

Attractivité des métiers de l'autonomie : pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels

JUILLET 2025
2024-095R

• TOME 1 : RAPPORT

Nadiège
Baille

Sarah
Bartoli

Lucile
Olier

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec la participation de Juliette **Berthe**, Lisa **Bernanose** et Claire **Pirat**



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHESE

[1] Par lettre du 3 décembre 2024, le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les Femmes et les Hommes a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission d'évaluation relative à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) dans les métiers du social et du médico-social. Cette **mission constitue le troisième volet des travaux de l'Igas sur l'attractivité des métiers du champ social**, après celle relative à la résolution des tensions de recrutement et celle relative aux outils de pilotage de la masse salariale¹. La lettre de mission insistait sur les leviers qui permettraient de concourir à la réduction de la sinistralité, à l'amélioration de la QVCT ainsi qu'à la réduction de la pénibilité.

[2] Au regard du double enjeu que constituent la fréquence des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) dans les établissements et service du grand âge et du handicap et les tensions de recrutement marquant leurs métiers, **la mission a choisi de centrer ses travaux sur le champ de l'autonomie**.

[3] La mission a fondé ses analyses sur de nombreux entretiens², l'exploitation des documents et données disponibles (Dares, Drees, Assurance maladie, ATIH), une enquête auprès des agences régionales de santé (ARS) ainsi qu'un parangonnage international (Québec) et sectoriel (BTP). Elle a cherché par ailleurs, lors des déplacements de terrain, à documenter, des démarches probantes en matière de sinistralité, de QVCT et d'attractivité pour nourrir ses propositions.

[4] Les conditions de travail sont contraignantes dans le secteur³ et ont un impact sur les difficultés de recrutement et le *turn-over*⁴. Pourtant, ses métiers bénéficient d'une bonne image et suscitent un fort engagement. Mais les salariées sont surexposées à certains risques, telles les manutentions manuelles et les agressions. **Améliorer ses conditions de travail et préserver sa santé comptent parmi les principales motivations des salariées qui envisagent une mobilité professionnelle, devant la rémunération**.

[5] **Plusieurs rapports récents⁵ ont mis en lumière la fréquence des accidents du travail dans le secteur avant la pandémie**. Malgré les nombreuses limites des données, notamment sur le champ public, la mission a pu actualiser les constats. Dans un contexte de baisse générale post-Covid, la

¹ Atger, PM et Hautchamp, M. (2024), Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Igas, rapport n° 2024-069R ; Djataou NY., Le Bayon D. et Marty-Chastain C. (2025), Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social, Igas, rapport n° 2024-073R, mars.

² Voir également la liste des personnes rencontrées.

³ Drees (2025), « Les conditions de travail des professionnelles du social et de santé », *Data.Drees*, juin.

⁴ Coutrot, T. (2022), « Quelles sont les conditions de travail qui contribuent le plus aux difficultés de recrutement dans le secteur privé ? », Dares, *Dares Analyse*, n° 26, juin.

⁵ Voir notamment : Libault, D., (2019), Rapport de la concertation grand âge et autonomie, rapport à la ministre des Solidarités et de la santé, mars ; El Khomri, M., (2019), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, 2020-2024, rapport remis à la ministre des Solidarités et de la santé, octobre ; Cour des comptes (2022), RALFSS 2022, chapitre VI, « Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap », oct. ; Haut conseil du travail social, (2023), Livre blanc du travail social, sous la direction de Klein, M., président du HCTS.

fréquence des accidents du travail reste **plus de 2,5 fois supérieure à la moyenne nationale** et 1,7 fois supérieure à celle du BTP, avec 70 accidents pour 1000 salariés en 2023. Elle est particulièrement élevée et est associée à un fort taux de gravité dans certaines catégories d'établissements et services relevant du grand âge et du handicap : les services à domicile, de soin et d'aide ; les Ehpad et accueils de jour ; les maisons d'accueil spécialisées (Mas), suivies des foyers d'accueil médicalisés (Fam) et établissement d'accueil médicalisés (EAM).

[6] **Cette sinistralité a un coût estimé⁶ en 2023 à 20 000 équivalents temps pleins (ETP) perdus au titre de l'absentéisme ATMP soit près de 0,9 Md€. Il s'agit d'une estimation basse du fait de la sous-déclaration des ATMP. Par ailleurs, elle se traduit par des départs prématurés pour inaptitude⁷ et contribue au turn-over du personnel, qui pèse sur l'organisation interne et le budget des établissements (recours à l'intérim⁸).**

[7] Alors qu'il fait intervenir des métiers communs, le champ de l'autonomie, est marqué par la diversité des statuts des employeurs (public, privé lucratif et non lucratif) et le morcellement de sa représentation professionnelle avec pas moins de neuf branches pour le secteur privé. **Cela ne facilite ni la prise de conscience des enjeux, ni la représentation du secteur, ni l'activation de réponses efficaces.** L'implication des employeurs et de leurs organismes représentatifs dans la prévention des risques comme l'amélioration de la QVCT est d'ailleurs apparue très variable selon les investigations conduites par la mission, ceux des secteur public et non lucratif se caractérisant par des initiatives plus fortes, tempérées par leur portée sectorielle respective modeste.

[8] Ce morcellement est l'un des facteurs qui a contribué au bilan en demi-teinte des actions conduites en matière d'amélioration de la QVCT depuis le premier cadre posé par l'instruction 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 de l'autonomie⁹. **Par ailleurs, alors que le rapport El Khomri (2019) est venu souligner la priorité forte à donner à la baisse de la sinistralité, la création de la branche autonomie en 2021 et le concours de la CNSA à l'attractivité des métiers ne se sont pas traduits par des ajustements majeurs de cette stratégie.** Finalement, les crédits qui l'ont accompagnée demeurent peu lisibles, difficiles à reconstituer, et mal orientés. En outre, l'absence d'évaluation nationale ne permet pas d'en mesurer les impacts.

[9] En parallèle, les Conventions d'objectifs et de gestion (Cog) de la branche ATMP font du secteur une priorité depuis 2014, avec des programmes d'accompagnement spécifiques. La mise en place du fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle¹⁰ (Fipu) en 2024 a permis d'accroître les montants consacrés au secteur (qui sont passés de 3 M€ à 8,7 M€ entre 2022 et 2024). Ceux-ci demeurent néanmoins modestes au regard de sa faible culture de prévention, constatée par l'ensemble des Carsat rencontrés par la mission. De plus, l'articulation, au niveau régional, entre les ARS et les Carsat n'est pas systématique, alors qu'elle devrait l'être, comme le montre l'enquête réalisée par la mission.

⁶ Sur la base de 4,4 millions de journées perdues au titre des ATMP, avec 1 ETP = 225 jours de travail et une hypothèse de coût moyen par ETP de 43 000 €.

⁷ Estimés à 19 000 sur le champ plus large de de l'hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement en 2023.

⁸ Doublement sur la période sur le même champ plus large (cf. *supra*).

⁹ N°DGCS/4B/2018/177.

¹⁰ Créé par la loi retraite de 2023.

[10] **Ce bilan mitigé doit être mis en regard des faibles incitations structurelles adressées au secteur pour l’engager de manière plus résolue dans la lutte contre la sinistralité :**

- **Le régime de tarification AT/MP du secteur déroge au droit commun¹¹.** Tous les établissements sont soumis à une tarification collective, indépendante de leur sinistralité propre et calculée sur un ensemble plus vaste qui inclut des secteurs dans lesquels la sinistralité est beaucoup plus faible (petite enfance et action sociale). La cotisation ne constitue pas un signal prix qui inciterait les employeurs à s’engager dans une politique de prévention. Selon les simulations établies par la Cnam-DRP, en cas de passage au droit commun, les services à domicile et les établissements d’accueil et d’hébergement pour personnes âgées connaîtraient une augmentation théorique¹² forte de leurs cotisations (respectivement de +238 M€ et +162 M€) à l’inverse de l’accueil et hébergement pour personnes handicapées (-16 M€) et de la petite enfance et l’action sociale (-100 M€).
- **Les plans d’investissement du Ségur ont constitué une occasion manquée.** Si l’enveloppe principale, dédiée aux investissements immobiliers, a mis l’accent sur la transition des établissements en faveur d’un cadre de vie domiciliaire mais aussi sur le soutien à la qualité de vie au travail des professionnels¹³, les objectifs qui y contribuent n’ont pas été détaillés. Les ARS ont ainsi manqué d’un cadre clair pour piloter le volet QVCT des crédits du Ségur. Si l’enveloppe, plus restreinte, des investissements du quotidien ciblait plus explicitement des équipements utiles à la prévention des risques, tels les rails de transferts ou la motorisation des chariots, cet objectif figurait parmi sept autres sans priorisation particulière.
- **Le secteur de l’aide à domicile, le plus accidentogène et le moins attractif¹⁴, est pénalisé par un système de financement défavorable aux conditions de travail.** La tarification à l’heure des plans d’aide financés par l’allocation personnalisée d’autonomie (Apa) conduit au morcellement des emplois du temps, à la non-prise en charge des temps collectifs, et à des rémunérations faibles. Celles-ci sont en effet fondées sur les seules heures considérées comme productives¹⁵ et ne prennent pas en compte les temps entre deux vacations.

[11] Le parangonnage mené à l’échelle internationale et sectorielle a permis à la mission d’identifier des leviers de réponse pertinents. Le Québec a fait le choix d’une structuration paritaire et sectorielle de la prévention des risques à travers un office spécifique pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (l’ASSTSAS). En cohérence avec la stratégie domiciliaire que poursuit la province, ce dernier a développé un programme « zéro soulèvement manuel », qui s’appuie sur un appareil de formation et une préférence pour les aides techniques, deux leviers de transformation. En France, la structuration paritaire et sectorielle du bâtiment et

¹¹ Qui fait dépendre le taux de cotisation individuel en tout ou partie de la sinistralité de l’établissement pour ceux de 20 salariés ou plus ou de celle du secteur pour les plus petits. On parle de tarification à l’expérience.

¹² Hors dispositifs d’écètements, voir sur ce point le 4.3.2 du rapport.

¹³ Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l’investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

¹⁴ 24 % quittent le métier et le secteur au bout de 5 ans selon Jérôme Poulain, « Données sur les trajectoires de carrière de l’ensemble des professionnels du social, par profession », Drees, *Data Drees*, novembre 2024.

¹⁵ Devetter FX., Dussuet A. et Puissant, E. (2023), *L’aide à domicile, un métier en souffrance. Sortir de l’impasse*, les éditions de l’atelier et Devetter FX, Pucci, M. et Valentin, J. (2024), « Réduire les disparités et les coûts pour les finances publiques : vers un secteur public du care », *La Revue de l’Ires*, n° 112-113, 2024/1-2.

des travaux publics (BTP) peut également inspirer le médico-social au regard des résultats constatés en matière de baisse de la sinistralité sur longue période.

