



ASSEMBLÉE
NATIONALE

Commission des
affaires sociales

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mission « flash »

Les conditions de travail et la gestion des ressources humaines dans les EHPAD

Communication de

M. Didier Martin, Mme Marine Brenier et M. Cyrille Isaac-Sibille

rapporteurs

—

8 mars 2022

Mission « flash » sur les conditions de travail et la gestion des ressources humaines
dans les EHPAD

M. Didier Martin, Mme Marine Brenier et M. Cyril Isaac-Sibille

Mars 2022

Madame la présidente, chers collègues,

La parution de l'ouvrage de Victor Castanet, *Les Fossoyeurs*, a provoqué une véritable onde de choc dans notre pays. Au-delà de la gravité des faits qu'il dénonce, 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, il met en lumière le caractère dégradé des conditions de travail d'un personnel trop peu nombreux, encore insuffisamment rémunéré, sans véritable perspective d'évolution professionnelle.

Voilà plusieurs années que les métiers du « grand âge » en général et le secteur des 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 un accompagnement adapté à leurs besoins.**

Face à cette situation, **le Gouvernement a pris des mesures fortes aux fins d'accroître l'attractivité des métiers** : créations de postes, hausse des rémunérations – de la prime « Grand âge » aux 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, investissements massifs dans la rénovation des établissements pour un montant d'1,5 milliard d'euros, etc.

Ces avancées indispensables n'ont pas réglé tous les problèmes et, de l'avis de tous, **la gestion des ressources humaines doit encore progresser dans les EHPAD**. Notre mission formule treize propositions à cette fin, 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.

I. DES CONDITIONS DE TRAVAIL DÉGRADÉES

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

On ne peut aborder la question des conditions de travail sans dire un mot, au préalable, de l'évolution du profil des résidents des EHPAD. Toutes les études l'indiquent, tous nos interlocuteurs nous l'ont confirmé, **ces résidents sont non seulement de plus en plus nombreux mais également de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants**. Et cette tendance se poursuivra à l'avenir puisque le nombre de personnes en perte d'autonomie devrait continuer de croître en France.

On le sait, une part significative des résidents souffrent de pathologies lourdes : 70 % à 80 % d'entre eux seraient atteints de troubles cognitifs et près de 60 % seraient touchés par des maladies neurodégénératives.

Cette situation a un impact très direct sur la charge de travail des personnels. Les **soins**, les **gestes techniques**, les **toilettes**, et les tâches répétitives qu'ils impliquent, prennent une **place toujours plus importante dans les missions des soignants**, au détriment de l'accompagnement et du maintien des capacités des pensionnaires. Les soignants le regrettent, ils en souffrent même parfois, et nous l'ont fait savoir.

Au demeurant, 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 toutefois pas à elle seule la détérioration du cadre de travail propre aux EHPAD. Elle aggrave en réalité une situation déjà dégradée, sur laquelle les acteurs de terrain donnent l'alerte depuis un moment.

Médecins coordonnateurs, infirmiers, aides-soignants le disent sans détour : c'est dans **l'insuffisance des moyens humains pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes âgées que réside, à l'heure actuelle, la principale difficulté**.

Résultat, les personnels sont trop souvent soumis à des **rythmes harassants**, à des **cadences intenable**s, la « pression de la pendule » faisant 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 – sur une durée pouvant aller jusqu'à 12 heures par jour – ou non, les deux schémas présentant des avantages et des inconvénients, il s'avère générateur d'une **fatigue** et d'un **stress** de plus en plus prégnants.

Conséquence immédiate du manque 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**.

La situation dans les EHPAD est d'autant plus compliquée que **l'absentéisme pour raisons de santé y est particulièrement fort**. On sait d'ailleurs que 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. C'est un point sur lequel il nous faut agir avec détermination. À cet égard, il faut se féliciter de la mise en œuvre par l'assurance maladie, à compter de cette année, d'un programme de lutte contre la sinistralité spécifique au secteur. Il faut aussi saluer la montée en puissance des actions en matière de qualité de vie au travail organisées depuis plusieurs années.

En définitive, il apparaît que la situation actuelle conduit trop souvent à une forme de « **maltraitance institutionnelle** », selon l'expression des professionnels eux-mêmes, nombre d'établissements n'ayant pas les moyens de faire face à leurs obligations, nombre d'équipes n'étant pas en capacité de s'occuper dignement des résidents.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que les EHPAD soient confrontés à un *turnover* élevé, l'instabilité des équipes rendant difficile la formation et la montée en compétence des personnels, et à de sérieuses difficultés de recrutement.

Les constats que fait notre mission sont connus. Ils appellent des réponses fortes, concrètes, dans la lignée de celles apportées par l'actuelle majorité présidentielle.

