

**MÉTIERS TERRITORIAUX
ET SANTÉ AU TRAVAIL**

LES MÉTIERS TERRITORIAUX DU GRAND ÂGE, DES PROFESSIONNELLS DU LIEN EN ATTENTE DE STABILITÉ



En partenariat avec :

unccas
Union Nationale
des Centres Communaux d'Action Sociale



Les auteurs et les personnes citées sont seuls responsables des opinions exprimées dans ce Cahier. Leurs opinions ne reflètent pas nécessairement les vues du commanditaire, mais ont pour objet de nourrir un débat jugé nécessaire par l'Observatoire MNT.

**MÉTIERS TERRITORIAUX
ET SANTÉ AU TRAVAIL**

**LES MÉTIERS TERRITORIAUX
DU GRAND ÂGE,
DES PROFESSIONNELLS
DU LIEN EN ATTENTE
DE STABILITÉ**



Étude réalisée par Laurence DENÈS et Jean DUMONTEIL

Pour l'Observatoire MNT en partenariat avec
l'Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCASS).

Septembre 2022



LES AUTEURS



Laurence DENÈS, spécialiste du management public, partage ses activités entre presse écrite, journalisme en ligne et animations de débats, déployant l'ensemble de ces interventions selon une double focale, les collectivités territoriales ainsi que le secteur de la santé et le médico-social.

Contributeur régulière des publications de la MNT, elle a notamment participé à la réalisation de plusieurs études éditées sous l'égide de l'Observatoire de la MNT.



© François Bouchon.

Jean DUMONTEIL est secrétaire général du Global Local Forum, réseau international d'expertise et d'action sur le développement territorial et le renforcement de la démocratie locale. Ancien directeur de *La Gazette des communes* et de *La Lettre du secteur public*, il anime de nombreux débats sur les politiques publiques territoriales et le développement social, participant activement à l'innovation dans le secteur public local et à la promotion du mieux-être au travail dans les organisations territoriales.



SOMMAIRE

Avant-propos	8
Introduction	11
A. LA PAROLE DE CEUX QUE L'ON N'ENTEND PAS	12
B. MÉTIERS DU SOIN, MÉTIERS DU LIEN, MÉTIERS DE L'HUMAIN : QUELLE DÉFINITION ?	14
C. DES MÉTIERS EN CRISE	15
Méthodologie.....	17
1. UN SECTEUR ÉCLATÉ AU FONCTIONNEMENT COMPLEXE ET DES MÉTIERS EN ÉVOLUTION.....	21
A. LE CADRE D'EXERCICE DU MÉTIER.....	22
1. Des difficultés structurelles bien avant la crise sanitaire.....	22
2. Établissements et services à domicile. Diversité des structures, pilotage multipartite et financement disparate sur le territoire.....	24
3. Une politique de financement inégale et complexe qui impacte les leviers managériaux et organisationnels.....	29
B. LA RÉALITÉ DIVERSE DE MÉTIERS MÉCONNUS.....	34
1. Des métiers en mutation au révélateur de la crise : la nécessaire reconnaissance des métiers du soin	34
2. Les métiers territoriaux du grand âge en chiffres et statut. Une pluralité de métiers et d'organisation	39
2. DES MÉTIERS AUX RISQUES TROP LONGTEMPS IGNORÉS	43
A. UN ENGAGEMENT MIS À L'ÉPREUVE	44
1. La fierté d'être utile.....	44
2. Dans l'urgence du quotidien.....	48
B. LES RISQUES DU MÉTIER.....	52
1. Des métiers éprouvants	52
2. La charge émotionnelle de la vieillesse et de la mort	59
3. L'accompagnement de personnes de plus en plus vulnérables.....	61
4. Le défi de la maltraitance.....	64

C. COVID-19, LA CRISE VÉCUE DE L'INTÉRIEUR.....	68
1. L'épreuve des confinements.....	68
2. L'épuisement du jour sans fin	72
3. UNE NOUVELLE POLITIQUE DU GRAND ÂGE QU'APPELLENT LES PROFESSIONNELS	75
A. DES MÉTIERS À MIEUX DÉFINIR ET À CONSOLIDER	76
1. Sortir de la précarité	76
2. Faire face à l'absentéisme et aux difficultés de recrutement	79
B. NOUVEAUX MÉTIERS, NOUVELLES STRUCTURES	84
1. Dépasser l'opposition : structures d'hébergement ou services à domicile	84
2. Politiques intergénérationnelles et intégration territoriale.....	88
C. PRENDRE SOIN DES SOIGNANTS	92
1. Qualité de vie au travail, qualité du travail	92
2. Les enseignements de nos voisins européens ou plus lointains	97
3. Les nouvelles technologies au service du grand âge ?.....	103
Conclusion	107
SYNTHÈSE & RECOMMANDATIONS	109
Focus sur les principaux métiers du grand âge.....	119
Bibliographie	121
Conseil scientifique et conseil d'orientation.....	127
Cahiers déjà parus	131



AVANT-PROPOS

Les agents du grand âge, tous soignants

Inédite, cette étude aborde le vieillissement par le regard de ceux qui en prennent soin au quotidien. Pour la première fois, la parole est donnée aux professionnels, aux agents territoriaux, pour décrire leur métier, son impact sur leur santé. Avec ce parti pris, cette étude se démarque des nombreux autres rapports sur ce secteur. Son ambition est de participer à nourrir le débat de façon originale et concrète, une façon qui nous est propre, celle de la Territoriale et des services publics locaux.

Ici, la vision du secteur depuis l'intérieur est porteuse d'espoirs. Car au-delà des scandales médiatisés dans certains Ehpad, comme au sein du groupe Orpéa, la réalité du terrain démontre la pertinence de l'échelon de la proximité et de l'approche territoriale, propice à l'innovation publique. Certaines expériences de collectivités locales hors frontières dessinent de nouveaux modèles de réponse au grand âge, avec déjà des expérimentations en France.

Pourquoi mettre en avant les agents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des services à domicile, des centres communaux d'action sociale (CCAS) ? Ces professions souffrent d'un manque de connaissance et de reconnaissance.

Ces métiers du lien et du soin sont apparus « essentiels » avec la crise sanitaire et les confinements. Ils soutiennent la vie, ils sont des soignants au sens large. Le cuisinier d'un Ehpad est un soignant car son apport est déterminant pour les résidents. L'expertise de tous ces agents doit être reconnue. Ces métiers sont peu définis, et leur synthèse est une première... une première pierre à l'édifice que d'autres rapports pourront compléter.

Ils sont rendus invisibles par le maquis institutionnel du secteur. La double tutelle des ARS et des départements entraîne une certaine complexité du pilotage et du financement. À celle-ci s'ajoute une grande diversité des structures, ici très clairement décrite, et de leur nature (publique territoriale,

associative, mutualiste ou privée). Enfin, la réforme du grand âge tant attendue laisse en suspens les besoins non encore résolus en matière de politique publique. De la catégorie A à la catégorie C, les agents territoriaux souffrent de ces contraintes de moyens et d'organisation du travail, au détriment de leur santé et *in fine* de nos aînés.

Les employeurs peinent à enrayer la crise des vocations. L'attractivité est difficile à créer avec peu de titularisations. Ce levier habituel de recrutement pour d'autres métiers territoriaux, puisqu'il promet la protection du statut, est plus difficile à mobiliser faute de moyens liés à des financements complexes. Pourtant, offrir une certaine stabilité à ces postes, c'est lutter contre la précarité. Offrir une meilleure qualité de vie au travail, c'est éviter l'épuisement, l'absentéisme et les remplacements, des problématiques quotidiennes à gérer.

Enfin, ces agents accompagnent la fin de vie, un sujet ô combien intime. Chacun de nous lira ce *Cahier de l'Observatoire MNT* au prisme de sa propre histoire familiale et individuelle. Toutefois, grâce à la prouesse de notre duo d'auteurs, Laurence DENÈS et Jean DUMONTEIL, nous vous promettons une lecture passionnante, agréable et inspirante.

« Vieillir en santé, ce n'est donc pas avoir l'air plus jeune que son âge mais plutôt se sentir plus jeune que son âge. » Richard BÉLIVEAU, biologiste québécois, titulaire d'une chaire de prévention.

Jean-René MOREAU,

Vice-président honoraire de la MNT
Président de l'Observatoire MNT
(à droite de la photo)

et Laurent BESOZZI,

Vice-président de la MNT
Vice-président de l'Observatoire MNT
Vice-président de la Mutualité
Fonction Publique



Une approche renouvelée du grand âge et de ses enjeux

Que ce soit à domicile ou en établissement, la crise sanitaire a mis les professionnels de nos centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS-CIAS) à rude épreuve. Dans ces circonstances exceptionnelles, en milieu rural comme en zone urbaine, les habitants de nos communes ont pu mesurer à quel point les missions du service public en matière d'accompagnement, de soins, de lien social, de coordination avaient du sens.

En tant que maires et adjoints aux solidarités, dans la mise en œuvre au quotidien de nos politiques gérontologiques, nous savons pouvoir compter sur la mobilisation et l'engagement d'agents pleinement investis dans leurs missions. Ce qui bien sûr n'exclut pas les difficultés liées aux conditions de travail ou à la pénurie de personnels dans un secteur confronté à de très fortes tensions depuis plusieurs années.

Aussi, et de la même manière qu'au travers de son Livre blanc autonomie paru en 2021 l'UNCCAS avait souhaité prendre toute sa part et contribuer au débat public sur les besoins d'accompagnement de nos aînés et de leurs proches, nous sommes aujourd'hui très heureux d'être associés à cet ouvrage dédié aux métiers territoriaux du grand âge réalisé par l'Observatoire de notre partenaire la MNT. Un partenaire avec qui nous partageons des principes fondamentaux de solidarité, de proximité, de qualité du service rendu.

Dans une société marquée par des transitions démographiques, sociales, économiques et écologiques, nous incitant plus que jamais à porter une attention particulière à nos concitoyens les plus vulnérables, il importe que les métiers ici mentionnés soient pleinement reconnus.

Pour toutes ces raisons, puissent les constats et les préconisations issues de ce travail d'observation contribuer à promouvoir une approche renouvelée du grand âge et de ses enjeux.

Luc CARVOUNAS,
Président de l'UNCCAS



INTRODUCTION

La crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, puis le scandale Orpéa, ont mis en lumière l'importance des services aux personnes âgées et des métiers dédiés au grand âge, exercés principalement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile. En 2021, la France comptait 1,4 million de personnes de 85 ans et plus. À l'horizon 2060, elles seront 5 millions¹. Aujourd'hui, environ 7 500 Ehpad accueillent plus de 650 000 personnes âgées. Parallèlement, près de 800 000 personnes âgées en perte d'autonomie bénéficient des prestations d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile. Selon le département des études du ministère des Solidarités et de la santé, 830 000 équivalents temps plein sont employés auprès des personnes en perte d'autonomie².

Ces professionnels du grand âge présentent une pluralité de profils et de statuts (agents territoriaux et hospitaliers, salariés de structures privées ou associatives). En France, la moitié des Ehpad sont en gestion publique et se répartissent entre structures hospitalières et établissements gérés par les communes et intercommunalités, à travers leurs CCAS ou CIAS (centres communaux et intercommunaux d'action sociale). De fait, sous la pression des besoins, l'organisation des services à domicile mobilise de plus en plus le bloc communal, en coordination avec les services des conseils départementaux qui les financent.

Si notre étude n'a pas vocation à répondre à l'immense défi que représente le vieillissement de la société française, elle y contribue en s'intéressant particulièrement aux professionnels qui prennent soin des aînés et aux conditions d'exercice de leur métier, en établissement comme dans les services à domicile. Nous avons choisi de resserrer notre focale sur l'action publique locale en donnant la parole aux agents territoriaux, titulaires et non titulaires, directement employés par les collectivités territoriales. En effet, selon l'UNCCAS, en 2021, sur les 43 % des Ehpad publics, les CCAS et CIAS en gèrent

¹ « Personnes âgées : les chiffres clés », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 21 décembre 2021.

² Chiffres de la Drees dans « Grand âge et autonomie : les chiffres clés », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 28 mars 2019.

directement 700, auxquels s'ajoute un parc de quelque 1 000 résidences autonomie gérées à 60 % par des CCAS. Autant de services publics locaux pour lesquels les « vieux » ne sont pas des usagers ou des clients, mais des concitoyens, des habitants.

A. La parole de ceux que l'on n'entend pas

En 2020, il a beaucoup été question des « invisibles ». Dans le domaine du grand âge, l'expression peut s'appliquer à la fois aux professionnels et à leur public que notre société marginalise. Il s'agit de donner à voir, à travers l'enjeu de la dignité des personnes âgées, la dignité de celles et de ceux qui prennent soin d'elles.

Nous avons choisi de parler de « métiers du grand âge » plutôt que de « métiers de la dépendance » car la dépendance est un terme insuffisant. Certes nos vieillards sont dépendants, mais nous sommes tous dépendants les uns des autres. Pour paraphraser George ORWELL, pour lequel « *certaines sont plus égaux que d'autres* », convenons simplement que certains sont plus dépendants que d'autres. Nous parlons donc des métiers du grand âge dont Michèle DELAUNAY, ancienne ministre déléguée aux Personnes âgées et à l'Autonomie donne cette belle définition :

« Le grand âge, c'est celui qui correspond à la vieillesse d'autrefois, dont on ne sait pas bien dire quand il commence (et peut-être est-ce tant mieux) même si on ne sait que trop comment il finit ; celui qu'on ne peut nommer mieux que par "grand âge", car même s'il signifie une diminution, une perte, il suppose un combat, à la fois pour y parvenir et pour le vivre. Oui, cet âge est "grand", c'est celui du respect, de l'hommage, du soutien³. »

La crise sanitaire a familiarisé l'expression « premiers de corvée » pour évoquer les professionnels dont l'utilité sociale a été démontrée pendant la pandémie, notamment durant les confinements qui furent une période intense dans les Ehpad et les services d'aide et de soins à domicile. Bien avant cette crise, les difficultés de ces métiers étaient identifiées. Dans un rapport parlementaire, les députés Bruno BONNELL et François RUFFIN soulignent le manque de reconnaissance envers ces professionnels, une géométrie variable de leurs statuts et de faibles rémunérations en rapport à leur utilité sociale.

« Invisibles et toutefois indispensables, ils sont des rouages critiques d'une mécanique de vie sociale inclusive et méritent un ajustement moral, statutaire et économique. »

Bruno BONNELL et François RUFFIN

³ DELAUNAY Michèle, *Le fabuleux destin des baby-boomer*, Paris, Plon, 2019.



Il s'agit de donner à voir, à travers l'enjeu de la dignité des personnes âgées, **la dignité de celles et de ceux qui prennent soin d'elles.**

Ces métiers du grand âge sont tout le contraire des *bull shits jobs*, ces « emplois à la con » définis par David GRAEBER, anthropologue à la London School of Economics, dont notre société pourrait se passer. Au contraire, ils sont essentiels, à l'aune des services qu'ils assurent.

B. Métiers du soin, métiers du lien, métiers de l'humain : quelle définition ?

Entre le *cure* et le *care*, la langue anglaise offre une belle nuance qui distingue l'acte de « soigner » de celui de « prendre soin. » La santé ne doit plus s'appréhender à partir du seul curatif ou de la mesure des maladies, mais de façon plus globale, en intégrant l'environnement local dans sa globalité, par exemple, pour rester le plus longtemps possible à son domicile, ce qui constitue le vœu majoritaire de 85 % des Français⁴.

Longtemps, les métiers du *care* ont été associés au don de soi et aux compétences naturelles des femmes à « prendre soin des autres », que ce soit les enfants ou les personnes âgées. Cet écueil est encore très ancré dans l'inconscient collectif et se retrouve, au niveau des politiques publiques, dans le frein à reconnaître et valoriser ces professions⁵.

Le *care* ne se limite pas aux métiers médicaux et paramédicaux. **Aussi, le périmètre de notre étude sur les métiers du soin à domicile et en établissement recouvre également les métiers de l'animation, de l'entretien, de la lingerie, de l'accueil, de la restauration, soit le collectif de travail entièrement au service des personnes âgées.**

Ce sont des métiers du lien. Comme le dit Frédéric WORMS, philosophe, membre du CCNE (Conseil consultatif national d'éthique), « *le vital ne s'arrête pas au corporel, et pour les êtres humains sont vitales aussi les relations. On peut mourir de ne pas être respecté, comme on peut mourir de ne pas être nourri ou soigné*⁶. » D'ailleurs, un avis du CCNE du 30 mars 2020 rappelle « *le respect de la dignité humaine, qui inclut le droit au maintien d'un lien social pour les personnes dépendantes.* »

⁴ SENIORS « *Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ?* » Ifop – Sociovision en partenariat avec Malakoff – Saint-Gobain - Irsap, février 2019.

⁵ Claire EDEY GAMASSOU, Virginie MOISSON-DUTHOIT, *Le travail des professionnels de la relation d'aide : jongler avec des gratifications et des souffrances*, Gestion 2012/2 (Vol. 37).

⁶ WORMS Frédéric, « La fin de vie, souffrance temporelle, et comment y répondre », dans MONNERON Dominique et DROIT Roger-Pol (dir.), *Éthique du grand âge et de la dépendance*, Paris, Presses universitaires de France, 2020.

C. Des métiers en crise

Les métiers du grand âge sont des métiers aux conditions de travail difficiles. Le taux d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) y est trois fois supérieur à la moyenne nationale. Par exemple, en 2017, 19 000 accidents du travail d'aides à domicile ont été recensés, soit 31 % de plus qu'en 2013.

Ces chiffres émanent du rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé en octobre 2019⁷ par Myriam EL KHOMRI, lequel pointait la faible attractivité des métiers du grand âge, évaluant à 60 000 le nombre de postes non pourvus. Entre 2020 et 2024, 18 500 postes environ auraient dû être annuellement créés pour faire face aux besoins – présents et futurs – de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, dont le nombre même devrait augmenter de 20 % d'ici 2030. De plus, le rapport relève une baisse de 25 % du nombre de candidatures au concours d'aide-soignant entre 2012 et 2017. Et le rapport de préconiser la mise en place d'un plan d'action sur cinq ans pour « relever le défi de l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie ».

Notre étude donne largement la parole aux professionnels. Nous aborderons les risques et la qualité de vie au travail, les syndromes d'épuisement, l'épreuve de la crise sanitaire et des confinements telle qu'ils l'ont vécue, leurs difficultés, mais aussi leurs fiertés et leurs aspirations. Nous relaierons, surtout, leurs propositions pour la reconnaissance et la stabilité de leur métier.

⁷ EL KHOMRI Myriam, *Grand âge et autonomie. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*, Ministère des Solidarités et de la Santé, octobre 2019.



Cette étude porte sur le volet ressources humaines de la politique du grand âge, plus spécifiquement au sein de la fonction publique territoriale. Elle s'intéresse **aux métiers de l'accompagnement à la perte d'autonomie, que cela soit en établissement ou à domicile, à l'échelle communale et intercommunale.**

À partir d'un constat partagé sur l'existence de risques particuliers et élevés dans les métiers du grand âge au sein des collectivités territoriales, l'Observatoire MNT a fait réaliser cette enquête auprès des collectivités et de leurs agents. Des entretiens individuels ont été menés avec des experts et des professionnels de santé, des élus, des responsables de service et de ressources humaines, ainsi que des agents eux-mêmes : cadres et agents d'exécution, professionnels du grand âge, de sorte que leur parole soit étendue à l'ensemble de la chaîne hiérarchique. Cette enquête repose sur des interviews semi-directifs et confidentiels avec les professionnels pour contribuer à faire émerger leurs attentes, les innovations, les pratiques actuelles et les problématiques propres à leur métier.

La structuration de l'échantillon

Soixante entretiens ont été réalisés auprès d'un échantillon de structures variées et représentatives (CCAS, Ehpad, résidences autonomie, services et soins à domicile) dans la diversité des territoires et des métiers (emplois de direction et d'encadrement, aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignantes, infirmières, et aussi animatrices, agents d'accueil, porteurs de repas, lingère, cuisinier, etc.). Une série d'entretiens avec des experts et des personnes-ressources (CNFPT, centres de gestion, conseils départementaux, organisations syndicales, réseau VYV, etc.) a complété cette enquête.

Profils des entretiens

40

AGENTS TERRITORIAUX :

18 CAT. A

12 CAT. B

10 CAT. C

13 EN EHPAD

12 EN SAAD

15 DANS LES AUTRES STRUCTURES



9

ÉLUS LOCAUX

11

EXPERTS



16

**DÉPARTEMENTS
COUVERTS**

Répartition de l'échantillon par sexe

Profils	Femme	Homme	Total
Agent	33	7	40
Élu	4	5	9
Expert	5	6	11
Total général	42	18	60

Répartition par catégorie et ancienneté

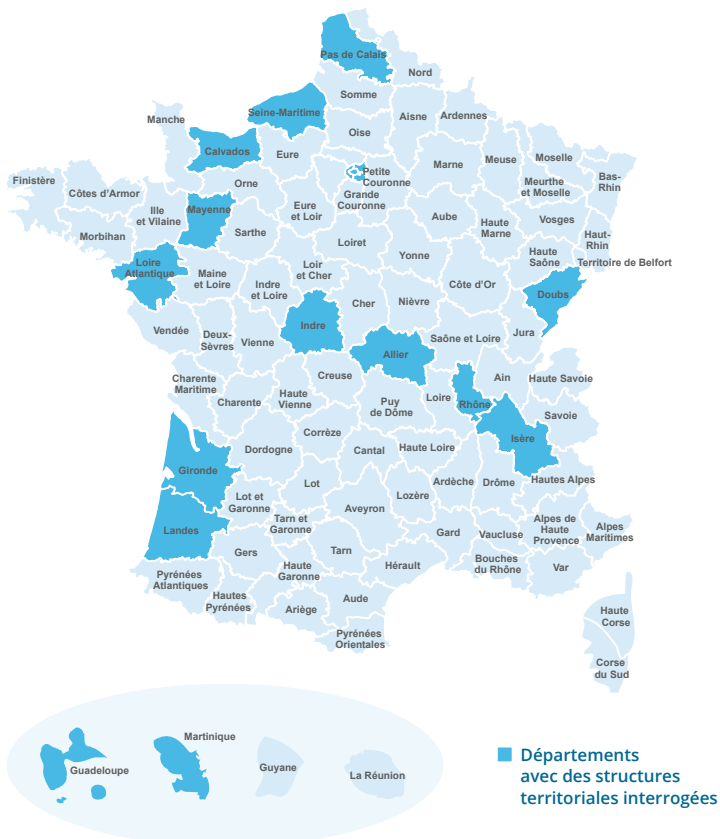
Agents	A	B	C	Total
Moins de 5 ans	7	2	4	13
5 à 9 ans	1	3	1	6
10 à 14 ans	1	1	1	3
15 à 19 ans	3	3	2	8
Plus de 20 ans	3	2	2	7
NR	2			3
Total général	17	11	10	40

L'étude s'appuie aussi sur les enseignements des nombreux débats que les deux auteurs ont animés ou auxquels ils ont participé, à l'initiative des pouvoirs publics (rencontre nationale Action Cœur de ville, rencontres nationales Petites villes de demain), des associations d'élus locaux (forums au Congrès des maires et présidents d'intercommunalités « Mieux répondre à

l'urgence du grand âge », webinaires UNCCAS, etc.) ou avec les associations professionnelles de ce secteur, telles que l'Actas (Association des cadres territoriaux de l'action sociale).

Enfin, la réflexion s'est enrichie des multiples propositions des études et rapports officiels produits en très grand nombre que nous avons dépouillés et analysés.

Répartition géographique des entretiens



Entretiens, débats, publications : tous convergent pour décrire l'urgence de mieux structurer le secteur, de stabiliser et reconnaître les métiers du grand âge afin d'apporter des réponses à la hauteur de l'immense défi du vieillissement.

1

**UN SECTEUR ÉCLATÉ
AU FONCTIONNEMENT
COMPLEXE ET DES
MÉTIERS EN ÉVOLUTION**



A. Le cadre d'exercice du métier

1. Des difficultés structurelles bien avant la crise sanitaire

Manque d'effectifs, turn-over important, attente d'une réforme sans cesse reportée face à l'augmentation continue du nombre de personnes dépendantes, etc. Depuis des années, la politique du grand âge se dégrade et les difficultés quotidiennes des professionnels sont à l'origine d'un malaise croissant.

Dans les services d'aide à domicile, comme en Ehpad, le manque de personnel est assurément le problème le plus aigu. Selon une enquête de la Drees⁸ (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques des ministères sanitaires et sociaux), les Ehpad employaient, en 2015, toutes professions confondues, 62,8 personnes en équivalent temps plein (ETP) pour 100 places. Lorsqu'il se limite au personnel soignant (aides-soignants, infirmiers principalement), ce taux d'encadrement est de 22,8 postes pour 100 places dans les structures privées à but lucratif, comparé à 36,7 postes pour 100 places dans les structures publiques hospitalières.

Cette enquête indiquait également un renouvellement du personnel dans les Ehpad très élevé, puisque **15 % des effectifs avaient moins d'un an d'ancienneté**. Du côté des établissements, « 44 % [d'entre eux] déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, entraînant dans 63 % d'entre eux, la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois », écrivent les auteurs de l'enquête de la Drees, Mahel BAZIN et Marianne MULLER. Par ailleurs, « la situation géographique de l'établissement contribue également à la survenue de difficultés de recrutement. Près de la moitié des Ehpad implantés dans des communes isolées rencontrent ainsi des difficultés de recrutement et 15 % ont des postes de médecins coordonnateurs non pourvus. »

Chargées d'un rapport publié en mars 2018 pour la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, les députées Monique IBORRA et Caroline FIAT, tiraient le signal d'alarme : « Les très nombreux courriers qu'ont reçus les rapporteuses tout au long de la mission révèlent l'inquiétude qui traverse notre société au sujet de ces établissements, inquiétude qui ne peut être réduite à un phénomène médiatique. [...] Des milliers de professionnels, face à la dégradation de l'état des personnes âgées et à l'anxiété persistante des familles, expriment leur désarroi face à la difficulté de ne pouvoir continuer à exercer dans des conditions humaines et décentes le métier qu'ils ont choisi et qu'ils apprécient. »

⁸ BAZIN Mahel et MULLER Marianne, *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*, Études et Résultats de la Drees, n° 1067, juin 2018.

Auditionnés par les députées sur les conditions de travail en Ehpad, la Drees et le cabinet ENEIS⁹ faisaient état de la « *pression de la pendule* » et du « *travail empêché* », notion qui se traduit « *par le sentiment d'aller contre ses propres valeurs professionnelles et personnelles, notamment celles qui les ont conduits à exercer ce métier en institution, comme le fait de donner du sens aux soins apportés aux résidents, afin de tenir les exigences de travail réelles.* » Certains soignants évoquaient déjà un sentiment de « *maltraitance passive* » ou de « *maltraitance institutionnelle* ».

Le même rapport parlementaire déplorait, par ailleurs, la suppression des contrats aidés, pas moins de 12 500 dans les seuls Ehpad publics, selon la Fédération hospitalière de France.

Plusieurs mouvements de grève ont éclaté avant la crise de la Covid-19. La grève la plus retentissante a été celle de l'Ehpad (privé) de Foucherans (Jura) qui a duré 117 jours en 2017. Deux ans plus tard, le printemps et l'automne 2019 ont été marqués par des mouvements de grève dans les Saad dans toute la France. En 2020, une grève au sein de l'ADMR du Loir-et-Cher a fait la une de la presse nationale, dénonçant le glissement des tâches dans les services d'aide à domicile.

En octobre 2018, Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, avait lancé une vaste concertation nationale *Grand âge et autonomie*, pilotée par Dominique LIBAULT, qui s'est achevée en mars 2019. Elle a mobilisé 10 ateliers nationaux, cinq forums régionaux, une consultation citoyenne ayant recueilli plus de 1,7 million de votes pour 414 000 participants, 100 rencontres bilatérales et des groupes d'expression de personnes âgées, professionnels et aidants. Le résultat est un constat partagé entre tous les acteurs du secteur. Malgré cette mobilisation, la réforme reste en attente.

Parallèlement, le rapport de l'ancienne ministre du Travail Myriam EL KHOMRI, remis au gouvernement en octobre 2019, confirmait la profonde dégradation de l'attractivité des métiers du grand âge :

- baisse de 25 % en six ans des candidatures aux concours d'accès aux professions d'aide-soignant et accompagnant éducatif et social,
- taux de pauvreté de 17,5 % chez les intervenants à domicile, contre 6,5 % pour l'ensemble des salariés,
- nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (« *sinistralité* ») trois fois supérieur à la moyenne nationale.

⁹ CHENAL Marie, JOLIDON Pierre, LAURENT Thibaut, MARQUIER Rémy, PEYROT Clémence, STRAUB Thomas, TOLDRE Camille et VROYLANDT Thomas, *Des conditions de travail en Ehpad vécues comme difficiles par des personnels très engagés*, Les dossiers de la Drees, septembre 2016.

De l'absence de réforme structurelle découle une souffrance des professionnels, qui s'exprime à travers des mouvements sociaux ainsi que les problèmes de recrutement et de fidélisation rencontrés par les établissements et les structures employeurs.

2. Établissements et services à domicile. Diversité des structures, pilotage multipartite et financement disparate sur le territoire

Avant de donner la parole aux agents territoriaux du grand âge, il importe de bien comprendre la diversité actuelle du champ d'exercice des structures et par ricochet des métiers, ainsi que la complexité encore plus grande de la gouvernance et du financement du secteur tels qu'ils sont pratiqués à ce jour. En effet, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 vise à résoudre ces difficultés. D'une part, il impose aux départements un tarif plancher national de 22 euros par heure de prestation relevant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). D'autre part, il prévoit et encourage le rapprochement des Saad, Ssiad et Spasad dans une catégorie unique de **services autonomie à domicile** pour faciliter le parcours de soin et de vie des usagers.

60 % des personnes âgées en perte d'autonomie vivent à domicile¹⁰. Leur moyenne d'âge est de 84 ans et elles sont généralement moins dépendantes que les résidents en établissement. Près de 800 000 personnes, personnes âgées et personnes en situation de handicap, font aujourd'hui l'objet d'une prise en charge à domicile¹¹. Les interventions sont portées par plusieurs types de structures :

- Services d'aide et d'accompagnement au domicile (Saad)
- Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)
- Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)
- Ehpad
- Résidences autonomes et établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa)
- Unités de soins de longue durée (USLD)

¹⁰ CARRÈRE Amélie, « Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? », *Regards*, n° 57, 2020/1.

¹¹ ABDOUNI Sarah, *Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018*, Études et résultats de la Drees, n° 1129, octobre 2019 (N°1129).

a. Les Saad

Les services d'aide et d'accompagnement au domicile (Saad) interviennent pour soulager la personne dans les activités du quotidien qu'elle ne parvient plus à réaliser seule (ménage, course, repas, etc.). Les Saad emploient principalement **des aides à domicile et des auxiliaires de vie sociale**.

Leur financement relève principalement du conseil départemental, voire de caisses de retraite et mutuelles. Dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), un plan d'aide est établi en fonction de la situation du bénéficiaire. Il établit une enveloppe versée par le département pour un nombre d'heures subventionnées ; tout dépassement est pris en charge en plein tarif par l'usager. À noter, dans de nombreux départements, le tarif d'une heure APA, fixé par le conseil départemental, est inférieur au coût de revient d'une heure d'intervention à domicile. À l'issue de la concertation grand âge, Dominique LIBAULT relevait que « *le tarif de prise en charge des besoins des PA/PSH [Personnes âgées/Personnes en situation de handicap] est non seulement variable selon les départements, mais ne permet pas en outre de valoriser correctement la qualité nécessaire à l'amélioration de l'accompagnement*¹². »

b. Les Ssiad

Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) interviennent sur prescription médicale à la fois pour les personnes âgées dépendantes et les personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou de maladie chronique. Un tel service peut faire intervenir **des aides-soignants et des infirmiers**.

