



**Le Syndicat.  
Die Gewerkschaft.  
Il Sindacato.**

Berne, le 7 mai 2020

## Résultats de l'enquête Unia

### **Le personnel soignant au bord de la rupture : remerciements, applaudissements, et après ?**

La population applaudit, suspend des bannières et des calicots aux fenêtres avec des messages de remerciements. Elle a plus que jamais conscience de l'importance cruciale des métiers des soins pour notre société. Sans les employé-e-s présents quotidiennement au chevet des personnes malades et âgées, tout s'écroulerait. Aucune autre catégorie de la population n'est autant menacée par le coronavirus que les personnes dépendantes et les résident-e-s des maisons de retraite et de soins. Ces établissements jouent ainsi un rôle clé dans la lutte contre la pandémie. Le personnel soignant qui se rend au travail tous les jours malgré le coronavirus et s'expose lui-même au risque de contagion jouit d'un grand respect. Tout le monde mesure la dureté particulière de ces métiers en ce moment, car les soignantes et les soignants se trouvent en première ligne dans la lutte contre la pandémie. Le personnel est exposé, on a longtemps manqué d'équipements de protection, et de nombreux établissements ne sont pas préparés au manque de personnel important quand des soignant-e-s s'infectent. Pour protéger la catégorie à haut risque des résident-e-s des maisons de retraite et soigner ces personnes comme il se doit, il faut du personnel en bonne santé.

### **Les problèmes et les préoccupations restent les mêmes**

On aurait tendance à oublier que les conditions de travail dans les maisons de retraite et de soins étaient déjà précaires bien avant la crise du coronavirus. Unia a ainsi effectué deux grandes enquêtes en ligne auprès du personnel soignant avant la pandémie, la première durant l'hiver 2018-2019 et la seconde en été 2019, dont il ressort que les soignantes et les soignants sont depuis des années au bord de la rupture. Le stress et les problèmes de santé sont monnaie courante. La marchandisation des soins avec leur nouveau financement génère une austérité budgétaire extrême, une limitation des ressources en personnel ainsi qu'une recrudescence du stress, des problèmes de santé et des abandons de la profession, phénomènes qui accentuent encore la spirale descendante.

C'est la raison pour laquelle les revendications du personnel soignant pendant cette crise du coronavirus restent les mêmes qu'auparavant. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'examiner les sujets les plus cités dans une enquête en ligne menée actuellement par le syndicat Unia en Suisse alémanique sur les thèmes des soins et du coronavirus, qui court encore jusqu'à fin mai (près de 300 participant-e-s à ce jour). Les soignantes et soignants réclament :

1. Un meilleur salaire
2. Plus de personnel
3. Une réduction de la durée de travail et le respect des temps légaux de travail et de repos
4. Une planification du service plus équitable et davantage de temps libre

Les retours concernant le travail quotidien depuis le coronavirus sont éloquentes : dans de nombreux établissements, les heures supplémentaires s'accumulent à cause des absences pour cause de maladie, la flexibilité exigée augmente encore en raison d'une planification peu fiable des services, le stress est en hausse, il reste moins de temps pour les résident-e-s, les tensions émotionnelles et psychiques sont extrêmes. L'interdiction des visites contraint le personnel soignant à consacrer encore plus d'énergie au travail relationnel, à se substituer aux contacts sociaux des résident-e-s et à répondre aux inquiétudes des proches au téléphone.

Les revendications du personnel soignant doivent être prises au sérieux parce que la crise révèle que les limites du système sont atteintes. Pour arrêter la spirale descendante enclenchée depuis plusieurs années, il faut :

- Des clés de fonctions plus élevées et davantage de personnel pour faire baisser le stress au travail, permettre une meilleure planification du service et réclamer moins de flexibilité au personnel soignant. La réorganisation du financement des soins est le seul moyen d'y parvenir.
- Les postes nécessaires doivent aussi pouvoir être pourvus, d'où la nécessité de revaloriser la profession : il faut non seulement augmenter les salaires mais aussi faciliter et encourager la formation continue.

