

Chapitre VI

Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap

PRÉSENTATION

En France, le secteur médico-social public et privé accompagne et soigne près de 1,1 million de personnes, âgées ou handicapées, en établissement ou à domicile. Ce secteur employait en 2020 près de 730 000 salariés. Dans cet ensemble, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont majoritaires, avec une capacité d'accueil de plus de 600 000 lits, soit 55 % des capacités et 61 % des effectifs de l'ensemble du secteur ; la Cour a récemment analysé les problématiques de la qualité de la prise en charge médicale des résidents de ces établissements³⁸⁹.

Les salariés du secteur médico-social sont, pour l'essentiel, des personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, ergothérapeutes) ou socio-éducatifs (éducateurs, aides médico-psychologiques, moniteurs). Ce secteur se caractérise par un nombre de journées d'arrêt de travail, du fait d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (AT-MP), trois fois supérieur à la moyenne constatée pour l'ensemble des secteurs d'activité en France. Ce nombre a ainsi atteint 3,5 millions en 2019³⁹⁰, en augmentation de 41 % par rapport à 2016 et correspond à 17 000 postes équivalents temps plein par an.

Au-delà des conséquences pour la santé et pour les carrières professionnelles des personnels concernés, l'organisation des activités des établissements et services médico-sociaux (ESMS) est aussi affectée par cette situation, qui nuit à la qualité et la continuité de l'accompagnement apporté aux personnes âgées ou handicapées et au soutien de leurs proches aidants. C'est cet impact qualitatif de la sinistralité AT-MP que la Cour a souhaité éclairer, au-delà des seuls enjeux financiers qu'elle situe dans une fourchette de 360 à 800 M€, au vu des données de l'assurance maladie ou à travers une valorisation des journées perdues.

L'enquête conduite par la Cour souligne que la fréquence des AT-MP dans le secteur médico-social atteint des niveaux hors norme alors même qu'elle n'est pas appréhendée statistiquement de manière complète (I). La prévention des risques professionnels constitue par conséquent un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service (II).

³⁸⁹ Cour des comptes, « Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad », Rapport public annuel 2022, et *La prise en charge médicale des personnes âgées dépendantes en Ehpad*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, février 2022.

³⁹⁰ Source : Agence nationale d'appui à la performance (Anap).

Le secteur médico-social des personnes âgées ou en situation de handicap

En 2020, 44 % des 7 502 Ehpad sont publics, 31 % privés non lucratifs et 24 % privés lucratifs. Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont majoritairement privés non lucratifs, et publics dans 30 % des cas. Le secteur du handicap relève en quasi-totalité du statut associatif.

La capacité d'accompagnement des Ssiad est de 125 000 places, cinq fois moins qu'en Ehpad, et majoritairement dédiées aux personnes âgées. Les établissements et services pour personnes en situation de handicap offrent près de 370 000 places, dont 205 000 pour les adultes. Par rapport aux établissements, les services sont minoritaires avec 67 000 places (dont 55 000 dans le secteur de l'enfance), soit 18 % de l'offre globale dans le handicap.

Les effectifs salariés du secteur des personnes âgées représentent 470 000 personnes, dont 430 000 pour les Ehpad. Les effectifs du secteur du handicap se répartissent de manière équilibrée entre les secteurs de l'enfance et des adultes, respectivement avec 128 000 et 129 000 professionnels. Parmi eux, les services emploient plus de 37 000 professionnels, dont 76 % pour le secteur de l'enfance avec les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad).

I - Malgré les difficultés statistiques, une fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles hors norme

L'approche globale des risques professionnels dans les ESMS publics et privés rencontre de nombreuses difficultés de connaissance statistique. Le recensement par l'agence nationale d'appui à la performance (Anap) des journées d'absence au titre des AT-MP dans l'ensemble du secteur médico-social permet en partie de surmonter ces obstacles.

A - Une connaissance du risque incomplète et hétérogène

La seule donnée agrégée donnant une vision globale du risque dans le secteur médico-social – structures publiques et privées confondues – émane de l'Anap et porte sur le nombre de journées d'absence du fait des

accidents de travail³⁹¹ et des maladies professionnelles. Les autres données, détenues par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) et Cnam, ne sont ni complètes, ni suffisamment homogènes pour être agrégées.

1 - Une connaissance fragmentaire des risques des ESMS publics

La CNRACL dispose de données concernant ses affiliés, c'est-à-dire les agents titulaires de la fonction publique hospitalière (FPH) ou de la fonction publique territoriale (FPT), si leur durée du travail est supérieure à 28 heures hebdomadaires.

Ces données sont cependant loin d'être complètes. En effet, à la différence des employeurs privés, les employeurs publics ne sont pas tenus aujourd'hui de déclarer les accidents à la CNRACL. Cette situation est due, pour partie, à l'absence de parution d'un arrêté du ministre chargé de la fonction publique, prévu depuis une ordonnance du 19 janvier 2017³⁹², qui doit fixer les modalités pratiques de la collecte et du traitement de ces données. De ce fait, seuls 24 % des employeurs de la FPH et 48 % des employeurs de la FPT déclarent aujourd'hui les accidents et les maladies d'origine professionnelle³⁹³, via l'application mise à disposition par la CNRACL (Prorisq).

De surcroît, la CNRACL n'identifie, dans sa base de données, que le quart des ESMS publics. En effet, les ESMS rattachés aux établissements publics de santé ne peuvent y être identifiés de manière spécifique. Or ils représentent la moitié des activités médico-sociales portées par la FPH. Échappe de même à la CNRACL le repérage de personnels des ESMS gérés par les centres communaux d'action sociale, car ils sont souvent rattachés à des centres de gestion de la FPT. Par voie de conséquence, la connaissance du risque dans le secteur public est très parcellaire.

La Cnam recueille quant à elle les données de sinistralité concernant les salariés du secteur privé et les agents contractuels de droit public, ainsi que les fonctionnaires à temps non complet, pour lesquels la durée de travail

³⁹¹ Accidents de travail pour les salariés et accidents de service pour les agents de la fonction publique. Malgré des règles différentes de reconnaissance de l'origine professionnelle de l'accident, l'impact en journées de travail perdues peut s'additionner.