Ces agents réalisent des soins de base et relationnels, parfois appelés *nursing* (hygiène, propreté corporelle) et des soins techniques (pansements, médicaments, injections, etc.). L'infirmier coordinateur du service mène également un travail de coordination des soins avec les différents professionnels médicaux et paramédicaux susceptibles d'être sollicités par la personne.

Autorisés par l'agence régionale de santé (ARS), les Ssiad sont financés intégralement par dotation de l'Assurance maladie. Le Ssiad est une alternative performante à l'Ehpad, pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne requièrent pas une présence continue des professionnels du soin. Du Ssiad à l'Ehpad, le passage est souvent lié à l'isolement social des patients.

¹² LIBAULT Dominique, *Concertation grand âge et autonomie*, Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

c. Les Spasad

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) associent les compétences d'un Ssiad et d'un Saad. Depuis 2005, le service peut être créé à partir d'un Saad et d'un Ssiad préexistants sur autorisation conjointe de l'ARS et du conseil départemental selon leur schéma de planification respectif. La loi d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 a ouvert la possibilité d'expérimenter des Spasad « intégrés » sous la forme d'une entité unique. L'objectif est de promouvoir une plus grande mutualisation des organisations et des outils ainsi qu'une intégration des prestations au bénéfice de la qualité de l'accompagnement de la personne en vue d'une prise en charge globale de leurs besoins.

Aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aides-soignants et infirmières. La frontière est souvent floue entre ces quatre métiers aux missions étroitement liées : tâches ménagères, aide corporelle et intervention sanitaire.

Pour les modes d'accueil en établissement, il faut, là encore, différencier les structures.

d. Les Ehpad

Les Ehpad, structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes avec des degrés d'autonomie très divers, constituent la formule d'accueil la plus répandue. On recense plus de 7 500 établissements accueillant environ 610 000 résidents¹³. **50 % des EHPAD sont publics, soit environ 3 750**, 31 % privés à but non lucratif et 24 % privés à but lucratif¹⁴.

Le nombre de personnes âgées accueillies en Ehpad est en augmentation constante. On parle généralement de « placement » car la personne est contrainte d'accepter la solution proposée. Les Ehpad sont de plus en plus réservés aux fins de vie, avec pour conséquence des pratiques professionnelles qui évoluent vers l'accompagnement de personnes dépendantes souffrant de polyopathologies et présentant très fréquemment des troubles cognitifs.

En effet, 42 % des personnes âgées en Ehpad étaient atteintes de la maladie d'Alzheimer en 2015 ; elles sont aujourd'hui plus de 57 % à souffrir d'une maladie neurodégénérative, selon un rapport de mission de 2021 des professeurs JEANDEL et GUÉRIN¹⁵. Ils font ainsi remarquer que « *le contexte dans lequel intervient la décision d'orienter la personne âgée dépendante en Ehpad*

¹³ Données fournies par la Direction générale de la cohésion le 24 octobre 2020.

¹⁴ *L'hébergement des personnes âgées en établissement – Les chiffres clés*, Drees social, juin 2019.

¹⁵ GUERIN Olivier et JEANDEL Claude, *Rapport de mission : unités de soins de longue durée et Ehpad*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2021.

est en pleine mutation. En 2015, 55 % des personnes accueillies en établissement vivaient auparavant à leur domicile personnel ou dans celui d'un proche. [...] Ce changement de lieu de vie résulte de plus en plus souvent d'une aggravation brutale de l'état de dépendance consécutivement à une ou des pathologies aiguës intercurrentes dans un contexte où l'aide informelle peut également faire défaut et ne plus permettre l'étayage nécessaire au soutien à domicile. »

« On confond de plus en plus le H d'Ehpad qui veut dire hébergement avec le H d'hôpital. »

Annabelle VÊQUES, directrice générale de la Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées, dans le cadre du forum « Mieux répondre à l'urgence du grand âge » au congrès des maires 2021.

« Les gens veulent rester le plus longtemps possible chez eux et on ne part en Ehpad que lorsque le maintien à domicile n'est plus possible et que les aidants familiaux ne suffisent plus. »

Christelle, aide-soignante en Ssiad.

Pour leur financement, les Ehpad reposent sur trois sections budgétaires : les soins, la dépendance et l'hébergement, dépendant de différentes tutelles et relevant d'aides ou d'allocations distinctes.

- Les soins financés **par l'Assurance maladie** *via* les agences régionales de santé (ARS) ; à travers un système de dotations transitant par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Outre les équipements médicaux et les médicaments prescrits, ce financement contribue à la rémunération du médecin coordonnateur, des médecins salariés dans le cadre du tarif global de soins, des infirmières et des aides-soignantes et, le cas échéant, l'intervention d'autres professionnels de santé extérieurs à la structure.
- La dépendance financée par les conseils départementaux avec la dotation relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Son montant est **fixé par le président du conseil départemental** du lieu d'implantation de l'établissement. Ce forfait permet théoriquement de couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie des résidents, notamment pour les actes du quotidien. Il finance principalement la présence d'un personnel qualifié (aides-soignants, aides médico-psychologiques, etc.), ainsi que les frais de matériel lié à la perte d'autonomie. Bien que le montant de ce forfait soit fixé par l'exécutif départemental, seule une partie de ce forfait est prise en charge et acquittée par le département en fonction du niveau de ressources et de dépendance des résidents (*via* l'APA). L'autre partie est prise en charge par la CNSA.

- L'hébergement à la charge du résident pour couvrir les prestations hôtelières (restauration, animation, accueil) ainsi que les charges de la structure (administration générale, entretien), sauf en cas de faibles revenus, si la personne est éligible à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) à condition de choisir un établissement disposant de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Ce tarif d'hébergement est fixé par le département.

Du fait de cette double tutelle, par exemple, « 30 % des [postes d'aides-soignants] reviennent au département et 70 % à l'ARS », indique Élodie MARCHAT, directrice générale adjointe des services du conseil départemental des Hauts-de-Seine, chargée des solidarités¹⁶.

e. Les résidences autonomie et Ehpa

Les personnes les plus autonomes sont accueillies en résidences autonomie (au nombre de 2 294) auparavant appelées foyers-logements, ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa, au nombre de 265). Ces structures constituent un mode d'hébergement collectif non médicalisé.

Les résidences autonomie « font partie de ces structures intermédiaires et leur intérêt est triple : elles sont ouvertes sur l'extérieur, elles sont financées par un financeur public unique au moyen du forfait autonomie que verse la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), et elles facilitent l'accès de leurs résidents à des services d'aide et d'accompagnement¹⁷ ».

« J'ai connu une époque avec les foyers-logements qui étaient très festifs, beaucoup d'animation, le confort pour ceux qui venaient vivre là leur troisième âge. Il y a eu une période euphorique avec des gens qui découvraient le confort au moment de la retraite. La ville dans laquelle je travaille a conservé ses résidences autonomie en gestion directe, mais pas d'Ehpad, car nos élus ne voulaient pas médicaliser la vieillesse. »

Isabelle, 64 ans, infirmière en foyer-logement pendant 10 ans, aujourd'hui infirmière coordinatrice du Ssiad d'une grande ville.

¹⁶ RAYNAUD Isabelle, « Ehpad : les départements et les ARS sur la sellette » *La Gazette des communes*, 28 février 2022.

¹⁷ BONNE Bernard et MEUNIER Michelle, *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !*, Commission des affaires sociales du Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie, mars 2021.

f. Les ULDS

Les unités de soins de longue durée (ULDS) sont des structures d'hébergement et de soins dédiées aux personnes de plus de 60 ans les plus dépendantes. Elles sont adossées à un établissement hospitalier. 32 790 personnes étaient concernées fin 2015¹⁸.

Au-delà de la diversité des acteurs en présence sur un territoire, c'est le cloisonnement entre les champs d'intervention de chacun qui est préjudiciable. Dans ce contexte, difficile en effet d'entrevoir les passerelles possibles dans une carrière ou encore, d'améliorer la reconnaissance des professionnels du grand âge les uns envers les autres.

3. Une politique de financement inégale et complexe qui impacte les leviers managériaux et organisationnels

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) finance tout ou partie des prestations d'aide à domicile ou du tarif dépendance lorsque la personne âgée vit en Ehpad. Son calcul repose sur la grille « Autonomie gérontologie groupes iso-ressources » (AGGIR). Celle-ci mesure le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA.



Les degrés de perte d'autonomie sont classés en six groupes iso-ressources

- Gir 1 : personne en fin de vie ou confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Gir 2 : personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou dont les fonctions mentales sont altérées, mais capable de se déplacer et nécessitant une surveillance permanente.
- Gir 3 : personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
- Gir 4 : personne n'assumant pas seule ses transferts, mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin

¹⁸ MULLER Marianne, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*. Études et résultats de la DREES, n° 1015, juillet 2017.

d'aides pour la toilette et l'habillement, ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.

- Gir 5 : personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Gir 6 : personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

(Source : Commission des affaires sociales du Sénat)

Selon les données publiées en *open data* par la CNSA, en 2021, les valeurs de participation financière, associées aux points GIR et fixées au niveau de chaque département, présentent des écarts importants. Ces écarts vont de 6,20 € (Alpes-Maritimes) à 9,47 € (Corse) et 11,80 € (Guyane), avec une valeur moyenne à 7,34 €. « *Au-delà de l'opacité du calcul du point et des conditions de son évolution, ces écarts introduisent une disparité excessive dans les ressources allouées aux Ehpad, selon leur département d'implantation, impliquant une iniquité des conditions de prise en charge* », observent les magistrats financiers¹⁹.

Depuis 2005, la CNSA occupe une place centrale dans le financement de l'accompagnement à la perte d'autonomie que ce soit à domicile ou en établissement. Elle finance les aides en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie avec un objectif d'égalité de traitement sur tout le territoire et assure une mission d'information et d'animation de réseau, avec un rôle d'expertise et de recherche sur les questions liées à l'autonomie. Forte d'un budget de plus de 26 milliards d'euros, elle en verse l'essentiel aux conseils départementaux pour l'APA (aide à domicile et Ehpad) et répartit une autre partie de ses ressources selon des priorités identifiées avec les agences régionales de santé. Malgré cette feuille de route volontariste, la CNSA n'a pas de compétence de chef de filât, pourtant, indispensable pour orienter la politique tarifaire des départements.

Enfin, **les Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**²⁰ passés entre les structures (Saad ou Ehpad), le conseil départemental et l'ARS constituent un levier budgétaire complémentaire pour les structures. Leur objet est de financer des actions et des investissements participant à l'amélioration de l'offre d'accompagnement et de la qualité des services apportés aux personnes âgées.

¹⁹ « Les personnes hébergées en Ehpad », *Rapport public annuel de la Cour des Comptes 2022*, Février 2022.

²⁰ Instaurés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015 en lieu et place des conventions tripartites pluriannuelles.

À l'issue de la concertation Grand âge et autonomie, le rapport LIBAULT observait que « pour les gestionnaires d'établissements et services, la double tutelle [conseil départemental et ARS] subordonne l'allocation de ressources importantes à deux dialogues de gestion, pour des structures majoritairement de petite taille. Cette mobilisation intervient souvent au détriment d'actions de première importance pour les directions d'établissements et services : organisation et management du service, démarche qualité, promotion de la bienveillance. »

« Nous rencontrons des difficultés budgétaires liées aux postes financés à la fois par l'ARS et le département, notamment les aides-soignantes et les auxiliaires de vie sociale. Les financements ne sont pas calculés de manière identique et les allocations de crédits sont décidées sur la base de politiques et de choix différents (taux d'évolution de la CNSA pour les enveloppes Assurance maladie, taux d'évolution du conseil départemental différent ou nul, crédit non reconductible (CNR) ne couvrant pas toutes les sections). »

Brigitte, directrice adjointe du CCAS d'une ville moyenne de l'Ouest.

Lorsque Corinne ANTOINE-GUILLAUME, directrice de la résidence Kersalic, de l'Ehpad public de Guingamp, a présenté à l'ARS le projet de réforme de l'établissement en grand village avec un bourg, un bistro, une brasserie et plus d'horaires : « Ils m'ont dit que cela ne rentrerait pas dans les cases. "Ce que vous faites, ça ne peut pas être entendable"²¹. » Pourtant, « aujourd'hui, quand ils voient la qualité d'accompagnement, ils me disent que ça peut être un modèle. »

Pour en finir avec ce double pilotage ARS et conseils départementaux, plusieurs pistes sont envisagées. Dans son rapport sur la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad paru début 2022, la Cour des comptes estime que « la distinction entre les dépenses liées aux soins et celles liées à la dépendance est de moins en moins justifiée et un regroupement de ces deux sections, sous l'égide d'un responsable unique, qui pourrait être l'agence régionale de santé (ARS), semble pertinent ». En revanche, l'Assemblée des départements de France (ADF), dans le cadre de ses Assises nationales de 2021, a proposé le transfert de la totalité du bloc social et médico-social et de l'ensemble de la compétence autonomie (personnes âgées et handicapées) aux départements ainsi que leur participation à la gouvernance des ARS (lire encadré).

²¹ BERTRAND Philippe, « À Guingamp une résidence pour personnes âgées aux méthodes innovantes et bienveillantes - Carnets de campagne », *France Inter*, 15 mars 2022.



Les départements demandent le pilotage de la compétence autonomie

Les départements veulent en finir avec la double tutelle qu'ils partagent avec les agences régionales de santé. Lors des Assises des départements de France, en décembre 2021, l'ADF (Assemblée des départements de France) a demandé à l'État de reconnaître aux départements la pleine responsabilité des politiques publiques que la loi leur a confiées, en leur transférant l'ensemble de la compétence autonomie (personnes âgées et personnes handicapées) et la totalité du bloc social et médico-social. **Objectif : faire du département le pilote d'un grand service public de l'autonomie.**

Pour éviter la dilution des responsabilités, les départements formulent une série de propositions concrètes :

- gestion d'une maison de l'autonomie par les départements, sans tutelle étatique ;
- pouvoir de tarification unique pour les établissements sociaux et médico-sociaux ;
- recrutement, nomination et évaluation des directeurs d'Ehpad par le département ;
- rattachement des personnels des Ehpad publics au statut de la fonction publique territoriale lorsque le gestionnaire de l'Ehpad est sous statut territorial, afin de simplifier les modalités de gestion administrative et rendre cohérent le mode de gestion de ce type d'établissement.

Les départements veulent aussi participer à la gouvernance des ARS. Les disparités entre les départements dans leurs politiques en direction des personnes âgées traduisent la diversité des territoires et des histoires locales. Pour l'ADF, l'uniformité des politiques décidée depuis un ministère parisien serait totalement contreproductive, notamment dans le secteur de la solidarité et de la santé. Cette politique ne peut pas être hors-sol et doit s'appuyer sur des démarches ascendantes.

Les départements sont aujourd'hui très attentifs à l'évolution des organisations locales, notamment le décloisonnement entre les établissements et les services à domicile. Ils se déclarent ouverts à la diversification de l'offre avec une pluralité des réponses, y compris sur un même territoire départemental, pour trouver les solutions les mieux adaptées aux réalités de terrain. Pour les élus départementaux, le plus important est ce travail à l'échelle locale, dans la complémentarité avec l'ensemble des acteurs, et principalement les communes et leur intercommunalité, pour mieux répondre à la pluralité des besoins. C'est l'atout de la proximité, carte maîtresse pour les assemblées départementales.

Un autre clivage, cette fois public-privé et d'ordre fiscal, crée par ailleurs des problèmes financiers avec des répercussions sur la gestion des ressources humaines. Dans une note²², le Cercle de la réforme de l'État rappelle que « *les Ehpad publics, y compris ceux rattachés à un centre communal d'action sociale (CCAS), sont placés hors du champ de la TVA et sont assujettis à la taxe sur les salaires. Au contraire, les établissements commerciaux sont assujettis à la TVA, à l'impôt sur les sociétés et à la contribution économique territoriale (CET). Enfin, les Ehpad privés sans but lucratif suivent un régime mixte : exonérés de TVA, ils sont toutefois assujettis aux impôts locaux, contrairement aux Ehpad publics.* »

Dans un référé de juillet 2018²³, la Cour des comptes avait observé que « *les règles de calcul de la taxe sur les salaires vont à l'encontre des objectifs de la politique de l'emploi en incitant au recours à des salariés à temps partiel ou à une rotation rapide des salariés sur un même poste de travail. En effet, le barème de la taxe sur les salaires s'applique par salarié en fonction de seuils de rémunérations annuelles, non proratisés en fonction de la durée dans l'emploi. Recourir à des salariés à temps partiel ou employer plusieurs salariés successivement sur le même poste dans l'année permet ainsi d'éviter ou de limiter l'application des taux majorés.* »

L'absence de chef de filât national et l'enchevêtrement des tutelles et des financements sont générateurs de complexité au quotidien pour les encadrants et grèvent fortement les possibilités d'amélioration des conditions de travail et de rémunération des intervenants.

²² *Grand âge, EHPAD : sortir de l'inacceptable*, Cercle de la réforme de l'État, mai 2021.

²³ Référé S2018-2263 du 25 juillet 2018.

B. La réalité diverse de métiers méconnus

« L'estimation des effectifs est globalement malaisée car il n'existe pas de statistiques répertoriant exactement les professionnels du grand âge. »

Rapport LIBAULT, Concertation grand âge et autonomie, mars 2019.

1. Des métiers en mutation au révélateur de la crise : la nécessaire reconnaissance des métiers du soin

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclaraient être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé. Plus de la moitié des seniors aidés les plus autonomes (GIR estimé 5-6) le sont uniquement par leur entourage, et moins d'un quart uniquement par des professionnels. Plus les seniors sont dépendants, plus ils déclarent recevoir une aide mixte : c'est le cas de 77 % des plus dépendants (GIR estimé 1-2). Plus le niveau de dépendance augmente, moins l'aide du seul entourage suffit face à la multiplicité des difficultés rencontrées dans le quotidien, et une aide professionnelle devient nécessaire pour réaliser des actes de plus en plus complexes : toilette, habillage²⁴.

a. Un manque de reconnaissance sociale

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale avait permis de valoriser les services d'aide à domicile en les incluant dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux²⁵. Le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) a été ouvert aux personnes n'ayant jamais travaillé et la validation des acquis de l'expérience est devenue possible.

La création de l'APA, la même année, a consolidé le dispositif mais, très rapidement ensuite, la confusion avec les emplois familiaux a été préjudiciable. Cette confusion s'est accentuée après la loi Borloo du 26 juillet 2005, relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Avec l'essor du chèque emploi service (CESU) notamment, les métiers de l'accompagnement à l'autonomie se sont confondus avec les services à la personne, dans une assimilation très réductrice.

²⁴ BRUNEL Mathieu, LATOURELLE Julie et ZAKRI Malika, *Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien*, Études et résultats de la Drees, n° 1103, février 2019.

²⁵ La filière médico-sociale relève du droit médico-social tourné vers les personnes dont l'état de santé n'est qu'un élément parmi d'autres de leurs difficultés sociales ; à la différence du droit sanitaire tourné vers les personnes dont la santé est atteinte ou menacée.

Auditionnée par les députés Bruno BONNELL et François RUFFIN, dans le cadre de leur rapport sur les métiers du lien²⁶, la philosophe, Cynthia FLEURY soulignait qu'une sorte de **maltraitance faite à ces métiers** « *prolonge, au fond, la maltraitance économique, symbolique, psychologique, des femmes au foyer. Voilà, grosso modo, l'inconscient de notre société : " Durant des siècles, elles l'ont fait à leur maison pour pas un rond. Aujourd'hui, on les rémunère un peu. De quoi se plaindraient-elles ?" ».*

Il faut souligner la complexité du quotidien de ces professions trop souvent résumées à des tâches d'entretien. Dans un rapport sur l'aide à domicile auprès des publics fragiles²⁷, les sénateurs Jean-Marie VANLERENBERGHE et Dominique WATRIN soulignaient que « *l'aide à domicile reste trop souvent considérée comme une forme d'aide-ménagère améliorée, ce qui joue sur l'attractivité du secteur ainsi que sur la capacité des structures à fidéliser leurs salariés. Les perspectives d'évolution de carrière sont en outre limitées, notamment en raison de l'absence de passerelles avec d'autres secteurs.* »

« *L'entretien courant fait partie de nos missions, mais ne se limite pas à cela. De l'aide à la toilette jusqu'aux démarches administratives, il y a plein de choses à faire, c'est un métier où il faut prendre des initiatives.* »

Jean-Marc, auxiliaire de vie sociale au Saad d'une grande ville depuis cinq ans.

b. Les faibles opportunités de carrière et le manque d'attractivité

Le rapport LIBAULT a montré que les perspectives de carrière sont réduites et que les métiers restent cloisonnés.

« *La logique de parcours professionnels, à travers des perspectives de montée en compétences ou en responsabilité dans le secteur du grand âge ou par des évolutions professionnelles vers d'autres publics vulnérables (personne en situation de handicap, enfants) est très peu développée. De plus, les cloisonnements entre les métiers restent forts. Ces logiques de silos se retrouvent au niveau des formations, trop peu souvent construites dans une logique de dialogue entre métiers et d'échanges d'expertises.* »

Rapport LIBAULT, Concertation grand âge et autonomie, mars 2019.

Dominique LIBAULT déplorait aussi **l'émiettement statutaire du secteur entre deux fonctions publiques (hospitalière et territoriale) et trois conventions collectives (secteurs privés non lucratif, lucratif et**

²⁶ BONNELL Bruno et RUFFIN François, *Rapport d'information sur les « métiers du lien »*, Commission des affaires économiques de l'Assemblée nationale, juin 2020.

²⁷ VANLERENBERGHE Jean-Marie et WATRIN Dominique, *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, juin 2014.



« L'entretien courant fait partie de nos missions, mais ne se limite pas à cela. De l'aide à la toilette jusqu'aux démarches administratives, il y a plein de choses à faire, **c'est un métier où il faut prendre des initiatives.** »

Jean-Marc, auxiliaire de vie sociale au Saad d'une grande ville depuis cinq ans.

particuliers employeurs). « *La capacité à piloter, au niveau national ou régional, une stratégie intersectorielle s'en trouve très amoindrie* ». On a pu s'en rendre compte lors du Ségur de la santé quand les revalorisations salariales ont été faites en ordre dispersé.

Le taux d'encadrement dans les Ehpad varie selon les structures. Les Ehpad privés présentent des taux d'encadrement plus faibles que les Ehpad publics. Le taux d'encadrement diminue aussi avec le nombre d'activités sous-traitées puisqu'il s'agit d'un moyen utilisé pour déclarer moins de personnel. Par ailleurs, les Ehpad avec un faible nombre de places (moins de 60) ont un taux d'encadrement en moyenne plus élevé. Enfin, le taux d'encadrement d'un Ehpad diffère selon le pôle urbain dans lequel il s'inscrit. Les établissements dans les petits et moyens pôles urbains ont un taux d'encadrement plus faible que ceux dans un grand pôle urbain. En revanche, les structures situées dans une commune isolée ont un encadrement en moyenne plus élevé²⁸.

c. Des conditions et une structuration d'emplois propices à la précarité

En 2019, les services de soins à domicile emploient de 47 000 à 51 000 ETP. En y ajoutant les personnels des Saad, **l'ensemble des effectifs atteint de 211 000 à 216 000 personnes**²⁹. Selon le rapport parlementaire RUFFIN-BONNELL, 73 % des auxiliaires de vie sociale sont salariés à temps partiel (70 % des salariés en CDI, 98 % des salariés en CDD).

L'âge moyen des salariés de l'aide à domicile (tous publics) est élevé avec une moyenne de 43,6 ans. Au total, 60 % des salariés de la branche de l'aide à domicile en CDI ont plus de 45 ans et 27 % ont 55 ans et plus. Selon une étude de la Drees réalisée en 2010³⁰, 98 % de 515 000 intervenantes³¹ au domicile des personnes fragilisées étaient des femmes. Une décennie plus tard, la féminisation des métiers reste massive, bien que les professionnels soient favorables à une plus grande mixité.

²⁸ REYNAUD François, *Le taux d'encadrement dans les Ehpad. Ses déterminants et ses alternatives*, Dossiers de la Drees n° 68, décembre 2020.

²⁹ Données fournies à la demande de la Cour des comptes par la DGCS. Les Ssiad et Spasad mobiliseraient environ 30 000 à 34 000 ETP, les Sessad (service d'éducation spéciale et de soins à domicile) de l'ordre de 14 200 ETP et les Samsah (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) 2 750 ETP. En Saad, on décompterait 160 000 ETP et 4 700 ETP en SAVS. Le nombre d'employés est supérieur à celui des ETP, puisqu'une bonne partie ne travaille pas à temps plein.

³⁰ *Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008*, Études et résultats de la Drees, n° 728, juin 2010.

³¹ Le chiffre de 510 000 intervenantes recouvre « les différents modes d'exercice : en emploi direct, en mode mandataire, salariées d'organismes prestataires ou sous plusieurs modes à la fois ».

« Être un homme dans un milieu professionnel majoritairement féminin, ça ne change rien. Certes, certaines bénéficiaires veulent préserver leur intimité, il faut gagner leur confiance, par exemple, pour la toilette, on commence par une toilette de chat. Mais enfin, globalement, je constate que les mentalités évoluent. Il y a encore peu d'hommes car l'image qu'on a du métier est associée à celle de femme de ménage. Certains disaient : "Voilà mon homme de ménage". Eh bien non, on est auxiliaire de vie. »

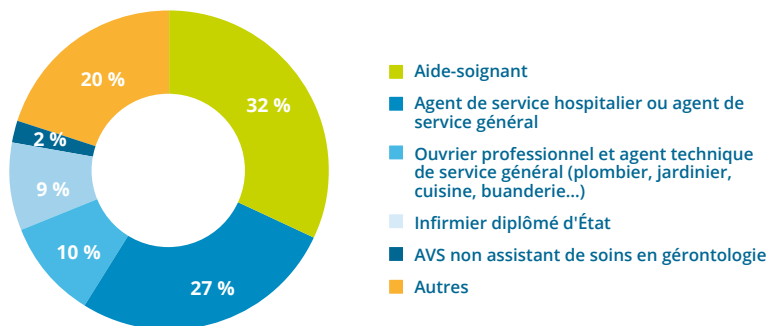
Jean-Marc, auxiliaire de vie sociale au Saad d'une grande ville depuis cinq ans.

« Il y a un ou deux hommes par équipe et on essaie de changer les mentalités. On entend des choses comme "les hommes, ça ne sait pas faire le ménage", et pour les toilettes, certaines femmes expriment une certaine pudeur. Les hommes sont bienvenus dans cette profession qui est physique contrairement à ce qu'on pense. Même s'il y a des équipements et les aides techniques, cela demande un effort de lever une personne dépendante ou de l'accompagner dans certains gestes quotidiens. »

Fabiola, responsable de secteur en Saad de 53 ans et ancienne AVS.

En Ehpad, les deux principales fonctions, aide-soignant et agent de service, représentent respectivement 32 % et 27 % du nombre total d'équivalents temps complet. Dans les services généraux, les agents administratifs et personnels de bureau sont 3,4 %, les ouvriers professionnels (plombier, jardinier, cuisinier) 4,3 %, les agents de service général (buanderie, cuisine) 5,4 % et les autres personnels des services généraux 2 %. Les infirmiers diplômés d'État représentent 9,6 % des ETP³².

Répartition des fonctions en EHPAD (ETP)



Source : Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées - Les dossiers de la DREES n° 51 - mars 2020.

³² *ibid.*

La méconnaissance des métiers du grand âge, au sens de manque de connaissance, mais aussi de connaissance erronée, explique le défaut de valorisation dont ils pâtissent. Ce que la crise sanitaire de la Covid-19 a enfin révélé aux yeux du grand public.

2. Les métiers territoriaux du grand âge en chiffres et statut. Une pluralité de métiers et d'organisation

Dans la nomenclature des métiers territoriaux du CNFPT, on repère **une vingtaine de métiers en lien avec le grand âge**. Cela va des aides à domicile aux directeurs de CCAS en passant par les aides médico-psychologiques, les infirmiers et les directeurs de foyers-logements. Toutefois, le répertoire des métiers du CNFPT ne distingue que deux métiers, strictement consacrés au grand âge :

- **Les aides à domicile (AD)**, également appelés agents d'accompagnement à la vie quotidienne, assistants de vie, auxiliaires de vie sociale ou encore auxiliaires de gériatrie ou de gérontologie, qui relèvent du cadre d'emploi des agents sociaux territoriaux (catégorie C, filière sociale).
- **Les aides-soignants (AS)**, également appelés auxiliaires de soins, qui relevaient jusqu'alors du cadre d'emploi des auxiliaires de soins territoriaux (catégorie C, filière médico-sociale), mais qui ont, depuis le 1^{er} janvier 2022, intégré le nouveau cadre d'emploi des « aides-soignants » de catégorie B, filière médico-sociale, dès lors qu'ils sont titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS).

Toutefois, cette simplicité apparente cache, sur le terrain, une réalité nettement plus complexe. En effet, la pluralité d'appellations aux fiches de poste peu ou prou similaires, réunie derrière ces deux profils par nécessité statutaire, peut relever de filières, catégories, conditions d'accès, diplômes (DEAVS, DEAMP, etc.) et de rémunérations fort différents.

Pour faire face aux difficultés de recrutement et/ou à l'absentéisme, il n'est pas rare que les agents engagés auprès des personnes âgées connaissent un décalage entre le grade détenu et le métier exercé. Avec ou sans diplôme, les glissements de tâches sont fréquents sans pour autant s'accompagner d'une reconnaissance réelle. Certains agents techniques (porteurs de repas, par exemple) peuvent même se voir positionnés sur des tâches normalement réservées au cadre d'emploi des agents sociaux.

Outre les conséquences au quotidien, cette pluralité de statut participe au cloisonnement et complique les passerelles possibles, non seulement entre public et privé, pour lesquels les diplômes diffèrent, mais aussi entre fonction publique territoriale et fonction publique hospitalière ou encore, entre domicile et établissement.

Enfin, si la création au 1^{er} janvier 2022 du nouveau cadre d'emploi des aides-soignants territoriaux a permis de reclasser lesdits professionnels en catégorie B, elle a généré de nouvelles difficultés. D'abord, en questionnant le futur professionnel de ces profils « *qui exercent un métier sensible où l'usure physique et/ou psychique peut survenir assez rapidement. Demain, peut-être sera-t-il plus difficile encore qu'aujourd'hui d'orienter vers un nouvel emploi au moment d'envisager un reclassement et une intégration dans une autre filière* », s'interroge une spécialiste RH d'un centre de gestion. Ensuite, en scindant les équipes en deux, les aides médico-psychologiques diplômés d'État (DEAMP) ne peuvent prétendre à la revalorisation, etc. Il s'agit là d'une conséquence emblématique d'un Ségur de la Santé plus axé *cure* que *care*.

a. Les territoriaux en chiffres

Parmi le 1,9 million d'agents territoriaux, 56 000 exerceraient uniquement sur le strict champ d'activité du grand âge (toutes structures et tous métiers confondus, y compris les métiers supports), dont 37 900 aides à domicile et 15 100 aides-soignants³³. **Plus de neuf sur 10 sont des femmes.** Ce ratio monte jusqu'à 97 % en ce qui concerne les aides à domicile et les métiers statutairement assimilés, à savoir auxiliaires de vie sociale, auxiliaires de gérontologie, assistantes de vie, agentes d'accompagnement à la vie, etc.

Témoignant de la précarité du secteur, **30 % des effectifs relèvent de la contractualisation, soit huit points au-dessus de la moyenne nationale.** Ce qui fait du grand âge l'un des principaux secteurs d'exercice des non-titulaires de la fonction publique territoriale. De surcroît, cette part dépasse largement le tiers pour les aides à domicile (36,7 %). Un constat que corrobore une étude réalisée par l'Unccas en 2014, qui estimait à 40 % le pourcentage de contractuels parmi les 36 000 aides à domicile évoluant au sein de ses structures.

