

Mandat de l'Etat de Genève représenté par la Direction Générale de la Santé (DGS) et le Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé (DARES)

Référence du contrat : no 2011/102

Thème du mandat :

# Evolution du cahier des charges des aides-soignantes<sup>1</sup> aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)



Mandant : DGS et DARES, Mme Anne-Geneviève Bütikhofer

Interlocutrice: DARES, Ursula Ledermann Bulti

Auteur : Esther Merino Arnedo

Sociologue du travail, développement des ressources stratégiques

Type de document : rapport final

Crissier, le 27 septembre 2011

---

<sup>1</sup> S'entend aussi au masculin, ainsi que pour toutes les autres dénominations suivantes

## TABLE DES MATIERES

1. Objectifs du mandat	4
2. La démarche – Plan de travail	4
3. Evolution du contexte et des pratiques des soignants aux HUG	5
3.1 Les patients et leur entourage	6
3.2 Organisation et pratiques	6
3.2.1 Dotation et durée d'hospitalisation	6
3.2.2 Les horaires	7
3.2.3 Les locaux et moyens auxiliaires	7
3.2.4 L'informatique et nouveautés	7
3.2.5 Répartition du travail et métiers	7
3.3 Formation et accès aux ressources	8
4. Données quantitatives sur les aides-soignantes aux HUG	8
5. Les attentes des syndicats	10
6. Les deux derniers cahiers des charges (1999 et 2009)	10
6.1 Le cahier des charges de l'aide-soignante de 1999	10
6.2 Le cahier des charges d'aide-soignante de 2009	16
6.3 Analyse comparative des deux cahiers des charges (1999 et 2009)	23
6.4 Constats sur les cahiers des charges	27
7. Segmentation du contexte, critères et échantillon	28
8. Résultats de l'enquête - Changements mentionnés par les soignants	31
9. Résultats de l'enquête - Les critères évalués	33
9.1 Evolution de la pénibilité de l'effort physique	33
9.2 Evolution de la pénibilité de l'environnement	34
9.3 Evolution de la pénibilité psychique	35
9.4 Evolution de la pénibilité due aux horaires	36
9.5 Evolution des efforts intellectuels	37
9.6 Evolution des responsabilités	38
9.7 Acquisition de nouvelles connaissances	39
9.8 Nouvelles activités ou activité supplémentaires	40
9.9 Evolution de l'importance de la technique (règles – protocoles)	41
9.10 Changement dans les effectifs (augmentation/diminution de la dotation)	42
9.11 Changement dans la charge de travail (augmentation/diminution)	43
9.12 Autonomie dans le travail et accès à l'information	44

<b>9.13 Intérêt du contenu du travail</b>	<b>45</b>
<b>9.14 Respect du cahier des charges (CDC)</b>	<b>46</b>
<b>9.15 Collaboration avec les infirmières</b>	<b>47</b>
<b>9.16 Perception de l'arrivée des assistant e-s en soins et en santé communautaire (ASSC)</b>	<b>48</b>
<b>9.17 Réévaluation à la hausse de la classe salariale</b>	<b>49</b>
<b>9.18 Changement du rôle de l'aide-soignant-e-</b>	<b>50</b>
<b>9.19 Reconnaissance et valorisation de l'aide-soignante</b>	<b>51</b>
<b>9.20.1 Satisfaction générale par rapport aux conditions de travail</b>	<b>52</b>
<b>9.20.2 Satisfaction générale par rapport aux conditions salariales</b>	<b>53</b>
<b>9.20.3 Possibilité d'évolution</b>	<b>54</b>
<b>9.21 Possibilités d'amélioration pour le métier d'aide-soignante</b>	<b>55</b>
<b>10. Synthèse des résultats – les tendances</b>	<b>57</b>
<b>11. Les thèmes critiques et liens</b>	<b>58</b>
<b>12. Conclusion</b>	<b>60</b>
<b>13. Remerciements</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>64</b>
<b>Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés</b>	<b>64</b>
<b>Annexe 2 – Guide d'entretien – Aide-soignant-e - HUG</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 3 – Liste des figures</b>	<b>74</b>

## 1. Objectifs du mandat

Analyser l'évolution du cahier des charges de l'aide-soignante aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) depuis 1990, en particulier de 1998 à ce jour; plus précisément sur tous les changements intervenus dans le cahier des charges, notamment au niveau de la formation, de l'expérience, des efforts physiques et intellectuels ainsi que des responsabilités liées à l'exercice de la fonction. Cette étude doit se faire en relation avec l'évolution des pratiques dans les HUG et a pour but de fournir une base décisionnelle permettant la réévaluation de la fonction par les différents partenaires concernés.

## 2. La démarche – Plan de travail

Le projet est articulé autour de quelques grandes étapes de travail comme illustré dans le processus ci-dessous.

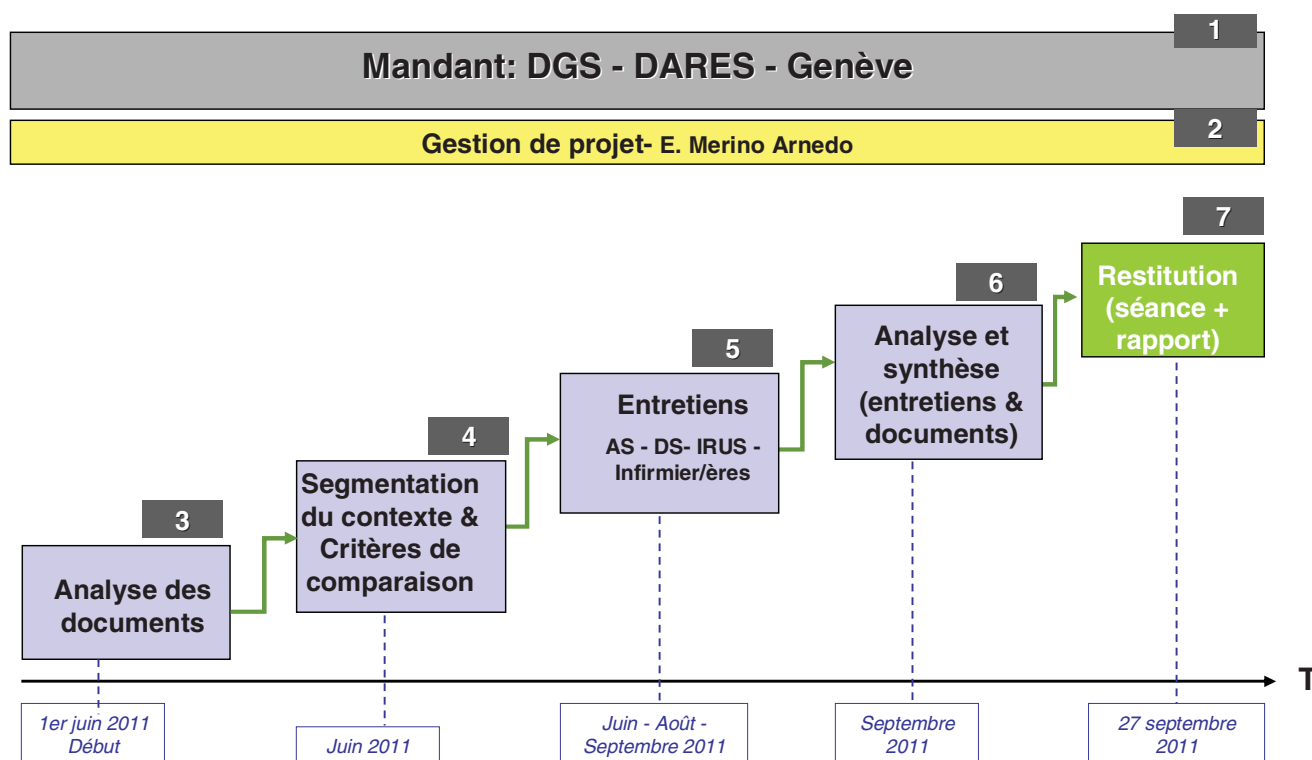


Figure 1 – Plan de travail et organisation du projet

**Les phases trois et quatre** du plan de travail ont eu pour objectif «d'explorer» la situation, de comprendre le contexte, les enjeux et la position des différentes parties concernées.

Tout d'abord sur la base des documents fournis par le DARES, c'est-à-dire deux cahiers des charges d'aide-soignante (1999 et 2009), de la correspondance entre différentes parties concernées, soit l'Etat de Genève, la direction des soins des HUG et les syndicats SIT et SSP, ainsi que des comptes-rendus de plusieurs séances avec des professionnels de la santé ayant eu pour objet l'analyse du cahier des charges des HUG des aides-soignantes.

Ensuite un entretien avec Monsieur Jacques Hertzschuch, directeur des ressources humaines, ainsi qu'un autre avec Monsieur André Laubscher, directeur des soins, ont été réalisés afin d'obtenir une vue d'ensemble de l'évolution des pratiques, des grandes orientations des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en termes de politique du personnel et de pratique des soins. Le positionnement du projet sur les aides-soignantes a pu être ainsi précisé, notamment par rapport à d'autres démarches actuellement en cours à l'Etat de Genève, comme le projet SCORE sur la redéfinition des fonctions (fin planifiée pour janvier 2013).

Grâce à ces deux premières phases, les critères de comparaison nécessaires à l'analyse de l'évolution du cahier des charges et des pratiques de la profession d'aide-soignante ont pu être déterminés. Sur cette base, un guide d'entretien a été créé en intégrant ces critères ainsi que l'aspect de l'évolution dans le temps des pratiques. Cela a permis également de constituer un échantillon représentatif du travail réalisé par les aides-soignantes, soit six départements dans différents lieux des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

**La phase cinq** a été entièrement consacrée à la récolte de données dans les services retenus. Un entretien individuel d'une durée de 30 à 40 minutes a été réalisé avec trente-cinq professionnels expérimentés et connaissant bien le métier d'aide-soignante, soit respectivement, des aides-soignantes, des directeurs/trices des soins, des IRUS et des infirmiers/ères; ceci afin d'avoir plusieurs angles de vue sur la profession concernée et sur son évolution.

La diversité des contextes de soins et des interlocuteurs étant un élément clé des métiers de la santé, cette dimension a été intégrée à la constitution de l'échantillon.

**La phase six** se concentre essentiellement sur la recherche de compléments d'informations, l'analyse des données, la rédaction du rapport, et la préparation de la séance de restitution des résultats.

**La phase 7** contiendra une présentation orale des résultats du projet et la remise d'un rapport complet.

### **3. Evolution du contexte et des pratiques des soignants aux HUG**

Le contexte de travail d'une profession est déterminant. Tant pour les compétences nécessaires à l'exercice du métier que pour caractériser ses changements. Les principaux facteurs d'évolution d'un métier proviennent de l'environnement social, politique, économique comme de l'évolution du contexte de travail lui-même.

Cette analyse se concentre sur les éléments clés du contexte de travail des aides-soignantes permettant de comprendre en quoi cette profession a évolué ces quinze à vingt dernières années. Ceci afin de pouvoir comprendre dans quelle mesure le cahier des charges correspond aux pratiques des professionnels.

### 3.1 Les patients et leur entourage

De manière générale, les cadres et les soignants sont unanimes sur un certain nombre de constats concernant l'évolution des caractéristiques des patients mais aussi de leur entourage (famille, proches). Il y a eu des changements évidents pendant cette dernière décennie et ils peuvent se résumer autour de cinq facteurs de changement.

No	Facteurs du changement	Constats sur les patients et entourage <sup>2</sup>
1.	<b>Vieillesse de la population</b>	Plus lourds, plus dépendants, plus de poly-pathologies, plus de sénilité, plus de démences,
2.	<b>Attentes des patients</b>	Immédiateté, exigences à la hausse pour le service hôtelier, plus de doléances
3.	<b>Attitude patients et familles</b>	Agressivité, violence verbale, violence physique, moins patients, plus de médiation nécessaire
4.	<b>Multiculturel</b>	Communication, difficultés de compréhension mutuelle
5.	<b>Connaissances</b>	Mieux documentés donc ils demandent plus de justifications, plus critiques

Figure 2 – Facteurs du changement et constats sur les patients (HUG – 2011)

### 3.2 Organisation et pratiques

Ces dernières années, l'organisation des HUG a bien évidemment évolué sur de nombreux aspects. Néanmoins, seuls les points ayant un impact sur le travail des aides-soignantes sont mentionnés. De plus, il s'agit uniquement des aspects qui sont objectivables.

#### 3.2.1 Dotation et durée d'hospitalisation

La dotation est restée stable et il n'y a pas de dégradation par rapport à la dotation en fonction du nombre de lits. Bien qu'avec l'opération Victoria<sup>3</sup>, il y a eu des fermetures de lits donc une réduction des effectifs.

Cette stabilité est à pondérer car le temps moyen d'hospitalisation n'a pas cessé de diminuer. Ce qui a pour conséquence une charge de travail plus élevée. En effet, il y a un changement plus fréquent des lits et plus de nettoyages, activités qui sont principalement dévolues aux aides-soignantes. A noter que la réduction de la durée d'hospitalisation a aussi un impact sur le lien relationnel avec le patient.

---

<sup>2</sup> Source : entretiens 2011 avec les cadres et les soignants des HUG

<sup>3</sup> Opération menée de 2007 à 2009, pour faire face à une diminution des ressources et à une augmentation des dépenses, l'opération Victoria a eu pour objectif d'équilibrer les comptes des HUG. Ceci avec trois axes d'amélioration : révision du portefeuille d'activités, gains d'efficacité par une révision des processus de soins et de gestion, nouvelles sources de revenus.

### **3.2.2 Les horaires**

Pour une minorité, les horaires à coupure existent encore, voire ils ont été réintroduits. Pour les aides-soignantes, les horaires à coupure sont répartis ainsi : de 07h00 à 12h00 et de 17h00-20h00.

Cette répartition du temps de travail dans la journée est, de manière unanime, considérée comme très pénible. Ceci est accentué par le fait qu'il y a une tendance générale vers l'éloignement entre le domicile et le lieu de travail.

### **3.2.3 Les locaux et moyens auxiliaires**

L'environnement des soignants n'a pas beaucoup changé depuis vingt ans. Les lieux ne sont pas assez adaptés bien qu'il y ait eu quelques progrès. Certaines unités ont bénéficié d'améliorations, comme par exemple les sanitaires, les seuils, les sols antiglisse, la climatisation. De plus, un manque de place rend parfois difficile certaines activités car les équipements de soins sont plus nombreux autour du patient.

Par contre les moyens auxiliaires ont bien évolué et ils facilitent grandement le travail de tous les professionnels auprès des patients. On peut citer les technologies des lits, des lits spéciaux pour obèse, les matelas Nimbus, les pèse-personnes, les élévateurs.

### **3.2.4 L'informatique et nouveautés**

L'introduction de l'informatique est un des grands bouleversements de l'organisation du travail des professionnels de la santé. Et selon l'âge des personnes, il constitue un effort considérable d'adaptation.

En particulier, les aides-soignantes ont dû assimiler le fonctionnement du logiciel WinRest, qui permet de passer les commandes des repas des patients. Au même moment, les menus à choix ont été adoptés et ce sont les aides-soignantes, sous délégation infirmière, qui sont en charge de passer régulièrement auprès des patients pour les commandes, tout en tenant compte des régimes particuliers de chacun.

Ces dernières années, le DPI (le dossier patient intégré) a aussi été progressivement introduit dans les pratiques.

### **3.2.5 Répartition du travail et métiers**

Une évolution importante est également à relever dans l'organisation du travail entre les différentes fonctions dans une unité de soins. On peut observer un déplacement des tâches.

Tout particulièrement par rapport aux infirmières, qui sont chaque fois plus en charge de tâches « administratives » et de coordination. Par conséquent, ce sont les aides-soignantes qui passent beaucoup plus de temps que les infirmières auprès du patient. Les activités relationnelles sont ainsi déléguées par les infirmières aux aides-soignantes. L'interface principale des patients et des familles devient ainsi les aides-soignantes ; sauf dans les services de soins aigus ou très spécifiques (ex. avec les bébés). Il est à relever que les aspects relationnels sont plus exigeants que les autres activités et génèrent plus de stress et de pression.

Une autre source de pression est l'arrivée d'un nouveau métier dans l'organisation des unités de soins, les ASSC (assistant-e en soins et en santé communautaire). Il y a encore très peu d'ASSC aux HUG, mais cette arrivée peut être perçue par certains-aines comme une nouvelle pression sur le métier d'aide-soignante. L'infirmière devra déléguer les tâches aux ASSC et aux aides-soignant-e-s. L'ASSC étant plus qualifié-e, on peut être tenté de penser qu'il y aura alors plus de tâches de nursing de base, de toilettes et d'entretien de l'environnement direct du patient, attribuées aux aides-soignantes.

### 3.3 Formation et accès aux ressources

Il y a une certaine difficulté à trouver des aides-soignantes formées (formation cantonale). Ceci est lié au système de formation qui peine à se mettre en place, il y a actuellement une période de latence.

Néanmoins, il n'y a pas vraiment de pénurie sur le marché de l'emploi à Genève. Il y a potentiellement un énorme réservoir si les personnes formées par la Croix-Rouge sont prises en compte (auxiliaires de santé) ou si l'on s'oriente vers du personnel frontalier.

## 4. Données quantitatives sur les aides-soignantes aux HUG

Ce chapitre fournit quelques données quantitatives sur les aides-soignantes aux HUG. Cela dans le but de donner un ordre de grandeur et de caractériser la population concernée, sans objectif d'exhaustivité.

Le tableau ci-dessous nous indique qu'il y a actuellement 2085 infirmières employées aux HUG et 968 aides-soignantes, soit un rapport d'environ d'une aide-soignante pour deux infirmières. Les aides-hospitalières ne sont que 7% du nombre total d'infirmières alors que les aides-soignantes représentent 46%. Les ASSC sont en très petit nombre, soit 14 personnes.

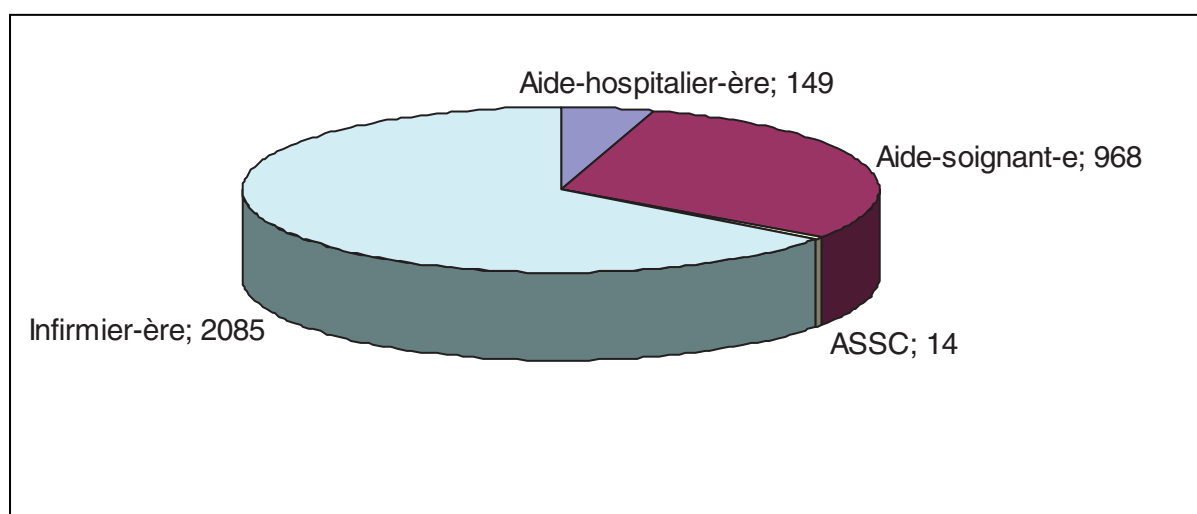


Figure 3 – Nombre de personnes par fonction (HUG – 2011)

Dans le cadre de la situation actuelle des aides-soignantes aux HUG, l'aspect salarial joue un rôle important ainsi que la dimension de l'équité de traitement par rapport à d'autres fonctions. Il a paru alors nécessaire de donner quelques informations tant sur les classes respectives des fonctions que sur les salaires en vigueur.

Ceci afin de pouvoir se référer à des données fiables<sup>4</sup> pour la compréhension de l'analyse. En effet, beaucoup d'affirmations erronées ont été entendues par rapport aux classes salariales de certaines fonctions, par exemple sur la classe salariale des transporteurs.

Nous pouvons constater sur le tableau ci-dessous que les fonctions sans qualifications, comme aide-hospitalière et agent de propreté et d'hygiène, sont principalement en classe 5 alors que les transporteurs, eux, sont en classe 6.

Les aides-soignantes, fonction nécessitant une qualification, sont principalement en classe 7; tout en précisant que 78.50 % des aides-soignantes des HUG sont en classe 7 et 21.50 % sont en classe 8.

A titre comparatif, les infirmières sont pour la grande majorité (99.6%) en classe 15.

<b>Fonction et classes salariales (HUG - 2011)</b>		
<b>Fonction</b>	<b>Echelle classe salariale</b>	<b>Classe salariale majoritaire</b>
Aide-hospitalier-ère	5 à 6	5
Aide-soignant-e	7 à 8	7
ASSC	10	10
Infirmier-ère	14 à 16	15
Agent de propreté et hygiène	4 à 7	5
Transporteur-trice	4 à 9	6

Figure 4 – Fonction et classes salariales (HUG – 2011)

Quant aux différences salariales que ces classes signifient, voici une illustration du salaire horaire et mensuel, à l'engagement et après dix ans de service.

<b>Fonction et classes salariales (HUG - 2011)</b>		<b>Salaire à l'engagement</b>		<b>Salaire après 10 ans</b>	
<b>Fonction</b>	<b>Classe salariale majoritaire</b>	<b>Horaire (13ème compris)</b>	<b>Mensuel</b>	<b>Horaire (13ème compris)</b>	<b>Mensuel</b>
Agent de propreté et hygiène	5	Frs. 26.35	Frs. 4'210.--	Frs. 32.35	Frs. 5'172.70
Transporteur-trice	6	Frs. 27.50	Frs. 4'400.--	Frs. 33.55	Frs. 5'367.80
Aide-hospitalier-ère	5	Frs. 26.35	Frs. 4'210.--	Frs. 32.35	Frs. 5'172.70
Aide-soignant-e	7	Frs. 28.75	Frs. 4'598.--	Frs. 35.10	Frs. 5'608.95
ASSC	10	Frs. 32.80	Frs. 5'247.20	Frs. 39.90	Frs. 6'378.35
Infirmier-ère	15	Frs. 40.90	Frs. 6'539.10	Frs. 49.70	Frs. 7'948.65

Figure 5 – Fonction, classe salariale, salaire (HUG – 2011)

Soit à l'engagement, une aide-soignante gagne 70% du salaire d'une infirmière, avec le même écart après 10 ans de service.

<sup>4</sup> Données fournies par le service des ressources humaines des HUG en date du 15.09.2011

## 5. Les attentes des syndicats

La lecture de ces différentes pièces a permis de mieux cerner la problématique, d'identifier les éléments critiques de la situation et de comprendre les attentes des syndicats. De manière non exhaustive et à titre indicatif, voici les principales attentes des syndicats :

1. Meilleure reconnaissance de la profession sur le plan salarial (augmentation de la classification salariale)
2. Amélioration de la complémentarité avec les infirmières
3. De la part des partenaires de travail: reconnaissance, meilleur respect et augmentation de la connaissance du travail effectué par les aides-soignantes (responsabilités, activités et limites).
4. Meilleure adéquation entre les compétences effectives, le travail réalisé et le cahier des charges
5. Mise en place d'une formation passerelle vers le métier d'ASSC

## 6. Les deux derniers cahiers des charges (1999 et 2009)

La comparaison et la mise en lumière des différences entre le cahier des charges (CDC<sup>5</sup>) des aides-soignantes de 1999 et celui de 2009 sont articulées autour des éléments supplémentaires qu'il y a dans le CDC de 2009. Tous les changements sont entourés en rouge dans le CDC de 2009 et chacun est marqué d'un numéro de référence afin de pouvoir faire l'analyse point par point.

