

**MISSION « FLASH »****LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES
DANS LES EHPAD**

La parution des *Fossoyeurs*, à la fin du mois de janvier de cette année, a provoqué une véritable onde de choc dans notre pays. Au-delà de la gravité des faits dénoncés, qui ont conduit la ministre déléguée chargée de l'autonomie à lancer une double enquête confiée à l'Inspection générale des finances et à l'Inspection générale des affaires sociales ainsi qu'une consultation des représentants des familles, des élus départementaux, des acteurs du secteur et des partenaires sociaux, l'ouvrage de Victor Castanet met en lumière le caractère dégradé des conditions de travail d'un personnel trop peu nombreux, pas suffisamment rémunéré, sans véritable perspective d'évolution professionnelle.

Voilà plusieurs années que les métiers du « grand âge » en général et le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en particulier connaissent une situation difficile. Effectifs insuffisants, absentéisme, *turnover* élevé, les EHPAD, dans lesquels résident quelque 600 000 personnes aujourd'hui, font face, pour beaucoup d'entre eux, à de nombreuses difficultés et peinent à garantir aux personnes âgées, dont le niveau de dépendance ne cesse de croître, un accompagnement adapté à leurs besoins.

Face à cette situation, le Gouvernement a pris un certain nombre de mesures destinées à accroître l'attractivité des métiers : créations de postes, hausse des rémunérations (prime « Grand âge », revalorisations salariales décidées à l'occasion du Ségur de la santé), ouverture de nouveaux parcours de formation, déploiement d'un programme de lutte contre la sinistralité et d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT), investissements massifs dans la rénovation des établissements, etc.

Nonobstant ces avancées incontestables, la gestion des ressources humaines doit encore progresser dans les EHPAD. Il y a même, aux dires de tous, urgence à agir. La mission avance quelques pistes pour y parvenir, guidées par le souci d'améliorer à la fois les conditions de travail des professionnels et la qualité de la prise en charge des résidents.

Les rapporteurs ont conduit quatorze auditions et tables rondes réunissant près de 40 personnes au total : fédérations et directeurs d'EHPAD, organisations syndicales de salariés, médecins coordonnateurs, juristes, économistes, etc. Ils remercient vivement l'ensemble de leurs interlocuteurs pour leur disponibilité, leurs témoignages et leurs propositions. Leur éclairage a, à n'en pas douter, contribué à alimenter leur réflexion sur un sujet aussi fondamental que complexe.

**Didier Martin**

Député de la Côte-d'Or
(La République en Marche)

**Marine Brenier**

Députée des Alpes-Maritimes
(Les Républicains)

**Cyrille Isaac-Sibille**

Député du Rhône
(Mouvement Démocrate
(MoDem) et Démocrates
apparentés)

I. DES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉGRADÉES

A. Des résidents plus dépendants, une charge de travail plus lourde pour les personnels

On ne peut aborder, même succinctement, la question des conditions de travail dans les EHPAD sans évoquer, en préambule, celle de l'évolution du profil de leurs résidents. Ce que l'on constate, à cet égard, c'est que **ces derniers sont non seulement de plus en plus nombreux mais également de plus en plus âgés et dépendants**. Depuis plusieurs années, en effet, la part des résidents les moins autonomes (GIR 1, 2, 3 et 4) augmente quand celle des moins dépendants (GIR 5 et 6) diminue ⁽¹⁾. Et cette tendance se poursuivra vraisemblablement à l'avenir puisque le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait continuer de croître en France ⁽²⁾.

Aujourd'hui, nombre de résidents souffrent de pathologies lourdes : 70 % à 80 % d'entre eux seraient atteints de troubles cognitifs, selon France Alzheimer, et près de 60 % seraient touchés par des maladies neurodégénératives, aux dires des professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin ⁽³⁾.

Cette situation a un impact très direct sur la charge de travail des personnels.