Enfin, source potentielle de fatigue physique et psychique, un quart des agents exerçant auprès des seniors ont plus de 55 ans, soit deux points au-dessus de la moyenne nationale. Là encore, il s'agit d'un élément de différenciation supplémentaire entre les aides à domicile et les aides-soignantes. En effet, cette tranche d'âge concerne 26,4 % des aides à domicile, mais 15 % seulement des aides-soignants, soit sept points de moins que la moyenne.

³³ Chiffres CNFPT 2019. Comptabilité réalisée hors statut (FPT, FPH, FPE) dès lors que l'employeur est une collectivité territoriale.

b. Choisir de travailler à domicile ou en établissement

Domicile ou établissement, les choix des agents sont assez marqués entre goût de l'autonomie et le temps de créer des liens d'un côté, et le cadre rassurant et l'esprit d'équipe de l'autre. Tout cela peut motiver le passage de l'un à l'autre, comme Sophie, aide-soignante en SSIAD, qui se félicite de cette mobilité professionnelle.

« Aide-soignante en Ssiad reste un travail d'équipe, on a des réunions régulières, mais on travaille seul. J'apprécie cette autonomie, même si au début j'avais l'impression d'être toujours en voiture. Mais finalement, on a largement le temps pour les soins. Certes, il y a parfois des salles de bains très petites, mais on n'a pas moins d'équipements à domicile qu'en établissement. Finalement, le fait de travailler à domicile m'a apaisée. On a le temps de faire ce qu'on a à faire, ce qui n'est pas le cas en Ehpad, quand vous avez 15 toilettes à réaliser, avec des douches et tout ce qu'il y a à effectuer à côté, comme installer les petits déjeuners. À peine avez-vous fini les tâches de la matinée qu'il faut repartir sur le repas du midi. »

Sophie, aide-soignante en Ssiad depuis quatre ans et demi, après avoir commencé en établissement hospitalier comme agent des services hospitaliers ou assistante de soin des hôpitaux (ASH).

« Le fait d'être à domicile crée des liens, une proximité que n'offre pas l'établissement. On n'y est aussi moins sous la pression du temps, on a le temps de parler des petits-enfants, etc. Et puis je suis libre, dans ma voiture. J'ai mon thermos de café. J'ouvre la fenêtre l'été, je vois les illuminations l'hiver, etc. En établissement, je toucherais peut-être près de 300 euros de plus par mois, mais l'ambiance serait très différente et les rythmes de travail aussi ! »

Céline, infirmière à domicile en Ssiad depuis 2007.

Infirmière coordinatrice, Géraldine aussi a fait le choix du Saad plutôt que de l'Ehpad car *« le travail à domicile donne plus d'autonomie aux équipes, plus de prise de décision »*. Pour autant, Catherine, auxiliaire de vie sociale, trouve qu'il y a de moins en moins de différence. *« En 30 ans, le métier a changé. Il y a de moins en moins de ménage et de plus en plus d'aide à la personne. On se trouve face à des pathologies plus lourdes. »*

Jean-Marc, auxiliaire de vie sociale en Saad, apprécie la proximité avec les personnes dont il s'occupe. *« En travaillant à domicile, on pénètre dans une histoire de vie. »* Isabelle a pris ses fonctions d'infirmière coordinatrice au CCAS depuis quelques semaines, après une longue expérience en établissement hospitalier de soins de suite. Elle constate que *« le travail est totalement différent en établissement et à domicile. Les aides-soignants sont plus sereins, apprécient l'autonomie, ils ont leurs tournées et peuvent organiser leur journée de travail, ils font un peu comme ils veulent. »* Elle aussi a eu besoin de changer. *« Le métier du soin est assez épuisant et on a besoin de temps en temps d'avoir un nouveau souffle, d'où cette nécessité de faire autre chose. »*

Edwina, adjointe technique en Ehpad préfère travailler en établissement « *pour l'équipe entière, pluridisciplinaire qui est présente, qui soutient, écoute et à laquelle on peut passer le relais. Pour la richesse aussi du travail et la proximité avec les résidents, la relation de confiance tissée avec eux.* »

« *Ici, les horaires sont réguliers, moins hachés, et le travail se fait en équipe, dans une bonne ambiance.* »

Martine, aide-soignante dans un Ehpad de 126 résidents, affectée avec ses collègues sur un étage de 56 résidents.

Arthur aussi a opté pour une structure collective. À la différence près que cet aide-soignant de 29 ans a fait le choix du travail de nuit. « *La nuit, on est davantage présent pour pallier l'impondérable, on a plus de temps pour discuter. On n'est plus dans les coups de bourre de la journée, on peut s'organiser différemment entre les rondes, décaler des tâches si nécessaire pour parler un peu, être dans l'écoute, avec des résidents qui ont besoin d'être rassurés et se confient plus.* »

c. La force du secteur public local

Jean-Marc est devenu auxiliaire de vie sociale en Saad, après une première expérience professionnelle de moniteur-éducateur auprès d'enfants handicapés pendant 20 ans. Il est depuis cinq ans au CCAS et apprécie le travail auprès des personnes âgées. « *Ce qui fait la force d'un service public, c'est qu'on n'est pas tout seul. En cas de problèmes, on peut appeler les collègues et les personnes-ressources. Ce que nous faisons ici est considéré comme un vrai métier. On a un catalogue de formations qui nous sont proposées avec le CNFPT et c'est utile : formation à l'accompagnement de fin de vie, formation aux pathologies du vieillissement avec mise en situation, formation au bien-être au travail.* » Pendant la crise sanitaire et les confinements, il a continué à travailler : « *Le fait de travailler dans le secteur public est un avantage. On a toujours été payé alors que certains collègues dans des structures privées ou associatives ont été mis au chômage.* » Sa cheffe de service, Aurélie, constate aussi le rôle indispensable de ses collègues. « *Les auxiliaires de vie sociale du CCAS gèrent les complexités administratives. Grâce aux eux, les bénéficiaires ont un interlocuteur face au maquis de procédures illisibles et des institutions difficiles à joindre.* »

Au manque de reconnaissance, s'ajoutent plusieurs clivages entre professionnels, selon le statut, la catégorie d'emploi, le type d'employeur ou encore le lieu d'exercice à domicile ou en établissement. Autant de facteurs qui participent au cloisonnement entre les carrières et à la faible attractivité du secteur. Enfin, il est regrettable que la titularisation ne soit pas davantage étendue sur ce cadre d'emplois, en guise de revalorisation du travail de ces agents. Et ce d'autant plus que le secteur public est plébiscité pour le sentiment d'appartenance et d'utilité qu'il favorise.

2

**DES MÉTIERS
AUX RISQUES
TROP LONGTEMPS
IGNORÉS**



A. Un engagement mis à l'épreuve

1. La fierté d'être utile

Quelles que soient leurs fonctions ou les structures qui les emploient, un sentiment général de fierté et d'utilité sociale prédomine parmi les professionnels interviewés. Par-delà les difficultés rencontrées dans l'exercice de leurs missions, c'est une affirmation positive dont l'expression massive mérite d'être mise en avant.

« Nos métiers, c'est la vraie vie. C'est ce que je dis aux jeunes qui nous rejoignent : "si vous avez envie de connaître ce qu'est la vraie vie, venez chez nous". Il faut que les mentalités changent, qu'on n'appelle plus les aides à domicile des "femmes de ménage" parce que ce n'est pas la réalité de leur métier, quand on voit tout ce qu'elles font. L'accompagnement, le lien, c'est le plus important. »

Fabiola, responsable de secteur en Saad, employée dans le CCAS d'une grande ville de l'Est depuis 25 ans.

Aide-soignante depuis 15 ans dans un Ehpad de ville moyenne, Martine, 50 ans, trouve son métier à la fois « usant » et « enrichissant ». Elle est certaine de son utilité et se déclare « fière d'accompagner ces personnes dont certaines sont totalement isolées. C'est important d'être là, avec elles... Quand j'ai obtenu un sourire, moi, ça me fait ma journée ! » Mais, elle reconnaît qu'elle parle peu de son métier à l'extérieur, consciente du manque de reconnaissance des personnels soignants alors que « c'est nous qui sommes le plus près des patients. » Quand il lui arrive d'évoquer son travail en famille ou avec des amis, ils sont « sidérés et admiratifs » et lui disent « je ne pourrais pas faire ce que tu fais. Comment tu peux faire ce métier ? »

Même témoignage de Nadia, 49 ans, agent administratif dans l'Ehpad d'une petite ville de l'Ouest. « Les gens sont généralement admiratifs, genre : "On ne ferait pas le métier que tu fais !" ». Sa collègue Séverine, 45 ans, aide-soignante, va plus loin : « Les autres voient un métier contraignant et dur psychologiquement, mais je sais que je suis à ma place là où je suis. »

Quand son entourage lui dit : « Tu as du courage car ça ne doit pas être évident tous les jours », Angélique, 35 ans, infirmière contractuelle en Ehpad, préfère le prendre comme un compliment. « Je sais que, dans mon métier, j'apporte leur et bonne humeur. C'est gratifiant quand les familles vous remercient. »



« Nos métiers, c'est la vraie vie.
C'est ce que je dis aux jeunes
qui nous rejoignent :
**“si vous avez envie
de connaître ce qu'est la vraie
vie, venez chez nous”.** »

Fabiola, responsable de secteur en Saad,
employée dans le CCAS d'une grande ville
de l'Est depuis 25 ans.

« Soudain, je me suis sentie utile. Je voulais une relation avec les autres qui ne soit plus uniquement commerciale. Je voulais pouvoir aider, accompagner dans des moments même difficiles. Je suis fière quand je vois des gens heureux, qu'ils sourient et me font confiance. Aujourd'hui, j'ai autant de plaisir à venir travailler qu'à rentrer chez moi. »

Suzanne, 57 ans, aide-soignante dans une résidence autonomie d'une ville du centre de la France, auparavant attachée commerciale.

a. Une expertise revendiquée

Fierté dans leur for intérieur, mais méconnaissance du métier à l'extérieur. C'est ce qu'exprime Christine, animatrice territoriale en Ehpad qui intervient auprès de résidents présentant très souvent des troubles cognitifs : *« C'est très enrichissant, je suis fière quand je vois un résident avec le sourire, qui se sent bien et vient spontanément aux activités. Mais, à l'extérieur, la plupart des gens pensent que je passe ma journée dans des loisirs à jouer aux dominos ou au loto ! »*

« Les amis me disent : "On ne ferait pas ce que tu fais", mais je crois surtout qu'il y a une totale méconnaissance du métier d'auxiliaire de vie sociale. On pense à l'image du ménage alors que ce qu'on apporte à nos bénéficiaires, c'est du lien. Même derrière le fait de passer un coup de balai, il y a un acte social. Il faut parler aux gens, s'intéresser à eux. Si vous ne vous intéressez pas à eux, il ne faut pas faire ce boulot-là. Ils veulent parler d'eux, de leur passé. Ils racontent, ce sont des transmetteurs de patrimoine. Et, quand ils disparaissent, c'est un pan de notre histoire qui part avec eux. »

Jean-Marc, 50 ans, auxiliaire de vie sociale en Saad depuis cinq ans, après une expérience professionnelle de 20 ans en tant que moniteur-éducateur auprès d'enfants handicapés puis d'adultes.

La plupart des aides à domicile ou auxiliaires de vie sociale sont conscients et fiers de leurs compétences et de leur expertise, lesquelles ne sont pas toujours reconnues par la société. Ainsi, pour Catherine, auxiliaire de vie sociale de 52 ans, *« des compétences humaines sont nécessaires et d'abord, le sens du respect de l'autre. Je suis fière si j'ai su déceler un changement dans la personne et prévenir un drame. »*

« Ce sont des métiers de confiance et c'est cela le plus important. Il faut être digne de confiance, on se doit d'être impeccables quand on intervient là où les gens ont rangé leurs valeurs, et dans ce qu'ils ont de plus intime. »

Catherine, infirmière coordinatrice en Ssiad.

« Les métiers du soin, c'est compliqué. Cela demande un investissement, "on ne coupe pas des arbres". Cela demande de l'observation, de la concentration, etc. J'ai l'impression de faire quelque chose de bien pour quelqu'un. »

Marie, assistante de soins en gériologie.

Cette vocation et cette motivation impriment un véritable esprit d'équipe. Le soin des autres s'étend jusqu'aux collègues. « *Nous sommes une grande famille. Avec les collègues, on est une vraie équipe très soudée, on prend soin les uns des autres* », précise Marie.

b. Le souci du soin

« *C'est juste dingue ! Elles ont toutes la même vibration, le même amour, ça prend aux tripes* », confiait Bruno BONNELL, député du Rhône, lors de la remise de son rapport sur les métiers du lien, coécrit avec François RUFFIN, député de la Somme. Les deux parlementaires soulignent que « *la fierté des salariées à exercer des métiers aussi essentiels contraste avec le manque de reconnaissance institutionnelle.* »

Pour les professionnelles de l'aide à domicile, cette fierté repose sur un rôle qui dépasse les fonctions et tâches quotidiennes. Le sociologue Bernard ENNUYER l'a parfaitement décrit. « *C'est cette fameuse relation d'aide que d'aucuns aujourd'hui ont voulu transformer en "prestation de service", n'ayant rien compris à ce rôle relationnel fondamental de l'aide à domicile : "relation", c'est-à-dire relier la personne confinée dans son domicile, quand ses incapacités ne lui permettent pas d'en sortir, même avec l'aide d'un tiers, au reste du monde. Non seulement concrètement, l'aide à domicile peut faire le lien avec les intervenants de l'extérieur pour les amener à l'intérieur du domicile (médecin, kinésithérapeute, infirmière, bénévole, amis, famille), mais elle est aussi le lien, le trait d'union, entre l'extérieur qui constitue le collectif auquel appartient toujours la personne confinée dans son domicile, les commerçants, la banque, la poste, la pharmacie, etc., qui eux ne viennent pas ou ne viennent plus au domicile*³⁴. »

Cette fierté s'exprime dans divers types de métiers. Jonathan, second de cuisine en Ehpad, a conscience que « *pour les personnes âgées, le repas est un temps fort de la journée, un des derniers plaisirs. Alors, je suis fier quand les résidents sont heureux de ce qu'ils ont mangé, et quand il y a une bonne ambiance dans l'équipe.* » Il reconnaît que « *ce métier a changé [son] regard sur les personnes âgées. Les résidents sont de plus en plus dépendants, cela a une incidence sur les textures qui doivent être coupées, hachées ou même mixées. Au départ, je n'étais pas attiré, mais les contacts sont vraiment intéressants. Certains sont très attachants.* »

³⁴ ENNUYER Bernard, « Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale », *Gérontologie et société*, vol. 26 / n° 104, 2003/1.

c. Un métier qui s'exerce par envie

Edwina, 34 ans, agent technique d'hébergement en Ehpad, traduit une opinion souvent entendue. « *Ce n'est pas un métier qu'on choisit, c'est le métier qui vous choisit ! Moi, ça a été en faisant des stages durant ma formation. Ce n'est pas un métier auquel on pense naturellement, il faut le rencontrer pour l'apprécier. Impossible de faire ce métier sans en avoir envie.* »

Autrement dit, ce métier, « *tu l'aimes ou tu pars* », ce qui pourrait expliquer, à ceux qui s'en étonnent, ce sentiment général de fierté. Force est de reconnaître que celles et ceux qui s'expriment partagent un minimum d'ancienneté, les autres ne restant pas après leur stage ou leur période d'essai. Sophie, aide-soignante de 61 ans, aujourd'hui en Ssiad, a commencé sa carrière comme agent des services hospitaliers (ASH). « *Je n'ai pas choisi ce métier, mais la psychologue me disait que, si cela ne m'avait pas plu, il y a longtemps que j'aurais changé* », confie-t-elle. Parmi ses homologues, elle a rencontré beaucoup de stagiaires peu motivées. « *Ce sont souvent des personnes qui voudraient être infirmières, mais qui ne s'en sentent pas capables. Comme on manque d'aides-soignants, on prend un peu n'importe qui. Il faut pourtant être motivé, avoir envie. Tous ces jeunes qui sortent du bac et font la formation d'aides-soignants, ils ne seront plus là dans cinq ans, ils auront changé de métier. Ils ne veulent pas travailler.* » Elle pointe aussi le risque de maltraitance. « *Ceux qui restent pour des raisons alimentaires et n'aiment pas leur métier deviennent facilement maltraitants. Ils ne supportent plus. C'est violent un Ehpad, des toilettes pas faites, des repas non servis, etc.* »

De son côté, Laurence, directrice d'un Ehpad normand, confirme le manque d'attractivité des métiers du grand âge. « *Certaines personnes viennent une journée et ne sont plus là le lendemain. Et cela ne concerne pas que les postes de soins. Les gens se posent des questions sur l'intérêt du métier, et même sur l'intérêt de travailler tout court !* »

Le mot de la fin revient à Edwina, adjointe technique en Ehpad, qui résume en trois mots les métiers du grand âge : « *Humain, écoute et envie. Ce qui est primordial, c'est l'envie car il est impossible de faire ce métier sans en avoir envie.* »

2. Dans l'urgence du quotidien

Si la fierté professionnelle est généralement au rendez-vous, cela n'empêche pas d'exprimer les difficultés vécues au quotidien. Fierté et difficultés vont d'ailleurs parfois de pair. Au premier rang, se trouve la pression du temps.

Conséquence directe des sous-effectifs en Ehpad ou des temps d'intervention à domicile chronométrés par les financements à l'heure des prestations d'accompagnement à l'autonomie, le manque de temps pour bien faire le travail est souvent pointé du doigt, avec le soupçon du « vite fait, mal fait ».

a. Des rythmes soutenus du matin au soir

« La réduction des temps d'intervention, l'intensification des rythmes de travail, la transformation des publics pris en charge et l'accroissement des besoins de médicalisation des résidents en Ehpad, transforment les conditions d'exercice de ces métiers », notait Dominique LIBAULT dans son rapport. Et de déplorer « des métiers exigeants, au contact de personnes fragiles en attente d'une disponibilité, d'une présence et d'une chaleur humaine que les professionnels ne peuvent souvent pas offrir, faute de temps. Cette crise du couple aidant-aidé génère souvent insatisfaction et souffrance chez la personne âgée, stress et souffrance au travail chez les professionnels. »

Il y a d'abord les cycles de travail, qui peuvent être éprouvants. En Ehpad, certaines équipes ont des cycles de douze heures³⁵. D'autres fonctionnent avec des brigades composées d'aides-soignants et d'agents de services pour douze heures, et des infirmiers chargés de les encadrer sur des journées de 7 h 30. Certains Ehpad offrent deux longues coupures dans la journée de douze heures. La Cour des comptes relève que « l'organisation des 35 heures sur deux semaines, avec des semaines de quatre et trois jours, laisse au personnel la possibilité de se faire recruter dans d'autres établissements, entraînant une fatigue supplémentaire³⁶. »

Les effectifs en tension, notamment le nombre insuffisant d'aides-soignants, créent une pression permanente et extrême, surtout en période de congés, sur les agents et sur les usagers que sont les personnes âgées. Cependant, certains Ehpad ont associé le personnel à la mise en place d'une organisation visant à une meilleure prise en charge du résident.

Selon les chiffres de la conférence nationale des directeurs d'Ehpad (CNDEPAH), repris dans le même rapport, « chaque soignant a concurremment en charge dix résidents pour l'accompagnement du matin, ce qui se traduit par moins de 15 minutes pour la toilette, sur un temps de 43 minutes au total pour chaque résident le matin et 28 minutes l'après-midi. » Selon l'association, il faudrait augmenter le temps disponible par résident à 65 minutes le matin, dont une trentaine de minutes pour la toilette, et 43 minutes l'après-midi, soit **un soignant pour sept résidents**. En effet, des temps trop restreints pour la toilette, à ajuster en fonction du degré de dépendance des personnes, peuvent être générateurs de maltraitance.

³⁵ Le travail par cycle est une modalité d'aménagement possible du temps de travail. Pour un cycle de douze heures, 20 minutes de pause toutes les six heures sont prévues.

³⁶ BONNE Bernard et MEUNIER Michelle, *La prise en charge médicale des personnes en Ehpad : un nouveau modèle à construire*, rapport au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

Les temps de soin par résident

(Soin/Durée)	La réalité	L'idéal/la recommandation*
La toilette	< 15 minutes	30 minutes
Le matin	43 minutes	65 minutes
L'après-midi	28 minutes	43 minutes

* de la CNDEPAH

LA RÉALITÉ



**1 SOIGNANT
POUR 15 RÉSIDENTS**

**L'IDÉAL/
LA RECOMMANDATION***

**1 SOIGNANT
POUR 7 RÉSIDENTS**



« Pour que ça change dans les Ehpad, il faut suffisamment de personnel », estime Sophie, aide-soignante de 61 ans. « Quand on dit qu'il faut un soignant pour six résidents, ce n'est pas un soignant pour 15 personnes. Un week-end, j'ai dû faire 25 personnes. À ne pas dormir de la nuit pour savoir comment j'allais jongler avec les étages pour leur donner à manger et en ayant pu consacrer seulement 10 minutes à une personne en fin de vie, qui avait besoin de soins et de présence. On établit des protocoles, mais ils ne sont pas respectés », regrette-t-elle.

b. Une course contre la montre quotidienne

À domicile, les rythmes sont tout aussi éreintants. Les besoins d'aide sont souvent concentrés sur les levers et les couchers. Cela se traduit par des temps de travail journaliers coupés et la prévalence des temps partiels³⁷. Les études et rapports récents ont montré que, pour pallier la faiblesse des rémunérations afférentes, des comportements de double emploi sont parfois relevés, induisant des risques d'accroissement de la pénibilité du travail et

³⁷ Selon l'enquête de l'UNA (Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles) de 2018, le temps de travail mensuel moyen serait de 102 heures, contre 152 heures pour un temps complet sur une base de 35 heures hebdomadaires.

d'atteinte à la qualité des prises en charge. Sur les métiers du domicile, des problèmes liés aux séquençages du travail (horaires de coupe, temps partiel non choisis, etc.) et de transports (ou de distance) ont aussi été relevés³⁸. Ces cadences ne ménagent pas les corps.

« La gestion des plannings est un sujet très sensible. La journée type s'organise autour d'horaires couplés : le matin pour faire la toilette et le lever, puis on revient le soir pour recoucher le patient. Et on fait cela aussi un week-end sur deux. Quand on rentre dans ce métier, il faut penser aux contraintes, aux week-ends de permanence, pas toujours conciliables avec la vie de famille. À 7 h 30, je suis chez le premier patient, mais je suis passée avant au bureau à 7 heures. Je fais ma tournée jusqu'à midi et je reprends à 16 heures jusqu'à 19 h 30.

Je veux faire ce métier le plus longtemps possible, mais je vois mes collègues qui approchent la soixantaine passer en mi-temps thérapeutique. C'est le dos, les genoux ou les poignets qui ne tiennent plus. Elles essaient de tenir jusqu'au bout, mais le corps les rattrape. Elles ont toutes l'envie d'aller jusqu'au bout, mais le corps ne suit plus et dit stop. En vieillissant, il faudra anticiper et peut-être ne plus travailler à 100 %. »

Christelle, aide-soignante en Ssiad dans le CCAS d'une grande ville.

Là encore, les vacances ou l'absentéisme d'une collègue peuvent allonger les tournées et éventuellement, être une source de revenus supplémentaires. Toutefois, *« ça peut être lourd. En plus, les personnes âgées râlent car ce n'est pas la personne qu'elles attendaient ou pas l'horaire habituel »*, précise Marion.

Enfin, **la tarification horaire des prestations** prises en charge et intégrées dans les plans d'aide APA des conseils départementaux est en partie responsable de cette « course contre la montre ».

« On a l'impression d'être tout le temps en train de courir. Moi, je suis Madame en retard ! On est tout le temps sous pression pour ne pas dépasser le temps chez l'utilisateur ou alors, il faut le rattraper le soir car sinon, la personne sera facturée par le département. De même, si l'AVS reste un quart d'heure de plus, l'aide à domicile devra faire un quart d'heure de moins, donc les gens hésitent. »

Fabienne, auxiliaire de vie sociale dans le CCAS d'une ville du Nord.

Ainsi, quelle qu'en soit la raison, les agents tentent de composer avec le facteur temps. *« Il faut toujours essayer de s'avancer un peu le matin car on a l'impression de courir entre chaque personne »*, rapporte Aurélie, aide à domicile. Mais la situation lamine physiquement comme psychologiquement au fil des ans. Cela provoque une forme de conflit de loyauté entre la volonté de respecter l'organisation dans le cadre de laquelle ils exercent et leur désir de bien faire

³⁸ Voir l'enquête flash 2019 de l'Uniopss publiée dans le rapport EL KHOMRI. Ces problématiques de travail morcelé se posent notamment pour les aides-soignants et les accompagnants à domicile.

le travail. « *On ne peut faire que le strict nécessaire et ce n'est moralement plus tenable* », confie Séverine, aide-soignante. « *Le temps d'échange, ça ne se pointe pas !* » résume Fabienne, auxiliaire de vie sociale.

Emmanuelle AUBÈRE, référente CNFPT, rapporte les doléances souvent partagées par les stagiaires en formation. Beaucoup d'entre eux souffrent de devoir enchaîner les visites et jongler avec le temps. « *On n'a plus le sentiment d'aider, mais de travailler à la chaîne sans prendre le temps d'accompagner les personnes, ce qui est pourtant le cœur du métier.* »

B. Les risques du métier

1. Des métiers éprouvants

Dans leur rapport sénatorial sur l'aide à domicile auprès des publics fragiles cité plus haut, Jean-Marie VANLERENBERGHE et Dominique WATRIN ont mis en évidence que « *les caractéristiques mêmes des métiers exercés peuvent engendrer certains risques. Les interventions sont solitaires, les stations debout fréquentes et les charges parfois lourdes à porter.* » Pour les rapporteurs, certains risques tiennent aux modalités d'organisation de l'activité. « *Les trajets sont nombreux et parfois longs. Si le temps partiel est fréquent – et souvent subi –, les personnels demeurent mobilisés sur des plages horaires étendues, allant du lever au coucher des personnes accompagnées. Ils effectuent en outre des interventions souvent hachées, caractéristique renforcée par le système de tarification horaire et la tendance actuelle à la limitation du niveau des plans d'aide. Ces éléments peuvent être sources de difficultés pour parvenir à concilier vie familiale et vie professionnelle.*

D'autres difficultés tiennent aux caractéristiques mêmes du métier d'aide à domicile. La solitude des interventions, outre qu'elle peut exposer davantage aux accidents du travail, constitue également un facteur de risques psychologiques. Les stations debout sont bien plus fréquentes que dans d'autres professions : 95 % des salariés restent debout de façon prolongée contre une moyenne de 49 % pour les autres familles professionnelles en France. Il en est de même s'agissant du transport de charges lourdes, notamment lorsqu'il s'agit d'effectuer des transferts de personnes. »

a. Une sinistralité record

Plus récemment, Myriam EL KHOMRI estimait dans son rapport sur l'attractivité des métiers du grand âge³⁹, que le taux d'accidents du travail (AT) et de maladies professionnelles (MP) est aujourd'hui tellement élevé qu'un programme national spécifique n'avait que trop tardé. Elle préconisait de donner une priorité forte à la réduction de la sinistralité et à l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Elle fait référence au rapport annuel sur les risques professionnels de la CNAMTS publié en 2018, à partir des données de 2017. Ainsi, dans les secteurs des Ehpad et de l'aide et du soin à domicile, la sinistralité AT/MP (accidents du travail/maladies professionnelles) est trois fois supérieure à la moyenne nationale, avec des indices de fréquence proches de 100. Elle dépasse même d'un tiers celle du BTP (bâtiment-travaux publics)⁴⁰. En 2017, pour le secteur de l'hébergement médicalisé et social des personnes âgées, la CNAM recensait environ 24 000 accidents du travail (soit une augmentation de 21 % depuis 2013), 2 000 accidents de trajet et 1 200 maladies professionnelles pour 252 000 salariés. Le secteur de l'aide à domicile auprès des personnes âgées et/ou handicapées est particulièrement touché avec environ 19 000 accidents du travail pour 190 000 salariés, soit une augmentation de la sinistralité de 31 % depuis 2013.

L'hébergement social des personnes âgées présente l'indice de fréquence le plus élevé en ce qui concerne les lombalgies et parmi les plus élevés pour les risques psychiques liés au travail. Cette sinistralité AT/MP va de pair avec un fort absentéisme (médiane à 10 % en 2016 dans le secteur des Ehpad, pour une médiane nationale à 8,8 %) et un turn-over élevé. Le rapport EL KHOMRI constate enfin que « *les professionnels en poste peinent en effet à faire face aux tâches à accomplir, situation qui est source de souffrance au travail pour nombre d'entre eux et ne peut qu'aggraver la sinistralité déjà record dans ce secteur.* »

b. Des atteintes majorées par l'âge des soignants et des soignés

Les problèmes musculo-squelettiques surgissent souvent brusquement. Fabiola, responsable de secteur en Saad, observe que les problèmes de santé les plus fréquents parmi les auxiliaires de vie sociale sont les épicondylites (douleurs au coude), les tendinites, le mal de dos ou aux genoux. Le vieillissement des agents constitue un facteur aggravant. Sophie, aide-soignante de 61 ans en Ehpad, puis en Ssiad, a eu un accident de travail en manipulant un patient. À la suite d'un traumatisme intercostal avec douleurs

³⁹ EL KHOMRI Myriam, *Grand âge et autonomie. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*, Ministère des Solidarités et de la Santé, octobre 2019.

⁴⁰ Nombre d'accidents de travail donnant lieu à un arrêt pour 10 000 salariés.

persistantes, elle a demandé un mi-temps thérapeutique. *« Je me suis aperçue que j'étais fatiguée, au bout du rouleau après 36 ans de soins aux personnes âgées. »*

Cheffe de service au sein d'un Ssiad, Aurélie connaît bien les problèmes de vieillissement et d'usure professionnelle. *« Souvent, on tire sur la corde pendant les périodes de congés. Après cette période de rush, on a une dégringolade d'accidents du travail ou d'arrêts en maladie ordinaire. Beaucoup de douleurs peuvent sembler bénignes, mais elles sont récurrentes. »*

Outre celle des personnels, l'avancée en âge des bénéficiaires et des résidents a pour corollaire une dépendance accrue, ce qui se traduit par un plus grand risque de blessure pour les agents. Edwina, adjointe technique en Ehpad, observe que les résidents *« sont de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants. Il y a donc forcément plus de manutention et de pénibilité. Même avec les formations, dès qu'il y a plusieurs jours d'affilée ou des pathologies importantes, la douleur se fait sentir, etc. »*

c. Des moyens de prévention généralisés

Pour lutter contre ces atteintes, formations et analyses de la pratique sont dispensées dans nombre de structures, en établissement comme à domicile. Au sein de son Ssiad, Aurélie est très attentive au sujet. *« La gestion des risques professionnels est mutualisée. Il y a un référent prévention dans chaque service, pas de DU (Document unique d'évaluation des risques) à l'intérieur du service, mais des fiches régulièrement actualisées. »*

Dans le CCAS de Fabiola, un règlement de fonctionnement a été créé pour protéger les agents. *« On a élaboré ce règlement avec les agents. On a fait des groupes de travail pour libérer la parole. On s'est rendu compte qu'il y avait des pratiques auxquelles il fallait mettre un terme, par exemple, retourner les matelas ou déplacer les gazinières pour traquer la poussière. Aujourd'hui, elles savent ce qu'il faut faire ou pas. Mais on sait aussi que le sport national, c'est de contourner le règlement. S'il y a une demande du bénéficiaire qui semble incongrue, elles appellent le bureau. Il nous est plus facile de dire non. Il vaut mieux que le bénéficiaire se fâche avec nous plutôt qu'avec l'AVS. »* Fabiola insiste sur **l'importance de la formation et la pertinence de l'analyse de la pratique**, à réaliser de préférence en groupe et tous les deux mois. Cette démarche consiste à transformer le savoir-faire opérationnel, non réfléchi, presque mécanique, en un savoir-faire réfléchi et conceptualisé.