## Résultats des enquêtes

### Données clés des enquêtes

#### Première enquête

- Menée sur papier et en ligne du 15 octobre 2018 au 31 janvier 2019
- Langue française et allemande
- Retours : 2935 soignantes et soignants ont participé
- Parmi ces retours, 1194 réponses émanant du secteur des soins de longue durée avec hospitalisation ont été analysées.
- 18 questions nominales, pour l'essentiel fermées, formulées sous forme de déclarations neutres
- Catégories de réponses : « Correct » « Faux » « Je ne sais pas »

#### Deuxième enquête

- Menée sur papier et en ligne du 25 juin au 1<sup>er</sup> septembre 2019
- Langue française et allemande
- Retours : 1668 soignantes et soignants ont participé
- Parmi ces réponses, 496 émanant du secteur des soins de longue durée avec hospitalisation ont été analysées.
- Les apprenti-e-s et les stagiaires n'ont pas été pris en compte dans l'analyse. Ceux-ci ont été identifiés d'après les données socio-démographiques (taux d'occupation de 80 ou 11% ET revenu inférieur à 1999.-)
- 20 questions nominales, pour l'essentiel fermées, et formulées sous forme de déclarations neutres
- Catégories de réponses : «Non» «Plutôt non», «Plutôt oui», «Oui»

## Travail dans le stress et dans l'urgence

- Près de 90% du personnel soignant travaille souvent dans l'urgence (2<sup>e</sup> enquête).
- Près de 69% des personnes répondantes ont indiqué ne pas pouvoir contrôler elles-mêmes leur rythme de travail (2<sup>e</sup> enquête).
- Près de 53% des soignant-e-s effectuent souvent des heures supplémentaires qu'elles ne peuvent pas enregistrer (en arrivant plus tôt, en partant plus tard) (2<sup>e</sup> enquête).

Le nouveau financement des soins a introduit des minutages standardisés pour toutes les prestations de soins. La planification dense des soins qui va avec a un effet délétère sur le stress ressenti par les soignant-e-s. Les soignant-e-s n'ont un contrôle du rythme et de l'intensité du travail que dans de rares établissements. Le travail est ainsi souvent ressenti comme des soins à la chaîne ce qui, en plus des conséquences pour la santé, laisse les soignant-e-s insatisfaits de leur travail. Beaucoup d'employé-e-s laissent par exemple entendre qu'ils ne peuvent au fond plus soigner les patients comme ils l'ont appris ou le souhaiteraient. Cette divergence ressort aussi des résultats de l'enquête.

- 92% des soignantes et soignants ont indiqué que la qualité des soins pâtissait du manque de personnel et des pressions sur les coûts (1<sup>ère</sup> enquête).
- Seules 11% des personnes interrogées ont approuvé l'affirmation selon laquelle elles auraient suffisamment de temps pour les résident-e-s (1<sup>ère</sup> enquête).

« Nous sommes soumis à un système « chaud/repu/propre » calculé au plus juste, nous n'avons plus le temps d'assurer des soins de qualité, il y a beaucoup de chutes et les résident-e-s sont souvent laissés seuls trop longtemps. Les soins de base ne peuvent être effectués que superficiellement. Nous n'avons presque jamais le temps de faire une promenade avec les résident-e-s, de les accompagner, etc. », constate une aide-soignante de 62 ans.

## Temps de travail et planification des services : priorité à la rentabilité

- Pour 67% des soignant-e-s, il reste peu de temps pour les loisirs et la famille à côté du travail (1<sup>ère</sup> enquête).
- 66% des personnes interrogées ont indiqué que la planification des services n'était ni équitable, ni équilibrée (1<sup>ère</sup> enquête).
- 58% des personnes interrogées effectuent jusqu'à dix services entrecoupés<sup>1</sup> par mois, pour 21%, ce chiffre monte à onze, voire davantage. Le personnel d'assistance, en particulier, effectue beaucoup de services entrecoupés (2<sup>e</sup> enquête).
- 50% des soignantes et soignants ont indiqué que le temps de repos légal<sup>2</sup> de onze heures entre deux équipes était réduit d'une à cinq fois par mois. 30% ont indiqué que cela arrivait même plus de cinq fois par mois. Il n'y a que pour 20% des personnes interrogées que le temps de repos d'onze heures est toujours respecté dans la planification du service. (2<sup>e</sup> enquête).