Les **soins**, les **gestes techniques** (les transferts par exemple), les **toilettes**, qui impliquent la réalisation de tâches répétitives et pénibles aux plans physique et psychologique (d'aucuns évoquent une « robotisation » croissante des tâches), **occupent une place plus centrale qu'auparavant dans les missions des**

soignants et se font trop souvent, hélas, au détriment de l'accompagnement et du maintien des capacités des pensionnaires.

Du reste, le **raccourcissement de la durée des séjours alourdit davantage encore la charge qui pèse sur les équipes**, l'accueil et la fin de vie des personnes hébergées se trouvant être les étapes les plus consommatrices en temps de travail.

B. Des professionnels éprouvés

La modification du profil des résidents n'explique pas à elle seule la détérioration du cadre de travail propre aux EHPAD. En réalité, elle aggrave sensiblement une situation déjà dégradée, largement documentée et sur laquelle les acteurs de terrain donnent l'alerte depuis un moment.

De l'avis unanime des acteurs en question, médecins coordonnateurs, infirmiers, aides-soignants, c'est dans **l'insuffisance des moyens humains pour répondre aux attentes, aux besoins, aux exigences légitimes des personnes âgées que réside la principale difficulté**. Car, de cela, il résulte que les personnels sont bien souvent soumis à des rythmes harassants, à des cadences intenable. Ainsi la « pression de la pendule » fait-elle perdre son sens à l'action de femmes et d'hommes soucieux du bien-être de nos aînés.

Que le travail soit accompli de façon continue ou non, il est générateur d'une **fatigue** et d'un **stress** de plus en plus prégnants. Les rapporteurs observent d'ailleurs que le débat sur l'organisation optimale du temps de travail n'est pas tranché. La journée de 12 heures, par exemple, peut présenter des avantages

⁽¹⁾ Voir notamment : Les dossier de la DREES, *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*, n° 5, septembre 2016, p. 8 et *Le taux d'encadrement dans les Ehpads*, n° 68, décembre 2020, p. 7.

⁽²⁾ Il devrait passer de 1 387 000 en 2020 à 1 479 000 en 2025, d'après les données contenues dans le

rapport établi par Mme Myriam El Khomri (*Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*, octobre 2019, p. 11).

⁽³⁾ Cour des comptes, *Rapport public annuel 2022*, février 2022, p. 82.

pour les soignants mais ne répond pas nécessairement aux besoins des résidents et ne saurait, en tout état de cause, constituer une solution de long terme. Il appartient donc aux établissements de trouver le bon équilibre entre bien-être des résidents (qui suppose notamment la présence des personnels aux moments clés de la journée – lever, toilette, repas, coucher) et bien-être des équipes.

Conséquence immédiate de la pénurie d'effectifs, **le taux d'encadrement des résidents s'avère trop faible**, dans le secteur privé commercial plus que dans le secteur public, **pour garantir une prise en charge de qualité** (en 2018, le taux d'encadrement médian s'élevait à environ 63 équivalents temps plein (ETP) pour 100 résidents, d'après les données publiées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ⁽⁴⁾).

La situation dans les EHPAD est d'autant plus compliquée que **l'absentéisme pour raisons de santé y est particulièrement fort**. Il convient de souligner que, d'une manière générale, les métiers du « grand âge » présentent parmi les taux les plus élevés d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) dans notre pays. La sinistralité AT-MP y est en effet trois fois supérieure à la moyenne nationale et dépasse d'un tiers celle du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) ⁽⁵⁾.

De l'aveu des professionnels eux-mêmes, tout ceci conduit à une forme de « **maltraitance institutionnelle** », les établissements, aux prises avec

d'importantes difficultés organisationnelles, n'ayant tout simplement pas les moyens de faire face à leurs obligations, les équipes de s'occuper dignement des résidents.