Autre volet majeur de dynamique préventive en œuvre : **les équipements nécessaires**, convoqués dans l'ensemble des services et aux domiciles, pour faciliter et alléger les tâches. Le Ssiad dans lequel travaille Catherine, infirmière coordinatrice, emploie trois mi-temps thérapeutiques (en fin de carrière) sur 15 aides-soignants. Pour une meilleure prévention des risques de troubles musculo-squelettiques (TMS), elle insiste sur l'équipement des domiciles des bénéficiaires. *« Ils doivent accepter d'avoir chez eux des équipements adaptés, par*

exemple, un lit médicalisé. Le personnel n'a pas à se casser le dos pour faire des soins. Certes, la personne est chez elle, elle apprécie le lit qu'elle a eu à son mariage mais, en aucun cas, le personnel ne doit en souffrir. À partir du moment où vous sollicitez une aide, il faut être à l'écoute des besoins des soignants, même si cela entraîne un décor d'hôpital à la maison. Bien sûr, il faut être à l'écoute, mais ne pas lâcher, d'autant que les lits médicalisés et verticalisateurs sont le plus souvent en location et pris en charge financièrement. »

Infirmière en Ssiad dans une ville moyenne de l'Ouest, Céline apprécie la formation de manutention et bonnes postures que l'ergothérapeute de son CCAS dispense à tous, au moins tous les deux ans. En effet, ses collègues « *souffrent de douleurs articulaires car elles font beaucoup de toilettes.* » Par ailleurs, « *certaines pathologies lourdes peuvent aussi nous occasionner du stress.* » Toutefois, pour une meilleure prévention, elle compte également sur l'équipement des domiciles, réalisé après évaluation par l'Iddec (infirmière de coordination) et l'ergothérapeute. « *Il y a 15 ans, j'étais pliée en deux pour faire une toilette dans le lit ! Cela a beaucoup évolué heureusement. Les lits médicalisés, verticalisateurs, lève-personnes, fauteuils de douche, etc., nous aident énormément.* »

De même, dans l'Ehpad en zone rurale qu'elle dirige, Laurence a fait de cette prévention une priorité, malgré les écueils. « *On équipe au maximum les chambres pour faciliter la mobilisation des résidents et la toilette. Mais sur 100 lits, c'est budgétairement difficile alors que les résidents sont de plus en plus dépendants.* » Par ailleurs, le chariot des pansements a été allégé et des nouveaux sièges ont été installés car l'ergonomie ne passe pas seulement par les équipements techniques.

d. Une lutte cependant complexe

Malgré de réels efforts, l'idéal de formation et d'équipement se retrouve parfois balayé par les réalités du métier, le « mauvais geste réflexe » sous la pression de l'instant et des divers perturbateurs (rythmes, fatigue, etc.).

Martine, aide-soignante dans un Ehpad de ville moyenne, ne se plaint pas. L'établissement dans lequel elle travaille est une structure récente, donc très bien équipée (verticalisateur, lève-personne, etc.). Certaines chambres disposent même de rails de transfert. Un ergothérapeute est sur place et dispense ses conseils, si nécessaire. Malgré tout, elle souffre d'un problème d'épaule avec douleur latente. « *Quand on veut retenir quelqu'un qui va chuter, on ne fait plus attention au bon geste !* »

Désirée, 33 ans, AVS depuis 2007, se veut pourtant prudente. « *J'essaie de ne pas me faire mal et de prendre soin de moi, mais on ne peut pas penser en permanence aux bonnes postures. Dans certaines circonstances, on est obligé d'avoir des gestes qui ne correspondent pas à ce qu'on a appris en formation " Gestes et postures ". On ne peut pas toujours se protéger.* »

Pour sa part, Marie, 36 ans, aide-soignante à l'espace Services seniors d'un CCAS des Hauts-de-France est résignée. *« On est toutes abîmées. On se fait régulièrement mal au dos même si le domicile est adapté car on n'est pas à l'abri d'un faux mouvement. C'est un métier où on porte des charges lourdes même s'il y a des équipements. Une personne de 45 ou 50 kg, c'est lourd. Et puis, on fait énormément de voiture. On en monte et on en descend au moins 15 fois par jour. »* Au fil de ses tournées, elle a parcouru 30 000 km en 18 mois. *« Il y a aussi la fatigue générale, on côtoie sans cesse des gens qui nous sollicitent beaucoup. Certains sont atteints de troubles cognitifs et peuvent être agressifs. »*

e. Le management, une arme majeure

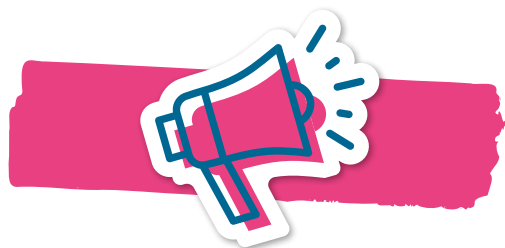
Douleurs physiques, épuisement moral, etc., Séverine, aide-soignante dans un Ehpad en zone rurale, a craqué. *« Un jour, je me suis effondrée en larmes. La psychologue de l'établissement m'a autorisée à m'arrêter, on a pu en discuter. Je ne trouvais plus de moments de vie avec la personne âgée à cause du sous-effectif. Lorsqu'on ne peut plus que pallier le nécessaire, ce n'est moralement plus tenable. Dix minutes pour faire une toilette, c'est peu, surtout quand, pour certaines personnes grabataires, il en faudrait 20 ! »* Au-delà de cette relation avec la psychologue, elle s'est sentie très seule. *« Ce n'est pas un milieu où on se confie. On a très peu parlé de mon burn-out. Ça reste tabou. »*

Pourtant, au fil des entretiens, nous avons constaté que, dans de nombreuses structures, réside une forte culture de l'échange qui fait la force de l'individu et du collectif de travail. De sorte que les bonnes pratiques s'y enrichissent.

« On en parle entre nous, on se communique des astuces, comme lever une personne qui ne peut pas tenir assise avant d'utiliser le verticalisateur. Je me disais : "Tu te fais mal, tu prends toutes tes forces pour la maintenir assise. Tu fais quatre choses en même temps, tu ne peux pas être vigilante." J'ai eu l'idée, toute bête, de mettre un tabouret avec des coussins pour qu'elle ne parte pas en arrière. Cela me donne la liberté d'installer tranquillement le verticalisateur et de sécuriser la personne, sans me faire mal. Il y a plein de petits trucs qu'on apprend sur le tas », rapporte Désirée.

Les liens tissés ensemble contribuent à dénouer les nœuds individuels. Pour Marie, qui parcourt les routes des Hauts-de-France, parler de ses problèmes avec les collègues est indispensable. *« Une dure journée peut impacter la vie privée. Il y a des collègues qui pleurent, qui craquent ou même qui explosent par accumulation. La demi-heure du matin est extrêmement importante pour boire le café ensemble, manger un croissant. Ce sont des moments où on décharge tout le négatif. On dit du mal de tout le monde et après, ça va mieux ! »*

Face à la pression, ne pas se sentir seul s'avère essentiel, en établissement aussi, où l'équipe, et plus généralement l'encadrement managérial, fait figure d'antidote contre la lassitude ou le découragement.



Au fil des entretiens,
nous avons constaté que,
dans de nombreuses
structures, réside
**une forte culture
de l'échange qui fait
la force de l'individu et
du collectif de travail.**

« Dans notre secteur, les personnels sont très affectifs et la notion d'équipe compte énormément. Aujourd'hui, les salariés sont souvent démotivés à cause du manque de temps autour des soins, du management vertical qui n'écoute pas l'humain. C'est d'abord le management qui fait la différence. On ne peut plus faire comme avant, il faut être plus inventif, plus innovant. »

Chantal, directrice d'un Ehpad de 88 lits.

f. La technologie en renfort

Le Fonds national de prévention (FNP) de la CNRACL a lancé, en 2016, un projet recherche-action (PRA Ehpad) portant sur l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'Ehpad, qui a donné lieu à un guide de bonnes pratiques. Ses auteurs rappellent qu'*« en 2015, d'après les données de la CNAM, on dénombre 95 accidents du travail pour 1 000 professionnels en Ehpad. Ce chiffre est près de trois fois supérieur à la moyenne des salariés français tous secteurs confondus (33,8 accidents du travail pour 1 000 salariés). Le taux de sinistralité en Ehpad s'élève ainsi à 11,3 % soit un taux supérieur à la moyenne annuelle pour les établissements hospitaliers (9,3 %). »*

La survenue fréquente de troubles musculo-squelettiques, dus aux nombreuses contraintes physiques, est bien connue : station debout prolongée, manutention de personnes, port de charges lourdes, mouvements répétitifs, postures inconfortables. Par ailleurs, d'autres facteurs de risques, tels que l'exposition aux risques d'infections ou au sang, ou la manipulation de produits irritants, peuvent être dommageables.

L'apport des technologies dans la prévention des risques et des accidents du travail est souligné par de nombreux experts et praticiens. Dans un rapport de la Filière Silver Économie⁴¹, Marc BOURQUIN et Jean-Pierre AQUINO préconisent le développement des lève-malades (plutôt des rails de transfert et demain, des exosquelettes), mais insistent sur la maîtrise des outils. Dans les établissements neufs équipés d'emblée, l'utilisation est assurée par les professionnels qui prennent possession à la fois des lieux et de l'outil. D'après les rapporteurs, dans *« les établissements anciens dans lesquels on installe ce type de matériel, alors que d'autres pratiques et habitudes sont en place depuis longtemps, etc., le changement d'organisation et de pratique peut s'avérer difficile s'il n'est pas accompagné. La formation des professionnels à l'usage est donc incontournable. Le développement des exosquelettes qui permettent une assistance à l'effort et une amplification de la force va révolutionner le monde du travail. Ils ont pour bénéfice potentiel la diminution des efforts physiques. Ils pourraient donc prévenir les troubles musculo-squelettiques. Les recherches concernant les*

⁴¹ AQUINO Jean-Pierre et BOURQUIN Marc, *Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées*, Filière Silver économie – Fédération hospitalière de France – Société Française de Gériatrie et Gérontologie, juillet 2019.

exosquelettes sont à suivre dans leurs applications pour les soignants et pourquoi pas pour les personnes âgées elles-mêmes⁴². »

Pour une bonne appropriation des matériels, les deux auteurs du rapport préconisent la coconstruction avec le recueil de l'avis des utilisateurs sur un projet de technologie selon un cycle « présentation du matériel, achat, formation, conduite du changement ». « *Les technologies ne sont pas conçues pour remplacer la présence humaine, mais pour la compléter et l'amplifier. Ainsi, l'assistance technologique ne doit pas réduire le contact humain et le nombre de visites. En Ehpad, les technologies apportent un complément et une sécurité, mais leur usage ne doit pas se faire aux dépens des effectifs en personnel.* » Enfin, ils recommandent aux établissements de confier à un agent une mission de « référent technologies » à temps partiel, par exemple, en dégageant du temps à hauteur d'un demi-ETP pour 100 lits d'Ehpad.

2. La charge émotionnelle de la vieillesse et de la mort

La fin de vie tient une place centrale dans l'exercice des métiers du grand âge. L'Ehpad est souvent le dernier lieu d'hébergement de la personne âgée et son dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France⁴³. La durée de séjour y était en moyenne de 2,5 ans en 2015. « 90 000 personnes décèdent chaque année en Ehpad. En moyenne, pour un Ehpad public, cela représente deux décès par mois. Les trois quarts des décès ont lieu au sein de l'Ehpad, le quart à l'hôpital. Concrètement, 25 % des résidents d'un Ehpad décèdent au cours de l'année », rappelle Marie-Thérèse LEBLANC-BRIOT, gériatre⁴⁴, qui a observé que « *la situation palliative des personnes âgées est tardivement identifiée ; les professionnels abordent peu la question de la fin de vie avec les proches et encore moins, avec les résidents !* »

Même si de manière moins fréquente, la mort est régulièrement côtoyée dans l'accompagnement à domicile. Christelle, 43 ans, aide-soignante depuis 22 ans, a eu à gérer deux décès coup sur coup parmi ses bénéficiaires à domicile. « *Quand on accompagne les gens jusqu'au dernier souffle, qu'ils ne veulent pas aller en établissement, qu'ils expriment le vœu de mourir chez eux, on met tout en place. Ce sont des circonstances assez rares, mais c'est bien de mourir dans son environnement. Il y a un gros relationnel avec les familles qui ont beaucoup d'attentes vis-à-vis de nous. C'est parfois dur émotionnellement. C'est lourd et j'ai apprécié que ma cheffe, infirmière, m'accompagne dans ces circonstances en me*

⁴² *Ibid.*

⁴³ MULLER Marianne, ROY Delphine *L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015*, Études et Résultats de la Drees n° 1094, novembre 2018.

⁴⁴ LEBLANC-BRIOT Marie-Thérèse, « Fin de vie des personnes âgées », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, n° 119, 2014/4.

disant : "Ce sera plus facile à deux." La famille était très apaisée d'avoir pu veiller le mourant dans sa chambre et c'était super d'aller jusque-là. Mais je remarque que la plupart des familles ont peur de la mort et, quand la situation se dégrade, on envoie papa ou maman à l'hôpital. On voit tant de décès qui se passent dans la solitude et l'anonymat de l'hôpital pour les derniers jours. »

a. Une épreuve à apprivoiser

Arthur, 29 ans, jeune aide-soignant de nuit en Ehpad, déclare s'être habitué à l'événement... qui n'en est plus un. *« Il faut garder une certaine distance avec les résidents pour ne pas être affecté. On en parle aussi avec les collègues. Mais les décès étant assez fréquents en Ehpad, il y a aussi une forme "d'habitude" qui s'installe. »*

Cependant, la situation peut être douloureusement vécue par les professionnels. *« On n'a pas le droit de s'attacher à eux, mais c'est plus fort que nous, c'est humain »,* reconnaît Fabienne, auxiliaire de vie sociale. Comme en écho, Suzanne, aide-soignante, résume joliment : *« On est des êtres humains, pas des robots. Cela reste toujours une personne qui part. »*

« On n'est pas plus en sucre que les autres. On pleure quand il faut pleurer, on accompagne quand il faut accompagner », déclare Jean-Marc, 50 ans, auxiliaire de vie sociale en Saad, à propos de la charge émotionnelle de la fin de vie. *« Nous avons un lien de confiance avec le bénéficiaire dans la relation de travail et dans la relation humaine tout court. Au bout de plusieurs années avec un bénéficiaire, des liens affectifs se tissent. On retrouve un grand-père ou une grand-mère qu'on n'a pas connus et c'est compliqué de voir disparaître ces personnes même si la mort fait partie de notre mission et de notre quotidien. »* Il se souvient avoir fait *« une belle rencontre humaine avec un bénéficiaire, l'an dernier. Je le voyais deux fois par semaine, j'arrivais le matin, il m'offrait le café et on refaisait le monde. Je m'étais vraiment attaché à lui et sa mort m'a touché. »*

b. Des aides pour surmonter

Comme le rapporte Fabiola, l'analyse de la pratique, évoquée plus haut à l'égard des facteurs de risques physiques et/ou psychosociaux, apparaît très utile dans ce cadre aussi. *« S'il y a eu un choc émotionnel intense, un psychologue est mobilisable. Il faut parler, on ne laisse jamais l'agent tout seul. Si l'agent a besoin de pleurer, il faut pleurer, il faut que ça sorte. Il faut faire son deuil, bien sûr, quand on s'est occupé d'une personne depuis 10 ans et qu'on la découvre morte un matin. Quelles que soient les consignes qui conseillent de ne pas s'attacher, on s'attache, c'est humain. »*

Sur l'accompagnement des fins de vie, des formations sont également proposées et sont très appréciées des agents qui ne vivent pas le rapport à la mort de la même manière.

« Face à la mort, certaines peuvent être très émues, d'autres sont plus réservées. Moi, je vois ça comme une délivrance. L'important est d'accompagner le mieux possible et sans douleur. C'est un mouvement naturel, comme un livre qui se ferme. C'est la gestion de la famille qui est souvent plus délicate. »

Marie, aide-soignante.

Martine, aide-soignante en Ehpad, s'interroge : *« Certaines fins de vie sont plus dures que d'autres. Quand les résidents savent que c'est la fin, certains appréhendent beaucoup et, face aux familles en détresse, quels mots trouver ? »*

La mort fait donc partie du métier, mais il est une autre mort que côtoient les professionnels. *« En France, 300 000 personnes âgées sont en situation de mort sociale, c'est-à-dire qu'elles ne rencontrent quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes (réseau familial, amical, voisins, réseau associatif) »,* indique une étude du réseau Petits Frères des Pauvres de mars 2021. *« Cette vie recluse, sans contacts physiques extérieurs, à l'écart de la société, concerne plus fortement les personnes de plus de 85 ans. 900 000 personnes âgées sont isolées des cercles familiaux et amicaux⁴⁵. »* Des chiffres qui mettent un peu plus en évidence – si besoin était – l'importance des métiers du grand âge comme métiers du lien.

3. L'accompagnement de personnes de plus en plus vulnérables

Pour les résidents des Ehpad, l'arrivée en établissement est la dernière étape, souvent vécue comme un renoncement. Pourtant, les responsables des Ehpad rappellent avec constance que c'est encore un moment de vie.

Le niveau de dépendance des personnes âgées s'accroît, tout comme leurs besoins médicaux⁴⁶. En 2015, 260 000 personnes âgées vivant en Ehpad étaient recensées comme atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (soit plus de 40 % des seniors accueillis dans ces établissements⁴⁷). Selon France Alzheimer, 70 % à 80 % des résidents en Ehpad seraient atteints de troubles cognitifs. Un autre rapport enfin, remis

⁴⁵ *Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire*, Petits frères des pauvres en collaboration avec le Cercle Vulnérabilités et Société, mars 2021.

⁴⁶ La proportion de personnes âgées se trouvant en perte d'autonomie au sens de la grille Aggir (classées en catégorie de GIR 1 à 4) est passée de 81 % en 2011 à 83 % en 2015. Les Ehpad ont davantage été touchés par cette hausse : leur GMP (GIR moyen pondéré) est passé de 689 en moyenne en 2011 à 723 en 2018. Plus de la moitié des résidents (54 %) y sont très dépendants (en GIR 1 et 2).

⁴⁷ MULLER Marianne, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*. Études et résultats de la Drees, n° 1015, juillet 2017.

par les professeurs JEANDEL et GUÉRIN⁴⁸, révèle que 80 % des résidents présenteraient des troubles de la cohérence et 57 % seraient touchés par des maladies neurodégénératives.

Les personnes entrent donc en Ehpad de plus en plus âgées et dépendantes. Concrètement, selon une étude de la Drees de 2017, 93 % des résidents ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 86 % en ont besoin pour s'habiller et 70 % pour s'alimenter. Trois résidents sur quatre ne peuvent pas se déplacer seuls à l'intérieur de leur lieu de vie⁴⁹.

a. De fortes conséquences sur les métiers

Face à ces nouvelles données, le ratio des professionnels par résident a, certes, progressé ces dernières années, mais les effectifs de soignants demeurent insuffisants pour garantir un accompagnement de qualité.

Selon le rapport de la Cour des comptes de février 2022⁵⁰, environ le tiers des Ehpad ne comptent pas de médecin coordonnateur ou pour un nombre d'heures insuffisant. La permanence d'un infirmier de nuit apparaît également trop peu développée. De surcroît, les fonctions des infirmiers coordinateurs ne sont pas définies réglementairement, ni même le ratio minimum d'encadrement. Enfin, les magistrats financiers observent le trop faible niveau d'intervention des ergothérapeutes, des psychomotriciens et des psychologues, pourtant essentiels pour les résidents atteints de troubles cognitifs afin de préserver leurs capacités et leur autonomie le plus longtemps possible.

La Cour des comptes préconise la constitution de référentiels permettant d'évaluer les ratios minima de professionnels auprès des bénéficiaires requis pour répondre aux différentes fonctions de soins dans des conditions satisfaisantes.

De fait, la dégradation de l'état physique et mental des résidents accroît la charge de travail des professionnels et sa pénibilité, d'autant que cette évolution s'accompagne d'une crise des recrutements (lire *infra* troisième partie « Faire face à l'absentéisme et aux difficultés de recrutement »).

Elle modifie également le cadre et la forme mêmes de leur prise en charge. Ainsi, en l'espace de deux à trois ans, Marinette, directrice des établissements d'un CCAS de la région Centre, a remarqué une évolution majeure des résidents accueillis, de relativement dépendants ou semi-autonomes à très

⁴⁸ GUÉRIN Olivier et JEANDEL Claude, *Rapport de mission : unités de soins de longue durée et Ehpad*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2021.

⁴⁹ MULLER Marianne, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*, op. cit.

⁵⁰ « Les personnes hébergées en Ehpad », *Rapport public annuel de la Cour des Comptes 2022*, février 2022.

dépendants, souvent au plan psychique. « *Les Ehpad sont tellement critiqués que n'y entrent plus que ceux pour lesquels le maintien à domicile est vraiment devenu impossible, donc le plus souvent ceux qui présentent des troubles du comportement au point de relever d'unités fermées. De la même façon, les personnes en résidence autonomie sont désormais souvent en début de perte d'autonomie. Nous avons la nécessité de réviser le projet de service dans une nouvelle enveloppe financière et de mettre en place des formations adaptées.* »

b. Le travail modifié

L'évolution des profils des résidents change le travail, tel celui de Christine, animatrice dans un Ehpad en zone rurale. « *Avec des résidents présentant de plus en plus de troubles cognitifs ou de plus en plus de dépendances, c'est presque un autre métier.* » Elle organise des activités qui développent la communication, confortent le lien et stimulent les fonctions cognitives pour aider à l'épanouissement, à la socialisation et à l'autonomie des personnes. Mais c'est de plus en plus compliqué. « *Le métier est physiquement supportable, mais psychologiquement éprouvant* », précise-t-elle.

Même constat à domicile où Brigitte, directrice adjointe du CCAS d'une ville moyenne, relève aussi « *un public de plus en plus âgé et de plus en plus dépendant. Cela se traduit par moins de ménage de confort au profit de l'accompagnement de pathologies lourdes, de fins de vie et d'aide aux aidants familiaux.* » Avec pour conséquence un glissement des tâches vers celles d'auxiliaire de vie sociale impliquant la nécessité de formations adaptées. Les missions se transforment également. Infirmière en Ssiad et dans le même CCAS depuis 2007, Céline observe qu'« *il y a de plus en plus de travail lié aux maladies qui évoluent et à des pathologies plus lourdes. Le nombre de médicaments à préparer augmente beaucoup... L'autre jour, j'avais des coupures à tous les doigts à force de les sortir de leur opercule. Et puis, il y a la peur de se tromper, c'est beaucoup de stress.* »

L'augmentation des pathologies de santé mentale est un problème qui concerne tous les professionnels dans la mesure où la personne peut devenir agressive.

« *On n'est pas formés pour travailler avec des personnes qui ont des problèmes psy. On nous jette dans ces situations comme cela, sans même nous dire quelle est leur maladie car le règlement interdit de nous communiquer les pathologies dont souffrent nos bénéficiaires. Parfois je ne me sens pas en sécurité. Qu'est-ce qu'on fait quand il y a une crise ? Ne pas savoir à quoi s'attendre quand on arrive chez quelqu'un, cela peut être angoissant et faire peur. Je suis entendue quand je dis que je ne veux pas aller chez un bénéficiaire dont j'estime qu'il peut me mettre en danger, mais cela ne règle pas le problème car ce sont d'autres collègues qui devront faire face. C'est dur de ne pas être entendu sur ces situations d'angoisse, ce sentiment d'insécurité. On nous répond que c'est notre boulot et qu'il faut assumer. Il y a des personnes chez qui il faudrait aller à deux ou, du moins, ne jamais se*

retrouver seule. Quand un bénéficiaire doit prendre des médicaments, parfois je vois bien que l'infirmière qui est censée vérifier n'a pas attendu. Pourquoi devrions-nous prendre des risques ? »

Désirée, 33 ans, auxiliaire de vie sociale dans un Saad.

4. Le défi de la maltraitance

Le mot fait peur, mais de quoi parle-t-on ? De comportements « *aussi inacceptables que minoritaires, venant cristalliser la mauvaise image du secteur médico-social et singulièrement de celle des Ehpad* », comme le notait Dominique LIBAULT dans son rapport, ou bien d'un phénomène généralisé qui tient à l'organisation du secteur ?

Dans son rapport de 2021⁵¹, le Défenseur des droits a instruit, sur les six dernières années, plus de 900 réclamations de personnes contestant les modalités de leur accompagnement médico-social ou celui de leurs proches. 80 % de ces dossiers mettent en cause un Ehpad. Plus précisément, 45 % concernaient un établissement à statut public, 30 % un Ehpad privé associatif et 25 % un Ehpad privé commercial. Le secteur public n'est donc pas à l'abri des dérives, tout comme le phénomène ne saurait être uniquement reproché à quelques soignants malveillants.

a. L'organisation, première responsable

Le Défenseur des droits dénonce les horaires de lever et de coucher des résidents « *parfois fixés uniquement pour s'adapter aux emplois du temps des personnels* », le non-respect des protocoles concernant l'hygiène, la fréquence des douches et des toilettes. Il note aussi que la pratique de la contention physique (attachement, installation de barrières, etc.) et médicamenteuse (sédation) est répandue sur tout le territoire. Elle est notamment utilisée pour pallier le manque de personnel ou encore, l'inadaptation de l'établissement à l'état de la personne.

« *La maltraitance provient parfois d'actes individuels, plus ou moins conscients, mais aussi et surtout de carences de l'organisation liées à la pénurie de personnel, à la rotation importante, à l'épuisement des professionnels ou au manque d'encadrement* », explique le Défenseur des droits. **On parle alors de maltraitance institutionnelle.**

Selon la Commission de lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance, « *il y a maltraitance d'une personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action, compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux,*

⁵¹ *Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en Ehpad*, rapport du Défenseur des droits, mai 2021.

et/ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non ; leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations. »

« La maltraitance institutionnelle s'ajoute à la maltraitance individuelle ; elle ne dilue pas les responsabilités individuelles, mais souligne les responsabilités propres de l'institution dont la raison d'être est la protection des personnes vulnérables. »

Le rapport incrimine les glissements de tâches, l'attribution de nouvelles missions « sans que les fiches de poste n'aient évolué, les défauts de planning, les entretiens annuels d'évaluation insuffisants et non formalisés. » La maltraitance concerne l'ensemble de la communauté : les personnes âgées comme les soignants.

Ce récent rapport du Défenseur des droits fait suite à d'autres publications qui avaient déjà dénoncé la maltraitance institutionnelle sans que l'opinion publique ou les médias s'émeuvent beaucoup. L'ouvrage de Victor CASTANET, *Les Fossoyeurs*, qui a révélé le scandale Orpéa, a d'ailleurs davantage porté sur le détournement de financements publics que sur la maltraitance.

b. Le sens du métier pour ne plus « mal traiter »

Après la déferlante médiatique Orpéa, Dominique LIBAULT s'est exprimé sur la maltraitance institutionnelle, soulignant l'importance du management et le sens insufflé au métier. « *Il faut des moyens humains : j'avais demandé une hausse de 25 % des ratios soignants/résidents. Mais je suis aussi frappé du fait que, d'un établissement à l'autre, avec des moyens similaires, les résultats sont très hétérogènes. Donc ce n'est pas qu'un sujet de moyens. La formation du personnel est fondamentale, le sens que le management donne au métier aussi : si les aides-soignantes sont employées exclusivement à faire des toilettes à la chaîne, ça ne va pas*⁵². »

Contre cette maltraitance institutionnelle, le label Humanitude se veut un gage de bientraitance. Il propose une autre approche des soins dispensés aux personnes fragilisées pour les réhabiliter dans leur dignité et améliorer les relations entre patients et soignants.

⁵² RENAULT Marie-Cécile, « Dominique Libault : "La formation du personnel des Ehpad est fondamentale" », *Le Figaro*, 6 février 2022.



Humanitude : une démarche de formation innovante

Cette démarche de formations-actions enseigne la méthodologie de soin Gineste-Marescotti⁵³, composée de la philosophie de l'Humanitude® et de plus de 150 techniques de soin innovantes (regards, paroles, touchers, verticalité, prendre soin). Elles sont mises en œuvre dans les services, auprès des personnes fragilisées, présentant des troubles du comportement, des rétractions, des refus de soins, des situations complexes engageant la relation soignant-soigné. Inscrite dans le plan d'amélioration continue de la qualité des structures, elle permet aussi l'obtention d'un label de bientraitance : le label Humanitude.

Les 19 Ehpad labellisés et la centaine d'établissements en cours de labellisation témoignent de diminutions des hospitalisations, des neuroleptiques, mais aussi des accidents et arrêts de travail.

(Source : Rapport LIBAULT, Concertation grand âge et autonomie, mars 2019)

c. Partir ou dénoncer, un choix risqué

Le Défenseur des droits alerte sur l'attitude de professionnels « *qui affirment préférer quitter leur poste plutôt que continuer à travailler dans des conditions qui les rendent eux-mêmes maltraitants ou complices de certains actes.* » Il propose de rendre obligatoire une formation initiale et continue à la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance à l'attention de tous les professionnels intervenant dans l'accompagnement et le soin des résidents.

Séverine, aide-soignante en Ehpad dans une commune rurale, constate la dégradation de ses conditions de travail. « *À mes débuts, l'encadrement [NDLR des résidents] était plus nombreux, mais maintenant nous sommes en sous-effectif permanent.* »

La maltraitance pose aussi la question de la protection des lanceurs d'alerte. Sophie, aide-soignante, a passé 32 ans en établissement municipal dans le sud de la France. Elle a commencé en maison de retraite comme agent des services hospitaliers (ASH), puis « faisant-fonction⁵⁴ » aide-soignante sans le grade/cadre d'emploi, et enfin avec, par intégration à l'initiative de l'employeur. Elle raconte la loi du silence et le management par la peur dont elle a été victime. « *J'avais dénoncé des problèmes de maltraitance qui n'ont pas été pris en*

⁵³ Du nom de ses auteurs : Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, deux enseignants d'éducation physique et sportive, formés à la psychogériatrie et devenus enseignants-chercheurs invités au Japon (NHO Tokyo Medical Center).

⁵⁴ Définition du rapport de l'UNIOPSS publié dans le rapport de Myriam EL KHOMRI : « La notion de "faisant-fonction" désigne un professionnel qui réalise une tâche pour laquelle il n'est pas diplômé. »

compte. Je me suis retrouvée très seule. J'ai dénoncé le fils d'un cadre qui frappait les résidents. D'autres personnes se plaignaient, mais la directrice n'a rien fait. Ce collègue est passé deux fois en conseil de discipline, mais il était toujours là. Parce qu'il était costaud et s'occupait des résidents les plus lourds. Mais il fallait voir dans quelles conditions. Pour une autre affaire, j'ai témoigné et le juge a classé l'affaire. »

C'est tout le problème des lanceurs d'alerte. En dénonçant un collègue, ils mettent en cause l'institution qui les emploie et risquent l'exclusion de leur collectif de travail. Dans ces affaires, le rôle de la hiérarchie est capital et la consolidation du statut de lanceur d'alerte indispensable.

Car, comment faire face au défi de la maltraitance et protéger les lanceurs d'alerte ? Les organisations syndicales sont très attentives à ce problème. Cela passe d'abord par une meilleure connaissance des procédures.

