



# Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2016 - n°04  
Septembre 2016

## **Quel avenir pour les EHPAD ?**

*(Établissements d'Hébergement  
pour Personnes Âgées Dépendantes)*

**L**e vieillissement démographique et les politiques visant au maintien à domicile des personnes âgées, d'où un âge plus tardif d'entrée en EHPAD (85 ans), amènent de fait une dégradation de la perte d'autonomie et de l'état de santé des résident.e.s.

Les évolutions de financement conduisent à une restriction des budgets, impactant la tarification et l'hébergement et les effectifs en personnels. Parallèlement, la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la circulaire du 22 avril 2016 sur la mise en place des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) en 2017, renforcent les exigences vis-à-vis des établissements, de leur fonctionnement et de l'activité déployée par les professionnel.le.s.

Les conditions de travail sont marquées par une forte charge de travail, aggravée par un manque de personnel qualifié (métier non reconnu, sous payé, précaire...).

Le risque d'épuisement professionnel, lié à la pression affective et professionnelle, est important. La confrontation journalière à la souffrance, à la déchéance physique et mentale, à la mort, sont autant de risques pour la santé psychique des soignant.e.s.

Ceci n'est qu'un survol des risques psychosociaux.

Vos témoignages doivent nous interroger :

- ▶ « *Comment aimerions nous travailler ?* »
- ▶ « *Qu'est-ce qu'un travail de qualité ?* »
- ▶ « *Comment repérer dans l'organisation du travail les effets sur la santé des salarié.e.s ?* ».



***Avec la CGT, prenons en main  
nos conditions de travail,  
faisons-nous entendre !***

Fédération de la Santé et de l'Action Sociale

263, rue de Paris • Case 538 • 93515 Montreuil Cedex • Tél. : 01 55 82 87 70 • Site internet : [www.sante.cgt.fr](http://www.sante.cgt.fr) • E-mail : [com@sante.cgt.fr](mailto:com@sante.cgt.fr)

# Financement, tarification : ce qui va changer



*Le financement de nos secteurs d'activité subit depuis plusieurs années des réformes de la tarification. Mais celle que va avoir lieu en 2017 dans le secteur des personnes âgées et de la dépendance est sans précédent.*

La mise en place de l'obligation de signer des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens) et de réaliser ainsi, non plus des budgets prévisionnels mais des États Provisionnels de Recettes et de Dépenses (EPRD) va engendrer des différentiels négatifs pour nos établissements.

## *Comment et avec qui ?*

Aujourd'hui, l'ARS met en place des outils permettant de calculer à la baisse les besoins des usagers en soins afin de générer des économies d'échelle. Actuellement, les dotations de soins allouées aux EHPAD sont arrêtées annuellement par les directeurs généraux des ARS. Leurs montants sont déterminés soit en fonction de dotations historiques (acquises), soit en fonction d'une évaluation des soins médico-techniques requis sur la base du référentiel « PATHOS ».

Dans ce dernier cas, le besoin de soins évalué conjugué à la dépendance moyenne de la population hébergée (GMP)<sup>1</sup> sont convertis en un nombre de points GMPS<sup>2</sup>.

Ce GMPS multiplié par la capacité de l'établissement (nombre de lits) et par la valeur du point permet de déterminer une dotation théorique.

Mais voilà, cette dotation théorique dépend aussi du périmètre de soins couverts, donc de l'option tarifaire de l'établissement et de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), ce qui génère déjà des inégalités entre les établissements et les territoires nationaux.

Cette dotation théorique a donc une valeur plafond dans le cadre du principe de « convergence tarifaire » mais tend à être considérée comme une cible par de nombreux acteurs. C'est à ce moment là de la tarification que l'État et les conseils départementaux fixent leurs tarifs, puis règlent un tiers de la note et enfin contrôlent les établissements.

Au bout de ce processus de financement c'est bien le/la résident.e qui finance la majeure partie du prix de son séjour. C'est ce que l'on appelle le reste à charge.