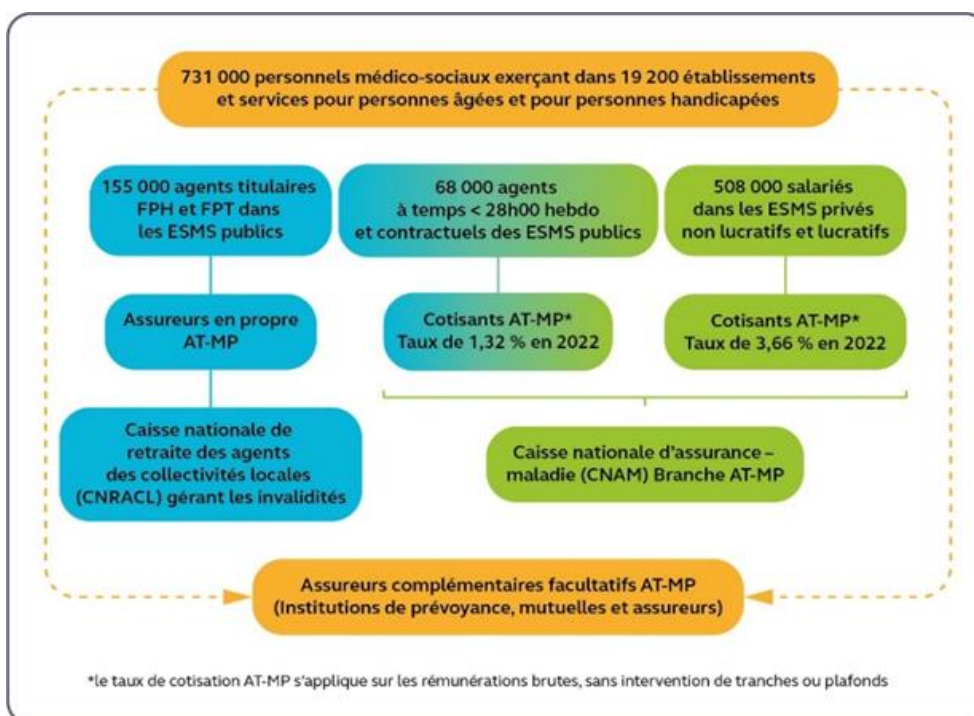
³⁹² Art. 21 *bis* de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, créé par l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

³⁹³ CNRACL, *Base nationale de données, Rapport statistique, Données générales*, 2019, page 3.

hebdomadaire est inférieure à 28 heures. Elle en assure la couverture. Ces données présentent l'avantage de concerner tous les secteurs d'activité économique, ce qui permet de comparer la fréquence et la sévérité des accidents du secteur médico-social avec celles d'autres secteurs.

La connaissance des accidents de travail et des maladies professionnelles des ESMS publics est donc partagée entre deux organismes distincts, dont les données ne sont ni harmonisées ni consolidées, empêchant un pilotage global du risque professionnel dans cette partie du secteur médico-social. Le schéma n° 1 représente cette fragmentation institutionnelle pour les régimes obligatoires (Cnam, CNRACL), ainsi que les effectifs médico-sociaux concernés. Ce morcellement de l'information est accentué par le rôle des assurances complémentaires facultatives, pour lesquelles aucune statistique n'est mobilisable globalement.

Schéma n° 1 : organisation institutionnelle de la gestion des risques professionnels dans les ESMS



Source : Cour des comptes, données Cnam et Drees

2 - Le secteur public médico-social, assureur en propre sans visibilité sur ses risques

Le secteur public est son propre assureur pour l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les agents titulaires de la fonction publique, tant pour la couverture des frais de santé que pour la prise en charge du maintien du traitement de l'agent en arrêt de travail³⁹⁴. Les dépenses afférentes ne sont donc pas identifiées en tant que telles mais sont noyées dans la masse budgétaire des ESMS. La CNSA a, en outre, identifié, dans les états réalisés des recettes et des dépenses d'un échantillon de 2 115 Ehpad publics, un montant de 83 M€ de primes d'assurance acquittées, en 2019, au titre de la maladie, maternité et accidents du travail. Selon son analyse, la souscription d'une telle assurance est fréquente et représente 1,51 % des charges du secteur public social et médico-social autonome (qui relève de la FPH) et 1,01 % des charges des ESMS gérés par les centres communaux d'action sociale (qui relèvent de la FPT).

Ces différents constats devraient conduire à l'élaboration d'une stratégie de convergence des méthodes statistiques, afin d'appréhender les risques professionnels en ESMS de manière globale. L'évolution de la déclaration sociale nominative (DSN) au 1^{er} janvier 2022 intégrera le secteur public ainsi que l'immatriculation des employeurs médico-sociaux³⁹⁵, ce qui permettra de connaître le lieu d'exercice public ou privé de chaque agent. Ces deux changements devraient constituer un progrès, à la condition que les employeurs publics remplissent la DSN avec précision et que ces nouvelles informations soient exploitées.

En dépit des insuffisances qui affectent les données, la Cour s'est efforcée d'assembler et de retraiter les différentes sources mobilisables, pour analyser l'ampleur des risques professionnels dans les ESMS.

³⁹⁴ En cas d'arrêt de travail, en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, la branche AT-MP finance 60 % du salaire (80 % au-delà de 28 jours) des salariés au titre desquels leur employeur est tenu de cotiser pour le risque AT-MP.

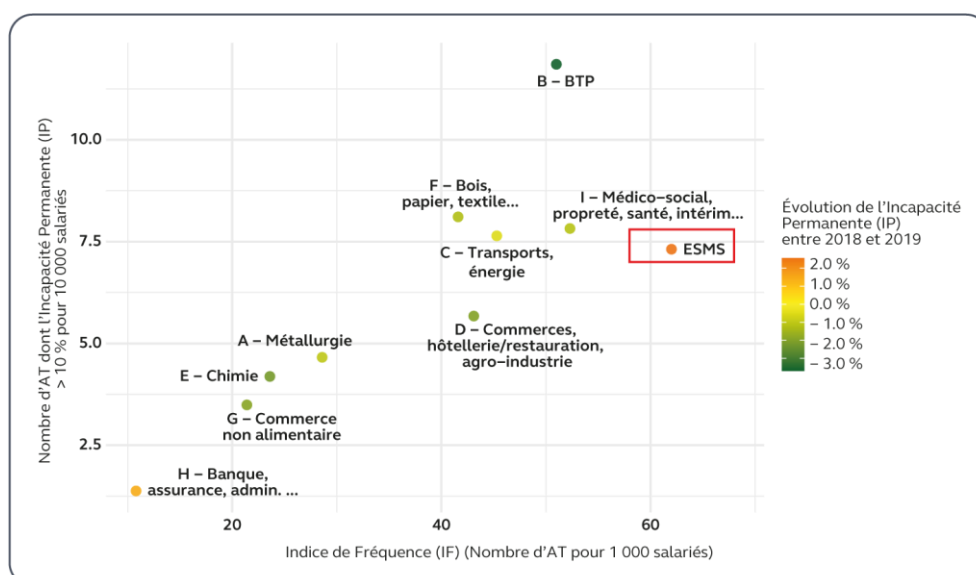
³⁹⁵ Immatriculation au titre du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess), attribuée à chaque structure autorisée, par site d'implantation (Finess ET).