« La méconnaissance des procédures de la part des professionnels est liée à un défaut de formation. Or, tout le monde, à commencer par les directions des structures, a intérêt à largement développer la connaissance des procédures. Les gens qui signalent des maltraitements courent le risque d'être ostracisés. S'ils sont contractuels, leur CDD peut même ne pas être reconduit. Face à la dénonciation de maltraitance, on a parfois un déni de l'institution et du collectif de travail : "pas ça, pas nous !" Dénoncer des maltraitements est plus facile si on bénéficie d'un accompagnement. Le syndicat a un rôle de soutien aux agents et souvent, quand on a fait un premier accompagnement, cela fait tache d'huile. Les agents comprennent qu'on peut les aider. Mais j'observe aussi que les professionnels du grand âge sont peu syndicalisés à la différence d'autres métiers territoriaux. Les organisations syndicales aussi doivent être mieux outillées car le médico-social a ses spécificités. »

Maxime, délégué CFDT.

Même constat de la part de Laurent, permanent syndical au sein d'un grand CIAS de Nouvelle-Aquitaine, lequel constate que *« pour faire face au défi de la maltraitance et protéger les lanceurs d'alerte qui ont le courage de dénoncer des pratiques négatives, le soutien des organisations syndicales est déterminant. Le syndicat fournit un soutien juridique, et pour certains lanceurs d'alerte, l'adhésion à un syndicat, voire la possibilité de devenir délégué syndical soi-même, a pu être déterminante. »*

Bruno, auxiliaire de vie sociale et délégué syndical dans les Hauts-de-France, insiste aussi sur l'importance d'une prise de conscience des élus locaux. *« Je me suis rendu compte de l'importance de travailler à la prévention de la maltraitance avec le maire et les élus locaux. Dès lors, ils comprennent mieux les contraintes des agents et les choses changent. »*

C. Covid-19, la crise vécue de l'intérieur

1. L'épreuve des confinements

Pour notre société, la crise sanitaire a provoqué une prise de conscience collective sur la vulnérabilité des résidents en établissement et des personnes âgées seules à domicile.

Entre le 1^{er} mars et le 22 novembre 2020, première vague de la pandémie, 96 059 cas de Covid-19 ont été comptabilisés parmi les résidents en établissements (Ehpad comme résidences autonomie). Alors que ces derniers représentent seulement 1 % de la population, ils constituent un tiers des décès dus à la Covid-19. De fortes disparités régionales ont été enregistrées : 94 % des Ehpad en Île-de-France, contre 47 % en Bretagne. À noter, 47 428 cas ont été recensés parmi les professionnels travaillant en établissements. Enfin, la proportion de clusters la plus importante concerne les Ehpad, soit 2006 (du 9 mai au 8 novembre 2020).⁵⁵

Selon une note de la Drees, les trois quarts de ces structures ont eu au moins un résident infecté en 2020 et un établissement sur cinq a connu un épisode dit « critique », au cours duquel au moins 10 résidents ou 10 % de l'ensemble des résidents sont décédés. Au total, 38 % de l'ensemble des résidents ont été contaminés et 5 % sont décédés.

a. Un quotidien totalement métamorphosé

Au-delà de ces chiffres, les périodes de confinement ont souvent été d'une grande violence pour les professionnels. Dans un compte rendu issu de réunions dans plusieurs Ehpad de l'Isère⁵⁶, Marion BARONNIER, médecin, et Cindy ARNOLD, infirmière, ont rapporté des témoignages poignants. « *L'Ehpad de leur quotidien perd sa familiarité et devient méconnaissable : "La vision des couloirs avec tous ces Dasri (Déchets d'activité de soins à risque infectieux), c'était horrible", se remémore une collègue. De son côté, l'équipe est aussi affectée, notamment par le manque de personnel : "L'accompagnement était difficile. Il y a eu plusieurs arrêts maladie, chaque jour de nouveaux arrêts arrivaient de nos collègues. On en était arrivés à se dire : "Pourvu qu'ils mangent et qu'ils soient propres !" C'est difficile de ne pas se reconnaître dans son travail, c'est contraire à nos valeurs soignantes. Les soignants ne ressemblent plus à des soignants, parce que "déguisés", vêtus tels des "cosmonautes". Ils ont dû revêtir physiquement une*

⁵⁵ COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 12 novembre 2020, Santé publique France, novembre 2020.

⁵⁶ BARONNIER Marion et ARNOLD Cindy, « Bouversements des soignants confrontés à la Covid-19 en Ehpad », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 145, 2021/2.

tenue de protection pour se préserver du danger et peut-être même un bouclier psychologique face à l'irréel. "Il y a une peur. On n'a pas envie de le ramener chez nous. On se douche en rentrant. On met à laver notre linge tout de suite." Ces paroles évoquent des gestes ritualisés comme un exutoire, pour effacer tout ça, pour "passer à autre chose". »

À domicile, les habitudes d'hier sont aussi balayées. Isabelle, porteuse de repas au CCAS d'une grande ville depuis 16 ans, raconte. « *Je déposais le plateau-repas sur une chaise devant la porte. La relation était cassée. Il fallait mettre les gants et le masque. Nous étions devenus des vraies machines, on posait, on s'en allait et on recommençait toute la matinée comme cela. On a eu de la chance, personne n'a été malade.* »

Le nouveau visage du métier prend parfois même les traits de la peur. Sophie, aide-soignante au CCAS d'une grande ville, avoue que « *le premier confinement a été très angoissant. À ne plus savoir ce qu'on pouvait toucher. On ne savait rien. On a eu des FFP2 périmés, qui pouaient, aux agrafes rouillées. Pendant le premier confinement, on s'est senti abandonnés par la haute direction, mais on a été soutenus par nos collègues en charge des plannings.* »

b. Agilité et solidarité, la révélation du collectif et de l'innovation

A contrario, cette période s'inscrit aussi dans les mémoires comme celle d'un esprit d'équipe et d'une solidarité renforcée – voire découverte – pour nombre de professionnels.

« *Pendant le premier confinement, on a fait des surblouses dans des vieux draps pour les collègues. Les collègues nous ont vus différemment.* »

Béatrice, blanchisseuse lingère en Ehpad.

L'urgence dicte de nouveaux protocoles et de nouvelles organisations qui, paradoxalement, insufflent un nouveau souffle managérial. Pour Edwina, adjointe technique en Ehpad, « *le plus dur, ça a été d'encaisser, tous les deux jours, des protocoles différents, donc des organisations différentes. Ça changeait tout le temps et il a fallu être très réactif. Mais, finalement, on a redécouvert l'esprit d'équipe et le management a été assoupli. Pour le moment, ces éléments perdurent.* » Brigitte, directrice adjointe d'un CCAS, partage ce constat. « *Face aux protocoles changeants, il a fallu faire preuve de fluidité, de pragmatisme et de transversalité en laissant plus d'autonomie aux agents. Ce management va rester.* »

D'autant plus que ces protocoles, issus de la Direction générale de la cohésion sociale, établissaient parfois des injonctions contradictoires avec la pratique de ces métiers, à commencer par la distanciation physique d'1,5 mètre. Des exemples révélateurs des normes qui s'imposent aux métiers du soin, pourtant contradictoires avec la qualité de vie au travail, voire la santé des professionnels, comme cela a été souligné par Kiné France Prévention pour les kinésithérapeutes.

Si « 2020 a été une année de gestion de l'urgence et non de mise en place de projets, elle a permis de montrer qu'il était temps de retravailler l'organisation des temps de travail et l'équité des tâches », observe Laurence, directrice d'Ehpad en zone rurale. « Ça a été difficile car les protocoles étaient peu connus et compliqués à mettre en place en Ehpad. Les chambres des résidents y sont, en effet, des lieux de vie au sein desquels il est difficile d'être contraignant. » D'où l'importance d'une organisation et d'un management différents. Laurence a décidé d'instaurer un sas à l'unique porte d'entrée de l'établissement avec tracing et dépistage systématique des professionnels. « Les professionnels voulaient être protégés et protéger les résidents. J'ai beaucoup communiqué, j'étais présente à toutes les réunions en appliquant une stricte transparence. » Enfin, les temps de travail sont passés de sept heures à 10 heures pour limiter les croisements de personnels, rester sur site le plus possible et y venir le moins souvent.

c. Plus que jamais utiles

Si la période éprouvante a stigmatisé le fonctionnement sécuritaire des établissements, elle fut aussi pour les professionnels l'occasion d'une nouvelle reconnaissance sociale de leur rôle et l'objet d'une fierté personnelle.

« La période n'a pas été simple, admet pudiquement Martine, aide-soignante dans un Ehpad de ville moyenne. Pour compenser l'interdiction des visites, on a pris plus de temps avec les résidents. Chaque professionnel était référent de quatre résidents pour lesquels il était en charge du lien, téléphonait aux familles, etc. » Elle tient à souligner aussi ce qu'elle appelle les « bons côtés » de la période. « Des personnes de l'extérieur sont venues en renfort comme les personnels des crèches. Ça a aidé, mais aussi beaucoup apporté. Elles ont reconnu la force de notre métier. L'une d'entre elles va même faire une reconversion pour venir travailler en Ehpad. »

Porteuse de repas, Isabelle le confie volontiers. « On est fiers car on a servi à quelque chose, nos bénéficiaires n'étaient pas isolés complètement. » Auxiliaire de vie sociale dans le même CCAS, Désirée a continué ses tournées pendant les confinements. Plus que jamais, elle a ressenti l'utilité de son métier alors que les personnes âgées « se retrouvaient vraiment seules du jour au lendemain, avec l'annulation des services du quotidien qui meublent leur vie. Un grand vide. J'avais mal pour eux. Sans se lancer des fleurs, on a bien conscience que, si on n'avait pas été présents pendant les confinements, si on n'avait pas tissé des liens, beaucoup de nos bénéficiaires seraient décédés ou se seraient laissés glisser et auraient vu leur état se dégrader. »

Leur responsable hiérarchique, Aurélie, responsable du soutien à domicile de ce même CCAS de grande ville, a éprouvé beaucoup de fierté quand elle a vu les agents de sa structure dans la vidéo sur les services essentiels qui se sont mobilisés pendant le confinement du printemps 2020, réalisée par la communication de la collectivité. « Essentiels ? Personne ne nous avait appelés ainsi jusqu'alors. Puis, quand la crise éclate, on le devient. Il faut aller travailler.



« Essentiels ?

**Personne ne nous avait
appelés ainsi jusqu'alors.**

**Puis, quand la crise
éclate, on le devient.**

Il faut aller travailler. Nous
avons été identifiés comme
tels dans les documents du
Plan de continuité d'activité
de la collectivité. »

Nous avons été identifiés comme tels dans les documents du Plan de continuité d'activité de la collectivité. Ceci dit, tous les bureaux administratifs étaient désertés, on s'est sentis un peu seuls. »

Alors que certains Saad privés ont carrément arrêté le service durant le confinement et ce, sans prévenir les bénéficiaires, « *au CCAS, nous avons répondu à notre obligation de service public. Les équipes ont bien tenu le coup et j'en suis très fière. Personne n'a fait jouer son droit de retrait. Il y avait de la peur, mais personne n'a renoncé. La solidarité a joué à plein et les liens entre collègues se sont resserrés. »*

Pour être équitable, Aurélie précise néanmoins que son CCAS n'a pas les mêmes impératifs économiques qu'un Saad privé. « *Notre activité est extrêmement déficitaire. Les CCAS avec lesquels j'échange sont sur le même modèle de financement. Ils sont également déficitaires et ce déficit n'est pas comblé par les autorités de tutelle, comme le département. »*

Même constat de la part des directeurs d'établissement, pour lesquels cette période de crise a eu un coût financier. Isabelle, directrice d'Ehpad dans le centre de la France, constate : « *Nous avons renforcé les équipes pour obéir aux protocoles. Cette mesure a fait l'objet d'une demande de financement supplémentaire auprès de l'ARS. Nous avons aussi été obligés de remplacer le personnel malade en sollicitant des agents intérimaires. Ce surcoût de remplacement n'est pas pris en charge par l'ARS. »*

Pour autant, lors du premier confinement au printemps 2020, la gestion de la pandémie dans les établissements publics territoriaux a révélé la force du modèle de gestion public de proximité et sa capacité d'innovation.

2. L'épuisement du jour sans fin

Monde d'après ou plutôt jour sans fin ? Après le paroxysme de la crise et des confinements, les professionnels ont généralement souffert d'un grand épuisement alors qu'ils devaient conserver un niveau élevé de gestes barrières et de contraintes sanitaires au quotidien.

Aurélie, la cheffe de service citée plus haut, a observé que « *les entretiens professionnels annuels, réalisés à la fin 2021, révélaient l'épuisement des équipes en place. À la tension, voire l'exaltation, de la première période de confinement a succédé le syndrome du jour sans fin et la fatigue. »*

Angélique, infirmière en Ehpad, constate que le passage à des périodes de douze heures au plus fort de la crise a accru la pression et la fatigue. « *On a été très soudés. Mais comme ça dure, ça s'effiloche, la fatigue prend le pas sur la bataille collective. »*

Marinette, directrice d'Ehpad, note un absentéisme très important après la première vague, imputé aux TMS (canal carpien, épaules, etc.). « *Sans doute beaucoup d'épuisement ajouté à des atteintes déjà installées* », analyse-t-elle.

« La pandémie laisse des traces psychologiquement. Avec les mesures d'hygiène, de distanciation, de port permanent du masque, de limitation des interventions, j'ai perdu l'entrain que j'avais auparavant. Je ressens du découragement car ça n'en finit pas. Certains de nos bénéficiaires sont décédés et ça fait un vide. Quand on a été en première ligne pendant les premières vagues, ça laisse un goût amer. On a applaudi les soignants, on a chanté pour eux, on a "liké", mais qu'est-ce qu'il reste ? Rien. »

Jean-Marc, auxiliaire de vie sociale.

3

**UNE NOUVELLE
POLITIQUE DU GRAND ÂGE
QU'APPELLENT LES
PROFESSIONNELS**



A. Des métiers à mieux définir et à consolider

1. Sortir de la précarité

Marion est aide à domicile contractuelle. Elle travaille 25 heures par semaine. Sa rémunération est d'environ 800 à 900 euros par mois selon le nombre d'heures travaillées. Pour elle, « *le seul problème de ce travail, c'est qu'il n'est pas à temps complet. C'est difficile d'emprunter ou même de trouver un logement et de payer un loyer.* » Elle gère sa tournée sur un petit secteur, trois ou quatre personnes par jour chez qui elle reste d'une heure et demie à deux heures. Elle dispose de son propre véhicule, mais n'a pas droit à l'aide locale pour le carburant. Son essence et ses frais kilométriques ne sont pas remboursés. Les éventuelles déductions d'impôts sont sans objet puisqu'elle n'est pas imposable.

Temps non complets, enchaînement de contrats à durée déterminée, etc. Les métiers du grand âge, notamment dans les services à domicile, sont marqués par une forte précarité. On retrouve là les caractéristiques d'un grand nombre de métiers d'exécution assurés par une population massivement féminine⁵⁷.

Une enquête de l'Unccas, menée en 2014⁵⁸, mesurait à 57 % la proportion moyenne de titulaires parmi les intervenantes à domicile des CCAS, soit 43 % de contractuelles. La part de titulaires étant alors en légère baisse, les auteurs de l'étude y voyaient un « *indice de l'impératif de flexibilité croissante demandée aux services, amenant les CCAS-CIAS à privilégier l'emploi de contractuelles par rapport à celui de titulaires.* » L'étude mettait aussi en évidence l'impact du statut des agents sur le coût de service avec des rémunérations plus élevées dans le cas des titulaires et donc, une dérive pouvant conduire à recourir à des statuts plus précaires (contractuels) pour contenir le déficit. Cependant, les auteurs concluaient que, « *si la titularisation peut présenter un coût, elle constitue également un levier de lutte contre la précarité des aides à domicile ; une lutte contre la précarité à laquelle les CCAS, investis d'une mission de prévention et de développement social, contribuent par ailleurs.* »

⁵⁷ Lire les précédentes études de l'Observatoire MNT : *Les précarités dans la fonction publique territoriale : quelles réponses managériales ?* (n° 2, juin 2011), *Les risques sanitaires des métiers de la petite enfance : auxiliaires de puériculture, un groupe professionnel sous tension* (n° 3, novembre 2011), « *La restauration collective, des contraintes sanitaires au plaisir de la table* » (n° 10, décembre 2013).

⁵⁸ ANGIER Florence, BODO Frédéric, DESCAMPS Amandine, KOCH Fanny et MALLET Marie, *Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 : constats et enjeux d'un secteur en difficulté*, UNCCAS, décembre 2015.

a. Une « déprécarisation » complexe

Pour être cohérentes avec leur projet social, beaucoup de structures publiques employeuses essaient de limiter le recours aux contractuels par des titularisations, qui constituent un moyen efficace pour fidéliser les salariés.

Aurélie, cheffe des services de soutien à domicile, au sein du CCAS d'une grande ville, témoigne toutefois des difficultés de cette politique. « Depuis 2017, nous avons entrepris des campagnes de "déprécarisation" avec des titularisations. Mais celles-ci sont seulement partielles. Quand le CCAS a signé le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le département, celui-ci a eu des exigences en termes de coûts de revient du service, de limitation des heures dites "improductives" (réunions d'équipe, absences pour formation, etc.). Il y a eu une suspicion sur la cherté du service. Certains agents du département recommandaient même la suppression pure et simple du CCAS au profit d'un CPOM avec les structures privées. Aussi, dans la négociation, pour garder le service ouvert, un compromis a été décidé avec des contrats à 70 % d'un temps complet. » Conséquence : en cas d'absence, le coût de la prise en charge de ces titulaires (à temps partiel) revient au régime général et non à la collectivité. Par ailleurs, de telles dispositions engendrent des impacts négatifs sur la retraite des agents et limitent la possibilité de leur proposer des temps partiels thérapeutiques en fin de carrière.

La titularisation est un choix politique qui coûte cher (coûts de cotisations, arrêts maladie, inscription dans un plan de carrière) quand il n'est pas aidé par les organismes financeurs, au premier rang desquels les départements. De fait, la non-titularisation ne permet pas aux employeurs communaux de mettre en œuvre la politique sociale de leur choix en direction des agents plus précaires. Ils n'ont pas les moyens non plus de déployer une politique d'attractivité, dont ils ont pourtant tant besoin. En effet, « la déprécarisation permet de renforcer l'attractivité du CCAS par rapport à la concurrence », assure une responsable de secteur au sein d'un CCAS. « Six ou sept auxiliaires de vie sociale sont titularisées chaque année en fonction des ouvertures de poste de la collectivité. C'est une façon de fidéliser les agents. »

Le temps partiel est un autre facteur de fragilité des personnels. Selon l'étude de l'Unccas, en 2014, le temps partiel concernait 85 % des contractuels et 62 % des titulaires intervenant à domicile (38 % travaillent à temps plein, 35 % sont à temps incomplet de plus de 28 heures et 27 % à temps incomplet de moins de 28 heures). Si 29 % de ces temps partiels correspondent à une demande du salarié, la majorité des cas s'explique par les contraintes de service évoquées plus haut. En effet, la plupart des prises en charge doivent être réalisées aux mêmes moments de la journée (lever, déjeuner, dîner) d'un bénéficiaire à l'autre. De sorte que la précarité des professionnels du grand âge se joue à la fois au niveau de leur non-titularisation et d'un temps de travail partiel.

Toutefois, pour limiter les effets négatifs de ces temps partiels, qui contribuent à la pénibilité du métier, comme le soulignent les auteurs de l'étude, « *près des deux tiers (61 %) des services déclarent en outre avoir mis en place des modalités de lissage du temps de travail (annualisation, trimestrialisation ou mensualisation) et 17 % des services pensent à développer un tel dispositif.* » L'objectif est d'assurer une rémunération régulière à des collaborateurs dont le temps de travail varie sur l'année.

b. Une seconde carrière souvent nécessaire

La pénibilité des tâches et l'usure professionnelle renforcent la précarité des salariés. Toujours selon l'enquête de l'Uncas, « *la pénibilité du travail entraîne dans 30 % des structures des retraites anticipées, voire des licenciements, pour inaptitude physique. Les reclassements pour inaptitude physique sont tout aussi courants (survenant également dans 30 % des services).* »

Le plus souvent, les intervenantes sont reclassées en tant qu'agents d'accueil (60 % des cas) ou administratifs (48 % des cas) du CCAS. Ainsi, des aides à domicile ou auxiliaires de vie deviennent responsables d'équipe et gèrent les plannings de leurs collègues. C'est le cas de Fabiola, 53 ans, responsable de secteur, après un parcours d'auxiliaire de vie sociale. Son expérience lui permet de bien comprendre les demandes de ses collègues intervenantes à domicile. « *Beaucoup ont fait le choix de travailler à 80 % pour s'occuper de leur famille. On s'arrange pour répondre à ces demandes pour que l'agent se sente bien au travail. Il faut prendre en compte les conditions de disponibilité. Une mère seule avec deux enfants jeunes ne peut pas faire ce qu'elle veut. Si elle doit récupérer ses enfants vers 17 h 30 aux activités périscolaires, on ne peut pas la solliciter jusqu'à 21 heures.* »

Au-delà des reclassements ou reconversions dictées par les inaptitudes, **offrir des perspectives de carrière aux aides à domicile peut être bénéfique tout autant à l'organisation qu'à l'individu**, contribuant à la fois à l'efficacité et à l'attractivité du service. Émeline est directrice du CCAS d'une petite ville de 8 000 habitants. Le Saad qu'elle gère emploie 18 agents titulaires (agents sociaux de catégorie C) et 10 contractuels en CDD, et inclut un foyer restaurant et un service de portage de repas. 11 salariés sont à temps plein et 17 à temps partiel. Pour une meilleure réactivité en termes d'organisation du travail, Émeline a créé deux postes d'agent de planification. Une référente par équipe fait l'interface entre le terrain et la cheffe de service et consacre du temps à l'animation de l'équipe, à la transmission des informations et à l'évaluation professionnelle.

Par ailleurs, la directrice veut encourager les évolutions de carrière en accompagnant la montée en compétences des agents vers les fonctions et le titre d'auxiliaire de vie sociale. Cette dynamique managériale permet de rester en phase avec les besoins des bénéficiaires. « *Il faut savoir compenser*

localement le manque d'intérêt national porté au secteur de l'aide à domicile, parent pauvre de l'action publique ! Nous réfléchissons sur le contenu même des missions pour les recentrer sur le volet sanitaire face à la dépendance croissante des usagers. Même si cela implique de rompre les conventions avec les caisses de retraite portant sur les seules tâches de ménage afin de réorienter l'activité des agents vers l'accompagnement des troubles cognitifs, par exemple. »

2. Faire face à l'absentéisme et aux difficultés de recrutement

Selon les données de la Drees⁵⁹, les Ehpad connaissent un turn-over élevé, la part du personnel récemment recruté (moins d'un an) atteignant 15 % des effectifs. Par ailleurs, près de la moitié des Ehpad fait état de difficultés de recrutement, notamment des aides-soignants pour lesquels presque un établissement sur 10 déclare un poste non pourvu depuis au moins six mois. Selon les données du secteur, 81 % des Ehpad déclarent des vacances de postes⁶⁰ et 82 % jugent que les difficultés de recrutement sont récurrentes.

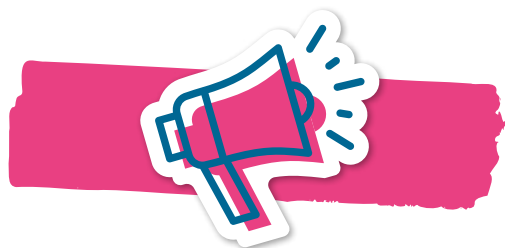
Le rapport parlementaire des députées Monique IBORRA et Caroline FIAT⁶¹ a montré que « *l'absentéisme conjugué aux difficultés de recrutement conduit à des phénomènes importants de glissements de tâches : les missions du médecin coordonnateur sont effectuées par les infirmiers, celles des infirmiers par les aides-soignants, celles des aides-soignants par les auxiliaires de vie sociale. Par ailleurs, de plus en plus de personnes ne bénéficiant pas de la formation d'aide-soignant sont recrutées sur des postes de "faisant-fonction" »*. La notion de « faisant-fonction » désigne un professionnel qui réalise une tâche pour laquelle il n'est pas diplômé⁶². Cette problématique est particulièrement sensible puisqu'une telle pratique est en principe interdite. Elle est également révélatrice du manque de personnel dont souffre le secteur, contraignant les établissements et services médico-sociaux à y recourir. De plus, ces glissements de tâches sont sources d'inquiétudes pour les soignants, conduits à exercer des actes pour lesquels ils ne sont pas formés dans une situation légale mal définie. Ainsi, lors des visites effectuées par les rapporteuses, les personnels ont fait part de leur désarroi quant à « *la déqualification des métiers et à la dévalorisation de leurs compétences* ».

⁵⁹ BAZIN Mahel et MULLER Marianne, *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*, Études et Résultats de la Drees, op. cit.

⁶⁰ Données UNIOPSS-URIOPSS, septembre 2019.

⁶¹ IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2018

⁶² Définition de l'UNIOPSS dans l'enquête flash citée dans le rapport de Myriam EL KHOMRI, octobre 2017.



**81 % des Ehpad déclarent
des vacances de postes
et 82 % jugent que les
difficultés de recrutement
sont récurrentes.**

Suite au rapport EL KHOMRI, une vaste campagne de recrutement, associée à un plan de formation professionnelle, a été lancée en octobre 2020. Plus récemment, des mesures de revalorisation salariale ont été prises dans le cadre du Ségur de la santé dont bénéficient les personnels des Ehpad. En janvier 2021, des plateformes sur les métiers de l'autonomie ont été créées. De plus, la simplification des dispositifs de formation est en projet.

Malgré toutes ces mesures nationales, les tensions sur l'emploi dans les Ehpad demeurent extrêmement vives. Localement, tous les responsables d'établissements ou de services rencontrés témoignent de difficultés permanentes. « *On a réussi à s'en sortir jusqu'à présent, mais il existe une crise majeure dans le secteur de la santé aujourd'hui, et celui du médico-social tout particulièrement* », déclare Marinette, directrice d'Ehpad, qui résume bien l'opinion de ses collègues. Pour diffuser ses offres d'emploi, elle n'hésite plus à recourir aux réseaux sociaux numériques.

Cette crise des ressources humaines devient parfois difficilement gérable. Émeline, 28 ans, directrice de CCAS, doit faire face à des demandes impossibles à satisfaire, faute de personnel. « *Je n'avais pas pleinement mesuré l'ampleur de la mission face aux attentes de chacun. Les usagers souhaitent toujours plus d'horaires et de missions alors que le manque de personnel oblige à réduire le périmètre des actions, voire à supprimer certaines prestations pour lesquelles un contrat avait pourtant été signé. J'ai actuellement cinq postes à pourvoir, mais aucune candidature, ou des personnes qui ne se sont pas projetées dans l'ensemble des missions et se rétractent à l'issue du jury de recrutement. Sans compter trois prochains départs à la retraite.* »

a. De lourds dommages collatéraux

Poste non pourvu, collègue absent non remplacé, etc. S'il peut impacter la qualité du service, l'absentéisme génère aussi des effets sur le reste des équipes, avec des tournées allongées dans les services à domicile ou une charge de travail alourdie en établissement. « *C'est le principe de l'autoreplacement, c'est lourd et c'est speed* », confie Céline, infirmière en Ssiad qui peut toutefois compter sur un remplaçant « volant » (à 40 % en Ssiad et à 60 % en Ehpad), embauché par le CCAS pour aider en cas de surcharge de travail excessive.

Sa collègue, Martine aide-soignante en Ehpad dans la même ville, lance un cri d'alarme. « *Ça ne peut pas durer comme ça, on ne va pas y arriver ! L'absentéisme est très important. Il existe bien des remplaçants, mais comme on est souvent à flux tendu, à nous de nous organiser autrement, c'est-à-dire en revenant sur nos heures de coupe.* » Les « horaires coupés » désignent les pauses entre les soins qui rythment la journée.

« *Quand les collègues ne sont pas remplacés, c'est la double peine pour les autres* », déplore une autre aide-soignante. Pour Ingrid, cheffe de service autonomie d'un CCAS, il s'agit d'un cercle vicieux. « *On tire sur la corde des présentes et cela finit par faire boule de neige, et provoquer d'autres arrêts.* »

b. Parier sur une dynamique d'acteurs

Pour faire face à la crise des recrutements, Joël, directeur du CCAS d'une ville de 17 000 habitants, a développé un partenariat avec Pôle emploi et collabore avec des établissements scolaires. Il recourt aussi à l'apprentissage pour former et intégrer des aides à domicile, ainsi qu'à des formations qualifiantes pour auxiliaires de vie sociale. Dans le but de susciter des vocations, son CCAS accueille depuis cinq ans des jeunes en service civique. À noter, leur affectation est interdite pour les métiers à domicile des Saad privés.

Joël, directeur de CCAS dans les Hauts-de-France, a lui aussi fait le choix de la mutualisation entre employeurs pour assurer des temps pleins et fidéliser les agents. « *Il faut remonter l'effort encore d'un cran dans la formation et l'insertion pour trouver des compétences. Cela ne peut plus se faire à l'échelle d'un seul acteur, mais d'une dynamique collective* », explique-t-il. **Il travaille notamment à la création d'un Groupement d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ)** en charge du recrutement et des répartitions entre employeurs. « *Nous voulons renforcer notre capacité à intégrer de nouvelles compétences en mobilisant un partenaire, du type GEIQ, qui assurera un cycle de formation d'auxiliaires de vie sociale, soit douze stagiaires chaque année sur le territoire communal.* »

c. Les moyens de fidéliser

Avant même de penser remplacement et recrutement, les responsables d'établissements ou de structures doivent trouver des solutions contre l'absentéisme. Infirmière coordinatrice dans le CCAS de Joël, Géraldine a aussi des idées pour lutter contre l'absentéisme : rendre les métiers du grand âge plus attrayants et éviter les cumuls d'emplois. Elle a la conviction qu'il faut augmenter la quotité horaire des contrats et mieux adapter les jours et horaires aux besoins et impératifs de chacune, dans la mesure du possible et de la réalité des plannings. « *On doit pouvoir laisser le mercredi à celles qui ont des enfants ou le vendredi à celles dont le mari est routier.* »

Selon elle, l'autonomie des équipes constitue un autre levier. Il s'agit de « *ne plus manager en pyramide car tout le monde souffre* ». Son service a répondu à un appel à projets du département pour soutenir une réorganisation en équipes autonomes, inspirée du modèle néerlandais des communautés de soins infirmiers *Buurtzorg* (des équipes de six à douze infirmiers, sans responsable, prenant en charge jusqu'à 60 patients, selon un principe de décisions collégiales). Cette approche managériale repose sur le principe de proximité et d'autonomie des équipes. Celles-ci gèrent en leur sein à la fois

leur travail et leur emploi du temps. Géraldine vient elle-même de suivre une formation en ce sens à l'Institut régional du travail social (IRTS). « *L'idée est d'associer plus de qualité de vie au travail à plus de qualité de vie personnelle avec des agents plus responsables, plus investis, plus autonomes.* » Si le projet est retenu, les subventions du conseil départemental permettront de financer les « *temps improductifs* » de réunion, de coordination, voire de formation si nécessaire. Pour elle, « *pas question de restreindre le temps des réunions et de parole au prétexte qu'ils ne sont pas financés* » par l'autorité de tutelle et incombent, de ce fait, au CCAS.

Pour fidéliser les jeunes, Catherine, 52 ans, auxiliaire de vie sociale depuis 30 ans, au sein du CCAS d'une ville moyenne, pense pour sa part qu'il faudrait mieux accompagner les jeunes qui commencent dans le métier « *pour qu'elles soient moins paniquées et plus efficaces. On ne leur donne pas assez d'informations ou trop d'un coup. De ce fait, elles s'en vont vite !* »

d. La formation, un levier majeur d'attractivité

La formation joue un rôle central en matière d'attractivité. La priorité qui lui est donnée dans le secteur public local constitue un avantage concurrentiel pour les CCAS. « *Ceux qui sont partis travailler ailleurs sont vite revenus en nous disant : "C'est quand même autre chose chez vous", explique une directrice. Il y a dans notre CCAS une culture de la formation. Il a fallu du temps pour l'installer, mais maintenant, chaque AVS s'inscrit à deux ou trois formations par an. Je signe systématiquement ces demandes. On se débrouille après, même si cela engendre quelques difficultés de planning.* »

Le même volontarisme est observé en établissements. « *La formation est une priorité. Mais compte tenu des problèmes de sous-effectifs, il nous est impossible d'envoyer plus de deux personnes en même temps en formation. Il nous faut jongler avec les plannings et le budget* », regrette Laurence, directrice d'Ehpad.

