



Monsieur Pierre-François Unger  
Conseiller d'Etat  
Département des Affaires  
régionales, de l'Economie et de la  
Santé 14, rue de l'Hôtel-de-Ville,  
CP 3984, 1211 Genève 3

Genève, le 25 février 2010.

**Concerne** : réévaluation de la fonction aide soignant (e) HUG

Monsieur le Conseiller d'Etat,

Nos syndicats s'adressent à vous pour vous demander la réévaluation de la fonction aide-soignante HUG par l'entremise du SEF.

Nous demandons qu'elle soit réévaluée en classe 10.  
Par ailleurs, nous estimons que la fonction ASSC HUG est mal classée.  
Selon nos analyses elle mérite au moins la classe 11.

Aux pages suivantes, notre argumentaire.  
Afin d'en débattre avec vous et de connaître votre position quant à notre demande, nous sollicitons une entrevue spéciale dans de brefs délais et séparée de la séance départementale, d'une durée d'une heure, soit avant mi-mars.

Dans l'attente d'un contact de votre part afin de connaître cette date, nous vous souhaitons bonne lecture de l'argumentaire.

# Argumentaire SIT et SSP Aide-soignante HUG

## EVALUATION DES FONCTIONS : AIDES-SOIGNANTS (TES)

	Evaluation du SEF 1998	Notre proposition
Formation	D (15 points)	E (18 points)
Expérience	B (4 points)	C (7 points)
Efforts intellectuels	D (21 points)	F (31 points)
Efforts physiques	C (11 points)	D (15 points)
Responsabilités	D (20 points)	E (25 points)
	71	96
	Classe 7	Classe 10

### Introduction

Dans le cadre de la procédure de réévaluation de la fonction d'aide-soignant(e) (ci-après AS), un nouveau cahier des charges a été élaboré en 2009. Celui-ci est assez conforme à la réalité quotidienne des AS même si les multiples aspects spécifiques des différents services de soins sont difficiles à faire ressortir dans un seul et unique document.

Les AS ont insisté pour intégrer à ce cahier des charges un point important concernant la transmission des observations et informations relatives aux patients.

Depuis 2009 les AS doivent accéder au DPI (dossier patient informatisé) avec introduction du suivi du patient (cible).

Un autre aspect de la fonction d'AS qui n'apparaît pas dans le cahier des charges et que nous tenons à signaler, est la polyvalence à laquelle sont confrontés un nombre toujours plus important de titulaires : le changement de service au pied levé afin de palier au manque d'effectif est en effet monnaie courante dans certains départements. Cette flexibilité exige un effort d'adaptation relativement important, induisant des efforts intellectuels supplémentaires et une plus grande responsabilité de l'employé-e.

Nous avons donc revu le projet de l'AS à propos des cinq critères sous-évalués par le SEF selon nous.

## **I. FORMATION PROFESSIONNELLE**

**E : NIVEAU D** (= niveau d'un CFC obtenu en 2 ans + formations complémentaires) 18 points

En effet, nous estimons que la formation AS ne suffit pas pour acquérir un niveau théorique et pratique suffisant pour une prise en charge correct des patients.

Les formations complémentaires sont indispensables à la bonne prise en charge des pathologies de tout type auxquelles les AS font face quotidiennement.

Nous citons quelques unes des formations qu'elles-ils doivent suivre :

- Impact de la voix dans la communication professionnelle.
- Ecoute active dans la relation.
- Informatique institutionnelle aux HUG : familiarisation pour personnel soignant.
- Encadrer un stagiaire, un apprenti, un nouveau collaborateur.
- Vieillesse cérébrale.
- Addictions : relations avec les personnes dépendantes.
- Diabète : soins, enseignement, accompagnement des personnes et de leur entourage.
- Documentation clinique : diagnostics infirmiers et transmissions ciblées.
- Escarres et bandages : autonomie de l'aide dans la prévention.

## **II : EXPERIENCE PROFESSIONNELLE**

**C : NIVEAU B** + connaissances de plusieurs domaines connexes  
7 points

L'expérience montre qu'un-e aide-soignant-e qui a achevé sa formation en école et obtenu son diplôme a malgré tout besoin d'au moins 3 années de pratique sur le terrain pour être opérationnelle. En effet, pour occuper un poste d'aide-soignant-e de manière optimale, tout en préservant la qualité des soins, l'expérience du terrain est primordiale.

Un-e AS a aussi besoin de connaissances spécifiques pour répondre aux différents types de soins car, au cours de sa carrière elle va être amenée à travailler dans différents services qui traitent différentes pathologies.