[12] Les démarches probantes, au regard des évaluations disponibles, conduites par des établissements et services médico-sociaux, dessinent également le chemin d'une possible stratégie réformée. **Ces démarches ont été restituées dans des monographies qui doivent inviter le secteur à valoriser les gains que peut engendrer la baisse de la sinistralité.**

[13] Sur la base de ces expériences réussies, la mission propose une stratégie qui repositionne clairement la prévention des risques professionnels au fondement du soutien public à la QVCT. Visant **un objectif simple, celui du zéro port de charge délétère pour la santé**, cette stratégie s'appuie sur trois piliers, la gouvernance, l'investissement matériel et managérial mais également la formation. Elle s'organise en deux tranches quinquennales.

[14] **Dans le cadre de la gouvernance nationale du chantier relatif à l'attractivité des métiers, un copilotage spécifique à la prévention des risques doit être assumé.** Au niveau régional, le binôme ARS-Carsat doit en assurer la déclinaison, en associant, les conseils départementaux à leur échelle. En relai de cette stratégie, au plus près des employeurs, un **organisme de prévention des risques dans le médico-social, œuvrant en intersectoriel** (public et privé) est proposé. La mission propose également **un passage au droit commun de la tarification ATMP, à préparer à l'horizon des futures conventions d'objectifs et de gestion de la branche ATMP et de la CNSA (2^e tranche).**

[15] Pour accompagner la transition, **la mission recommande d'une part un plan d'équipement et de financement exceptionnel.** Plusieurs actions sont préconisées, pour **équiper à 100 % les chambres d'Ehpad et de Mas en rails plafonniers d'ici dix ans, déployer largement les matériels et les aides techniques nécessaires aux soins de manutention y compris à domicile, financer un réseau de préventeurs à l'échelle territoriale, soutenir la transformation organisationnelle et managériale.** Cette dernière doit **promouvoir de nouveaux modes managériaux favorisant la participation des salariés et la confiance.** Elle s'appuiera sur les démarches probantes engagées et le renforcement de la formation des managers, notamment des dirigeants des structures.

[16] **La mission préconise d'autre part des actions relatives à la formation professionnelle en matière de prévention des risques.** Des actions spécifiques au secteur et labellisées par l'INRS ont vocation à intégrer les référentiels de formation initiale et continue des principaux métiers, y compris d'encadrement. En particulier, la formation geste et posture doit être bannie au profit des formations aux soins de manutention.

[17] **Ce plan d'action d'envergure a fait l'objet d'une chronique budgétaire pour les années 2026 à 2030, de l'ordre de 300 M€ par an en moyenne. Pour le financer, la mission a choisi de s'appuyer sur des outils existants : le Fipu, qu'il conviendrait de mieux flécher vers le médico-social, le fonds de prévention des ESMS¹⁶, mais également la dotation complémentaire. Néanmoins, une contribution additionnelle de l'ordre de cinq à 20 M€ par an sur les fonds existants sera nécessaire pour boucler le financement d'ensemble.**

[18] Ce plan offre des perspectives d'optimisation pour le secteur, à travers la baisse de la sinistralité et du nombre de jours d'absence. Les évaluations économiques dont la mission a eu

¹⁶ Prévu par loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale portant la réforme des retraites, ce fonds de prévention n'a pas encore été institué faute de décret d'application.

connaissance attestent que les retours sur investissement dans le cadre de mesures similaires sont rapides (moins de cinq ans). Ces derniers n'ont pas été intégrés dans la modélisation mais ils doivent être pris en compte par les décideurs.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Stratégie et gouvernance				
1	Réformer la stratégie nationale d'amélioration de la QVCT dans le secteur médico-social par une instruction cadre, qui assume, à l'appui d'une gouvernance renforcée dans le cadre du plan attractivité, un objectif de zéro port de charge délétère pour la santé	1	DGCS	2026
2	Construire, grâce à des données consolidées sur le secteur privé et public, une vision partagée de la sinistralité du secteur	2	DGCS	2026
3	Mandater, par une instruction commune aux deux réseaux, les ARS et les Carsat pour piloter les feuilles de route régionales relatives à la réduction de la sinistralité dans le secteur médico-social associant les conseils départementaux à leur échelle	1	CNSA DRP	2026
4	Créer un organisme de prévention des risques professionnels du médico-social œuvrant sur l'ensemble des établissements et services du grand âge et du handicap, publics et privés.	1	DGCS DRP	2027
5	Faire évoluer les modalités de tarification ATMP du secteur en les alignant sur le droit commun et en définissant une trajectoire d'accompagnement pour le secteur	1	DRP	Post 2030
Financement et équipement				
6	Lancer un plan d'investissement sur dix ans, piloté par les ARS, pour équiper 100 % des chambres d'Ehpad et de Mas en rails plafonniers à horizon 2035	1	DGCS CNSA	2026-36
7	Mandater la CNSA pour établir en associant l'INRS et la direction des risques professionnels le cahier des charges en rénovation et/ou en construction des ESMS pour créer un environnement favorable à la santé au travail	2	DGCS	2027
8	Abonder et repositionner le fonds de sinistralité à hauteur de 20 M€, sur cinq ans, piloté par les ARS, pour faciliter l'équipement en matériel et aides techniques nécessaires aux soins de manutention en Ehpad et en Mas	1	DGCS	2026-30
9	Structurer un réseau de préventeurs à l'échelle territoriale chargés de développer l'analyse des risques sur les lieux de travail et de soutenir les établissements	1	CNSA DRP	2026 -30

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
	et services dans l'élaboration de leurs plans de prévention			
10	Porter une mobilisation exceptionnelle du Fipu pour le secteur médico-social à hauteur de 30 M€ par an sur la durée du plan d'investissement et ajuster, à titre dérogatoire, les règles de plafonnement pour les entreprises du secteur	1	DRP	2026-28
11	Publier le décret portant création du fonds de prévention des établissements de santé et des ESMS et en inscrire les crédits en PLFSS pour financer le plan d'action sinistralité	1	DGOS	2026
12	Amplifier l'accompagnement des services à domicile en matière de prévention des risques en s'appuyant sur le financement de la dotation complémentaire et sur des expérimentations relatives aux conditions de réussite d'un programme de soins de manutention propre au secteur	1	CNSA	2026-30
13	Soutenir la transformation organisationnelle et managériale du secteur par le biais d'appels à manifestation d'intérêt dans le cadre d'une enveloppe annuelle de 30 M€ déléguée aux ARS, en assurer l'évaluation et l'essaimage	1	ARS	2026-30
Formation initiale et continue				
14	Revoir les maquettes de formation des bacs professionnels préparant aux métiers du soin et des diplômes préparant aux métiers d'aide-soignante, d'infirmière, d'éducateur et d'accompagnant éducatif et social pour y intégrer un module de sensibilisation à la santé personnelle et un module de formation aux soins de manutention	1	DGCS DGOS	2027
15	Intégrer à la maquette des diplômes délivrés par l'EHESP (DH, DESSMS, directeur de soins) des modules de formation à la prévention des risques professionnels, dont la formation aux soins de manutention et au management de la QVCT	1	DGOS	2027
16	Assurer la montée en charge des actions de formation continue obéissant à un référentiel ajusté en matière de soins de manutention, en incitant les branches à s'en saisir par un concours priorisé de la CNSA sur ces actions dans les conventions avec les Opco	2	CNSA	2027

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	7
SOMMAIRE.....	9
RAPPORT.....	13
1 DES CONDITIONS DE TRAVAIL DIFFICILES ET UNE SINISTRALITE TRES SUPERIEURE A LA MOYENNE CONTRIBUENT AUX DIFFICULTES DE RECRUTEMENT ET DE FIDELISATION DES SALAIRES DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL.....	15
1.1 LES SALARIEES DU SECTEUR DE L'AUTONOMIE SONT SUREXPOSEES AUX CONTRAINTES PHYSIQUES ET ORGANISATIONNELLES, AUX RISQUES CHIMIQUES ET INFECTIEUX ET A LA CHARGE EMOTIONNELLE	16
1.2 POST-COVID, LA FREQUENCE ET LA GRAVITE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL RESTENT TRES SUPERIEURES A LA MOYENNE NATIONALE.....	17
1.2.1 <i>La fréquence des accidents du travail est 3,5 fois supérieure à la moyenne nationale dans le secteur de l'aide à domicile en 2023, trois fois supérieure dans le grand âge et deux fois dans le handicap.....</i>	19
1.2.2 <i>La fréquence et la gravité des accidents du travail sont particulièrement élevées dans les services à domicile, les Ehpad et certains établissements prenant en charge des personnes lourdement handicapées.....</i>	20
1.2.3 <i>Les manutentions manuelles sont les principaux risques dans le secteur, suivis par les agressions dans le secteur du handicap et les chutes dans le secteur de l'aide à domicile et de l'âge</i>	22
1.2.4 <i>L'absentéisme lié aux accidents du travail et maladies professionnelles est plus faible dans le secteur public que dans le secteur privé lucratif.....</i>	22
1.3 L'ABSENTEISME LIE AUX ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES A UN COUT CONSIDERABLE POUR LE SECTEUR.....	23
1.3.1 <i>Il a entraîné 4,4 millions de journées perdues, l'équivalent de 20 000 ETP en 2023.....</i>	23
1.3.2 <i>Le recours du secteur à l'intérim a doublé depuis 2018 et dépasse celui de l'hôpital, dans un contexte de fortes tensions budgétaires.....</i>	24
1.4 CES CONDITIONS DE TRAVAIL DIFFICILES AFFECTENT L'IMAGE DES METIERS DU SOCIAL ET DU SANITAIRE ET CONTRIBUENT AUX DIFFICULTES DE RECRUTEMENT ET DE FIDELISATION DANS UN CONTEXTE DE FORTES TENSIONS SUR L'EMPLOI.....	26
1.4.1 <i>Si le secteur a une bonne image, 80 % des jeunes jugent ses conditions de travail difficiles, ce qui constitue un frein à l'entrée, devant la rémunération.....</i>	26
1.4.2 <i>Les changements de métier ou d'employeurs des professionnelles sont motivés principalement par la recherche de meilleures conditions de travail et perspectives professionnelles et la préservation de leur santé.....</i>	27
1.4.3 <i>Et les départs prématurés pour inaptitude ne sont pas négligeables dans certaines professions.....</i>	28
1.5 LES RISQUES PROFESSIONNELS, QUAND ILS NE SONT PAS INVISIBILISES, SONT PERÇUS COMME FAISANT PARTIE DU METIER	29

2 LA PROMOTION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DANS LE MEDICO-SOCIAL A FAIT L'OBJET D'UNE STRATEGIE EN 2018, DONT LES EFFETS N'ONT QUE PARTIELLEMENT ETE EVALUES 31

2.1 DANS LE CADRE DE CETTE STRATEGIE ET DES CREDITS QU'ELLE MOBILISE, LA PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS EST UN AXE PARMIS D'AUTRES 31

2.1.1 La stratégie de 2018 n'a pas été ajustée à la suite du rapport El Khomri qui recommandait une priorité forte à la réduction de la sinistralité..... 31