Une infirmière de 20 ans explique : « Les services entrecoupés sont très contraignants et tout le monde trouve que ce sont les pires. On ne peut pas correctement se reposer pendant les quatre

---

<sup>1</sup> Un service entrecoupé comporte par ex. des horaires de travail de 07h00 à 12h00 puis de 16h30 à 20h00

<sup>2</sup> Les temps de travail et de repos dans les homes sont réglés par la LTr (Art. 15a) et l'ordonnance 2 relative à la LTR - OLT2 (Art. 9): la durée du repos quotidien est de 11 heures mais peut être réduite plusieurs fois par semaine à 9 heures pour un adulte, pour autant qu'elle ne soit pas inférieure à 12 heures en moyenne sur deux semaines.

à cinq heures de « pause » forcée parce qu'on sait que la journée n'est pas terminée et qu'il faut retourner au travail. Je constate que ce sont surtout les aides-soignantes qui doivent effectuer de nombreux services entrecoupés ».

Avec le nouveau financement des soins, les maisons de retraite et de soins cherchent à utiliser le personnel soignant dont elles disposent de la façon la plus efficace possible. Il y a deux pointes de travail chaque jour. La majeure partie des soins médicaux sont effectués en matinée et vers le soir, au lever et au coucher des patients. Il en découle que les établissements engagent aussi du personnel à ces heures et organisent les équipes en conséquence. Beaucoup de soignantes et de soignants ressentent les services entrecoupés comme pénibles, à la fois du point de vue des contraintes physiques mais aussi de celui de la vie sociale et familiale. Ils quittent leur domicile très tôt et ne rentrent que tard le soir.

Les permutations fréquentes et souvent mal prévues entre les différents services sont aussi un problème. Les permutations fréquentes entre service du matin, service du soir, services entrecoupés et jours de congé sont en effet la norme pour le personnel soignant. C'est ainsi que les soignants travaillant à 80% ou plus n'ont que rarement deux jours libres consécutifs. La seule prescription légale, c'est que tout le monde a droit à douze dimanches chômés par an. Pour la question de savoir s'il faut plus d'un jour de repos d'affilée par semaine, il n'y a pas de règles. En matière de temps de repos, la loi sur le travail prévoit certes une durée de repos minimale de onze heures entre deux services mais, dans les établissements de soins, celle-ci peut être réduite à neuf heures plusieurs fois par semaine, ce que les établissements semblent manifestement exploiter.

Une infirmière de 28 ans raconte : « Quand on travaille à plein temps, la vie privée passe souvent à la trappe. C'est lié entre autres au fait de devoir travailler environ trois week-ends sur quatre et que les pauses pour récupérer sont courtes (un jour en général, rarement deux. Il est quasi-impossible d'obtenir exceptionnellement trois jours d'affilée). Qui plus est, les différents services par équipes et les changements rapides sont parfois pénibles du point de vue physique et psychique ».

### **Le travail sur appel à la dernière minute est la norme**

- 81% des personnes interrogées ont indiqué ne plus parvenir à remplir leurs obligations sociales et familiales à cause des fréquents changements des plans (2<sup>e</sup> enquête).
- 70% des personnes interrogées ont indiqué qu'on attendait d'elles d'être joignables et disponibles sur appel pour des missions de travail pendant leur temps libre (2<sup>e</sup> enquête).
- 32% des personnes interrogées ont cumulé un solde de 10 à 20 heures supplémentaires dans leur dernier décompte d'heures et pour 20% d'entre elles, ce solde dépassait même les 20h. 13% environ accusaient 10 heures manquantes ou davantage. Seules 36% présentaient un solde entre 10 heures en plus et 10 heures manquantes (2<sup>e</sup> enquête).

« Avec les nombreuses interventions requises et la pénibilité du travail, on n'a plus guère le temps et l'énergie de se concentrer sur les loisirs, la famille, etc. La vie privée en pâtit beaucoup », déplore une infirmière âgée de 21 ans.

