

Août 2001

**Aide et soins à domicile**

***Propositions et  
pistes de  
réflexion pour  
sortir de la crise***



**Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs**

16, rue des Chaudronniers - case postale 3287 - 1211 Genève 3 - tél. 022 818 03 00  
fax. 022 818 03 99 - [www.sit-syndicat.ch](http://www.sit-syndicat.ch) - e-mail : [sit@sit-syndicat.ch](mailto:sit@sit-syndicat.ch)

# Poser des constats et proposer des solutions

---

Depuis 1992, date de la votation de la loi sur l'aide à domicile, puis de la restructuration des CASS remplaçant les anciens centres sociaux de quartier, le secteur de l'aide et des soins à domicile n'a cessé d'évoluer, de regroupement en réorganisation.

Aujourd'hui la FSASD se trouve à la croisée des chemins. Plusieurs indicateurs de la santé de l'institution sont allumés au rouge. Il n'est pas exagéré de parler de crise. Cependant, nous devons constater que tous les secteurs de l'institution ne sont pas concernés au même titre par la crise de fonctionnement.

Les dysfonctionnements, l'insatisfaction, le stress, le mécontentement et le taux élevé d'absences pour maladie touchent à des degrés divers les équipes des Unités d'aide et soins dans les CASS.

Le SIT a toujours soutenu le développement de l'aide et des soins à domicile : il s'agit d'une prestation essentielle pour la population. Mieux, il s'agit d'une forme active de l'exercice de la solidarité sociale dont les pouvoirs publics doivent être les garants.

C'est pourquoi, face aux difficultés actuelles, le SIT ne se limite pas à poser un diagnostic, à faire l'inventaire des dysfonctionnements, mais s'efforce d'élaborer un certain nombre de propositions et de pistes de réflexion pour améliorer le fonctionnement des unités d'aide et de soins de la FSASD. Il en va tant de la qualité des prestations offertes aux usagers que des conditions et de l'ambiance de travail offerte au personnel.

Certaines de ces propositions, contenues dans la « Prise de position du SIT sur le rapport Erismann concernant l'évaluation de la nouvelle organisation des unités aide et soins dans les CASS » du 21 juin 2001 ont déjà été portées à la connaissance de l'employeur.

Consciente des défis et des difficultés, la direction de la FSASD a immédiatement répondu qu'elle était prête à entrer en matière et négocier sur l'ensemble des réflexions et propositions exposées dans cette prise de position du SIT. La direction de la FSASD se dit ouverte à une politique participative et au processus de

concertation demandé par les syndicats. Le SIT est prêt à relever ce défi.

Le 24 septembre 2001 a ainsi lieu la première séance de négociation entre la direction et les syndicats sur les ajustements à apporter au modèle de fonctionnements des unités aide et soins.

Le SIT prépare cette importante échéance et souhaite élaborer un véritable « cahier de revendications et de propositions » à soumettre à la négociation.

La publication de cette brochure, élaborée par le comité du SIT-Aide et soins à domicile sur la base d'une observation attentive des réalités du

terrain et de l'analyse de divers rapports et documents, est une contribution au débat.

Le personnel, toutes catégories professionnelles confondues, doit devenir un acteur important de ce débat, formuler des constats et des propositions, donner son avis sur le fonctionnement du modèle et obtenir, par la mobilisation, un ajustement du modèle qui entre en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Le SIT invite le personnel à se mobiliser, à participer aux assemblées et à l'élaboration des revendications et aux divers moments de mobilisations pour obtenir des résultats concrets et durables.

# Bref aperçu historique du développement de l'aide et des soins à domicile à Genève

## *Les révisions de la loi sur l'aide à domicile*

---

Le 16 février 1992 la loi sur l'aide à domicile était votée, accompagnée d'un mode de financement par l'augmentation d'un centime additionnel par franc d'impôt payé sur le revenu.

La loi entrait en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 1993, accompagnée d'un premier plan quadriennal de financement (1993-1996).

Elle sera révisée une première fois à fin 1996 à l'occasion de la votation par le Grand Conseil du 2<sup>e</sup> plan quadriennal de financement (1997-2000).

La loi actuelle est sur le point de subir une deuxième révision fondamentale sur la base d'un éclatement en trois législations différentes :

- un projet de loi sur les centres d'action sociale et de santé (loi nouvelle K 1.07);
- le projet modifiant la loi sur l'aide à domicile (K 1.05) dont seul le crédit quadriennal (2001-2004) a été voté par le Grand Conseil. Ce vote a permis une augmentation de la

subvention prévue pour 2001, permettant la création de 131 postes supplémentaires obtenus grâce à la mobilisation du personnel et des organisations syndicales;

- un projet de loi modifiant la loi sur l'assistance publique (J 4 05) dont les modifications visent à placer sous la responsabilité de l'Hospice général les unités d'action sociale des CASS pour y dispenser des prestations individuelles d'aide sociale et d'assistance.

## *Une dérive prévisible dès le départ*

---

Dès 1993 le pouvoir politique cantonal n'a jamais caché son ambition de faire des CASS le pivot de la réorganisation de l'action sociale du canton. A travers le contrôle plus ou moins effectif des institutions prestataires de services dans les CASS (la FSASD et l'Hospice général) et à travers le compromis politique avec les services sociaux communaux et les communes finançant les locaux, le DASS a voulu imposer une conception du réseau social et de santé axée sur la rationalité économique.

Le SIT a toujours défendu le principe d'un enracinement du CASS dans les caractéristiques des populations de chaque quartier et non un découpage administratif.

Ainsi, si le SIT a toujours soutenu dans les grandes lignes la décentralisation de l'action sociale et de l'aide et des soins à domicile à travers l'organisation des CASS, il s'est aussi toujours mobilisé contre les dérives technocratiques renforçant un pouvoir de décision qui échappe aux compétences des professionnelles du terrain et à la direction des institutions.

La première révision de la loi, intervenue au 1<sup>er</sup> janvier 1997, a permis de renforcer les tendances observables dès 1993 et de consolider la réalité des changements.

- Réforme de la Commission cantonale (CCAD);
- création d'un comité directeur de l'aide à domicile (CDAD);
- nomination de la Présidente du CDAD;
- création du poste de coordinatrice des CASS, sans pouvoir hiérarchique et élu-e par le personnel;
- réforme de l'organisation des CASS : création de trois unités (accueil et secrétariat social, aide sociale et financière, aide et soins à domicile) les collaborateurs-trices restent rattachés-es à leurs employeurs respectifs.

Dès 1997, la réforme du système n'est plus exclusivement abordée en terme d'organisation de structures.

Des lignes de forces et un centre d'impulsion sont imposés, ils vont modifier les prestations.

C'est ainsi que sont formulés les neuf principes directeurs de l'aide à domicile : placer le client au centre du dispositif, centraliser la politique générale, décentraliser l'action dans les secteurs, instaurer une coordination organisée, améliorer la cohérence, améliorer les instruments de pilotage, améliorer l'information et la communication, améliorer l'efficacité, rechercher la collaboration de l'entourage.

Ce centre de décision et d'impulsion, le CDAD, et l'activité débordante de sa Présidente vont permettre la mise en route et le suivi d'un nombre impressionnant de projets. Les principaux seront mis en « consultation » auprès des organisations syndicales. Nous ne pouvons pas nier que, dans cette phase de la réorganisation, le CDAD a permis d'accélérer les changements dont beaucoup étaient indispensables.

Cependant l'action du CDAD installe une double hiérarchie dans les CASS. Cette double hiérarchie a été freinée par l'opposition des organisations du personnel à ce que la fonction de coordinateur-trice devienne celle de directeur-trice de CASS avec un pouvoir hiérarchique. Cette double hiérarchie dans les CASS - au point que certains ont parlé de véritable usine à gaz... - n'est compréhensible que dans la perspective d'un passage à l'employeur unique dans les CASS avec une brève période de transition.

Notre analyse est que le passage à un employeur unique dans les CASS est ni possible ni souhaitable. Du point de vue de l'organisation des prestations, toujours plus complexes, ce qui doit primer, c'est la compétence des institutions dans la maîtrise de leur métier de base auprès des usagers. La FSASD nécessite une organisation adéquate entre les services centralisés et les équipes dans les CASS. L'aspect social n'est pas réductible et assimilable aux soins. De même les services sociaux, notamment l'Hospice général, nécessitent une autre organisation, la maîtrise d'un autre métier et s'adressent pour l'essentiel à d'autres usagers. Vouloir réduire ces deux pôles de compétences dans un employeur unique géré de façon administrative sur la base de directives politiques du DASS n'a aucun sens. Sans compter que les services sociaux communaux et les communes n'entendent pas perdre une autonomie de décision et une capacité d'intervention qui va au-delà des normes cantonales sur le plan de l'aide sociale.