### 6.1 Le cahier des charges de l'aide-soignante de 1999

Ci-dessous est présenté le cahier des charges de l'aide-soignante datant de 1999. Il est visiblement la base de la version de 2009. C'est pour cette raison que le cahier des charges n'est pas commenté.

---

<sup>5</sup> Dans tout le rapport, le cahier des charges est souvent désigné par l'abréviation CDC

## 1. POSTE

- 1.0. **NUMERO :**  
(centre d'activité selon comptabilité analytique)
- 1.1. **DENOMINATION DE LA FONCTION :** Aide-soignante et aide-hospitalière (\*)  
(titre SEF)
- 1.2. **BUT DE LA FONCTION :**  
  
Sous la responsabilité de l'infirmière et en collaboration avec l'équipe soignante, participer à la prise en charge des patients dans les domaines suivants :
- soutien et suppléance du patient dans les activités de la vie quotidienne
  - accompagnement du patient et de l'entourage dans des situations de soin et de fin de vie
  - activités de réadaptation, de maintien et de promotion de la santé, de prévention des maladies et accidents
  - tâches hôtelières, ménagères et de maintenance en lien avec l'environnement du patient.
- 1.3. **CODE SEF :**
- 1.4. **CLASSE DE FONCTION :** 5, classe finale de l'aide-hospitalière  
7, classe finale de l'aide-soignante
- 1.5. **TAUX D'ACTIVITE :** 100 % ou temps partiel

## 2. POSITION FONCTIONNELLE DU POSTE

- 2.0. **DIRECTION GENERALE :**
- 2.1. **DEPARTEMENT :** médical
- 2.2. **DIVISION, CLINIQUE, INSTITUT, CENTRE :** Soins infirmiers
- 2.3. **SECTION, ATELIER, CENTRALE :**
- 2.4. **UNITE :** Unité / secteur de soins

### 3. POSITION HIERARCHIQUE DU POSTE

- 3.0. EST SUBORDONNE A : Infirmier(ière) Responsable d'unité / de secteur
- 3.1. A SOUS SES ORDRES DIRECTS : —
- 3.2. EST LIE FONCTIONNELLEMENT A :
- aux infirmiers(ières) de l'unité / du secteur
  - étudiant(e)s infirmiers(ières) et aides-soignant(e)s
  - corps médical
  - autres professionnel(le)s de la santé
  - transporteurs soins
  - personnel d'intendance et de maintenance
- 3.3. NOMBRE TOTAL DE PERSONNES OCCUPEES SUBORDONNEES :
- 3.4. NOMBRE TOTAL DE POSTES SUBORDONNES :  
(directs et indirects)

### 4. EXIGENCES

- L'aide-soignante est une professionnelle de la santé qui travaille sous la responsabilité de l'infirmière et en collaboration avec l'équipe soignante.
- L'aide-soignante est au service du patient et offre des prestations individualisées répondant aux besoins des patients, quel que soit leur âge ou leur état de santé.

### 5. ACTIVITES / RESPONSABILITES

#### 5.1. ACTIVITES

L'aide-soignante travaille sous la responsabilité d'une infirmière diplômée qui lui délègue des tâches précises en fonction de l'état du patient ; et en tenant compte de son niveau de compétence.

L'aide soignante effectue, seule ou en assistant l'infirmière, des soins :

- Concernant le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne :

- des soins d'hygiène et de confort

- Effectuer :
  - toilette, bain, douche, shampoing
  - soins de bouche, des ongles, soins esthétiques
  - frictions, massages (prévention d'escarres), etc.
- Faire le lit et changer la literie
- Vêtir et dévêtir le patient

➤ des soins liés à la mobilisation et l'installation du patient

- Lever, coucher le patient
- L'installer dans le lit, le fauteuil
- Le changer de position
- L'accompagner dans les déplacements, promenades
- Participer à la rééducation de la marche
- Aider à l'installation du matériel de soins et de surveillance

➤ des soins liés à l'alimentation du patient

- Installer le patient pour le repas
- Participer à la distribution des repas réguliers et fractionnés
- Préparer et distribuer les boissons et collations
- Assister le patient dans ses repas et le stimuler à respecter le régime et l'hydratation prescrits
- Collaborer à l'évaluation de l'alimentation et l'hydratation adaptées au patient
- Quantifier la prise alimentaire et hydrique

➤ des soins liés à l'élimination

- Donner et retirer le vase, l'urinal
- Changer les couches de protection
- Récouter les urines, les selles
- Mesurer les urines.

■ Concernant l'accompagnement du patient et de son entourage

- Participer à l'accueil du patient et à l'information utile à son séjour.
- Aider le patient à garder le contact avec son entourage et sa famille (accès au téléphone, visites, etc.).
- Initier et proposer au patient des activités permettant d'occuper son temps et d'animer ses journées.
- Contribuer aux soins relationnels et de confort aux patients en fin de vie.

■ Concernant les activités de réadaptation, de maintien et promotion de la santé, de prévention des maladies et accidents

- Participer aux mesures visant à assurer la sécurité du patient et la prévention d'accident ou de complications (chutes, escarres, infections, etc.).
- Transmettre à l'infirmière toutes les observations relatives à des changements dans l'état du patient et de son comportement.
- Participer aux mesures de rééducation (marche, réalimentation, etc.).
- Participer à l'information et l'enseignement du patient.

■ Concernant les tâches hôtelières, ménagères et de maintenance

- Assurer l'entretien de l'environnement direct du patient
  - préparer la chambre
  - inventorier, ranger les affaires personnelles du patient
  - nettoyer, entretenir journalièrement sa table de nuit, son armoire personnelle.
- Nettoyer, décontaminer, désinfecter, ranger le matériel de soins, les instruments et les appareils médicaux.
- Prendre soin du matériel et des équipements et signaler à l'infirmière responsable d'unité toute défectuosité.
- Commander, contrôler, ranger le linge, les produits d'entretien et les denrées alimentaires.

**5.2. RESPONSABILITES :**

- Offrir au patient des prestations individualisées, en respectant ses valeurs, culture et croyances et en promouvant ses ressources et son autonomie.
- Exécuter les tâches déléguées en respectant les directives en vigueur et les principes de sécurité, d'efficacité, de confort et d'économie.
- Participer activement au travail en équipe et à l'atteinte des objectifs pour le patient.
- Collaborer dans le cadre de ses activités avec les autres professionnels de la santé.
- Proposer des améliorations dans le cadre de ses activités.
- Organiser son travail en fonction des tâches qui lui sont déléguées et des priorités.
- Transmettre à l'infirmière les observations, incidents concernant le patient.
- Intégrer dans son travail les mesures visant à protéger sa propre santé en utilisant les moyens à disposition (protection du dos, de l'infection, etc.).
- Respecter les directives en vigueur dans la maintenance, l'entretien, le nettoyage, la désinfection du matériel et l'évacuation des déchets.
- Participer à l'encadrement du nouveau personnel auxiliaire.
- Respecter les limites de ses compétences, ainsi que les droits et devoirs inhérents à sa fonction.
- Actualiser et approfondir ses connaissances en participant à des colloques et programmes de formation.

**5.3. ACTIVITES OCCASIONNELLES ET ACCESSOIRES :**

- Participer à l'essai et à l'évaluation du nouveau matériel, produits ou appareils.
- Participer aux inventaires annuels.
- Participer à des groupes de travail.

## 6. DELEGATION DE COMPETENCES

### 6.0. DECISIONS PRISES PAR LE TITULAIRE :

Prend les décisions nécessaires à partir des activités qui lui sont déléguées dans le cadre des directives émises.

### 6.1. DELEGATION DE POUVOIRS RECUE :

- commande de linge
- commande de produits alimentaires
- commande de produits d'entretien

### 6.2. DOCUMENTS A VISER : —

### 6.3. DOCUMENTS A SIGNER : —

## 7. INTERIM

### 7.0. NOM DE LA FONCTION SUPPLEANTE EN CAS D'ABSENCE :

Aide-soignante, aide-hospitalière

### 7.1. NOM DE LA FONCTION A SUPPLEER EN CAS D'ABSENCE :

Aide-soignante, aide-hospitalière

LA DIRECTION GENERALE SE RESERVE LE DROIT DE MODIFIER EN TOUT TEMPS LE PRESENT CAHIER DES CHARGES.

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR : 1<sup>er</sup> juillet 1999

SIGNATURES ET DATE :



A. LAUBSCHER  
Directeur des soins infirmiers HUG




J.-P. SOLLBERGER  
Directeur des ressources humaines HUG

DISTRIBUTION : 1 copie à l'intéressé  
1 copie au responsable de l'intéressé  
Original à classer

## 6.2 Le cahier des charges d'aide-soignante de 2009

Le cahier des charges d'aide-soignante 2009 est la dernière version, et c'est celui qui est actuellement en vigueur aux HUG.

<b>CAHIER DES CHARGES</b>	
<b>1. POSTE</b>	
1.0.	NUMERO : (Centre d'activité selon comptabilité analytique) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>
1.1.	DENOMINATION DE LA FONCTION : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Aide-soignante<sup>1</sup></span> (titre SEF)
1.2.	BUT DE LA FONCTION : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> <p>Sous la responsabilité de l'infirmière et en collaboration avec l'équipe soignante, participer à la prise en charge des patients, <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">dans un contexte évolutif et sur délégation</span>, dans les domaines suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">établissement d'une relation aidante, de confiance et sécurisante avec le patient</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span></li><li>- soutien et suppléance du patient dans les activités de la vie quotidienne</li><li>- accompagnement du patient et de l'entourage dans des situations de soin et de fin de vie</li><li>- activités de réadaptation, de maintien et de promotion de la santé, de prévention des maladies et accidents</li><li>- <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">participation au processus de soins</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</span></li><li>- tâches hôtelières, ménagères et de maintenance en lien avec l'environnement du patient.</li></ul>
1.3.	CODE SEF:
1.4.	CLASSE DE FONCTION: selon classification SEF
1.5.	TAUX D'ACTIVITE: 100 % ou temps partiel

## 2. POSITION FONCTIONNELLE DU POSTE

- 2.0. DIRECTION GENERALE :
- 2.1. DEPARTEMENT: médical
- 2.2. DIVISION, CLINIQUE, INSTITUT, CENTRE: Soins infirmiers
- 2.3. SECTION, ATELIER, CENTRALE :
- 2.4. UNITE : Unité / secteur de soins

<sup>1</sup> S'entend aussi au masculin, ainsi que pour toutes les autres dénominations

## 3. POSITION HIERARCHIQUE DU POSTE

- 3.0. EST LIE HIERARCHIQUEMENT A: Infirmier(ière) Responsable d'unité / de secteur
- 3.1. A SOUS SES ORDRES DIRECTS: --
- 3.2. EST LIE FONCTIONNELLEMENT A :
- Infirmiers(ières) de l'unité / du secteur
  - étudiant(e)s infirmiers(ières) et aides-soignant(e)s
  - corps médical
  - autres professionnel(le)s de la santé
  - transporteurs soins
  - personnel d'intendance et de maintenance.
- 3.3. NOMBRE DE PERSONNES SUBORDONNEES : --

5

## 4. VALEURS-CLES

L'aide-soignante est une personne qualifiée dans le domaine de la santé qui travaille sous la responsabilité de l'infirmière et en collaboration avec l'équipe soignante. Dans le cadre de ses compétences, l'aide-soignante est apte à prendre en charge certaines activités d'une manière autonome.

6

L'aide-soignante est au service du patient et offre des prestations individualisées répondant aux besoins des patients, quel que soit leur âge ou leur état de santé.

L'aide-soignante est responsable de ses actes et connaît les possibilités et limites de son rôle.

7

## 5. ACTIVITES / RESPONSABILITES

### 5.0. ACTIVITES

L'aide-soignante travaille sous la responsabilité d'une infirmière diplômée qui lui délègue des tâches précises en fonction de l'état du patient, en tenant compte de son niveau de compétence, de son niveau de formation, et en fonction de la spécificité du service. 8

L'aide-soignante effectue, seule ou en assistant l'infirmière, des soins dans les domaines suivants :

#### 5.0.1 Soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne

##### Soins d'hygiène et de confort

- Effectuer :
  - toilette, bain, douche, shampoing
  - soins de bouche, des ongles, soins esthétiques
  - ~~frictions, massages de confort~~
  - prise de la température, du poids et de la taille 9
- Faire le lit et changer la literie
- Vêtir et dévêtir le patient

### Soins liés à la mobilisation et l'installation du patient

- Lever, coucher le patient
- L'installer dans le lit, le fauteuil
- Le changer de position
- L'accompagner dans les déplacements, promenades
- Participer à la rééducation de la marche
- Aider à l'installation du matériel de soins et de surveillance
- Connaître et utiliser le nouveau matériel (matelas Nimbus) de même que le matériel de contention
- Connaître l'emploi des bas de contention et effectuer le bandage des jambes.

10

### Soins liés à l'alimentation du patient

- Installer le patient pour le repas
- Participer à la distribution des repas réguliers et fractionnés
- Préparer et distribuer les boissons et collations
- Assister le patient dans ses repas et le stimuler à respecter le régime et l'hydratation prescrits
- Collaborer à l'évaluation de l'alimentation et l'hydratation adaptées au patient
- Quantifier la prise alimentaire et hydrique et transmettre le résultat
- Observer l'apparition de troubles de la déglutition et alerter aussitôt l'infirmière
- Effectuer des commandes de repas par le système Winrest.

11

12

13

### Soins liés à l'élimination

- Participer à la tenue des bilans hydriques
- Observer les liquides biologiques (urines, selles et vomissements) au niveau de la quantité et de la qualité
- Etre appelée à faire des soins aux patients porteurs de sonde vésicale, changer les sacs collecteurs d'urine ainsi que les poches de colostomie en situation stable
- Mettre des suppositoires et administrer des microclyst en situation stable
- Procéder à la pose de condom
- Donner et retirer le vase, l'urinal
- Changer les couches de protection
- Récolter les urines, les selles
- Mesurer les urines et transmettre les résultats.

14

15

5.0.2

### Relations avec le malade

- Offrir une relation de soutien, de confiance et aidante en ayant une attitude respectueuse, chaleureuse et sécurisante
- Participer à la mobilisation des ressources du patient (son histoire de vie, ses habitudes, sa mémoire)
- Participer à l'identification des besoins bio-psycho-sociaux et spirituels du malade
- Encourager son expression en faisant preuve d'empathie.

16

5.0.3	<p><b><u>Accompagnement du patient et de son entourage</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à l'accueil du patient et de sa famille en fonction du contexte et de l'organisation des soins</li> <li>• Participer avec l'équipe pluridisciplinaire à la récolte des données et à l'élaboration du plan de soins</li> <li>• Effectuer avec l'infirmière la toilette mortuaire des patients décédés et participer à l'accompagnement des familles endeuillées.</li> </ul>	17
5.0.4	<p><b><u>Participation active au travail en équipe multidisciplinaire</u></b></p> <p>Communiquer ses observations lors des transmissions écrites et orales.</p>	18
5.0.5	<p><b><u>Activités de réadaptation, de maintien et de promotion de la santé</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer aux mesures visant à assurer la sécurité du patient et la prévention d'accident ou de complications (chutes, escarres, infections, etc.)</li> <li>• Transmettre à l'infirmière toutes les observations relatives à des changements dans l'état du patient et de son comportement</li> <li>• Participer aux mesures de rééducation (marche, réalimentation, etc.)</li> <li>• Participer à l'information et l'enseignement du patient</li> <li>• Participer aux actions de prévention menées par l'institution, connaître et appliquer les protocoles en vigueur.</li> </ul>	19
5.0.6	<p><b><u>Tâches hôtelières, ménagères et de maintenance</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer l'entretien de l'environnement direct du patient <ul style="list-style-type: none"> <li>- préparer la chambre</li> <li>- inventorier, ranger les affaires personnelles du patient</li> <li>- nettoyer, entretenir journallement sa table de nuit, son armoire personnelle</li> </ul> </li> <li>• Nettoyer, décontaminer, désinfecter, ranger le matériel de soins, les instruments et les appareils médicaux</li> <li>• Assurer la préparation et la décontamination des chambres d'isolement</li> <li>• Prendre soin du matériel et des équipements et signaler à l'infirmière responsable d'unité toute défectuosité ou faire les demandes de réparation</li> <li>• Assurer l'entretien du matériel de soins (matériel de contention, d'incontinence, chaises roulantes, etc.)</li> <li>• Vérifier et s'assurer du bon fonctionnement de certains types de matériel (sonnettes, lampes, TV, vidoirs, etc.)</li> <li>• Commander, contrôler, ranger le linge, les produits d'entretien et les denrées alimentaires.</li> </ul>	20
5.1.	<p><b>RESPONSABILITES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrir au patient des prestations individualisées, en respectant ses valeurs, culture et croyances et en promouvant ses ressources et son autonomie.</li> <li>• Exécuter les tâches déléguées en respectant les directives en vigueur et les principes de sécurité, d'efficacité, de confort et d'économie.</li> <li>• Participer activement au travail en équipe et à l'atteinte des objectifs pour le patient.</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborer dans le cadre de ses activités avec les autres professionnels de la santé.</li> <li>• Proposer des améliorations dans le cadre de ses activités.</li> <li>• Organiser son travail en fonction des tâches qui lui sont déléguées et des priorités.</li> <li>• Transmettre à l'infirmière les observations, incidents concernant le patient et les noter dans le dossier de soins.</li> <li>• Participer à la tenue des dossiers de soins informatisés.</li> <li>• Intégrer dans son travail les mesures visant à protéger sa propre santé en utilisant les moyens à disposition (protection du dos, de l'infection, etc.).</li> <li>• Respecter les directives en vigueur dans la maintenance, l'entretien, le nettoyage, la désinfection du matériel et l'évacuation des déchets.</li> <li>• Participer à l'encadrement du nouveau personnel auxiliaire et des stagiaires aides-soignantes.</li> <li>• Respecter les limites de ses compétences, ainsi que les droits et devoirs inhérents à sa fonction.</li> <li>• Actualiser et approfondir ses connaissances en participant à des colloques et programmes de formation et être responsable de son développement professionnel et du maintien de ses compétences.</li> <li>• Adopter une attitude adéquate et d'ouverture face à divers comportements que l'aide-soignante rencontrera dans le développement de sa fonction, permettant ainsi un bon climat de travail.</li> <li>• Effectuer certaines tâches administratives avec un support informatique.</li> <li>• Effectuer un inventaire des valeurs des patients et déposer celles-ci dans les lieux prévus.</li> </ul>	<b>21</b>
	<b>22</b>
	<b>23</b>
	<b>24</b>
	<b>25</b>
<p><b>5.2. ACTIVITES OCCASIONNELLES ET ACCESSOIRES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participer à l'essai et à l'évaluation du nouveau matériel, produits ou appareils.</li> <li>• Participer aux inventaires annuels.</li> <li>• Participer à des groupes de travail.</li> </ul>	

<b>6. DELEGATION DE COMPETENCES</b>	
<p><b>6.0. DECISIONS PRISES PAR LE TITULAIRE :</b></p> <p>L'aide-soignante prend les décisions nécessaires à partir des activités qui lui sont déléguées dans le cadre des directives émises.</p>	
<p><b>6.1. DELEGATION DE POUVOIRS REÇUE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- commande de linge</li> <li>- commande de produits alimentaires</li> <li>- commande de produits d'entretien</li> <li>- inventaire</li> <li>- bons de transport, de réparation et de commande</li> </ul>	<b>26</b>
<p><b>6.2. DOCUMENTS A VISER : --</b></p>	

6.3. DOCUMENTS A SIGNER : --

## 7. SUPPLEANCE

7.0. NOM DE LA FONCTION SUPPLEANTE EN CAS D'ABSENCE :

Aide-soignante, aide-hospitalière

7.1. NOM DE LA FONCTION A SUPPLEER EN CAS D'ABSENCE :

Aide-soignante, aide-hospitalière

LA HIERARCHIE, EN ACCORD AVEC LA DIRECTION GENERALE, SE RESERVE LE DROIT DE MODIFIER EN TOUT TEMPS LE PRESENT CAHIER DES CHARGES.

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR :

SIGNATURES :



A. LAUBSCHER  
Directeur des soins infirmiers



J. HERTZSCHUCH  
Directeur des ressources humaines

Collaborateur(trice)

Distribution :

1 copie à l'intéressé(e)

1 copie au responsable de l'intéressé(e)

Original à classer à la direction des ressources humaines

DS/AL/bm-Octobre2009

### **6.3 Analyse comparative des deux cahiers des charges (1999 et 2009)**

Comme mentionné précédemment, ce chapitre est articulé autour des différents changements mentionnés dans le CDC de 2009 et qui sont indiqués par des numéros de référence dans le chapitre 6.2.

#### ***Changement no 1 - Dénomination***

La dénomination de la fonction «aide-hospitalière» ne figure plus à côté de celle d'aide-soignante. Il n'y a plus un seul cahier des charges pour deux fonctions.

Ceci indique que ces fonctions ont été différenciées «officiellement» et qu'il n'y a plus uniquement la classe salariale<sup>6</sup> qui les distingue mais aussi le CDC.

#### ***Changement no 2 – Contexte et délégation***

Il est précisé que le travail est effectué «dans un contexte évolutif et sur délégation». Le contexte est évolutif bien sûr pour tous les métiers mais cela relève que les aides-soignantes sont amenées à s'adapter aussi régulièrement dans leurs pratiques.

Quant à la délégation, cela précise des conditions de travail particulières. La délégation nécessite une grande relation de confiance entre délégant et délégataire. Les aspects relevant du travail d'équipe, de la communication, du respect et de la connaissance du cahier des charges de l'aide-soignante par les délégants sont primordiaux.

Mettre en avant, dans le but de la fonction, l'élément critique de la délégation donne le cadre de référence pour la lecture du CDC en entier.

#### ***Changement no 3 – Relation patient***

Dans le but de la fonction (point 1.2), il a été ajouté en première position «établissement d'une relation aidante, de confiance et sécurisante avec le patient». D'après ce qui ressort des entretiens à l'unanimité, il s'agit d'une adaptation indispensable du CDC. Le rapprochement relationnel entre les aides-soignantes et les patients est une des grandes évolutions du métier, l'aide-soignante devenant l'interface principale du patient.

#### ***Changement no 4 – Participation aux soins***

La «participation au processus de soins» ajoutée au but de la fonction reflète bien aussi la tendance importante de l'évolution. En effet, les aides-soignantes sont de plus en plus impliquées dans les soins et intégrées à l'équipe soignante, tant auprès des patients que dans les colloques d'équipe où leur point de vue est attendu.

#### ***Changement no 5 - Qualification***

Ce point précise que l'aide-soignante est «une personne qualifiée». Ceci pour bien différencier les aides-hospitalières ayant une formation de sensibilisation très courte (3

---

<sup>6</sup> La classe finale de l'aide-hospitalière est la 5, et la classe finale de l'aide-soignante est 7

semaines) et non-qualifiante à la Croix Rouge, et les aides-soignantes au bénéfice d'une formation<sup>7</sup> cantonale (2 ans en cours d'emploi).

### ***Changement no 6 - Autonomie***

La notion d'autonomie apparaît ici pour ce métier sur certaines activités. Ce qui correspond tout à fait à la réalité telle qu'exprimée par les professionnels de la santé. La fonction évolue en partie dans ce sens, sans pour autant que les tâches d'exécution soient supprimées.

### ***Changement no 7 - Responsabilité***

S'il y a autonomie sur certaines activités, il est donc indispensable de préciser que «l'aide-soignante est responsable de ses actes et connaît les possibilités et limites de son rôle.».

### ***Changement no 8 – Formation et service***

Dans le domaine de la santé, il y a une très grande diversité des contextes de travail qui influencent énormément le degré de participation des aides-soignantes au processus de soins. Etre formé aux spécificités de chaque contexte est indispensable. Par exemple dans le département enfant et adolescent, les aides-soignantes peuvent encore très peu travailler directement avec les bébés ; dans d'autres services, il faut être formé au fonctionnement des machines (ex. dialyse)

La précision a donc été faite sur le fait que la délégation de l'infirmier-ère doit tenir compte tant du niveau de formation que des spécificités du service.