2.1.2 Les crédits mobilisés dans le cadre de cette stratégie sont peu lisibles..... 34

2.1.3 La stratégie de 2018 s'est traduite par une première structuration des ARS sur la QVCT, à travers, notamment, le réseau des référents..... 36

2.1.4 La stratégie n'a pas été accompagnée d'un appareil évaluatif permettant d'en mesurer l'impact à l'échelle nationale ou régionale..... 36

2.2 L'ACTION DE LA BRANCHE RISQUES PROFESSIONNELS A ETE INSCRITE DANS LE CADRE DE LA STRATEGIE DE 2018, AVEC DES PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUES QUI DEMEURENT MODESTES FINANCIEREMENT AU REGARD DES ENJEUX DU SECTEUR 39

2.2.1 La branche identifie le secteur de l'aide et du soin comme prioritaire et mobilise plusieurs outils, dont le Fipu, depuis 2024, pour un montant annuel de l'ordre de 4,7 M€ 39

2.2.2 Au niveau territorial, la coordination entre Carsat et ARS en faveur du déploiement de leurs actions respectives dans le cadre de la stratégie demeure perfectible..... 41

2.2.3 Alors que l'accès à ces programmes demeure marqué par des freins nombreux, leurs impacts sont modestes selon les évaluations disponibles..... 42

2.3 MORCELE, LE SECTEUR DU MEDICO-SOCIAL SE CARACTERISE PAR UN INVESTISSEMENT TRES VARIABLE DES BRANCHES ET DES EMPLOYEURS PUBLICS EN FAVEUR DE LA QVCT 44

2.3.1 Les branches sont très inégalement engagées dans la formation professionnelle des salariés sur les thématiques de QVCT..... 44

2.3.2 Les branches s'engagent de manière variable dans l'accompagnement des entreprises du secteur à la lutte contre la pénibilité ou à la prévention des risques professionnels..... 46

2.3.3 Les dispositifs propres à la fonction publique sont difficiles à lire au regard de leur éclatement statutaire..... 48

2.4 LA STRATEGIE N'A PAS BENEFICIE D'UNE GOUVERNANCE SOLIDE ET S'EST TRADUITE PAR UN EMPILEMENT DE DISPOSITIFS PLUTOT QUE PAR UNE ACTION LISIBLE ET CONCERTEE 51

2.4.1 Le besoin de pilotage national, maintes fois réitéré depuis 2018, ne s'est pas traduit par une structuration ad hoc au niveau interministériel 51

2.4.2 Au niveau régional, le pilotage des actions, à géométrie variable, est porteur d'un risque de dilution des crédits..... 52

3 LES INCITATIONS STRUCTURELLES NE SONT PAS A LA HAUTEUR DES ENJEUX DU SECTEUR, MEME SI DES AJUSTEMENTS RECENTS ONT ETE APPORTES 54

3.1 DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX, NI LES CPOM NI LES EVALUATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE N'ACCORDENT UNE LARGE PLACE A LA QVCT, QUI N'A PAS FAIT L'OBJET D'UNE CLAIRE PRIORITE DU SEGUR INVESTISSEMENT..... 54

3.1.1 Quand ils existent, les Cpom intègrent le plus souvent des objectifs de QVT mais leur suivi est inégal 54

3.1.2 Depuis 2022 seulement, l'évaluation de la qualité des ESSMS s'appuie un référentiel unique d'évaluation de la haute autorité de santé, qui intègre des critères de QVT et de prévention des risques..... 55

3.1.3 Le Ségur investissement n'a pas défini d'objectif clair en matière de prévention des risques professionnels et de QVCT..... 55

3.2	SI LE FINANCEMENT DES SERVICES A DOMICILE CONTRIBUE AUX CONDITIONS D'EMPLOI DEFAVORABLES DES PROFESSIONNELS, LA DOTATION COMPLEMENTAIRE CONSTITUE UN POINT D'APPUI NOUVEAU A LA QVCT....	57
3.2.1	<i>L'intervention à domicile se structure en trois types de régimes aux réglementations différenciées, notamment en matière de QVCT</i>	57
3.2.2	<i>Les dispositifs de solvabilisation du secteur ne compensent pas les faibles rémunérations et sont pour partie responsables d'une organisation du travail morcelée</i>	58
3.2.3	<i>Les services prestataires bénéficient, dans le cadre de la dotation complémentaire créée en 2022, de financements supplémentaires liés à la qualité de service</i>	60
3.3	DANS LES ETABLISSEMENTS ET LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX, LE REGIME DE TARIFICATION AT/MP REPOSE SUR UNE MUTUALISATION DU RISQUE, QUI N'INCITE PAS LES ACTEURS A DEVELOPPER LA PREVENTION ..	61
3.3.1	<i>Le régime de tarification ATMP pour le médico-social, dérogoire au droit commun, ne donne pas un signal prix efficace en matière de prévention</i>	61
3.3.2	<i>La forte hausse des cotisations des Ehpad et des services d'aide à domicile, résultant de l'application de la tarification classique, serait très incitative à réduire la sinistralité</i>	62
4	DES BONNES PRATIQUES, INTERNATIONALES OU SECTORIELLES, PEUVENT INSPIRER UNE STRATEGIE REACTUALISEE	63
4.1	LES PROBLEMATIQUES EN MATIERE DE CONDITIONS DE TRAVAIL SONT PARTAGEES PAR D'AUTRES PAYS, DONT CERTAINS ONT DES EXPERIENCES INTERESSANTES.....	63
4.1.1	<i>Si les problématiques rencontrées en Europe sont similaires, les données statistiques sont peu comparables</i>	63
4.1.2	<i>Dans les pays d'Amérique du Nord, des démarches de zero lift se développent depuis plus de 30 ans et bénéficient d'évaluations positives</i>	66
4.1.3	<i>Au Québec, l'association paritaire pour la santé et la sécurité du travail des affaires sociales promeut une culture de prévention spécifique au secteur, y compris à domicile</i>	67
4.2	EN FRANCE, LE SECTEUR DU BATIMENT ET DES TRAVAUX PUBLICS, STRUCTURE EN MATIERE DE PREVENTION DES RISQUES, EST UN MODELE INTERESSANT.....	70
4.2.1	<i>Le secteur du BTP s'appuie sur un office paritaire de prévention pour promouvoir la prévention des risques professionnels et faire baisser les accidents graves et mortels</i>	70
4.2.2	<i>Cet office propose une approche structurée et positive de la prévention des risques professionnels</i>	71
4.2.3	<i>Les résultats du secteur en matière de baisse de la sinistralité sont incontestables</i>	71
4.3	LA MISSION A REPERE QUATRE TYPES DE DEMARCHES PORTEES DANS LE MEDICO-SOCIAL AUX RESULTATS PROMETTEURS A PROBANTS	72
4.3.1	<i>Les démarches repérées, menées à domicile ou en établissement se structurent en quatre catégories distinctes</i>	72
4.3.2	<i>Les résultats de ces démarches sont encourageants</i>	79
4.3.3	<i>Ces démarches permettent d'identifier des freins et des facteurs de succès</i>	82
5	SEIZE RECOMMANDATIONS SONT FORMULEES POUR PORTER UNE STRATEGIE AMBITIEUSE DE BAISSSE DE LA SINISTRALITE DU SECTEUR.....	82
5.1	UNE TRANSFORMATION EST A ENGAGER POUR FAIRE DE LA REDUCTION DES RISQUES UNE PRIORITE STRATEGIQUE PARTAGEE	82
5.2	LES CHANGEMENTS A OPERER SUPPOSENT DE MOBILISER TROIS LEVIERS DE TRANSFORMATION	83
5.2.1	<i>La stratégie nationale doit porter un objectif clair de baisse de la sinistralité dans le secteur, en adaptant la gouvernance pour renforcer la coordination des acteurs</i>	83
5.2.2	<i>Un plan d'investissement et d'équipement doit être mobilisé pour atteindre l'objectif de « zéro port de charge » délétaire</i>	87

5.2.3	<i>En formation initiale et continue, le soin de manutention, sur la base d'un référentiel simplifié, doit remplacer les actions gestes et postures</i>	92
5.3	UNE CHRONIQUE BUDGETAIRE EN SOUTIEN DE LA STRATEGIE, SEQUENCEE EN DEUX TRANCHES QUINQUENNALES ET ASSORTIE D'UNE CLAUSE DE REVOYURE	94
LISTE DES ANNEXES		97
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES		98
LETTRE DE MISSION		107

RAPPORT

Introduction

[19] Par lettre du 3 décembre 2024, le ministre des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Egalité entre les Femmes et les Hommes a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission d'évaluation relative à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) dans les métiers du social et du médico-social.

[20] Cette mission constitue le troisième volet des travaux de l'Igas sur l'attractivité des métiers du champ social, après celle traitant des leviers permettant de faciliter les recrutements des métiers en tension¹⁷ et celle relative aux outils de pilotage et de régulation de la masse salariale¹⁸.

[21] Le secteur se caractérise par des conditions de travail difficiles et une sinistralité particulièrement élevée, mises en évidence par le rapport El Khomri¹⁹ en 2019 et la Cour des comptes²⁰ en 2022. Elles affectent à la fois son attractivité et sa capacité à fidéliser les professionnels et les maintenir en emploi.

[22] Dans un contexte de fortes tensions de recrutement dans l'ensemble du champ social, l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail est identifiée comme un enjeu majeur permettant de répondre à l'usure professionnelle et d'améliorer l'image du secteur. Depuis l'accord national interprofessionnel (Ani) de 2020, la qualité de vie et des conditions de travail recouvre en effet une approche systémique associant les professionnels et les partenaires sociaux et intégrant l'ensemble des dimensions du travail et des conditions de sa réalisation. En conséquence, le code du travail a été renforcé en 2021 sur le volet prévention des risques et santé au travail et les obligations des employeurs.

[23] Ainsi, la QVCT contribue à la prévention primaire en poursuivant une amélioration des conditions de travail qui réponde aux attentes des salariés, favorise leur engagement et permette de préserver leur santé. En pointant cet objectif, la lettre de mission invite à identifier à partir d'expériences probantes, en France ou à l'étranger, les mesures à inscrire dans un plan national de prévention et de réduction de la sinistralité. L'opérationnalité du plan, portée par une coordination nationale et territoriale adaptée et un accès facilité aux aides existantes fait également partie des points d'attention.

[24] La priorité donnée par le commanditaire dans la lettre de mission aux enjeux de prévention de la sinistralité a amené la mission à concentrer ses investigations sur le secteur le plus exposé, celui de l'autonomie (grand âge et handicap) que la prise en charge s'effectue en établissements ou à domicile. Malgré la diversité en termes de taille comme de statut (public, privé associatif ou

¹⁷ Atger, PM et Hautchamp, M. (2024), Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Igas, rapport n° 2024-069R.

¹⁸ Djataou NY., Le Bayon D. et Marty-Chastain C. (2025), Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social, Igas, rapport n°2024-073R.