Les organisations du personnel de la FSASD, de l'Hospice général et du Service social de la Ville de Genève ont pu constater de visu que le CDAD n'était pas un lieu où elles pouvaient exercer leur pouvoir de négociation. Soit les projets étaient déjà décidés par la Commission cantonale ou son bureau, soit ils relevaient de la «responsabilité» des employeurs et devaient être discutés avec eux. Les syndicats se sont peu à peu désinvestis des séances «d'infor-

mation» organisées par le CDAD. A travers cette expérience il est possible de toucher du doigt combien la marge de manoeuvre de la direction de la FSASD est réduite en tant que telle, sur un bon nombre de dossiers. Cela permet aussi de visualiser combien l'identité et «l'institutionnalisation» des CASS est une réalité virtuelle portée à bout de bras par le CDAD et le pouvoir politique.

*Dans cette optique, s'il est nécessaire que la coordination soit efficace au niveau du traitement des demandes des usagers et de l'organisation administrative du CASS, il n'est à notre avis nullement nécessaire que le pouvoir politique (via le CDAD) continue à s'immiscer dans la maîtrise des procédures de métier. Il faut comprendre que ce qui est positif dans une phase devient parfois négatif dans la phase suivante.*

### ***L'orientation du dispositif en fonction des besoins de santé et au détriment des besoins sociaux***

---

D'autres contraintes voulues par le pouvoir politique ne découlent pas de l'organisation du système d'aide et de soins, mais de son utilisation.

Ainsi, avant la loi sur l'aide à domicile, jamais la littérature spécialisée sur l'aide et les soins à domicile ne mentionne que la priorité doit être donnée à la prise en charge rapide des sorties d'hospitalisations écourtées.

Depuis 1993, une partie importante des moyens dégagés par le centime additionnel pour l'aide à domicile a été consacrée à des prises en charge motivées par les restructurations de la politique hospitalière. Restructurations qui se traduisent par la diminution des lits d'hôpitaux et le raccourcissement des durées des séjours. Une autre contrainte importante a été le moratoire imposé dès 1992 sur l'ouverture de nouveaux lits d'EMS. De même les rationalisations du réseau de santé exigées par la LAMAL et son règlement d'application ont également pesé sur l'organisation des services d'aide et de soins à domicile.

Si le SIT peut adhérer au postulat qu'une bonne politique sanitaire développe l'aide et les soins à domicile plutôt que les hébergements et les hospitalisations non indispensables, nous avons toujours refusé que, faute de moyens suffisants, cette orientation se fasse au détriment de la qualité des prestations, du maintien à domicile des personnes âgées, de l'intervention à caractère social auprès des familles en difficulté et des personnes souffrant de handicap physique et psychique.

Le SIT s'est également toujours opposé au transfert de charges qu'implique le développement de l'ambulatoire en direction des caisses maladies et du financement par un système de cotisations socialement injuste. Il s'agit là d'un débat politique plus vaste qui devrait se régler à l'échelon national par une révision de la LAMAL.

Force est toutefois de constater le succès mitigé de notre résistance : de plus en plus, l'aide et les soins à domicile priorisent les demandes en soins au détriment des demandes en aide.

Seul point positif : après plusieurs années où le nombre de postes d'aide ménagères n'a cessé de diminuer à la FSASD, grâce à la campagne syndicale pour des effectifs supplémentaires, pour la première fois en 2001 le nombre de postes d'aide ménagères est resté stable et n'a plus diminué.

### ***La réorganisation permanente des services d'aide et de soins à domicile***

---

Sans entrer dans les détails, il n'est pas inutile de rappeler, surtout pour les nouvelles collaboratrices de la FSASD, la suite ininterrompue de changements, transferts, fusions, que le personnel a subi depuis 1992.

- En 1992, les aides-ménagères du SSVG (Service social de la Ville de Genève) sont transférées à l'AMAF.
- En 1994, les livreurs de repas, la sécurité à domicile, puis les immeubles à encadrement sont détachés de l'Hospice général pour former l'APADO (Association pour l'aide à domicile).
- En 1995, l'AMAF (Aide ménagère au Foyer) fusionne avec le SAF (Service des aides familiales) et forme l'AGAD.

- Le 1<sup>er</sup> janvier 1999, le SASCOM (infirmières et aides soignantes à domicile) quitte la Croix-Rouge genevoise. Il rejoint l'AGAD et l'APADO. La fusion des trois donne lieu à l'actuelle FSASD (Fondation des services d'aide et de soins à domicile) sous la forme d'une fondation de droit privé.

Il ne s'agit là que des grandes étapes ayant des implications importantes pour les collaboratrices.

Les syndicats ont veillé à ce que les transferts et regroupements se fassent dans le respect des droits acquis.

Le 1<sup>er</sup> janvier 1999, le passage à un employeur unique pour l'aide et les soins - la FSASD avec 1800 personnes pour 1200 postes - à partir de trois services qui avaient chacun des

règles internes différentes, des valeurs et des habitudes différentes malgré une CCT commune, a marqué un saut dimensionnel.

La fusion AGAD, APADO, SASCOM s'est faite dans un climat caractérisé par une augmentation sans précédent du nombre des usagers et des prestations, une augmentation de postes insuffisante, des difficultés accrues en matière de locaux (bureaux, salle de colloque, CASS éclaté en divers lieux géographiques, etc.). A cela s'ajoute la pression politique déjà évoquée plus haut pour avancer dans la réorganisation des CASS. On a ainsi le cocktail explicatif - sinon explosif - de la frustration et de la dégradation des conditions de travail.

# Pour des changements législatifs qui tiennent compte de la réalité

A la veille d'une nouvelle révision de la loi qui, pour ce qui concerne l'organisation des CASS, change d'intitulé, le SIT a défini un certain nombre de positions.

Tout d'abord il doit constater que le projet de loi N° 8308 sur les centres d'action sociale et de santé permet enfin de délester la loi sur l'aide à domicile d'attributions peu en rapport avec l'intitulé de cette loi. Nous avons toujours soutenu que l'aide à domicile ne recouvrait pas l'ensemble des activités des services sociaux dans les CASS.

En ce qui concerne indirectement les conditions de l'activité de la FSASD dans les CASS, le SIT se prononce en faveur du transfert des futurs administrateurs-trices (ex-coordonateurs-trices) sous la responsabilité du DASS.

Il est opposé au rattachement des secrétaires sociales à un service d'accueil qui serait sous la responsabilité du DASS et de l'administrateur-trice. Les secrétaires sociales doivent pouvoir continuer à travailler en lien avec les assistantes sociales. Nous observons que la création d'un service d'accueil signifie l'entrée d'un quatrième employeur dans les CASS.

La répartition caricaturale de l'action sociale entre l'action sociale individuelle à l'Hospice général et l'action sociale collective ou communautaire aux services sociaux communaux a heureusement été écartée. Toutefois le compromis proposé par le projet de loi, s'il peut satisfaire les collaborateurs-trices de l'Hospice général à qui est attribué en priorité l'action sociale individuelle mais à qui est reconnu le droit de participer à des actions communautaires du CASS, ne satisfait pas les collaborateurs-trices du SSVG, qui auraient clairement préféré le statu quo.

Nous exigeons que l'ensemble du personnel de la FSASD puisse voter et être éligible pour la place de représentant-e du personnel à la commission cantonale (CCAD) et non uniquement le personnel travaillant dans les CASS, comme c'est le cas actuellement.

Nous sommes pour la suppression du comité de direction (actuellement le CDAD) qui entraîne des doubles décisions problématiques (employeurs, comité) - et convaincus de la nécessité de sa transformation. En cas de maintien de cette structure nous demandons à qu'elle se borne à une fonction de contrôle du fonctionnement des CASS.

Nous sommes contre toute velléité de passage prématuré à un employeur unique dans les CASS. Tout redimensionnement intempestif porterait préjudice à l'organisation et aux prestations. Il est nécessaire de tenir compte notamment de la situation de la FSASD qui doit pouvoir constituer une culture d'institution propre.