### ***Changement no 9 – Température, poids, taille***

Il a été ajouté une activité précise «prise de température, du poids et de la taille». Ce qui ne pose pas de problème visiblement. Par contre, la mesure de la pression artérielle n'est pas mentionnée et fait l'objet d'avis très partagés. Certains pensent les aides-soignantes pourraient tout à fait le faire, d'autres y sont tout à fait opposés.

### ***Changement no 10 - Matériel***

L'intégration de l'utilisation de nouveau matériel est notifiée, comme l'usage des matelas Nimbus ou le matériel de contention.

### ***Changement no 11 - Transmission***

La transmission des résultats est un virage important du métier. Les aides-soignantes sont les observatrices principales de l'état des patients et elles/ils jouent un rôle important dans le relais de l'information vers l'infirmière.

---

<sup>7</sup> Actuellement, cette formation n'est plus proposée. Il a une période de latence, la nouvelle formation n'étant pas encore mise en place.

### ***Changement no 12 - Observation***

Au moment des repas, ce sont aussi principalement les aides-soignantes qui sont présentes et qui doivent être attentives à la déglutition. Comme précédemment, ces informations doivent être transmises à l'infirmière.

### ***Changement no 13 - Winrest***

«Effectuer les commandes de repas par le système Winrest» est le changement le plus souvent cité et le plus apparent. Ce changement comporte deux aspects bien différents.

Le premier concerne l'introduction du logiciel, il est un peu celui qui symbolise l'introduction de l'informatique dans le quotidien des aides-soignantes. Avec la panoplie de difficultés classiques liées à l'introduction de l'informatique. Selon l'âge des personnes, cette nouveauté a occasionné un grand effort d'adaptation.

Le deuxième aspect n'apparaît pas explicitement. Derrière cette commande de repas, il y a l'introduction du menu à choix, qui est une nouvelle activité. Les aides-soignantes passent auprès des patients pour collecter leurs choix, les conseiller si nécessaire, et aussi veiller à ce que les choix des patients correspondent à leur régime, état de santé, etc.. Cette activité de l'avis de tous est chronophage et implique une nouvelle responsabilité par rapport au respect des régimes.

Ce changement n'est pas anodin et il a modifié l'organisation du travail.

### ***Changement no 14 - Elimination***

Une série d'activités de soins liés à l'élimination ont été ici ajoutées: observations, mesures, activité plus techniques comme le changement des sacs collecteurs d'urine. Il est précisé que ces tâches ne peuvent être faites que lorsque le patient est dans une situation stable.

### ***Changement no 15 - Transmission***

Idem que le changement no 11

### ***Changement no 16 – Relation avec le malade<sup>8</sup>***

« Les relations avec le malade » est le changement le plus emblématique de l'évolution du travail des aides-soignantes. L'organisation des unités de soins et la répartition du travail veut que l'infirmière soit beaucoup moins présente au lit du patient. Il en découle un transfert de l'activité relationnelle vers l'aide-soignante. Le métier s'est modifié et il est moins orienté uniquement sur les aspects de l'entretien et de l'hôtellerie.

Cette nouvelle donne demande des compétences différentes, si ce n'est qu'au niveau de l'observation, la communication, la capacité à établir un lien de confiance, et une vision plus large du patient et de ses besoins. Les connaissances doivent être plus étendues pour pouvoir informer le patient et sa famille, l'implication de l'aide-soignante augmente et la

---

<sup>8</sup> Appellation tirée du cahier des charges

responsabilité également. Les conséquences de cette évolution sur les collaboratrices sont décrites dans le chapitre concernant les résultats de l'enquête.

### ***Changement no 17 - Famille***

Les familles prennent une place importante dans le processus de soins. Les aides-soignantes sont de plus en plus confrontées aux attentes et aux questions des proches. Comme le patient, les familles sont plus informées, plus exigeantes, et souvent plus ingérentes. Comme dans le paragraphe précédent, cette évolution a un impact sur les compétences des aides-soignantes.

### ***Changement no 18 – Equipe multidisciplinaire***

La participation active au travail en équipe multidisciplinaire est exigée des aides-soignantes. Comme expliqué précédemment, elles sont le relais entre le patient et les infirmières. Elles doivent donc avoir des compétences d'observation et des capacités de communication suffisantes pour assurer une transmission pertinente.

### ***Changement no 19 - Prévention***

Au même titre que tous les professionnels de la santé, elles sont impliquées dans la prévention et l'application des protocoles.

### ***Changement no 20 - Entretien***

En plus de l'entretien de l'environnement direct du patient, il vient s'ajouter une activité conséquente. Il s'agit du nettoyage, de la décontamination et de la désinfection du matériel de soins, des instruments et des appareils médicaux, ainsi que l'entretien du matériel de soins. Avec les nouvelles technologies, mais aussi avec le vieillissement de la population, la quantité de ce matériel est de plus en plus importante. De plus, les problèmes liés à l'augmentation de germes résistants demandent un traitement du matériel respectant les nombreux protocoles spécifiques.

Enfin, le fait que la durée d'hospitalisation du patient a diminué a un effet direct sur la quantité de nettoyages à effectuer (plus de la même activité).

Selon les unités de soins, l'augmentation de la charge de travail due à ces nouvelles activités peut être importante.

### ***Changement no 21 - Transmission***

Idem que le changement no 11

### ***Changement no 22 - Encadrement***

L'encadrement des stagiaires aides-soignantes a fait l'objet, pour certaines, d'une formation spécifique. De nouveau, cette activité fait appel à des compétences d'observation, de communication, et comporte une dimension relationnelle importante.

### ***Changement no 23 – Développement professionnel***

Cette nouveauté souligne la nécessité de s'adapter continuellement aux nouvelles exigences par une mise à niveau régulière des compétences dans un environnement évoluant rapidement.

### ***Changement no 24 - Attitude***

Il ne s'agit pas ici d'une nouvelle activité mais d'une attitude à adopter qui souligne la contribution de l'aide-soignante au climat de travail de l'équipe. Confrontée à une multitude de situations tant relationnelles que culturelles, d'urgences, de groupe, de coopération, et bien d'autres, l'adéquation de l'attitude et l'ouverture face à cette diversité sont déterminantes.

### ***Changement no 25 et 26 - Administration***

L'emploi du temps chargé des infirmières a de nombreuses conséquences sur le métier d'aide-soignante. L'une d'elle est le transfert de certaines tâches administratives comme les inventaires des valeurs des patients, la rédaction de bon de transport, de réparation et de commande.

## **6.4 Constats sur les cahiers des charges**

En relevant les différences entre les deux cahiers des charges, nous pouvons remarquer que le CDC actuellement en vigueur intègre assez les changements énoncés par les professionnels de la santé lors de l'enquête. A part quelques éléments comme l'activité du choix des menus (cf. changement no 13) qui n'est pas directement mentionnée, il n'y a pas de changements majeurs de l'emploi du temps des aides-soignantes, pouvant concerner tous les services, qui ne figure dans le CDC actuel.

Bien sûr que le cahier des charges ne montre pas tous les changements liés à l'évolution des patients, ni ne dénombre toutes les activités pouvant être faites par une aide-soignante, il ne mentionne pas non plus les difficultés organisationnelles dans les équipes, par exemple. Mais là n'est pas le propos d'un cahier des charges. D'ailleurs, habituellement un cahier des charges reste relativement général par rapport aux tâches à effectuer afin qu'il puisse convenir à tous les types de contextes rencontrés et qu'il donne une latitude suffisante à chaque professionnel pour exercer son métier de manière appropriée à toutes les situations rencontrées. Hors, dans certains paragraphes, le CDC des aides-soignantes est actuellement plus proche d'une liste de tâches que d'un CDC.

Néanmoins, nous pouvons constater que le CDC actuel est relativement fidèle aux activités des aides-soignantes des HUG et a intégré les changements de cette dernière décennie.

Ce que ne montre pas un CDC, c'est l'augmentation de la charge de travail, la répétition plus fréquente de certaines tâches, ou la transformation des mentalités. Hors pour le métier d'aide-soignante aux HUG, les résultats de l'enquête confirment de manière évidente que les conditions de travail ne sont plus les mêmes qu'il y a dix ans.

Il y a surtout des transformations de l'essence même du métier qui ne sont pas perceptibles dans un CDC. Une écoute et une analyse de ce que disent les praticiens peuvent certainement donner plus d'indications sur l'évolution du métier d'aide-soignante.

## 7. Segmentation du contexte, critères et échantillon

Deux entretiens d'approfondissement de la problématique et de précision du contexte ont été réalisés avec la direction des ressources humaines, M.Hertzschuch, et avec la direction des soins, M.Laubscher. Le premier a donné des précisions sur le cadre général, l'état de situation de la formation, l'évolution de la dotation et les changements majeurs aux HUG. Quant à M.Laubscher, il s'est prononcé sur les mêmes sujets mais avec un point de vue plus pointu propre à la direction des soins. Avec ce dernier, six départements ont pu être identifiés comme représentatifs des contextes de travail typiques des aides-soignantes afin que des entretiens puissent être menés (cf. la liste des entretiens réalisés annexe no 1).

Il est nécessaire de mentionner que plus les services sont spécialisés, moins il y a d'aides-soignantes, et plus celles qui y travaillent s'occupent de l'entretien et du matériel.

Ces six départements choisis pour l'enquête peuvent être considérés comme représentatifs du travail des aides-soignantes aux HUG du point de vue du nombre. En effet, le total des aides-soignantes employées dans ces six services est de 542 personnes, soit plus de la moitié du nombre total des aides-soignantes employées aux HUG.

A ces six départements s'ajoute la contribution de six aides-soignantes proposées par les deux syndicats, le SIT et le SSP, et qui représentent d'autres unités de soins supplémentaires.

No	Département	Nombre approximatif de collaborateurs	Nombre approximatif d'aides-soignantes
1	Chirurgie (pour la chirurgie viscérale)	400	109
2	Neurosciences cliniques (Nucli)	308	53
3	Réadaptation et médecine palliative (Loex et Bellerive)	500	165
4	Médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie	280	75
5	Enfant et adolescent	600	60
6	Gynécologie et obstétrique	300	80
	<b>TOTAL</b>	<b>2388</b>	<b>542</b>

Figure 6 – Représentativité de l'échantillon

Les deux entrevues ont grandement contribué à compléter les variables à explorer auprès des professionnels de la santé et à la création du questionnaire pour les entretiens (cf. annexe no 2). De plus, l'accès aux personnes a été facilité afin que l'analyse puisse se faire rapidement.

Les critères de comparaison retenus sont les suivants :

0. Changements dans le contexte de travail (hôpital, services)	12. Autonomie et information
1. Evolution de la pénibilité de l'effort physique	13. Intérêt du travail
2. Evolution de la pénibilité par rapport à l'environnement	14. Respect du cahier des charges
3. Evolution de la pénibilité psychique	15. Collaboration avec les infirmier/ères
4. Evolution de la pénibilité par rapport aux horaires	16. Impact de l'arrivée des ASSC
5. Evolution de l'effort intellectuel	17. Pertinence de la classe salariale
6. Evolution des responsabilités	18. Rôle de l'AS
7. Besoin d'acquisition de nouvelles connaissances	19. Reconnaissance
8. Nouvelles activités ou activités supplémentaires	20. Satisfaction : conditions de travail, salariales et possibilités d'évolution
9. Evolution de l'importance des aspects techniques	21. Améliorations possibles
10. Evolution de la dotation	22. Les 3 thèmes les plus importants
11. Evolution de la charge de travail	

Figure 7 - Critères de comparaison

Dans chaque département, le/la responsable des soins, l'IRUS, une infirmière et deux aides-soignantes ont répondu aux questions. Le but étant de solliciter le métier concerné, aide-soignante, mais aussi les personnes exerçant un métier qui est en interaction avec les aides-soignantes et/ou qui connaissent bien les besoins des unités de soins. Ceci a permis d'objectiver un maximum les pratiques grâce aux différents « angles » de vue.

Les départements des HUG proposés par M.Laubscher sont les suivants :

No	Département	Responsable
1	Chirurgie (pour la chirurgie viscérale)	Odile Brulhart
2	Neurosciences cliniques (Nucli)	Pierre Brennenstuhl
3	Réadaptation et médecine palliative (Loex et Bellerive)	Mireille Balahoczki

4	Médecine interne, de réhabilitation et de gériatrie	Sandra Merkli Charline Couderc (adjointe)
5	Enfant et adolescent	Sylvie Loiseau
6	Gynécologie et obstétrique	Catherine Citherlet

Figure 8 – Départements retenus pour l'échantillon

Ces départements sont représentatifs des différents contextes dans lesquels les aides-soignantes travaillent, A noter qu'il y a peu d'aides-soignantes en psychiatrie, c'est pour cela que ce domaine de soins n'apparaît pas dans l'échantillon.

Les deux syndicats, le SIT et le SSP, ont proposé également six personnes ayant participé à l'enquête et provenant d'autres départements. A savoir :

No	Département/unité	Prénom - Nom	Fonction
1	Gastro-entérologie	Maria Hoffland	Aide-soignante
2	Hôpital de jour (Loex)	Judith Perez	Aide-soignante
3	Chirurgie cardio-vasculaire	Déborah-Michèle Bouyol	Aide-soignante
4	Endoscopie	José Antunes	Aide-soignant
5	Médecine interne (travail de nuit)	Isabelle Eynard	Aide-soignante
6	Médecine interne (travail de nuit)	Philippe Tavel	Aide-soignant

Figure 9 – Personnes proposées par les syndicats

Au total, trente-sept entretiens ont été réalisés (en y incluant ceux du directeur des ressources humaines et celui des soins) entre les mois de juin et de septembre 2011.

Il s'agit d'une enquête qui ne se veut ni exhaustive, ni quantitative; tous les départements n'ont pas été sollicités. Mais le but est de faire une démarche qualitative et représentative permettant de mettre en lumière les grandes tendances de l'évolution des pratiques des aides-soignantes et des changements significatifs des contextes de soins.

La priorité a été donnée à l'entretien direct afin que les personnes soient entendues et puissent témoigner de la grande diversité des situations et des contextes de travail dans lesquels les aides-soignantes sont amenées à exercer leur métier. Les collaborateurs/trices ont eu la possibilité d'exprimer individuellement et librement leur opinion, et ceci de manière confidentielle.

## 8. Résultats de l'enquête - Changements mentionnés par les soignants

Lors des entretiens avec les professionnels, les mêmes questions ont été posées aux responsables des soins, aux IRUS et aux aides-soignantes afin de pouvoir obtenir les tendances sur les différents sujets abordés. Afin que chacun puisse se positionner avec les mêmes références, à chaque question, cinq réponses à choix étaient proposées et la possibilité de faire des commentaires supplémentaires. Les entretiens se sont déroulés de manière individuelle et ils ont duré entre 30 et 40 minutes chacun.

Néanmoins, la première question se différencie des autres. C'est une question « ouverte » qui est libellée comme suit : « Ces dernières années, y a-t-il eu des changements dans le contexte de travail, service et hôpital? »

Le but de cette première question est de récolter l'information sans influencer la réponse. Et donc ainsi pouvoir recueillir, de manière spontanée, les changements les plus marquants pour chacun.

Dans l'ordre d'importance, voici les changements qui ont été mentionnés spontanément au moins quatre fois et au maximum dix-huit fois. Les autres changements ayant été cités moins de quatre fois ne figurent pas dans le tableau ci-dessous.

No	Changements	Spécifications	Fréquence de citation
1	<b>Informatique</b>	Consultation, saisie de données et validation des soins  Transmissions écrites  Dossier patient (DPI)  WinRest (logiciel pour la commande des repas)	<b>18</b>
2	<b>Les patients et les soins</b>	Plus de soins complexes, plus de pathologies complexes, les patients sont plus âgés, donc plus de démences, plus de poly pathologies, plus de chronicité, plus d'obésité, donc prise en charge différente demandant plus d'effort.	<b>10</b>
3	<b>Rythme de travail</b>	Avec le même effectif, deux fois plus de rotation des patients (diminution de la durée d'hospitalisation), donc augmentation de la charge de travail. De plus, moins de temps pour effectuer le travail.	<b>8</b>
4	<b>Nouvelles technologies</b>	Entretien, utilisation et mise en place de nouveau matériel : balances électroniques, passoirs électroniques, équipement des chambres, lits spéciaux (leviers), lit Nimbus, appareils liés aux handicaps, etc..	<b>6</b>

<b>5</b>	<b>Partenaires de soins</b>	L'aide-soignante a de plus en plus sa place dans les soins et il/elle est moins orienté(e) vers les nettoyages.	<b>4</b>
<b>6</b>	<b>Attentes des patients</b>	Les patients sont plus exigeants avec les aides-soignant-e-s, les gens sont plus informés, ils ont plus de demandes et veulent des réponses précises.	<b>4</b>

Figure 10 – Tableau de synthèse des changements mentionnés spontanément

Nous pouvons constater, sans surprise, que **l'informatique** est un grand bouleversement pour les aides-soignantes, puis de manière récurrente, que le **vieillessement de la population** et ses impacts sont immanquablement cités. Ces deux éléments conditionnent tout particulièrement leur travail et sont ressentis comme des changements importants.

En troisième position, **l'augmentation de la charge de travail** est mentionnée, principalement à cause de la diminution significative du nombre de jours d'hospitalisation. Certainement pour des raisons économiques mais aussi pour diverses raisons comme l'évolution des traitements qui permettent un rétablissement plus rapide, le développement de l'ambulatoire ou de la prise en charge à domicile. La diminution de la durée d'hospitalisation se répercute directement sur la charge de travail des aides-soignantes, car à chaque changement de patient, il faut changer les lits, les transporter, préparer le linge et faire les nettoyages. Donc, il y a une plus grande fréquence du même travail avec les conséquences en termes de pénibilité qui vont être décrites dans les questions suivantes (no 1,2,3).

Quant aux **nouvelles technologies**, il n'y en a pas énormément, néanmoins, les appareils sont plus nombreux et nécessitent d'être montés, démontés, nettoyés et désinfectés. Par rapport à la chambre, il faut pouvoir expliquer le fonctionnement de certains équipements au patient.

Les aides-soignantes deviennent de plus en plus des **partenaires des soins**, avec une demande plus importante au niveau de l'observation et de retransmission aux infirmiers/ères. Ils/elles sont les premiers interlocuteurs des patients et des familles. Ils/elles participent de plus en plus activement aux colloques.

Etant les plus proches des patients, ils/elles sont également confrontés aux **attentes de plus en plus élevées des patients** et de leur famille, par rapport aux soins, à l'information sur les pathologies, à tous les aspects hôteliers, entre autres.

## 9. Résultats de l'enquête - Les critères évalués

Le chapitre no 9 présente les résultats de chaque question/critère évalué. Il contient le tableau de synthèse afin de pouvoir apprécier directement les convergences ou les divergences avec des chiffres précis. Ce tableau est suivi d'un résumé explicatif des commentaires faits par les collaborateurs/trices ayant participé à l'enquête. Puis un histogramme donne la vue d'ensemble et indique les tendances.

### 9. 1 Evolution de la pénibilité de l'effort physique

Question 1	Quelle est l'évolution de la pénibilité de l'effort physique?					
Fonction	1.1 Beaucoup plus important	1.2 Plus important	1.3 D'importance égale	1.4 Moins important	1.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins		4	2			6
IRUS	1	1	3			5
Infirmier/ère		3	1			4
Aide-soignant/e	7	8	2			17
Autre		2	1			3
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 11 – Tableau des chiffres sur l'effort physique

La tendance à la hausse de l'effort physique est nettement marquée comme l'indique les résultats ci-dessus. Les raisons de cette augmentation de l'effort physique sont les suivantes :

- 1) Vieillesse de la population et les patients sont de plus en plus dépendants, voire complètement dépendants. Il y a plus de nursing dans les AVQ et plus de travail sur le plan relationnel (problème cognitif, comportement).
- 2) Il y a aussi une augmentation du poids des patients, et très souvent il faut pousser les lits en plus des manipulations habituelles du patient.
- 3) La nouvelle approche thérapeutique demande de lever plus souvent les personnes sans pour autant avoir plus de personnel.
- 4) Bien que les moyens auxiliaires aient évolué, il y a plus de charge de travail et plus de stress. Par manque de personnel, les manipulations se font souvent seule.
- 5) Il y a plus de nettoyages.

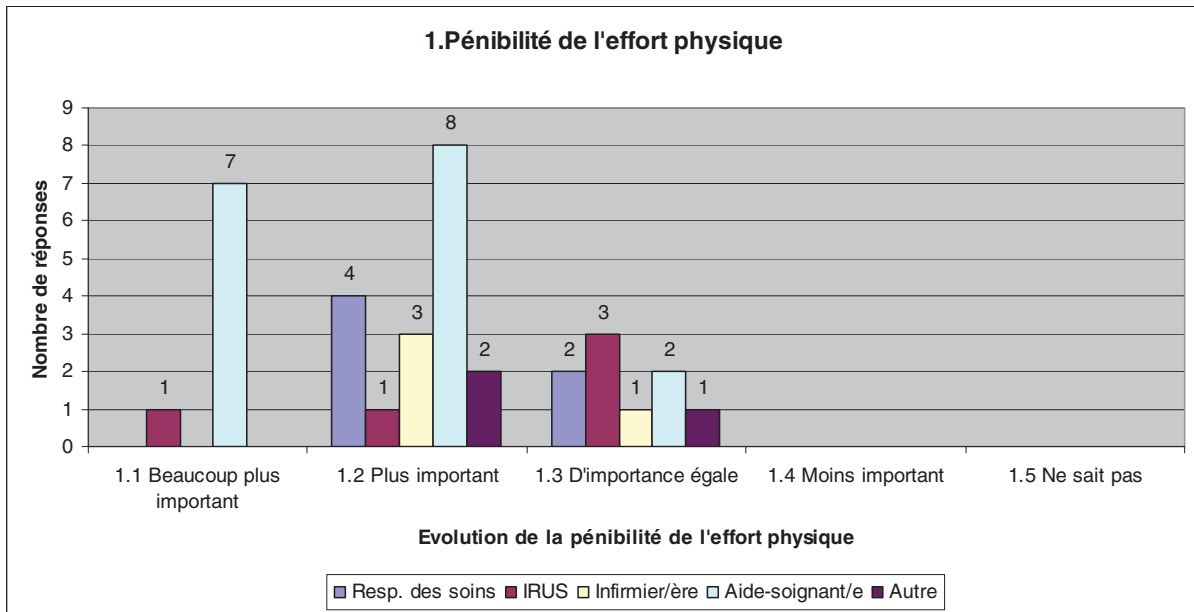


Figure 12 – Histogramme sur l'effort physique

Nous pouvons constater que l'augmentation de l'effort physique est reconnue par le plus grand nombre, principalement du côté des aides-soignantes. Bien que les IRUS soient les moins nombreux à le relever.

## 9.2 Evolution de la pénibilité de l'environnement

Question 2	Quelle est l'évolution de la pénibilité par rapport à l'environnement?					
Fonction	2.1 Beaucoup plus pénible	2.2 Plus pénible	2.3 Sans changement significatif	2.4 Moins pénible	2.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins		1	5			6
IRUS		1	3	1		5
Infirmier/ère		2	1	1		4
Aide-soignant/e	2		5	3		17
Autre		2			1	3
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 13 – Tableau des chiffres sur la pénibilité de l'environnement

L'augmentation de la pénibilité due à l'environnement est perçue de manière moins évidente. Elle dépend, entre autres, du contexte de l'unité de soins elle-même.

Les causes citées par rapport aux difficultés liées à l'environnement de travail sont les suivantes :

- 1) La décontamination et la désinfection du matériel se fait avec de grosses machines faisant du bruit dans certaines unités.
- 2) Il y a l'inhalation des produits, qui sont de plus en plus nombreux et forts.
- 3) De manière générale, les locaux ne sont pas suffisamment adaptés aux soins (température, dimension des chambres, des toilettes et des portes)
- 4) Surcharge du nombre de patients dans une chambre (7 à 8 patients)
- 5) Agitation générale plus importante (mouvements, téléphones,..)