1) GMP : Groupe iso-ressource moyen pondéré  
2) GMPS : Groupe iso-ressource moyen pondéré soins

## *CPOM - EPRD : deux abréviations qui vont changer la face des EHPAD*

Dans moins de 4 mois, la nouvelle réforme tarifaire des EHPAD entrera en vigueur. Avec elle, l'arrivée du CPOM et de l'EPRD va profondément modifier la manière de gérer un EHPAD.

Sommes-nous prêts ? Pensez-vous tout savoir sur ces nouveaux outils et leurs incidences sur votre travail ?

Votre convention tripartite arrive à échéance cette année ? Eh bien elle ne sera pas renouvelée ! Autant de questions qui aujourd'hui encore n'ont pas toutes de réponse...

## Qu'en est-il ?

**A la place, vous signerez avec l'ARS et le conseil départemental un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).**

Tout ça n'est pas très nouveau pour nous... puisque tout le monde en parle depuis la sortie en décembre 2015 de la Loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement, Loi dite « AVS ».

La Fédération, à travers son collectif « personnes âgées » va essayer de vous aider à comprendre ce qui se cache vraiment derrière cette réforme.

## A savoir :

En terme de contractualisation, le CPOM ne change pas grand-chose pour les établissements indépendants.



**Pour les groupes en revanche, qu'ils soient publics ou privés, la conséquence est majeure puisqu'au lieu de signer 10 conventions tripartites pour 10 EHPAD, un seul CPOM viendra s'y substituer.** Un CPOM pourra être conclu dans un cadre départemental voire régional et permettra de mutualiser les moyens sur un nombre important d'EHPAD et/ou de services.

L'autre changement important qui concerne, lui, tous les établissements y compris indépendants, est la mise en œuvre du principe de pluri annualité budgétaire.

Les conventions tripartites l'étaient aussi, direz-vous. Certes. Mais les engagements budgétaires des financeurs demeuraient en fait bordés dans des règles annuelles. Au point que les tableaux des effectifs sur cinq ans (durée d'une convention tripartite) pouvaient proposer une augmentation des ETP (effectif temps plein) au cours de la convention, et n'étaient même pas opposables à l'autorité de tarification.

**Avec le CPOM, adieu la négociation budgétaire annuelle ! D'un système de pilotage par les dépenses, on passe à un pilotage par les ressources.**

**Une nouvelle logique, donc, qui nécessite la mise en place d'une nouvelle mécanique réglée en deux temps :**

Sur le soin, par exemple, votre activité et vos GMP et PMP (Pathos Moyen Pondéré) définissent la dotation GMPS à laquelle vous avez droit. Ainsi, au début de chaque exercice, le gestionnaire reçoit son arrêté de tarification, basé sur cette dotation. Il transmet alors son EPRD (Etat Prévisionnel des Ressources et des Dépenses) à l'ARS et au Conseil Départemental qui détaillent comment ils comptent utiliser ces crédits.

A la fin de l'exercice, il transmet l'ERRD (Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses) de l'établissement ou de l'ensemble d'établissements. Ce document comptable détaille comment les ressources ont été utilisées au cours de l'année.

**Mais le grand changement réside dans l'affectation du résultat : Les excédents peuvent être affectés librement par le gestionnaire, quel que soit son statut et ne seront plus repris par l'ARS et le Conseil départemental... mais les déficits non plus !**

***Qu'est-ce qui caractérise un EHPAD ?***

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est une structure médicalisée habilitée par l'Etat à recevoir des personnes de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, pour des séjours permanents ou spécifiques (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil Alzheimer, etc.), et à leur dispenser des soins. L'EHPAD

peut être public, associatif, ou privé à but lucratif.

***Qu'est-ce qu'une convention tripartite ?***

Une convention tripartite est conclue entre le gestionnaire, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) et le président du conseil général. Elle fixe, pour une durée de cinq ans, les objectifs de qualité de la prise en charge et les moyens financiers de fonctionnement.

***Un EHPAD est-il soumis aux normes de la comptabilité publique ?***

Les établissements gérés par une personne publique sont soumis aux règles de la comptabilité publique.