« *Quand le bien-être des soignants favorise la qualité des soins* » ; « *Prise en charge des souffrances psychiques* » ; « *Accompagnement des fins de vie* » ; « *Maladies Alzheimer et apparentées* » ; « *Utilisation des aides techniques* », etc. Les intitulés des stages sont en phase avec la pratique des professionnels. De sorte que la politique de formation n'est pas seulement une porte ouverte sur l'avenir des agents, mais participe aussi à l'amélioration de la qualité du travail, ainsi que la qualité de vie au travail (cf. Le Rire médecin).



L'Académie des métiers de l'autonomie en Corrèze

Le conseil départemental de Corrèze a créé, avec les Saad de son territoire, un dispositif unique en France pour promouvoir le métier d'aide à domicile. En Corrèze, l'aide à domicile s'organise à partir d'un réseau de 22 Saad qui emploient 1 300 personnes. Près de la moitié des effectifs est âgée de plus de 50 ans. Aussi, faut-il anticiper le renouvellement. Pour faire face aux départs à la retraite, la collectivité a imaginé l'Académie des métiers de l'autonomie en Corrèze (AMAC), en partenariat avec la plateforme des métiers de l'aide à domicile (AGGENA). L'objectif est de recruter, former et fidéliser 50 nouvelles aides à domicile par an.

À partir d'un *sourcing* qualifié d'innovant par la collectivité, les candidats sont d'abord formés aux connaissances essentielles leur permettant d'être immédiatement employables par un Saad. Une certification corrézienne au titre de l'AMAC leur est délivrée et leur donne accès à un emploi en CDI au sein d'un Saad. Les candidats recrutés sont sécurisés dans leur nouveau métier *via* l'accompagnement de tuteurs et d'ambassadeurs, en vue d'une formation par les pairs, et des formations complémentaires. L'ensemble du dispositif est financé par le conseil départemental avec l'appui de la CNSA (section IV).

Cette initiative a été promue par l'association Sortie de crise, que préside Marie-Anne MONTCHAMP, l'ancienne présidente du conseil de la CNSA, en partenariat avec le Groupe VYV, dans le cadre de la plateforme pour la vie autonome dans les territoires.

<https://www.correze.fr/amac>

B. Nouveaux métiers, nouvelles structures

1. Dépasser l'opposition : structures d'hébergement ou services à domicile

Une grande majorité de nos concitoyens âgés expriment le désir de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Cela plaide pour la diversification des modes d'accompagnement des personnes âgées et la fin de l'étanchéité entre établissement et domicile. Certains responsables préconisent le développement d'« Ehpad plateformes », « Ehpad hors les murs » ou de « centres de ressources ». En 2018, les députées Monique IBORRA et Caroline FIAT concluaient dans leur rapport que « *les Ehpad ne doivent plus être uniquement des établissements d'hébergement permanent et définitif, mais devenir des plateformes qui accompagnent les personnes âgées à chaque étape de leur perte d'autonomie, en fonction de leurs besoins et de ceux de leurs aidants* ».

La notion de « centre de ressources » peut se définir comme un lieu d'organisation, de coordination et d'optimisation des ressources d'un territoire dans une logique de services aux personnes âgées en perte d'autonomie appelant un fort maillage avec l'ensemble des professionnels du territoire. Aussi, sa concrétisation ne doit pas se limiter aux seuls Ehpad. Les CCAS et les Saad ont pour eux l'expérience de l'intervention aux domiciles, mais aussi de la diversification de services, tels que le portage de repas ou le transport des personnes.

La Cour des comptes⁶³ estime que cette démarche *« requiert donc un diagnostic préalable des ressources du territoire : connaissance des acteurs, de l'écosystème territorial et partenarial, au-delà des spécialistes du grand âge. L'Ehpad "centre de ressources" mobiliserait alors les compétences du plateau technique que représente l'établissement, pour les déployer vers l'extérieur, le positionnant ainsi comme une plateforme de ressources pour le domicile. »*

Comme le souligne la Cour des comptes, chaque territoire possède ses propres caractéristiques, notamment en ce qui concerne les forces en présence. Dans certains cas, il sera plus opportun de confier ce rôle pivot aux CCAS. D'autant plus que les collectivités locales possèdent une légitimité naturelle pour organiser et centraliser localement les services aux publics âgés. En l'occurrence, ils incarneront de parfaits guichets uniques, clairement identifiés pour les personnes en perte d'autonomie et leurs aidants.

a. Des Ehpad « hors les murs » pour des seniors dans la ville

Dans cet esprit, Brigitte, directrice adjointe d'un CCAS de ville moyenne qui gère deux Ehpad, un Saad et un Ssiad, souhaiterait développer plus de liens entre Ehpad et services à domicile pour les résidents. **Elle envisage de favoriser davantage la mobilité professionnelle entre Ehpad et domicile, voire de mutualiser les plannings des auxiliaires de vie sociale et des infirmières** en proposant, par exemple, un mi-temps en service à domicile et l'autre mi-temps en établissement.

Un Ssiad et un Saad adossés à un Ehpad, c'est le type de structure que dirige Laurence sur un territoire rural normand. L'établissement compte 100 lits, ainsi qu'un lieu de vie aménagé pour six résidents mieux protégés. *« Notre organisation offre une prise en charge totalement complémentaire avec une progression en fonction des besoins de la personne. Elle permet d'anticiper l'entrée en Ehpad pour un passage plus en douceur. Le futur résident connaît déjà les lieux et les professionnels, soit pour être déjà venu en hébergement temporaire, soit parce que certains agents interviennent à la fois à domicile et en établissement, comme la psychologue »*, explique la directrice. Celle-ci met en

⁶³ « Les personnes hébergées en Ehpad », *Rapport public annuel de la Cour des Comptes 2022*, février 2022.

évidence l'importance d'une coordination « bien huilée » ainsi qu'une bonne transmission des informations. « *Trente pour cent des résidents ont d'abord été patients du Ssiad, raison pour laquelle ils ont opté pour notre établissement lors du passage en établissement.* » Mais la formule n'est pas sans poser quelques interrogations managériales. Ainsi, Laurence remarque que les agents du Saad ont souvent un sentiment d'isolement et sont « *très demandeurs de réunions* ». Enfin, elle déplore de grosses différences entre agents hospitaliers et aides-soignants, notamment « *le plafond de verre entre les deux, qu'[elle] souhaiterait briser.* »



L'Ehpad hors les murs, une coopération d'acteurs locaux

Plusieurs expériences d'« Ehpad hors les murs » sont en cours, aussi appelées « dispositifs de soutien renforcé à domicile » (DRAD). En Bretagne, le réseau Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV), un groupement de neuf établissements à but non lucratif, a développé une expérimentation, intitulée Vivam HSTV pour « VIVre en Autonomie à la Maison », déjà déployée sur cinq territoires bretons : Rennes, Bain-de-Bretagne, Baguer-Morvan, Plougastel-Daoulas et Pont-l'Abbé.

Pour ses concepteurs, il ne s'agit pas d'une offre d'hébergement, comme le laisserait sous-entendre le mot Ehpad, mais bien d'un dispositif qui permet à la personne âgée en perte d'autonomie de rester vivre chez elle le plus longtemps possible grâce à :

- **La coordination des acteurs et des dispositifs intervenant à domicile :** service d'aide à domicile, SSIAD, médecin, infirmier, kinésithérapeute. En règle générale, cette coordination repose très souvent sur un aidant, voire sur la personne âgée elle-même. L'objectif, dans ce cadre, est de reproduire ce qui est réalisé au sein des Ehpad par les professionnels encadrants pour faciliter le partage d'information entre les différents acteurs. Il s'agit d'aborder la question de la perte d'autonomie dans la globalité du parcours et des besoins de la personne : accompagnement des soins, y compris médicaux, accompagnement au maintien des gestes de la vie quotidienne et accompagnement à la vie sociale.
- L'apport des expertises gériatriques de l'Ehpad au domicile : sous l'impulsion du médecin coordonnateur et avec l'appui d'une équipe pluridisciplinaire experte de l'Ehpad, il s'agit de réaliser une évaluation gériatrique permettant de proposer une adaptation du logement et une prise en charge dédiée au maintien des capacités (cognitives, motrices, sociales) de la personne.
- La sécurisation de la personne âgée à son domicile par l'installation d'objets connectés adaptés à ses besoins. Ces outils permettent notamment d'alerter en cas de situation inhabituelle et de déclencher l'intervention d'un professionnel de l'Ehpad au domicile, 7 jours/7, 24 heures/24.

Le DRAD est une expérimentation innovante portée par la Croix-Rouge française, et la Mutualité française, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale 2018.

b. De nouveaux métiers et services en filigrane

Pour Joël, directeur de CCAS, « *face à la fin du tout Ehpad, de nouveaux aménagements de l'intérieur des domiciles sont nécessaires pour les adapter et les mettre en sécurité. En 20 ans, le niveau de dépendance s'est aggravé. On est passé de GIR 4 et 5 à des GIR 3 ou 4 voire 2 ou 3. Cela signifie moins d'aides ménagères et davantage d'auxiliaires de vie sociale. À présent, un nouveau métier doit être créé entre celui d'assistant de vie sociale et celui d'aide-soignant. En effet, si toutes les AVS ne peuvent pas toutes passer le concours d'AS, elles doivent avoir la possibilité de monter en compétences au fur et à mesure que les aînés dont elles s'occupent perdent en autonomie.* »

Aide-soignante dans ce CCAS, Marie, 36 ans, est un bon exemple de montée en compétences dans les services puisqu'elle est devenue assistante de soins en gérontologie (ASG), après une formation complémentaire de 140 heures. En tant qu'aide-soignante, elle pratiquait déjà tous les soins de *nursing* (toilette, aide à l'habillage, transfert, etc.). Depuis qu'elle est ASG, « *c'est une approche totalement différente* ». Après l'évaluation de la psychomotricienne, elle propose désormais aussi des activités de stimulation de la mémoire d'une heure (cuisine, jardinage, promenade, etc.) et des activités physiques contribuant au maintien des capacités des personnes atteintes de maladies neurodégénératives.

Un débat sur « *la situation dans les Ehpad à l'issue des deux périodes de confinement de l'année 2020* » a été organisé à l'Assemblée nationale, le 13 janvier 2022. À cette occasion, la députée PS du Puy-de-Dôme, Christine PIRÈS BEAUNE, a déclaré que « *le modèle actuel des Ehpad a montré ses failles et doit évoluer rapidement* ». Son collègue Cyrille ISAAC-SIBILLE, député MODEM du Rhône, note que « *s'interroger sur les Ehpad, c'est s'interroger sur notre modèle de société* ». Dans un entretien au quotidien Les Échos, Valérie LEVACHER, directrice du pôle accompagnement de l'offre de soins et d'accompagnement du Groupe VYV, estime que « *ce que nous appelons le virage domiciliaire, c'est-à-dire la refonte de la prise en charge à domicile, est une priorité. D'une part, parce que les personnes âgées entrent en institution de plus en plus tard. D'autre part, parce que plus de 85 % des personnes âgées formulent le souhait de rester chez elles. Mais cela nécessite une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs du secteur. À l'heure actuelle, cet écosystème est très cloisonné et l'offre pas toujours lisible. Un guichet unique et une meilleure coordination des différents intervenants*

(personnel chargé de l'entretien du logement, aide-soignant, infirmier, kiné, etc.) sont nécessaires afin de répondre à l'enjeu de la continuité de services⁶⁴. »

Le service public local sera assurément au cœur de l'évolution à venir. **En Europe du Nord, ce sont, la plupart du temps, les mêmes structures locales qui gèrent l'ensemble des services au grand âge, à domicile et en établissement, facilitant la fluidité selon les besoins des aînés et des familles.** Les réseaux de solidarité sont aussi plus actifs et prennent en compte l'ensemble des conditions de vie des aînés (lien social, culture, mobilité). Par ailleurs, d'autres formes d'hébergement de personnes âgées dépendantes se font jour, plus inclusives.

Les associations d'élus locaux et des réseaux de collectivités territoriales (Unccas, Villes amies des aînés sous l'égide de l'Unesco) mobilisent leurs capacités d'innovation sociale pour inventer de nouveaux modèles, tout comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En effet, les bassins de vie semblent l'échelle adéquate pour gérer les politiques du *care*. Cela passe par le décloisonnement de la gestion des structures d'hébergement et des services à domicile dans une proximité retrouvée. Toutefois, cette évolution n'est possible que si les professionnels du grand âge en sont pleinement parties prenantes.

2. Politiques intergénérationnelles et intégration territoriale

En 2009, Nora BERRA, secrétaire d'État chargée des aînés, et la ministre de la Santé, Roselyne BACHELOT, avaient lancé le label « Bien vieillir – Vivre ensemble », en partenariat avec l'Association des maires de France pour encourager les communes dans leur politique du vieillissement. Le label « Villes amies des aînés », créé en 2012, à l'initiative du Réseau mondial des villes et communautés amies des aînés de l'OMS, promeut la diffusion de bonnes pratiques ainsi qu'une meilleure adaptation au vieillissement avec des objectifs de lutte contre l'âgisme⁶⁵ et les discriminations. Pascal CHAMPVERT, président de l'AD-PA, association qui regroupe les directeurs de services à domicile, de coordination et d'établissements pour personnes âgées, a coutume de dire que « *l'âgisme est un fléau, une discrimination antivioux qu'il faut combattre au même titre que le racisme ou le sexisme* ».

⁶⁴ LE BOLZER Julie, « La refonte de la prise en charge à domicile est une priorité », *Les Échos*, 15 avril 2021.

⁶⁵ L'âgisme concerne toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris, fondées sur l'âge. L'âgisme est un préjugé contre une personne ou un groupe en raison de l'âge.

a. Des établissements au cœur de la ville et de la vie

L'inclusion territoriale concerne le niveau de services rendus aux personnes âgées, mais encore, la qualité des établissements et leur lieu d'implantation, plutôt en centre-ville qu'en périphérie, loin de toute vie sociale. De sorte que toutes les politiques publiques locales doivent être mobilisées, de la voirie aux bâtiments, des transports à l'offre culturelle, etc. Tous les territoires sont concernés également, quelle que soit leur taille, tous les responsables publics, élus locaux comme fonctionnaires territoriaux, et finalement tous les citoyens impliqués pour que les « vieux » aient droit de cité. L'enjeu consiste à faire de nos villes et villages des « zones bleues », en référence aux quelques régions du monde où la longévité des habitants est très nettement au-dessus de la moyenne, telle la province de Nuoro en Sardaigne ou l'île japonaise d'Okinawa (42 centenaires pour 100 000 habitants, soit trois fois plus qu'en France).

Dans un rapport remis au ministre des Solidarités et de la Santé en juillet 2020, Jérôme GUEDJ, député et conseiller départemental de Massy, préconisait d'« inscrire la dimension de lutte contre l'isolement dans la mission des professionnels ». Il propose d'inclure « la lutte contre l'isolement comme un objectif essentiel des établissements dans les CPOM, dans les référentiels de compétence des métiers et dans les outils d'évaluation interne et externe des établissements, et [de] les décliner dans le projet d'établissement et dans le projet de vie du résident, à travers des critères qualitatifs. »



Déjà en 1961...

Des établissements ouverts sur l'extérieur ? Déjà, en 1961, le rapport de la Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre LAROQUE, haut fonctionnaire initiateur de la Sécurité sociale de 1945, soulignait :

« Il ne faut pas dissimuler que le placement collectif de certains vieillards, physiquement ou psychologiquement incapables de mener une vie indépendante, continuera de s'imposer. Du moins convient-il de faire en sorte que, tant sur le plan de l'équipement que sur celui de l'organisation de la vie quotidienne, les organismes chargés de les accueillir soient adaptés à leur état et qu'y soit ménagée la possibilité, pour les vieillards ainsi placés, de garder le plus de contacts possible avec l'extérieur. [...] Ainsi, tout en évitant de faire naître, chez les vieillards, un sentiment de dépendance, pourra-t-on respecter le besoin qu'ils éprouvent de conserver leur place dans une société normale, d'être mêlés constamment à des adultes et à des enfants⁶⁶. »

⁶⁶ Cité dans BONNE Bernard et MEUNIER Michelle, *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !*, op. cit.

Le choix du lieu d'implantation de l'Ehpad et de sa conception est fondamental. En Seine-Maritime, le Village des Aubépins, à Maromme, commune de 11 000 habitants dans la métropole de Rouen, est situé en plein cœur de ville. Cet Ehpad ouvert sur la cité accueille 80 résidents. Il dispose de quatre places d'hébergement temporaire, cinq places d'accueil de jour et une place d'accueil de nuit. Inauguré en 2013, il se veut un lieu de vie convivial. Le rez-de-chaussée accueille un restaurant et des commerces (atelier de couture, salon de coiffure, cabinet d'esthéticienne) ouverts sur la ville autour d'un patio extérieur. La fréquentation des boutiques de la galerie relève à 75 % des personnes extérieures à la résidence et à 25 % des résidents. Les étages supérieurs sont réservés aux logements des résidents. En 2014, l'établissement a reçu le prix « Lieux de vie collectifs et autonomie », décerné par la CNSA.

La conception d'un établissement peut favoriser des pratiques intergénérationnelles. À Saint-Maur-des-Fossés (75 000 habitants, Val-de-Marne), l'établissement Résidence de l'Abbaye comporte un Ehpad et une crèche. À Barlin (7 540 habitants, Pas-de-Calais), deux classes de maternelle doivent ouvrir leurs portes, en janvier 2023, au cœur de l'Ehpad Les Charmilles où vivent aujourd'hui près de 80 résidents. Les élus locaux se sont inspirés d'une initiative réussie à Seattle, où 400 personnes âgées partagent leur quotidien avec des enfants âgés de trois à cinq ans depuis 2015⁶⁷.



La ville inclusive

Qu'est-ce qu'une ville inclusive ? À la différence des politiques d'intégration qui ont pour but de ramener dans la norme des citoyens qui en seraient exclus, la politique inclusive ne fait pas de différence, la norme est élargie à tous. La ville inclusive se donne les moyens de respecter les droits et devoirs de chacun dans l'environnement urbain et d'offrir à tous des modes de vie équitables.

Dans une société inclusive, chacun a sa place, tout le monde est normal ! C'est l'environnement urbain qui doit être conçu pour tous et changer pour devenir accessible en prenant en compte l'élargissement de la norme. Dès lors, le handicap n'est plus considéré comme l'attribut d'une personne, mais comme le résultat de limitations d'activité, telle la difficulté à faire certaines choses, et de comportements discriminatoires. Cela peut sembler un peu théorique ; néanmoins, le sociologue Charles GARDOU, spécialiste du handicap, a bien décrit cette société inclusive⁶⁸ en la fondant sur quelques principes qu'il

⁶⁷ Découvrir l'initiative de Seattle en vidéo : « Présent parfait, une maternelle dans une maison de retraite », PositivR, juin 2015, <https://positivr.fr/maison-retraite-ecole-maternelle/>

⁶⁸ GARDOU Charles, *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Toulouse, Érès (coll. « Connaissances de la diversité »), 2012.

appelle des « arcs-boutants ». *« L'exclusivité de la norme, c'est personne ; la diversité, c'est tout le monde. Nul n'a l'exclusivité du patrimoine humain et social. Il n'y a ni vie minuscule, ni vie majuscule. Tout être est né pour l'équité et la liberté. »* Dans une ville inclusive, aucune catégorie d'habitants n'est exclue de l'accès aux services essentiels et du développement urbain.

(Source : La France des possibles, Jean DUMONTEIL, Fayard, 2020)

b. À la croisée des politiques publiques locales

Pour Joël, directeur de CCAS d'une ville de 17 000 habitants, *« il faut penser le grand âge dans l'aménagement de la ville, dans la promotion immobilière en faisant de la place pour des logements adaptés et renforcer les partenariats avec d'autres prestataires du domicile pour un parcours de soins à domicile global et coordonné. »* Il propose aussi de travailler sur les aidants et de mobiliser le bénévolat citoyen pour lutter contre l'isolement.

Aurélié, cheffe des services de soutien à domicile au CCAS d'une grande ville, remarque que *« la coordination avec d'autres services reste encore insuffisante. On nous dit : "Vous vous occupez des seniors, mais ce n'est pas notre champ d'action", alors que, bien sûr, les domaines de l'habitat ou de l'urbanisme ne sont pas étrangers à cela. »* Pour elle, *« c'est le problème des grandes villes : quand on n'est plus à taille humaine, on est forcément en silos. C'est plus facile quand les gens se connaissent. »*

Pourtant, des initiatives inspirantes ont été lancées. Depuis très longtemps, à Clermont-Ferrand, les médiathèques et le CCAS ont mis sur pied un service de prêt de livres avec un réseau de portage à domicile. Depuis 2018, le CCAS de Montpellier propose à des étudiants des colocations dans ses établissements. En échange de loyers très modérés, les étudiants donnent de leur temps bénévolement, à hauteur de trois heures par semaine. Pour les élus, le projet global était d'ouvrir l'Ehpad à la vie de quartier, qu'il soit un lieu de vie comme peut l'être une maison pour tous. À Bioule (1 200 habitants, Tarn-et-Garonne), la cantine scolaire est ouverte aux anciens de plus de 75 ans. Douze places leur sont réservées chaque jour durant l'année scolaire. Le déjeuner est devenu l'animation de leur journée. Depuis, de nombreuses communes suivent cet exemple.

La directrice de l'inspirante résidence Kersalic, l'Ehpad public de Guingamp témoigne : *« J'ai la chance d'avoir eu des politiques, et [en l'occurrence] un maire, M. LE GOFF qui m'a laissée faire⁶⁹. »* Or pour elle, ce modèle d'établissement

⁶⁹ BERTRAND Philippe, « À Guingamp une résidence pour personnes âgées aux méthodes innovantes et bienveillantes - Carnets de campagne », *France Inter, op. cit.*

inclusif, organisé autour du rythme, des envies et des besoins des habitants est « possible partout. Il faut une envie collective et une bonne valorisation des compétences des professionnels, mais aussi des capacités des habitants. Quand une personne âgée arrive, nous ne listons pas ce qu'il ne sait plus faire, mais ce qu'il est encore capable de faire. Ils sont venus habiter ici pour leur fin de vie, mais ils ont encore plein de belles choses à vivre et à apporter. » À noter, dans le cadre de l'appel à candidatures « Un tiers lieu dans mon Ehpad » lancé par la CNSA, des travaux sont prévus fin 2022 pour aménager un pressing, un salon de coiffure, une quincaillerie, etc., ouverts à tous les Guingampais et au-delà.

C. Prendre soin des soignants

1. Qualité de vie au travail, qualité du travail

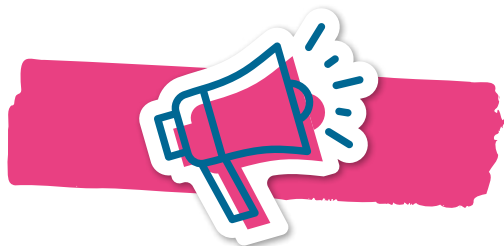
Et si la qualité de vie au travail, c'était d'abord redonner du sens au travail ? Toutes les initiatives inclusives, présentées précédemment, participent de cette revalorisation des métiers du grand âge et de ce nouveau souffle donné à l'exercice quotidien de l'activité professionnelle en collaborant avec d'autres acteurs professionnels, en étant au contact d'autres publics et surtout, en resserrant le lien avec les seniors.

Souvent, on se focalise trop sur la technique professionnelle aux dépens du lien avec le bénéficiaire. « Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le point d'appui le plus originel de la pratique soignante n'est pas l'exactitude technique, mais la vérité et la culture du sujet », écrit Bruno DALLAPORTA, médecin néphrologue, qui a beaucoup travaillé sur les questions d'éthique et de qualité des relations humaines⁷⁰.

Dans l'Ehpad qu'elle dirige, Chantal a privilégié des « formations hors des sentiers battus pour en finir avec l'aide-soignante "aide-toilette" ». Son objectif est de « réenchanter le travail pour introduire une autre façon d'exercer son métier et travailler la cohésion d'équipe, quel que soit le métier. » Ses objectifs : qualité de vie au travail et bientraitance. C'est ainsi que la totalité des 46 salariés de l'Ehpad ont suivi des formations au « rire médecin » (démarche conviviale qui associe au soin l'intervention distanciée gérant l'émotion) et que six aides-soignants ont été formés au « clown relationnel » pour pratiquer « l'animation-soin ».

Ces formations portent leurs fruits. La réputation de l'établissement auprès des professionnels du grand âge sur le bassin d'emplois fait qu'il n'y a « aucun poste vacant, aucun absentéisme, aucune difficulté à recruter des remplaçants lors

⁷⁰ DALLAPORTA Bruno, *Prendre soin du prochain, prendre soin du lointain*, Montrouge, Bayard, 2021.



« Même si le salaire aide,
face à la démotivation
et à l'absentéisme,
c'est d'abord
le management qui fait
la différence. »

Chantal, directrice d'un Ehpad

des congés maternités, par exemple. Les candidats sont même trop nombreux ! » se félicite la directrice. Celle-ci ajoute que la raison de ce résultat positif « ne relève pas de la rémunération qui est la même qu'ailleurs. Elle tient uniquement à l'esprit d'équipe et à la façon de faire le soin différemment. Même si le salaire aide, face à la démotivation et à l'absentéisme, c'est d'abord le management qui fait la différence. On ne peut plus faire comme avant, il faut être plus inventif, plus innovant. » Parfois, en allant chercher des formations en dehors des circuits institutionnels.

Chantal insiste aussi sur l'importance du collectif de travail. Tout le personnel a bénéficié de cette formation originale. « Dans notre secteur, les personnels sont très affectifs et la notion d'équipe compte. Aujourd'hui, ils sont souvent démotivés à cause du manque de temps autour des soins, du management vertical qui n'écoute pas l'humain. » Des temps de réunion quotidiens sont proposés pour parler de tout, tous métiers confondus, administratifs et cuisiniers compris s'ils le souhaitent. Toute modification de l'organisation du travail est d'abord discutée et testée sur une à trois semaines, puis évaluée avant d'être entérinée ou non. Les cycles de travail ont été révisés avec les salariés qui ont une amplitude de travail de 10 heures depuis 2018. « Ce cycle n'est pas générateur de fatigue car ce ne sont pas des toilettes non-stop, mais des tâches différentes tout au long de la journée. C'est la répétition qui est fatigante, pas le temps passé », explique Chantal.

a. L'importance de partager

Prendre soin des soignants consiste d'abord à soigner le collectif, créer un esprit d'équipe et partager la pratique. Ce volontarisme politique et budgétaire est à la charge des structures employeuses dans la mesure où les organismes de tutelle ne financent que les temps d'intervention auprès des personnes âgées. Les réunions de service, très utiles en établissement, sont indispensables pour les professionnels qui interviennent isolément à domicile. Aurélie, aide à domicile, apprécie de participer à l'atelier mensuel d'analyse de la pratique qui réunit un groupe de 10 aides à domicile et auxiliaires de vie sociale avec une infirmière. « À partir d'expériences vécues, ça permet d'anticiper des situations à venir. Faut-il prendre dans sa voiture un résident désorienté retrouvé en train de déambuler dans la rue ? Comment lever une personne qui ne le veut pas sans pour autant la brusquer ? » L'analyse de la pratique permet aussi de « débriefier » avec les collègues sur des situations compliquées, de trouver ensemble des solutions ou, tout simplement, de souffler et d'évacuer la tension après des épisodes éprouvants, comme les décès de personnes avec lesquelles des liens anciens et forts s'étaient noués.

Au-delà des mots et des maux partagés, souder une équipe, c'est aussi rassembler autour des mêmes valeurs et des mêmes pratiques. Tel est le travail de fond mené autour de la qualité de vie au travail pour de plus en plus d'équipes de direction des établissements et des services. Pour ce faire,

nombre de CCAS recourent à la méthode Humanitude, présentée plus haut, le plus souvent après le recrutement d'un responsable pour piloter la diffusion de cette culture commune et l'harmonisation des pratiques.

Suzanne, aide-soignante en résidence autonomie, fait partie de ceux qui ont suivi cette formation comme tous les agents des établissements pour personnes âgées de sa ville. Ainsi, « *on peut tous travailler dans le même sens, quelle que soit notre fonction. Cela crée un vrai travail d'équipe qui va au-delà du seul établissement dans lequel on travaille. Chaque professionnel utilise la même méthode et la même façon d'être pour chaque résident.* » Humanitude est centrée sur les personnes. Pour Suzanne, cela a constitué un progrès décisif. « *Cela nous aide à faire mieux, à préférer certains gestes à d'autres qui pourraient être, à notre insu, mal perçus par le résident.* » Sa collègue, Edwina, agent d'hébergement, estime que cette formation « *permet de travailler tous ensemble dans le même sens* ». À noter, dans le cadre d'Humanitude, une formation de « *manutention relationnelle* » a été dispensée étendant la méthode à la prévention des risques musculo-squelettiques.

b. Des agents pleinement associés

Parce que la qualité de vie au travail passe aussi par un environnement adapté, il est indispensable de penser à ceux qui vont y exercer, dès la construction des Ehpad et la conception des équipements, voire de les intégrer dans la démarche. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), au travers de son Fonds national de prévention, a ainsi mené un projet de recherche-action sur l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction et/ou de rénovation d'Ehpad. À partir de ce projet, la CNRACL a produit un guide⁷¹ très pédagogique avec des fiches pratiques « *alternant éclairage d'experts, retours d'expérience et témoignages, et proposant outils et conseils pour y associer le collectif de travail, dans une logique participative.* »

Cette logique participative ne doit pas se limiter à l'architecture. Dans sa contribution au think tank Matières grises⁷², Lise BURGADE, spécialiste du design social (méthode innovante et collaborative d'élaboration de politiques publiques pour repenser les usages, s'inspirant du design industriel qui allie esthétique et utilité) et directrice du cabinet de conseil Open Communities, invite au développement de la « *symétrie des attentions, qui repose sur le postulat qu'il est plus facile de donner aux autres (les personnes accompagnées) [que] ce*

⁷¹ *Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD*, CNRACL – Caisse des dépôts, février 2021.

⁷² BROUSSY Luc, GUEDJ Jérôme, KUHN-LAFONT Anna, *L'Ehpad du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle*, Matières grises, mai 2021.

que l'on [se] donne à [s]oi-même (professionnel en Ehpad). Autrement dit : si l'on demande aux équipes de valoriser les capacités et l'autonomie de décision des personnes, de respecter l'individualité et la sensibilité propre à chacune d'elles, il faut s'interroger sur la façon dont le climat et les pratiques managériales incarnent ces postures. »

Qualité des soins pour les résidents et qualité de vie au travail ? Des chercheurs en psychologie du travail, sous la direction d'Yves CLOT, ont mené une action dans un Ehpad public normand sur plusieurs années. Ils concluent que « *la qualité de la vie au travail dépend de la qualité du travail tout court*⁷³ ». Le manque d'effectifs conduisait les professionnels à « *faire à la place des résidents* ». Cette pratique allait à l'encontre de la qualité de leur travail, qui vise en premier lieu à préserver la part d'autonomie de chaque résident.

À partir d'un travail filmé sur des séquences d'activités, telles que la préparation et la distribution du petit déjeuner, la toilette ou le dîner, les pratiques ont pu s'améliorer. « *Agir sur les problèmes concrets "avec" les professionnels et l'encadrement et non pas "pour" les professionnels... Nous permettons à la direction, en comité de suivi, de poser un autre regard sur le métier et son devenir concret* », expliquent les chercheurs. En autoconfrontations et/ou comités de suivi, différents problèmes concrets ont pu être traités, comme la gestion des plannings, la répartition des effectifs, l'acquisition de matériel adapté, l'agencement des locaux, la consistance et la température des repas, les définitions du soin et d'un lieu de vie, l'utilité du port d'une tenue professionnelle ou encore, le remplacement des agents pendant les congés d'été.