En plus des horaires de travail difficiles et des systèmes par équipes problématiques, le personnel soignant est aussi confronté à de fréquents changements des plans. Ceux-ci sont souvent communiqués par téléphone à la dernière minute, ce qui perturbe considérablement l'équilibre entre travail et vie privée. Cette flexibilité est délibérée et n'est pas le fruit du hasard. De nombreux établissements de soins de longue durée appliquent en effet des modèles de temps de travail annualisés, permettant à l'employeur d'ajuster ses effectifs en toute souplesse

au taux d'occupation des lits et aux défections de personnel à court terme malgré une embauche ferme et une rémunération au mois. Dans différents établissements, les soignant-e-s sont par exemple renvoyés chez eux avant la fin de leur service, notamment le jour même du décès d'un résident ou d'une résidente, afin de compenser le manque à gagner causé par ce décès. Cela empêche toute compensation judiciaire pour la santé des heures supplémentaires, parce qu'elles ne peuvent être compensées que par des heures isolées. D'un autre côté, les établissements provoquent sciemment des heures manquantes pour pouvoir si nécessaire appeler les soignants à court terme et les rendre ainsi redevables. Les modèles à temps de travail annualisé dans les soins de longue durée ne servent que les intérêts de l'employeur et les employés n'ont aucun contrôle sur le moment de la compensation. C'est extrêmement problématique.

### Taux d'occupation et salaire

- 78% des personnes interrogées sont engagées à 80% ou davantage (2<sup>e</sup> enquête).
- Parmi ces soignant-e-s, 44% souhaitent réduire leur taux d'occupation et 48% le maintenir (2<sup>e</sup> enquête).
- Près de 80% des personnes interrogées jugent leur salaire trop faible (1<sup>ère</sup> enquête).
- 27% des personnes interrogées ont un revenu mensuel brut situé entre 3000 et 3999 francs. 38% sont dans la fourchette de 4000 à 4999 francs. Seuls 20% des sondé-e-s, principalement du personnel soignant diplômé engagé à un taux élevé, gagnent plus de 5000 francs. Les sondé-e-s restants gagnent moins de 3000 francs en raison de leurs faibles taux d'occupation (2<sup>e</sup> enquête).

Le salaire est cependant fortement tributaire de la catégorie professionnelle :

- Sur les aides-soignant-e-s et auxiliaires de santé travaillant à **plein temps**, 58% touchent un salaire mensuel brut inférieur à 4000 francs. 42% touchent entre 4000 et 4999 francs. Sur celles et ceux qui sont **engagés à 80 %**, un quart gagne même moins de 3000 francs (2<sup>e</sup> enquête).
- Sur les employé-e-s spécialisés travaillant à **plein temps**, 19% gagnent moins de 4000 francs et 71% entre 4000 et 4999 francs. Seuls 10% réalisent un revenu brut de plus de 5000 francs. Sur celles et ceux qui **travaillent à 80%**, la moitié gagne entre 3000 et 4000 francs (2<sup>e</sup> enquête).
- Sur les infirmières et infirmiers diplômés travaillant à **plein temps**, 16% gagnent moins de 5000 francs, 42% entre 5000 et 6000 francs et 42% plus de 6000 francs. Même pour un **taux d'occupation de 80%**, plus de la moitié gagne encore 5000 francs ou davantage (2<sup>e</sup> enquête).

La question du taux d'occupation semble déterminée en priorité par deux facteurs : d'un côté, beaucoup de soignantes et de soignants aspirent à réduire leur taux d'occupation en raison de la forte charge de travail. De l'autre, ce désir est difficilement réalisable du point de vue financier. Les assistant-e-s en soins et santé communautaire et le personnel d'assistance, en particulier, ne peuvent pas réduire leur taux d'occupation sans perte substantielle de niveau de vie. Là où le bât blesse, c'est que les établissements cherchent souvent à contraindre des soignant-e-s surmenés ou ayant des soucis de santé à réduire leur taux d'occupation, d'une part pour des raisons de protection de la santé, et d'autre part parce qu'une augmentation de la proportion des soignants à temps partiel réduit permet une planification plus souple. Or une grande partie du personnel est effectivement poussé ainsi dans des situations financières difficiles ou contraint à vivre dans la pauvreté.

Si, à l'occasion d'un sondage-éclair sur Facebook avec environ 120 participant-e-s, 97 d'entre eux ont cité un meilleur salaire comme l'une de leurs principales aspirations, cela n'a rien d'étonnant. 16 des soignant-e-s ont en outre déclaré souhaiter travailler à seulement 80% mais pour 100% du salaire.