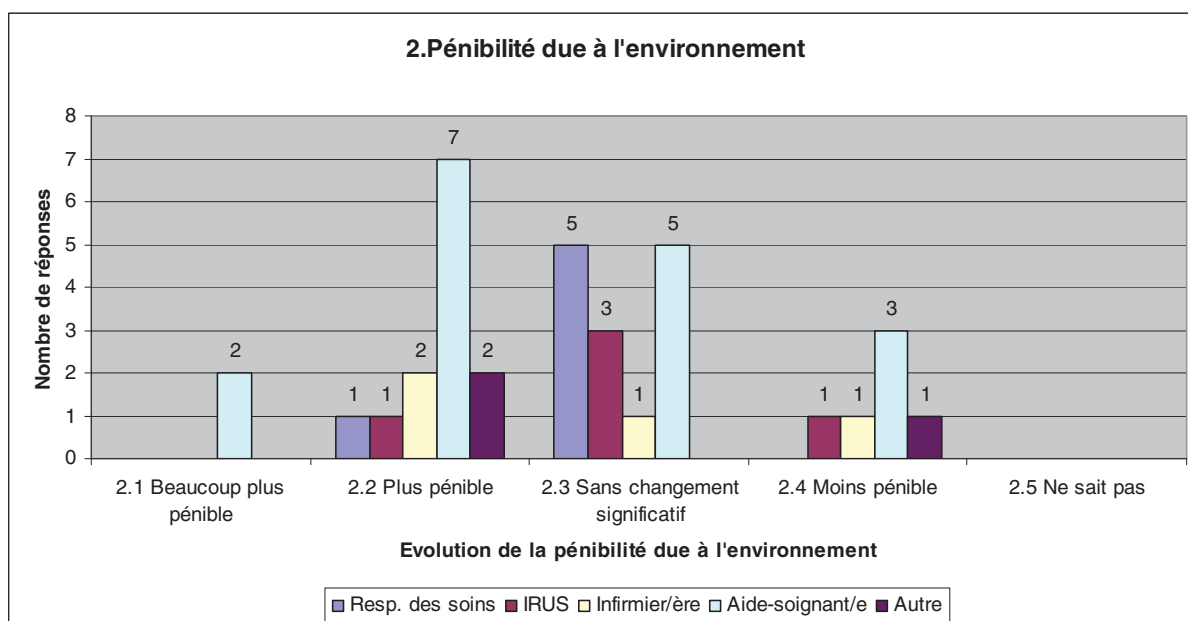


Figure 14 – Histogramme sur la pénibilité de l'environnement

La majorité des cadres ne pensent pas qu'il y ait une péjoration des conditions de travail due à l'environnement ; et les aides-soignantes sont loin d'être unanimes sur la question. D'ailleurs, un certain nombre de personnes, toutes catégories confondues, relève quelques améliorations (climatisation, appareils, nouveaux bâtiments).

### 9.3 Evolution de la pénibilité psychique

Question 3	Quelle est l'évolution de la pénibilité psychique?					
Fonction	3.1 Beaucoup plus pénible	3.2 Plus pénible	3.3 Sans changement significatif	3.4 Moins pénible	3.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins			3	2	1	6
IRUS	2	2			1	5
Infirmier/ère		4				4
Aide-soignant/e	4	12		1		17
Autre		1		1	1	3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 15 – Tableau des chiffres sur la pénibilité psychique

Une grande majorité constate une augmentation de la pénibilité psychique, toutes catégories confondues. Les raisons de la charge psychologique sont nombreuses et se cumulent :

- 1) Plus de décès (population plus âgée)
- 1) Grande proximité avec les patients et les familles, plus sollicitées et plus impliquées.
- 2) Plus de contacts avec des personnes venant d'autres pays, d'autres cultures et demandant un effort d'adaptation.
- 3) Plus de problèmes sociaux (ex. toxicomanie)
- 4) Plus d'agressivité et de violence de la part des patients (troubles cognitifs et comportementaux) et des familles (attentes et attitudes)
- 5) Plus d'activités au même temps

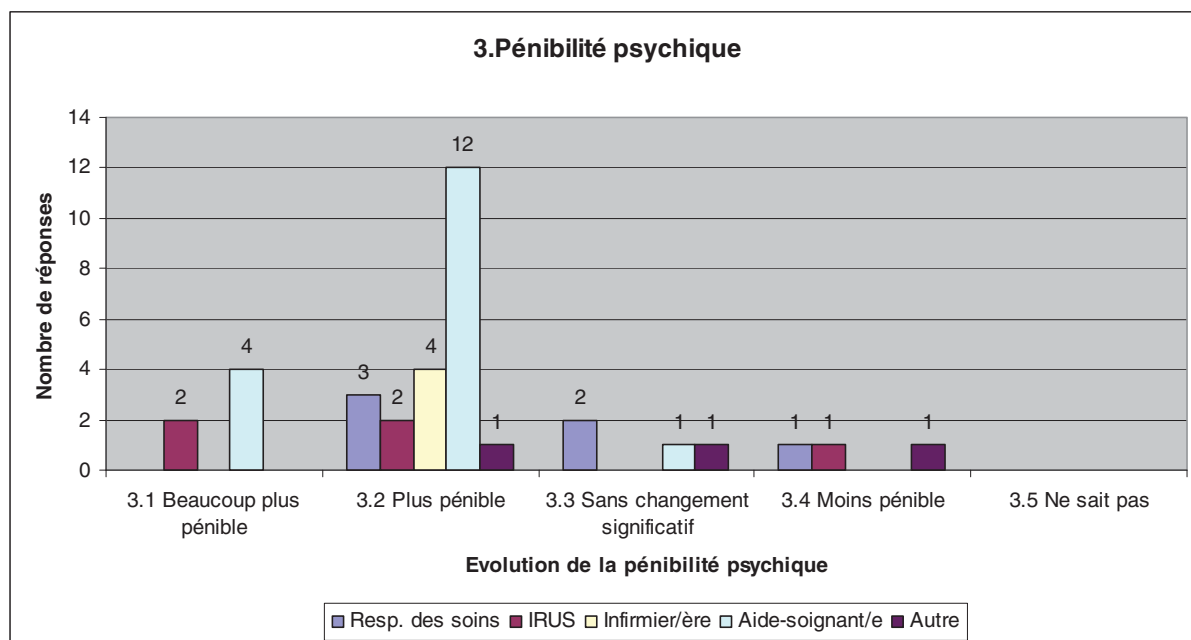


Figure 16 – Histogramme sur la pénibilité psychique

De par toutes les raisons mentionnées précédemment, la fatigue psychique est une réalité pour une grande majorité d'entre eux (28 personnes sur 35). Elle est tout particulièrement évoquée par les intéressées, c'est-à-dire les aides-soignantes (16 aides-soignantes sur un nombre de cette catégorie professionnelle de 17).

#### 9.4 Evolution de la pénibilité due aux horaires

Question 4	Quelle est l'évolution de la pénibilité due aux horaires?					Check
Fonction	4.1 Beaucoup plus pénible	4.2 Plus pénible	4.3 Sans changement significatif	4.4 Moins pénible	4.5 Ne sait pas	
Resp. des soins	1	1	3	1		6
IRUS			2	3		5
Infirmier/ère			4			4
Aide-soignant/e	1		3	10	3	17
Autre			2		1	3
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 17 – Tableau des chiffres sur la pénibilité due aux horaires

Cette question dépend beaucoup de l'unité dans laquelle les collaborateurs/trices travaillent. Dans certains cas, il n'y a jamais eu d'horaires coupés<sup>9</sup>, dans d'autres ils ont été supprimés partiellement ou complètement; mais dans certaines unités, il y en a toujours eu, voire il y en a de plus en plus. Mais une distinction est à faire, il y a les petits et les grands horaires coupés.

Les horaires coupés constituent un problème reconnu par tous et la pénibilité associée à ce type d'horaires est évidente. D'autant plus qu'il y a un éloignement en constante progression entre le lieu de travail et l'habitat.

<sup>9</sup> Définition des horaires coupés : plus d'une heure de pause.

Par ailleurs, la pénibilité est particulièrement ressentie lors que ces horaires se cumulent avec d'autres efforts demandés: par exemple, les changements d'horaires inopinés, ou lorsque les remplacements pour cause de maladie ne sont pas assurés, ou qu'il y a plusieurs nuits d'affilée.

Les causes de ces horaires coupés n'ont pas été commentées de manière récurrente. Mais ces horaires perdurent visiblement pour des questions organisationnelles et économiques.

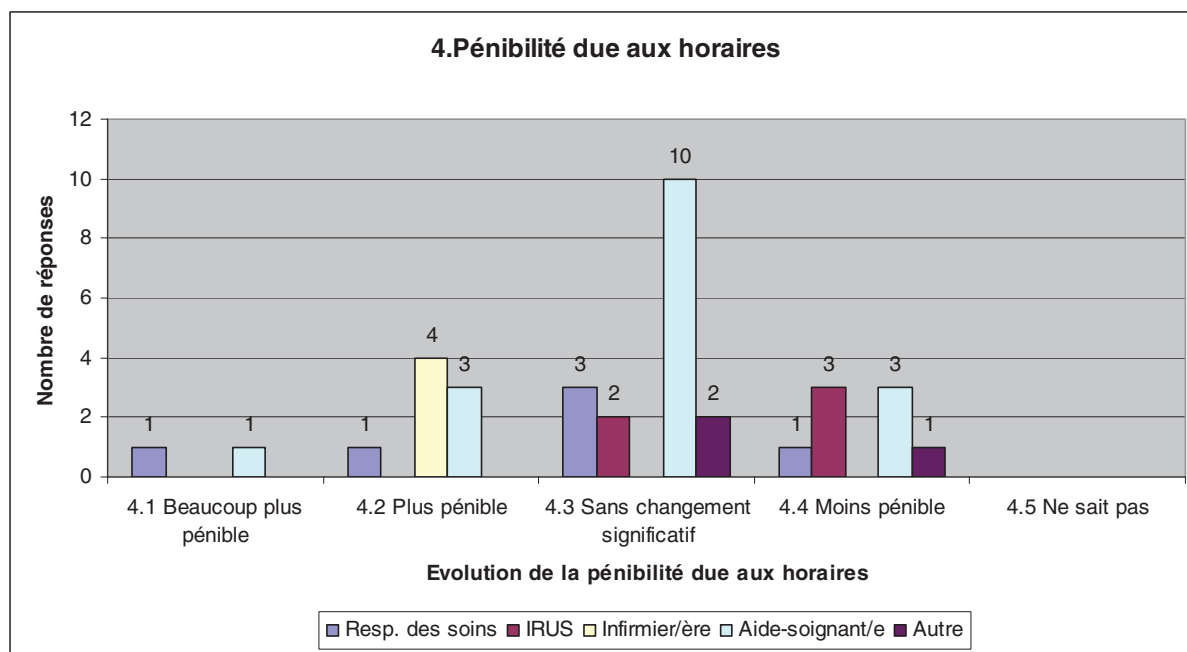


Figure 18 – Histogramme sur la pénibilité due aux horaires

Il est à relever que la majorité (25 personnes sur 35) n'a pas eu de changements voire a une situation qui s'est améliorée par rapport aux horaires.

## 9.5 Evolution des efforts intellectuels

Question 5	Quelle est l'évolution des efforts intellectuels?					
Fonction	5.1 Beaucoup plus importants	5.2 Plus importants	5.3 D'importance égale	5.4 Moins importants	5.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins		4	2			6
IRUS	1	4				5
Infirmier/ère	1	2	1			4
Aide-soignant/e	3	11	3			17
Autre		1	2			3
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 19 – Tableau des chiffres sur les efforts intellectuels

Les causes de ces efforts intellectuels considérés comme majoritairement plus importants et beaucoup plus importants sont multiples et se rapportent aux nombreux changements évoqués précédemment.

Il s'agit principalement de l'implication croissante des aides-soignantes dans le processus de soins, il y a de moins en moins «d'exécution simple», ce qui demande des efforts supplémentaires de réflexion et de précision.

Il leur est demandé plus d'observation, plus d'analyse, plus de participation dans les colloques multidisciplinaires et plus de communication tant orale et qu'écrite sur ces trois aspects. La responsabilité s'en trouve modifiée.

L'informatique, au niveau technique, constitue aussi un obstacle à surmonter, tout comme la maîtrise du français pour un certain nombre.

De surcroît, ce contact plus direct et plus intense avec les patients et les familles exige d'elles d'être plus informées et d'avoir plus de capacité d'adaptation.

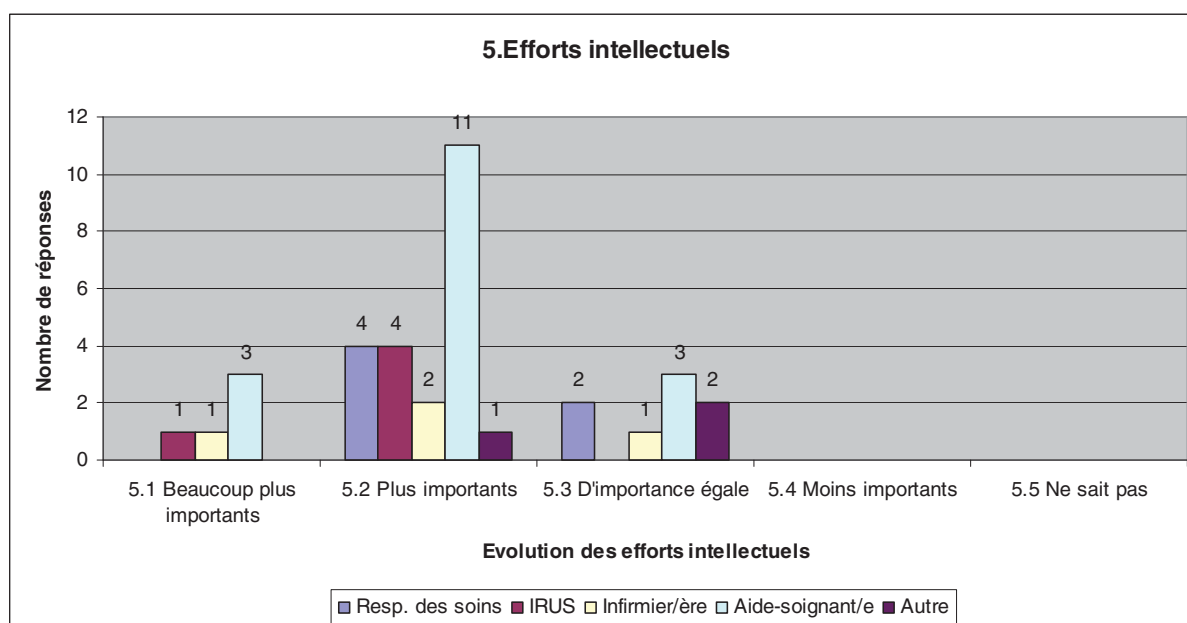


Figure 20 – Histogramme sur les efforts intellectuels

L'effort intellectuel supplémentaire est un constat qui est reconnu par la majorité. Les opinions se concentrent surtout sur le degré «plus important», et tout particulièrement par les aides-soignantes.

## 9.6 Evolution des responsabilités

Question 6	Quelle est l'évolution des responsabilités?					Check
Fonction	6.1 Beaucoup plus importantes	6.2 Plus importantes	6.3 D'importance égale	6.4 Moins importantes	6.5 Ne sait pas	
Resp. des soins		1		5		6
IRUS		2		3		5
Infirmier/ère	1	1		2		4
Aide-soignant/e	5	9		3		17
Autre		2		1		3
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 21 – Tableau des chiffres sur l'évolution des responsabilités

Il y a beaucoup de délégation des infirmières et les aides-soignantes sont souvent seules. Elles se sentent plus responsables des patients car elles passent plus de temps avec eux que les infirmières.

A ceci s'ajoute la multiplicité des tâches à effectuer qui est perçue par les intéressées comme une augmentation des responsabilités.

De manière générale, la tendance va vers une meilleure reconnaissance de leur rôle, par exemple à travers la transmission d'informations et en leur demandant de plus en plus leur avis. Cela peut être perçu comme une augmentation de responsabilité.

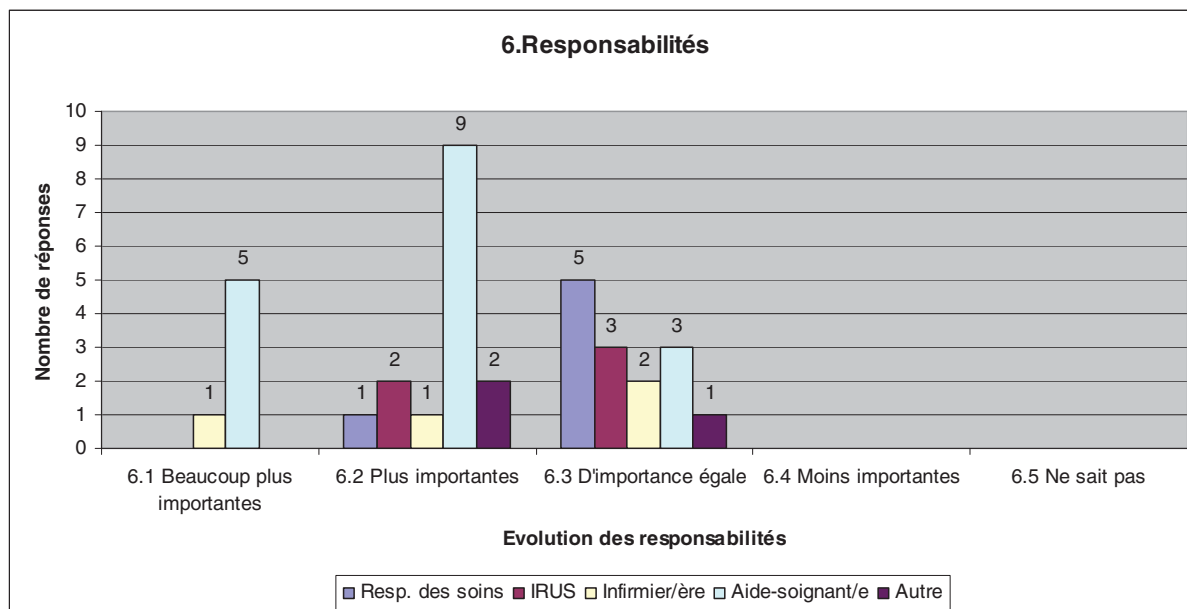


Figure 22 – Histogramme sur l'évolution des responsabilités

Cette question divise. Pour certains, notamment les responsables des soins, l'effort intellectuel peut être plus élevé mais n'impliquant par forcément plus de responsabilités. Les aides-soignantes sont plus nombreuses à considérer l'évolution des responsabilités à la hausse, les autres professions sont plus partagées sur le sujet.

## 9.7 Acquisition de nouvelles connaissances

Question 7	Avez-vous dû acquérir de nouvelles connaissances pour continuer à faire votre travail?					Check
Fonction	7.1 Beaucoup de nouveautés	7.2 Quelques nouveautés	7.3 Sans changement significatif	7.4 Connaissances manquantes	7.5 Ne sait pas	
Resp. des soins	3	2	1			6
IRUS	1	3	1			5
Infirmier/ère	1	2	1			4
Aide-soignant/e	7	8	2			17
Autre		2	1			3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 23 – Tableau des chiffres sur l'acquisition de nouvelles connaissances

Comme dans tous les métiers, il y a un besoin d'acquisition de nouvelles connaissances pour pouvoir s'ajuster constamment aux besoins. Néanmoins quatre points sont systématiquement cités et paraissent avoir nécessité un effort particulier, voire des formations spécifiques.

- 1) L'informatique
- 2) Nouveaux appareils

- 3) Evolution des pathologies et des traitements (ex. démence, AVC)
- 4) Hygiène hospitalière

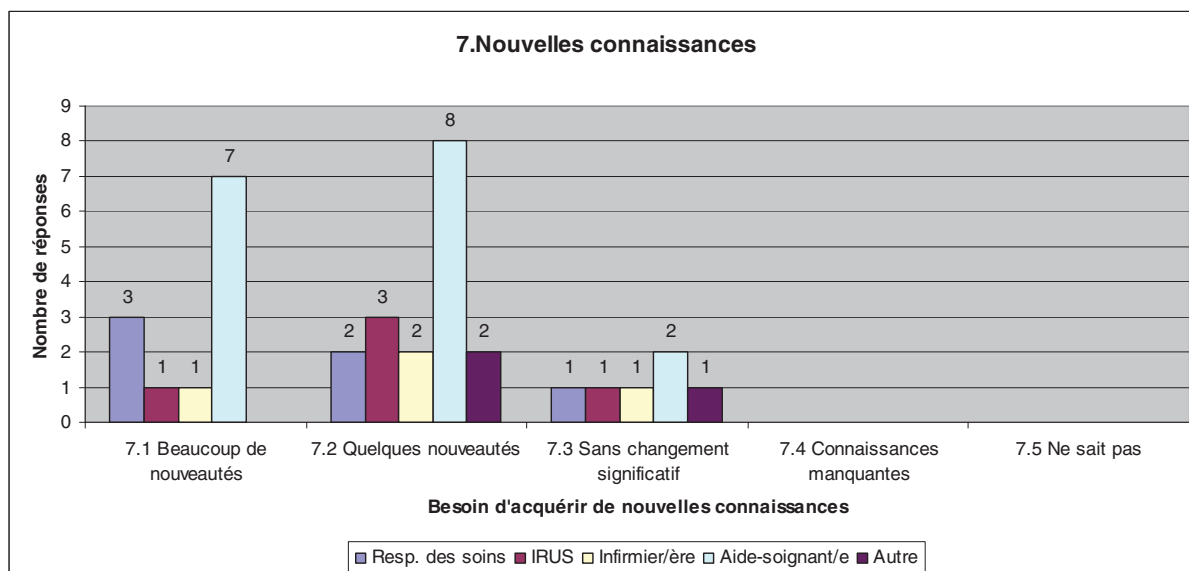


Figure 24 – Histogramme sur l’acquisition de nouvelles connaissances

Il y a concordance des avis sur le sujet et la grande majorité (82% des collaborateurs/trices interrogés-ées) s’accorde sur le fait qu’il y a un effort de mise à jour constant.

### 9.8 Nouvelles activités ou activité supplémentaire

Question 8	8. Faites-vous de nouvelles activités voire des activités supplémentaire?					
Fonction	8.1 Beaucoup d'activités nouvelles ou supplémentaires	8.2 Quelques d'activités nouvelles ou supplémentaires	8.3 Sans changement significatif	8.4 Activités en moins	8.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins			3	3		6
IRUS			5			5
Infirmier/ère	1		2	1		4
Aide-soignant/e	7		6	4		17
Autre	1		1	1		3
<b>TOTAL</b>		9	17	9	0	35

Figure 25 – Tableau des chiffres sur les nouvelles activités

La plupart des activités mentionnées par les collaborateurs/trices, par exemple l’informatique, les bilans hydro-urinaires, commandes de repas sur Winrest, l’encadrement des stagiaires, sont mentionnées comme étant nouvelles. Mais il est à relever que toutes les activités citées en tant que nouveautés figurent dans le cahier des charges de 2009.