## ***Pour un modèle d'équipe pluridisciplinaire qui fonctionne bien***

---

### **La pluridisciplinarité est le pivot de l'unité aide et soins dans les CASS**

---

Le modèle d'équipe pluridisciplinaire entré en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 1999 avait été longuement négocié avec les syndicats qui ont pu apporter quelques correctifs importants.

La FSASD a ainsi transféré 105 équipes de 10 à 14 personnes des anciens services à « *monoculture* » professionnelle dans 36 nouvelles équipes « *pluridisciplinaires* » de 38 à 45 personnes.

Les postes de RE-Responsable d'équipe étant redéfinis, de nombreuses ex-responsables ont dû être reclassées dans des fonctions nouvelles d'AA-assistante administrative et d'évaluatrice APS aide pratique et suppléance.

A noter pour la petite histoire que le SIT s'était positionné clairement pour que le poste de RE de la nouvelle équipe pluridisciplinaire soit ouvert aux travailleurs-euses sociaux-ales, puisqu'il était décrit comme un poste de management

d'équipe n'impliquant pas de responsabilité spécifique dans la surveillance des soins. Le SIT a obtenu gain de cause sur la base d'un avis de droit demandé paritairement. Malheureusement, dans les faits et à notre connaissance, malgré l'engagement de la direction, la surveillance des soins - au niveau de la qualité de la prestation et non de la responsabilité - n'a jamais été organisée autrement qu'à travers les RE.

Lors de cette première négociation du modèle, le SIT s'est montré très attentif à la construction d'un modèle d'équipe pluridisciplinaire équilibré. Les tensions entre l'AGAD et le SASCOM n'étaient pas absentes de nos préoccupations. Il fallait éviter que cette fusion ne débouche sur une absorption motivée par l'organisation des soins dans les équipes pluridisciplinaires. Cette dérive en direction des soins, nous l'avions pressentie de longue date. Nous n'avons cessé de répéter que l'aide et les soins à domicile ne doivent pas être envisagés exclusivement sous l'angle d'une approche soignante.

### **La pluridisciplinarité doit prendre naissance au cœur de la prestation sur la base des compétences des métiers et non dans un mode d'organisation institutionnel**

---

La pluridisciplinarité doit tenir compte de la complexité et de la multiplicité des situations qui conduisent à faire appel à l'aide et aux soins à domicile. C'est pour nous une satisfaction de constater que le rapport Erismann sur les Unités d'aide et de soins, mentionne explicitement comme une des

faiblesses du modèle « *l'approche soins renforcée au détriment d'une vision de la dimension sociale des situations clients* ».

D'autres préoccupations, toutes aussi lancinantes au moment de la création du modèle des UAS étaient présentes. Parmi celles-ci, la nécessité de réorganiser sans licenciements et en reclassant l'ensemble des professionnelles à responsabilité hiérarchique des anciennes équipes n'était pas la moindre. Nous devons garder en mémoire les discussions sur le devenir de certains profils professionnels (les responsables métiers, planificatrices, les responsables d'équipes, les fonctions transversales ou non), pour comprendre combien le modèle retenu n'est en rien définitif. Dans notre prise de position sur le rapport du 10 mai 1999 sur l'organisation des UAS nous avons indiqué clairement que le SIT était prêt à accepter un modèle « *impur* » pour permettre le reclassement de tout le personnel.

- Le SIT refuse toute modification du modèle en dehors d'un processus de réflexion et de négociation avec les organisations du personnel.
- Nous dénonçons fermement l'attitude de la direction du département des unités aide et soins dans les CASS de la FSASD qui consiste à opérer un glissement progressif du modèle à travers une politique d'engagement et une hiérarchisation orientée entièrement autour des soins, ceci à tous les niveaux des postes de responsabilité.
- Le SIT exige qu'une nouvelle négociation soit ouverte dans le but de réajuster rapidement le modèle.

## ***Un premier bilan des réorganisations des équipes pluridisciplinaires et du printemps 2000***

---

Au printemps 2000, le SIT tire un premier bilan des débuts de la réorganisation : il est problématique, d'autant plus que concernant la subvention et le budget de la FSASD pour 2000, première année de la réorganisation, le DASS n'a autorisé qu'une augmentation d'effectif dérisoire de l'ordre de 20 postes.

Le SIT dénonce le fait que la réorganisation a lieu au pas de charge sous la houlette de la nouvelle directrice du Département UAS dans les CASS, entrée en fonction le 1<sup>er</sup> mai 1999, sans moyens nouveaux et sans de véritables mesures d'accompagnement au changement. Le personnel est déboussolé et peine à retrouver son identité professionnelle dans les équipes remaniées. Les RE-pluridisciplinaires, les évaluatrices-APS, les AA-Assistantes administratives, qui sont des figures professionnelles nouvelles peinent à trouver leurs marques, elles doivent quasiment inventer des outils de travail pour ces nouveaux postes.

**Beaucoup de personnes stressées et bousculées tombent en arrêt maladie, elles ne sont pas remplacées, ce qui se traduit par une désorganisation et des heures supplémentaires. Les usagers sont aussi touchés par les changements, beaucoup changent d'aide et d'infirmière au gré des nouvelles équipes et des recoupages de secteur.**

Le syndicat analyse les données disponibles quant au volume des prestations fournies. Les chiffres sont peu fiables, les recoupements entre les données disponibles sur les programmes informatiques désuets des anciens services de la Fédération ne permettent d'identifier que les

heures facturables. Le nombre des usagers de la FSASD tourne à ce moment autour de 15 000 personnes, le volume des prestations a explosé entre 1996 et 1999, avec une faible augmentation de l'effectif.

	Année 1996	Année 1999
Nombre de repas servis	306 366	360 314
Nombre de pers. suivies par les infirmières et les AI	5 475	7 678
Nombre des visites des aides soignantes	108 519	133 022
Nombre des visites des ergothérapeutes	2 041	6 111
Heures de présence pour soins de base des aides familiales facturées aux caisses maladie	53 338	99 397
Nombre de visite à domicile des infirmières (sans les consultations SMI)	128 816	222 761

En revanche, en vertu de l'application stricte des directives politiques dont nous avons déjà parlé, les heures cumulées par les aides familiales et les aides-ménagères pour les APS (aide pratique et suppléance) diminuent de 11,6 % et passent de 606'927 en 1996 à 536'318 heures en 1999.

### ***Mobilisation du personnel pour une augmentation de la subvention et des postes supplémentaires en automne 2000***

Fort des constats évoqués ci-dessus et sur la base du mécontentement du personnel les syndicats SIT et SSP-VPOD vont entamer une campagne unitaire exemplaire en

vue d'une augmentation importante de la subvention et des effectifs. Pour cela le choix est fait que le personnel s'adresse directement au Grand Conseil qui à la fin de l'année 2000 doit voter le renouvellement du plan quadriennal de subventionnement de l'aide à domicile pour 2001 à 2004.

Nous avons délibérément choisi de chercher une solution au manque d'effectif et à la dégradation des conditions de travail, à travers une augmentation de la subvention et donc des postes. Ceci d'autant plus que les plans quadriennaux précédents prévus par la loi sur l'aide à domicile n'avaient pas été respectés.

En mai 2000 les syndicats lancent une pétition. Munie de 1059 signatures récoltées en moins d'un mois, soit

plus de 60% des effectifs de la FSASD, elle sera remise au Grand Conseil le 8 juin 2000. Elle demande :

- 250 postes supplémentaires (dont cinquante dans l'immédiat);
- l'amélioration des conditions de travail;
- des prestations de qualité;
- le développement de la formation du personnel.

A ce stade, la direction de la FSASD ne semblait pas prendre conscience du mécontentement, puisque selon elle, on ne pouvait pas cerner le fait que les équipes étaient en sous-effectif. La direction affirmait que le manque d'un outil informatique pour analyser la charge de travail empêchait de mettre en évidence un éventuel sous-effectif. Elle était également d'avis qu'un gain de productivité dans le cadre de la réorganisation permettrait d'absorber la surcharge de travail.