¹⁹ El Khomri, M., (2019), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, 2020-2024, rapport remis à la ministre des Solidarités et de la santé, octobre

²⁰ Cour des comptes (2022), « Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap », *RALFSS 2022*, chapitre VI, octobre.

non avec plusieurs branches professionnelles) des employeurs du secteur, la mission a cherché à bâtir une stratégie d'ensemble plutôt que de proposer des mesures catégorielles. Elle a en effet considéré que les métiers et les gestes sont très semblables pour les salariés, quel que soit le contexte dans lequel il l'exerce et leur statut. **Faute de données consolidées, la mission s'est appuyée sur les chiffres de la Dares²¹, à l'échelle des branches, ou des données déclaratives des employeurs, pour approcher les effectifs mobilisés sur le secteur de l'autonomie (voir ci-dessous).**

Tableau 1 : La diversité des employeurs relevant du champ de l'autonomie (grand âge / handicap)

Secteur	Type	Branche	Numéro CCN	Fédérations employeurs	Nombre de salariés	OPCO
Non lucratif	Service autonomie à domicile; Certaines structures PH domicile	Branche de l'aide et de l'accompagnement des soins et des services à domicile (BAD)	IDCC 2941	USB domicile (ADMR, UNA, ADEDOM, FNAAPFP / CSF)	195 500 (DARES, branche entière)	Uniformation
	Structures et services PH (MAS, SESSAD...)	Branche associative sanitaire et médico-sociale à but non lucratif (BASS)	IDCC 413	Nexem	502 500 (DARES, branche entière)	Santé
	EHPAD, structures hébergement PH, certains SAD		IDCC 29	FEHAP	380 000 (DARES, branche entière)	Santé
	EHPAD, certains services		Croix Rouge	Croix Rouge		Santé
	EHPAD, certains service autonomie à domicile mixte ou PH	Mutualité	IDCC 2128	ANEM		Santé
	EHPAD, certains service autonomie à domicile mixte ou PH	Personnel des organismes de sécurité sociale	IDCC 218	UCANSS		Santé
Lucratif	EHPAD, Service autonomie à domicile	Etablissements de l'hospitalisation privée à caractère commercial	IDCC 2264	FHP, Synerpa	279 200 (DARES, branche entière)	Santé
	Quelques EHPAD + Services mandataires	Entreprises privées de SAP	IDCC 3127	Synerpa, Fédésap	125 000 (donnée déclarative Synerpa)	EP
	Gré à gré	Particuliers employeurs et de l'emploi à domicile	IDCC 3329	FEPEM	547 536 (rapport FEPEM)	EP
Fonction publique	EHPAD, service autonomie à domicile	FPH, FPT			Inconnu	

Source : DGCS, Dares et mission

[25] Ce secteur a fait l'objet d'un premier plan en 2018²² et de nombreux rapports²³. En outre, à l'issue de la crise sanitaire, le Ségur de la santé est venu apporter des moyens nouveaux dont il a, pour partie, bénéficié.

[26] Pour asseoir ses constats, la mission s'est appuyée sur un large éventail d'investigations (annexe 1). Outre l'exploitation documentaire et les nombreux entretiens tenus au niveau national²⁴, elle a fondé ses analyses sur des déplacements de terrain, des immersions en services et établissements, des échanges avec des grands groupes, l'exploitation de données de la Drees, de la Dares, de l'Assurance maladie-Risques professionnels et de l'agence technique de

²¹ [Les portraits statistiques de branches professionnelles | DARES.](#)

²² Voir Instruction n° 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.

²³ Voir notamment : Libault, D. (2019), Rapport de la concertation grand âge et autonomie, rapport à la ministre des Solidarités et de la santé, mars ; El Khomri, M. (2019), *opus cit.* ; Cour des comptes (2022), *opus cit.*, Piveteau, D. (2022), Experts, acteurs, ensemble...pour une société qui change, rapport au Premier ministre, 15 février ; Haut conseil du travail social (2023), Livre blanc du travail social, sous la direction de Mathieu Klein, président du HCTS.

²⁴ Voir également la liste des personnes rencontrées.

l'information sur l'hospitalisation (ATIH), une enquête auprès des agences régionales de santé (ARS, voir annexe 4) ainsi qu'un parangonnage international (Québec) et sectoriel (BTP). Sur la base des initiatives soutenues par le rapport El Khomri (2019), elle a cherché à documenter des démarches probantes pour nourrir ses propositions. Au regard de la réforme qu'ils sont en train de mettre en œuvre, les services de santé au travail n'ont pas été intégrés au champ d'analyse, même s'ils sont concernés par plusieurs recommandations.

[27] Après avoir actualisé les constats relatifs aux problématiques du secteur en matière de QVCT et de sinistralité (partie 1 et annexe 2), le rapport dresse le bilan des actions conduites (partie 2) et des incitations structurelles existantes (partie 3), pour proposer une stratégie inspirée des réussites qu'a pu relever la mission (partie 4) volontairement resserrée autour d'une quinzaine de recommandations (partie 5). Plusieurs annexes accompagnent le rapport,

1 Des conditions de travail difficiles et une sinistralité très supérieure à la moyenne contribuent aux difficultés de recrutement et de fidélisation des salariés dans le secteur médico-social

[28] Les conditions de travail font partie des multiples facteurs structurels sous-jacents aux difficultés de recrutement - disponibilité de la main-d'œuvre, intensité d'embauches, adéquation entre offre et demande de travail, caractéristique des emplois (non-durabilité), inadéquation géographique - mis en évidence par les travaux d'étude et de recherche²⁵. Ainsi, les employeurs du secteur privé qui signalent que leurs salariés sont exposés à des conditions de travail difficiles sont plus nombreux (85 % vs 71 %) à connaître des difficultés de recrutement²⁶.

[29] Ils sont également d'autant plus susceptibles de rencontrer des difficultés de fidélisation que la part de leur personnel exposé aux contraintes physiques et/ou aux contraintes psychosociales y est élevée (Dares, 2022). Côté salarié, les conditions de travail - et particulièrement l'intensité du travail, la charge émotionnelle, l'absence de perspectives ou de soutien hiérarchique - influencent fortement les décisions de mobilité professionnelle²⁷.

[30] Enfin, la perception que les salariés ont de leur capacité à faire le même travail jusqu'à la retraite y est étroitement corrélée. L'exposition à des risques professionnels – physiques ou psychosociaux – tout comme un état de santé altéré, vont ainsi de pair avec un sentiment accru d'insoutenabilité du travail. Les salariés jugeant leur travail insoutenable ont des carrières plus

²⁵ Dares (2020), *Note méthodologique sur les indicateurs de tension* ; Niang M., Chartier F. et Lainé F., (2022), « Les tensions sur le marché du travail en 2021. Au plus haut niveau depuis 2011 », *Dares Résultats*, n° 45, Dares, septembre.

²⁶ Coutrot, T. (2022), « Quelles sont les conditions de travail qui contribuent le plus aux difficultés de recrutement dans le secteur privé ? », *Dares, Dares Analyse*, n° 26, juin.

²⁷ Coutrot, T et Perez, C., (2021), « Quand le travail perd son sens. L'influence du sens du travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie : une analyse longitudinale avec l'enquête Conditions de travail 2013-2016 », CES, *Document de travail*, n° 2021.20.

hachées que les autres et partent à la retraite plus tôt, avec des interruptions, notamment pour des raisons de santé, qui s'amplifient en fin de carrière²⁸.

[31] **L'amélioration des conditions de travail et de la santé au travail est donc un levier important pour favoriser le recrutement, la fidélisation et le maintien en emploi des salariés.** Il est d'autant plus important que les études disponibles montrent que la rémunération ne compense pas la pénibilité des conditions de travail²⁹ et que la capacité à faire le même travail jusqu'à la retraite dépend plus directement de la qualité de l'emploi que de son niveau de rémunération³⁰.

1.1 Les salariées³¹ du secteur de l'autonomie sont surexposées aux contraintes physiques et organisationnelles, aux risques chimiques et infectieux et à la charge émotionnelle

[32] **Selon les dernières enquêtes³², réalisées avant la crise sanitaire, les actifs du secteur de l'hébergement médico-social et social et de l'action sociale sans hébergement³³ sont beaucoup plus exposés que la moyenne à certains facteurs de pénibilité³⁴ (Dares 2020).** Les **contraintes physiques** (notamment posturales et articulaires, le port de charge), l'exposition aux **risques chimiques et biologiques** (désinfectants, agents pathogènes) ou encore les **contraintes organisationnelles** (contact avec le public, travail le week-end, horaires variables, temps insuffisant, fréquence des coupures, dépendance aux collègues et difficultés de coopération, moyens matériels et humains), sont ainsi très supérieurs à la moyenne.

[33] Les premiers résultats de l'enquête TraCov³⁵ 2023 confirment la persistance de la surexposition des professionnelles de l'action sociale et médico-sociale aux pénibilités physiques par rapport à l'ensemble des salariés. **Au sein du secteur, les professions les plus exposées sont les aides-soignantes, les infirmières et les aides à domicile (Drees, 2025).**

²⁸ Beatriz M., (2023), « Quels facteurs influencent la capacité des salariés à faire le même travail jusqu'à la retraite ? », Dares, *Dares Analyses*, n°17, mars ; Donne V. et Elbaz A. (2023), « Qualité de l'emploi, une question de métiers », France Stratégie, *La Note d'analyse*, n° 130, décembre.

²⁹ Erb, LA., (2024), « Les expositions à des conditions de travail pénibles sont-elles compensées monétairement ? Une analyse dans le cas de la France entre 1991 et 2019 », Dares, *Document d'études*, n°278, décembre.

³⁰ France Stratégie (2023), *opus cit.*

³¹ Compte tenu de la très forte féminisation du secteur, la mission a fait le choix de privilégier le féminin dans la suite du texte.

³² CT 2019 et Sumer 2017.

³³ En raison de la taille des échantillons, il n'est pas possible de développer une analyse par métier croisée par secteur détaillé et la plupart des publications portent sur des grandes familles professionnelles ou des secteurs d'activité plus large comme celui de « l'hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement » (secteur QB au sens de la Nace). L'enquête CT-RPS 2024-2025 comporte pour la 1^{ère} fois un sur-échantillon de salariés du secteur de l'autonomie intervenant en établissement et à domicile qui permettra d'aller plus loin dans l'analyse.

³⁴ Matinet B., Rosankis E., Dr Léonard M. (IMT Grand-Est), (2020), « Les expositions aux risques professionnels par secteur d'activité », Dares, *Synthèse Stat*, n° 35, septembre.

³⁵ Enquête sur le vécu du travail depuis le début de la crise sanitaire liée au Covid-19, édition en 2021 et 2023. Exploitations Drees (2025), « Les conditions de travail des professionnelles du social et de santé », Drees, *Data Drees*, juin.