La première consiste sans doute dans le **prolongement de l'effort en faveur des recrutements**. Sous le quinquennat qui s'achève, ce sont 10 000 postes de soignants qui ont été créés dans les EHPAD et 10 000 postes supplémentaires qui ont été budgétés d'ici 2024. De plus, 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. **Cet effort devra être poursuivi dans les années à venir (*proposition n° 1*)**.

Au-delà, il nous semble nécessaire, ainsi que d'autres l'ont suggéré par le passé, que soit défini un **ratio minimal opposable de personnels « au chevet » (infirmiers et aides-soignants) des personnes âgées**. Il y a là une condition *sine qua non* à l'amélioration de la qualité de leur prise en charge de **jour** comme de **nuits** (*proposition n° 2*). Dans le même ordre d'idées, il importe que soit garantie une **présence de personnels en nombre suffisant aux moments clés de la journée** (lever, toilettes, repas, coucher) (*proposition n° 3*).

Rendre les métiers du « grand âge » plus attractifs suppose la prolongation, voire l'accentuation, des efforts réalisés jusqu'à présent.

Ainsi, nous appelons de nos vœux la **poursuite du processus de hausse des rémunérations des personnels**, enclenché au début de l'année 2020, afin que leur

engagement au service de l'accompagnement des personnes âgées soit plus justement récompensé (*proposition n° 4*).

En complément de cette dernière proposition, il nous semble qu'un certain nombre de mesures pourraient utilement venir donner un « coup de pouce » financier supplémentaire aux personnels en question. 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*).

En outre, il nous paraît indispensable que les actions de prévention des AT-MP soient renforcées, en cohérence avec le programme de lutte contre la sinistralité et d'amélioration de la qualité de vie au travail dans le secteur du « grand âge » (*proposition n° 6*).

Nous aurions souhaité pouvoir aborder beaucoup d'autres sujets dans le cadre de nos travaux. Parmi eux, celui du **dialogue social dans les EHPAD** figure en bonne place. Pour résumer les choses, il nous apparaît trop peu développé aujourd'hui, en particulier dans le secteur privé lucratif. Or, cela n'est pas sans conséquence sur les conditions de travail. En effet, on peut soutenir l'idée suivant laquelle leur amélioration suppose, en plus de ce qui a été dit, l'existence d'un dialogue social structuré et dynamique entre employeurs et représentants des salariés. C'est un sujet sur lequel il conviendra de travailler plus en profondeur à l'avenir.

II. MODERNISER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES EHPAD

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

Concernant la gestion des ressources humaines, le constat est unanime : **il existe une vraie faiblesse autour de la définition même de la fonction de directeur d'EHPAD**. S'il y a encore une dizaine d'années, le certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement (CAFDES) et la formation de « directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social » (D3S) de l'École des hautes études en santé publique régnaient en situation de monopole dans la formation des directeurs d'établissements privés d'une part, et publics d'autre part, il n'en est plus rien aujourd'hui. Être diplômé d'un master 2 dans n'importe quel domaine est désormais une condition suffisante pour devenir directeur d'un établissement privé. Cette situation n'est pas satisfaisante car elle conduit à une vision gestionnaire et managériale de cette fonction qui doit pourtant être tournée vers l'humain.

Il est impératif que **la formation initiale des directeurs d'établissements comporte obligatoirement un volet médico-social** (*proposition n° 7*) pour limiter le risque d'une dérive purement gestionnaire de la direction des EHPAD.

Le statut juridique des EHPAD, n'est évidemment pas sans influence sur la gestion des établissements. Le directeur d'un « petit » EHPAD associatif conserve nettement plus de marge de manœuvre dans la gestion de son établissement et l'organisation de la vie quotidienne des résidents que le directeur d'un EHPAD appartenant à grand groupe commercial. Les directeurs de ces établissements sont trop souvent privés de leur autonomie, contraints de suivre les « injonctions » du siège sans être associés à la prise de décision.

Partenaires des directeurs d'établissements, **les médecins coordonnateurs souffrent aussi d'un manque de reconnaissance** de leur fonction pourtant structurante au sein des EHPAD. Rappelons que près de 30 % des EHPAD déclarent ne disposer d'aucun médecin coordonnateur alors qu'il s'agit là d'une obligation légale. La prise de conscience du manque d'attractivité de la fonction est réelle et a déjà conduit le Gouvernement à agir en élargissant d'une part les missions dévolues aux médecins coordonnateurs et en revalorisant d'autre part la rémunération des médecins coordonnateurs au niveau de celle des praticiens hospitaliers.