B - Une sinistralité très élevée et en forte détérioration

1 - Des comparaisons entre secteurs d'activité très défavorables au secteur médico-social

Selon les données de la Cnam, c'est dans le secteur médico-social que la fréquence des accidents du travail, mesurée par l'indice de fréquence³⁹⁶, est la plus élevée, comparée à celle des autres secteurs d'activité en France.

Graphique n° 14 : nombre et fréquence des accidents de travail



Source : Cour des comptes, données Cnam

Note de lecture : l'indice de fréquence (IF) des accidents est inscrit en abscisse et un niveau de sévérité défini à partir d'un taux d'IPP de 10 % figure en ordonnée

Elle est notamment nettement supérieure à celle constatée pour la catégorie d'activités³⁹⁷ plus large au sein de laquelle la branche AT-MP classe les ESMS, qui comprend aussi le secteur hospitalier, les entreprises de propreté et les sociétés d'intérim.

³⁹⁶ L'indice de fréquence des accidents du travail correspond au nombre des sinistres multiplié par 1 000, rapporté à la moyenne du nombre de salariés présents au dernier jour ouvré de chaque trimestre civil de l'année considérée.

³⁹⁷ Secteur suivi par le comité technique national « Activités de services II », qui est l'instance paritaire employeurs-salariés de la branche AT-MP en charge de la prévention

La sévérité des accidents du secteur médico-social est certes moins prononcée que celle du secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), mais elle se situe toutefois à un niveau élevé.

La situation comparée des ESMS est la même pour les maladies professionnelles : en effet, les lombalgies (accidents) et autres problèmes périarticulaires évoluent souvent vers un mode chronique, en troubles musculosquelettiques (TMS)³⁹⁸.

2 - Une détérioration continue et forte, spécialement dans le secteur privé commercial

En 2019, selon les données de l'Anap qui les collecte auprès de l'ensemble des employeurs du secteur médico-social³⁹⁹, les AT-MP ont conduit à plus de 2,2 millions de journées d'absence dans les ESMS privés et à 1,2 million dans les ESMS publics. La hausse est globalement de 41 % depuis 2016.

Un rapport, remis en octobre 2019 au ministre chargé des solidarités et de la santé, avait déjà souligné la « sinistralité record »⁴⁰⁰ du secteur du grand âge. Le même constat peut être fait sur le secteur du handicap.

Par ailleurs, c'est dans les structures du secteur privé commercial pour personnes âgées que le nombre de jours d'absence rapporté aux effectifs en équivalent temps plein est le plus élevé et a le plus progressé entre 2016 et 2019 : 9,9 jours d'absence par ETP et une évolution de + 46 %.

³⁹⁸ Cour des comptes, « *La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser* », Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

³⁹⁹ Les structures médico-sociales doivent communiquer à l'Anap les informations définies par l'arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social, modifié par l'arrêté du 6 juillet 2020, au titre des articles R. 314-29, R. 314-17, R. 314-49, R. 314-223 et R. 314-232 du code de l'action sociale et des familles.

⁴⁰⁰ *Plan de mobilisation nationale en faveur des métiers du grand âge 2020-2024*, Myriam El Khomri, page 37.

**Tableau n° 25 : nombre de jours d'absence AT-MP rapporté
 aux équivalents temps plein⁴⁰¹**

<i>Publics accueillis</i>	Statuts Juridiques	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
<i>Grand âge</i>	Organismes privés à but non lucratif	7,5	7,9	8,2	8,6	14 %
	Organismes privés à caractère commercial	6,8	8,8	7,9	9,9	46 %
	Secteur public	5,2	5,4	5,8	6,5	25 %
<i>Handicap</i>	Organismes privés à but non lucratif	3,2	3,4	3,6	3,8	19 %
	Organismes privés à caractère commercial	4,4	3,7	3,1	6,9	58 %
	Secteur public	3,7	3,7	4,2	5,0	34 %

Source : Cour des comptes, données Anap

En 2019, les risques professionnels expliquent 19 % des journées d'absence dans les ESMS pour personnes âgées (soit 2,7 millions de jours d'absence sur un total de 14,3 millions) et 11 % dans le secteur des enfants et adultes handicapés (soit 746 000 journées sur un total de 6,7 millions). Si l'on ajoute les arrêts pour maladie, l'Anap estime globalement à 10,8 % l'absentéisme total dans les ESMS. Ce taux signifie que, pour chaque ETP, une journée d'absence est constatée tous les 10 jours. Cette situation affecte le fonctionnement des structures, ainsi que la qualité et la continuité de l'accompagnement des usagers et les relations avec leurs proches.

⁴⁰¹ Enquête portant sur 17 000 ESMS présentant des données validées, et dont le taux de réponse sur les données d'absentéisme est supérieur à 90 % chaque année.

**Tableau n° 26 : évolution de l'absentéisme des salariés
du secteur médico-social (toutes causes, en journées d'absence)**

<i>Publics accueillis</i>	Types de congés	2016	2017	2018	2019	Évolution 2016-2019
<i>Grand âge</i>	Maladie courte	2 640 438	2 705 724	2 667 349	2 304 252	- 13 %
	Maladie moyenne	2 780 942	3 407 318	3 607 817	3 642 631	31 %
	Maladie longue	2 612 877	3 067 605	3 287 964	3 042 081	16 %
	Congé parental	1 576 636	1 679 210	1 675 051	1 540 857	- 2 %
	Autre (dont sans solde)	906 713	1 090 290	1 143 989	1 121 040	24 %
	AT-MP	2 095 379	2 431 822	2 641 748	2 737 559	31%
	Sous-total	12 612 985	14 381 969	15 023 918	14 388 420	14 %
	Évolution		14 %	4 %	- 4 %	
<i>Handicap</i>	Maladie courte	754 691	825 374	779 558	784 451	4 %
	Maladie moyenne	1 659 416	1 838 901	2 030 063	2 160 796	30 %
	Maladie longue	1 264 797	1 392 216	1 511 522	1 557 308	23 %
	Congé parental	706 068	712 088	747 470	743 086	5 %
	Autre (dont sans solde)	573 286	638 677	716 635	747 130	30 %
	AT-MP	550 349	621 578	678 595	746 703	36 %
	Sous-total	5 508 607	6 028 834	6 463 843	6 739 474	22 %
	Évolution		9 %	7 %	4 %	
Total		18 121 592	20 410 803	21 487 761	21 127 894	17 %

Source : Cour des comptes, données Anap

Les arrêts maladie de durée moyenne (entre six jours et six mois)
représentent 25 % des journées d'absence dans le secteur du grand âge et

32 % dans le secteur du handicap. Les arrêts maladie de durée moyenne et les arrêts AT-MP contribuent respectivement pour 31 et 30 % à la détérioration continue de l'absentéisme dans les ESMS.