[34] **La charge mentale et émotionnelle de certaines professionnelles est également plus forte que la moyenne, notamment en raison des contacts avec les publics, fragilisés ou dépendants.** En 2023, 40 % des aides-soignantes du secteur déclarent devoir toujours ou souvent travailler sous pression (vs 29 % pour l'ensemble des salariés), 58 % devoir toujours ou souvent penser à trop de choses à la fois dans leur travail (vs 49 %) et 59 % continuent à penser à leur travail en dehors des horaires de travail (vs 51 %). Elles sont aussi 49 % à se déclarer presque tous les jours ou souvent bouleversées ou émues dans le cadre du travail (vs 19 %). Les aides à domicile en revanche déclarent une charge mentale plus faible que la moyenne des salariés mais une charge émotionnelle un peu supérieure à la moyenne (27 % vs 19 %).

[35] Ces conditions de travail défavorables se traduisent par une fréquence des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) particulièrement élevée. Elle est soulignée par plusieurs rapports récents pour la période antérieure au Covid³⁶.

1.2 Post-covid, la fréquence et la gravité des accidents du travail dans le secteur médico-social restent très supérieures à la moyenne nationale

[36] A titre liminaire, la mission rappelle que la connaissance de la sinistralité dans le secteur se heurte à des lacunes importantes des systèmes d'information, soulignées par tous les rapports récents³⁷. Elle est très mal documentée pour le secteur public, acteur important dans le secteur du grand âge : la déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles³⁸ n'est ainsi pas obligatoire pour les employeurs publics hospitaliers ou territoriaux. Pour le secteur privé³⁹, malgré la qualité des systèmes d'information de l'Assurance maladie - risques professionnels, la mission a constaté, à travers ses propres travaux statistiques et les remontées du terrain, que l'identification des entreprises du champ médico-social et la caractérisation de leur sinistralité se heurte à de nombreuses limites, particulièrement dans le champ du handicap (cf. annexe 1). Par ailleurs, ces statistiques sont affectées d'une probable sous-déclaration (encadré).

³⁶ Voir notamment : Libault, D. (2019), Rapport de la concertation grand âge et autonomie, rapport à la ministre des Solidarités et de la santé, mars ; El Khomri, M. (2019), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, 2020-2024, rapport remis à la ministre des Solidarités et de la santé, octobre ; Cour des comptes (2022), Piveteau, D. (2022), Experts, acteurs, ensemble...pour une société qui change, rapport au Premier ministre, 15 février ; Haut conseil du travail social (2023), Livre blanc du travail social, sous la direction de Mathieu Klein, président du HCTS.

³⁷ Voir notamment Cour des comptes (2022) ; HCFiPS, sous la direction de Libault, D. (2025), Mieux concilier production et redistribution, janvier ; Djataou NY., Le Bayon D. et Marty-Chastain C. (2025), Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social, Igas, rapport n°2024-073R, mars.

³⁸ Via l'outil Prorisq géré par le FNP de la CNRACL.

³⁹ Et les contractuels de la fonction publique.

Une sous-déclaration probablement importante des ATMP des salariés du régime général dans le secteur médico-social

Compte tenu de la faible maturité des employeurs et des salariés en matière de gestion des risques professionnels, les ATMP sont probablement davantage sous-déclarés dans le secteur social et médico-social que dans d'autres secteurs.

En outre, alors que le principal risque dans le secteur est lié aux manutentions manuelles, la fréquence des troubles musculosquelettiques⁴⁰ est sous-estimée. Selon une étude récente⁴¹, sur la période 2009-2015, la sous-déclaration des pathologies d'ordre musculosquelettiques était comprise entre 40 %, pour le syndrome du canal carpien, et 60 %, pour les pathologies de l'épaule (Santé Publique France, 2021). Le coût de cette sous-estimation pour l'assurance-maladie est évalué⁴² entre 325 et 627 M€ pour la seule tendinopathie de l'épaule en 2024.

La souffrance psychique en lien avec le travail (SPLT), à laquelle les professionnelles sont exposées, notamment en raison de la fréquence des violences⁴³ auxquelles elles sont confrontées n'est pas inscrite, à l'instar des affections psychiques, au tableau des maladies professionnelles. Sa reconnaissance nécessite une démarche. Or, les maladies psychiques d'origine professionnelle sont en forte augmentation dans l'ensemble de la population active selon Santé publique France (2024) pour un coût évalué entre 127 et 668 M€.

Une partie de la sinistralité du secteur est donc captée par les arrêts-maladie et leur analyse conjointe devrait être développée, comme le fait la Cnam dans le cadre de son programme de détection de l'absentéisme atypique⁴⁴.

[37] Enfin, certains facteurs organisationnels (taux d'encadrement, amplitude des journées ou semaines de travail, etc.) éventuellement sous-jacents à la sinistralité sont peu documentés statistiquement si l'on excepte les travaux de la Cour des comptes (2022) qui mettaient en évidence une forte corrélation entre taux d'encadrement et absentéisme ATMP dans les Ehpad. **Les travaux de la mission sur la base d'un appariement avec les enquêtes de la Drees auprès des établissements accueillant des personnes âgées (EHPA) et handicapées (ESPH) n'ont pu aboutir dans le temps imparti à des conclusions robustes sur ces sujets qui mériteraient davantage d'investigations de la statistique publique.**

[38] Malgré ces difficultés, les données de l'assurance maladie-risques professionnels mettent en évidence une fréquence des accidents du travail (AT) dans le champ de l'autonomie qui demeure trois fois supérieure à la moyenne nationale en 2023. On observe toutefois une forte hétérogénéité entre structures selon le type de patientèle accueillie mais aussi entre établissements en apparence similaires au regard de leur public. Le tableau de bord de la

⁴⁰ Qui est consécutive, à long terme, aux problématiques de manutention manuelle.

⁴¹ Rivière, S. et Chatelot, J., (2021), « Estimation de la sous-déclaration des TMS en France : évolution entre 2009 et 2015 », *BEH*, n°3, février.

⁴² Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, (2024), « Estimation du coût réel, pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles », *Rapport au Parlement et au Gouvernement*, juin.

⁴³ Sur le lien entre SPLT et violences, voir Delézire, P. Homère, J., Garras, L., Bonnet, T. et Chatelot, J. (2024), « La souffrance psychique en lien avec le travail à partir du programme de surveillance des maladies professionnelles : résultats des enquêtes transversales 2013 à 2019 et évolution depuis 2007 », *BEH*, n° 5, mars.

⁴⁴ Programme lancé en 2022, voir Lettre réseau, LR-DRP 21/2024, 6 septembre 2024.

performance de l'ATIH, malgré ses limites, permet par ailleurs de donner quelques éléments sur le positionnement relatif du secteur public et privé lucratif ou non.

1.2.1 La fréquence des accidents du travail est 3,5 fois supérieure à la moyenne nationale dans le secteur de l'aide à domicile en 2023, trois fois supérieure dans le grand âge et deux fois dans le handicap

[39] En 2023, malgré la baisse générale de la fréquence des accidents du travail⁴⁵, celle du secteur de l'autonomie (69,9 accidents pour 1000 salariés du régime général) est 2,6 fois supérieure à la moyenne nationale (26,8)⁴⁶ (graphique 1). Elle est également 1,7 fois plus élevée que celle de son groupe de référence (comité technique national (CTN) I) ou du CTN B ie le bâtiment et travaux publics (BTP).

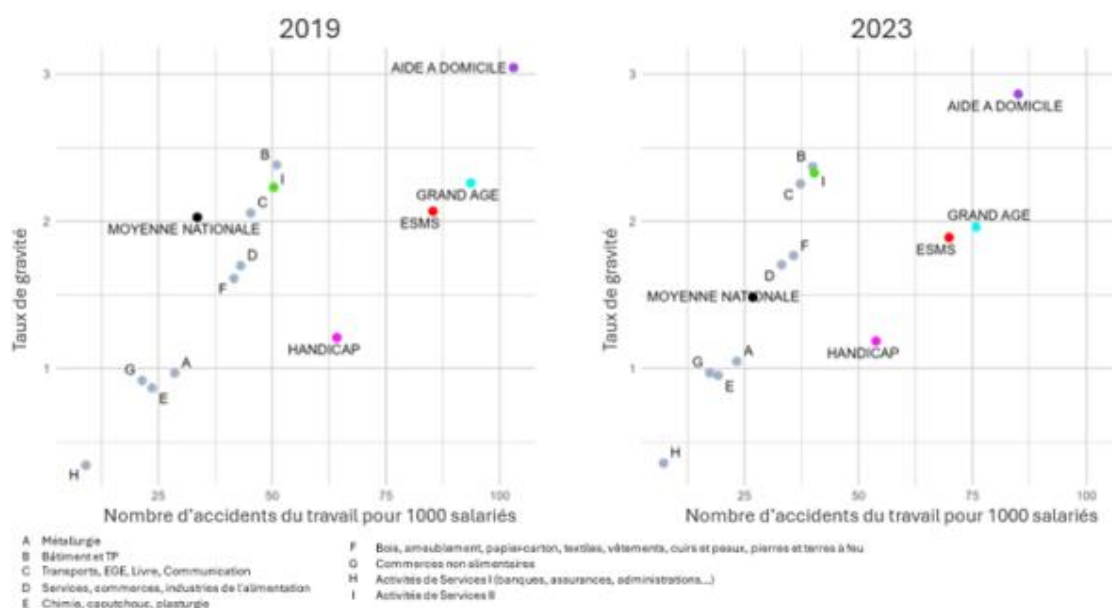
[40] L'aide à domicile présente la sinistralité AT la plus élevée (85‰), un peu au-dessus du grand âge (75‰) puis, très en deçà mais néanmoins au-dessus de la moyenne nationale, du handicap (54‰). Si le taux de gravité⁴⁷ reste globalement plus fort dans le BTP que dans le secteur médico-social, il est dépassé de très loin par le champ de l'aide à domicile, en 2019 comme en 2023. Sans atteindre ces niveaux, la gravité est nettement plus élevée que la moyenne (1,48‰) dans le secteur du grand âge (1,96‰). La gravité est en revanche en deçà de la moyenne nationale pour le secteur du handicap (1,18‰).

⁴⁵ Assurance maladie risques professionnels (2024), *Rapport annuel 2023*, déc. La baisse générale de la fréquence des AT entre 2019 et 2023 est néanmoins à nuancer. En effet, elle s'inscrit dans un contexte de hausse de celle des maladies professionnelles et des accidents de trajet, même s'ils n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant crise sanitaire.

⁴⁶ Ensemble des 9 grandes branches. Source : Caisse nationale d'assurance maladie/Direction des risques professionnels, (2025), « Statistiques de sinistralité 2023 tous CTN et par CTN », *Etude*, n° 2025-048, avril.

⁴⁷ Le taux de gravité est défini comme le nombre de journées d'Incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.

Graphique 1 : Fréquence et gravité des accidents du travail des salariés du régime général en 2019 et 2023 par CTN et grands secteurs ESMS



Note : le secteur ESMS recouvre ici : l'aide à domicile (service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), service polyvalent d'aide et soins à domicile (Spasad) et service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), le grand âge (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), résidences autonomie, unité de soins de longue durée (USLD) et centre de jour) et le handicap (hors Etablissement ou service d'aide par le travail (Esat) et centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)). Le taux de gravité est défini comme le nombre de journées d'incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.