### **Climat, encadrement et participation**

- 52% des personnes interrogés jugent la culture d'encadrement plutôt peu respectueuse et d'un faible secours dans leur établissement (2<sup>e</sup> enquête).
- 36% des personnes interrogées ont indiqué que des avertissements et des licenciements étaient facilement prononcés dans leur établissement, ce qui n'est pas le cas pour les autres (2<sup>e</sup> enquête).
- 63% des personnes interrogées ont approuvé l'affirmation selon laquelle le climat de travail et la collaboration était bonne au sein de leur équipe, ce qui n'est pas le cas pour 37% (2<sup>e</sup> enquête).
- Près de 70% peuvent obtenir de l'aide pour les soins à des résident-e-s difficiles, ce qui n'est pas le cas pour 30% (2<sup>e</sup> enquête).
- 54% des personnes interrogées disent pouvoir s'exprimer sur l'amélioration des processus, ce qui n'est pas le cas pour les autres (2<sup>e</sup> enquête).

Les facteurs dits doux ou immatériels tels que le climat, la direction et la participation ont aussi une incidence sur la question des conditions de travail. Plus de la moitié des personnes interrogées déplorent un manque de considération et de soutien de la part du management. Il semblerait aussi que, dans le cadre de la recherche permanente de gains d'efficacité et de marchandisation des soins, des avertissements et même des licenciements soient utilisés comme instruments d'encadrement légitimes pour obtenir la docilité souhaitée. En revanche, les résultats démontrent aussi qu'une majorité des soignant-e-s s'organisent au niveau de leur service, s'entraident et vivent une culture plus participative.

### **Manque de personnel et taux d'abandon de la profession**

- 87% ont fait état d'effectifs insuffisants (1<sup>ère</sup> enquête).
- 86% des soignantes et soignants se sentent souvent fatigués, voire épuisés (1<sup>ère</sup> enquête).
- 47% des personnes interrogées disent ne pas pouvoir ni souhaiter travailler dans les soins de longue durée jusqu'à leur retraite. 34% ont répondu « Je ne sais pas » à cette question (1<sup>ère</sup> enquête).
- C'est parmi les jeunes soignant-e-s que la perspective de quitter la profession est la plus vraisemblable. Dans la catégorie des moins de 30 ans, pas moins de 55% ont en effet indiqué ne pas pouvoir ou ne pas souhaiter y travailler jusqu'à la retraite (1<sup>ère</sup> enquête).
- 33% ont indiqué comme motif les « fortes contraintes dues à des conditions de travail insuffisantes », 49% ont motivé leur désir de quitter le métier des soins avant tout par les problèmes de santé inhérents à la profession, 6% ont invoqué la vie familiale et l'éducation des enfants, 3% ont indiqué le manque de perspectives d'évolution et les autres une combinaison des motifs précités. (1<sup>ère</sup> enquête).

L'Observatoire suisse de la Santé OBSAN a estimé en 2016 qu'environ 20 000 postes à plein temps supplémentaires seraient à pourvoir dans les maisons de retraite et de soins à l'horizon 2030. Alors que la formation de personnel de santé diplômé avec formation tertiaire est à la traîne par rapport aux besoins, différents cantons tentent de former suffisamment d'assistant-e-s en soins et santé communautaires par le biais d'engagements à la formation afin de couvrir les

besoins futurs. Au niveau des aides-soignant-e-s, il semblerait que suffisamment de personnel soit en formation. Le grand défi n'est pas seulement de satisfaire aux besoins futurs mais aussi de conserver le personnel existant qui est, lui, bien qualifié et rodé à son travail. Les raisons poussant à l'abandon de la profession découlent directement de la pression constante subie et des mauvaises conditions de travail qui suscitent un effet d'entraînement direct. Ensuite, il y a les problèmes de santé des employé-e-s qui contraignent ceux-ci à abandonner la profession. Ils sont aussi une conséquence directe du surmenage physique et psychique permanent du personnel.