Sans surprise, ces établissements doivent composer avec un **turnover élevé**, la part du personnel disposant d'une faible ancienneté (moins d'un an) atteignant 15 % ⁽⁶⁾, et de sérieuses difficultés de recrutement, difficultés intimement liées à la pénibilité des conditions de travail mais aussi à la faiblesse des rémunérations proposées.

Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils appellent des réponses fortes.

La première consiste sans doute dans **le prolongement de l'effort en faveur des recrutements**. Les rapporteurs n'ignorent pas que, sous le quinquennat qui s'achève, 10 000 postes de soignants dans les EHPAD ont été créés et que 10 000 postes supplémentaires ont été budgétés d'ici 2024. Ils savent aussi que, pour faire face aux effets de la crise sanitaire, le Gouvernement a lancé une campagne de recrutement d'urgence qui aura concerné près de 40 000 professionnels entre octobre 2020 et septembre 2021. Ils n'en restent pas moins persuadés que cet effort devra être poursuivi dans les années à venir.

Proposition n° 1. Prolonger l'effort en faveur des créations de postes de soignants dans les EHPAD.

Au-delà, les rapporteurs sont favorables, à l'instar de leurs collègues Monique Iborra et Caroline Fiat ⁽⁷⁾ et comme cela se fait dans

⁽⁴⁾ L'écart de taux d'encadrement peut se révéler important suivant les secteurs : 72,1 ETP pour 100 places dans les EHPAD publics autonomes ; 52,3 dans les EHPAD privés commerciaux (<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-situation-economique-et-financiere-des-etablissements-dhebergement-pour-personnes-agees-dependantes-en-2018>).

⁽⁵⁾ *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*, op. cit., p. 37.

⁽⁶⁾ *Ibid.*, p. 36.

⁽⁷⁾ Proposition n° 1 du rapport d'information présenté par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat au nom de la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), mars 2018.

certaines États, à la **définition d'un ratio minimal opposable de personnels « au chevet » (infirmiers et aides-soignants) des personnes âgées**. Ils y voient une condition *sine qua non* à l'amélioration de la qualité de leur prise en charge de **jour** comme de **nuît** dans tous les EHPAD, indépendamment de leur statut juridique.

Proposition n° 2. Définir un ratio minimal opposable de personnels (exprimé en ETP) « au chevet » par résident.

Proposition n° 3. Veiller à ce que soit garantie la présence des personnels en nombre suffisant aux moments clés de la journée (lever, toilette, repas, coucher).

Les rapporteurs en sont convaincus, il existe de réelles marges de manœuvre pour renforcer l'attractivité des métiers du « grand âge ».

Cela passe notamment par la poursuite du processus de **hausse des rémunérations des personnels**, enclenché au début de l'année 2020 (création de la prime « Grand âge », revalorisations salariales décidées à l'occasion du Ségur de la santé : + 183 euros nets par mois pour les personnels exerçant au sein d'EHPAD publics et privés à but non lucratif ; + 160 euros nets par mois pour ceux exerçant dans les EHPAD commerciaux), afin qu'il soit mieux tenu compte des exigences inhérentes à leurs fonctions, afin que leur engagement au service de l'accompagnement des personnes âgées soit plus justement récompensé.

Proposition n° 4. Faire bénéficier les personnels des EHPAD d'une revalorisation salariale spécifique au « grand âge » dans le prolongement des actions engagées depuis 2020.

En complément de la hausse des rémunérations, pourraient être prises un

certain nombre de mesures de nature à donner un « coup de pouce » financier supplémentaire aux personnels des EHPAD. Cela pourrait notamment concerner l'aide au logement et prendre la forme, suivant les cas, d'une attribution facilitée de logements sociaux à proximité du lieu de travail ou d'une augmentation des indemnités de résidence.

Proposition n° 5. Faire bénéficier les personnels des EHPAD de mesures d'aide au logement (attribution facilitée de logements sociaux à proximité du lieu de travail, augmentation des indemnités de résidence).