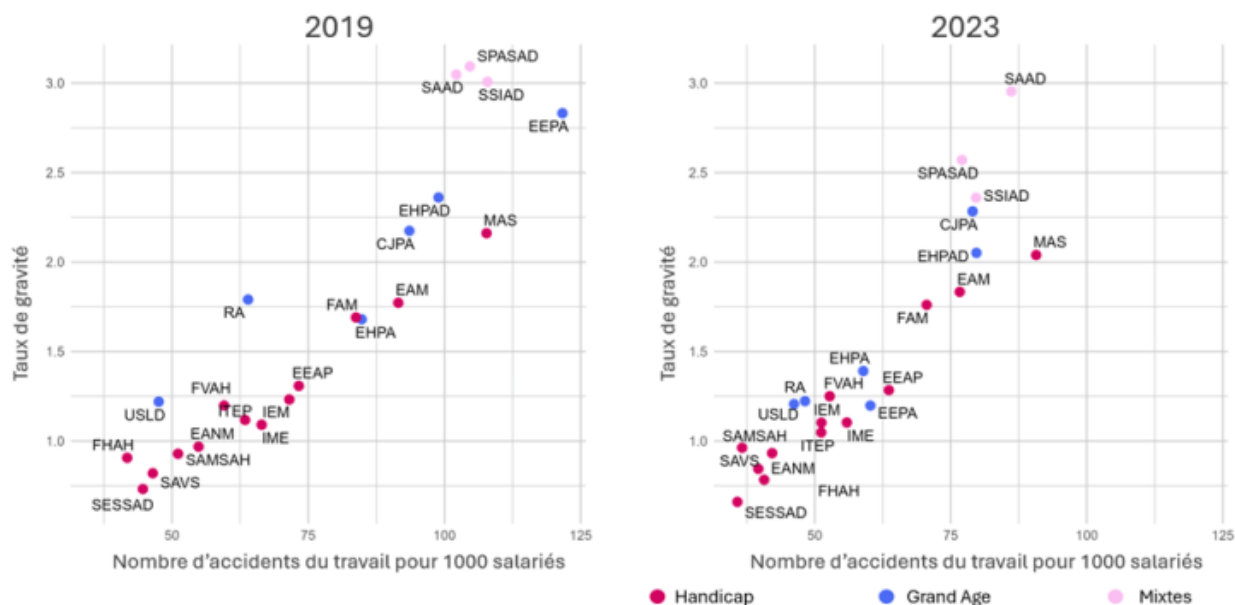
Source : ATMP 2019 et 2023 (Cnam DRP), Finess 2023, calculs pôle data Igas,

[41] Par ailleurs, la baisse apparente du taux de gravité depuis 2019 doit être relativisée. Le taux de gravité diminue mécaniquement avec la baisse du nombre d'accidents déclarés. L'allongement de la durée moyenne d'un arrêt pour accident du travail que l'on observe par ailleurs sur la période indique *a contrario* que la situation se dégrade (annexe 2).

1.2.2 La fréquence et la gravité des accidents du travail sont particulièrement élevées dans les services à domicile, les Ehpad et certains établissements prenant en charge des personnes lourdement handicapées

[42] Si la sinistralité paraît moindre dans le champ du handicap, ce plus haut niveau de granularité permet d'identifier des établissements très affectés dans ce champ. Ce sont des établissements médicalisés accueillant des publics plus complexes. **Les maisons d'accueil spécialisées (Mas) en particulier ont un taux de fréquence de 90 accidents de travail pour 1000 salariés et un taux de gravité de 2 % en 2023. Les établissements d'accueil médicalisés (EAM) et les foyers d'accueil médicalisés (Fam) sont également significativement au-dessus de la moyenne.**

Graphique 2 : Comparaison entre 2019 et 2023 de la fréquence et de la gravité de la sinistralité des Accidents du Travail (AT) selon la catégorie Finess du secteur médico-social



Note : Le taux de gravité est défini comme le nombre de journées d'Incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail

Source : données ATMP 2019 et 2023 (Cnam DRP), données Finess 2023, calculs pôle data Igas

[43] Dans le grand âge, deux catégories d'établissements ressortent : les Ehpad, avec une fréquence d'accidents du travail de 79,7 ‰ salariés et un taux de gravité de 2 ‰ en 2023, et les centres de jours avec une fréquence d'accidents du travail de 79 ‰ salariés et un taux de gravité de 2,3 ‰ en 2023.

[44] Néanmoins, la sinistralité et la gravité sont les plus élevés dans le secteur de l'aide à domicile : les Saad, Ssiad et Spasad ont respectivement des indices de fréquence d'accidents de travail de 86, 79 et 77 accidents de travail pour 1000 salariés, et des taux de gravité de 2,95 ‰, 2,35 ‰ et 2,57 ‰ en 2023, des niveaux supérieurs à celui du BTP (CTN B).

[45] Par ailleurs, on observe un allongement significatif de la durée moyenne des arrêts pour accident du travail, signe de la dégradation de la situation, pour certaines catégories : l'aide à domicile, avec une augmentation de la durée moyenne de 21,5 % entre 2019 et 2023, avec en moyenne 58 jours d'arrêt dans les Spasad, 55 dans les Saad et 51 dans les Ssiad en 2023. Pour le secteur du grand âge, la hausse est de 15 %, avec en moyenne 50 jours d'arrêt dans les Ehpad en 2023.

1.2.3 Les manutentions manuelles sont les principaux risques dans le secteur, suivis par les agressions dans le secteur du handicap et les chutes dans le secteur de l'aide à domicile et de l'âge

[46] Les risques auxquels sont exposés les actifs ne sont pas de même nature selon le secteur⁴⁸ dans lequel ils travaillent. Dans le secteur de l'âge et dans l'aide à domicile, **le risque de manutention est le principal (respectivement de 70 % à 51 % des accidents du travail)** suivi par les chutes de plain-pied ou dans une moindre mesure de hauteur (respectivement de 20 % à 23 %). Dans l'hébergement de personnes handicapées, les agressions arrivent en deuxième position et représentent entre un cinquième et plus d'un tiers des circonstances des accidents du travail selon les établissements.

[47] En conséquence, les lésions occasionnées sont principalement localisées sur les membres et le dos (traumatismes internes, entorses et foulures). Elles se traduisent à long terme par des affections périarticulaires⁴⁹ et des affections du rachis lombaire.

[48] Le secteur est également très exposé aux risques psycho-sociaux. En 2016, les affections psychiques liées au travail (c'est-à-dire reconnues en ATMP) chez les salariés sont présentes de façon significative dans un tiers des grands secteurs d'activité⁵⁰. Le secteur social et médico-social concentre à lui seul près de 20 % de ces accidents.

[49] Enfin, le risque routier est le 3^e après les manutentions manuelles et les chutes dans le secteur de l'aide à domicile avec un poids (7 %) significativement plus élevé que dans les autres secteurs du champ (0 à 2 %) en dehors l'accueil ou accompagnement sans hébergement des adultes handicapés et personnes âgées (5 %).

1.2.4 L'absentéisme lié aux accidents du travail et maladies professionnelles est plus faible dans le secteur public que dans le secteur privé lucratif

[50] Le secteur public est peu représenté dans les données issues de la Cnam/DRP qui couvrent uniquement les salariés du privé et les contractuels de la fonction publique⁵¹. En conséquence, l'analyse est complétée avec les données issues du tableau de bord de la performance du médico-social collecté par l'ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation), même s'il est incomplet et repose sur une base purement déclarative⁵². Dans le champ du grand âge, seuls les Ehpad sont représentés. Dans le champ de l'aide à domicile, le plus touché par la sinistralité, les Saad ne sont pas couverts, alors qu'ils représentent 83,9 % des établissements du champ. Malgré ces fragilités, la source permet de situer le secteur public par rapport au secteur privé.

⁴⁸ Appréhendés ici par leur code Naf.

⁴⁹ 80 % à 95 % des motifs de maladie professionnelle dans le secteur.

⁵⁰ Source : Assurance maladie -risques professionnels (2018), Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'assurance maladie – risques professionnels, janvier. Les affections psychiques sont le plus souvent reconnues, quand elles le sont, en accidents du travail, plus rarement en maladie professionnelle par les CRRMP (en 2016, le taux de reconnaissance était de 50 % pour 1100 dossiers déposés) en raison de la difficulté à établir un lien direct et essentiel avec le travail.

⁵¹ Moins de 43 % des établissements publics présents dans le tableau de bord de la performance sont retrouvés dans les bases de la DRP (voir annexe 2).

⁵² Voir annexes 1 et 2.

Tableau 2 : Taux annuel d'absentéisme ATMP⁵³ en 2023 dans le secteur médico-social selon le statut juridique (en %)

	Secteur privé lucratif	Secteur privé non lucratif	Public
Grand âge	2,5	1,6	1,8
Handicap	2,4	2,6	1,9
Aide à domicile	2,8	1,3	1,5

Source : Tableau de Bord de la Performance (ATIH), calculs pôle data Igas

[51] Selon cette source, l'absentéisme ATMP apparaît nettement moins élevé dans le secteur public que dans le secteur privé lucratif. Il est légèrement supérieur à celui du secteur privé non lucratif dans le champ du grand âge et de l'aide à domicile. Enfin, dans le champ du handicap, il est un peu plus élevé dans le privé non lucratif que dans le privé lucratif.

1.3 L'absentéisme lié aux accidents du travail et maladies professionnelles a un coût considérable pour le secteur

[52] L'absentéisme engendre des surcoûts (intérim, contrats courts) qui pèsent sur l'équilibre économique des structures. La gestion des remplacements mobilise les équipes administratives au détriment de la prise en charge. Les reports de charge sur les personnels présents dégradent encore leurs conditions de travail (baisse du taux d'encadrement, hausse de l'amplitude des journées ou semaine de travail, etc.) et érodent leur engagement professionnel, nourrissant un cercle vicieux : l'intensification du travail et la perte de sens du travail augmentent l'absentéisme et la probabilité de départ volontaire⁵⁴.

1.3.1 Il a entraîné 4,4 millions de journées perdues, l'équivalent de 20 000 ETP en 2023

[53] Selon le tableau de bord de la performance et avec les limites indiquées *supra*, **ce sont ainsi près de 4,4 millions de journées qui ont été perdues pour accidents du travail et maladies professionnelles en 2023, soit l'équivalent de près de 20 000 ETP⁵⁵.**

[54] Si on valorise ces ETP au coût moyen, cela équivaut à un **coût⁵⁶ de près 0,9 Md €**. Il s'agit là d'un minorant au regard des limites de la source et de la sous-déclaration des ATMP. Une partie de celle-ci est captée par les arrêts-maladie. Si on ajoute l'absentéisme maladie, au total, ce sont 22,7 M de journées perdues par le secteur soit près de 100 000 ETP, représentant 4,3 Md€.

⁵³ Taux d'absence ATMP = nombre de jours d'absences pour cause d'ATMP divisé par le nombre d'ETP multiplié par 365.