Toutefois, il nous semble que les efforts doivent être poursuivis tout d'abord pour **allonger le temps de travail des médecins coordonnateurs** afin qu'ils puissent vivre de cette fonction. Il est également légitime de renforcer leur rôle dans le fonctionnement des EHPAD en rendant, par exemple, leur **avis contraignant lors de l'admission de nouveaux résidents**. Enfin, pour prévenir la pénurie de médecins coordonnateurs et permettre à ceux qui sont en exercice de s'absenter, nous préconisons d'ouvrir la possibilité d'un service de **médecin coordonnateur d'astreinte** qui permettrait de pallier l'absence du médecin de référence (*proposition n° 8*).

L'EHPAD est un lieu de vie avant d'être un lieu de soins. Il faut aujourd'hui **recruter davantage de profils divers** pour accompagner au mieux les résidents dans leur vie quotidienne : animateurs, professionnels du secteur socio-culturel, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes... Ils sont nombreux à pouvoir accompagner nos aînés autrement que par le soin. Nous devons nous assurer de leur présence dans les établissements (*proposition n° 9*).

Nous savons, toutefois, que rien de tout cela ne sera possible si nous n'engageons pas une réflexion approfondie sur la nécessité **d'introduire une nouvelle génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**. Il ne s'agit pas ici d'aborder ces contrats en tant qu'outils de gestion financière mais bien de mesurer à quel point ils ont une influence sur la gestion des ressources humaines.

En effet, le développement des CPOM négociés avec les groupes et non établissement par établissement contribue largement à la déresponsabilisation des directeurs, qui ne sont pas impliqués dans la négociation de ces contrats. Plus largement, le mouvement de mutualisation des établissements, s'il présente des avantages, doit nous interpeller quant à l'organisation pyramidale qu'il fait naître. Les directeurs d'établissement ne

sont plus considérés comme des cadres dirigeants dans une telle structure, ce qui a des répercussions sur l'organisation du quotidien des résidents.

Le manque de personnels accompagnant nos aînés aux côtés du personnel soignant est aussi le fait du **cloisonnement des financements** établis dans le cadre des CPOM. Ces contrats ne permettent pas d'assurer le recrutement pérenne de ces personnels dont les emplois sont financés par la section « hébergement » et une bonne répartition de ces ressources humaines. Et, même si cela n'est pas directement lié à ce qui précède, le contrôle de l'utilisation des fonds alloués aux établissements est extrêmement défaillant à l'heure actuelle.

C'est pourquoi, notre mission n'a pu faire l'économie d'une préconisation allant dans le sens d'une redéfinition des CPOM (*proposition n° 10*). Nous estimons que cette nouvelle génération de CPOM devra négocier de manière globale et simultanée les trois objectifs « hébergement », « dépendance », « soins » afin d'intégrer les postes de ressources humaines financés par la section « hébergement ». Le contrôle des objectifs et des moyens s'exercera, dès lors, sur l'ensemble des trois sections de financement et permettra d'adopter une vision transversale des ressources humaines.

L'absentéisme régulier de certains personnels, notamment pour raison de santé, et le *turnover* élevé conduisent à un **glissement des tâches effectuées par les personnels** restant en exercice et à une porosité croissante des fonctions entre les agents de service, les aides-soignants et les infirmiers.

Pour faire face au manque d'effectifs, certains salariés sont amenés à effectuer des tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés, sans bénéficier de la compensation salariale correspondante. Concrètement, un aide-soignant va se trouver en situation d'administrer certains médicaments à la place de l'infirmier tandis que l'agent de service hospitalier procèdera à la toilette des résidents, mission pourtant dévolue à l'aide-soignant.

Ce glissement de tâches pose de grandes difficultés dans la mesure où ces personnels dits « **faisant fonction** » endossent une responsabilité qui ne devrait pas être la leur car ils n'ont pas les diplômes exigés et ne perçoivent pas une rémunération en adéquation avec les fonctions qu'ils remplissent. Cette délégation de tâches non encadrée juridiquement n'est acceptable ni pour les personnels car elle dégrade encore un peu plus leurs conditions de travail, ni pour les résidents qui ne jouissent pas de la qualité de soins qu'ils sont en droit d'attendre.

Il est impératif de 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 qui permettra de s'assurer de l'affectation exacte des ressources humaines, emploi par emploi, pour chaque section de financement (*proposition n° 11*).

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

Nous savons que la pénurie de personnels est intrinsèquement liée au **manque d'attractivité pour ces métiers du « grand âge »**. L'engouement des étudiants n'est pas à la hauteur des besoins croissants de recrutement de personnels soignants et encadrants dans les EHPAD. Pour ne citer qu'un chiffre particulièrement significatif, les **candidatures aux concours d'accès au métier d'aide-soignant ont chuté de 25 %** en quelques années. Nous avons acquis la conviction qu'une **grande campagne de communication nationale** valorisant les métiers du « grand âge » et incitant à la mixité des recrutements pour diversifier le profil des personnels est un prérequis indispensable (*proposition n° 12*).