A l'automne 2000, la direction de la FSASD ne semble toujours pas prendre la mesure de ce qui est en train de se passer sur le terrain. Par voix de presse le Président du Conseil de Fondation, M. Jacques Perrot, déclare que le plan quadriennal prévu est convenable : « s'il est adopté nous pourrions tourner sans trop de problème » (Tribune de Genève du 1<sup>er</sup> octobre 2000). L'attitude timorée et contradictoire de la direction de la FSASD est donc d'accepter une augmentation de 60 postes proposée par le DASS tout en déclarant que chaque jour il manque environ 100 postes sur le terrain en raison des ab-

sences pour maladie. Malgré nos arguments et mises en garde, la direction ne comprend pas que la crise est déjà là.

Le point d'orgue de la mobilisation du personnel fut la manifestation de rue de l'aide et des soins à domicile aboutissant devant l'Hôtel-de-Ville. Le 30 novembre 2000, quelques 1000 collègues descendent dans la rue, alors même que d'autres assurent les prestations non différables. La suite est connue : le Grand Conseil vote une augmentation de la subvention par rapport au plan prévu, contre l'avis du chef du DASS, augmentation autorisant une dotation de 131 postes supplémentaires.

La loi votée par le Grand Conseil indique que les 131 postes supplémentaires doivent être affectés au terrain dans les CASS. Cette directive contraignante ne tient pas suffisamment compte de la réalité des besoins de la FSASD à travers le rôle de terrain des services centralisés. Il faut toutefois voir dans le vote du Grand Conseil, outre la volonté politique d'affecter les postes au terrain plutôt qu'à l'administration, le résultat d'un déficit d'information de la FSASD auprès des instances politiques.

La dotation de la FSASD est ainsi portée de 1205,95 postes pour l'année 2000 à 1336,95 postes autorisés pour l'année 2001. Ce qui fait 104 postes en dotation ordinaire et 27 postes en dotation extraordinaire liés à des projets nouveaux ou ponctuels et après approbation du CDAD.

## ***Le contrôle de la dotation des équipes pluridisciplinaires et du pool de remplacement***

---

Le 5 février 2001 lors d'une séance syndicats/direction exclusivement consacrée à la question des effectifs, le SIT avance un certain nombre d'observations à propos de la dotation théorique envisagée par l'employeur. En particulier le SIT met en exergue que l'augmentation de la dotation du pool de remplacement envisagée est insuffisante, puisque sur l'année 2000 le pool n'a même pas couvert le 50 % des demandes de remplacement en provenance des équipes.

D'autre part la délégation syndicale s'interroge sur l'insuffisance d'augmentation de dotation prévue pour les aides-ménagères (vue les listes d'attente) et que de nombreuses prestations de ce type sont confiées à des aides familiales, voire sous-traitées en conseillant aux usagers de prendre une femme de ménage en privée.

Compte tenu du fait que les 200 postes demandés pour mettre à niveau l'organisation des prestations n'ont pas été acceptés, que sur 131 postes autorisés, seuls 80 postes ont été débloqués à l'engagement immédiat par le Conseil de fondation (pour une question de prudence budgétaire), le SIT demande un moratoire sur tout projet nouveau, notamment sur les projets qui accélèrent dans certains domaines (soins infirmiers et suivi de type social en psychiatrie ambulatoire, soins complexes à do-

micile, etc.) le passage de l'hospitalier au domiciliaire. Ces positions exprimées en séance paritaire sont confirmées par un courrier du SIT daté du 21 mars 2001. Ce courrier réaffirme les engagements du SIT, afin de contrôler autant que possible l'affectation des postes pour la dotation des équipes en souffrance, afin de rétablir partout des conditions de travail correctes pour le personnel et garantir le non-rationnement des prestations de base et la qualité de celles-ci.

Le SIT fait également observer que le chiffre de la dotation théorique par profession et par CASS, qui a été fixé d'une façon plus ou moins arbitraire sur la base d'un ratio du nombre d'usagers par CASS, et qui sert maintenant de valeur de référence, ne dit rien sur les besoins réels des équipes en postes par catégorie professionnelle.

Fin avril 2001 les syndicats reçoivent les chiffres des engagements et de l'augmentation des effectifs par CASS et par profession. Le constat est alarmant, seule une augmentation de 20,68 postes est observable au niveau de l'institution pour les trois premiers mois, même s'il est vrai que l'augmentation de la dotation dans les CASS et pour le pool de remplacement est d'environ 40 postes, du fait de la baisse effective de la dotation dans certains services centralisés. Selon les recoupements effectués par le SIT et en l'absence d'une véritable transparence des chiffres nous en concluons que si environ 80 personnes ont bien été engagées, dans le même temps environ 60 personnes

raison des mauvaises conditions de travail et du stress engendré par la nouvelle organisation.

### ***Consultation sur le Rapport Erismman (nouvelle organisation des Unités aide et soins dans les CASS)***

Le SIT a étudié le rapport de Mme Erismann sur la nouvelle organisation des unités aide et soins dans les

CASS. Vu l'importance des problématiques soulevées par le rapport, en lien avec les conditions de travail dans les équipes, il a demandé que celui-ci soit remis en consultation aux organisations syndicales afin qu'elles puissent prendre position sur les principales recommandations.

Le SIT a ainsi élaboré une prise de position écrite qu'il a fait parvenir le 21 juin 2001 à la direction.

---

## **Non à la privatisation de l'aide au ménage**

Notons en passant que les syndicats sont intervenus pour modifier les critères d'attribution de l'aide au ménage (APS) qui ne doivent pas dépendre de l'âge des personnes (limite + de 80 ans) mais du degré d'autonomie en s'adressant également « à des personnes autonomes présentant de légères incapacités liées à l'âge, dont résulte une difficulté pour accomplir certaines tâches ménagères, ainsi que des personnes dépendantes d'un réseau de soutien, en cas d'absence de celui-ci et/ou à des personnes au revenu modeste », selon les nouveaux critères approuvés en Commission paritaire (CP) et entérinés par le Conseil de fondation de la FSASD.

Mais cette belle victoire, qui devait mettre fin à plusieurs années de restrictions de l'offre alors que la demande sociale reste importante, risquait bien de rester lettre morte à fin 2000 sans une augmentation des postes d'aides ménagères.

Malgré cette forte augmentation de l'activité, l'effectif entre 1996 et 1999 n'a augmenté que de 187,55 postes, soit 18,8 % et passe de 1442 personnes pour 1000 postes à 1792 personnes pour 1.187,55 postes.

Pour les syndicats il n'y a pas de doute, on a réussi à faire beaucoup plus avec une augmentation d'effectif dérisoire et sans moyens prévus pour faire face à la restructuration. De plus, les chiffres prouvent que l'accent a été mis sur les prestations de soins facturables aux caisses maladies et cela au détriment des prestations d'aide, malgré une évidente demande sociale.

Ces résultats sont aussi bien évidemment obtenus au détriment des conditions de travail du personnel qui continuent à se dégrader avec une forte montée des absences pour maladie à partir de fin 1999, durant toute l'année 2000 et encore actuellement.

---

# P ropositions et pistes de réflexion du SIT pour l'élaboration d'un cahier de revendication du personnel

Pour le SIT, il est crucial d'élaborer et de discuter un véritable cahier de revendication sur l'ensemble des difficultés qui ont conduit à la crise actuelle. Certaines propositions relèvent de la compétence directe et exclusive de la direction de la FSASD, d'autres s'adressent à l'auto-

rité politique. Sur la base de ce cahier de revendications des décisions devrons être prises et des échéances décidées. Afin que l'ensemble du personnel puisse comprendre les enjeux nous vous faisons part dans les pages qui suivent des propositions et pistes de réflexions du SIT.

## Les propositions

### **1. Construire une institution porteuse de sens**

La FSASD ne se réduit pas à l'aide et soins dans les CASS, elle est aussi dotée d'autres services dits « centralisés » qui dispensent des prestations en intervenant dans les processus de prise en charge : pool de remplacement interne, LAD-ligne d'accueil des demandes, HAD-hospitalisation à domicile qui assure les soins jusqu'à 23 heures, RUMS- relais des urgences médico-sociales qui agit aux urgences de l'hôpital cantonal pour organiser des retours à domicile pour prévenir les hospitalisations inappropriées, gérances sociales des

immeubles à encadrement pour personnes âgées, repas à domicile, sécurité à domicile. Elle doit donc développer une identité FSASD et non une identité CASS. C'est la responsabilité du politique de comprendre cet aspect des choses.