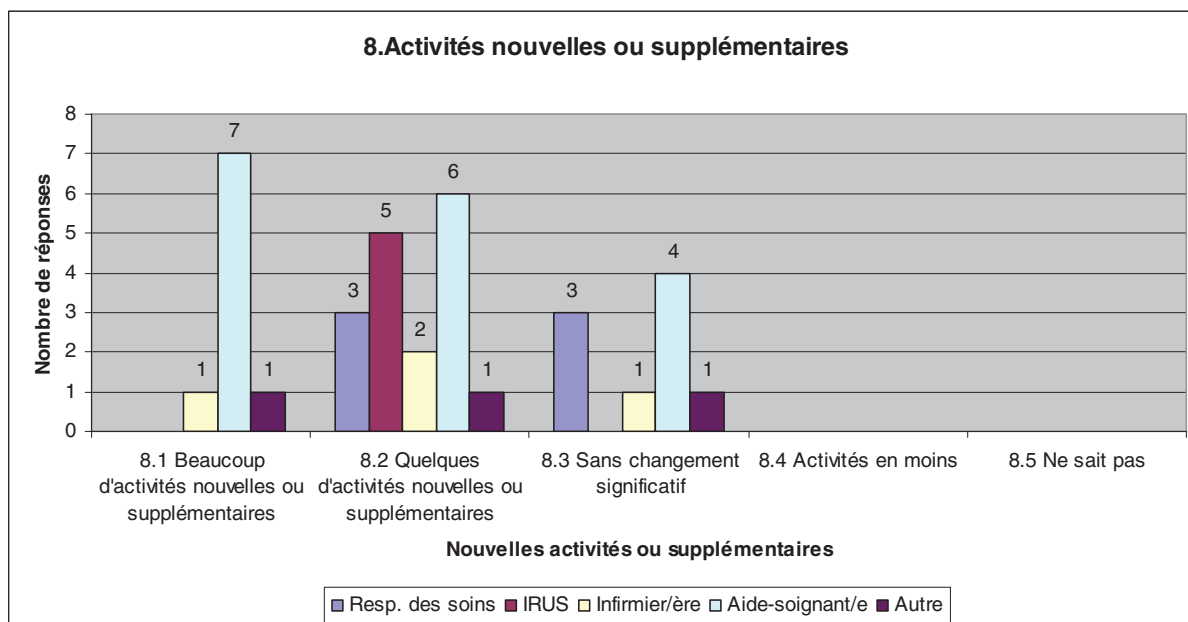


Figure 26 – Histogramme sur les nouvelles activités

Bien que les activités énoncées figurent déjà dans le cahier des charges de 2009, la plupart des personnes sondées estiment qu'il y a quelques nouvelles activités voire beaucoup plus. On peut en conclure que la question n'était pas posée de manière suffisamment précise et en lien avec le dernier cahier des charges. Les personnes ont visiblement répondu de manière générale.

### 9.9 Evolution de l'importance de la technique (règles – protocoles)

Question 9	9. Quelle est l'évolution de l'importance de la technique (règles-protocoles) dans les activités des aides-soignants/es?				
Fonction	9.1 Les aspects techniques sont de plus en plus importants	9.2 Sans changement significatif	9.3 Les aspects techniques sont de moins en moins importants	9.4 Ne sait pas	Check
Resp. des soins	1	5			6
IRUS	3	2			5
Infirmier/ère	3	1			4
Aide-soignant/e	13	4			17
Autre	2	1			3
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 27 – Tableau des chiffres sur les l'évolution de l'importance technique

Par aspects techniques, il est entendu toutes les règles et protocoles à respecter pour effectuer les activités de l'aide-soignante (par ex. protocole d'hygiène des mains pour les soignants et les patients, isolement, règles de décontamination). Pour un nombre important d'aides-soignantes (13 personnes sur 17), il n'y a pas de doute sur l'importance croissante des aspects techniques dans leur quotidien professionnel ; position confirmée par les infirmières. A contrario, les responsables des soins (5 personnes sur 6) pensent qu'il n'y a pas de changements significatifs.

Cette différence d'opinion pourrait être expliquée par le fait que ces aspects techniques sont intégrés dans les processus de soins et d'entretien, et mille fois appliqués pendant une journée. L'entretien du matériel et des locaux associé à l'apparition de nouveaux risques (germes, infections) nécessitent une grande rigueur et une systématique sans faille. Ils peuvent donc paraître à ceux qui les appliquent plus conséquents.

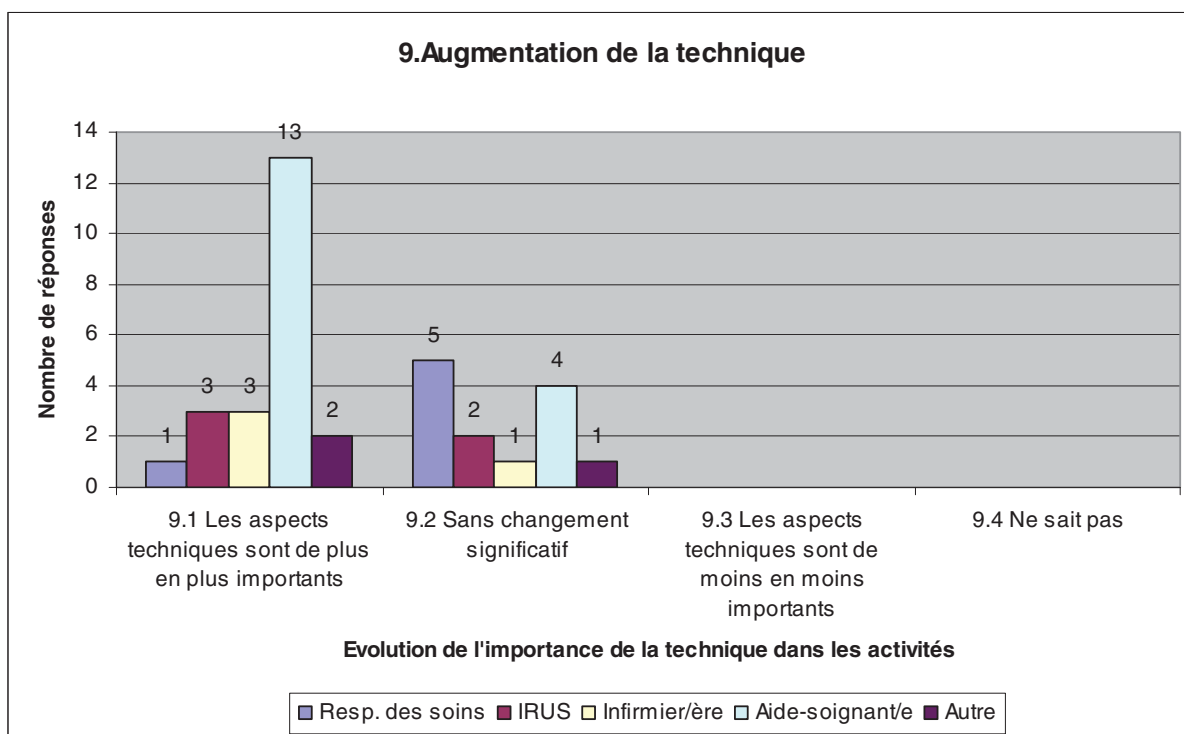


Figure 28 – Histogramme sur l'évolution de l'importance technique

Nous pouvons constater que la majorité (22 personnes sur 35) des IRUS, des infirmières et des aides-soignantes considèrent qu'il y a une augmentation de la technique dans leurs pratiques.

### 9.10 Changement dans les effectifs (augmentation/diminution de la dotation)

Question 10	10. Pensez-vous qu'il y a un changement dans les effectifs (augmentation/diminution de la dotation) dans les services ?				Check
Fonction	10.1 Plus de dotation pour la même charge de travail	10.2 Dotation stable	10.3 Moins de dotation pour la même charge de travail	10.4 Ne sait pas	
Resp. des soins		6			6
IRUS		4	1		5
Infirmier/ère			4		4
Aide-soignant/e		3		14	17
Autre		1		1	3
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Figure 29 – Tableau des chiffres sur l'augmentation/diminution de la dotation

La dotation est restée stable ces vingt dernières années affirment les cadres qui ont les chiffres en tête. Mais ce que disent les aides-soignantes et les infirmières, c'est qu'il y a plus de travail. Par exemple en maternité, le nombre des naissances a énormément augmenté.

La stabilité de la dotation est à pondérer avec un certain nombre d'éléments :

1. Suppression des lits mais autant d'entrées
2. Beaucoup d'intérimaires qui n'ont pas forcément la même efficacité qu'un membre stable de l'équipe
3. Limitation des remplacements lors des absences maladies

4. Limitation par les moyens financiers: par ex. six mois de délai de carence après la prise de la retraite

Ces éléments donnent le sentiment d'avoir moins de dotation.

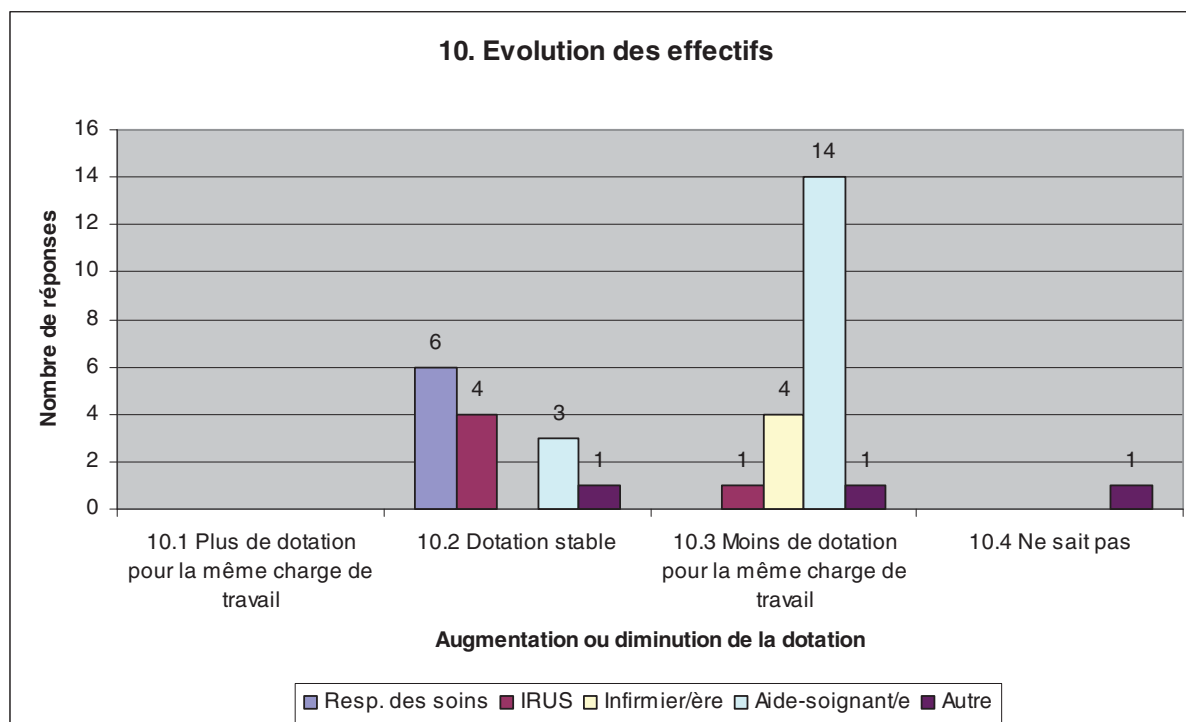


Figure 30 – Histogramme sur l'augmentation/diminution de la dotation

Sur ce point, 100% des responsables des soins et 80% des IRUS sont catégoriques, la dotation est restée stable ces dernières années. Affirmation diamétralement opposée de la majorité des aides-soignantes (14 sur 17 personnes) et de toutes les infirmières, qui affirment qu'il y a moins de dotation pour la même charge de travail.

### 9.11 Changement dans la charge de travail (augmentation/diminution)

Question 11	11. Pensez-vous qu'il y a un changement dans la charge de travail pour les AS (augmentation/diminution pour le même temps imparti)?					Check
Fonction	11.1 Beaucoup plus de charge de travail dans le même temps	11.2 Plus de charge de travail dans le même temps	11.3 Même charge de travail (+ ou -) dans le même temps	11.4 Moins de charge de travail dans le même temps	11.5 Ne sait pas	
Resp. des soins	1	4	1			6
IRUS		3	2			5
Infirmier/ère		4				4
Aide-soignant/e	8	8	1			17
Autre		3				3
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 31 – Tableau des chiffres sur l'augmentation/diminution de la charge de travail

Cette question est complémentaire à la précédente : y a-t-il une augmentation ou une diminution de la charge de travail dans le même temps imparti ?

Si à la question «Y a-t-il moins de dotation?» les responsables des soins et les IRUS avaient répondu catégoriquement par la négative. Ici, nous pouvons observer que la grande majorité d'entre eux pensent qu'il y a plus de charge de travail, voire pour l'un d'entre eux, «beaucoup plus de charge de travail» dans le même temps imparti.

Quant aux aides-soignantes, elles sont presque unanimes: 16 sur 17 considèrent qu'il y a plus de charge de travail, voire beaucoup plus de charge de travail.

Les raisons de cette augmentation de la charge de travail sont les mêmes qui ont été citées tout au long de ce rapport: vieillissement de la population, diminution du temps d'hospitalisation, augmentation de la natalité, plus de relation avec les patients, etc..

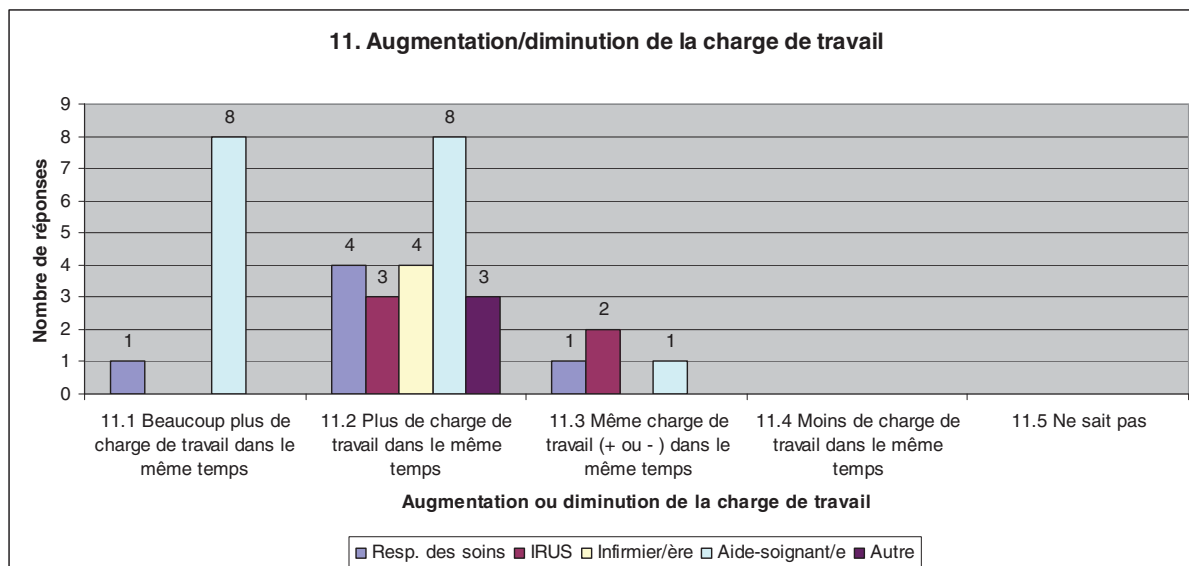


Figure 32 – Histogramme sur l’augmentation/diminution de la charge de travail

Les réponses indiquent clairement la tendance à la hausse de la charge de travail, toutes voix confondues.

## 9.12 Autonomie dans le travail et accès à l’information

Question 12	12. De manière générale, pouvez-vous faire votre travail de manière autonome et disposez-vous de toute l'information dont vous avez besoin pour le réaliser?					
Fonction	12.1 Très autonome et dispose de toute l'information nécessaire	12.2 Autonome et avec la plupart de temps l'information nécessaire	12.3 Assez autonome et avec le minimum d'info. nécessaire	12.4 Très dépendante des infirmières et manque d'information	12.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins			3	1		5
IRUS			1	2	1	4
Infirmier/ère			1	1	1	3
Aide-soignant/e	6		8	1		15
Autre	1		2			3
<b>TOTAL</b>		7	15	5	3	0

Figure 33 – Tableau10 des chiffres sur l’autonomie et l’accès à l’information

Les résultats indiquent qu’il n’y a pas de problème à signaler par rapport à l’autonomie de l’aide-soignante dans son travail ainsi qu’à l’accès à l’information nécessaire pour le réaliser. Les principales intéressées s’accordent à dire qu’elles sont autonomes voire très autonomes.

L’éventuelle dépendance concerne principalement la collaboration avec l’infirmière.

<sup>10</sup> Il manque 5 réponses à cette question car lors des 5 premiers entretiens, cette question n'a pas été posée.

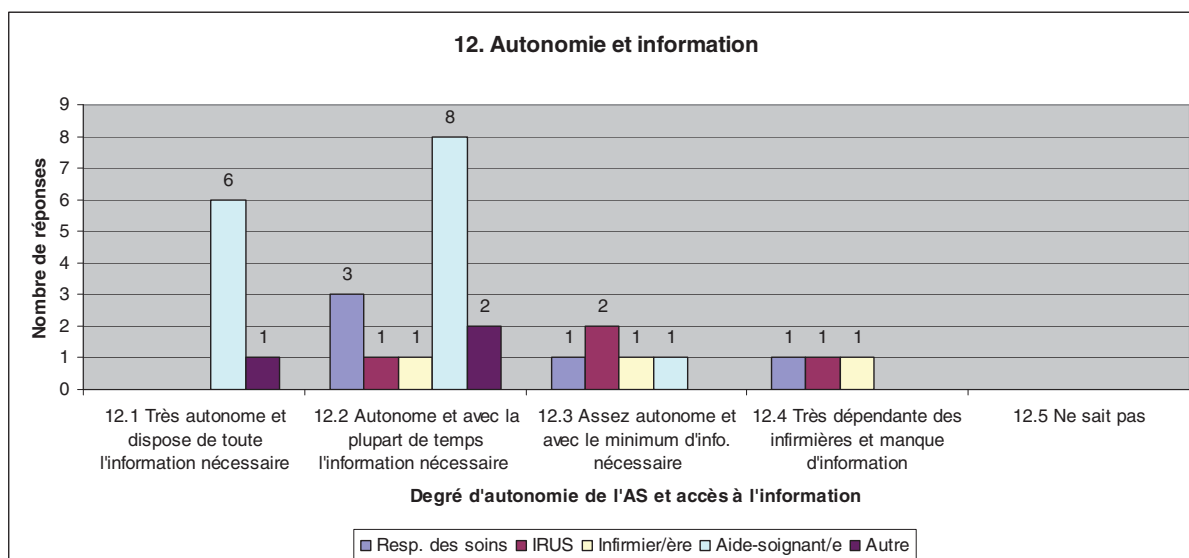


Figure 34 – Histogramme sur l'autonomie et l'accès à l'information

### 9.13 Intérêt du contenu du travail

Question 13	13. Comment trouvez-vous le contenu de du travail de l'AS?					
Fonction	13.1 Très intéressant et très varié	13.2 Intéressant et varié	13.3 Relativement intéressant et souvent répétitif	13.4 Inintéressant et répétitif	13.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins	1	3			1	5
IRUS		2	2			4
Infirmier/ère	1	2				3
Aide-soignant/e	7	7	1			15
Autre	1		1	1		3
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>30</b>

Figure 35 – Tableau11 des chiffres sur l'autonomie et l'accès à l'information

Les aides-soignantes apprécient leur travail et le qualifient d'intéressant (7 sur 15 personnes) voire de très intéressant (7 sur 15 personnes). Ce qui n'apparaît pas dans la statistique, c'est que souvent elles qualifient leurs activités de répétitives. Ce qui est jugé intéressant dans leur travail, c'est la proximité avec le patient, tout l'aspect relationnel. Ce qui est répétitif, ce sont les nettoyages et les rangements.

<sup>11</sup> Il manque 5 réponses à cette question car lors des 5 premiers entretiens, cette question n'a pas été posée.

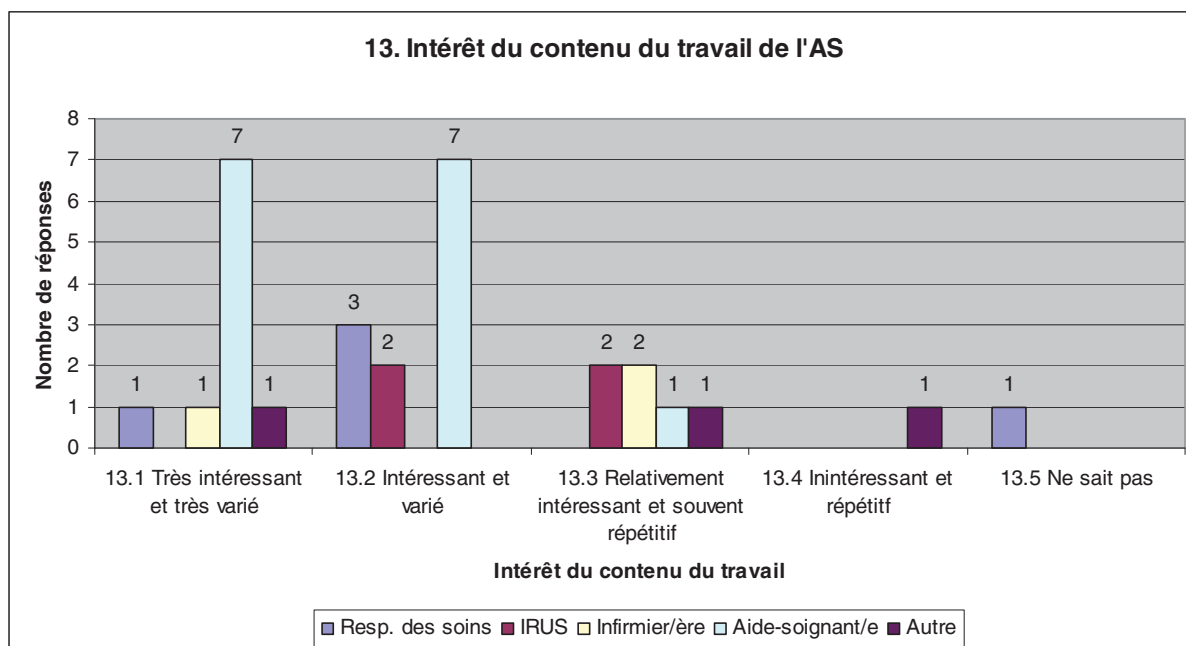


Figure 36 – Histogramme sur l'autonomie et l'accès à l'information

A en juger par la répartition des réponses, le travail de l'aide-soignante ne manque pas d'intérêt; et ce, particulièrement, de l'avis des intéressées elles-mêmes.

### 9.14 Respect du cahier des charges (CDC)

Question 14	14. Pensez-vous que le CDC des AS est respecté ou alors que beaucoup de tâches qui ne sont pas mentionnées dans le CDC leurs reviennent?					Check
Fonction	14.1 Le CDC des AS est toujours respecté	14.2 Le CDC des AS est très souvent respecté	14.3 Le CDC des AS n'est pas toujours respecté	14.4 Le CDC des AS n'est pas respecté	14.5 Ne sait pas	
Resp. des soins	4	2				6
IRUS		5				5
Infirmier/ère	1	2			1	4
Aide-soignant/e	1	6	10			17
Autre	1		2			3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Figure 37 – Tableau des chiffres sur le respect du cahier des charges

Avant de commenter ces résultats, il est à souligner que bon nombre de personnes consultées n'avaient pas du tout le cahier des charges en tête. D'autres ne se souvenaient pas de l'avoir lu, et certaines ont pris la peine de l'imprimer avant l'entretien. On peut en tirer la conclusion que le cahier des charges n'est pas au quotidien un outil auquel les professionnels font référence. Les contours du métier sont connus de manière très approximative et surtout orienté par rapport à l'organisation de l'unité dans laquelle la personne travaille. Par exemple, l'encadrement des stagiaires et la participation à des colloques interdisciplinaires ont été évoqués quelques fois comme des tâches hors cahier des charges ; alors que précisément ces deux dernières figurent dans la version 2009.

Très souvent, une activité est mentionnée en réponse à cette question mais aussi tout au long de l'entretien, c'est le transport des lits avec ou sans les patients. C'est une tâche pénible et qui ne figure pas explicitement dans le cahier des charges. Les « transports » divers aussi, comme celui des tubes de sang ou le fait d'aller chercher des commandes et du matériel, sont vécus comme des tâches ne relevant pas de leurs obligations.

Il y a également le problème du nombre de nettoyages qui ne sont pas faits dans l'environnement direct du patient, donc qui ne sont pas de leur ressort mais qui devraient être effectués par le personnel d'entretien.