Les chercheurs ont montré qu'il ne fallait pas craindre la confrontation. « *La violence se niche là où ceux qui dirigent ne la voient guère et où ceux qui sont "au front" la subissent en silence.* »

En conclusion, « ***la ligne hiérarchique ne perd rien – si c'est le souci d'efficacité qui la guide – à instituer l'initiative des agents "de terrain" sur l'agenda organisationnel.*** En renonçant à son monopole sur cet agenda, elle permet d'abord aux professionnelles qui sont aux "avant-postes" de la qualité du travail de devenir – d'abord réunies entre elles sans hiérarchie – des "forces de rappel" : non pas pour "faire remonter" les problèmes à résoudre, mais pour faire descendre l'organisation sur de possibles solutions circonstanciées à ces problèmes. » Et d'ajouter : « *L'attractivité ne pouvait pas se construire du dehors, sans parier sur [la] propre initiative [des agents] pour « refaire leur métier » à partir de l'expérience accumulée.* »

⁷³ CLOT Yves, BONNEFOND Jean-Yves, BONNEMAIN Antoine, ZITTOUN Mylène, *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*, Paris, La Découverte (coll. « Sciences humaines »), 2021.

2. Les enseignements de nos voisins européens ou plus lointains

Comment font des pays comparables à la France face au vieillissement de leur population ? Il ne s'agit pas de faire une analyse comparative des politiques publiques du grand âge, mais de nous pencher sur les métiers et les dispositifs qui les organisent. Il s'agit de repérer ici des solutions innovantes qui pourraient inspirer de nouvelles pratiques et de nouveaux métiers.

Le ratio soignants-résidents régulièrement cité est en défaveur de la France, en comparaison avec ses voisins. Ainsi, on oppose généralement le ratio français de 0,6 agent pour un résident (comprenant les fonctions support), au ratio de 1 à 1,2 agent en Suisse, en Allemagne ou au Danemark, soit le double dans des structures comparables.

a. Domicile contre établissements

La différence porte surtout sur l'importance des établissements par rapport au maintien à domicile. Dans leur rapport sénatorial⁷⁴, Bernard BONNE et Michelle MEUNIER ont montré qu'« avec 21 % des personnes de plus de 85 ans en Ehpad, la France est l'un des pays d'Europe qui affiche l'un des plus forts taux d'institutionnalisation. Celui-ci est sensiblement plus faible dans les pays du nord de l'Europe comme la Suède, le Danemark, la Finlande ou le Royaume-Uni, où il atteint respectivement 14 %, 11 %, 8 % et 16 %, mais aussi dans certains pays du Sud puisqu'il atteint 5 % en Italie et 8 % en Espagne, ou même dans certains pays de l'Est : il n'est que de 11 % en Hongrie, 12 % en République tchèque, et 3 % en Pologne. »

Les deux sénateurs en ont tiré la conclusion drastique qu'« un objectif d'arrêt de construction de places en Ehpad dans les prochaines années est parfaitement réaliste, à condition de développer les autres formes de domicile et d'encourager l'évolution positive de l'espérance de vie en bonne santé en se dotant d'une véritable politique de prévention. » Bernard BONNE précise que « les Danois ont pris une telle décision... en 1987 ! » De sorte que la politique publique de l'autonomie se concentre sur le développement des services à domicile, avec un accent sur l'attractivité des métiers et les innovations managériales. Dans les Ehpad existants, il s'agit d'améliorer la qualité de vie des résidents et la qualité de vie au travail des agents, en termes de cadence et d'encadrement notamment.

b. Les communes au centre des dispositifs

Dans les pays de l'Europe scandinave, si les orientations budgétaires et réglementaires sont décidées au plan national ou régional, les municipalités sont pleinement responsables de l'organisation et de la fourniture des soins.

⁷⁴ BONNE Bernard et MEUNIER Michelle, *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !*, op. cit.

En Suède, les communes sont seules responsables de l'évaluation du besoin de la personne, du service des prestations, du pilotage de l'ensemble de l'offre médico-sociale. La majorité des services et établissements pour personnes âgées en perte d'autonomie est constituée des services communaux, financés par l'impôt municipal.

L'originalité suédoise tient surtout à la prise en compte de la préservation de la liberté de la personne âgée. Ainsi, le personnel n'entre pas dans la chambre d'un résident sans frapper à la porte au préalable. Pour les établissements, les structures de petite taille, dans lesquelles les résidents installent leur propre mobilier, sont privilégiées. De plus, la loi impose de définir pour chaque résident son projet de vie individualisé en établissement. De sorte que les professionnels du care suédois ne se substituent pas à la personne, mais l'accompagnent dans la réalisation des gestes quotidiens, « *les mains dans le dos* », selon l'expression consacrée. Le concept central de cette approche est la *meaningfulness*, la « faculté de donner du sens⁷⁵. »

Pour sa part, le Danemark a choisi de professionnaliser la coordination et le suivi des parcours (*care assessor* et *care manager*) :

- **Le *care assessor*** (évaluateur des soins) est un agent communal qui coordonne les équipes médico-sociales chargées d'évaluer la perte d'autonomie. Il participe à l'élaboration du plan d'aide (rôle proche des équipes départementales en France). Cette fonction est accessible sous conditions d'ancienneté et de spécialisation médico-sociale (ancienneté entre trois et sept ans dans le soutien à domicile des personnes âgées).
- **Le *care manager*** (gestionnaire des soins), lui aussi agent communal, suit le parcours des personnes âgées dans le double but de leur permettre de s'adapter à l'évolution de leur dépendance et de leur faire regagner de l'autonomie. À ce titre, il est responsable de la coordination des intervenants au domicile.

Ce réseau de coordinateurs assure une interface unique avec les personnes aidées et leur famille.

c. Le domicile autrement

La nouvelle approche des Pays-Bas est également très instructive. Le pays a fait sa révolution des maisons de retraite en 2013 en décidant de mettre fin à cette forme d'hébergement au profit du maintien à domicile et de petites structures collectives sous la forme du béguinage, reprenant ainsi l'appellation d'un mode de vie communautaire autrefois répandu en Flandres et dans les Provinces-Unies.

⁷⁵ Source : annexe au rapport LIBAULT Dominique, *Concertation grand âge et autonomie, op. cit.*



Les professionnels du *care*
suédois ne se substituent
pas à la personne, mais
l'accompagnent dans la
réalisation des gestes
quotidiens, « *les mains*
***dans le dos* »**, selon
l'expression consacrée.

En ce qui concerne le maintien à domicile, ce pays a été très innovant en développant le modèle *Buurtzorg* (soins de quartier), inventé en 2007 par Jos DE BLOK avec une équipe de quatre infirmières et un ami informaticien. Le dispositif repose sur des équipes de six à douze infirmiers, sans responsable, prenant en charge jusqu'à 60 patients. Ce modèle de management induit des décisions collégiales et la gestion par l'équipe de l'emploi du temps et des recrutements. Selon une étude de Ernst and Young de 2009, relayée dans un rapport de la Cour des comptes, ce modèle, performant économiquement, renforce la satisfaction des professionnels et réduit les problèmes d'absentéisme et de turn-over. « *Deux conditions semblent déterminantes pour son bon fonctionnement, l'optimisation des temps de déplacement par la délimitation de la zone géographique d'intervention et l'organisation des différents temps d'accompagnement avec la fixation d'un objectif de productivité tel que 60 % du temps de travail infirmier passé auprès des patients (a contrario, les infirmiers accordent 40 % de leur temps à des tâches de gestion et de coordination)* ». En France, les « *équipes autonomes* » se développent, clairement inspirées par le modèle hollandais. Celles-ci gèrent les plannings et les remplacements de manière concertée et indépendante. Chaque membre est référent de plusieurs bénéficiaires. De plus, en cas d'absence d'un intervenant, son remplaçant est forcément un membre de l'équipe, déjà connu de la personne accompagnée.

Les Pays-Bas sont à l'origine d'une autre grande innovation : le concept Hogeweyk, traduit en français par l'appellation village Alzheimer. Créé à Weesp, une commune de la banlieue d'Amsterdam, ce village est une extension du centre de soins Hogeweyk, d'où le jeu de mots, *weyk* ou *wijk* désignant un village ou un hameau en néerlandais. La structure accueille 150 personnes réparties dans 23 maisons de six ou sept résidents regroupés par affinité de mode de vie et de goût. À partir des maisons d'accueil, sept modes de vie sont proposés (urbain, artisanal, indonésien, familial, bourgeois, traditionnel et chrétien) pour organiser des activités. La description qui en est faite sur le site Internet des infirmiers libéraux « *La seringue atomique* » montre qu'on est loin des Ehpad traditionnels. « *Les résidents, assistés du personnel, gèrent les tâches ménagères ou les courses. Ils peuvent se promener librement dans le village où l'on trouve des rues, des places, des jardins, un supermarché, un restaurant, un bar, un théâtre, un bureau de poste ou un salon de coiffure, etc. La vie à Hogeweyk donne le sentiment de mener une vie normale, offre la sécurité et une grande autonomie aux patients atteints de démence. Le personnel de Hogeweyk est formé pour mettre l'accent sur les capacités cognitives des résidents. 200 personnes travaillent dans ce village un peu particulier soit un ratio de 1,3 soignant par résident.* »⁷⁶ »

⁷⁶ « *Démencia Village, un lieu hors du temps !* », *La seringue atomique*, 13 février 2019.

Un même souffle anime la résidence Kersalic à Guingamp. Cet Ehpad public a commencé sa mue en 2015. Il est à présent organisé comme une commune avec un bourg, une mairie, dont la maire est la directrice, un bistro, une brasserie et une Poste. Ici, les résidents sont des habitants et peuvent participer à la vie de la communauté selon leurs capacités. Par exemple, le facteur est l'un d'eux.

« Soixante-quinze pour cent de nos habitants ont un trouble cognitif majeur. Ils ne sont plus dans notre monde, ni dans notre temporalité. À nous de nous mettre à leur portée et de mettre du sens dans notre organisation et notre pratique quotidienne. Le matin, nous ne savons pas par quoi nous allons commencer, mais ce n'est pas grave car nous sommes là avant tout pour eux⁷⁷. »

Corinne ANTOINE-GUILLAUME, directrice de la résidence Kersalic à Guingamp.

L'entrée de Kersalic arbore symboliquement cinq horloges pour rappeler qu'ici l'heure ne compte pas, malgré les protestations des familles, parfois. *« "Je viens voir maman à midi, il faut qu'elle soit habillée [...], je paie, c'est comme ça." Oui, mais elle n'a pas envie d'être habillée à midi. Les familles doivent apprendre à lâcher prise et à avoir confiance. À nous de leur montrer que, dans sa journée, elle aura vécu d'autres choses que d'être lavée. Ce lavage m'insupporte. Aujourd'hui, on continue à cantonner les aides-soignantes à la toilette alors qu'elles ont tellement de compétences ! À Kersalic, nous sommes tous pluridisciplinaires. Le cuisinier peut vivre la vie d'un aide-soignant, il m'arrive de servir à la brasserie, etc. »*, poursuit-elle.

Le coût par personne est le même que celui d'un établissement classique. *« J'ai le même ratio de personnel et la même typologie d'habitants. Grâce à la réorganisation, nous ne dépassons pas le budget. Et les quelques économies réalisées sont utilisées pour leur donner plus de plaisir au quotidien. »*



Le village Alzheimer, de Weesp à Dax

Le modèle Hogeweyk a inspiré la création du Village landais Alzheimer dans l'agglomération de Dax, par le conseil départemental des Landes, avec le soutien de la Caisse des dépôts et des partenaires mutualistes et associatifs. Cent vingt personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées y sont accueillies à différents stades d'évolution de leur maladie. L'encadrement se compose d'un personnel pluridisciplinaire et polyvalent (médecins, infirmiers, assistants en soins gériatriques, psychologue, ergothérapeute, psychomotricienne, animateurs, etc.),

⁷⁷ BERTRAND Philippe, « À Guingamp une résidence pour personnes âgées aux méthodes innovantes et bienveillantes - Carnets de campagne », *France Inter*, op. cit.

d'un personnel administratif et de services généraux (restauration, entretien). Au total, 120 professionnels (équivalent temps plein) évoluent sur le site.

Complémentaires de ces derniers, les bénévoles font partie intégrante du projet. Ils participent à l'innovation thérapeutique du projet en apportant leur contribution : concert à l'auditorium, peinture en salle d'activité, lecture à la médiathèque, par exemple.

Dans cette structure semi-ouverte, entourée de murs discrets cachés par des revêtements en bois, aménagée dans un parc de cinq hectares avec étang, ânes, potager et poulailler, les familles peuvent venir n'importe quand et sont invitées à passer du temps sur place par la présence d'une cafétéria, de jeux pour enfants ou encore, de studios à louer.

d. Des politiques de recrutement bien cadrées

Tous les pays européens ont en commun l'accroissement de la pénurie de personnel et la sociologie des métiers occupés par des femmes issues de l'immigration. Pour faire face à la pénurie, l'Allemagne table explicitement sur sa politique migratoire en favorisant des accords bilatéraux, par exemple, avec la Bosnie-Herzégovine, la Serbie et les Philippines, pour le recrutement de personnel de soins. En Suède aussi, les difficultés de recrutement ont pu être en partie surmontées grâce au recrutement massif d'employés issus de l'immigration, à travers un partenariat efficace entre les municipalités et le service public de l'emploi suédois. Toutefois, l'arrivée de professionnels maîtrisant mal la langue suédoise a été l'objet de vifs débats et de controverses. La priorité a donc été donnée à la formation linguistique pour mieux communiquer avec les personnes âgées et à la formation professionnelle pour un meilleur accompagnement des bénéficiaires.

L'archétype du pays développé vieillissant reste le Japon. Comme le rappelle la psychologue Marie DE HENNEZEL⁷⁸, spécialiste de la fin de vie, « *les personnes âgées au Japon bénéficient d'une image positive, ce qui n'est pas le cas dans nos pays occidentaux. À Okinawa, on considère les centenaires comme des "trésors et des porte-bonheur". La personne âgée est respectée, honorée.* » Pour lutter contre l'isolement, les Japonais ont développé des réseaux de solidarité, baptisés Moai. « *Il s'agit de petites communautés d'amis qui s'engagent à se soutenir psychologiquement, spirituellement et financièrement. Cette forme de solidarité est très répandue dans la population âgée. On n'abandonne pas un voisin, une voisine, âgé, malade, vulnérable, ou pauvre. Dans certains Moai, on va jusqu'à mutualiser les moyens financiers* », décrit-elle.

⁷⁸ DE HENNEZEL Marie, « Bien vieillir au Japon », *Audiens le média*, 9 juillet 2020.

Pour faire face à la dépendance, le Japon a créé en 2000 un système d'assurance, le Kaigo Hoken, géré par les municipalités et financé en partie par des cotisations payées par chaque citoyen japonais à partir de 40 ans. **Toute personne dépendante bénéficie d'une évaluation effectuée par les services municipaux, en lien avec un care manager qui lui a été affecté.** L'assuré bénéficie de prestations correspondant à un panier d'offres (installation d'équipements à domicile, aides-soignants à domicile, séjour temporaire ou permanent en établissement, etc.) qui sont plafonnées selon le niveau de dépendance. L'essentiel des prestations est ensuite assuré par des entreprises privées⁷⁹.

Comme partout ailleurs, au Japon, les besoins en personnel explosent avec le vieillissement croissant de la population. « *Nous aurons besoin d'environ un million de professionnels supplémentaires d'ici 2025* », indiquait Shinsuke MURANO, premier secrétaire à l'ambassade du Japon à Paris, dans un entretien à *La Gazette Santé-Social*⁸⁰. L'attractivité des métiers est donc devenue une priorité. Depuis 2008, le 11 novembre est décrété Jour du soin. À cette occasion, les municipalités organisent des actions de sensibilisation aux métiers du soin. Le turn-over des salariés est très élevé. Ainsi, depuis 2012, des subventions sont attribuées aux établissements et services proportionnellement à leur effort pour augmenter les salaires et lutter contre la pénibilité du travail. Parallèlement, les pouvoirs publics encouragent la recherche et le développement industriel de solutions robotiques renforçant les capacités physiques et mentales des personnes âgées (wagon thérapeutique, *Tovertafel* ou table magique, casques virtuels, etc.).

3. Les nouvelles technologies au service du grand âge ?

Assurément, les solutions numériques suscitent une forte attente chez les professionnels. Comme l'indique Chantal, directrice d'Ehpad, « *le champ du grand âge est en pleine mutation à l'heure où les financements se réduisent et où nombre d'emplois sont non pourvus. Il faut réinsuffler du sens, repenser le métier et les nouvelles technologies peuvent nous y aider.* »

Le numérique peut pallier les problématiques de lutte contre l'isolement et apporter une meilleure communication avec les familles. Dans les Ehpad, la pandémie a favorisé le développement rapide de la communication digitale. Les établissements se sont appuyés sur les réseaux sociaux et les outils de

⁷⁹ *La prise en charge de la dépendance et la prévention de la perte d'autonomie au Japon. Regards croisés avec la France*, Audition de MM. HORIUCHI et KUNISHIRO de l'Ambassade du Japon en France par le Groupe d'étude Prévention Santé de l'Assemblée nationale, juillet 2019.

⁸⁰ LAY Émilie, « Vu d'ailleurs : le Japon, à la pointe d'une politique incitative globale », *La Gazette des communes*, 15 mai 2014.

visioconférence pour permettre aux résidents de communiquer avec leurs familles, même si cela exige un accompagnement des résidents. De façon générale, de plus en plus d'établissements souhaitent mieux communiquer en donnant aux familles accès, de manière transparente et simple, aux informations concernant leurs parents. Cette diffusion plus fluide de l'information permet de dynamiser les conseils de la vie sociale des Ehpad, instances élues représentant l'ensemble des personnes vivant, travaillant ou participant à la vie des établissements, ainsi que la communication avec les équipes de professionnels. De plus, le portail Internet ViaTrajectoire⁸¹, service public gratuit et sécurisé, propose une aide à l'orientation personnalisée. Développé en partenariat par les agences régionales de santé, les conseils régionaux et départementaux, il aide à la gestion des attentes et places disponibles et permet de faire les demandes d'admission en ligne.

Pour les services à domicile, l'utilisation de smartphones professionnels facilite la gestion des plannings et des tournées. Le système agrège tous les intervenants médicaux et sociaux dans un annuaire commun qui permet les échanges d'information sur l'état du bénéficiaire, les points d'alerte ou les tâches réalisées, et fournit des fiches pratiques pour faire face à diverses situations.

Le secteur du grand âge n'est pas en retard par rapport au reste de la société. À présent, il s'agit d'aller plus loin en anticipant de nouvelles solutions. Dans ce but, le premier *living lab* français d'intelligence artificielle dédié à la santé, « Usetech' Lab », a été créé par le Groupe VYV (VYV 3 Centre-Val de Loire) avec le CHRU de Tours.

Un *living lab* (laboratoire vivant) est une démarche d'innovation participative incluant les utilisateurs. Ici, il s'agit de pointer quelles transformations des organisations, quelles nouvelles offres et quelles mutations des métiers seront induites par les nouvelles technologies dans les métiers de la santé. « *Alors que les technologies percutent les métiers de la santé et leur organisation, des glissements de tâches se produisent ; de nouvelles missions apparaissent et bousculent les organisations, les formations sont à réorienter, etc. Les relations sociales entre les professionnels et la capacité des différents métiers à interagir au service du patient sont à repenser et à reconstruire* »⁸², explique-t-on.

Plusieurs expériences sont en cours avec l'introduction de nouveaux outils en établissement et le suivi du processus d'appropriation. Ainsi, à la résidence autonomie de Saint-Cyr-sur-Loire (16 500 habitants, Indre-et-Loire), on travaille depuis avril 2019 sur le maintien et développement de l'autonomie

⁸¹ *ViaTrajectoire*, <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire>

⁸² Dossier de presse de lancement de « Usetech' Lab » créé par le Groupe VYV et le CHRU de Tours.

de la personne âgée grâce à un diagnostic médical autoadministré par un robot incluant le suivi en Ssiad et les acteurs de santé de ville. À l'Ehpad de Beaune à Ballan-Miré (8 200 habitants, Indre-et-Loire), il est question de favoriser les interactions entre équipes, résidents et familles, de proposer aux résidents des simulations cognitives *via* un robot, et de mesurer les incidences organisationnelles, telles que la nécessité d'une formation des agents à l'utilisation et la médiation par les objets innovants. Sont étudiées l'intégration dans le parcours de soins et les procédures de travail, la libération de temps de travail ou, au contraire, la charge supplémentaire. L'objectif est de développer l'accessibilité du soin et de favoriser le suivi à distance par téléconsultations. Il s'agit également d'apporter une forme d'apaisement et de contribuer à une meilleure qualité de la relation entre les personnes âgées et les personnels, mais aussi avec la famille.

Il faut savoir que la télémédecine⁸³ a fait l'objet en 2017 d'un plan national prévoyant que 100 % des Ehpad y aient accès d'ici 2022. Cependant, l'investissement dans de tels équipements ne suffit pas, il faut surtout que les professionnels s'en servent. D'où l'intérêt de la recherche menée au sein du « Usetech' Lab » et de son espace de simulation qui permet l'expérimentation par différents professionnels et métiers des usages de technologies numériques. À terme, le *living lab* tend à développer des offres de formation continue pour l'ensemble des professionnels de santé.

Dans le cadre du programme Innov'Up Expérimentation Santé, initié par le Resah et le pôle de compétitivité Medicen Paris Région en janvier 2021, l'Ehpad privé Villa Borghese à Courbevoie expérimente une application de dictée vocale, créée par la start-up MobaSpace. Les données dictées par les équipes intervenant auprès des résidents, telles que les constantes, ainsi que celles enregistrées par les matériels médicaux connectés sont transmises en temps réel sur le logiciel de soin partagé par toute l'équipe de soin.

L'attente des professionnels est forte. Comme l'explique Ingrid, cheffe du service autonomie d'un CCAS, le développement du maintien à domicile appelle de nouvelles compétences. « *Nous aurons besoin, à temps plein, d'un professionnel technicien en domotique pour proposer aux usagers les aménagements possibles susceptibles de soulager le travail des aides à domicile et faire de ces aménagements une condition sine qua non de l'intervention des Saad.* »

⁸³ La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle a pour objectif d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie. Cinq catégories d'actes font partie de la télémédecine : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale.

Depuis quelques décennies, les équipements techniques se sont généralisés pour faciliter le travail des professionnels (lits à hauteur variable, lève-malades et verticalisateurs, chariots-douches, baignoires réglables, matériels de ménage). Mais la révolution numérique soulève de nouveaux espoirs que résume Marinette, directrice d'établissement. « *En soulageant les professionnels des tâches les plus ingrates, **la généralisation de robots donnera peut-être une nouvelle image au métier et redynamisera son attractivité à travers des missions plus sociales : animation, aide à la personne, etc.** L'utilisation de la donnée pourra aussi assurer une meilleure circulation de l'information entre les différents professionnels (domicile, établissement, hôpital), un exercice plus intéressant pour chacun et une meilleure continuité dans l'accompagnement et les soins.* »



CONCLUSION

Il ressort de ce micro tendu à ces agents, d'ordinaire silencieux et discrets, une multitude de leviers pour améliorer la reconnaissance donc l'attractivité des métiers du grand âge. Au regard de la grande complexité de ce secteur, en particulier en termes de gouvernance et de financement, les solutions semblent à portée de main des décideurs locaux et des managers.

En effet, dans un contexte budgétaire extrêmement contraint et soumis à une tutelle (simple ou double), il apparaît que le volontarisme politique et managérial peut changer la donne. Des exemples de terrain le montrent, tels les arbitrages en faveur d'un projet d'Ehpad inclusif ou d'un village Alzheimer ou encore lors des négociations serrées des CCAS dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) pour titulariser un quota d'agents.

À portée de main des agents également, pour peu qu'on leur laisse une marge de manœuvre pour s'exprimer, donner leur avis, proposer et travailler collectivement. À portée des territoires enfin, dans l'esprit d'un guichet unique conçu avec les forces en présence localement. Soit un décloisonnement propice à la mutualisation, aux passerelles professionnelles et *in fine* à la reconnaissance du rôle des agents du grand âge dans le parcours de soins de nos aînés.



SYNTHÈSE &

RECOMMANDATIONS

En 2021, la France comptait 1,4 million de personnes de 85 ans et plus ; en 2060, elles seront 5 millions. Aujourd'hui, 20 % de cette tranche d'âge est en perte d'autonomie. Selon les chiffres du ministère des Solidarités et de la Santé, le secteur du grand âge emploie 830 000 salariés en équivalent en temps plein.

Ces professionnels présentent une forte diversité de profils et de statuts : fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, contractuels, salariés de structures privées ou associatives. La moitié des Ehpad sont en gestion publique. Ces derniers se répartissent entre structures hospitalières et établissements gérés par les communes et les intercommunalités, *via* leur CCAS ou CIAS. L'organisation des services à domicile, quant à elle, mobilise de plus en plus le bloc communal.

La nomenclature des métiers territoriaux du CNFPT reflète également cette diversité et recense **une vingtaine de métiers en lien avec le grand âge** : des aides à domicile aux directeurs de CCAS, en passant par les aides médico-psychologiques, les infirmiers et les directeurs de foyers-logements.

Parmi les 1,9 million d'agents territoriaux, **56 000 agents territoriaux travaillent sur le strict champ d'activité du grand âge** (toutes structures et tous métiers confondus, y compris les métiers supports), dont 37 900 aides à domicile et 15 100 aides-soignants. Plus de neuf agents sur dix sont des femmes.

Les récents rapports gouvernementaux et parlementaires dressent un constat partagé sur la complexité du secteur du grand âge, les financements croisés entre conseils départementaux et agences régionales de santé, la diversité des acteurs et l'émiettement des statuts.

Méthodologie de l'étude

L'étude a la particularité de donner la parole aux agents territoriaux, notamment aux « invisibles » : **aides à domicile, aides-soignants (AS), auxiliaires de vie sociale (AVS), infirmiers.**

Ceux-ci constituent l'essentiel des métiers du grand âge, une population essentiellement féminine au statut souvent précaire, *a fortiori* dans les services à domicile. Des agents parfois en grande difficulté face aux sous-effectifs et à la dégradation de l'état de santé des bénéficiaires et des résidents.

Pour cette étude qualitative, 60 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'un échantillon significatif par sa variété :

- de structures : dans les **CCAS, Ehpad, résidences autonomie, services et soins à domicile**, notamment les futurs « **services autonomie à domicile** » prévus dans la LFSS 2022 et intégrant aide et soins,
- de métiers : auprès des emplois de direction et d'encadrement, aides à domicile, AVS, AS, infirmières, et aussi des animatrices, agents d'accueil, porteurs de repas, lingère, cuisinier, etc.,
- de territoires.

Les entretiens ont porté sur les pratiques des agents et leurs difficultés, mais aussi leurs motivations et leurs propositions pour mieux répondre aux défis du grand âge. Une série d'entretiens avec des experts et des personnes-ressources (CNFPT, centres de gestion, conseils départementaux, organisations syndicales, Groupe VYV, etc.) a complété cette enquête.

Profil des entretiens

40

AGENTS TERRITORIAUX :

18 CAT. A

12 CAT. B

10 CAT. C

13 EN EHPAD

12 EN SAAD

15 DANS LES AUTRES STRUCTURES



9

ÉLUS LOCAUX

11

EXPERTS



16

**DÉPARTEMENTS
COUVERTS**

A. La crise des métiers et des vocations

La crise sanitaire de la Covid-19 a révélé l'importance des métiers du grand âge, parfaite illustration des « premiers de corvée », qui prennent soin des plus vulnérables. Car, au-delà des prestations de soin, les métiers du grand âge s'imposent d'abord comme des métiers du lien social.

Toutefois, les difficultés structurelles du secteur étaient apparues bien avant, notamment le manque de personnels dans les Ehpad. Les études montraient déjà la détérioration des conditions de travail en établissement en raison de l'arrivée tardive de résidents de plus en plus dépendants et le développement de maladies neurodégénératives du type Alzheimer.

Le rapport de l'ancienne ministre du Travail Myriam EL KHOMRI, remis au gouvernement en octobre 2019, a confirmé le manque d'attractivité de ces métiers :

- en six ans, baisse de 25 % des candidatures aux concours d'accès aux professions d'aide-soignant et accompagnant éducatif et social,
- taux de pauvreté de 17,5 % chez les intervenants à domicile, contre 6,5 % pour l'ensemble des salariés,
- nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles trois fois supérieur à la moyenne nationale.

De l'absence de réforme structurelle découle une souffrance des professionnels, qui s'exprime à travers des mouvements sociaux ainsi que les problèmes de recrutement et de fidélisation rencontrés par les établissements et les structures employeurs, et peut se répercuter sur les bénéficiaires.

Recommandations

- > Donner la priorité à la « déprécarisation » des métiers : vagues de titularisation des CDD en fonction des budgets annuels ; revalorisation des rémunérations avec un alignement sur les avancées du Ségur de la santé ; prise en charge des frais kilométriques, des temps de déplacement, etc.
- > Encourager le regroupement entre employeurs pour assurer des emplois à temps plein et fidéliser les agents (exemple des groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification – GEIQ).
- > Pour les CCAS, supprimer le mécanisme lié à la taxe sur les salaires qui encourage le recours aux contrats courts.
- > Favoriser la montée en compétences des agents en systématisant les parcours de formation adaptés à l'évolution des métiers (spécialisation

dans les maladies cognitives, nouvelles formes de management, le Rire médecin, etc.) et en finançant la validation des acquis de l'expérience (pour le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale).

- > Renforcer les passerelles professionnelles pour faciliter la mobilité des agents entre Ehpad et domicile : stages découverte, postes en établissements ouverts en priorité aux auxiliaires de vie sociale (AVS), mutualisation des plannings des AVS et des infirmières (mi-temps à domicile et mi-temps en établissement).
- > Promouvoir les emplois à domicile auprès des hommes pour casser le stéréotype d'emplois supposés ménagers, donc féminins et mal rémunérés.

B. De l'utilité des métiers à l'usure des agents

Malgré les difficultés quotidiennes, les professionnels du grand âge se déclarent fiers de leur travail, sûrs de leur utilité sociale et des liens qu'ils tissent au fil des jours avec les bénéficiaires. L'épreuve des confinements et de la pandémie a renforcé ce sentiment d'utilité. Toutefois, après une mobilisation exceptionnelle, l'épuisement se fait jour.

Ces métiers sont très éprouvants, en premier lieu physiquement et en particulier du fait de l'urgence du quotidien, des amplitudes horaires et des temps de travail hachés. Malgré les équipements (lits médicalisés, lève-personnes, etc.), les gestes répétitifs de manipulation des personnes (leviers et aides à la toilette) sont facteurs d'usure professionnelle, imposant le plus souvent de penser des aménagements de fin de carrière.

Par ailleurs, la dégradation de l'état physique et mental des résidents des Ehpad induit l'évolution des métiers, ainsi que l'accroissement de la charge de travail des professionnels et de la pénibilité. Enfin, la charge émotionnelle et psychologique liée à la vieillesse et à la mort est forte et suppose un accompagnement approprié des équipes.

La crise a révélé un secteur fragile qui peine à recruter et à fidéliser les professionnels. Les absences non remplacées, faute de candidats, entraînent un glissement des tâches vers des personnels moins qualifiés et une surcharge de travail pour les agents présents. Près de la moitié des Ehpad font état de difficultés de recrutement, notamment des aides-soignants, qui s'expliquent par la précarité de ces métiers et les conditions de travail très contraignantes.