Rendre plus attractifs les métiers du « grand âge » passe aussi par le **renforcement des actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles**, en cohérence avec le programme de lutte contre la sinistralité et d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT).

Il conviendra d'ailleurs de veiller à la bonne application de la loi du 2 août 2021 ⁽⁸⁾ dans ce secteur et d'évaluer dans un futur proche les premiers effets du programme susmentionné.

Proposition n° 6. Renforcer les actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur du « grand âge ».

II. MODERNISER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES EHPAD

Il ressort des travaux des rapporteurs que le manque d'attractivité des métiers du « grand âge » est pour une large part le fait d'une **gestion des ressources humaines à la dérive qui jongle avec la précarité des contrats et le glissement des tâches entre les catégories de personnel**.

⁽⁸⁾ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

D'une part, ce secteur a fréquemment **recours aux contrats précaires** (CDD, intérim). 40 % des salariés auraient conclu un contrat de cette nature et les vacataires sont régulièrement utilisés pour des remplacements ponctuels. Le recrutement en contrat court n'est pas dénoncé en tant que tel puisque la souplesse qu'il offre peut être recherchée par les salariés eux-mêmes. Toutefois, les pratiques d'Orpea, si elles sont avérées, ont bien mis en évidence les **dérives et les abus** auxquels la précarité de ces contrats peut mener.

D'autre part, les métiers des EHPAD souffrent d'un **manque de lisibilité du rôle de chacun** en raison d'un glissement de fonctions dénoncé par tous les acteurs entendus par la mission.

A. Des difficultés de ressources humaines bien identifiées par corps de métier

Les EHPAD sont d'abord, pour les personnes âgées, un lieu de vie qui nécessite animation et prévention ; un lieu de dépendance nécessitant des aides-soignants et des agents de service hospitalier ; un lieu de soins nécessitant des infirmiers et des médecins coordonnateurs, en lien avec le médecin traitant.

1. Des directeurs d'établissements trop souvent privés de responsabilités

Le profil des directeurs d'EHPAD a évolué ces vingt dernières années. Le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (**CAFDES**) pour les directeurs exerçant dans les établissements privés et la formation de « directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social » (**D3S**) à l'École des hautes

études en santé publique (EHESP) pour les établissements publics ont longtemps régné en situation de monopole dans la formation initiale des directeurs. Aujourd'hui, **nombre de directeurs d'établissements privés ne sont pas directement issus du monde du soin** puisque l'obtention d'un diplôme de master 2 est une condition suffisante pour exercer une telle fonction.

L'évolution de ces profils a pu conduire à une **vision plus « gestionnaire » et managériale de la fonction de directeur** dans les établissements privés à but lucratif. Le statut juridique des EHPAD influe, en effet, fortement sur la gestion des établissements. Si les directeurs de petits EHPAD associatifs ou publics recrutent, par exemple, toujours directement le personnel en lien avec les cadres infirmiers, les directeurs d'EHPAD commerciaux appartenant à des groupes privés sont privés de cette fonction cruciale.

Proposition n° 7. Intégrer un volet médico-social obligatoire à la formation des directeurs d'établissements.

Le développement des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) négociés avec les groupes et non par les établissements contribue à cette déresponsabilisation des directeurs d'établissements qui sont privés des marges de manœuvre suffisantes pour assurer le bien-être des résidents.

Si la tendance au regroupement des établissements avec des CPOM multiples sur plusieurs établissements permet une simplification des échanges pour les ARS, les conseils départementaux mais aussi les groupes, il reste indispensable, pour que la gestion de l'EHPAD reste « artisanale », selon les mots de Gérard Brami⁽⁹⁾, d'associer le directeur, qui doit avoir une responsabilité fonctionnelle.

⁹ Audition de M. Gérard Brami, ancien directeur d'EHPAD.

