAD comme à l'hôpital. Ces formations par les « collègues experts » permettent, à tous les niveaux, de faire interagir différentes professions, de valoriser les expériences, d'instaurer une dynamique de réflexivité sur les pratiques et de diffuser les bonnes pratiques. Elle peut prendre plusieurs formes :

- réunions thématiques (type résolution de cas complexes, analyse des pratiques) destinées à faire le point et élaborer collectivement des parcours de soins plus cohérents ;
- journées de pôle et/ou d'établissement durant lesquelles différentes équipes présentent des prises en charge emblématiques de leur façon de travailler ensemble et/ou des projets innovants construits en équipe ;
- colloques au sein d'un GHT au cours desquels pourront être présentées des expérimentations organisationnelles et cliniques en matière de prise en charge des PA - étant entendu qu'au-delà des spécificités disciplinaires, toutes les équipes ont des besoins similaires en termes d'accueil et de prise en charge des PA.

La FHF propose aussi de promouvoir l'innovation dans les modalités pédagogiques de formation : serious game type « chambre des erreurs », formation par le théâtre, échanges et retours d'expérience, e-learning, formation par les pairs, etc.

L'investissement dans la formation continue participe à la reconnaissance de la technicité des métiers et doit être largement soutenu.

A ce titre, les établissements autonomes, qui cotisent au titre de la formation à hauteur de 2,9 % de leur masse salariale, s'appuient sur les dispositifs de mutualisation proposés par l'ANFH pour pouvoir financer des études promotionnelles.

Au-delà, l'accompagnement des parcours professionnels nécessite un appui financier des ARS pour favoriser :

- L'accompagnement des personnels **dans les parcours de VAE et d'études promotionnelles** ;
- La **politique de certification des AMP et AS en assistants de soins en gérontologie ou sur des masters IPA** ;
- Voire l'évolution vers d'autres métiers : coordination, assistants médicaux, assistants de régulation médicale...

De la même façon, le futur EDEC devra couvrir les secteurs publics et privé, en respectant les différences de fonctionnement entre OPCO et OPCA pour le secteur public (taux de cotisation supérieur dans le public, mutualisation à l'échelle de la FPH, offrant des perspectives de carrières sur le sanitaire notamment).

Enfin, certains freins à l'évolution professionnelle doivent être levés (par exemple, reconnaître l'expérience au domicile d'un auxiliaire de vie pour la VAE aide-soignant).

7. Reconnaître les nouveaux métiers

L'évolution du dispositif de formation initiale doit prendre en compte les problématiques d'attractivité mais doit aussi accompagner l'émergence de nouveaux métiers dans l'accompagnement du grand-âge :

- Pour les AS au-delà de la généralisation de la spécialisation ASG, il est possible d'envisager la reconnaissance de « paliers de responsabilité » avec la création des métiers d'**AS référente ou coordinatrice** ;
- Dès lors que les référentiels d'activité, de compétences et de formation reconnaissent un rôle **propre de l'AS, la possibilité d'un exercice en libéral** pour les AS et pour certains actes (pour des toilettes par exemple) paraît envisageable² ;
- Pour les infirmiers, l'une des évolutions du métier serait la spécialisation avec le développement, à domicile comme en établissement, des infirmiers en pratique avancée (IPA) afin de renforcer le suivi médical. Ce développement serait favorisé par l'élargissement des champs d'intervention des IPA à la gérontologie ;
- Concernant les médecins, la FHF salue le progrès récent réalisé avec le décret du 5 juillet 2019 qui élargit le pouvoir de prescription des médecins coordonnateurs, ce qui renforcera l'attractivité de ce métier particulièrement en tension dans certains territoires. Par ailleurs, le choix du tarif global en EHPAD peut permettre de salarier un médecin traitant et donc d'élargir les possibilités de recrutement en l'absence de médecin généraliste libéral ;
- D'autres nouveaux métiers devraient être développer et financer dans le budget soins des EHPAD et SSIAD / SPASAD par exemple celui de coordinateur technologique ou d'assistant de télémédecine, dont les fonctions pourraient être mutualisées afin d'accompagner le développement des nouvelles technologies (télémédecine, robotique et domotique).