### **2. Suppression du Comité directeur de l'aide à domicile et renforcement de la FSASD**

La présence de deux centres de décision, d'une part la direction de la FSASD et d'autre part le CDAD - Comité de direction de l'aide à domicile

regroupant les directions des services présents dans les CASS est parfois source de confusion. La loi sur l'aide à domicile devrait être modifiée, le CDAD supprimé au profit d'une coordination via le DASS, comme cela se fait pour les autres secteurs comme les EMS et les hôpitaux.

Le SIT souligne que toute tentative intempestive et prématurée de changement dimensionnel et de mise sur pied d'un employeur unique des CASS, en fusionnant la FSASD avec les services sociaux tel l'Hospice général, conduirait à un chaos organisationnel dont les conséquences sont imprévisibles. Rappelons que le pourcentage d'usagers en commun entre les services sociaux et l'aide et les soins à domicile reste marginal (environ 6%).

On ne peut pas à la fois prétendre développer une culture d'institution spécifique aide et soins à domicile entre le personnel agissant dans les CASS et le personnel agissant par le biais des services centralisés et développer une identité CASS qui dans la phase actuelle reste une vue de l'esprit.

### ***3. Le Conseil de fondation de la FSASD doit mieux jouer son rôle***

---

Le politique a de la peine à comprendre les besoins de la FSASD. Ceci met en exergue une autre lacune des instances dirigeantes de la FSASD.

Le Conseil de fondation ne joue pas à fond le rôle qui est le sien. Selon

le SIT, outre une présidence réellement disponible, il devrait comprendre des représentants-es des partis politiques siégeant au Grand conseil afin de créer un relais avec cette instance politique qui vote la subvention annuelle et le plan quadriennal de l'aide et des soins à domicile, à l'instar des conseils d'administration des institutions de droit public.

### ***4. Redéfinir les limites de l'intervention à domicile prolongée pour les cas complexes et les retours très rapides après une hospitalisation***

---

Comme le relève le rapport Erisman, les possibilités de prise en charge à domicile ne sont pas illimitées. Les ressources des équipes, même convenablement pourvues de personnes, peuvent être insuffisantes pour assurer la continuité de soins et la sécurité des usagers. La durée raccourcie des séjours hospitaliers a pour conséquence que les usagers revenus à leur domicile ont encore besoin d'aide et de soins importants, parfois trop importants en regard des ressources des équipes. **La tendance est trop forte à accepter toute sortie d'hôpital, quitte à mettre à genoux les équipes. Il est de la responsabilité de la direction d'étudier sans tarder les limites à poser et de les faire accepter par les partenaires du réseau sanitaire et par le politique.**

## **5. Contrôler l'augmentation du volume de prestations et anticiper les besoins en personnel**

---

Une unité de soins dans un hôpital ou en EMS compte un nombre de lits défini. Lorsqu'ils sont tous occupés, il ne peut plus y avoir d'augmentation. **Dans l'aide et les soins à domicile, il n'y a pas un paramètre simple et tangible comme le nombre de lits pour bloquer l'augmentation du volume de prestations et de la charge de travail. Pour autant que le personnel soit suffisamment docile et accepte de faire des heures en plus de son horaire, il est possible d'accepter des nouvelles demandes...jusqu'à épuisement psycho-physique de l'équipe.** C'est ce qui s'est passé ces dernières années, où les chiffres montrent une augmentation spectaculaire de la demande sans augmentation des postes.

Compte tenu du retard dans les engagements, il est crucial de contrôler le volume de prestation. Nous constatons qu'aujourd'hui les RE ne savent pas de combien d'heures de «libre» d'infirmières, d'aides-ménagères, d'aides familiales ou d'aides soignantes elles disposent pour faire face à la demande pour les semaines à venir. Elles naviguent au jour le jour.

Nous demandons à mettre sur pied un outil simple qui permette de fixer un taux supportable pour l'équipe. Lorsqu'il est atteint, le SIT demande à la direction d'autoriser les RE à répondre négativement aux demandes, à formaliser des listes d'attentes et des refus de prestations

pour cause de surcharge. Ces listes doivent être transparentes et portées à la connaissance du public et de l'autorité politique.

Quant à l'outil suggéré par Mme Erismann dans son rapport et envisagé sur le plan suisse (RAI Home Care), nous ne sommes pas sûrs qu'il sera adapté et demandons à être consultés avant toute adoption d'un outil.

## **6. Décréter un moratoire sur tout nouveau projet, renoncer à élargir les prestations de nuit**

---

Tant que l'effectif adéquat n'est pas mis à disposition des équipes et que la FSASD n'a pas la possibilité de résoudre les problèmes de surcharge, le SIT demande à la direction de renoncer à développer de nouvelles prestations dans des domaines spécialisés et d'élargir les prestations de nuit, sous peine d'aggraver les conditions de travail du personnel.

Des projets très intéressants, dont le SIT soutient le principe, comme la collaboration avec FHP (Fondation pour l'habitat des personnes handicapées psychiques) ou un rôle accru de l'aide et soins à domicile voulu par la réforme de la psychiatrie genevoise, doivent être freinés et reportés à des jours meilleurs en raison du manque d'effectif. La direction doit prendre la responsabilité d'énoncer clairement sa politique vis-à-vis des partenaires de la FSASD. Aussi, le SIT est favorable à la réunification de l'HAD et du RUMS en une seule entité, mais est opposé à l'élargissement des interventions après 23 heures pour le moment.

## **7. Adapter la dotation de base des équipes aide et soins dans les CASS**

---

La dotation théorique par catégorie professionnelle et par CASS qui sert actuellement de référence a été fixée de manière plus ou moins arbitraire, sur la base de la situation historique et d'un ratio du nombre d'usagers par CASS. Le SIT propose de le revoir en tenant compte des besoins réels des équipes par catégorie professionnelle. Le nombre d'usagers ne dit en effet rien sur les prestations qu'ils nécessitent. Il peut varier selon la nature socio-culturelle du quartier. La dotation de base de chaque équipe doit être revue à la lumière de la charge réelle de travail.

## **8. Des équipes pluridisciplinaires plus petites, plus efficaces, plus humaines**

---

Après deux ans d'expérimentation, nous pouvons affirmer sans hésitation que la taille des équipes est à revoir impérativement et rapidement. Des équipes de 35 à 45 personnes, c'est l'enfer pour le personnel et c'est ingérable pour les RE. Les gens ne se connaissent pas, peinent à communiquer et se coordonner compte tenu des congés des unes et des autres, les RE ne sont que trop rarement disponibles au dialogue, prendre la parole en colloque de fonctionnement devant 40 personnes est très difficile pour la majorité. Les communications se font au pas de course et sur les pas de porte. Beaucoup de

membres du personnel affirment se sentir à l'aise chez l'usager, mais mal à l'aise dans l'usine à gaz qu'est devenue l'unité dans le CASS. C'est un signe inquiétant de repli.

Le SIT propose de fixer la taille de l'équipe pluridisciplinaire à 25 mais au maximum 30 personnes et rappelle que c'est déjà le double des anciennes équipes pré-fusion. Ceci implique l'augmentation du nombre de responsables d'équipe et le redéploiement du personnel sur 50 à 60 équipes au lieu des 36 actuelles.

Ce redimensionnement des équipes peut faire peur : il va engendrer des redécoupages territoriaux au sein du secteur, des changements d'équipe, de responsable, de collègues. Il est pourtant indispensable pour retrouver des dimensions et des relations plus humaines entre toutes et tous.

Contrairement à ce qui s'est passé en septembre 1999, il doit être fait en douceur, en prenant le temps de bien le préparer, et surtout dans le respect des souhaits du personnel quant à son affectation, ce qui n'a pas été le cas pour beaucoup de monde en septembre 1999.

## **9. Attribuer un rôle d'expert à la commission paritaire en matière d'étude et de mesures à prendre pour limiter les absences**

---

Le SIT est opposé à la recommandation du rapport Erismann d'engager un consultant pour lui faire étudier les causes des absences et

échafauder une stratégie de réduction de celles-ci.

Il n'y a pas besoin de payer un cabinet d'audit pour savoir que ce dont a besoin le personnel aujourd'hui c'est d'un certain nombre de mesures et de propositions pour réajuster le fonctionnement, permettre à chacun de s'y retrouver dans le respect de son identité professionnelle et de sa personnalité.

De même nous mettons en garde la direction contre la tentation d'instituer des contrôles coercitifs et vexatoires à l'égard des personnes malades.