2. Une pénurie de médecins coordonnateurs

Alors que la fonction de médecin coordonnateur est structurante dans la vie d'un EHPAD, en lien avec celle de directeur, **près de 30 % des EHPAD déclarent ne disposer d'aucun médecin coordonnateur**, contrevenant ainsi à une obligation légale ⁽¹⁰⁾.

Malgré une revalorisation de la rémunération des médecins coordonnateurs au niveau des praticiens hospitaliers et un élargissement récent de leurs missions ⁽¹¹⁾, la fonction de médecin coordonnateur peine à attirer des candidats. D'une part, **le temps de travail en EHPAD des médecins coordonnateurs reste trop court** pour qu'ils puissent en vivre. D'autre part, les missions qui leur sont confiées sont **limitées tant dans leur technicité que dans l'autonomie** qu'elles confèrent aux médecins.

Proposition n° 8. Renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en rendant leur avis contraignant lors de l'admission de nouveaux résidents ainsi qu'en créant un service de médecin coordonnateur d'astreinte.

3. Des personnels absents de la vie des EHPAD

Pour que l'EHPAD soit un lieu de vie et non un lieu de soins, **le manque de professionnels accompagnant les aînés aux côtés du personnel soignant est aujourd'hui criant**. animateurs, professionnels du secteur socio-culturel, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes..., la liste des besoins de métiers variés est longue.

L'absence de ces personnels est, en partie, due au cloisonnement des financements établis dans le cadre des CPOM, qui ne permettent pas d'assurer le recrutement pérenne de ces personnels et une bonne répartition de ces ressources humaines indispensables à la vie des résidents. Il convient d'ajouter, même si cela n'est pas directement lié à ce qui précède, que le contrôle de l'utilisation des fonds alloués aux établissements est bien trop peu développé à l'heure actuelle et que cela devra impérativement évoluer à l'avenir.

Proposition n° 9. Garantir la présence de métiers divers au sein des EHPAD pour accompagner les résidents dans leur vie quotidienne.

Proposition n° 10. Engager une nouvelle génération de CPOM au sein desquels les objectifs « hébergement, dépendance, soins » sont discutés de manière globale et simultanée afin d'intégrer les postes de ressources humaines financés par la section « hébergement » et permettre un contrôle des objectifs et des moyens sur l'ensemble de ces trois sections.

4. Un glissement de fonctions fragilisant les personnels soignants

Les difficultés de recrutement des personnels soignants conduisent à une **forte porosité des fonctions** entre les agents de service hospitalier (ASH), les aides-soignants (AS) et les infirmiers, largement dénoncée lors des auditions conduites par les rapporteurs.

Le manque d'effectifs conduit à ce que les personnels absents soient **remplacés par des personnels « faisant fonction »** qui accomplissent des tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés et ne retirent pas la rémunération qui s'y attache en théorie.

⁽¹⁰⁾ Article L. 313-13 du code de l'action sociale et des familles.

⁽¹¹⁾ Décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en

établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Concrètement, le glissement de fonctions conduit à ce que l'aide-soignant remplisse les fonctions de l'infirmier, en administrant par exemple des médicaments tandis que l'ASH assure les missions de l'AS.

Cette **délégation de tâches non encadrée juridiquement n'est pas acceptable** car elle dégrade les conditions de travail des personnels et par là même la qualité des soins octroyés aux résidents.

Proposition n° 11. Mieux réglementer le glissement de fonctions en prévoyant explicitement les délégations de tâches autorisées et en introduisant une analyse globale des contrats de travail au sein d'un même établissement pour chaque section de financement (soins, dépendance, hébergement).

B. Renforcer la formation initiale et continue des personnels des EHPAD

Il ressort des travaux de la mission que **la formation initiale et continue des personnels des EHPAD fait aujourd'hui cruellement défaut.**

L'engouement des étudiants pour les formations permettant d'accéder aux métiers du « grand âge » n'est pas à la hauteur des besoins croissants de recrutement de personnels soignants et encadrants dans les EHPAD. En quelques années, **les candidatures aux concours d'accès au métier d'aide-soignant ont ainsi chuté de 25 %** ⁽¹²⁾.