C - Des risques concentrés sur quatre catégories de structures médico-sociales

Les données de la branche AT-MP permettent d'identifier les structures les plus exposées aux risques professionnels. Elles offrent ainsi la possibilité de mener des actions de prévention ciblées en priorité sur les établissements et services dont la sinistralité est la plus élevée.

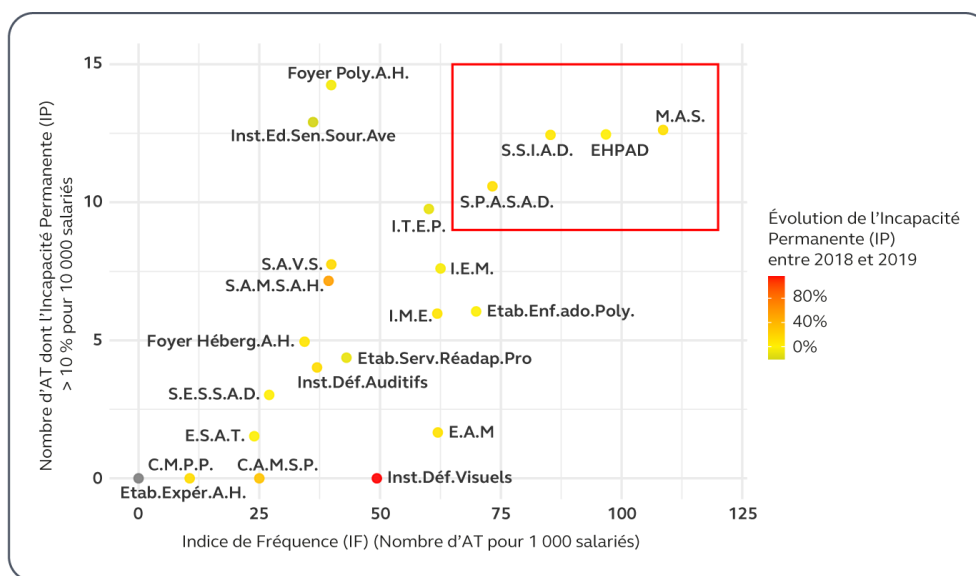
Une stratégie de ciblage a déjà été mise en place par la branche AT-MP pour les Ehpad et pour les services d'aide à domicile du secteur social⁴⁰² (et non médico-social).

Le secteur du handicap appelle toutefois une attention équivalente, notamment les maisons d'accueil spécialisé (MAS), ainsi que les services médico-sociaux à domicile pour personnes âgées : Ssiad et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad). En effet, avec les Ehpad, ces trois catégories d'établissements et services présentent une fréquence trois fois supérieure à celle de l'ensemble des secteurs d'activité professionnelle, et 1,5 fois plus élevée à celle de l'ensemble des ESMS. La sévérité des accidents y est également nettement plus élevée que dans les autres ESMS.

L'exercice auprès de certaines personnes en situation complexe, comme par exemple le cas des enfants ou adultes polyhandicapés, peut constituer un élément de surcroît de risque.

⁴⁰² Les structures du secteur social ne bénéficient pas de financements de l'assurance maladie, notamment pour des postes de soignants. C'est l'existence d'un financement en tout ou partie par l'assurance maladie qui explique l'adjectif « médico-social », même si ce vocable n'empêche pas nécessairement la présence de médecins dans ces structures.

Graphique n° 15 : comparaison de la sinistralité des différentes catégories d'ESMS



Source : Cour des comptes, données Cnam

Les salariés des services à domicile sont particulièrement exposés aux accidents du travail mais aussi aux accidents de trajet ou de mission⁴⁰³. Les enjeux portent sur la prévention des accidents de la route mais aussi sur l'adaptation des domiciles et des matériels, ce qui requiert un accord de l'utilisateur et de ses proches. La situation de travailleur isolé, quand le salarié intervient seul, l'expose aussi à des risques d'accidents, plus fréquents et plus graves.

Les maladies professionnelles présentent la même surreprésentation dans les quatre catégories d'établissements et services susmentionnés.

⁴⁰³ L'accident de trajet concerne les allers-retours entre le domicile du salarié et ses lieux de travail. Si le salarié passe sur un site de l'ESMS (bureaux ou structure d'accueil ou d'hébergement) avant d'aller au domicile d'une personne accompagnée, il s'agit alors d'un accident de mission.

Le cas particulier des Esat

La situation des établissements et services d'aide par le travail (Esat) est particulière : les salariés et les travailleurs handicapés qui y sont accompagnés réalisent des activités de production et de commercialisation, susceptibles d'exposer à des risques professionnels supplémentaires. Tel est par exemple le cas des activités de menuiserie en Esat, dont des préventeurs de la branche AT-MP estiment qu'elles doivent faire l'objet de mesures de prévention spécifiques. Tel peut être le cas d'autres activités, parfois réalisées en sous-traitance dans des entreprises. L'enregistrement des activités de production des Esat dans la nomenclature APE⁴⁰⁴ faciliterait la gestion du risque.

II - La prévention des risques professionnels, un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service

L'augmentation continue des arrêts de travail dans les ESMS fragilise la qualité des soins et des accompagnements des personnes âgées ou handicapées. Ses différentes causes appellent des actions résolues pour améliorer la santé et la sécurité au travail des personnels des ESMS.

A - Des organisations de travail déstabilisées, des professionnels exposés à des risques multiples

1 - Des taux d'encadrement trop faibles qui accentuent les risques professionnels et dégradent la qualité de service

Les données de l'Anap permettent d'établir un rapport entre le taux d'encadrement de certains ESMS et le taux d'absentéisme au titre des risques professionnels.

⁴⁰⁴ APE : activité principale exercée (nomenclature Insee des secteurs d'activité).

Un meilleur taux d'encadrement permet par exemple aux aides-soignants d'intervenir à deux, là où une intervention seul expose à des risques, notamment lors de transferts de résidents, pour les toilettes ou le passage de la position allongée à la position assise. Le temps consacré aux relations avec chaque résident et ses proches ne peut que s'en trouver amélioré.