### **La santé est malmenée**

- 28% des personnes interrogées ont indiqué avoir une ou plusieurs fois été en arrêt-maladie pendant un mois ou plus pour des raisons inhérentes à leur activité professionnelle (2<sup>e</sup> enquête).
- Troubles physiques : 81% des personnes interrogées ont indiqué avoir souffert de douleurs dorsales, 41% de douleurs articulaires et 12% de troubles cardiovasculaires au cours des 12 derniers mois (2<sup>e</sup> enquête).
- Troubles psychiques : 67% des personnes interrogées ont soufferts de troubles de l'endormissement ou du sommeil, 47% d'états dépressifs et 18% d'angoisses au cours des 12 derniers mois (2<sup>e</sup> enquête).
- Seules 4% des personnes interrogées n'ont eu aucun de ces troubles au cours des 12 derniers mois. 8% disent avoir souffert d'un seul trouble et 21% de deux ou de trois troubles respectivement. 15% ont connu quatre troubles et 21% cinq ou davantage (2<sup>e</sup> enquête).
- En moyenne, les personnes interrogées ont connu 3,28 problèmes de santé au cours des 12 derniers mois (2<sup>e</sup> enquête).

Plus les conditions de travail sont difficiles, plus la moyenne de problèmes de santé augmente :

- Les soignantes et soignants n'effectuant aucun service entrecoupé ont connu 3,05 problèmes de santé, ceux qui en effectuaient de 6 à 10 en ont connu 3,3 et ceux qui en effectuaient 11 et plus en ont connu 3,56 (2<sup>e</sup> enquête).
- Il en est de même pour les temps de repos. Alors que les soignants pour lesquels les temps de repos n'ont pas été respectés jusqu'à quatre fois connaissent 3,05 problèmes de santé, ce nombre passe à 3,8 quand les temps de repos n'ont pas été respectés 11 fois ou davantage (2<sup>e</sup> enquête).
- L'encadrement perçu a aussi son incidence. Les personnes interrogées qui se sentent considérées et soutenues par leur direction ont connu en moyenne 2,87 problèmes de santé. Pour les personnes soumises à un mauvais encadrement, ce chiffre est de 3,68 (2<sup>e</sup> enquête).

La mauvaise santé au travail est un problème de taille dans les maisons de retraite et de soins. L'apparition fréquente de troubles physiques et notamment de douleurs dorsales et articulaires est révélatrice d'un surmenage permanent du personnel. Celui-ci résulte forcément des travaux de soins minutés. Si le personnel est engagé uniquement selon des considérations économiques, avec des services entrecoupés par exemple, les problèmes de santé ne peuvent qu'augmenter au final. Les phases plus calmes comme par exemple l'échange ou l'accompagnement des résident-e-s au cours de la journée de travail font défaut.

Les fréquents troubles psychiques sont liés notamment à l'exigence de flexibilité de l'établissement vis-à-vis du personnel. Parmi les personnes interrogées qui doivent rester

joignables pendant leurs jours de congé, 71% souffrent par exemple de troubles du sommeil, alors que ce taux n'est que de 58% pour celles et ceux qui n'ont pas cette contrainte. Le leadership est aussi un facteur important du bien-être psychique.

## **Problématique du financement des soins et de la marchandisation**

Les conditions de travail nocives pour la santé et la forte fluctuation du personnel qui s'ensuit s'expliquent par deux facteurs : le nouveau financement des soins et la marchandisation des soins, avec toutes ses facettes.