De plus, quelques situations très exceptionnelles ont été relatées. Parfois, dans l'urgence ou par manque d'effectifs, il a été demandé à une aide-soignante de mesurer la pression artérielle, de donner un Dafalgan ou il a été nécessaire de faire une réanimation.

A contrario, il y a bien des actes qu'elles ont appris pendant leur formation, qui figurent dans le cahier des charges, et qu'on ne leurs demande jamais. Ceci est souvent vécu comme une limitation arbitraire de leur métier. C'est le cas dans certains services en particulier, comme le post-partum de la maternité ou dans celui des enfants et des bébés.

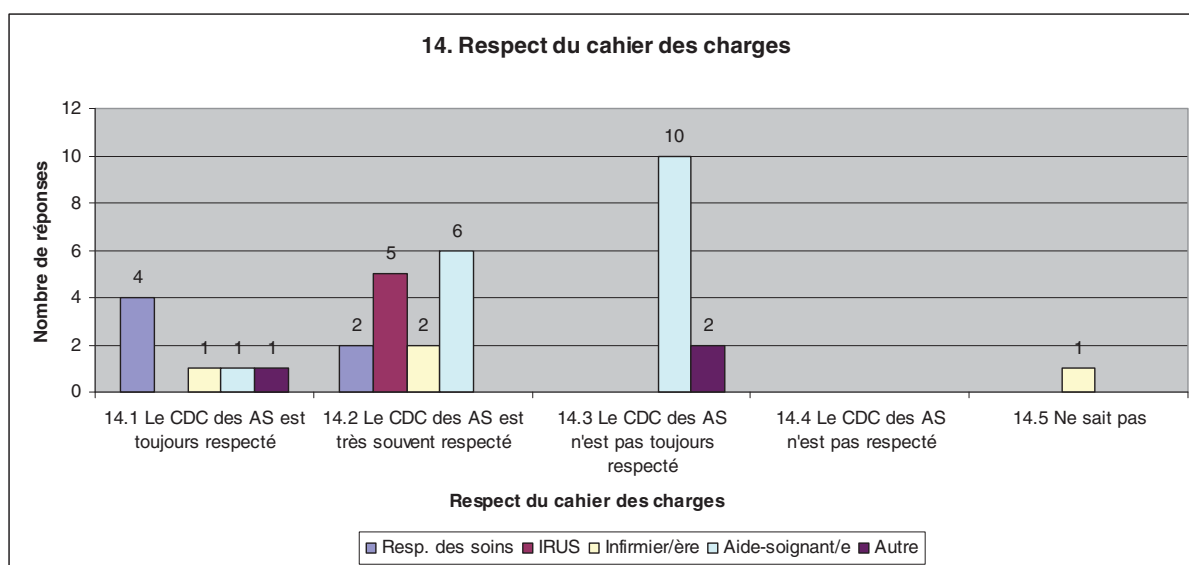


Figure 38 – Histogramme sur le respect du cahier des charges

Du point de vue des cadres, les cahiers des charges est largement respecté. Cette position n'est pas partagée par un grand nombre d'aides-soignantes. Dix personnes sur 17 disent qu'il n'est pas toujours respecté, et ce pour les raisons mentionnées ci-dessus.

## 9.15 Collaboration avec les infirmières

Question 15	15. Que pensez-vous, de manière générale, de la collaboration avec les infirmières?					Check
Fonction	15.1 Excellente	15.2 Bonne	15.3 Pourrait être améliorée	15.4 Insatisfaisante	15.5 Ne sait pas	
Resp. des soins	1	4	1			6
IRUS		4	1			5
Infirmier/ère	1	2	1			4
Aide-soignant/e	3	8	6			17
Autre	2		1			3
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>35</b>

Figure 39 – Tableau des chiffres sur la collaboration avec les infirmières

Il y a un bon taux de satisfaction par rapport à la collaboration entre aides-soignantes et infirmières, 71% des personnes interrogées considèrent cette relation comme bonne, voire excellente.

Les sources d'insatisfaction sont les suivantes :

Le travail en binôme «infirmière - aide-soignante» tend à disparaître par manque d'effectif. Cet état de fait détériore la bonne collaboration. Le fonctionnement en binôme est une source d'apprentissage, de connaissance et de reconnaissance du travail effectué par l'autre.

Certains ont fait mention du fait qu'il y a beaucoup d'infirmières françaises, et que cette situation crée un clivage entre infirmières et aides-soignantes. Car en France, ces rôles sont très séparés. A contrario, en Suisse, il y a une vision très différente, vers une intégration et vers le partenariat.

Pour tenir compte de ces remarques, il y a un travail à faire sur la collaboration pour répondre aux dix personnes considérant que la collaboration pourrait être améliorée.

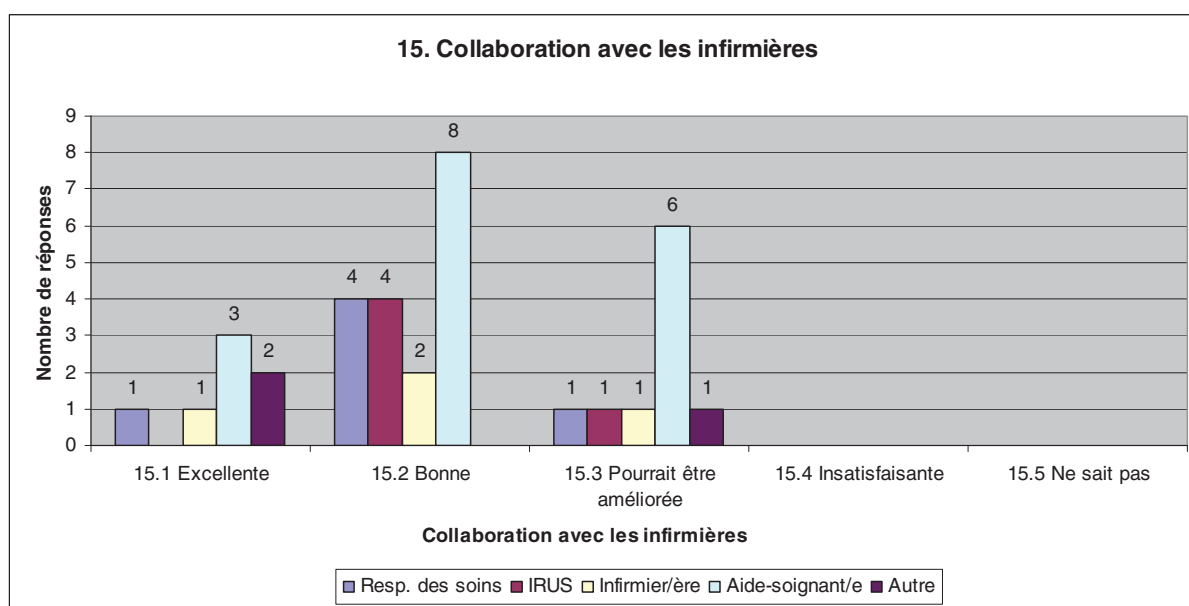


Figure 40 – Histogramme sur la collaboration avec les infirmières

### 9.16 Perception de l'arrivée des assistant e-s en soins et en santé communautaire (ASSC)

Question 16	16. Comment percevez-vous l'arrivée des ASSC aux HUG?					Check
Fonction	16.1 Très positive	16.2 Positive	16.3 Sans impact sur le travail des AS	16.4 Menaçante pour les AS	16.5 Ne sait pas	
Resp. des soins				3	3	6
IRUS				2	2	5
Infirmier/ère		1			2	4
Aide-soignant/e	1	3		9	2	17
Autre		1			2	3
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>35</b>

Figure 41 – Tableau des chiffres sur la perception de l'arrivée des ASSC

Cette nouvelle profession est mal connue de manière générale en Suisse par les soignants, mais en particulier aux Hôpitaux Universitaires de Genève. En effet, il n'y a que quatorze assistant-e-s en soins et en santé communautaire (ASSC) qui travaillent aux HUG.

Le sentiment des aides-soignantes est bien marqué dans les réponses données : elles ne se sentent pas menacées par l'arrivée des ASSC, seulement deux personnes le perçoivent comme tel. Une autre observation est à faire, il s'agit de la seule question à laquelle autant de gens répondent « Ne sait pas », il y en a six.

Les équipes sentent qu'il va y avoir un changement d'équilibre et qu'il y aura «trois couches» à la place de deux. Quelle sera leur place?

Pour l'instant, la question ne suscite pas particulièrement d'inquiétudes.

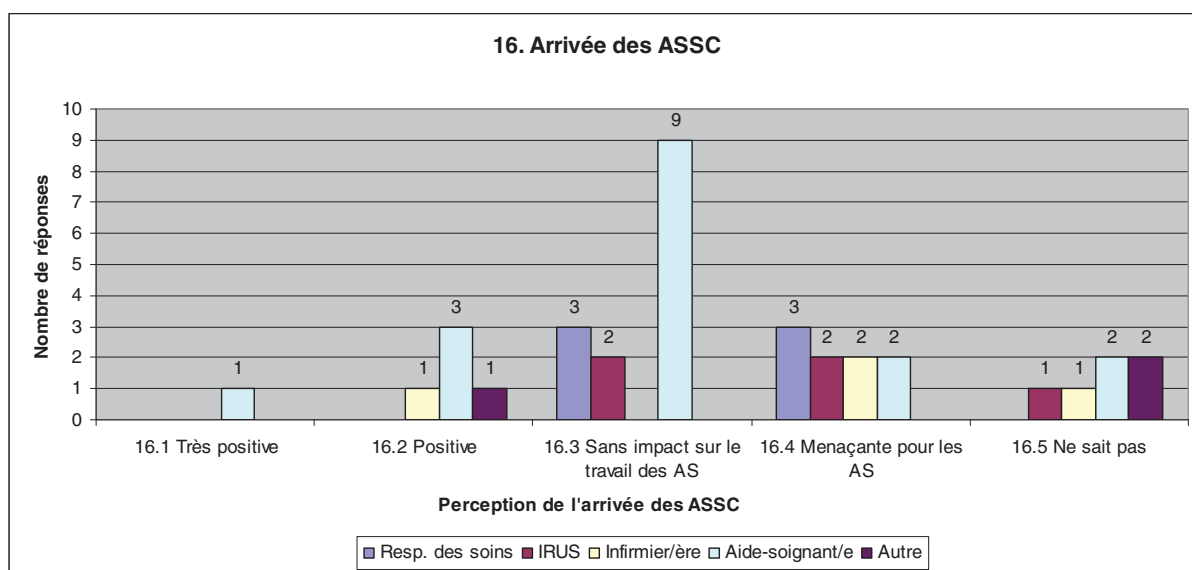


Figure 42 – Histogramme sur la collaboration avec les infirmières

Tant et si bien que cette nouvelle profession peut être perçue comme menaçante, ce sont plutôt les cadres, et en particulier les responsables des soins qui y sont sensibles (50% d'entre eux).

### 9.17 Réévaluation à la hausse de la classe salariale

Question 17	17. Classe salariale: Pensez-vous que la fonction de l'AS devrait être réévaluée à la hausse?				
Fonction	17.1 De plusieurs classes	17.2 D'une classe au moins	17.3 La classification est correcte	17.4 Ne sait pas	Check
Resp. des soins	2	2	1	1	6
IRUS	2	1		2	5
Infirmier/ère	3	1			4
Aide-soignant/e	16	1			17
Autre	2	1			3
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>35</b>

Figure 43 – Tableau des chiffres sur la hausse de la classe salariale

La conviction du besoin d'une réévaluation de la classe salariale à la hausse prend sa source dans tous les changements qui ont été décrits précédemment par rapport à l'évolution du métier.

Quelques considérations supplémentaires sont à prendre en compte. L'équité et la transparence du système ne sont pas évidentes; le grand écart entre la classe des infirmières, qui sont en classe 15, et celle des aides-soignantes, en classe 7, est considéré comme excessif. De plus, il y a des primes de travail au lit du patient pour certaines, voire d'autres primes comme les codes qui peuvent s'expliquer «historiquement». Mais qui dans tous les cas ne sont pas une valorisation salariale.

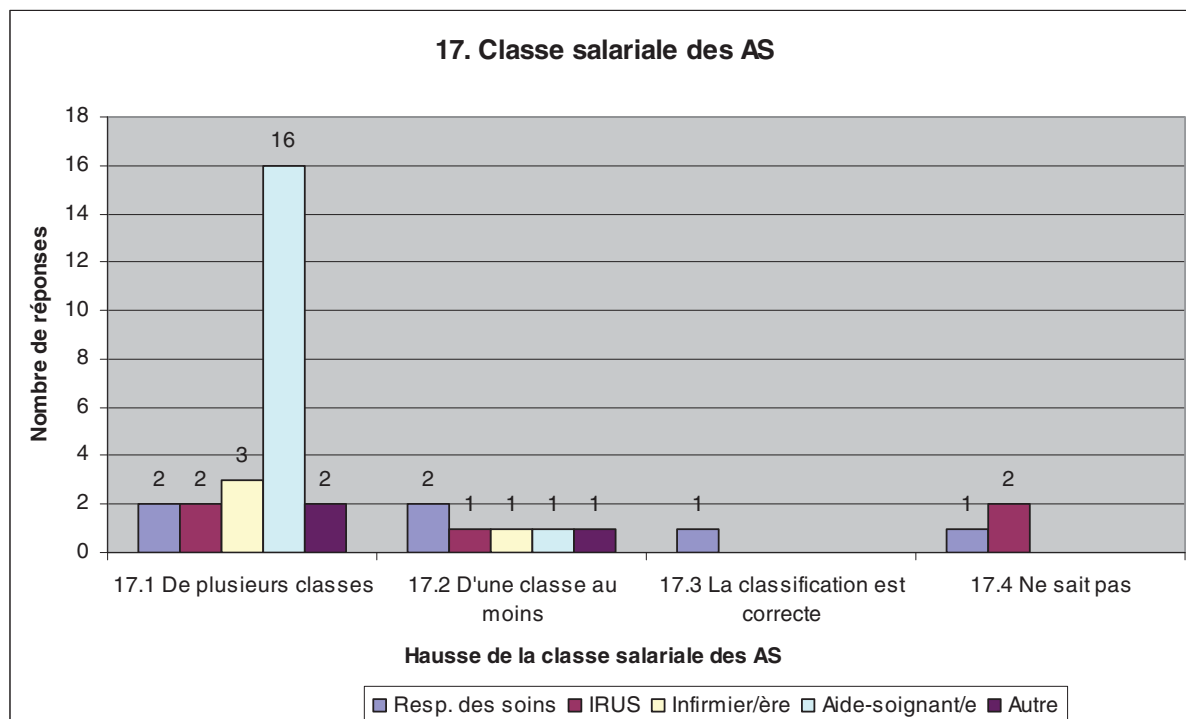


Figure 44 – Histogramme sur la hausse de la classe salariale

Il s'agit d'un des deux seuls thèmes du questionnaire qui marque aussi fortement un consensus. L'autre étant les possibilités d'évolution du métier (question 20.3). Plusieurs questions ont bien réuni vingt-deux voix sur la même réponse mais aucune vingt-cinq. Le message est clair: de l'avis général, la classe salariale de l'aide-soignante devrait être réévaluée à la hausse, et à en croire la majorité (25 personnes sur 35), de plusieurs classes.

### 9.18 Changement du rôle de l'aide-soignante

Question 18	18. Est-ce que le rôle de l'AS par rapport aux patients, aux familles, et aux autres collègues, a changé ces dernières années?				
Fonction	18.1 De grand changements	18.2 Certains changements	18.3 Pas de changements significatifs	18.4 Ne sait pas	Check
Resp. des soins	1	4		1	6
IRUS	2	2		1	5
Infirmier/ère	2	1		1	4
Aide-soignant/e	7	7		3	17
Autre				3	3
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Figure 45 – Tableau des chiffres sur le changement du rôle de l'aide-soignante

Tous les commentaires convergents: le rôle de l'aide-soignante a évolué vers une plus grande proximité avec les patients et les familles. Elles jouent un rôle de transmission d'information vers l'infirmière. Les activités relationnelles sont de plus en plus importantes, l'aide-soignante devient une personne de référence pour les patients et leur entourage tout au long du processus de prise en charge du patient.

Par rapport aux infirmières, elles sont de plus en plus considérées comme des partenaires de soins et elles sont consultées régulièrement par les autres corps de métier.

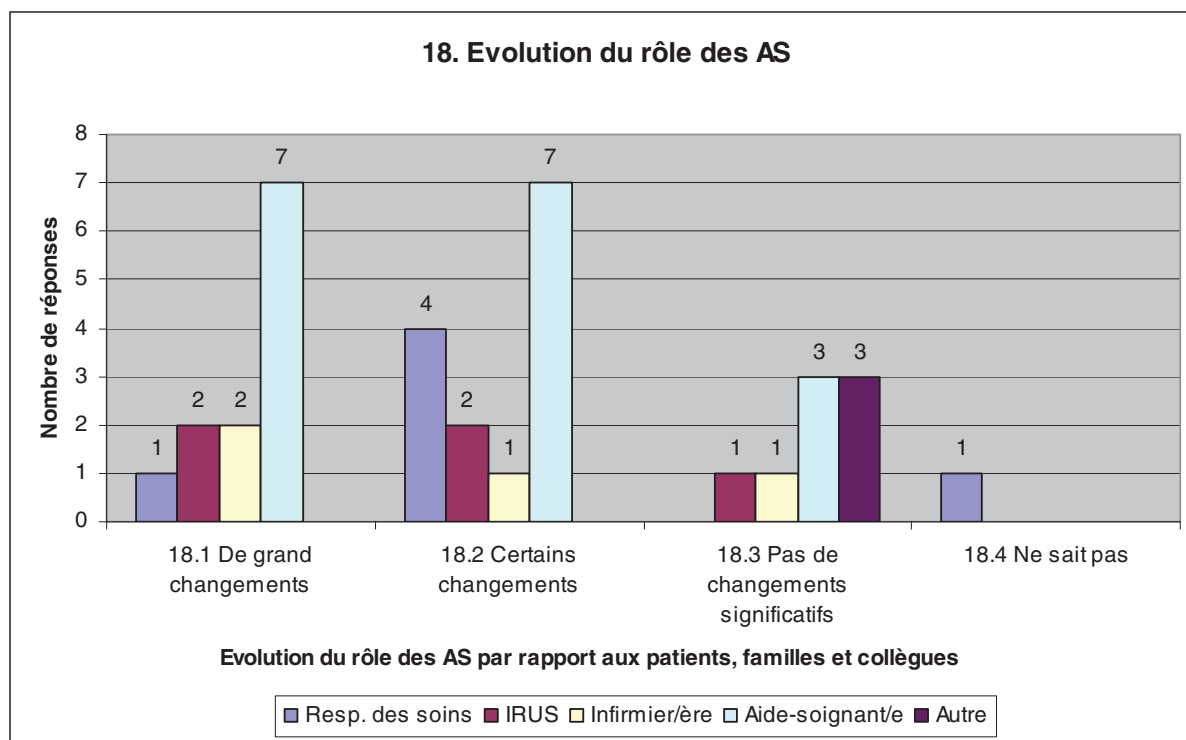


Figure 46 – Histogramme sur le changement du rôle de l'aide-soignante

Visiblement, selon les services, l'évolution du rôle est moins perçue par certains. Mais les cadres, eux, sont sensibles à cette évolution tout autant que les aides-soignantes.

### 9.19 Reconnaissance et valorisation de l'aide-soignante

Question 19	19. Reconnaissance: pensez-vous que la fonction d'AS est reconnue et valorisée?					Check
Fonction	19.1 Pleinement reconnue et valorisée	19.2 Assez bien reconnue et valorisée	19.3 Pas particulièrement reconnue et valorisée	19.4 Insuffisamment reconnue et valorisée	19.5 Ne sait pas	
Resp. des soins		1	2	3		6
IRUS		2	2	1		5
Infirmier/ère		1	1	2		4
Aide-soignant/e		2	4	11		17
Autre		1	1	1		3
<b>TOTAL</b>	0	7	10	18	0	<b>35</b>

Figure 47 – Tableau des chiffres sur la reconnaissance et valorisation

La reconnaissance et la valorisation est une des grandes problématiques de ce métier. Les aides-soignantes ne se sentent pas reconnues et valorisées dans leur travail, et le manque

de reconnaissance est confirmé par les autres métiers consultés. C'est une profession qui est socialement peu valorisée.

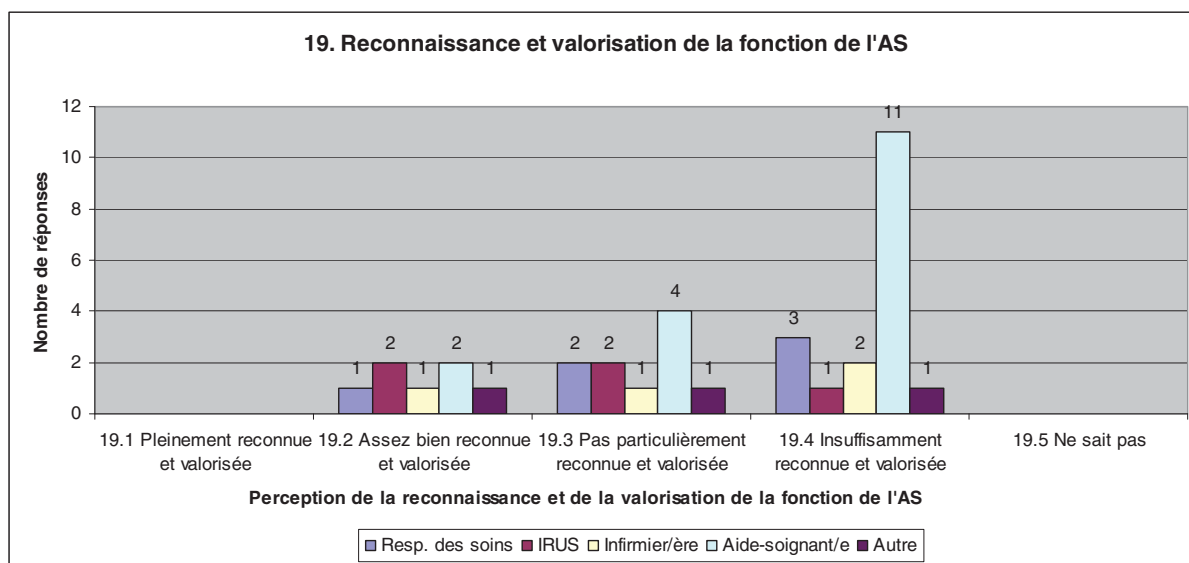


Figure 48 – Histogramme sur la reconnaissance et valorisation

Cet histogramme montre distinctement le sentiment des aides-soignantes par rapport à la valorisation de leur métier. Quant aux avis cumulés, 80% des personnes consultées pensent que le métier n'est pas particulièrement ou insuffisamment reconnu.

### 9.20.1 Satisfaction générale par rapport aux conditions de travail

Après avoir analysé un bon nombre de paramètres précis sur le métier d'aide-soignante et de son évolution, les questions 20.1, 20.2 et 20.3 se portent sur une appréciation plus globale et sur la satisfaction générale. Souvent, les personnes sont particulièrement insatisfaites par rapport à quelques points très précis mais peuvent avoir une appréciation globale relativement bonne.

Question 20	20.1 Satisfaction générale: CONDITIONS DE TRAVAIL					Check
Fonction	20.1.1 Très satisfait/e	20.1.2 Satisfait/e	20.1.3 Acceptable	20.1.4 Grand potentiel d'amélioration	20.1.5 Ne sait pas	
Resp. des soins		3	1	2		6
IRUS		3	1	1		5
Infirmier/ère				4		4
Aide-soignant/e		6	5	6		17
Autre			1	2		3
<b>TOTAL</b>	0	12	8	15	0	35

Figure 49 – Tableau des chiffres sur la satisfaction générale par rapport aux conditions de travail

Sur les conditions de travail, les avis sont partagés, même chez les aides-soignantes dont les réponses se répartissent de manière plus ou moins égale entre satisfait/e, acceptable et ayant un grand potentiel d'amélioration.