Plus le taux d'encadrement d'un Ehpad est proche du ratio d'un agent pour un résident, fixé par le plan solidarité grand âge du 27 juin 2006, moins les arrêts pour accidents de travail ou maladie professionnelle sont nombreux. Ce résultat a été établi par une méthode statistique⁴⁰⁵, qui montre un effet très significatif du taux d'encadrement sur le taux d'absentéisme et permet de le quantifier. La valeur médiane du taux d'encadrement se situe aujourd'hui très en deçà du ratio cible, avec 0,66 salarié par résident. Atteindre le ratio d'un salarié pour un résident permettrait de diminuer d'un tiers le taux d'absentéisme lié aux accidents du travail et maladies professionnelles en Ehpad, et de le faire passer de 2,3 % à 1,54 %.

En revanche, dans les MAS, la sinistralité n'est pas liée au taux d'encadrement, dont le niveau moyen est élevé (1,4 ETP par résident) en raison des besoins spécifiques de l'accompagnement de personnes polyhandicapées. Elle est donc corrélée à la formation, à l'organisation du travail et à la disponibilité de matériels adaptés.

Concernant les Ssiad, le taux d'encadrement médian de 0,25 ETP par place est très faible et rend impossible des interventions à deux chez les usagers, ce qui serait nécessaire pour réduire l'exposition aux risques d'accidents et de maladie professionnelle.

Le virage dit « domiciliaire », encouragé depuis plusieurs années, doit prendre en compte le nécessaire équilibre entre l'intensité des besoins de soins et d'accompagnement des personnes âgées ou handicapées d'une part et la santé et la sécurité au travail des intervenants d'autre part. L'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile⁴⁰⁶, menée dans onze régions, est à ce titre intéressante. Cette démarche, qui concerne 600 personnes âgées, consiste à soutenir les intervenants au domicile de ces personnes, par une coordination renforcée et pluriprofessionnelle, avec l'appui d'un Ehpad. Son impact sur le risque professionnel devra être mesuré.

⁴⁰⁵ Modèle Tobit, avec une valeur p inférieure à 0,0001.

⁴⁰⁶ Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (Drad) pour les personnes âgées. Il s'agit d'une expérimentation au titre de l'article 51 de la LFSS 2018.

2 - Des tensions élevées sur le recrutement qui aggravent l'impact qualitatif et financier de l'absentéisme

La Cour a récemment observé pour les Ehpad⁴⁰⁷ que le cumul de difficultés (insuffisance du taux d'encadrement, mauvaise organisation des cycles de travail, absentéisme, manque de formation) est à l'origine de problèmes de qualité de prise en charge. Facteur aggravant, les aides-soignants font aujourd'hui partie des quinze professions les plus recherchées par les employeurs en France⁴⁰⁸, avec des postes parmi les plus difficiles à pourvoir. En conséquence, au sein des établissements et services médico-sociaux, l'encadrement consacre une très large part de son temps à la recherche de remplaçants, au détriment du soutien des équipes en place.

Cette situation résulte notamment du manque d'attractivité salariale dont a longtemps souffert le secteur. Les rémunérations du secteur médico-social ont certes été fortement réévaluées par les accords du Ségur de la santé (+ 10 % environ en brut). Toutefois, l'échelonnement de ces revalorisations salariales a fragilisé le secteur privé non lucratif du handicap et des services de soins à domicile : les démissions des salariés partis exercer dans les secteurs ayant, les premiers, bénéficié des revalorisations, auraient représenté près de 25 % des effectifs, voire 40 % dans certaines situations⁴⁰⁹. Les démissions des salariés n'ont pas toujours pu être compensées et les services rendus aux usagers ont été réduits en conséquence.

Les tensions sur les métiers du secteur médico-social vont aussi être aggravées par des départs à la retraite : 245 000 emplois seront à pourvoir d'ici 2030⁴¹⁰, dont 166 000 pour les aides-soignants. Face à la pénurie de personnels diplômés, les employeurs recrutent des personnels « faisant-fonction » d'aides-soignants, solution qui ne peut être que très limitée, notamment à domicile, et qui est impossible pour des infirmiers. Pour leur part, les pouvoirs publics ont déployé différentes mesures dans le cadre du plan attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie : accès à la validation des acquis de l'expérience, formations courtes, promotion en alternance.

⁴⁰⁷ Cour des comptes, « *Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad* », Rapport public annuel 2022, page 84.

⁴⁰⁸ Conseil économique social et environnemental, *Les métiers en tension*, 12 janvier 2022, page 23. Projections de France Stratégie avec la Dares.

⁴⁰⁹ Source : discours du Premier ministre pour la conférence des métiers du social et du médico-social du 18 février 2022, page 5.

⁴¹⁰ Op. cit. Projections de France Stratégie avec la Dares.

Le recours aux contrats à durée déterminée pour les aides-soignants

Sur 400 000 aides-soignants exerçant en France, 186 000 signent des contrats courts dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale⁴¹¹. Pour 120 000 d'entre eux, les CDD interviennent en complément d'un emploi stable. Par ailleurs, 66 000 travaillent exclusivement dans le cadre de contrats courts, en nombre limité (cinq en moyenne dans l'année) pour 54 000 d'entre eux, mais en usage intensif (46 en moyenne dans l'année) pour 12 000.

Certains ESMS employant 50 ETP concluent près de 450 CDD par an, phénomène observé par la Cour dans ses contrôles. La tension sur le marché du travail dans ce secteur est telle que la relation d'emploi s'en trouve modifiée. Plusieurs études publiées par la Dares⁴¹² montrent ainsi que les CDD sont plus souvent choisis que subis, les salariés arbitrants en faveur de revenus améliorés du fait de la prime de précarité et de l'indemnité de congés payés. Les signataires d'un CDD se trouvent souvent en position de négocier au mieux les contraintes de planning. Par ailleurs, plus de 10 % des aides-soignants cumulent plusieurs emplois, ce qui accroît les risques potentiels pour la santé et la sécurité au travail. Le fait qu'il y ait près de 40 000 aides-soignants⁴¹³ inscrits à Pôle emploi corrobore le constat d'une accumulation de CDD successifs dans le secteur médico-social.

⁴¹¹ Dares Analyses n° 25, « *Qui sont les signataires des contrats courts ?* », mai 2021, Dares Analyses n° 18, « *Quels sont les usages des contrats courts ?* », mai 2021 et Dares, Rapport d'études n° 003, « *À quels besoins correspond l'usage intensif des contrats courts, approche comparée de l'hôtellerie-restauration et du secteur médico-social* », mai 2021.