- Le nouveau financement des soins a été mis en place pour les maisons de retraite et de soins en 2011 sous l'impression d'une « explosion des coûts ». Avec cette réforme, le législateur a voulu gagner en efficacité et mieux « exploiter » les ressources. Le nouveau financement des soins ne prévoit plus de subventionner les homes. En contrepartie, les assurances-maladie et les financiers des frais résiduels (cantons et/ou communes) remboursent aux établissements les prestations de soins acceptées par résident-e. Tous les résident-e-s sont classés selon un niveau de soins. Un niveau de soins équivaut à une tranche de 20 minutes de soins. L'indemnité par niveau de soins est négociée entre les caisses-maladie, les associations de homes et les pouvoirs publics.
- Ceci a pour conséquence de faire fluctuer les recettes des établissements, que ce soit en raison des besoins de soins des différent-e-s résident-e-s ou de leur décès.
- Dans de nombreux cantons, les exigences minimales en termes de planification des postes sont souvent même combinées avec le nombre de résident-e-s et leur niveau de soins.
- Le financement flexible a pour conséquence que les établissements optimisent les charges par le biais d'une marchandisation des soins. A cet effet, les soins et l'interaction avec les résident-e-s sont décomposés, rassemblés en processus et minutés. Les prestations définies qui sont effectivement indemnisées sont ainsi assurées en priorité. Comme les charges de personnel sont le principal poste au budget d'un établissement, les prestations sont assurées de la façon la plus efficace possible avec le moins de personnel possible. Le personnel est contraint de travailler au plus vite en se concentrant sur les prestations de soins remboursées. Le risque d'un taux d'occupation des capacités fluctuant est répercuté sur le personnel par le biais des horaires de travail flexibles, notamment à l'aide des services entrecoupés, du temps de travail annualisé et des changements des plans à court terme, par exemple.
- Ce mode de fonctionnement a aussi suscité un changement de paradigme dans la gestion des homes. Les gérants issus de la branche sont de plus en plus rares face aux économistes recrutés à l'extérieur. On le ressent d'une part dans les instruments de direction mis en œuvre, par exemple sous la forme d'avertissements et de licenciements facilement prononcés en cas de maladie ou de « baisse des performances » liée à l'âge. Le service de conseil juridique syndical connaît bien cette situation. D'autre part, on constate un refus systématique par certains employeurs ou associations patronales de règles contraignantes découlant du partenariat social.



## **Enrayer la spirale descendante, assurer des soins de qualité**

Les récents événements en relation avec la pandémie du coronavirus en Suisse et en Europe ont mis la vulnérabilité des résident-e-s des maisons de retraite et de soins en évidence. D'après de récentes estimations, près de la moitié des personnes décédées du COVID-19 vivaient dans des établissements de soins. Le 23 avril, l'OMS évoquait à ce sujet « une tragédie humaine effarante » (Hans Henri Kluge, directeur OMC Europe). Les homes n'y étaient pas suffisamment préparés, même en Suisse. Ils ont notamment manqué de matériel de protection adapté. Le personnel soignant qui, d'après nos enquêtes, atteint déjà ses limites en temps normal, a été mis à plus rude épreuve encore. Or, dans les situations de crise comme l'épidémie actuelle de coronavirus, les résident-e-s sont mis en danger, ce qui est insupportable pour les soignant-e-s et contraire à leur éthique professionnelle.

Les soins hospitaliers de longue durée sont depuis longtemps en sous-effectifs chroniques. Le régime de financement adopté par les responsables politiques a conduit à une baisse des effectifs et, parallèlement, a engendré d'énormes erreurs de gestion du personnel, par exemple au niveau du temps de travail, de la planification minutée des soins, et des bas salaires. L'attractivité comme employeur des homes en a pris un sérieux coup. Le personnel existant est surmené et en subit les conséquences dans sa santé.

### **De nombreux établissements sont pris dans un cercle vicieux**

- Le manque de personnel et les mauvaises conditions de travail font augmenter la fluctuation de personnel et l'absentéisme pour cause de maladie.
- Un surcroît de travail pour le personnel restant et une accentuation du taux de fluctuation en sont la conséquence.
- Dans ces conditions, la protection et les soins de qualité ne pourront plus être garantis aux résident-e-s à la longue.

**Il faut arrêter cette spirale !** Des soins de haute qualité ne sont possibles qu'avec suffisamment de personnel en mesure et désireux d'exercer durablement sa profession. Pour cela, le travail dans les soins de longue durée doit être rendu plus attrayant. Le modèle de financement doit s'appuyer sur le critère des soins de qualité et non sur ceux de l'efficacité et de la rentabilité.

Unia revendique par conséquent :

- **De bonnes conditions de travail** : de meilleurs salaires, des horaires de travail plus humains, des services plus prévisibles, un encadrement qui soutient et considère le personnel ainsi qu'une organisation du travail respectueuse de la santé.

Les organisations patronales et les autres parties prenantes du secteur de la santé doivent enfin s'ouvrir à un dialogue d'égal à égal avec le personnel soignant et ses syndicats.

- **Une réorganisation du financement des soins** : pour améliorer les conditions de travail, il faut un financement de soins de qualité solide et axé sur des critères, entre autres, des clés de fonctions plus élevées et davantage de formation continue à tous les échelons.