### **III : EFFORTS INTELLECTUELS**

Notre proposition : niveau F – 31 points – c'est-à-dire, selon le SEF :  
« Efforts de réflexion, de combinaison et d'explication tels qu'on les rencontre dans un domaine d'application avec des tâches simples mais variées

Ou

Dans un domaine d'application avec des tâches plus difficiles mais peu variées

Ou

Efforts de réflexion et d'initiative pour des travaux variés mais partiellement programmés, pour lesquels il s'agit d'élaborer des propositions de solutions ou, dans certains, cas de prendre des décisions en vue de leur exécution »

#### **Extraits du cahier de charges de 2009 :**

- Participer à l'accueil du patient et à l'information utile à son séjour.
- Aider le patient à garder contact avec son entourage et sa famille.
- Initier et proposer aux patients des activités permettant d'occuper son temps.
- Contribuer aux soins relationnels et de confort aux patients en fin de vie.
- Participer aux mesures visant à assurer la sécurité du patient.
- Transmettre oralement à l'infirmière les observations et les transcrire dans le dossier informatique du patient (DPI).
- Participer à l'information et à l'enseignement du patient.
- Effectuer des commandes de repas par le système Winrest

En outre, il faut une grande capacité d'observation et d'écoute

- Reconnaître la signification de certaines expressions et savoir adapter le mode de communication

- Percevoir les besoins ainsi que les habitudes pour pouvoir planifier en conséquence
- Observer et contrôler l'efficacité de son travail
- Donner des soins adaptés en tenant compte de la personnalité de l'aidant et de ses besoins
- Aider les patients à communiquer et exprimer ce qu'ils ressentent
- Aider les patients à comprendre ce qui se passe et les soutenir dans leur choix
- Faire en sorte que les patients vivent leur situation dans les meilleures conditions possibles.
- La participation de l'aide-soignant-e est active à tous les niveaux de la prise en charge.
- L'aide-soignant-e est très proche du patient et recueille en permanence des informations qu'elle transmet aux autres soignants.

Le rôle de l'aide-soignant-e auprès des patients se situe à plusieurs niveaux.

Des grandes capacités d'observation sont également demandées tant au niveau des patients que des moyens auxiliaires à utiliser.

La prise en charge de patients de manière autonome implique une observation scrupuleuse de la personne à soigner. C'est l'AS, confronté-e à une situation qui varie selon l'état du malade, qui établit des priorités, prend des initiatives, planifie et organise son travail en tenant compte de la particularité de chaque situation. Une AS soit être en mesure de réagir rapidement à toute situation et de prendre les décisions qui s'imposent sans pouvoir toujours compter sur l'assistance du personnel infirmier et plus largement par la philosophie actuelle en matière de soins, exige des efforts soutenus de réflexion, d'observation et d'explication sans lesquels l'adéquation entre les besoins du patients et des soins appropriés ne pourrait exister.

Nous aimerions insister sur le côté relationnel de la fonction d'AS qui est difficilement quantifiable selon les critères du SEF mais qui n'en est pas moins extrêmement important, pour ne pas dire essentiel. La qualité de l'écoute et de l'attention que l'AS doit offrir à ses patients relèvent d'une capacité particulière qui fait partie intégrante des professions de la santé. Cette capacité se doit d'être reconnue et valorisée, en tenant compte notamment de l'effort intellectuel qu'elle exige.

La polyvalence exigée aujourd'hui demande une grande souplesse d'adaptation intellectuelle à l'AS, sur laquelle nous avons déjà attiré votre attention et dont la pratique a tendance à s'intensifier au sein des

HUG. Ce point doit également être comptabilisé puisqu'il suppose un effort important et génère un stress non négligeable.

#### **IV : EFFORTS PHYSIQUES**

D : Notre proposition : niveau D – 15 points

Activité manuelle comportant une activité importante de la musculature générale.

Activités comportant essentiellement des allées et venues avec des montées d'escaliers ou activités manuelles avec charges importantes de la musculature générale.

- Le vieillissement de la population ainsi que le raccourcissement de la durée de séjour entraînent plus d'effort de mobilisation des patients très important pour les AS.
- Dans les unités de soins la majorité des patients est en âge AVS, voire, de plus de 80 ans.
- Le raccourcissement de la durée de séjour impliquent un effort musculaire important (installation de lit, départ de patients)
- Les personnes très dépendantes pour d'autres raisons que l'âge demande également beaucoup de mobilisation
- Les toilettes et shampoing dans le lit, le changement de la literie, de même que tous les soins à prodiguer alors que le patient garde le lit (changement de position fréquents pour éviter les escarres demande beaucoup d'efforts physiques
- Installation des patients sur la chaise roulante et déplacements, aide à la marche, remise au lit sont des efforts continus à fournir
- Rangement du matériel dans le magasin (étagères de bas en haut)

#### **Commentaires :**

Outre le fait que la fonction d'AS implique de très nombreuses allées et venues dans les locaux, le plus souvent peu ergonomiques, la quasi totalité des actes effectués par les AS durant une journée « type » requière une charge importante de la musculature, tout particulièrement lors de l'installation, des transferts, du patient pour les soins et le confort de ce dernier. La plupart de ces actes sont exécutés plusieurs fois, de jour comme de nuit, en raison de l'âge avancé des patients et de leur manque d'autonomie.