⁴¹² Dares, *op. cit.*

⁴¹³ Pôle Emploi, données de février 2022. 16 060 aides-soignants inscrits en catégorie A (absence d'activité) et 22 800 en catégories B et C (activité partielle). 71,5 % en catégorie A ont une durée d'inscription au chômage inférieure à un an.

3 - Des risques affectant principalement les aides-soignants, métier clé du secteur médico-social

L'identification des métiers du médico-social les plus exposés aux risques professionnels n'est pas possible à partir des données de la Cnam. Elle est en revanche possible à partir des données recueillies par la CNRACL pour les agents de la FPT et pour ceux de la FPH. L'examen de la sinistralité dans les ESMS, relevant de la FPH, dont la structure d'emploi est comparable à celle des ESMS privés, est à cet égard intéressant. En 2018, 51 % des nouveaux pensionnés au titre de l'invalidité, relevant de la FPH et pris en charge par la CNRACL⁴¹⁴ étaient des aides-soignants et des agents de services hospitaliers. Ces personnels étaient ainsi surreprésentés au regard de leur part dans les effectifs de la FPH (34 %), à la différence des infirmiers qui ne représentent que 8 % de ces nouveaux pensionnés, alors qu'ils constituent 25 % des effectifs⁴¹⁵.

La situation des aides-soignants appelle donc un suivi très attentif au regard des multiples risques professionnels auxquels ils sont exposés. Dans un récent rapport⁴¹⁶, l'Académie de médecine recommande de « *valoriser fortement la formation de tout le personnel, en priorité le métier d'aide-soignant, pivot essentiel des soins en Ehpad par leurs missions plus larges et leurs charges plus lourdes que dans le secteur sanitaire* ». Les aides médico-psychologiques, les agents de services hospitaliers ou encore les agents de services logistiques, souvent appelés comme faisant-fonction à la place des aides-soignants, sont aussi concernés par cette multi-exposition aux risques professionnels⁴¹⁷.

Comme cela est habituel en matière de risques professionnels, les accidents surviennent dès les premières années d'exercice. Leur impact est plus sévère après 45 ans, avec des arrêts de travail plus longs. Dans les ESMS relevant du secteur des personnes handicapées, 68 % des accidents – 60 % dans le secteur des personnes âgées – correspondent à des manutentions manuelles ou à des transferts de résidents, ce qui justifie, à titre préventif, l'installation de matériels adaptés.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus par les services de prévention et de santé au travail avec les Carsat et les directions

⁴¹⁴ CNRACL, Étude de l'invalidité, 2018, page 34.

⁴¹⁵ Questions retraites et solidarités ; « *L'emploi dans la fonction publique hospitalière* » ; octobre 2019 n° 28, page 8.

⁴¹⁶ Académie de médecine : « *Après la crise Covid, quelles solutions pour l'Ehpad de demain ?* », 18 janvier 2022, pages 9 et 12.

⁴¹⁷ Environ. Risques et Santé, « *Plan santé au travail 2016-2020 : mieux connaître la poly-exposition* », Clémence Fourneau et al. Volume 20, n°4, juillet-août 2021, page 379.

régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) devraient ériger en priorité la prévention des risques professionnels auxquels sont exposés les aides-soignants (et personnels faisant fonction).

Des documents de référence pour accentuer la connaissance du risque et sa prévention devraient être élaborés et diffusés.

Plusieurs axes complémentaires de prévention

L'organisation du travail est un premier axe de progrès, lié au renforcement des effectifs et à la réduction du *turn over*.

Des investissements en matériels sont aussi indispensables, comme les rails de transfert ou d'autres équipements adaptés pour prévenir les accidents et les TMS. Des équipements individuels sont aussi utiles, comme par exemple la mise à disposition de chaussures adaptées plutôt que l'usage très répandu de chaussures ouvertes, sabots ou sandales, qui augmentent les risques de chutes et leur retentissement.

La formation des salariés est un autre axe de prévention à développer, comme par exemple des séances régulières avec un ergothérapeute, pour rappeler les gestes et postures en situation de travail, ou à l'occasion de l'entretien avec le médecin du travail, lors de la visite de reprise après chaque arrêt de travail au titre des risques professionnels.

Enfin, les arrêts de travail pour maladie et ceux résultant d'AT-MP représentant, pris ensemble, plus de 60 % de la progression des absences dans les ESMS entre 2016 et 2019, il convient que les organismes des branches maladie et AT-MP développent à grande échelle des actions de prévention conjointes dans le secteur médico-social, ciblées sur les structures privées et, le cas échéant, publiques, pour lesquelles la fréquence des arrêts de travail pour maladie et AT-MP est la plus élevée, dans la suite des travaux menés en 2017⁴²⁰.

⁴²⁰ Cnam, rapport *Charges et produits* 2017, page 87.

B - Tarifier le risque AT-MP des structures médico-sociales en fonction de leur sinistralité

Comme cela est généralement le cas pour l'exercice d'activités présentant peu de risques professionnels, les employeurs privés du secteur médico-social sont soumis à un même taux de cotisation, qui dépend du niveau moyen d'AT-MP du secteur.

Cette situation n'est pas justifiée, au regard du niveau globalement très élevé de la sinistralité : comme plusieurs parties prenantes le soulignent (DGCS⁴²¹, Cnam, agences régionales de santé, organisations syndicales), des taux individuels, fixés notamment en fonction de la sinistralité propre de chaque structure du secteur, seraient de nature à récompenser les efforts de prévention et, à l'inverse, à sanctionner leur insuffisance. Il est d'ailleurs notable que les polices d'assurance complémentaire souscrites par les employeurs du secteur prévoient des primes fixées en fonction de la sinistralité de chaque structure.

Les fédérations d'employeurs privés (Feehan, Nexem, Synerpa) appréhendent toutefois la mise en place à court terme de taux différenciés en fonction de la sinistralité. Elles ne seraient prêtes à l'envisager qu'à un horizon de moyen terme, dans un contexte moins difficile en termes de vacances de postes et de difficultés de recrutement.

La Cour des comptes⁴²² a déjà souligné l'intérêt d'incitations tarifaires à la prévention, tout en estimant que la mise en place d'une tarification mixte⁴²³ ou individuelle⁴²⁴ est à considérer prudemment pour les structures aujourd'hui en tarification collective. Dans le domaine des ESMS, il y aurait lieu de mettre en place des taux de cotisation AT-MP tenant compte du niveau de risque selon les différentes catégories d'établissements et, le cas échéant en fonction de leur taille, de la sinistralité de chaque structure. Il conviendrait de veiller à la progressivité de la mise en œuvre de cette évolution, qui n'aura globalement pas d'impact sur le montant total des cotisations versées par l'ensemble des ESMS, d'une part, et qui ne devra pas augmenter le reste à charge des usagers, d'autre part.