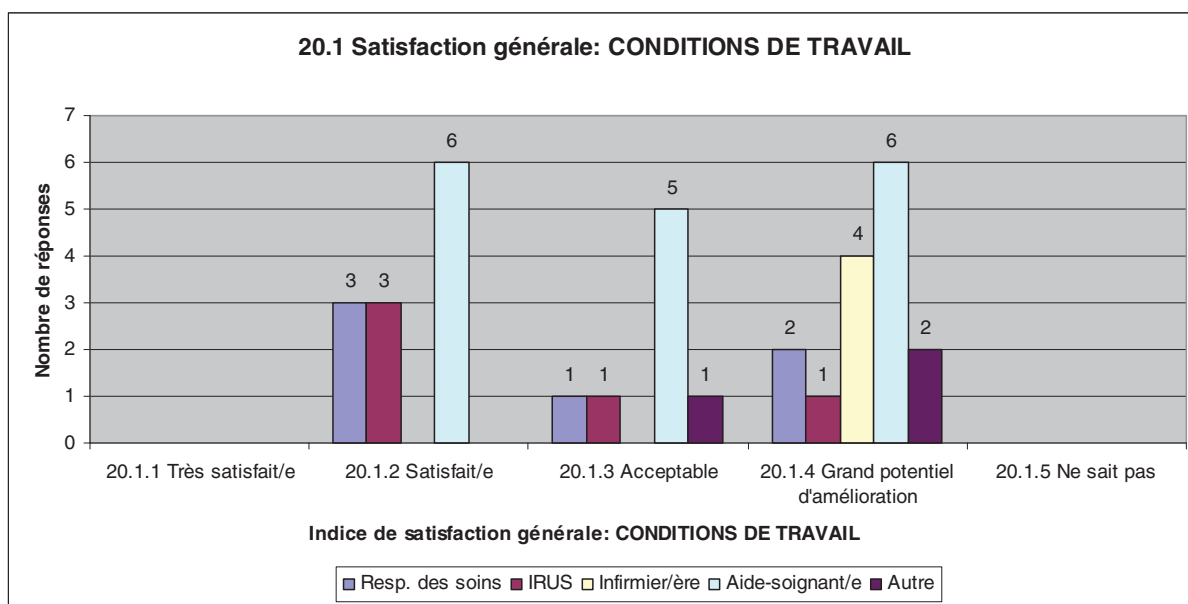


Figure 50 – Histogramme sur la satisfaction générale par rapport aux conditions de travail

### 9.20.2 Satisfaction générale par rapport aux conditions salariales

Question 20	20.2 Satisfaction générale: CONDITIONS SALARIALES					
Fonction	20.2.1 Très satisfait/e	20.2.2 Satisfait/e	20.2.3 Acceptable	20.2.4 Grand potentiel d'amélioration	20.2.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins		1	1	4		6
IRUS		1	1	3		5
Infirmier/ère				3	1	4
Aide-soignant/e		1	4	12		17
Autre				3		3
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Figure 51 – Tableau des chiffres sur la satisfaction générale par rapport aux conditions salariales

Ici, les chiffres confirment totalement les réponses données à la question 17 sur la hausse de la classe salariale.

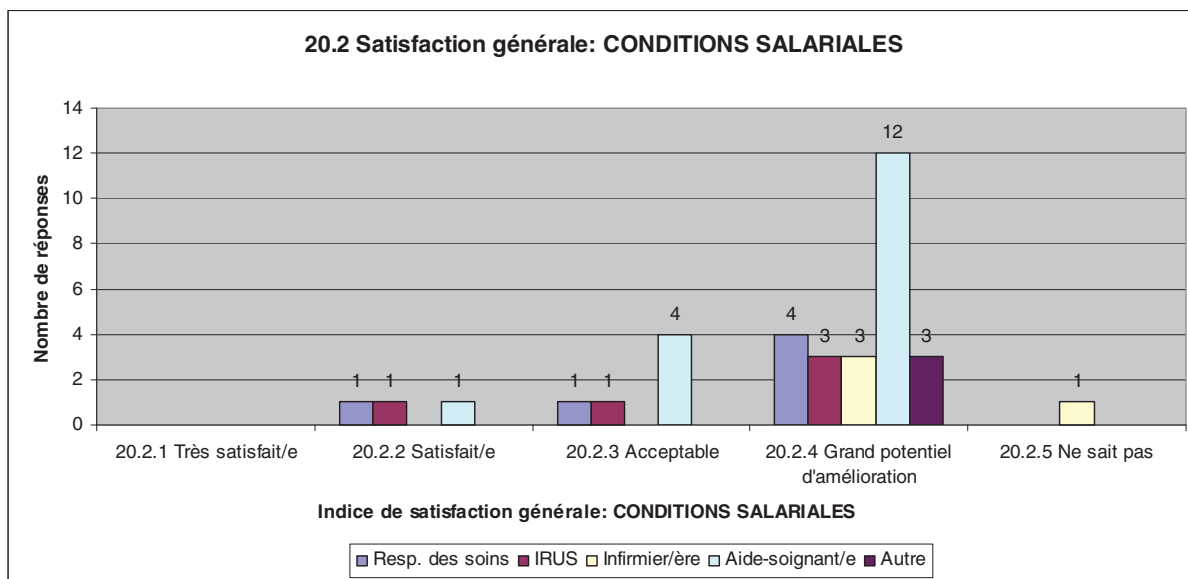


Figure 52 – Histogramme sur la satisfaction générale par rapport aux conditions salariales

### 9.20.3 Possibilité d'évolution

Question 20						
20.3 Satisfaction générale: POSSIBILITES D'EVOLUTION						
Fonction	20.3.1 Très satisfait/e	20.3.2 Satisfait/e	20.3.3 Acceptable	20.3.4 Grand potentiel d'amélioration	20.3.5 Ne sait pas	Check
Resp. des soins		1	1	3	1	6
IRUS			2	3		5
Infirmier/ère				4		4
Aide-soignant/e		1	2	14		17
Autre			2	1		3
<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>35</b>

Figure 53 – Tableau des chiffres sur la satisfaction générale par rapport aux possibilités d'évolution

Dans le domaine des possibilités d'évolution du métier, il y a tout à faire. Vingt-cinq personnes pensent qu'il y a un grand potentiel d'amélioration. Et pour cause, les formations continues réalisées ne sont pas qualifiantes, et la seule manière de progresser est d'aller vers le métier d'ASSC. La question de favoriser la passerelle vers le métier d'ASSC a été bien sûr évoquée.

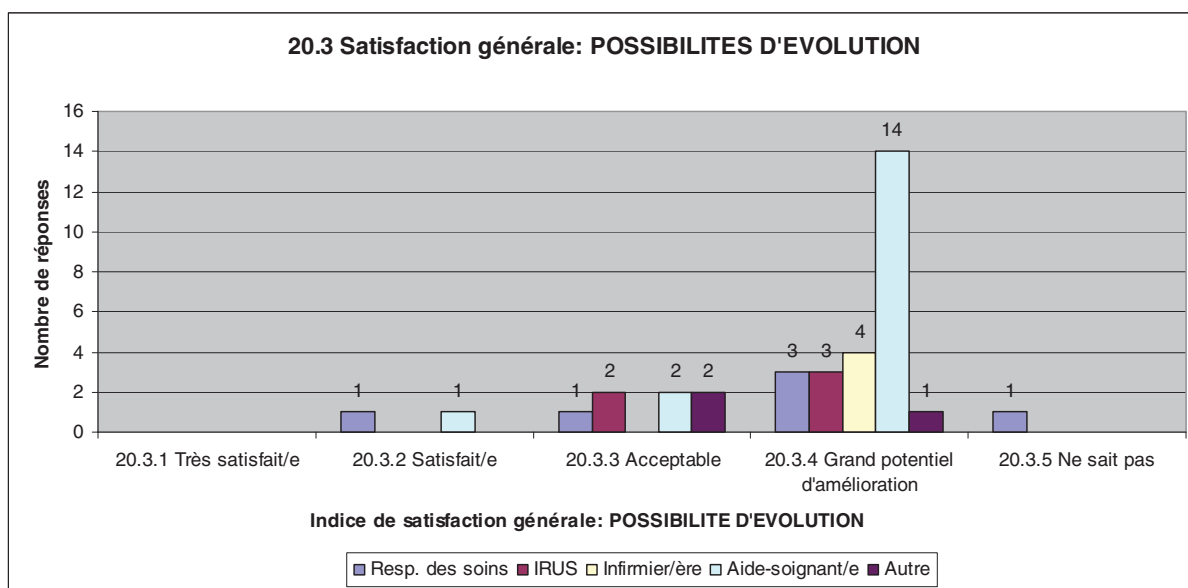


Figure 54 – Histogramme sur la satisfaction générale par rapport aux possibilités d'évolution

### 9.21 Possibilités d'amélioration pour le métier d'aide-soignante

Cette question a pour objectif d'identifier les priorités des personnes ayant participé à l'enquête mais aussi de leur demander quelles sont leurs propositions pour améliorer leur métier, autant de manière générale que de manière pragmatique. Il peut être compris comme une liste des préoccupations.

Nous pouvons constater une bonne congruence entre les réponses détaillées présentées ci-dessus et les cinq possibilités d'amélioration les plus citées: 1. Reconnaissance, 2. Salaire, 3. Formation continue, 4. Horaires coupés, 5. Dotation.























Toutes les citations faites ont été retranscrites dans ce tableau afin de donner l'éventail complet des idées d'amélioration. Certains détails paraissant mineurs peuvent parfois améliorer de manière significative les journées de travail.

No	Possibilités d'amélioration	Nb de citations
1	Meilleure <b>reconnaissance</b> de la fonction par les autres collègues et la hiérarchie	10
2	Plus d'offre de <b>formation continue</b> qui réponde mieux aux besoins spécifiques des aides-soignantes.	9
3	<b>Classe salariale</b> /Salaire à revaloriser	8
4	Suppression des <b>horaires coupés</b>	6
5	Plus de <b>dotation</b>	6
6	Renforcer le <b>partenariat</b> «aide-soignante–infirmière» et faire plus de	6

	binôme	
7	Faciliter l'accès à la <b>formation d'ASSC</b>	4
8	Respect du <b>cahier des charges</b>	3
9	Possibilité <b>d'évolution de carrière</b>	3
10	Eviter les services sur deux étages et rester dans la même unité pendant la nuit	3
11	Plus <b>d'équité et de transparence des classes salariales</b> (bonus, code,..)	2
12	Plus de place dans les colloques pluridisciplinaires; encourager la collaboration interprofessionnelle, effort à faire au niveau de l'institution	2
13	Pouvoir appliquer toutes les connaissances apprises à l'école, ex. certains soins. Pouvoir prendre plus de températures et les tensions	2
14	Mettre en place une <b>bonne intégration des ASSC</b>	1
15	Que les AS s'imposent plus par rapport à leurs propres actions	1
16	Mieux valoriser la fonction d'encadrement	1
17	Meilleure compréhension commune des informations de la part des différents métiers	1
18	Revaloriser le cahier des charges	1
19	Avoir accès au DPI et pouvoir valider les soins réalisés	1
20	Ne plus nettoyer les lits	1
21	Moins de nettoyages	1
22	Du matériel plus moderne, plus adapté	1
23	Avoir accès au DPA	1
24	Valoriser et rendre visible, objectiver le travail réalisé	1
25	Des transporteurs pour la nuit aussi	1
26	Faire des ateliers de retour de pratiques	1
27	Arrêter de niveler par le bas (le groupe est trop hétérogène)	1
28	Pouvoir confier aux aides-soignantes une activité "Jeux" avec les enfants de manière régulière et intégrée dans l'organisation du travail	1

Figure 55 – Tableau des suggestions d'améliorations

## 10. Synthèse des résultats – les tendances

No	Critères de comparaison	Grande convergence	Certaines divergences	Grandes divergences
1	Effort physique			
2	Environnement			
3	Pénibilité psychique			
4	Horaires			
5	Efforts intellectuels			
6	Responsabilités			
7	Nouvelles connaissances			
8	Nouvelles activités			
9	Aspects techniques			
10	Dotation			
11	Charge de travail			
12	Autonomie et information			
13	Intérêt du travail			
14	Respect du CDC			
15	Collaboration infirmières			
16	Arrivée ASSC			
17	Classe salariale			
18	Rôle des AS			
19	Reconnaissance			
20.1	Conditions de travail			
20.2	Conditions salariales			
20.3	Possibilité d'évolution			

### Légende

	= Grande convergence		= Certaines divergences		= Grandes divergences
---	----------------------	---	-------------------------	---	-----------------------

Figure 56 – Synthèse des résultats des critères de comparaison

## 11. Les thèmes critiques et liens

Chaque critère a été présenté de manière isolée. Toutefois, il y a des corrélations très fortes entre eux. Quelques liens ont pu être clairement établis puis confirmés pendant les entretiens.

Premièrement, le premier constat qui a été fait de manière unanime au niveau de l'évolution du contexte, c'est le vieillissement de la population (cf. chapitre 4.1). Il s'agit d'un facteur de changement majeur.

Les conséquences du vieillissement de la population sont une augmentation de l'importance de la prise en charge des patients. L'impact de ce changement se fait sentir directement sur la pénibilité du travail, et en particulier sur les dimensions physiques, psychiques ainsi que sur la charge de travail, comme le tableau ci-dessous l'illustre.

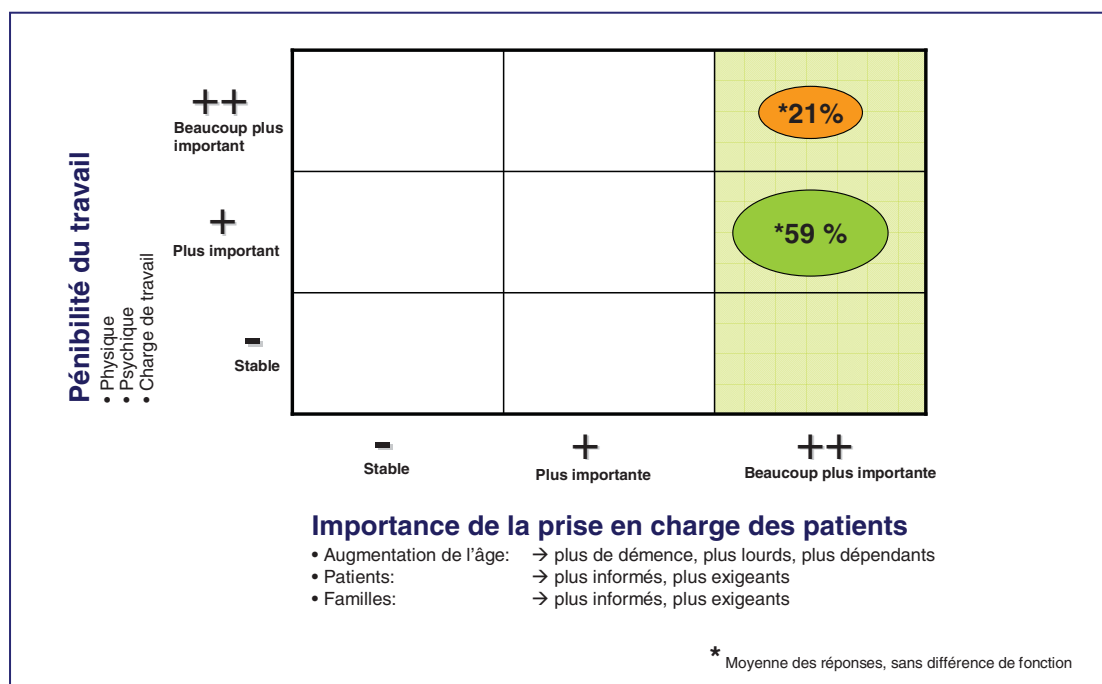


Figure 57 – Importance de la prise en charge des patients et la pénibilité du travail

Dans les éléments critiques, un autre grand facteur de bouleversement des pratiques des aides-soignantes est la diminution constante de la durée d'hospitalisation (cf. chapitre 4.2.1). Cette réduction de la durée du séjour intensifie le travail de l'aide-soignante et la lourdeur de la tâche. L'importante rotation des patients engendre quantité d'effets, à savoir l'augmentation de la fréquence: du changement des lits et des linges, de l'entretien, du nettoyage, du montage et démontage du matériel, de la désinfection, de la décontamination, des accueils et des sorties. Le résultat de cette progression de l'efficacité des traitements mais aussi de la rationalisation économique fait qu'elles font plus souvent les mêmes tâches et que la pénibilité du travail est accrue.

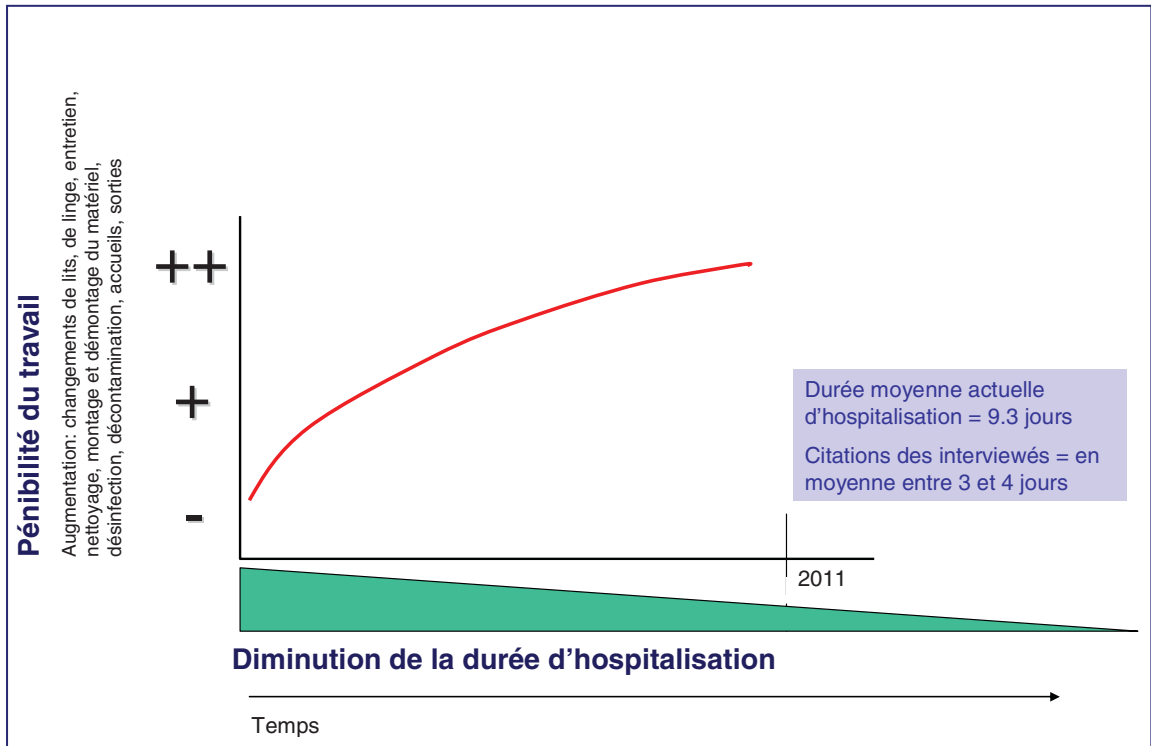


Figure 58 – Diminution de la durée d'hospitalisation & Pénibilité du travail

Un autre grand constat dans les pratiques des équipes soignantes, c'est le déplacement de l'activité relationnelle avec le patient et son entourage (cf. chapitre 4.2.5). L'infirmière délègue de plus en plus cette partie du travail à l'aide-soignante qui joue actuellement un rôle essentiel tant pour les patients et que pour les infirmières. Moins l'infirmière est au pied du lit du patient, plus les aides-soignantes le sont, comme le graphique ci-dessous l'illustre.

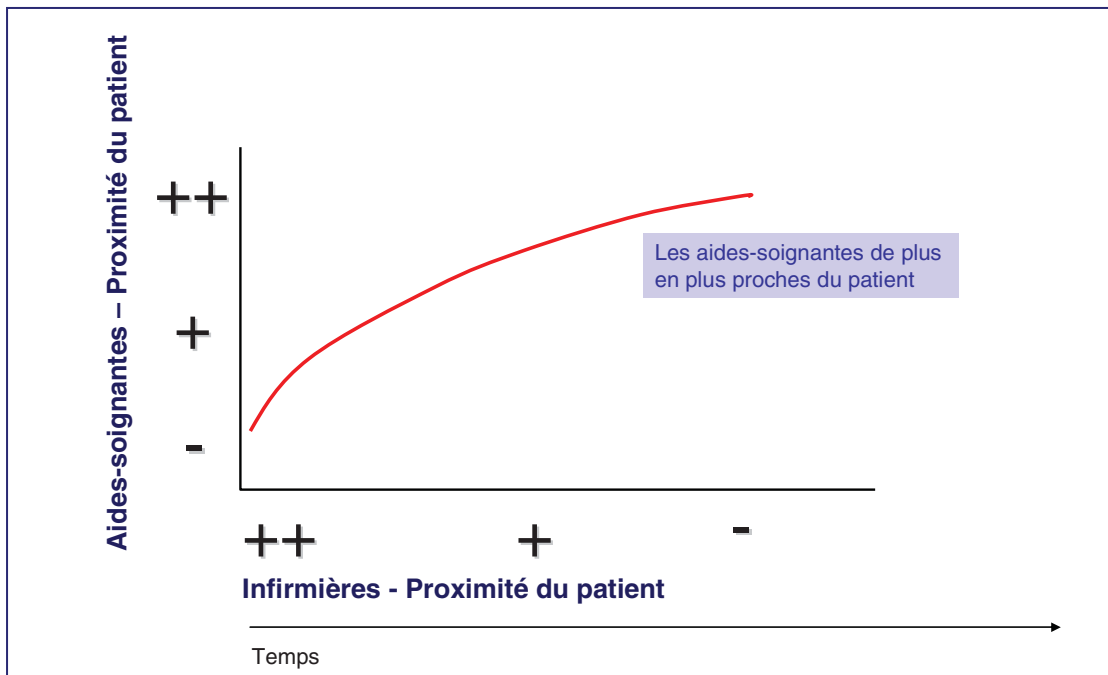


Figure 59 – Proximité par rapport au patient

Ces quelques corrélations démontrent bien l'aspect systémique de l'évolution des pratiques des aides-soignantes. La réflexion sur le cahier des charges doit donc tenir compte de ces multiples facteurs, de leurs interactions mais aussi d'autres aspects plus généraux (budgets, politique sanitaire, etc.).

## 12. Conclusion

**La comparaison des cahiers des charges** de 1999 et de 2009 avec les constats recueillis auprès des professionnels des HUG montre que le cahier des charges de 2009 a intégré les changements majeurs concernant les activités des aides-soignantes; ceci tant par rapport à l'environnement du travail que par rapport à l'évolution des pratiques. En ce sens, le cahier des charges de 2009 est plus complet que la version précédente. Il assimile les nouveautés importantes<sup>12</sup> comme :

- une relation avec le patient plus intense
- l'intégration des familles dans le processus de soins
- l'implication dans le processus de soins et les équipes multidisciplinaires
- l'informatique pour les repas, le dossier patient, les commandes
- les nouvelles technologies

**L'enquête** menée auprès de trente sept professionnels de la santé travaillant aux HUG révèle des dimensions de l'évolution du métier et du contexte dans lequel il est exercé qui ne sont pas décelables dans un cahier des charges. Les résultats de l'enquête permettent de comprendre plus finement ce qui a effectivement changé dans les conditions de travail de l'aide-soignante ainsi que dans les pratiques.

Le principal changement est une **augmentation de la charge de travail et des conditions différentes de travail** dues à plusieurs facteurs:

- vieillissement de la population
- diminution de la durée d'hospitalisation
- attentes des patients et des familles plus élevées
- dotation en personnel stable malgré la charge de travail au augmentaton

Cette liste vient s'ajouter aux nouveautés citées dans le cahier des charges actuel.