⁵⁴ Coutrot et alii (2021), *opus cit.*

⁵⁵ 1 ETP = 225 jours travaillés par an.

⁵⁶ Avec une hypothèse d'un coût du travail moyen par ETP de 43 K€. Il s'agit d'une hypothèse basse au regard des résultats des enquêtes nationales de coût 2019 de l'ATIH et des revalorisations salariales intervenues depuis.

Tableau 3 : Evolution entre 2017 et 2023 du nombre de journées d'absence ATMP et maladie des salariés du secteur médico-social

Public accueillis	Type de congés	2017	2018	2019	2022	2023
Grand âge	Absence ATMP	2 198 085	2 389 191	2 499 056	2 831 178	2 862 929
	Maladie courte durée*	2 495 366	2 462 150	2 128 614	3 085 676	2 930 611
	Maladie longue durée**	2 727 670	2 966 731	2 732 590	3 356 560	3 151 530
	Maladie moyenne durée***	3 054 331	3 276 680	3 328 804	4 486 582	4 005 484
Handicap	Absence ATMP	897 337	960 412	1 039 339	1 232 415	1 242 546
	Maladie courte durée	1 074 799	995 720	1 003 741	1 268 812	1 126 196
	Maladie longue durée	1 915 809	2 035 808	2 090 147	2 739 301	2 558 669
	Maladie moyenne durée	2 496 093	2 680 378	2 841 385	4 044 080	3 395 164
Aide à domicile	Absence ATMP	223 842	262 106	253 925	286 363	262 972
	Maladie courte durée	230 409	248 803	228 383	302 589	256 059
	Maladie longue durée	363 519	391 739	393 701	478 104	412 322
	Maladie moyenne durée	409 689	441 504	443 802	597 144	496 548
Total jours perdus		18 086 949				22 701 030
Total ETP perdus		82 967				104 133

Lecture : (*) absence inférieure ou égale à 6 jours, (**) supérieure à 6 mois, (***) entre 7 jours et 6 mois

Source : Tableau de Bord de la Performance (ATIH), calculs pôle data Igas

1.3.2 Le recours du secteur à l'intérim a doublé depuis 2018 et dépasse celui de l'hôpital, dans un contexte de fortes tensions budgétaires

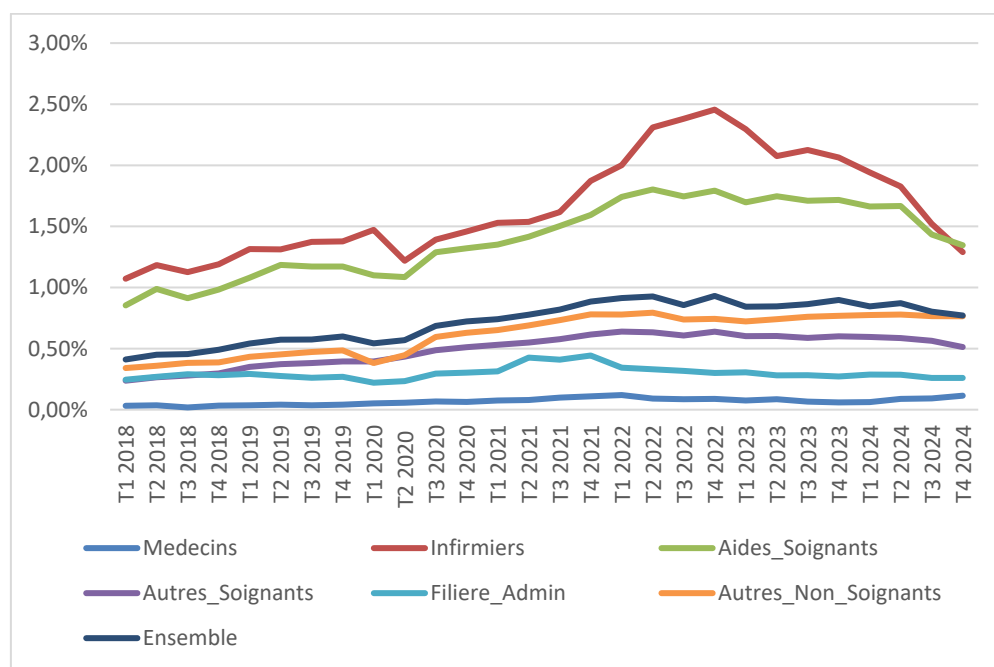
[55] L'absentéisme, qui vient s'ajouter à un turn-over et des vacances de poste élevés⁵⁷, contraint le secteur à recourir à l'intérim. Ainsi, les deux-tiers des Ehpad privés non lucratifs et plus de la moitié des Ehpad privés lucratifs (53 %) ou publics (56 %) déclarent employer du personnel

⁵⁷ Lévy, M. (2025), « Absentéisme, vacance et rotation dans les établissements et services médico-sociaux », Repères statistiques n° 24, CNSA, avril.

intérimaire, une proportion en forte hausse depuis 2019⁵⁸ (+10 points dans le secteur privé et 15 dans le secteur public).

[56] Si la focale est élargie au secteur de l'hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement⁵⁹, seul niveau de granularité auquel les chiffres sont disponibles, le taux de recours trimestriel aux intérimaires des entreprises de travail temporaire⁶⁰ s'établit à 0,8 % fin 2024 le double de son niveau de fin mars 2018 (graphique 3).

Graphique 3 : Evolution des taux de recours trimestriel du secteur de l'hébergement médico-social et social et de l'action sociale sans hébergement de 2018 à 2024



Lecture : fin 2024, le taux de recours à l'intérim pour les infirmières du secteur est de 1,29 % et de 1,35 % pour les aides-soignantes. Champ : France entière, hors Mayotte

Source : DSN, Base tous salariés, calculs Dares pour la mission

[57] C'est un niveau qui reste modeste au regard de celui de l'ensemble des secteurs (2,6 %) mais élevé au regard de sa catégorie⁶¹ (0,3 %) et de secteurs comparables comme l'hôpital⁶² (0,4 %). Il

⁵⁸ Drees (2025), « Résultats de l'enquête EHPA 2023 », Data Drees, août. On ne dispose pas de cette question dans les enquêtes ESPH.

⁵⁹ Les chiffres présentés dans cette partie concernent le secteur de l'hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement (NACE 38, QB), qui inclut le secteur de l'autonomie, mais représente un agrégat plus vaste. Isoler le secteur de l'autonomie dans les bases de données se heurte à de nombreuses difficultés (cf. annexe méthode).

⁶⁰ Le taux de recours correspond au rapport des effectifs d'intérimaires à l'emploi salarié total, y compris intérim. Les effectifs hors intérimaires sont calculés sur le dernier jour du trimestre et les effectifs d'intérimaires sur 5 jours ouvrés consécutifs en fin de trimestre. Une personne en intérim est comptabilisée au prorata du nombre de jours passés dans ses missions au cours de ces 5 jours ouvrés (0,2 pour un seul jour, etc.).

⁶¹ Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale.

⁶² Biotteau, AL., Dixte, C., (2023), « A l'hôpital, un recours faible à l'intérim mais en nette hausse depuis six ans », Dares, Dares FOCUS, n°50, septembre.

était en hausse lente mais régulière avant le Covid dans tous les métiers du secteur et a bondi pendant la période de la pandémie dans certains métiers, faisant plus que doubler pour les infirmières et les aides-soignantes. Il a depuis amorcé une décrue dans ces métiers, sans toutefois être encore revenu à son niveau d'avant crise sanitaire et ne baisse pas pour les non-soignants. **Au total, cela représente une charge financière en hausse pour les établissements, dans un contexte de fortes difficultés budgétaires⁶³.**

1.4 Ces conditions de travail difficiles affectent l'image des métiers du social et du sanitaire et contribuent aux difficultés de recrutement et de fidélisation dans un contexte de fortes tensions sur l'emploi

[58] **Ces conditions de travail difficiles affectent l'image du secteur social, médico-social et sanitaire, et sa capacité à recruter ou fidéliser les salariés**, alors même que les tensions sur l'emploi y sont importantes et devraient continuer de l'être⁶⁴.

1.4.1 Si le secteur a une bonne image, 80 % des jeunes jugent ses conditions de travail difficiles, ce qui constitue un frein à l'entrée, devant la rémunération

[59] Selon une étude réalisée en 2024 auprès des jeunes de 16 à 25 ans⁶⁵, le secteur a une bonne image (65 % d'opinions positives), est jugé essentiel au bon fonctionnement de la société (79 %) et à forte utilité sociale (69 %). La variété des métiers qu'il propose et les possibilités d'emploi partout sur le territoire sont également des atouts. Néanmoins, il est vu comme fragilisé (80 %), peu reconnu et valorisé (73 %), avec des métiers difficiles et des conditions de travail pénibles (79 %), mal rémunérés (65 %) et peu attractifs (54 %). Au total, seulement 57 % des jeunes interrogés envisageraient d'exercer dans ce secteur. Parmi les freins mis en avant, la charge émotionnelle et les conditions de travail difficiles sont cités davantage que la rémunération.

[60] Les travaux de la Dares mettent en évidence l'association entre les conditions de travail contraignantes⁶⁶ (CT) et les difficultés de recrutement élevées (indicateur de tensions de 5/5) que rencontrent certaines Familles professionnelles du secteur et notamment les aides-soignantes (indicateur de CT contraignantes : 4/5) ; les aides à domicile et aides ménagères (4/5) et dans une moindre mesure les infirmières (3/5). D'une façon générale, dans le secteur privé, les horaires atypiques ou imprévisibles, la difficulté à pouvoir faire un travail de qualité mais aussi les tensions avec le public et les RPS, et dans une moindre mesure les postures pénibles - situations qui sont

⁶³ Voir CNSA : [Repères statistiques n°21 La situation budgétaire des EHPAD publics et privés non lucratifs en 2022 : une forte dégradation malgré la hausse des financements publics](#).

⁶⁴ Atger, PM et Hautchamp, M. (2024), Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Igas, Rapport n° 2024-069R.

⁶⁵ IFOP, (2024), « L'attractivité des métiers du secteur social, médicosocial et sanitaire auprès des jeunes », étude IFOP pour Nexem, septembre 2024.

⁶⁶ Un indicateur synthétique sur les conditions de travail est évalué à partir de la part de salariés subissant des contraintes physiques, des limitations physiques, des contraintes de rythme, du travail répétitif, durant les jours non ouvrables ou en dehors des plages de travail habituelles et un morcellement des journées de travail.

particulièrement fréquentes dans le secteur de l'autonomie - sont parmi les expositions professionnelles les plus associées aux difficultés de recrutement déclarées⁶⁷.