Pour les EHPAD de droit privé, la nature publique des fonds alloués par les conseils généraux et l'assurance maladie au terme de la procédure réglementaire annuelle de tarification disparaît lors du versement des fonds. Ceux-ci ne sont donc assujettis ni à une comptabilité publique ni à l'emploi d'un comptable public. Ils tiennent une comptabilité et établissent un budget au titre d'une année civile.

***Quelles sont les ressources d'un EHPAD ?***

Les ressources d'un établissement dépendent notamment de la tarification de trois prestations appelées sections tarifaires :

- ▶ Le tarif « hébergement » .
- ▶ Le tarif « dépendance » .
- ▶ Le tarif « soins » .

**Que comprend le tarif « hébergement » ?**

Le tarif afférent à l'hébergement recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchisserie et d'animation de la vie sociale qui ne sont pas liées à la dépendance du résident.

- ▶ **Il inclut 100 % des dépenses relatives aux personnels chargés de l'animation, de l'accueil, des services généraux et de cuisine, 100 % des dépenses du personnel d'administration générale et de direction et 70 % des dépenses relatives aux agents de service hôtelier affectés au blanchissage, au nettoyage et au service des repas. Si l'établissement est à but lucratif, le tarif est assujéti à une TVA de 5,5 %.**

**Que comprend le tarif « dépendance » ?**

Le tarif « dépendance » intègre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie qui ne sont pas liées aux soins.



- ▶ **Il s'agit des surcoûts hôteliers liés à l'état de dépendance, par exemple : l'aide à l'habillage, à la toilette ou aux repas, les produits pour l'incontinence. Le tarif « dépendance » inclut 30 % des dépenses relatives aux agents de service affectés au blanchissage, au nettoyage et au service des repas, 30 % de celles relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques et 100 % des dépenses relatives au psychologue. Il est assujéti à une TVA de 5,5 %, si l'établissement est à but lucratif.**
- ▶ **Le président du conseil départemental arrête le tarif « hébergement » journalier dans les EHPAD habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale.**

### Que comprend le tarif « soins » ?

Les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des soins des résidents, les prestations paramédicales correspondant à leur dépendance.

- ▶ **Sont notamment exclus du tarif soins : les soins conservateurs, chirurgicaux et de prothèses dentaires, les honoraires des médecins spécialistes libéraux et les transports sanitaires.**

Lors de la signature de la convention tripartite, les EHPAD peuvent choisir un tarif « soins » **partiel ou global**.

- ▶ **Le premier prend en charge le salaire du médecin coordonnateur et les actes des infirmiers libéraux. Le second intègre, en plus, la rémunération des médecins généralistes libéraux ou des auxiliaires médicaux libéraux, certains examens de biologie et de radiologie et certains médicaments.**
- ▶ **Il inclut 70 % des dépenses relatives aux aides-soignants et aux aides médico-psychologiques et 100 % de celles relatives aux infirmiers, aux autres auxiliaires médicaux, aux pharmaciens et préparateurs en pharmacie et au médecin. Si l'EHPAD a opté pour une pharmacie à usage intérieur (PUI), les médicaments sont inclus.**
- ▶ **Le directeur général de l'ARS est chargé d'arrêter le forfait « soins » global, en prenant en compte le degré de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents. Cette compétence est exercée conjointement avec le président du département qui fixe le forfait global « dépendance » en fonction de la dépendance moyenne des résidents évaluée par un médecin selon la grille Aggir.**

### **Qui finance l'accueil et les soins ?**

Les coûts d'accueil et de soins en EHPAD se répartissent entre trois financeurs. En général, le tarif « hébergement » est entièrement à la charge du résident ou de sa famille, déduction faite,

éventuellement, de l'APL (Aide Personnalisée au Logement). Dans les établissements habilités à l'aide sociale, le conseil départemental, sous condition de ressources, peut prendre à sa charge ce tarif. Dans ce cas, il récupère 90 % des revenus de la personne âgée.

Le tarif « dépendance » est financé en partie par le conseil départemental, sous la forme d'une dotation globale versée à l'établissement sous la forme de l'APA (Aide Personnalisée d'Autonomie).