SOUTENIR LES DEMARCHES D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Prérequis : soutenir les démarches d'amélioration de la QVT en engageant un renforcement significatif des effectifs, condition sine qua non à l'amélioration des conditions de travail

8. Organiser un appui national et territorial des démarches QVT

9. Investir dans les équipements et dans les nouvelles technologies permettant de réduire la pénibilité au travail

10. Renforcer l'autonomie des équipes et des professionnels, dans une logique de meilleure gestion du risque, soutenue par l'ARS

11. Enfin, favoriser les échanges de bonnes pratiques managériales et les retours d'expériences sur les innovations organisationnelles permettant d'améliorer la QVT, l'absentéisme et la sinistralité

12. Expérimenter la mutualisation de la gestion de l'absentéisme

13. Communiquer sur les métiers du grand âge et du soin

² Une telle piste, même si elle peut susciter des réticences de la part des infirmiers, permettrait de dégager des marges de manœuvre sur les dépenses d'assurance maladie dans un contexte où les dépenses ne peuvent qu'augmenter

Dans le contexte de forte exposition médiatique des conditions de travail, parfois difficiles, des lieux de prise en charge des personnes âgées, **la FHF rappelle l'engagement des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics en faveur de l'amélioration des conditions de travail** et de démarche de développement de la qualité de vie au travail.

La reconnaissance de la pénibilité de certaines fonctions est indispensable et la FHF s'est récemment inquiétée³ du projet de suppression du dispositif de catégorie active prévu par **les préconisations pour un système universel de retraite** :

« En l'état actuel des critères de pénibilité, la suppression du dispositif de catégorie active, qui accorde à ses bénéficiaires la possibilité de faire valoir leurs droits à la retraite cinq ans avant l'âge légal, et des autres dispositifs de départs anticipés ou de bonification, risque de pénaliser les professionnels hospitaliers, et en particulier les métiers paramédicaux, très féminisés.

(...) Par ailleurs, les 6 critères actuels du compte personnel de pénibilité ne permettent pas de traduire la réalité du quotidien des hospitaliers. En effet, seuls le « travail de nuit » et le « travail en équipe successives alternantes » pourraient être applicables aux personnels hospitaliers, alors que ces professionnels connaissent dans leur activité des facteurs de pénibilité et les sujétions particulières. La FHF appelle donc de ses vœux l'élargissement des critères de pénibilité pour inclure :

- *L'accueil d'un public vulnérable, anxieux et parfois désorienté, voire agressif ;*
- *Le travail en situation d'urgence vitale et en situation sanitaire exceptionnelle ;*
- *Le piétinement et la station debout prolongée ;*
- *Le port de charge et la manutention.*

Enfin, il nous paraît indispensable que la reconnaissance de cette pénibilité permette un départ anticipé significatif pour s'adapter à la diversité des métiers de la santé, notamment au métier d'aide-soignant, mais aussi aux métiers ouvriers des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux ».

Au-delà de la reconnaissance de la pénibilité de certaines fonctions, l'amélioration de l'attractivité des métiers de l'accompagnement du grand âge, **le soutien aux démarches d'amélioration de la QVT devra s'appuyer sur un renforcement significatif des effectifs, condition sine qua non à l'amélioration des conditions de travail.**

8 Organiser un appui national et territorial des démarches QVT

L'engagement national pour la QVT doit être soutenu par un **financement spécifique fléché**. Si des crédits ont certes été identifiés dans la circulaire budgétaire 2019, ils se traduisent par des Appels à projet QVT sans que les établissements médico-sociaux n'en soient tous bénéficiaires.

La FHF souligne donc la nécessité d'organiser un appui national et territorial des démarches QVT, avec une implication des ARS, notamment au travers des CPOM, comme évoqué supra.