Proposition n° 12. Organiser une campagne nationale de communication valorisant les métiers du « grand âge » et incitant à la mixité des recrutements.

Pour faire face à la recrudescence des personnels « faisant fonction » qui n'ont pas les diplômes exigés pour accomplir les tâches qui leur sont assignées, il est

impératif de **fluidifier les passerelles entre les métiers afin d'offrir de vraies perspectives de carrière** aux personnels soignants des EHPAD.

Une **meilleure considération de la technicité des métiers** exercés en EHPAD aura aussi pour vertu de fidéliser le personnel soignant.

Proposition n° 13. Simplifier le processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour valoriser les métiers et les carrières, favoriser les passerelles entre formations et augmenter significativement les formations d'aide-soignant et d'infirmier.

*

Les rapporteurs auraient souhaité aborder plusieurs autres pans du sujet mais le format de l'exercice ne leur en a pas laissé la possibilité.

La question du **dialogue social dans les EHPAD** en est un. Aujourd'hui, celui-ci apparaît trop peu développé, en particulier dans le secteur privé lucratif. Or il est évident que l'amélioration des conditions de travail suppose aussi l'existence d'un dialogue social structuré et dynamique entre employeurs et représentants des salariés.

⁽¹²⁾ Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024, *op. cit.*, p. 11.

ANNEXE : 13 PROPOSITIONS POUR AMÉLIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Proposition n° 1. Prolonger l'effort en faveur des créations de postes de soignants dans les EHPAD.

Proposition n° 2. Définir un ratio minimal opposable de personnels (exprimé en ETP) « au chevet » par résident.

Proposition n° 3. Veiller à ce que soit garantie la présence des personnels en nombre suffisant aux moments clés de la journée (lever, toilette, repas, coucher).

Proposition n° 4. Faire bénéficier les personnels des EHPAD d'une revalorisation salariale spécifique au « grand âge » dans le prolongement des actions engagées depuis 2020.

Proposition n° 5. Faire bénéficier les personnels des EHPAD de mesures d'aide au logement (attribution facilitée de logements sociaux à proximité du lieu de travail, augmentation des indemnités de résidence).

Proposition n° 6. Renforcer les actions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur du « grand âge ».

Proposition n° 7. Intégrer un volet médico-social obligatoire à la formation des directeurs d'établissements.

Proposition n° 8. Renforcer le rôle des médecins coordonnateurs en rendant leur avis contraignant lors de l'admission de nouveaux résidents ainsi qu'en créant un service de médecin coordonnateur d'astreinte.

Proposition n° 9. Garantir la présence de métiers divers au sein des EHPAD pour accompagner les résidents dans leur vie quotidienne.

Proposition n° 10. Engager une nouvelle génération de CPOM au sein desquels les objectifs « hébergement, dépendance, soins » sont discutés de manière globale et simultanée afin d'intégrer les postes de ressources humaines financés par la section « hébergement » et permettre un contrôle des objectifs et des moyens sur l'ensemble de ces trois sections.

Proposition n° 11. Mieux réglementer le glissement de fonctions en prévoyant explicitement les délégations de tâches autorisées et en introduisant une analyse globale des contrats de travail au sein d'un même établissement pour chaque section de financement (soins, dépendance, hébergement).

Proposition n° 12. Organiser une campagne nationale de communication valorisant les métiers du « grand âge » et incitant à la mixité des recrutements.

Proposition n° 13. Simplifier le processus de validation des acquis de l'expérience (VAE) pour valoriser les métiers et les carrières, favoriser les passerelles entre formations et augmenter significativement les formations d'aide-soignant et d'infirmier.