S'il faut attirer les personnels futurs dès la formation initiale, il est impératif de « fidéliser » les personnels déjà en place en renforçant la formation continue. Pour faire face à la recrudescence des personnels « faisant fonction », il faut **fluidifier les passerelles entre les métiers** afin d'offrir de vraies perspectives de carrière. Valoriser les savoir-faire du personnel soignant aura pour vertu de mieux considérer la technicité de leurs métiers, une reconnaissance qui fait souvent défaut à ces salariés. Une **simplification du processus de validation des acquis de l'expérience** (VAE) et la mise en place de passerelles entre formations contribueront à fluidifier la gestion des ressources humaines. Enfin, il fait largement consensus que nous ne pourrons pallier le manque d'effectifs sans augmenter significativement les formations d'aide-soignant et d'infirmier (*proposition n° 13*).

Voici les conclusions et les préconisations auxquelles la mission est parvenue et qu'elle souhaite au service d'améliorations concrètes.

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES PAR LES RAPPORTEURS

(par ordre chronologique)

- **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) *** – **M. Jean-Pierre Riso**, président
- **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA)** – **M. Éric Fregona**, directeur adjoint
- *Table ronde de fédérations d'EHPAD :*
 - **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA) *** – **M. Justin de Bailliencourt**, directeur des opérations et de la coordination, **M. Gautier Amelot**, responsable du pôle social, et **Mme Diane-Sophie Laroche**, conseillère affaires publiques
 - **Fédération hospitalière de France (FHF) *** – **M. Marc Bourquin**, conseiller stratégique, **M. Benjamin Caniard**, responsable du pôle autonomie-parcours, et **Mme Amélie Roux**, responsable du pôle ressources humaines
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) *** – **M. Jean-Christian Sovrano**, directeur de l'autonomie
 - **Croix-Rouge française *** – **M. Johan Girard**, délégué national filière personnes âgées et domicile
 - **NEXEM (organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif) *** – **Mme Marie Aboussa**, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale
- *Table ronde d'organisations syndicales de salariés :*
 - **Confédération française démocratique du travail (CFDT) Fédération Santé Sociaux** – **M. Loïc Le Noc**, secrétaire fédéral
 - **Confédération générale du travail (CGT) Santé Action Sociale** – **Mme Malika Belarbi**, pilote du collectif personnes âgées, et **M. Guillaume Gobet**, membre du bureau de l'Union fédérale de la santé privé, pilote du collectif Orpea

- **Fédération Force ouvrière des personnels des services publics et des services de santé (FOSPSS)** – **M. Didier Birig**, secrétaire général, et **M. Gilles Gadier**, secrétaire fédéral
- **Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) Santé et Sociaux** – **M. Jean-Claude Stutz**, conseiller technique national, et **M. Éric Boucharel**, secrétaire départemental Val-d’Oise
- **Fédération SUD Santé Sociaux** – **Mme Anissa Amini**, secrétaire fédérale, référente grand-âge, et **Mme Jessica Thivenard**, trésorière de section
- **Groupe VYV3 *** – **Mme Natacha Lecas**, directrice nationale personnes âgées
- **Syndicat Arc-en-Ciel** – **Mme Isabelle Signori**, secrétaire du CSE, et **M. Émile Ayela**, **Mme Laetitia Collongues** et **M. Bernard Rousset**, membres
- **M. Laurent Garcia**, cadre infirmier, ancien infirmier à l’EHPAD *Les Bords de Seine* (Orpea) à Neuilly-sur-Seine
- **M. Georges Stany**, directeur du Groupement d’employeurs pour l’insertion et la qualification (GEIQ) Silver Nouvelle-Aquitaine
- *Audition commune de médecins coordonnateurs en EHPAD :*
 - **Fédération française des associations de médecins coordonnateurs en EHPAD (FFAMCO)** – **Dr Nathalie Maubourguet**, présidente
 - **Association nationale des médecins coordonnateurs et du secteur médico-social (Mcoor)** – **Dr Stéphan Meyer**, vice-président
- **M^e Léa Talrich**, avocate en droit du travail
- **Cabinet de Mme Brigitte Bourguignon**, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l’autonomie
- *Audition commune :*
 - **Mme Laura Nirello**, économiste à l’Institut Mines-Télécom de Lille
 - **M. Cédric Barakat** et **M. Florent Jean**, experts-comptables
- *Audition commune :*
 - **OPCO Santé** – **M. Jean-Pierre Mercier**, vice-président
 - **École des hautes études en santé publique (EHESP)** – **Mme Elsa Boubert**, responsable de la filière D3S, coordinatrice du réseau CAFDES (certificat d’aptitude aux fonctions de directeur d’établissement ou de service d’intervention sociale)

➤ **M. Gérard Brami**, docteur en droit, ancien directeur d'EHPAD

** Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*