Cependant, pour les ESMS publics, ces évolutions des règles de tarification ne seraient applicables qu'aux contractuels et agents à temps

⁴²¹ Direction générale de la cohésion sociale.

⁴²² Cour des comptes, « *La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer* », Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

⁴²³ Pour les établissements entre 20 et 149 salariés.

⁴²⁴ Pour les établissements de plus de 149 salariés.

non complet affiliés à la branche AT-MP de la Cnam. Pour les autres agents du secteur public, il faudra *a minima* assurer la déclaration exhaustive des sinistres et recoller les statistiques de sinistralité collectées par la CNRACL avec les données de la branche AT-MP. Cela permettra de dresser un bilan coût-avantage de la situation d'assureur en propre des ESMS publics.

C - Faire de la maîtrise des risques professionnels dans les ESMS une priorité nationale

1 - Structurer un pilotage transversal du risque

Des mesures financières importantes ont été décidées récemment par les pouvoirs publics⁴²⁵, pour la revalorisation salariale des personnels socio-éducatifs, suivant celle déjà engagée pour les personnels soignants. Ces mesures s'ajoutent donc aux 125 M€ alloués aux Ehpad⁴²⁶ pour des « *investissements du quotidien* », lesquels constituent un levier de prévention primaire⁴²⁷ et aux 300 M€ par an sur cinq années, pour l'amélioration du bâti. En outre, 15 M€ sont consacrés à renforcer l'attractivité du secteur et 50 M€, financés par la branche AT-MP, doivent soutenir durant quatre ans les initiatives de prévention dans le secteur privé de l'aide et des soins à la personne⁴²⁸. Aucune indication n'a été apportée concernant des financements pour le secteur public.

Toutefois, le pilotage national de ces moyens n'apparaît pas organisé. La DGCS exerce des missions qui s'étendent à l'ensemble des ESMS publics et privés, mais les risques professionnels ne figurent pas explicitement dans ses compétences. Pour le secteur des ESMS publics, aucune coordination n'est prévue entre la Cnam et la CNRACL.

⁴²⁵ La conférence des métiers du social et du médico-social du 18 février 2022 a octroyé 1 Md€ avec un financement partagé entre l'État et les départements, et 500 M€ pour l'unification des conventions collectives.

⁴²⁶ Accords du Ségur de la santé.

⁴²⁷ La prévention primaire consiste à réduire les risques (adapter les locaux et les postes de travail avec des matériels adaptés) ; la prévention secondaire porte sur les actions collectives et organisationnelles (formation par exemple) ; la prévention tertiaire relève des mesures individuelles (reclassement).

⁴²⁸ Secteur plus large que le seul secteur médico-social.

Au plan régional, l'énoncé réglementaire des missions des ARS ne prévoit pas non plus leur rôle en matière d'attractivité et de gestion du risque professionnel dans le secteur des ESMS. Cependant, un travail conjoint des ARS avec les Carsat, les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) et Dreets a été engagé depuis plusieurs années, comme en Bretagne et en Auvergne-Rhône-Alpes, mais il concerne principalement les ESMS du secteur privé, faute d'un dispositif structuré de gestion du risque et de prévention pour le secteur public, équivalent à celui des Carsat. À cet égard, les ARS et les Carsat doivent pouvoir disposer d'informations sur la sinistralité des personnels titulaires des ESMS publics, pour bénéficier d'une vision globale de leurs risques.

Toutefois, les mesures de soutien à l'attractivité des emplois du secteur et à l'amélioration de la qualité et des conditions de vie au travail, pour indispensables qu'elles soient, sont des stratégies trop indirectes et trop indifférenciées pour espérer atteindre, à l'horizon de juillet 2023, l'objectif, fixé par le ministère des solidarités et de la santé⁴²⁹, de réduction de 2 % de l'indice de fréquence des accidents dans les ESMS. Une approche plus directe et plus ciblée est nécessaire, dont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS, les départements et chaque gestionnaire d'ESMS peuvent être l'un des vecteurs.

2 - Mieux utiliser les CPOM conclus par les ESMS

L'utilisation, comme c'est le cas aujourd'hui, d'appels à projet pour améliorer la prévention et mieux gérer le risque AT-MP dans le secteur médico-social ne paraît pas adaptée aux enjeux : les ESMS qui sont en mesure de dégager du temps pour élaborer des dossiers de candidature ne sont généralement pas les plus en difficulté en matière de gestion et de maîtrise des risques professionnels.

Les CPOM, conclus avec chaque organisme gestionnaire d'ESMS, apparaissent plus adaptés. Ils permettent de graduer les objectifs et les indicateurs de suivi, et de conditionner les moyens d'accompagnement alloués à l'action de l'ESMS en matière de prévention. Les CPOM peuvent non seulement définir des objectifs partagés et cohérents, associés à plusieurs signaux (sinistralité, investissements de prévention, absentéisme, isolement, vacances de direction), mais aussi organiser une mesure de l'impact des actions engagées.

⁴²⁹ Instruction DGCS/4B/2018/177 du 17 juillet 2018 relative à la mise en œuvre d'une stratégie de promotion de la qualité de vie au travail dans les établissements médico-sociaux.

Faire du risque professionnel une des priorités des CPOM

Il pourrait être demandé à chaque ESMS, préalablement à la conclusion du CPOM (ou d'un avenant à celui-ci), de présenter le document unique d'évaluation des risques professionnels actualisé et accompagné de l'avis des représentants du personnel, ou encore l'organisation d'une formation de référents en prévention des risques des activités physiques⁴³⁰.

Pour les quatre catégories d'ESMS les plus exposées aux risques professionnels, les CPOM pourraient également prévoir des objectifs chiffrés de baisse de la fréquence des AT-MP, en complément des investissements en matériels adaptés ou des mesures de formation et d'accompagnement à la prévention des risques psycho-sociaux. Le taux d'absentéisme pour maladie et au titre des AT-MP devrait également constituer un des indicateurs de suivi du contrat.

Les CPOM doivent permettre non seulement de concentrer sur les ESMS à risques élevés les crédits alloués aux ARS par le ministère, mais aussi de mettre en cohérence l'ensemble des moyens mobilisables (plan d'aide à l'investissement de la CNSA, subventions des départements, affectation des résultats éventuels des ESMS, crédits non reconductibles, accompagnements et subventions des Carsat pour le secteur privé, crédits délégués au titre de l'attractivité).