9 Investir dans les équipements permettant de réduire la pénibilité au travail et dans les nouvelles technologies

Le constat de la pénibilité du travail doit inciter à investir massivement dans l'achat d'aides techniques, **de matériel d'aide à la manutention** et dans la formation des professionnels à leur utilisation (notamment l'installation de rails plafonniers, lèves-malades et verticalisateurs).

Les aides au financement (via les CLACT des ARS) doivent être pour cela mobilisées et fléchées sur des achats de matériel et des formations.

Cet investissement suppose également d'engager une **réhabilitation bâimentaire**. La vétusté ou l'inadaptation des bâtiments concerne plus spécifiquement le secteur public, d'où la nécessité du plan d'investissement immobilier proposé par le rapport Libault et fléché en priorité vers le secteur public.

³ Courrier au Haut-Commissaire à la réforme des retraites

L'investissement dans les nouvelles technologies peut également être un levier d'amélioration de la QVT (exosquelettes, équipement matériel pour les salles de repos : exemple de cocons de détente pour le personnel).

10. Renforcer l'autonomie des équipes et des professionnels, dans une logique de meilleure gestion du risque, soutenue par l'ARS.

On voit émerger dans certains pays (notamment aux Pays-Bas) des démarches pour donner beaucoup plus de responsabilité et d'autonomie aux personnels, sans aller néanmoins jusqu'à l'autogestion complète. Ces démarches donnant plus de sens au travail - et permettant par ailleurs de réduire le nombre d'intervenants, qui est négativement perçu par les personnes âgées, doivent être évaluées et le cas échéant encouragées (exemple du New Ways of Working NWoW en Belgique visant à placer l'humain du cœur de l'organisation du travail en lui accordant confiance et responsabilité).

La valorisation des temps de coordination et la pluridisciplinarité autour de la personne âgée doivent également permettre de redonner de la capacité à agir et à s'exprimer aux professionnels et donc du sens à leur travail.

11. Enfin, favoriser les échanges de bonnes pratiques managériales et les retours d'expériences sur les innovations organisationnelles permettant d'améliorer la QVT, l'absentéisme et la sinistralité

Les déterminants de l'absentéisme et les leviers pour le prévenir font l'objet de stratégies locales qui peuvent être renforcées par l'échange de bonnes pratiques au niveau régional.

Exemple de politiques de prévention de l'absentéisme, portée par la FHF

La FHF s'est engagée dans une démarche de prévention de l'absentéisme avec le KIT PHARE, proposant notamment des préconisations organisationnelles, avec des temps d'échange.

12. Expérimenter la mutualisation de la gestion de l'absentéisme

Les établissements publics sont auto-assureurs et assument seuls les coûts liés à l'absentéisme (ou se tournent vers des opérateurs de l'assurance statutaire mais qui facturent forcément leurs prestations). Cela peut poser des difficultés pour les petites structures, aussi bien en terme d'accompagnement RH que de financement des remplacements. Il en va de même pour gérer les restructurations ou les évolutions professionnelles en cas de difficultés. A ce titre, il pourrait être proposé aux EHPAD publics autonomes d'expérimenter la mutualisation de la gestion de l'absentéisme et des réorientations professionnelles dans des territoires volontaires.

Enfin, la FHF souhaite qu'une étude (le cas échéant confiée à l'IGAS) puisse expertiser l'opportunité pour les établissements publics de cotiser à l'URSSAF pour la maladie et les accidents du travail pour leur personnel statutaire.

13. Communiquer (positivement) sur les métiers du grand âge et du soin

Il apparaît utile d'engager une vaste campagne de communication auprès du grand public pour faire connaître les métiers du grand âge et, plus largement, les métiers du soin.

Pour rappeler combien ces métiers sont porteurs de sens, la campagne pourrait :

- Valoriser la démarche intellectuelle des soignants d'accompagnement social et psychologique au même titre que l'acte technique ;
- Présenter l'intérêt des métiers du grand âge et l'importance de ce secteur d'avenir ;
- Identifier et communiquer sur des « héros » médico-sociaux et hospitaliers positifs.