Le SIT formule l'hypothèse que la cause principale de maladie est à rechercher dans le mode de fonctionnement de certaines équipes et les formes d'un management trop autoritaire et expéditif, non exempt d'arbitraire et centré autour de l'organisation des soins.

Le SIT propose d'étudier le fonctionnement des équipes et services centralisés qui fonctionnent bien, afin d'en tirer des enseignements. Deux indicateurs associés permettent également de reconnaître les unités aide et soins dans les CASS qui fonctionnent bien : un taux d'absence bas et peu de plaintes d'utilisateurs.

Pour le reste, toutes les propositions exprimées dans ce bulletin concourent à améliorer grandement le fonctionnement. Il suffit de la volonté politique de la direction de les étudier, de négocier et de les appliquer rapidement.

## **10. Renforcer l'autonomie du personnel et restituer du sens aux « soins relationnels » et à la « relation d'aide »**

---

Les contraintes légales et budgétaires influant sur la réorganisation de la FSASD ont fait perdre de vue la spécificité essentielle de l'aide et des soins à domicile. La prestation à domicile - où l'utilisateur est chez lui - implique de se confronter et de respecter la volonté de l'utilisateur. C'est dans le dialogue avec lui que se noue la relation de soins ou d'aide et non dans la perfection des procédures et contrôles hiérarchiques tatillons. C'est dans ce dialogue, auquel on accorde de moins en moins d'espace et de temps, que peut se construire une acceptation mutuelle entre les limites d'intervention et l'acceptation par l'utilisateur des contraintes liées à la prestation. La FSASD doit accorder de l'espace et de l'importance à cet aspect et intégrer dans la pratique la représentation sociale que l'utilisateur s'est forgée de la santé et de son droit à la santé.

A ce niveau, la pluridisciplinarité met en jeu les valeurs et les différences sociales et culturelles des intervenantes entre elles.

Pour le SIT, les conditions doivent être créées pour que chaque collaboratrice soit porteuse d'une véritable éthique d'intervention qui ne repose pas uniquement dans une charte institutionnelle, souvent rédigée par des cadres, ou un contrat de prestations avec l'utilisateur souvent plus compris comme une protection contre des

plaintes éventuelles que comme un outil de dialogue avec l'utilisateur.

Le SIT demande également à réaffirmer et étendre le recours à des supervisions d'équipes et autres lieux de soutien, collectifs et individuels, pour les salariées confrontées à des situations éprouvantes.

## **11. Redonner sa juste place à l'approche sociale**

---

Si un principe est au centre de la réflexion du SIT sur le développement de l'aide et des soins à domicile, c'est que celle-ci, compte tenu des besoins de la population, ne doit pas être envisagée exclusivement sous l'angle des besoins en santé et d'une approche soignante. Selon les situations, la priorité doit également être donnée à l'aide et aux besoins sociaux des personnes âgées en perte d'autonomie mais pas forcément malades, à des familles en difficultés, aux personnes souffrant de handicap physique et psychique.

La priorité politique mise ces dernières années à la demande en soins liée aux sorties d'hôpital s'est opérée au détriment des demandes sociales. Le rapport Erismann relève également que l'approche soins est renforcée au détriment d'une vision de la dimension sociale de la situation de l'utilisateur.

Cette dérive est en outre favorisée par l'attitude de la direction de l'unité aide et soins dans les CASS, qui opère un glissement progressif à travers une politique d'engagement des personnes à responsabilité hié-

rarchique orientée entièrement autour des soins.

## **12. Renforcer le pool de remplacement interne**

---

Pour le SIT, une des clés de voûte d'un fonctionnement satisfaisant passe par le renforcement et la redéfinition du pool de remplacement interne. Il doit en conséquence être étoffé par du personnel expérimenté et stable avec des contrats à durée indéterminée et pour couvrir les besoins suivants :

- remplacements de tous les congés maternité, dès le 1er jour;
- remplacement de chaque membre du personnel CASS par une fonction équivalente dès le 4e jour d'absence, quel que soit le motif de l'absence (maladie, accident, formation, etc.);
- remplacement au pied levé, soit dans l'heure qui suit, pour le travail du samedi, du dimanche et des jours fériés, de manière à supprimer le piquet d'une heure du matin qui existe encore dans quelques secteurs;
- renforcer les équipes des petits CASS pour le travail du week-end et jours fériés, pour lesquels on constate que le nombre de week-ends travaillés par mois pour chaque membre du personnel est plus élevé que dans les grands CASS.

Pour garantir un minimum de connaissance des usagers, chaque membre du pool est prioritairement affecté pour les week-ends et les remplacements de longue durée (plus de trois jours) à un nombre limité de CASS.

### **13. Délégation et responsabilités hiérarchiques**

---

En fonction de la disponibilité de la RE, de son style de management, la délégation de responsabilités aux assistantes administratives et aux évaluatrices APS est parfois trop importante. Dans certaines équipes, elles tendent à fonctionner comme des responsables hiérarchiques, ce qui n'est pas prévu par le modèle et ce à quoi le SIT s'est toujours opposé.

Le SIT réaffirme que les postes d'assistantes administratives et d'évaluatrices APS sont des fonctions essentielles pour le bon fonctionnement de l'équipe. Dans le cadre d'équipes plus petites, ces fonctions devront probablement développer un aspect de polyvalence entre équipes. Elles doivent être un lien entre l'intervenante de terrain, l'organisation de la prestation et l'utilisateur. Elles doivent faire preuve d'une grande capacité d'écoute et agir en soutien des aides et des soignantes qui vont chez l'utilisateur.

## **Les pistes de réflexion**

### **14. Le rôle des responsables d'équipes**

---

Contrairement à ce qui avait été prévu suite à un avis de droit lors de la négociation du modèle, la surveillance réelle des soins sur le terrain n'a jamais été organisée, à notre connaissance, autrement que par les responsables d'équipes. La conséquence est que ces responsables qui ne sont pas de formation infirmière (celles qui restent), sont parfois placés dans des situations difficiles. Cette orientation soins participe à un glissement du modèle (déjà évoqué) et fait que le regard sur la dimension sociale de la situation du client soit de moins en moins assurée. En lien avec la réflexion suivante, les responsables d'équipe doivent jouir d'une autonomie de fonctionnement dans les limites définies par le modèle pour une gestion optimum de l'équipe.

### **15. Le rôle des responsables de secteurs**

---

Notre interrogation porte aussi sur le rôle des responsables de secteurs dans la chaîne hiérarchique. Sont-ils une sorte d'inspection chargée de remédier aux dysfonctionnements et de veiller à l'application de décisions prises avec une certaine collégialité au niveau de la Direction du département ? Sont-ils des intermédiaires chargés d'appliquer des décisions dont ils ne sont pas partie prenante, en exerçant au passage une rétention d'information et un arbitraire en fonction des résistances et des directives contradictoires ? Ce type de poste amène-t-il vraiment une plus-value ? Doit-il être supprimé ?

### **16. La participation des médecins**

---

Le rapport Erismann recommande également d'améliorer la pluridisci-

plinarité des équipes par l'apport d'un médecin.

Il nous est difficile de nous prononcer sur la forme que prendrait la participation d'un médecin et les premiers échos du corps médical sur cette question ne semblent guère positifs. La relation des infirmières référentes de situation est parfois excellente avec le médecin traitant et dépend beaucoup de la conception que le médecin se fait de la collaboration avec l'aide et les soins à domicile. Il est notoire également que les rapports avec les médecins peuvent être différents dans les communes suburbaines où les médecins de proximité soignent la majorité des usagers de l'UAS.

Nous nous interrogeons et sommes prêts à étudier les avantages et inconvénients d'un rapprochement allant au-delà d'une coordination, selon les situations ou pour un rôle conseil auprès des équipes qui pourrait être envisagé avec certains secteurs de la médecine du secteur public.

## **17. L'importance des soins infirmiers**

---

Notre constat est que la difficulté d'engager des infirmières pour les équipes et le pool de remplacement est bien réelle. Il manque une trentaine d'infirmières par rapport à la dotation autorisée. A partir de cette réalité notre interrogation porte sur le nombre de postes d'encadrement (RE, évaluatrices APS, LAD et autres) qui sont repourvus par des infirmières. Est-ce que le profil de ces postes nécessite vraiment l'engagement

d'une infirmière ? D'autre part notre interrogation porte sur les limites de l'injection de spécialistes cliniques dans les équipes. A part certaines spécialisations (soins maternels et infantiles, infirmière en psychiatrie), nous nous demandons s'il ne vaut pas mieux que les équipes soient composées essentiellement d'infirmières en soins généraux et que les spécialisations relèvent des soins centralisés.