3 - Favoriser les rapprochements entre établissements et services médico-sociaux

Les 22 000 ESMS sont gérés par près de 7 400 personnes morales publiques ou privées. Cependant, près des deux tiers d'entre elles ne gèrent qu'un seul ESMS. Les recrutements leur sont plus difficiles à réaliser⁴³¹. La gestion de plusieurs structures favorise, au contraire, la mise en place de fonctions support plus solides, notamment en ressources humaines.

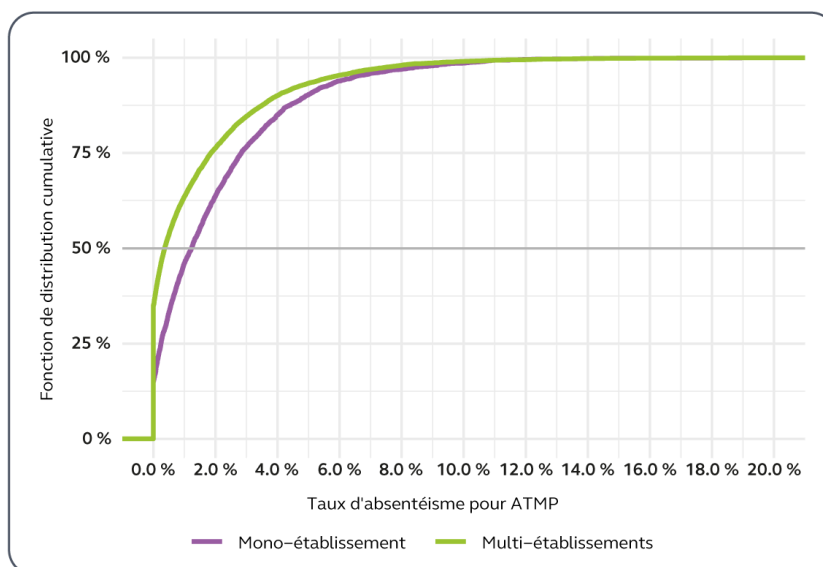
La fréquence de l'absentéisme au titre des AT-MP s'avère ainsi plus élevée lorsque des personnes morales publiques ou privées ne gèrent qu'un seul ESMS. Ainsi, le taux médian d'absentéisme pour AT-MP est de 0,34 % pour les structures multi-établissements, mais s'élève à 1,34 % pour les gestionnaires mono-établissements.

⁴³⁰ Les formations Prap ont été modélisées et déployées par l'institut national de recherche en sécurité (INRS).

⁴³¹ Pôle emploi, « *Statistiques, Études et Évaluation* », n° 52 avril 2019, page 6.

Par ailleurs, la taille limitée et la gestion isolée d'une large part des ESMS rendent très difficiles les adaptations de poste ou les reclassements. Cela conduit à de nombreuses inaptitudes, mises en invalidité et licenciements.

Graphique n° 16 : distribution du taux d'absentéisme pour AT-MP selon le caractère isolé ou regroupé de la gestion des ESMS



Source : Cour des comptes, données Anap. Note de lecture : 75 % des ESMS gérés au sein de groupes, contre 60 % des ESMS qui sont isolés, ont un taux d'absentéisme AT-MP inférieur à 2 %

Les projets régionaux de santé (PRS) peuvent comporter des objectifs quantitatifs et qualitatifs opposables en matière de prévention des risques professionnels, comme en matière de regroupements médico-sociaux ou de relocalisations d'implantations géographiques devenues inadaptées. Les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022⁴³² pour les PRS actuels n'ont pas conduit à l'adoption de mesures ambitieuses, concernant la santé et la sécurité au travail dans le secteur de l'aide et des soins à la personne. Les axes stratégiques des prochains PRS pour la période 2023-2028 doivent être volontaristes à l'égard des établissements et services dont la sinistralité est élevée et chronique, et dont la direction serait indifférente aux injonctions des régulateurs en matière de prévention.

⁴³² Décret 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux des secteurs du handicap et du grand âge doit faire face à de nouveaux enjeux. L'espérance de vie des personnes lourdement handicapées s'est améliorée mais requiert un personnel spécifiquement formé et en nombre suffisant, notamment dans des établissements d'hébergement qui accueillent aujourd'hui les situations les plus sévères. Ce constat résulte du développement rapide des accompagnements à temps partiel et à domicile. Les besoins évoluent également dans le secteur du grand âge : le vieillissement de la population et l'augmentation de la perte d'autonomie aux âges élevés ont transformé la nature des Ehpad et des services de soins à domicile. Les tensions sur l'emploi dans le secteur médico-social augmentent la charge de travail par professionnel et les risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Les stratégies de prévention et les méthodes d'appréciation des risques professionnels mises en place dans d'autres secteurs d'activité sont en retard dans ce secteur.

Pour rendre attractif l'emploi dans les établissements et services du grand âge et du handicap et reconstituer et stabiliser leurs équipes, il est nécessaire, parmi d'autres mesures, d'adopter une démarche résolue de prévention et de réduction des risques professionnels, qui est une composante importante de la qualité de vie et des conditions de travail.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 20. publier l'arrêté rendant obligatoire pour les employeurs publics la déclaration des accidents de service et maladies professionnelles à la CNRACL, ainsi qu'à la Cnam afin de faciliter la coordination de la prévention des risques professionnels dans l'ensemble du secteur médico-social (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, DGAFP, DGCL, CNRACL) ;*
- 21. élaborer des indicateurs de ratios de personnels soignants requis dans les ESMS et rendre obligatoire la publication pour chaque établissement du niveau atteint par ces indicateurs (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, CNSA)⁴³³ ;*

⁴³³ Cf. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, *La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad : un nouveau modèle à construire*, février 2022 (recommandation n° 9).

22. *structurer dans le cadre des CPOM une politique régionale de maîtrise du risque professionnel dans les ESMS publics et privés (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, ministère chargé du travail, ARS, CNSA, Cnam, CNRACL) ;*
 23. *mettre en place progressivement une tarification AT-MP tenant compte du niveau de risque par catégorie d'ESMS et, le cas échéant, par établissement (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam) ;*
 24. *élaborer des recommandations sur la prévention et la santé au travail des aides-soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, et leurs faisant fonction, exerçant dans les ESMS (ministère chargé de la santé et des affaires sociales, Cnam, Anact, société française de médecine du travail).*
-