Les conséquences de ces changements, dont certains relèvent plutôt d'une évolution dans le temps et d'autres d'un changement radical, ont été mises en lumière par les résultats de l'enquête. La majorité des professionnels interrogés sont d'accord sur un certain nombre de points, à savoir:

---

<sup>12</sup> Liste non exhaustive, pour consulter la totalité des changements, se référer au chapitre 8.3

1. Augmentation de la pénibilité psychique du travail
2. Efforts intellectuels accrus
3. Besoin d'acquérir de nouvelles connaissances
4. Augmentation de la charge de travail
5. Classe salariale qui n'est pas en rapport avec le métier
6. Changement du rôle des aides-soignantes
7. Manque de reconnaissance du métier comme exercé actuellement

Ces quelques points n'étant que ceux qui réunissent une grande convergence des opinions, ce qui ne veut pas dire que les critères ne faisant pas l'unanimité ne sont pas pertinents aussi (cf. synthèse des résultats au chapitre 12).

**Les attentes principales des syndicats** en réaction à cet état de fait se concentrent sur cinq positions :

1. Meilleure reconnaissance de la profession sur le plan salarial (augmentation de la classification salariale)
2. Amélioration de la complémentarité avec les infirmières
3. De la part des partenaires de travail: reconnaissance, meilleur respect et augmentation de la connaissance du travail effectué par les aides-soignant-e-s (responsabilités, activités et limites).
4. Meilleure adéquation entre les compétences effectives, le travail réalisé et le cahier des charges
5. Mise en place d'une formation passerelle vers le métier d'ASSC

**Le premier point** concernant l'augmentation de la classification salariale fait l'unanimité auprès des professionnels, tant du côté des cadres que des autres fonctions. La classe salariale devrait être revue à la hausse (cf. chapitre 11.17)

**Le deuxième point** sur la complémentarité avec les infirmières est apparu comme beaucoup moins pertinent dans les résultats de l'enquête. Car 71% des personnes interrogées considèrent la collaboration comme bonne, voire excellente.

**Le troisième point** sur la reconnaissance pointe une des grandes problématiques de ce métier, les aides-soignantes ne se sentent pas reconnues et valorisées pour leur travail, et cette opinion est partagée par une majorité de cadres et infirmières (cf. chapitre 11.19). D'ailleurs, lorsqu'il a été demandé aux professionnels de citer trois possibilités d'amélioration (chapitre 11.21), la reconnaissance de la fonction par les autres métiers et par la hiérarchie est celle qui apparaît le plus grand nombre de fois, notamment avant la préoccupation salariale.

**Le quatrième point** nécessite quelques précisions. En effet, bien des fois, les aides-soignantes ont mentionné le fait qu'elles ont été formées pour des activités qu'elles n'ont

jamais l'occasion de faire. Et selon les services, les aides-soignantes ont effectivement une activité fortement limitée par rapport au cahier des charges (par ex. en post-partum ou avec les enfants).

Quant au cas contraire, rarissimes sont les fois où elles sont sollicitées pour des actes qu'elles n'ont pas le droit d'exercer (ex. tension, administration de médicaments). Mais, il y a quand même des activités ne figurant pas dans le cahier des charges qui sont demandées : nettoyage bien au-delà de l'environnement direct du patient, transports des lits.

Ce point relève essentiellement du management des ressources de chaque service.

**Le cinquième point** a souvent été évoqué par un certain nombre de personnes. Néanmoins, il ne s'agit pas là d'une demande récurrente. Car bien des aides-soignantes ont une situation personnelle (âge, famille, moyens) qui ne leur permet pas d'envisager ce type d'investissement. Bien que cette formation pourrait améliorer le fait qu'il y a un manque de possibilité d'évolution du métier. Bien avant de citer la passerelle vers le métier d'ASSC, les collaborateurs/trices parlent d'une amélioration de l'offre de formation continue. Cette dernière ne répond visiblement pas aux besoins spécifiques des aides soignantes.

**En conclusion**, il est possible d'affirmer qu'il y a eu un changement significatif mais que ce n'est pas le cahier des charges de 2009 qui en est le révélateur. L'évolution est liée à des facteurs externes, comme le vieillissement de la population et les attentes des patients et de leur entourage, ainsi qu'à des facteurs internes propres à l'organisation dans le domaine de la santé et de ses contraintes : limitation de la dotation, diminution de la durée d'hospitalisation, évolution de la répartition du travail entre l'infirmière et l'aide-soignante.

Cette évolution, de l'avis des professionnels sollicités, a eu un impact important sur les activités actuelles de l'aide-soignante.

Quant à savoir si ces transformations justifient une augmentation de classe salariale, c'est aux parties concernées de se prononcer. Ceci en s'appuyant sur la base décisionnelle que constitue ce rapport<sup>13</sup> ainsi que sur d'autres paramètres n'étant pas directement liés aux cahiers des charges et aux pratiques, et qui ne font pas partie de l'étude.

De plus, concernant la classe salariale, il est à relever que cette étude a porté uniquement sur le personnel des Hôpitaux Universitaires de Genève. A titre comparatif, des données sur les autres institutions de soins genevoises, voire sur les pratiques d'autres cantons, auraient permis de mettre en perspective les résultats, notamment sur les aspects de l'évaluation de la pénibilité en rapport avec la rémunération.

---

<sup>13</sup> Pour rappel, l'objectif de ce mandat est de constituer une base décisionnelle pour les différents partenaires concernés.

## **13. Remerciements**

L'auteur tient à remercier chaleureusement tous les professionnels de la santé qui ont généreusement donné un peu de leur temps, partagé leur opinion et fourni consciencieusement les données indispensables lors des entretiens menés dans le cadre de ce projet.

### **Auteur:**

**Esther Merino Arnedo**

**Sociologue du travail**

**Développement des ressources stratégiques**

**1023 Crissier**

[esther.merino.a@gmail.com](mailto:esther.merino.a@gmail.com)

**Mobile +41 (0)79 844 54 32**

Crissier, le 27 septembre 2011

## ANNEXES

### Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés

Evolution du cahier des charges des aides-soignant-es aux HUG					
Liste des entretiens réalisés entre juin et septembre 2011					
No	Département	Fonction	Prénom	Nom	Date de l'entretien
1	Direction générale	Directeur des ressources humaines	Jacques	Hertzschuch	09.06.2011
2	Direction générale	Directeur des soins	André	Laubscher	21.06.2011
3	Neurosciences cliniques	Directeur des soins	Pierre	Brennenstuhl	27.06.2011
4	Neurosciences cliniques	IRUS	Brigitte	Victor	27.06.2011
5	Neurosciences cliniques	Infirmière spécialisée	Agnès	De Oliveira	27.06.2011
6	Neurosciences cliniques	Aide-soignante	Jocelyne	Duc	27.06.2011
7	Neurosciences cliniques	Aide-soignante	Yamina	Guenifi	27.06.2011
8	Chirurgie	Directrice des soins	Odile	Brulhart	29.06.2011
9	Enfant et adolescent	Responsable des soins	Sylvie	Loiseau	30.06.2011
10	Gastro-entérologie	Aide-soignante	Maria	Hoffland	23.08.2011
11	Hôpital de jour	Aide-soignante	Judith	Perez	23.08.2011
12	Dpt médical de chirurgie Service de chirurgie orthopédique septique	Aide-soignante	Deborah	Bouyol	26.08.2011
13	Endoscopie	Aide-soignante	José	Antunes	26.08.2011
14	Gynécologie et obstétrique	Directrice des soins	Catherine	Citherlet	26.08.2011
15	Maternité - pré-natal	Sage-femme resp.	Bérengère	Pierret	26.08.2011
16	Maternité - post-partum	Sage-femme	Pascale	Benzonana	26.08.2011
17	Gynécologie et obstétrique	Aide-soignante	Margarida	Cardoso	26.08.2011
18	Gynécologie et obstétrique/urgences	Auxiliaire de santé	Janet	Arthur	26.08.2011
19	Chirurgie	IRUS	Miguel	Ferreira	26.08.2011
20	Chirurgie viscérale	Infirmière	Françoise	Georges	26.08.2011
21	Chirurgie/orthopédie	Aide-soignante	Sabine	Spiess	26.08.2011
22	Chirurgie ambulatoire	Aide-soignante	Elsa	Portela	26.08.2011
23	Réadaptation et médecine palliative (Bellerive)	Directrice des soins	Mireille	Balahoczki	30.08.2011
24	Réadaptation et médecine palliative (Bellerive)	IRUS	Dominique	Paillet	30.08.2011
25	Réadaptation et médecine palliative (Bellerive)	Infirmière	Marie-Jo	Alves	30.08.2011
26	Réadaptation et médecine palliative (Bellerive)	Aide-soignante	Marie-Claude	Oppliguer	30.08.2011
27	Soins palliatifs	Aide-soignante	Marie-José	Pradel	30.08.2011
28	Enfant et adolescent	IRUS	Ursula	Frei	01.09.2011
29	Enfant et adolescent	Aide-soignante	Maria Josefa	Sanchez Areosa	01.09.2011
30	Enfant et adolescent	Aide-soignante	Sourya	Turki	01.09.2011
31	Médecine interne	Aide-soignante	Isabelle	Eynard	01.09.2011
32	Médecine Interne	Infirmière adjointe, responsable des soins	Charline	Couderc	05.09.2011
33	Médecine Interne - dermatologie	IRUS	Emmanuelle	Bochud	05.09.2011
34	Médecine - Pneumologie	Infirmière	Patricia	Bonnet	05.09.2011
35	Médecine Interne - dermatologie	Aide-soignante	Maria	Tomas	05.09.2011
36	Cardiologie	Aide-soignante	Laurence	Erba	05.09.2011
37	Médecine interne	Aide-soignante	Philippe	Tavel	12.09.2011

## Annexe 2 – Guide d’entretien – Aide-soignant-e - HUG

### Guide d’entretien- Aide-soignant-e - HUG

Genève, le ..... 2011

#### CONFIDENTIALITE :

LES RÉPONSES VONT RESTER CONFIDENTIELLES ET LES RÉSULTATS SERONT INTÉGRÉS DE MANIÈRE ANONYME.

ATTENTE DES SYNDICATS : MEILLEURE RECONNAISSANCE SALARIALE ET MEILLEURE COMPLEMENTARITE AVEC LES INFIRMIERES

#### DONNÉES PERSONNELLES

Prénom et nom : .....

Sexe :            féminin                            masculin                            Année de naissance : .....

Taux d’occupation : .....

Enfant(s) :        .....moins de 4 ans        .....entre 4 et 12 ans        .....plus de 12 ans

Formation : ..... Ecole : .....Durée : .....Titre : .....

Formation(s) continue(s) : .....

Fonction : .....depuis.....

Service : .....depuis .....

Nombre d’années d’expérience dans la santé : .....

Logement :                            Suisse                            France

#### QUESTIONS

**0. Changement dans le contexte de travail**: Ces dernières années, y a-t-il eu des changements dans votre contexte de travail, service et hôpital ? Si oui, lesquels et quand?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ces 13 dernières années, quels sont les **changements significatifs** concernant vos activités d'aide-soignant-e aux HUG par rapport aux éléments suivants :

**1. Effort physique (pénibilité): quelle est son évolution dans le temps ?**

1.1 Beaucoup plus important	OUI	NON
1.2 Plus important	OUI	NON
1.3 D'importance égale	OUI	NON
1.4 Moins important	OUI	NON
1.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires :.....  
.....  
.....

**2. Environnement (pénibilité: bruit, froid, intérieur, extérieur, vibrations,..):**

**quelle est son évolution dans le temps ?**

2.1 Beaucoup plus pénible	OUI	NON
2.2 Plus pénible	OUI	NON
2.3 Sans changement significatif	OUI	NON
2.4 Moins pénible	OUI	NON
2.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires :.....  
.....  
.....

**3. Psychique (pénibilité): quelle est son évolution dans le temps ?**

3.1 Beaucoup plus pénible	OUI	NON
3.2 Plus pénible	OUI	NON
3.3 Sans changement significatif	OUI	NON
3.4 Moins pénible	OUI	NON
3.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires :.....  
.....  
.....

**4. Horaire (pénibilité : nuits, horaire à coupure, temporaire,..):**

**quelle est son évolution dans le temps ?**

4.1 Beaucoup plus pénible	OUI	NON
4.2 Plus pénible	OUI	NON
4.3 Sans changement significatif	OUI	NON
4.4 Moins pénible	OUI	NON
4.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires :.....  
.....  
.....

**5. Efforts intellectuels: quelle est l'évolution dans le temps ?**

5.1 Beaucoup plus importants	OUI	NON
5.2 Plus importants	OUI	NON
5.3 D'importance égale	OUI	NON
5.4 Moins importants	OUI	NON
5.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires :.....  
.....  
.....

**6. Responsabilités: quelle est l'évolution dans le temps ?**

6.1 Beaucoup plus importantes	OUI	NON
6.2 Plus importantes	OUI	NON
6.3 D'importance égale	OUI	NON
6.4 Moins importantes	OUI	NON
6.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires : .....

**7. Connaissances: avez-vous dû acquérir de nouvelles connaissances pour continuer à faire votre travail? Et si oui, lesquelles?**

7.1 Beaucoup de nouveautés	OUI	NON
7.2 Quelques nouveautés	OUI	NON
7.3 Sans changement significatif	OUI	NON
7.4 Connaissances manquantes	OUI	NON
7.5 Ne sait pas	OUI	NON

Nouvelles connaissances : .....

Commentaires : .....

**8. Activités: faites-vous de nouvelles activités voire des activités supplémentaires ?**

**Et si oui, lesquelles?**

8.1 Beaucoup d'activités nouvelles ou supplémentaires	OUI	NON
8.2 Quelques activités nouvelles ou supplémentaires	OUI	NON
8.3 Sans changement significatif	OUI	NON
8.4 Activités en moins	OUI	NON
8.5 Ne sait pas	OUI	NON

Activités nouvelles ou supplémentaires : .....

Commentaires : .....

**9. Technique (règles-protocoles): quelle est l'évolution de l'importance de la technique dans les activités de l'AS ?**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 9.1 Les aspects techniques sont de plus en plus importants   | OUI | NON |
| 9.2 Sans changement significatif                             | OUI | NON |
| 9.3 Les aspects techniques sont de moins en moins importants | OUI | NON |
| 9.4 Ne sait pas  | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**10. Effectifs : pensez-vous qu'il y a un changement dans les effectifs (augmentation/diminution de la dotation) dans les services ? (sens de l'évolution de ces dernières années) ?**

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 10.1 Plus de dotation pour la même charge de travail  | OUI | NON |
| 10.2 Dotation stable                                  | OUI | NON |
| 10.3 Moins de dotation pour la même charge de travail | OUI | NON |
| 10.4 Ne sait pas                                      | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**11. Charge de travail: pensez-vous qu'il y a un changement dans la charge de travail pour les AS (augmentation/diminution pour le même temps imparti)? (sens de l'évolution de ces dernières années) ?**

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 11.1 Beaucoup plus de charge de travail dans le même temps | OUI | NON |
| 11.2 Plus de charge de travail dans le même temps          | OUI | NON |
| 11.3 Même charge de travail (+ ou -) dans le même temps    | OUI | NON |
| 11.4 Moins de charge de travail dans le même temps         | OUI | NON |
| 11.5 Ne sait pas   | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**12. Information :** de manière générale, pouvez-vous faire votre travail de manière autonome et disposez-vous de toute l'information dont vous avez besoin pour le réaliser?

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 12.1 Très autonome et dispose de toute l'info. nécessaire    | OUI | NON |
| 12.2 Autonome et avec la plupart du temps l'info. nécessaire | OUI | NON |
| 12.3 Assez autonome et avec le minimum d'info. nécessaire    | OUI | NON |
| 12.4 Très dépendante des infirmières et manque d'info.       | OUI | NON |
| 12.5 Ne sait pas   | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**13. Contenu du travail:** comment trouvez-vous votre travail ?

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 13.1 Très intéressant et très varié                | OUI | NON |
| 13.2 Intéressant et varié                          | OUI | NON |
| 13.3 Relativement intéressant et souvent répétitif | OUI | NON |
| 13.4 Inintéressant et répétitif                    | OUI | NON |
| 13.5 Ne sait pas                                   | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**14. Cahier des charges :** pensez-vous, de manière générale, que le cahier des charges (CDC) des AS est respecté ou alors que beaucoup de tâches qui ne sont pas mentionnées dans le cahier des charge leurs reviennent ? Si oui, lesquelles ?

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 14.1 Le CDC des AS est toujours respecté       | OUI | NON |
| 14.2 Le CDC des AS est très souvent respecté   | OUI | NON |
| 14.3 Le CDC des AS n'est pas toujours respecté | OUI | NON |
| 14.4 Le CDC des AS n'est pas du tout respecté  | OUI | NON |
| 14.5 Ne sait pas                               | OUI | NON |

Quelles sont les tâches n'étant pas mentionnées dans le CDC qui sont attribuées aux AS ? :  
.....  
.....  
.....

Commentaires :.....  
.....

**15. Collaboration avec les infirmiers/ières** : que pensez-vous, de manière générale, de la collaboration avec les infirmiers/ères ?

- |                              |     |     |
|------------------------------|-----|-----|
| 15.1 Excellente              | OUI | NON |
| 15.2 Bonne                   | OUI | NON |
| 15.3 Pourrait être améliorée | OUI | NON |
| 15.4 Insatisfaisante         | OUI | NON |
| 15.5 Ne sait pas             | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**16. Arrivée des ASSC** : comment percevez-vous l'arrivée des ASSC aux HUG ?

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 16.1 Très positive                     | OUI | NON |
| 16.2 Positive                          | OUI | NON |
| 16.3 Sans impact sur le travail des AS | OUI | NON |
| 16.4 Menaçante pour l'AS               | OUI | NON |
| 16.5 Ne sait pas                       | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**17. Classe salariale** : Pensez-vous que la fonction de l'AS devrait être réévaluée à la hausse?

- |                                     |     |     |
|-------------------------------------|-----|-----|
| 17.1 De plusieurs classes           | OUI | NON |
| 17.2 D'une classe au moins          | OUI | NON |
| 17.3 La classification est correcte | OUI | NON |
| 17.5 Ne sait pas                    | OUI | NON |

Commentaires :.....  
.....  
.....

**18. Rôle de l'AS :** Est-ce que le rôle de l'AS par rapport aux patients, aux familles, et aux autres collègues, a changé ces dernières années ? (précisez envers qui et en quoi)

18.1 De grands changements	OUI	NON
18.2 Certains changements	OUI	NON
18.3 Pas de changements significatifs	OUI	NON
18.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires : .....

.....

.....

**19. Reconnaissance:** Pensez-vous que la fonction d'AS est reconnue et valorisée ?

19.1 Pleinement reconnue et valorisée	OUI	NON
19.2 Assez bien reconnue et valorisée	OUI	NON
19.3 Pas particulièrement reconnue et valorisée	OUI	NON
19.4 Insuffisamment reconnue et valorisée	OUI	NON
19.5 Ne sait pas	OUI	NON

Commentaires : .....

.....

.....

**20. Satisfaction générale?**

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 1. Très satisfait/e               |
| 2. Satisfait/e                    |
| 3. Acceptable                     |
| 4. Grand potentiel d'amélioration |
| 5 Ne sait pas                     |

20.1 Conditions de travail :	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20.2 Conditions salariales:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
20.3 Possibilité d'évolution:	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Commentaires :.....  
.....  
.....

21. Quelles sont vos attentes pour le futur ? Quelles possibilités d'amélioration voyez-vous ?

22. De tous les thèmes que nous avons abordés, quels sont les 3 thèmes qui sont les plus importants pour vous (dans l'ordre d'importance) ?

Grille d'entretien avec les aides-soignant-e-s, HUG

Crissier, juin 2011, em

## Annexe 3 – Liste des figures

Figure 1 – Plan de travail et organisation du projet	4
Figure 2 – Facteurs du changement et constats sur les patients (HUG – 2011)	6
Figure 3 – Nombre de personnes par fonction (HUG – 2011)	8
Figure 4 – Fonction et classes salariales (HUG – 2011)	9
Figure 5 – Fonction, classe salariale, salaire (HUG – 2011)	9
Figure 6 – Représentativité de l'échantillon	28
Figure 7 - Critères de comparaison	29
Figure 8 – Départements retenus pour l'échantillon	30
Figure 9 – Personnes proposées par les syndicats	30
Figure 10 – Tableau de synthèse des changements mentionnés spontanément	32
Figure 11 – Tableau des chiffres sur l'effort physique	33
Figure 12 – Histogramme sur l'effort physique	34
Figure 13 – Tableau des chiffres sur la pénibilité de l'environnement	34
Figure 14 – Histogramme sur la pénibilité de l'environnement	35
Figure 15 – Tableau des chiffres sur la pénibilité psychique	35
Figure 16 – Histogramme sur la pénibilité psychique	36
Figure 17 – Tableau des chiffres sur la pénibilité due aux horaires	36
Figure 18 – Histogramme sur la pénibilité due aux horaires	37
Figure 19 – Tableau des chiffres sur les efforts intellectuels	37
Figure 20 – Histogramme sur les efforts intellectuels	38
Figure 21 – Tableau des chiffres sur l'évolution des responsabilités	38
Figure 22 – Histogramme sur l'évolution des responsabilités	39
Figure 23 – Tableau des chiffres sur l'acquisition de nouvelles connaissances	39
Figure 24 – Histogramme sur l'acquisition de nouvelles connaissances	40
Figure 25 – Tableau des chiffres sur les nouvelles activités	40
Figure 26 – Histogramme sur les nouvelles activités	41

Figure 27 – Tableau des chiffres sur les l'évolution de l'importance technique	41
Figure 28 – Histogramme sur l'évolution de l'importance technique	42
Figure 29 – Tableau des chiffres sur l'augmentation/diminution de la dotation	42
Figure 30 – Histogramme sur l'augmentation/diminution de la dotation	43
Figure 31 – Tableau des chiffres sur l'augmentation/diminution de la charge de travail	43
Figure 32 – Histogramme sur l'augmentation/diminution de la charge de travail	44
Figure 33 – Tableau <sup>14</sup> des chiffres sur l'autonomie et l'accès à l'information	44
Figure 34 – Histogramme sur l'autonomie et l'accès à l'information	45
Figure 35 – Tableau des chiffres sur l'autonomie et l'accès à l'information	45
Figure 36 – Histogramme sur l'autonomie et l'accès à l'information	46
Figure 37 – Tableau des chiffres sur le respect du cahier des charges	46
Figure 38 – Histogramme sur le respect du cahier des charges	47
Figure 39 – Tableau des chiffres sur la collaboration avec les infirmières	47
Figure 40 – Histogramme sur la collaboration avec les infirmières	48
Figure 41 – Tableau des chiffres sur la perception de l'arrivée des ASSC	48
Figure 42 – Histogramme sur la collaboration avec les infirmières	49
Figure 43 – Tableau des chiffres sur la hausse de la classe salariale	49
Figure 44 – Histogramme sur la hausse de la classe salariale	50
Figure 45 – Tableau des chiffres sur le changement du rôle de l'aide-soignante	50
Figure 46 – Histogramme sur le changement du rôle de l'aide-soignante	51
Figure 47 – Tableau des chiffres sur la reconnaissance et valorisation	51
Figure 48 – Histogramme sur la reconnaissance et valorisation	52
Figure 49 – Tableau des chiffres satisfaction générale sur les conditions de travail	52
Figure 50 – Histogramme satisfaction générale sur conditions de travail	53
Figure 51 – Tableau des chiffres satisfaction générale sur conditions salariales	53

---

<sup>14</sup> Il manque 5 réponses à cette question car lors des 5 premiers entretiens, cette question n'a pas été posée.

Figure 52 – Histogramme satisfaction générale sur aux conditions salariales	54
Figure 53 – Tableau des chiffres satisfaction générale sur possibilités d'évolution	54
Figure 54 – Histogramme satisfaction générale sur possibilités d'évolution	55
Figure 55 – Tableau des suggestions d'améliorations	56
Figure 56 – Synthèse des résultats des critères de comparaison	57
Figure 57 – Importance de la prise en charge des patients et la pénibilité du travail	58
Figure 58 – Diminution de la durée d'hospitalisation & Pénibilité du travail	59
Figure 59 – Proximité par rapport au patient	59