### **En conclusion**

Avec la nouvelle réforme tarifaire de nos secteurs, les établissements devront assurer une meilleure transparence des prix pratiqués et permettre leur comparaison, la loi prévoyant l'instauration d'un « socle de prestations » obligatoires en matière d'hébergement.

Un décret du 30 décembre 2015, applicable à compter du 1er juillet 2016, fixait ainsi la liste des prestations minimales que tous les établissements devront inclure dans leurs tarifs hébergement de base. Cinq types de services obligatoires, concernant l'administration générale, l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage et l'animation de la vie sociale, sont ainsi détaillés.

C'est parce que ce socle de prestations que les établissements feront leurs économies d'échelle, exemple sur la restauration, les soins dits « de confort », sur le traitement du linge .... Autant de services garantis qui risquent de voir leurs tarifs augmenter.

Nos missions de services publics sont clairement attaquées, tout comme le nombre d'agents et de salarié.e.s qui sont payé.e.s sur le tarif hébergement.

Ceux-ci vont subir une offensive sans précédent. Ils reculent au profit des entreprises privées. D'usagers, nos personnes âgées deviendront des clients. Les tarifs sont fixés sans transparence, seuls ceux qui peuvent payer ont accès au service, l'égalité territoriale n'est plus assurée.

**[Le service public et les aides à la personne ne sont pas destinés à faire du profit. Cette nouvelle réforme ne va pas dans le bon sens du progrès. La Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale continuera de la dénoncer avec force et d'exiger des moyens à la hauteur des besoins et des enjeux sociétaux.](#)**



**COMMENT APPRÉCIER LA LOI D'ADAPTATION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLESSEMENT, LA LOI LÉONETTI, OU TOUS LES CONCEPTS THÉORIQUES DE SOINS RELATIONNELS, DE BIEN ÊTRE, DE QUALITÉ DE VIE ET DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES PRODIGUÉS LORS DES FORMATIONS PROFESSIONNELLES ?**

**Que valent ces concepts, cautionnés par la politique gouvernementale de santé (loi Touraine), au regard de la réalité que vivent nos aîné.e.s dans les EHPAD <sup>(1)</sup> et USLD <sup>(2)</sup> ?**

Pour s'en convaincre, partons des témoignages exprimés par les salarié.e.s à propos de leurs conditions de travail, marquées par l'absence d'humanité.

Le constat peut être posé aujourd'hui : une dégradation des conditions de vie de nos aîné.e.s et une grande impuissance des salarié.e.s, soumis.e.s à une politique de santé consistant à faire des économies sur le dos des plus fragiles. Les dirigeants politiques auraient-ils oublié que vieillir les concernera un jour ?

La CGT dénonçait le sous-effectif flagrant des salarié.e.s face à la charge de travail, mais cela s'est encore aggravé : aujourd'hui, ils sont en moyenne 3 pour 35 à 40 résidents souffrant de pathologies physiques ou mentales de plus en plus lourdes.

Personne, au gouvernement ni chez les marchands de « l'or gris », ne veut voir l'évolution de la « charge pathos ».

**Nous, professionnels du soin aux personnes âgées, nous disons STOP !**



Aujourd'hui, le nombre de salarié.e.s en souffrance, souvent sanctionné.e.s pour fautes professionnelles augmente à vue d'œil !

(1) EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

(2) USLD : Unité de soins de longue durée.



Des cas concrets:

- Mme Y., aide-soignante, souvent seule de 18h30 à 21h00 avec pour responsabilité 37 patients en USLD :

**SANCTIONNÉE POUR UN DÉFAUT DE SOINS.**

- Mme J., aide-soignante en EHPAD, seule pour assurer les soins auprès de 17 résidents alors qu'une panne d'ascenseur dans l'établissement a duré plusieurs jours :

**SANCTIONNÉE POUR AVOIR CONTESTÉ SES CONDITIONS DE TRAVAIL.**

- Un jeune diplômé infirmier se questionne sur son avenir professionnel : « Je me sens maltraitant dans les prises en charge quotidiennes ».