D'autre part nous exigeons que l'autonomie d'action des infirmières soit respectée dans leur capacité à organiser une planification des soins et une coordination avec le reste de l'équipe. A ce propos les syndicats sont intervenus pour demander de mettre fin à la pratique des ruptures de la planification client au profit de remplacement urgent qui doivent être pris en charge par le pool et non mettre les autres équipes en difficulté. De même, nous sommes d'avis que l'évaluation des besoins en APS ne doit pas venir surcharger le cahier des charges des infirmières. En outre, il y a lieu de réfléchir à une formation pour le rôle de référente de situation.

## **18. La présence des assistantes sociales dans les équipes**

---

Nous ne doutons pas que la participation d'une assistante sociale à la vie de l'équipe et son intervention sur certaines situations qui ne sont pas des demandes hétérogènes (aide administrative à des personnes âgées, préparation à des entrées en EMS, démarches diverses) serait indispensable. Cette philosophie d'in-

tervention pluridisciplinaire, aurait l'avantage de garantir un regard social sur la situation de l'utilisateur. Elle permettrait d'étendre la notion d'encadrement social au-delà des immeubles pour personnes âgées dont les gérants sociaux possèdent une large expérience dans ce domaine. A notre avis, la FSASD pourrait s'accommoder d'un rattachement institutionnel de ces assistantes sociales à l'Hospice général ou auprès des services sociaux communaux. Ce qui prime, doit être une approche et une réponse adéquate aux besoins spécifiques des usagers de la FSASD.

### **19. La place de l'aide au ménage**

---

Nous demeurons convaincus que l'équipe pluridisciplinaire est un modèle valable. Toutefois, la trop grande taille des équipes pose problème et proposons de le fixer à 30 personnes maximums.

Notre interrogation, compte tenu que près de la moitié des usagers nécessitent uniquement de l'APS, porte sur l'état de fonctionnement du modèle en ce qui concerne la participation des aides ménagères aux colloques client qui semble assez diverse d'une équipe à l'autre. Nous déplorons que le nombre total d'aides ménagères ne cesse de diminuer alors que la demande sociale s'accroît. Pour les grands CASS, nous nous interrogeons sur les avantages et les inconvénients de la mise sur pied d'équipes d'aides ménagères et sommes prêts à étudier cette question, ce sans préjuger de notre position définitive, compte tenu

de notre préférence pour l'équipe pluridisciplinaire.

En outre, nous continuons à penser que le terme « d'aide-ménagère » est inapproprié et devrait être modifié. Aussi, les prétendues difficultés de la FSASD à recruter des aides-ménagères nous laissent songeurs. Nous craignons que les critères d'engagement soient trop stricts, élevés et excluants. C'est pourquoi nous demandons à la direction de les expliciter par écrit et de les soumettre au débat paritaire.

### **20. Le rôle des référentes de situation**

---

Nous nous interrogeons sur la plus value réelle pour l'utilisateur du rôle de référentes. Compte tenu du 7/7 et des nombreuses absences, congés et autres, il arrive souvent qu'aucune décision ne soit prise en l'absence de la référente. Surtout lorsqu'il s'agit d'une spécialiste clinique. La notion de référente doit rester un élément facilitateur pour l'utilisateur et non un obstacle de plus dans une coordination encore trop centrée sur des procédures institutionnelles plutôt qu'autour des caractéristiques de l'intervention.

C'est dans ce sens que nous avons demandé à la direction d'étudier l'usage de la téléphonie mobile, usage qui est déjà largement répandu sur la base de matériel privé. Le rôle de « communicatrice » que la référente de situation doit remplir auprès du client mérite d'être valorisé et explicité. D'autre part la notion d'intervenante principale, mentionnée comme effective dans le rap-

port Erismann, ne semble pas encore jouer un grand rôle sur le terrain.

## **21. Les exigences de lisibilité du modèle**

---

Le SIT approuve la recommandation du rapport Erismann qui demande à définir et faire connaître quels sont les éléments invariables du modèle qui doivent demeurer égaux d'une équipe à l'autre, et ceux qui peuvent donner lieu à une adaptation spécifique dans chaque équipe.

## **22. La réflexion et les propositions sur la démarche qualité**

---

Le rapport Erismann insiste beaucoup sur l'importance de la démarche qualité qui vise à satisfaire les exigences de l'article 58 de la LAMal et de l'article 77 OAMMAL (ordonnance d'application).

Pour le SIT la démarche qualité peut se révéler intéressante lorsqu'elle permet d'identifier les forces et les faiblesses d'une institution. Elle doit porter sur l'analyse des processus clés et viser les buts suivants : amélioration des prestations pour les clients, amélioration des conditions de travail des collaborateurs, amélioration de l'efficacité et du caractère économique des prestations dispensées.

Nous sommes favorables à examiner les avantages et les inconvénients de la mise en place des éléments né-

cessaires à une recherche qualité. Toutefois, nous insistons sur le fait que la FSASD est actuellement au stade de la construction d'une institution et que toute course à une certification ISO ou autre démarche lourde nous semble pour le moment prématurée.

## **23. La réflexion sur le temps facturable et non facturable**

---

Le rapport Erismann contient une recommandation en vue de repérer au mieux les activités facturables de celles qui ne le sont pas, ceci dans le cadre de la charge de travail par catégorie et par CASS.

Sans entrer dans le détail de l'argumentation, nous tenons à dire que le rapport ne tient malheureusement pas compte des limites de facturation imposée par la LaMAL. Certains soins infirmiers en psychiatrie par exemple, font partie de la facturation lorsqu'ils sont donné par le système hospitalier et en sont exclus à domicile. D'autre part l'organisation même du travail à domicile (absences non annoncées et autres) implique des limites de facturation dont le rapport ne fait pas mention.

D'une manière générale le SIT restera attentif à tout déplacement du non facturable vers des activités facturables, ce pour le motif des implications constatées sur la répartition de la charge de travail.

---

## Les nouveaux horaires : un plus pour le personnel

Le nouveau cadre horaire ainsi que les règles de gestion qui l'accompagnent sont un plus pour le personnel : les règles sont harmonisées, il y a plus de clarté, moins d'arbitraire, et, correctement appliquées, elles garantissent de meilleures conditions de travail au personnel.

Le SIT défend cet accord négocié et signé. Pour mesurer ce qui a été acquis, il convient d'avoir en mémoire la position initiale de l'employeur et celle des syndicats, puis de mesurer le chemin parcouru et le texte de l'accord.

La directrice du département aide et soins dans les CASS a élaboré un premier projet inacceptable : obligation pour tous les temps partiels de travailler 8 heures par jour y compris les aides-ménagères, pas de jour de congé fixe, pour les prestations du soir, la même infirmière et la même aide, interviennent 3 à 4 soirs d'affilé, interdiction de répartir les heures selon le taux d'activité.

En janvier 2001, la directrice a même informé le personnel par un courrier au domicile de chacun de l'entrée en vigueur de son projet.

Le SIT a réagi promptement à cette action intempestive de la directrice. Il a interpellé la direction générale et de véritables et exemplaires négociations ont eu lieu en avril 2001, dont les résultats très positifs figurent dans l'accord dûment signé, qui fait partie intégrante de la CCT.

Le nouveau cadre horaire garantit à chaque membre du personnel à temps partiel le choix entre des journées à 8 heures et des journées à 4 ou 6 heures, soit égal ou très proche du taux d'activité des temps partiels. L'accord garanti également pour le personnel à temps partiel, des règles claires et équitables pour la récupération du travail du week-end, la planification sur 8 semaines, avec l'objectif de parvenir à 12 puis à 16, la réglementation du travail du soir.

Le SIT demande à l'employeur que l'application correcte du nouveau cadre horaire, garant des horaires réguliers pour le personnel, devienne une priorité pour la FSASD.

Le SIT demande également que la pratique de demander des heures en plus pour le personnel et des modifications horaires pour pallier aux absences cesse au profit de la stabilité et de la régularité des horaires du personnel, élément important de la satisfaction au travail, et ce quitte à refuser des nouvelles demandes de prestations.