Le raccourcissement des hospitalisations implique des tâches hôtelières (installation, départ) répétitives, ce qui nécessite des efforts physiques conséquents. Le manque d'effectif oblige souvent l'AS à effectué seul des manipulations auprès du patient, alors que deux, voir trois soignant-e-s sont nécessaire. Malgré les moyens auxiliaires à disposition, les efforts musculaires restent importants. Les nombreuses douleurs dorsales

contractées durant l'exercice de leur travail, est représentatif de la lourdeur des gestes effectués.

Différentes études sur la pénibilité du travail des AS démontrent que la charge physique réelle se rapproche plus d'un ouvrier du bâtiment plutôt que d'une employée de bureau ou d'une vendeuse. Or, selon les résultats du SEF, l'effort physique d'une AS n'est pas plus conséquent que celui d'une dactylographe, d'un opérateur de saisies informatique ou d'une aide-bibliothécaire, ce qui nous laisse perplexe et paraît impensable à qui a déjà mis les pieds dans un service de soins.

## **V : NIVEAU DE RESPONSABILITE**

Notre proposition : niveau E - 25 points

Direction d'un secteur dont les tâches sont simples. Il est possible que les erreurs ne soient pas immédiatement découvertes et puissent entraîner, lors de vérifications ultérieures, des pertes de temps et/ou des difficultés dans le déroulement des travaux du secteur concerné.

Les informations peuvent revêtir un caractère confidentiel dont la transgression aurait des répercussions sur le secteur concerné.

Activité autonome dans un domaine qualifié.

### **Commentaires :**

Grace à la mise en place d'une formation reconnue et certifiée des AS, une autonomie propre à la fonction (activité) s'est développée et leur ai demandé.

Le nouveau cahier des charges affirme un éventail plus large de compétences reconnues à l'aide-soignante ainsi que cette autonomie grandissante en fixant dans les valeurs-clé que « dans le cadre de ses compétences, l'aide-soignante est apte à prendre en charge certaines activités d'une manière autonome ». Aussi, parmi les valeurs-clés, il est indiqué que « l'aide-soignante est responsable de ses actes et connaît les possibilités et limites de son rôle ». Force est de souligner que cette autonomie ne se limite pas à l'entretien et aux tâches de ménage, mais est bel et bien présente dans les divers domaines des soins décrits dans le cahier des charges.

L'augmentation des taches administratives chez les infirmières oblige les AS à être encore plus présent-e-s auprès des patients pour assurer des soins divers.

Aussi, le nouveau cahier des charges reconnaît mieux le rôle important que l'aide-soignante exerce dans l'établissement de la relation de soin avec le patient. De par ses tâches et responsabilités, il s'agit de la

professionnelle qui, plusieurs fois par jour ou par nuit, passe concrètement le plus de temps en contact direct et étroit avec le malade. Cette proximité constante, fait de l'aide-soignante un interface précieux dans la surveillance et l'administration des soins de la part de toute l'équipe soignante et médicale.

Cet aspect relationnel doit être pris en compte dans la réévaluation.

A ce sujet, après comparaison avec d'autres fonctions évaluées par le SEF, nous constatons que la responsabilité d'une AS est jugée moindre que celle d'une secrétaire ou d'un gardien de prison. Or, la prise en charge de personnes hospitalisées, handicapées, dépendantes, affaiblies physiquement ou psychologiquement, souffrantes ou en fin de vie relève d'une responsabilité importante. Si l'on considère le groupe de patients dont l'AS à la charge, comme son secteur d'activité, la définition du SEF que nous proposons reflète absolument la réalité : les difficultés dues aux erreurs éventuelles de même que le caractère confidentiel des informations sont, selon nous, évidents.

Encore une fois, les efforts d'adaptation ainsi que la responsabilité requise par la polyvalence croissante des AS devraient être pris en considération.

#### **Autres observations :**

Pour conclure nous remarquons que le groupe professionnel des AS, est, depuis toujours, composé essentiellement de femmes. La profession d'AS, dans le sillage de celle d'infirmière, est une profession dite féminine.

Or, ce n'est guère nouveau de constater, par un exemple concret, que la grille d'analyse du SEF révèle des lacunes, notamment par l'absence de prise en considération des critères d'ordre psychosociaux et relationnels (aptitude à entrer en relation, à communiquer, à coopérer, à faire preuve d'empathie, à gérer le stress, etc.) qui sont très importants dans l'exercice des professions soignantes.

Compte tenu de la non prise en compte de ces critères, qui correspondent à une exigence majeure de la profession, nous estimons que les AS, privées de la reconnaissance de certains aspects de leur profession, subissent une discrimination indirecte au sens de la loi fédérale sur l'égalité entre hommes et femmes.

En attendant une réponse rapide et positive, nous vous adressons, Monsieur le Conseiller d'Etat, nos salutations les meilleures.

  
Pour le SIT  
Manuela Cattani

  
Pour le SSP/Vpod  
Corinne Beguelin