➔ **Comment peut-on oser parler de la qualité de vie au travail dans ces conditions et comment les soignant.e.s le vivent-ils ? C'est une souffrance qui, d'individuelle, est devenue collective. Et les mesures sur la prévention des risques psychosociaux ne suffisent pas à elles seules à tout régler, loin de là !**



Des familles sont en souffrance et dans l'incompréhension devant cette tragédie qui s'apparente à un véritable naufrage de la prise en charge des personnes âgées...

Il n'y aura pas d'amélioration tant que sévira l'austérité budgétaire avec le soi-disant pacte de responsabilité qui réduit les dépenses publiques de 40 milliards.

En période de formation professionnelle sont étudiés les soins relationnels, en se référant souvent aux concepts de Carl Rogers : l'observation, l'empathie, la non-directivité, la mise à la hauteur, la communication, le sens de l'écoute, la reformulation.

Ces concepts, qui sont des outils de travail valorisants pour l'approche relationnelle n'existent que dans les rêves ! Ça suffit, arrêtons de mentir aux familles quant aux conditions d'hébergement et de soin vécues par les résidents ! Dans la vraie vie, la pratique professionnelle est très éloignée de ces concepts qui sont impossibles à mettre en oeuvre faute d'effectifs suffisants et de moyens financiers.

Dans certaines structures, une aide-soignante met 5 à 10 minutes en moyenne pour faire manger un résident, et devra effectuer 10 à 15 toilettes en un temps record, voire plus en cas d'absences inopinées, et bien d'autres impronables...

➔ **On peut mesurer le degré de civilisation d'une société à l'attention qu'elle porte aux plus faibles et aux plus vulnérables d'entre eux : au vu de la réalité de nos EHPAD, il est urgent de réagir !**

➔ **Il faut s'organiser avec la CGT pour faire valoir nos revendications :**

- **contribuer à la mise en place d'un grand service public de l'aide à l'autonomie, à domicile ou en établissement,**
- **reconnaître et renforcer les qualifications et les évolutions de carrière des personnels.**



**Bulletin de contact et de syndicalisation**

Je souhaite prendre contact  me syndiquer

NOM : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : ..... Email : .....  
 Etablissement (nom et adresse) : .....

Fédération Santé et Action Sociale - Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX - [revindic@sante.cgt.fr](mailto:revindic@sante.cgt.fr) - Tél. : 01 55 82 87 52



## Comment concevoir une vie paisible pour les personnes âgées en institutions, quand le personnel soignant est dans la souffrance face à des conditions de travail de plus en plus difficiles ?

Le secteur médico-social constate une augmentation des risques psychosociaux concernant particulièrement les soignants qui sont régulièrement sujets à des tensions, des agressions internes et externes, et qui doivent gérer des rapports humains difficiles en raison de leur proximité avec des personnes vulnérables touchées par la maladie, et l'entourage familial des malades, eux-mêmes dans la souffrance.

Face à ce constat, le Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social présente un plan national de la prévention des RPS 2016-2020 qui met en avant les axes prioritaires de prévention primaire des risques psychosociaux afin de prévenir les effets néfastes sur la santé physique et mentale des salarié.e.s et leur permettre une qualité de vie au travail.

Qu'entend-on par prévention primaire ? Est-ce que cela veut dire prévenir ? Mais nous sommes tous conscients que la plupart des soignant.e.s en sont au stade de la prévention tertiaire ; cela veut dire réparation (TMS, dépression, stress ...). La plupart sont cassé.e.s, physiquement et moralement : on peut le constater par l'augmentation de l'absentéisme, des accidents de travail, des maladies professionnelles.

L'INRS (organisme public de référence dans les domaines de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels - <http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>) a étudié l'impact du stress sur des hommes et des femmes qui y sont confronté.e.s pendant plus de 50 % de leur temps de travail.

L'étude précise que « ces résultats ne sont qu'une évaluation minimale d'une réalité bien supérieure », du fait de la prise en compte d'une définition limitée du stress et de seulement trois types de

pathologies associées. Ce travail ne prend pas non plus en compte toute la dimension du coût pour l'individu (souffrance, perte de bien-être...). Comme on le voit, les coûts liés à l'absentéisme sont les plus importants, ce qui devrait inciter encore davantage les entreprises à rechercher des mesures de prévention.