---

## Documents utiles

- Loi sur l'aide à domicile, K 1 05
- PL 8308 – Projet de loi sur les centres d'action sociale et de santé (K 1 07)
- PL 8309 – Projet de loi modifiant la loi sur l'assistance publique (J 4 05)
- Prise de position des organisations du personnel en matière d'aide et de soins à domicile et de réorganisation des Centres d'action sociale et de santé – Texte remis à la commission des affaires sociales du Grand Conseil lors de l'audition de mardi 21 novembre 2000, 17 pages
- PL 8308 et PL 8309 – Prise de position des organisations du personnel, 3 juillet 2001, 2 pages
- Priorités et propositions du SIT en matière de dotation FSASD pour 2001, 21 mars 2001, courrier du SIT à la direction de la FSASD, 4 pages
- Prise de position du SIT concernant le rapport de Mme Marthe Erismann sur « La nouvelle organisation des unités aide et soins dans les CASS », 21 juin 2001, 10 pages
- ORES Conseil, Marthe Erismann, La nouvelle organisation des unités aide et soins dans les CASS, rapport établi sur commande de la FSASD, janvier 2001, 62 pages
- ORES Conseil, Marthe Erismann, Evaluation des effets de la loi sur l'aide à domicile, rapport établi sur commande du chef du DASS ; avril 2000.

# Le SIT

Le SIT regroupe des travailleurs-euses résolus-es à défendre leurs intérêts communs face aux employeurs et au pouvoir politique, et à lutter pour l'instauration d'une société de femmes et d'hommes libres et responsables. Indépendant de tout parti politique et de toute confession, il n'existe que par la seule volonté de ses membres. Ses ressources économiques proviennent donc des seules cotisations des syndiqués-es.

## Les objectifs du SIT

Le SIT a pour objectifs de :

- défendre les intérêts des travailleurs-euses, sans distinction de profession, nationalité, statut, âge, sexe, et cela par le renforcement de la solidarité, avec une priorité donnée aux plus défavorisés-es et à celles et ceux qui ont le plus de difficultés à s'organiser;
- lutter pour améliorer les conditions de salaire, de travail et de vie de toutes les catégories de travailleurs-euses du canton;
- combattre pour une législation économique et sociale garantissant aux travailleurs-euses et à leurs familles une sécurité sociale globale;
- renforcer le droit d'association et la liberté syndicale;
- bâtir une société fondée sur la satisfaction des besoins fondamentaux et prioritaires des travailleurs-euses et des peuples et non sur le gas-

pillage et la production de biens et de services inutiles, voire nuisibles, ne profitant qu'à une minorité.

## Au service des membres

- défense juridique touchant au droit du travail;
- fonds de grève;
- formation syndicale et information : média, publications périodiques (journal SIT-info) ;
- caisse de chômage;
- remplissage de feuilles d'impôts, contrôle des impôts à la source.

## Le SIT regroupe

Le SIT regroupe des travailleurs-euses de toutes branches :

- **Terre** : agriculture, jardiniers;
- **Construction et entretien** : bâtiment, nettoyage;
- **Industries** : métal, horlogerie, garages, chimie, textile, tabacs;
- **Commerce** : vente, alimentation, transports, finance, banques, immeubles, org. internationales;
- **Services et hôtellerie** : hôtellerie-restauration, éc. domestique;
- **Santé** : hospitaliers, aide à domicile, santé privée, EMS;
- **Secteurs public et subventionné** : administrations cantonale et municipale, régies publiques, social, petite enfance;
- **Syndicat des retraités**

## ***Cotisation syndicale au SIT***

La cotisation est en pourcentage du salaire brut selon l'échelle suivante :

<b>Salaire mensuel brut soumis à AVS</b>	<b>Cotisation mensuelle</b>
Apprenti gagnant moins de Fr. 1'200.-	5.-
Jusqu'à Fr. 1'200.-	8.-
de 1'201.- à 1'500.-	10.-
de 1'501.- à 1'800.-	12.-
de 1'801.- à 2'100.-	14.-
de 2'101.- à 2'400.-	16.-
de 2'401.- à 2'700.-	18.-
de 2'701.- à 3'000.-	20.-
de 3'001.- à 3'300.-	22.-
de 3'301.- à 3'600.-	24.-
de 3'601.- à 3'900.-	26.-
de 3'901.- à 4'200.-	28.-
de 4'201.- à 4'500.-	30.-
de 4'501.- à 4'800.-	32.-
de 4'801.- à 5'100.-	34.-

de 5'101.- à 5'400.-	36.-
de 5'401.- à 5'700.-	38.-
de 5'701.- à 6'000.-	40.-
de 6'001.- à 6'300.-	42.-
de 6'301.- à 6'600.-	44.-
de 6'601.- à 6'900.-	46.-

(et ainsi de suite)

## ***Les commissions du SIT***

Un-e militant-e qui le désire peut participer, en plus de son activité syndicale sur son lieu de travail, aux commissions du SIT :

- solidarité internationale;
- femmes;
- logement et aménagement;
- immigration
- formation professionnelle ...

Renseignements au secrétariat.

---

Ce bulletin a été élaboré par le comité du SIT-Aide et soins à domicile entre juin et juillet 2001 sur la base de divers documents et de l'observation de ce qui se passe sur le terrain.

Les membres du comité ayant participé à l'élaboration de ce bulletin :

- Alain DUBORGEL, gérant social
- Françoise FLEURY, AF
- Christine FORMAZ, AF
- Paquita GARÇON SCHMIDT, AF
- Marie MONTIEL, AF
- Annie THIEVOZ, AM

Secrétaire syndicale : Manuela CATTANI

---

## **Permanences syndicales :**

Mardi et mercredi, de 14h à 18h  
ou sur rendez-vous au 022 818 03 00  
au secrétariat SIT - 16 rue des Chaudronniers (dans la Vieille Ville)

case postale 3287 - 1211 Genève 3 - fax. 022 818 03 99  
[www.sit-syndicat.ch](http://www.sit-syndicat.ch) - e-mail : [sit@sit-syndicat.ch](mailto:sit@sit-syndicat.ch)

---

## **Sommaire**

### **Poser des constats et proposer des solutions**

#### **Bref aperçu historique du développement de l'aide et des soins à domicile**

Les révisions de la loi sur l'aide à domicile

Une dérive prévisible dès le départ

L'orientation du dispositif selon les besoins de santé au détriment des besoins sociaux

La réorganisation permanente des services d'aide et de soins à domicile

#### **Pour des changements législatifs qui tiennent compte de la réalité**

Pour un modèle d'équipe pluridisciplinaire au printemps 2000

La mobilisation du personnel pour une augmentation de la subvention et des postes supplémentaires en automne 2000

Le contrôle de la dotation des équipes pluridisciplinaires et du pool de remplacement

La consultation sur le rapport Erismann

#### **Propositions, pistes de réflexion du SIT - cahier de revendication**

1. Construire une institution porteuse de sens
2. Suppression du Comité directeur de l'aide à domicile et renforcement de la FSASD
3. Le Conseil de fondation de la FSASD doit mieux jouer son rôle
4. Redéfinir les limites de l'intervention à domicile prolongée pour les cas complexes et les retours très rapides après une hospitalisation
5. Contrôler le volume de prestations et anticiper les besoins en personnel
6. Décréter un moratoire sur tout nouveau projet, renoncer à élargir les prestations la nuit
7. Adapter la dotation de base des équipes aide et soins dans les CASS
8. Des équipes pluridisciplinaires plus petites, plus efficaces, plus humaines
9. Commission paritaire pour l'étude et les mesures à prendre pour limiter les absences
10. Renforcer l'autonomie du personnel, restituer du sens aux «soins relationnels» et à la «relation d'aide»
11. Redonner sa juste place à l'approche sociale
12. Renforcer le pool de remplacement interne
13. Délégation et responsabilités hiérarchiques
14. Le rôle des responsables d'équipes
15. Le rôle des responsables de secteur
16. La participation des médecins
17. L'importance des soins infirmiers
18. La présence des assistantes sociales dans les équipes
19. La place de l'aide au ménage
20. Le rôle des référentes de situation
21. Les exigences de lisibilité du modèle
22. Les réflexions et les propositions sur la démarche qualité
23. La réflexion sur le temps facturable et non facturable