Recommandations

- > Développer une politique de prévention contre la pénibilité de ces métiers en soutenant les innovations technologiques telles que des dispositifs permettant d'alléger les charges et d'éviter les postures difficiles.
- > Au sein des collectivités locales, adopter des mesures de compensation tenant compte de la pénibilité des tâches : ouverture de droits de type allègement horaire sans baisse de salaire ou formations dans la perspective d'une reconversion professionnelle.
- > Adopter une organisation du travail plus souple et agile qui laisse la place à l'initiative, comme au plus fort de la crise sanitaire, pour répondre aux besoins des bénéficiaires (horaires élargis, couchers tardifs) et améliorer la qualité de vie au travail des agents.
 - Lutter contre l'absentéisme en tenant compte le plus possible des amplitudes horaires (par exemple, prise de poste à compter de midi si la tournée est assurée jusqu'à 23 heures pour les couchers tardifs), de l'âge des professionnels (aménagement en fin de carrière) et de leurs contraintes (familiales).
 - Repenser l'organisation du travail en revenant à un cycle hebdomadaire, avec un week-end par mois.
- > À domicile, multiplier les équipes autonomes, composées de six à huit intervenants, responsables de leurs bénéficiaires, de leurs plannings, de la gestion des absences, etc.
- > Respecter un ratio minimum de professionnels par rapport au nombre de résidents en Ehpad, comme dans les crèches, pour tendre vers des cadences plus soutenables.
- > Fidéliser les agents grâce à un meilleur accueil des jeunes recrues dans le cadre d'un tutorat s'appuyant sur des professionnels expérimentés et reconnus.
- > Institutionnaliser les nouveaux métiers, tels que le coordinateur de services à domicile, le *care manager* danois ou japonais, et le référent technologies pour les promouvoir en interne et former les équipes à leur utilisation.
- > Créer de nouveaux métiers pour répondre à l'évolution des besoins des usagers et tendre vers une organisation plus favorable à la qualité de vie au travail. Par exemple : un métier intermédiaire entre AVS et aide-soignant, pour encourager les évolutions de carrière et tenir compte des glissements de tâches ou encore, un métier positionné entre l'animateur et le psychologue pour parler, raconter une histoire, remplacer l'absence familiale, etc.

C. La force du collectif pour insuffler la qualité de vie au travail

Prendre soin des soignants s'avère aujourd'hui indispensable. L'étude révèle, en ce domaine, l'importance de la qualité du management et la valeur des pratiques collectives associant l'ensemble des personnels, quels que soient leurs statuts et fonctions. En l'espèce, des pratiques innovantes se multiplient, mariant qualité de vie au travail pour les professionnels et qualité de service pour les résidents en établissement ou les bénéficiaires à domicile. L'intérêt général appelle à les soutenir et à les diffuser.

Recommandations

- > Favoriser le collectif et encourager les techniques d'analyse de la pratique (transformer le savoir-faire opérationnel en savoir-faire conceptualisé et partagé), les groupes de parole et les nouvelles approches bienveillantes, telles que la démarche de formation-action Humanitude.
- > Sacraliser les temps de regroupement pour rompre l'isolement des AVS et/ou impliquer les agents dans le management : réunions de transmission, groupes d'analyse de la pratique pour partager les situations compliquées.
- > Introduire un management participatif et collaboratif : propositions d'amélioration organisationnelle ou managériale. Par exemple, toute modification de l'organisation doit d'abord être discutée et testée sur une à trois semaines, puis évaluée avant d'être entérinée.
- > Assurer plus d'équité dans le travail entre les salariés (fiche de poste unique sans distinction des missions en fonction des diplômes, organisation cyclique pour tous, etc.).
- > Privilégier un management soutenant : réunions mensuelles avec le N + 1, analyse de la pratique en sous-groupe, entretiens téléphoniques avec le N + 1, écoute psychologique en cas de besoin, en collectif ou en individuel, etc.
- > Reconnaître la dimension « prendre soin » (*care*) de ces métiers, pour en finir avec les images d'aide-soignant « aide-toilette » ou d'auxiliaire de vie sociale « aide-ménagère » :
 - En multipliant les formations de spécialisation (maladies cognitives) et hors des sentiers battus pour introduire une autre façon d'exercer son métier et travailler la cohésion d'équipe.

- En expérimentant de nouvelles formes de structures (« Ehpad hors les murs », tiers lieux, « CCAS centres de ressources ») pour enrichir et diversifier les métiers des agents.
 - En créant un collectif professionnel avec les personnels des Saad et Ssiad pour une meilleure collaboration des services et un meilleur service aux personnes âgées (accompagnement et soins).
- > Renforcer les partenariats avec les autres intervenants à domicile pour une plus grande reconnaissance du rôle des agents dans le parcours de soins.

Dans un contexte de forte tension (RH, ratio soignant/résident), la maltraitance n'est pas un phénomène marginal. Que celle-ci soit institutionnelle ou individuelle, elle continue de faire l'objet d'une loi du silence. Or la « bien-traitance » des personnes accompagnées passe par la « mieux-traitance » des professionnels du grand âge.

Recommandation

- > Renforcer la protection des lanceurs d'alerte qui dénoncent les cas de maltraitance et mieux faire connaître les procédures (rôle des organisations syndicales).

D. Un nouveau modèle pour de nouvelles opportunités de carrière

À la différence de ses voisins européens qui privilégient le maintien à domicile, la France est marquée par l'importance donnée à l'accueil des personnes âgées en établissement. Cependant, cette formule fait l'objet d'un nombre de plaintes croissant auprès du Défenseur des droits et, parfois, de scandales médiatiques. De plus, elle correspond moins aux besoins d'usagers qui entrent en Ehpad de plus en plus tard et de plus en plus dépendants et aux attentes de la génération des *papy-boomers*. Enfin, une grande majorité de nos concitoyens âgés expriment le désir de rester à leur domicile le plus longtemps possible. Cela plaide pour la diversification des modes d'accompagnement des personnes âgées et la fin de l'étanchéité entre établissement et domicile.

Recommandations

- > Développer les solutions innovantes ayant fait leurs preuves à l'étranger, comme les villages Alzheimer ou les *Buurtzorg* néerlandais (soins de quartier), et les expérimentations, telles que l'« Ehpad hors les murs » ou les « CCAS centres de ressources ». Dépassant les cloisonnements domicile-hébergement, ces nouvelles formes d'organisation sont porteuses d'opportunités managériales et professionnelles.
- > Expérimenter le métier de *care manager* japonais ou danois comme interface unique des familles pour piloter et organiser l'ensemble des services pour la personne dépendante, puis les adapter à sa perte progressive d'autonomie.
- > Généraliser une approche inclusive pour améliorer tant la qualité de vie au travail des agents que le bien-être des personnes âgées : à travers les politiques territoriales (promotion immobilière, aménagement de la ville, politiques culturelles, etc.) et intergénérationnelles (équipements publics mixtes école/Ehpad, lieux de vie partagés comme la cantine scolaire).

E. Les nouvelles technologies comme média de la revalorisation des métiers

Enfin, les nouvelles technologies au service du grand âge suscitent une forte attente chez les professionnels. L'équipement numérique des intervenants à domicile (smartphone professionnels, annuaires numériques) facilite l'organisation des plannings et la communication au sein du service et avec les autres professionnels de santé. De même, les innovations numériques, d'intelligence artificielle ou de réalité virtuelle démontrent leur utilité contre l'isolement ou les troubles cognitifs des personnes âgées à domicile et en établissement. En revanche, la mise en œuvre de la télémédecine reste assez lente et l'utilisation des data personnelles est encore balbutiante.

Recommandations

- > Accompagner la montée en compétences et la diversification des missions des agents grâce aux innovations numériques : aide à l'inclusion numérique, dépannage du quotidien, relation à distance avec la famille, animation et accompagnement par la médiation d'outils numériques et de réalité virtuelle.

- > Capitaliser sur les expérimentations innovantes des *living lab* (laboratoire vivant) reposant sur l'utilisation des données dans la prise en charge des personnes âgées en Ehpad comme à domicile (transmission des informations liées à la tournée, par exemple, les constantes vitales).
- > Former à la télémédecine et développer son utilisation en établissement, avec un transfert de compétences médicales vers les infirmiers en pratique avancée.
- > Soutenir les projets de start-up ou d'applications industrielles intelligentes favorisant les bonnes postures et facilitant la pratique professionnelle des agents.



FOCUS SUR LES PRINCIPAUX MÉTIERS DU GRAND ÂGE

Métiers	Catégories et cadres d'emploi	Saad	Ssiad	Spasad	Ehpad	Ehpa / Résidences autonomie	CCAS
Aide à domicile Autres appellations : Agent d'accompagnement à la vie quotidienne, assistant de vie, auxiliaire de gériatrie ou de gérontologie, agent d'accompagnement à la vie	Catégorie C, filière sociale Cadre d'emploi des agents sociaux territoriaux	X		X			X
Auxiliaire de vie sociale		X	X	X			X
Infirmier			X	X	X	X	X
Infirmier coordinateur			X				X
Médecin coordonnateur					X		X
Médecin					X		X
Psychologue		X		X	X	X	X
Ergothérapeute		X		X			X
Aide-soignant Autre appellation : Auxiliaire de soins spécialité aide-soignant	Depuis le 01/01/22, cadre d'emploi des « aides-soignants » de catégorie B, filière médico-sociale pour les titulaires du diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS)			X	X	X	X
Autre appellation : Auxiliaire de soins spécialité médico-psychologique	Catégorie C, filière médico-sociale			X	X	X	X
Agent de service	Catégorie C, B filière administrative, animation ou médico-sociale				X		X
Coordinateur de service	Catégorie A, B filière administrative, animation ou médico-sociale	X		X			X
Responsable de secteur		X		X			X
Aide médico-psychologique	Catégorie C, filière médico-sociale				X		X
Cuisinier	Cadre d'emploi des agents techniques ou des agents sociaux				X	X	X
Porteur de repas							X
Animateur	Catégorie B, C filière administrative, animation				X	X	X
Directeur de CCAS	Pas de cadre d'emploi spécifique, catégorie A, B ou C selon la taille du territoire, filière administrative, médico-sociale						X
Chef de service					X	X	X
Directeur d'Ehpad					X		
Directeur de foyer-logement						X	



BIBLIOGRAPHIE

Les livres, enquêtes et témoignages

CASTANET Victor, *Les Fossoyeurs*, Paris, Fayard, 2022.

CLOT Yves, BONNEFOND Jean-Yves , BONNEMAIN Antoine, ZITTOUN Mylène, *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*, Paris, La Découverte (coll. « Sciences humaines »), 2021.

DALLAPORTA Bruno, *Prendre soin du prochain, prendre soin du lointain*, Montrouge, Bayard, 2021.

DELAUNAY Michèle, *Le fabuleux destin des baby-boomer*, Paris, Plon, 2019.

FLEURY Cynthia, *Le soin est un humanisme*, Paris, Gallimard (coll. « Tracts » (n° 6)), 2019.

GARDOU Charles, *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*, Toulouse, Érès (coll. « Connaissances de la diversité »), 2012.

MARTIN Valérie, « *Moi, Vilanova* », *Confidences d'un confinement*, Paris, Sydney Laurent, 2020.

MONNERON Dominique et DROIT Roger-Pol (dir.), *Éthique du grand âge et de la dépendance*, Paris, Presses universitaires de France, 2020.

RICHARD Élise, *Cessons de maltraiter nos vieux !*, Monaco, Le Rocher, 2021.

Rudo, *Prends bien soin de toi !*, Charnay-lès-Mâcon, Bamboo, 2021.

Les rapports et les études

ABDOUNI Sarah, *Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018*, Études et résultats de la Drees, n° 1129, octobre 2019 (N°1129), en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1129.pdf>.

ANGIER Florence, BODO Frédéric, DESCAMPS Amandine, KOCH Fanny et MALLET Marie, *Les services d'aide à domicile gérés par les CCAS/CIAS en 2014 : constats et enjeux d'un secteur en difficulté*, UNCCAS, décembre 2015.

AQUINO Jean-Pierre et BOURQUIN Marc, *Les innovations numériques et technologiques dans les établissements et services pour personnes âgées*, Filière Silver économie – Fédération hospitalière de France – Société Française de Gériatrie et Gérontologie, juillet 2019, en ligne : <https://www.france-silvereco.fr/plugin-documentation/doc/44.pdf>.

BANENS Maks, CAMPEON Arnaud, CARADEC Vincent, CHARLAP Cécile, EIDELIMAN Jean-Sébastien, LE BIHAN Blanche, MALLON Isabelle et RENAUT Sylvie, *Aider un proche âgé à domicile. Résultats des post-enquêtes qualitatives CARE-Ménages*, Dossiers de la Drees n° 64, août 2020, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD64.pdf>.

BAZIN Mahel, MULLER Marianne, *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad*, Études et Résultats de la Drees, n° 1067, juin 2018, en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf.

BESNARD Xavier, BRUNEL Mathieu, COUVERT Nadège et ROY Delphine, *Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée. Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)*, Les dossiers de la Drees N° 45, novembre 2019.

Bientraitance. Déploiement des pratiques professionnelles en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Anesm, 2015.

BONNE Bernard et MEUNIER Michelle, *Bien vieillir chez soi : c'est possible aussi !*, Commission des affaires sociales du Sénat sur la prévention de la perte d'autonomie, mars 2021, en ligne : <https://www.senat.fr/rap/r20-453/r20-4531.pdf>.

BONNE Bernard et MEUNIER Michelle, *La prise en charge médicale des personnes en Ehpad : un nouveau modèle à construire*, rapport au nom de la commission des affaires sociales, février 2022, en ligne : <https://www.senat.fr/rap/r21-536/r21-5361.pdf>.

BONNELL Bruno et RUFFIN François, *Rapport d'information sur les « métiers du lien »*, Commission des affaires économiques de l'Assemblée nationale, juin 2020, en ligne : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-eco/115b3126_rapport-information.

BOROWCZYK Julien et CIOTTI Éric, *Rapport d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de Coronavirus-Covid 19*, Assemblée nationale, décembre 2020, en ligne : <https://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/pdf/rapport/i3633.pdf>.

BROUSSY Luc, GUEJ Jérôme, KUHN-LAFONT Anna, *L'Ehpad du futur commence aujourd'hui. Propositions pour un changement radical de modèle*, Matières grises, mai 2021.

BRUNEL Mathieu, LATOURELLE Julie et ZAKRI Malika, *Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien*, Études et résultats de la Drees, n° 1103, février 2019.

Ce que veulent nos aînés pour le dîner en Ehpad, Institut Nutrition & CREDOC, 2020, en ligne : https://www.institut-nutrition.fr/app/uploads/2021/02/Synth%C3%A8se-CREDOC_Ce-que-veulent-nos-ain%C3%A9s-pour-le-diner.pdf.

CHENAL Marie, JOLIDON Pierre, LAURENT Thibaut, MARQUIER Rémy, PEYROT Clémence, STRAUB Thomas, TOLDRE Camille et VROYLANDT Thomas, *Des conditions de travail en Ehpad vécues comme difficiles par des personnels très engagés*, Les dossiers de la Drees, septembre 2016.

COVID-19 : Point épidémiologique hebdomadaire du 12 novembre 2020, Santé publique France, novembre 2020

EL KHOMRI Myriam, *Grand âge et autonomie. Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*, Ministère des Solidarités et de la Santé, octobre 2019.

Grand âge, EHPAD : sortir de l'inacceptable, Cercle de la réforme de l'État, mai 2021, en ligne : <https://cerclereformmeetat.eu/wp-content/uploads/2021/06/Cercle-note-EHPAD.11.3.2021.10h10-revue.-8.06.2021-fp.pdf>.

GUEDJ Jérôme *Déconfinés mais toujours isolés ? La lutte contre l'isolement, c'est tout le temps !*, Rapport au ministre des Solidarités et de la Santé, juillet 2020, en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_mission_jg_16.07.2020.pdf.

GUÉRIN Olivier et JEANDEL Claude, *Rapport de mission : unités de soins de longue durée et Ehpad*, Ministère des Solidarités et de la Santé, juin 2021, en ligne : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_jeandel-guerin.pdf.

IBORRA Monique et FIAT Caroline, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)*, Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2018.

Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'EHPAD, CNRACL – Caisse des dépôts, février 2021, en ligne : https://www.cnacl.retraites.fr/sites/default/files/SERVICES/FNP/Rubrique%20EHPAD/Guide_EHPAD_2021_VF.pdf.

Isolement des personnes âgées : les impacts de la crise sanitaire, Petits frères des pauvres en collaboration avec le Cercle Vulnérabilités et Société, mars 2021, en ligne : https://www.petitsfreresdespauvres.fr/media/1726/download/2021_rapportPPF_HD-min.pdf?v=1&inline=1

La prise en charge de la dépendance et la prévention de la perte d'autonomie au Japon. Regards croisés avec la France, Audition de MM. HORIUCHI et KUNISHIRO de l'Ambassade du Japon en France par le Groupe d'étude Prévention Santé de l'Assemblée nationale, juillet 2019.

Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, rapport du Défenseur des droits, mai 2021, en ligne : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/836210050_ddd_droitsehpad_access.pdf.

Les Ehpad et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, accès Territoires - ODAS - La Banque postale, décembre 2021.

Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008, Études et résultats de la Drees, n° 728, juin 2010, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/er728-2.pdf>.

« Les personnes hébergées en Ehpad » dans *Rapport public annuel de la Cour des Comptes 2022*, février 2022.

Les solitudes en France, Fondation de France, juillet 2014.

L'hébergement des personnes âgées en établissement – Les chiffres clés, Drees social, juin 2019, en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/infographie_ehpa_08-2.pdf.

LIBAULT Dominique, *Concertation grand âge et autonomie*, Ministère des Solidarités et de la Santé, mars 2019.

MULLER Marianne, *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*. Études et résultats de la Drees, n° 1015, juillet 2017, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1015.pdf>.

MULLER Marianne, ROY Delphine *L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015*, Études et Résultats de la Drees n° 1094, novembre 2018, en ligne : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1094_toile.pdf.

RAMOS-GORAND Mélina, *Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées*, Dossiers de la Drees n° 51, mars 2020, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/DD51.pdf>.

REYNAUD François, *Le taux d'encadrement dans les Ehpad. Ses déterminants et ses alternatives*, Dossiers de la Drees n° 68, décembre 2020, en ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-12/DD68.pdf>.

SENIORS « Marché et habitat inclusif, quelle offre de services ? » Ifop – Sociovision en partenariat avec Malakoff – Saint-Gobain - Irsap, février 2019, en ligne : <https://www.ifop.com/wp-content/uploads/2019/02/Support-Conf%C3%A9rence-de-presse-vDEF-FINALE.pdf>.

VANLERENBERGHE Jean-Marie et WATRIN Dominique, *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence*, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, juin 2014.

Les articles

BARONNIER Marion et ARNOLD Cindy, « Bouleversements des soignants confrontés à la Covid-19 en Ehpad », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, N° 145, 2021/2.

CARRÈRE Amélie, « Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? », *Regards*, n° 57, 2020/1.

DE HENNEZEL Marie, « Bien vieillir au Japon », *Audiens le média*, 9 juillet 2020, en ligne : <https://audienslemedia.org/accueil/pagecontent2/nouvelle-liste-articles/bien-vieillir-au-japon.html>

« Démentia Village, un lieu hors du temps ! », *La seringue atomique*, 13 février 2019, en ligne : <http://laseringueatomik.canalblog.com>

EDEY GAMASSOU Claire et MOISSON-DUTHOIT Virginie, « Le travail des professionnels de la relation d'aide : jongler avec des gratifications et des souffrances », *Gestion* Vol. 37, 2012/2.

ENNUYER Bernard, « Les malentendus de l'“autonomie” et de la “dépendance” dans le champ de la vieillesse », *Le Sociographe*, 2013/5 Hors-série 6.

ENNUYER Bernard, « Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale », *Gérontologie et société*, vol. 26 / n° 104, 2003/1.

« Grand âge et autonomie : les chiffres clés », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 28 mars 2019, en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/grand-age-et-autonomie-les-chiffres-cles>, consulté en mai 2021.

LEBLANC-BRIOT Marie-Thérèse, « Fin de vie des personnes âgées », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, n° 119, 2014/4.

LAY Émilie, « Vu d'ailleurs : le Japon, à la pointe d'une politique incitative globale », *La Gazette des communes*, 15 mai 2014.

LE BOLZER Julie, « La refonte de la prise en charge à domicile est une priorité », *Les Échos*, 15 avril 2021.

« Personnes âgées : les chiffres clés », *Ministère des Solidarités et de la Santé*, 21 décembre 2021, en ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>, consulté en mai 2021.

RAYNAUD Isabelle, « Ehpad : les départements et les ARS sur la sellette » *La Gazette des communes*, 28 février 2022.

RENAULT Marie-Cécile, « Dominique Libault : “La formation du personnel des Ehpad est fondamentale” », *Le Figaro*, 6 février 2022.

Émission

BERTRAND Philippe, « À Guingamp une résidence pour personnes âgées aux méthodes innovantes et bienveillantes - Carnets de campagne », *France Inter*, 15 mars 2022.

Vidéo

« Présent parfait, une maternelle dans une maison de retraite », *PositivR*, juin 2015, en ligne : <https://positivr.fr/maison-retraite-ecole-maternelle/>



CONSEIL SCIENTIFIQUE ET CONSEIL D'ORIENTATION

Membres du conseil scientifique

Remy BERTHIER, vice-président de l'Association des administrateurs territoriaux de France (AATF), DGA Appui et optimisation des moyens du département du territoire de Belfort

Laurent BESOZZI, vice-président de la MNT en charge de la coordination influence, des relations institutionnelles, de l'international et de la communication, vice-président de l'Observatoire MNT, vice-président de la Mutualité Fonction Publique (MFP), directeur général adjoint des services au conseil régional Provence-Alpes-Côte d'Azur

Pierre COILBAULT, administrateur de Smacl Assurances, ancien directeur général du conseil supérieur de la fonction publique territoriale, ancien maire de L'Hay-les-Roses et ancien vice-président du conseil général du Val-de-Marne

Jean DUMONTEIL, secrétaire général du Global Local Forum, ancien directeur de *La Gazette des communes* et de *La Lettre du secteur public*, journaliste spécialisé des collectivités locales et animateur pour le Congrès des maires

Claire EDEY GAMASSOU, maîtresse de conférences à l'université Paris-Est Créteil (UPEC) en sciences de gestion rattachée à l'Institut de Recherche en Gestion

Michel GOMEZ, représentant de l'association ResPECT, réseau des préventeurs et ergonomes, responsable de service ergonomie et prévention des risques professionnels à Paris Habitat

David LE BRAS, délégué général de l'Association des directeurs généraux des communautés de France et maître de conférences associé à l'Université de Grenoble Alpes

Georges LE CORRE, représentant de l'Association des ingénieurs territoriaux de France (AITF), co-animateur du groupe de travail gestion des risques de l'AITF, président de l'Observatoire national des DT-DICT et intervenant au CNFPT

Jean-René MOREAU, vice-président honoraire de la MNT, président de l'Observatoire MNT, ancien directeur général des services du Syndicat d'agglomération nouvelle Ouest Provence, ancien directeur du master 2 Administration publique-gestion des collectivités locales à l'UPEC, intervenant pour la Commission européenne

Claude SORET-VIROLLE, administratrice de la MNT et du groupe Vyv, directrice générale adjointe du Centre interdépartemental de gestion de la Grande couronne de la région Île-de-France, ancienne présidente de l'ADT-INET

Avec l'appui de

Jeanne BALLOT, responsable études et veille sur la FPT et les services publics locaux pour la MNT

Émilie DONADILLE, assistante d'édition de l'Observatoire MNT

Jean-Marc JOUSSEN, directeur chargé des affaires institutionnelles et de l'expertise territoriale de la MNT

Alexandra BARDET, conseil en publications institutionnelles (SCRIPTease), chargée du pilotage de l'étude pour l'Observatoire MNT

Membres extérieurs du conseil d'orientation, en tant que personnalités qualifiées

Didier JEAN-PIERRE, professeur agrégé de droit public à l'université d'Aix-en-Provence, directeur scientifique de la Semaine juridique administrations et collectivités territoriales

Nathalie MARTIN-PAPINEAU, maîtresse de conférences en sciences politiques à la Faculté de droit, vice-présidente de l'université de Poitiers

Membres extérieurs du conseil d'orientation, en tant que partenaires institutionnels de la MNT

Christophe BOUILLON, président de l'Association des petites villes de France

François SAUVADET, président de l'Assemblée des départements de France

Luc CARVOUNAS, président de l'Union nationale des centres communaux d'action sociale

Caroline CAYEUX, présidente de Villes de France

Michel FOURNIER, président de l'Association des maires ruraux de France

Vincent BIMBARD, président de l'Association des ingénieurs territoriaux de France

Élie MAROGLOU, président de l'Association ResPECT (Réseau des préventeurs et ergonomes territoriaux)

Sébastien MARTIN, président d'Intercommunalités de France

Pauline BOCHKAREVA-DUBOIS, présidente de l'Association nationale des cadres communaux d'action sociale

Carole DELGA, présidente de Régions de France

Dr Faouzia PERRIN, présidente de Méditoriales, l'association nationale des médecins territoriaux

Stéphane PINTRE, président du Syndicat national des directeurs généraux des collectivités territoriales

Yvonie RAMIS, président de l'Association des directeurs généraux des communautés de France

Johanna ROLLAND, présidente de l'Association France Urbaine

Estelle WALTER-SERRE, présidente de l'Association des techniciens territoriaux de France



CAHIERS DÉJÀ PARUS

L'intercommunalité vécue par ceux qui y travaillent

Cahier n° 1. Territorial Sondages pour la MNT en partenariat avec l'ADGCF, l'ADCF et l'AATF – décembre 2010

Les précarités dans la fonction publique territoriale : quelles réponses managériales ?

Cahier n° 2. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Robert SCHUMAN, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juin 2011

Les risques sanitaires des métiers de la petite enfance : auxiliaires de puériculture, un groupe professionnel sous tension

Cahier n° 3. Jean DUMONTEIL – novembre 2011

Dans la peau des agents territoriaux

Cahier n° 4. Philippe GUIBERT, Jérôme GROLLEAU et Alain MERGIER – janvier 2012

Gérer et anticiper les fins de carrière. Les seniors dans la fonction publique territoriale

Cahier n° 5. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Salvador ALLENDE, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juin 2012

Jardinier : un métier en mutation. Mieux vivre au travail, mieux vivre la ville

Cahier n° 6. Jean DUMONTEIL – novembre 2012

L'impact des technologies numériques de l'information et de la communication sur le travail des agents territoriaux

Cahier n° 7. Claire EDEY GAMASSOU – août 2013

Le directeur des ressources humaines dans la fonction publique territoriale

Cahier n° 8. Anne GRILLON – juillet 2013

Connaître et reconnaître l'encadrement intermédiaire dans la fonction publique territoriale

Cahier n° 9. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Paul ÉLUARD, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juin 2013

La restauration collective, des contraintes sanitaires au plaisir de la table

Cahier n° 10. Jean DUMONTEIL – décembre 2013

La reconnaissance non-monnaire au travail, un nouveau territoire managérial

Cahier n° 11. Jérôme GROLLEAU – mars 2014

Les mobilités : un levier de management ?

Cahier n° 12. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Simone de BEAUVOIR, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juin 2014

Les départements, dix ans de transferts des agents de l'État et d'évolution des ressources humaines, et demain ?

Cahier n° 13. Jean DUMONTEIL, en partenariat avec l'ADF et Complémenter – juin 2014

La gestion consolidée des collectivités locales : le pilotage stratégique des satellites face aux nouveaux enjeux de management territorial

Cahier n° 14. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Vàclav HAVEL, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juin 2015

Les jeunes agents territoriaux, relations et motivations au travail

Cahier n° 15. Anne GRILLON – septembre 2015

Nouvelle donne territoriale : de l'opportunité à la nécessité de changer ?

Cahier n° 16. Jérôme GROLLEAU – avril 2016

Contrainte budgétaire : adapter ou réinventer les organisations ?

Cahier n° 17. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Hannah ARENDT, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – mai 2016

Le statut de la fonction publique territoriale : pour qui ? Pour quoi ? Et après ?

Cahier n° 18. Avec les contributions de Vincent DE BRIANT et de Clarisse JAY – mars 2017

Les nouvelles temporalités territoriales, conséquences pour les managers et les agents

Cahier n° 19. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Léo LAGRANGE, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – septembre 2017

Réenchanter le quotidien : le sens de l'action publique locale

Cahier n° 20. Jérôme GROLLEAU – mai 2018

La santé au travail comme levier d'innovation managériale

Cahier n° 21. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Nina SIMONE, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juillet 2018

Élaborer les politiques publiques avec les usagers et les agents : vers une dynamique de co-construction ?

Cahier n° 22. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Gaston MONNERVILLE, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juillet 2019

Réintégrer le collectif et réussir à reprendre le travail après un arrêt long

Cahier n° 23. Élèves administrateurs de l'INET, promotion George SAND, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – octobre 2020

Directeur général des services : DGS, que deviens-tu ?

Cahier n° 24. Jérôme GROLEAU, en partenariat avec Sofaxis – novembre 2020

Pour une fonction publique heureuse. Sciences – innovations – inspirations

Cahier hors-série. La fabrique Spinoza – décembre 2020

10 années qui ont tout changé

Édition spéciale. Laurence DENÈS et Jean DUMONTEIL – décembre 2020

Pour un accueil expert de la relation usagers dans les services publics locaux

Cahier n° 25. Nasiha ABOUBEKER et Étienne BUFQUIN – avril 2021

Repenser la santé au travail et les organisations à l'aune de la Covid-19

Cahier n° 26. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Abbé Pierre, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF — juillet 2021

Le sport-santé, une opportunité pour repenser le rapport au travail

Cahier n° 27. Élèves administrateurs de l'INET, promotion Gisèle HALIMI, pour la MNT en partenariat avec le CNFPT-INET et l'AATF – juillet 2022

Mentions légales

Mutuelle Nationale Territoriale
4 rue d'Athènes - 75009 Paris

Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584

Impression :

Imprimerie Desbouis Grésil – ZI du Bac d'Ablon – 10-12 rue Mercure – 91230 MONTGERON

Directeur de la publication :

Didier BÉE (Président de la MNT)

Responsables de la rédaction :

Jean-Marc JOUSSEN et Jeanne BALLOT

Mise en page et illustrations intérieures :

The Links

Lorraine BLONDEAU

Illustration de couverture : The Links

Date de parution : septembre 2022

L'Observatoire MNT remercie Alexandra Bardet, conseil en publications institutionnelles (SCRIPTease), pour son pilotage de l'étude auprès des auteurs, et Émilie DONADILLE pour son suivi éditorial.

Les Cahiers de l'Observatoire MNT

ISSN 2800-6615





**L'Observatoire
MNT** Social & territorial

Pour la première fois sur le grand âge, la parole est donnée à ceux qui en prennent soin au quotidien, aux agents territoriaux. Cette vision de l'intérieur est porteuse d'espoirs, pour une meilleure reconnaissance au bénéfice des métiers et des aînés, grâce à l'innovation de proximité.

Les auteurs

Laurence DENÈS et **Jean DUMONTEIL** sont journalistes spécialisés dans les politiques territoriales et le management public. À travers leurs articles, leurs livres et l'animation de débats, ils participent activement à la modernisation du secteur public local et à la promotion du mieux-être au travail dans les collectivités territoriales et leurs établissements.

"L'Observatoire MNT propose des pistes stratégiques et opérationnelles aux acteurs du secteur public local, à partir de l'analyse du travail et de la parole des agents territoriaux. En cohérence avec nos actions pour la santé au travail, et du soutien à l'innovation par le Fonds MNT, l'ambition de ces études est de contribuer au bon fonctionnement des organisations et de favoriser le maintien dans l'emploi en bonne santé."

Didier BÉE, Président de la MNT

Retrouvez toutes les études sur mnt.fr



Être utile est un beau métier