Origine des dépenses	Coûts estimés (en millions d'euros)
Soins de santé	199,2
Absentéisme	1.283,7
Cessations d'activité	1.235
Décès prématurés	279,4
<b>TOTAL</b>	<b>2.997,3</b>

### De plus en plus, les salarié.e.s contactent la CGT pour parler de leur souffrance au travail et demandent de l'aide.

Ils/elles sont souvent sanctionné.e.s injustement car l'absence de moyens humains et matériels pour travailler correctement les conduit à commettre des erreurs.

Afin de confirmer ce constat, nous lançons une enquête relative aux risques psycho-sociaux, sous forme de questionnaire anonyme, pour évaluer les conditions de travail des salarié.e.s dans le milieu médico-social. Ce questionnaire va nous permettre d'analyser les situations et d'en faire un retour à nos politiques. Nous souhaitons provoquer une prise de conscience de la souffrance des usagers et des salarié.e.s, avec l'objectif de trouver de vrais moyens pour apporter une qualité de vie au travail aux salarié.e.s de nos secteurs et le bien-être aux usagers.

## QUESTIONNAIRE "RISQUES PSYCHOSOCIAUX"

Reconnu et validé au niveau scientifique comme outil de diagnostic pour repérer les facteurs de risques psychosociaux au travail, le questionnaire suivant (Karasek) se compose de 25 questions pour évaluer le déséquilibre entre l'exigence de la tâche, la latitude décisionnelle et le soutien social. Les réponses proposées sont :

Fortement en désaccord = 1

En désaccord = 2

D'accord = 3

Tout à fait d'accord = 4

### Questions d'ordre général :

#### ► Quelle est votre catégorie socio-professionnelle :

Personnel administratif

Personnel des Services de soins :

Personnel d'encadrement

Infirmier

Aide soignant

ASH

Psychologue

Personnel de rééducation

Personnel éducatif ou social

Personnel médico - technique

Personnel médical

Personnel technique ou ouvrier

#### ► Quel statut avez-vous dans l'Etablissement :

Titulaire  Contractuel

Travail à temps plein  Travail à temps partiel

#### ► Quelle est votre ancienneté : .....

► Quel est votre âge : ..... ans Taille : ..... cm Poids : ..... kg Sexe : M  F

#### ► Quels sont selon vous les axes prioritaires d'amélioration des conditions de travail à mettre en place dans votre service ?

Priorité 1.....

Priorité 2.....

Priorité 3.....

## Questionnaire :

Fédération Santé Action Sociale  
263, rue de Paris  
Directrice de Publication :  
Amélie Vassivière

N° Commission paritaire :  
0617 S 08141  
ISSN 1963-2657

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
Mon travail m'oblige à travailler très vite				
On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive				
Je dispose du temps nécessaire pour exécuter correctement mon travail				
Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes				
Mon travail me demande de travailler intensément				
Mon travail me demande de longues périodes de concentration intense				
Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard				
Mon travail est bousculé				
Je dois attendre le travail d'autres collègues				
Mon travail me permet souvent de prendre des décisions moi-même				
Dans ma tâche, j'ai très peu de libertés pour décider comment je fais mon travail				
J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail				
Dans mon travail j'effectue des tâches répétitives				
Mon travail me demande un haut niveau de compétences				
Dans mon travail, j'ai des activités variées				
Dans mon travail, je dois apprendre des choses nouvelles				
J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles				
Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonné.e.s				
Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien				
Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents				
Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien				
Mon supérieur prête attention à ce que je dis				
Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonné.e.s				
Les collègues avec qui je travaille sont amicaux				
Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt				
TOTAL				

**Merci de nous retourner ce questionnaire par courrier ou par mail :**

**► Fédération Santé et Action Sociale - Secteur Revendicatif  
Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX ► [revendic@sante.cgt.fr](mailto:revendic@sante.cgt.fr)**

**Nous vous remercions de votre participation active, une restitution des résultats sera communiquée à terme.**