1.4.2 Les changements de métier ou d'employeurs des professionnelles sont motivés principalement par la recherche de meilleures conditions de travail et perspectives professionnelles et la préservation de leur santé

[61] Dans la plupart des métiers du social, près d'une professionnelle ayant commencé à exercer en 2011 ou en 2012 sur deux n'exerce plus ce métier 5 ans après⁶⁸. Si dans certains cas, les professionnelles changent de métier en restant dans le secteur sanitaire ou social, une partie d'entre elles s'orientent vers d'autres secteurs. C'est le cas particulièrement pour les aides à domicile (24 %) et dans une moindre mesure pour les éducatrices techniques spécialisées (17 %), les éducatrices spécialisées (12 %) et les aides médico-psychologiques (9 %). On ne dispose que d'études partielles sur les trajectoires des professionnelles de santé, qui suggèrent des changements de profession et/ou de secteur moins fréquents : ainsi, 90 % des infirmières qui ont débuté à l'hôpital sur la période 1989-2019 exercent encore leur métier, dans le secteur sanitaire ou médico-social, en libéral ou salariées, au bout de 5 ans⁶⁹.

[62] **Pour les 35 % de professionnelles du social et les 45 % de professionnelles de santé du secteur de l'action sociale et médico-sociale qui envisagent de changer de métier ou d'employeur dans les trois ans, la rémunération n'est pas la motivation principale. Si la première raison invoquée est l'amélioration des conditions de travail ou des perspectives professionnelles, comme pour l'ensemble des salariés (46 % des professionnelles du social et 52 % de celles de la santé vs 50 %), la volonté de préserver sa santé vient juste après (respectivement pour 32 % et 42 % des professionnelles vs 24 % en moyenne).** Augmenter ses revenus est cité en 2^e position ex-aequo par les professionnelles du social (32 %) et en 4^e par les professionnelles de santé (29 %) du secteur alors que c'est le 2^e motif pour 36 % des salariés⁷⁰.

[63] D'une façon générale, dans le secteur privé, les difficultés de rétention de la main-d'œuvre que rencontrent les entreprises sont majorées en présence d'horaires imprévisibles, de manutention de charge, de qualité empêchée et de tensions avec le public, autant de facteurs de risques qui sont fréquents dans les métiers du secteur social et médico-social⁷¹.

⁶⁷ Coutrot T., (2022), *opus cit.*

⁶⁸ Voir notamment : Jérôme Poulain, « Données sur les trajectoires de carrière de l'ensemble des professionnels du social, par profession », *Data Drees*, novembre 2024 ; Jérôme Poulain, « Educatrices spécialisées : neuf ans après l'entrée dans la profession, une sur deux a quitté le métier », *Etudes et Résultats*, n° 1329, mars 2025.

⁶⁹ Pora, P. (2023), « Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière », *Etudes et Résultats*, n° 1277, Drees, août.

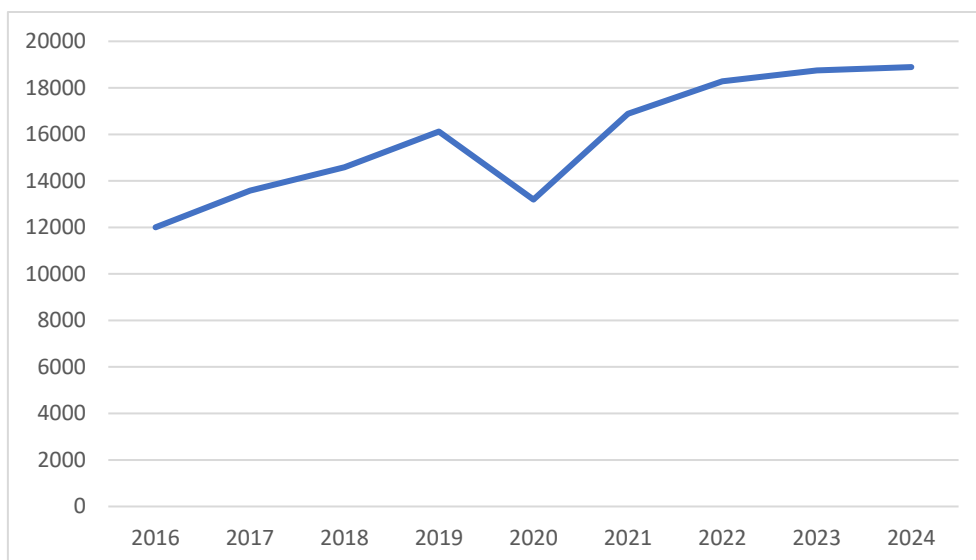
⁷⁰ TraCov 2023, cf. Drees (2025), « Les conditions de travail des professionnelles du social et de santé », *Data Drees*, juin.

⁷¹ Coutrot T., (2022), *opus cit.*

1.4.3 Et les départs prématurés pour inaptitude ne sont pas négligeables dans certaines professions

[64] Par ailleurs, les conditions de travail et l'exposition aux risques engendrent une usure professionnelle qui se traduit par des départs prématurés pour inaptitude. Les licenciements pour inaptitude sont en hausse dans le secteur de l'hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement (graphique 4) : atteignant 19 000 en 2024, ils ont augmenté de 57 % depuis 2016, alors que l'emploi du secteur stagne⁷².

Graphique 4 : Evolution du nombre de licenciement de CDI pour inaptitude entre 2016 et 2024



Champ : Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement, secteur privé hors particuliers employeurs

Source : EMMO, calculs Dares

[65] Une analyse menée en Occitanie⁷³ corrobore ces constats. Elle établit que les TMS et les troubles mentaux et du comportement sont les deux Familles de pathologies à l'origine du plus grand nombre d'inaptitude. En outre, sur la base de l'analyse des origines professionnelles des salariés licenciés pour inaptitudes, elle signale que les aides à domicile constituent le groupe où le taux d'incidence de déclaration d'inaptitude est le plus élevé (28,9 pour 1000 salariés contre 7,9 en moyenne générale). Les métiers relevant du sanitaire et du médico-social (ambulancier, agent hospitalier dont aide-soignant, cadre infirmier) se situent avant les métiers du bâtiment et de la construction (monteur, ouvrier gros œuvre, ouvrier de production des matériaux de production). Au titre des analyses multivariées conduites, les aides à domicile se singularisent car elles cumulent plusieurs déterminants de l'inaptitude : l'âge, le sexe (femme), les contraintes physiques, les horaires de travail atypiques, la forte demande psychologique associée à une faible autonomie décisionnelle, et la précarité du contrat de travail.

⁷² Source EMMO, calculs Dares pour la mission.

⁷³ CREAL et ORS Occitanie, (2021), *Inaptitudes en Occitanie : diagnostics et analyses*, Rapport final du projet Ioda, juin. Etude menée en associant 23 services occitans de santé au travail. [2021-06-21 IODA Rapport final VF](#).

[66] Dans le secteur public, selon la Cour des comptes⁷⁴ (2022), les aides-soignantes et les agents de services hospitaliers du secteur public relevant de la fonction publique hospitalière (FPH) et pris en charge par la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) représentaient en 2018, 51 % des nouveaux pensionnés au titre de l'invalidité, bien au-dessus de leur poids 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 effectifs.

1.5 Les risques professionnels, quand ils ne sont pas invisibilisés, sont perçus comme faisant partie du métier

[67] D'une façon générale, il y a davantage de données disponibles⁷⁵ et de recherches sur les conditions de travail et la santé des professionnels dans le secteur hospitalier que dans le secteur médicosocial ou social, à l'exception des aides à domicile⁷⁶. Ce constat, également porté par le rapport sur la santé des professionnels de santé en 2023⁷⁷ est encore plus criant pour les professions non médicales comme le montre un état des lieux de la recherche sur la santé des soignants sur les vingt dernières années, entre 2000 et 2024⁷⁸. L'étude pointe ainsi une inégalité parmi les professions étudiées qui sont en premier lieu les médecins puis les infirmiers, dans des exercices essentiellement hospitaliers. Très peu d'études (2,2 %) traitent de la santé des aides-soignants. Le constat peut être élargi aux métiers du social.

Le métier d'aide à domicile, un métier « invisible »

Intervenant dans un lieu du quotidien, mobilisant des compétences de la sphère du domestique, pour de nombreux auteurs, l'activité de l'aide à domicile est « absente de la scène visible pour devenir invisible⁷⁹ ». Devetter, Dussuet et Puissant (2023) observent que la profession oscille ainsi entre le domestique et le prendre soin, sans pour autant relever du monde de la santé. Malgré la complexité des tâches réalisées, la vulnérabilité des personnes accompagnées, les compétences techniques et relationnelles (le *care*) mobilisées sont encore perçues comme des savoirs faire appris dans la sphère privée, des aptitudes naturelles des femmes qui les exercent, et non relevant de compétences professionnelles.

⁷⁴ Cour des comptes (2022), « Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap », *RALFSS 2022*, chapitre VI, octobre.

⁷⁵ Le 1^{er} sur-échantillon de salariés du secteur hospitalier dans les enquêtes CT-RPS date de 2013 et faisait suite à une 1^{ère} enquête ad hoc en 2003. Il a été reconduit en 2016 et 2019.

⁷⁶ La Drees a ainsi réalisé une 1^{ère} enquête sur les conditions de travail des aides à domicile intervenant auprès des personnes fragiles en 2008. Cette enquête n'a pas été rééditée.

⁷⁷ Bataille-Hembert, A., Crest-Guilluy, M., Denormandie, P., (2023), *Rapport sur la santé des professionnels de santé*, octobre : « Si le sujet de la santé au travail bénéficie d'une importante attention universitaire et institutionnelle, c'est moins le cas du sujet spécifique de la santé des professionnels de santé. »

⁷⁸ État des lieux de la recherche sur la santé des professionnels de santé en France, Mémoire EHESP, Quentin Gicquel Ibeka.

⁷⁹ Le métier de l'aide à domicile, travail invisible et professionnalisation, Magalie Bonnet, nouvelle revue de psychologie, mai 2006

La création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie en 2002 a permis d'inscrire ce métier dans la voie de la professionnalisation. Mais pour Devetter et alii, la loi Borloo sur les services à la personne en 2005, qui a ouvert ce champ du médico-social aux entreprises et à la concurrence dans l'objectif de créer de l'emploi non qualifié rapidement est venue mettre sur le même plan les métiers domestiques exercés par des personnes non qualifiées et les métiers du care professionnalisés, contribuant ainsi au manque de valorisation de ces derniers.

Ceux-ci sont ainsi régulièrement présentés comme des métiers permettant la réinsertion de publics éloignés de l'emploi, notamment des femmes immigrées ou des mères de famille peu qualifiées cherchant une 2^e carrière après un congé parental. Ces auteurs soulignent le rôle des dispositifs de soutien aux bas salaires dans l'émergence de cette offre de travail à temps partiel voire très partiel faiblement rémunérée. Les entretiens réalisés par la mission ont d'ailleurs mis en évidence l'importance de l'accompagnement social des salariées par l'employeur pour favoriser leur maintien en emploi et freiner le turn-over.

Ces auteurs plaident pour un ré-ancrage du métier d'auxiliaire de vie dans la seule sphère médicosociale.

[68] **En outre, le secteur est marqué par une culture professionnelle peu soucieuse de la préservation de la santé de ses professionnelles.** Plusieurs interlocuteurs ont signalé à la mission sa dimension sacrificielle. Les métiers du grand âge restent marqués par une « une identité professionnelle forte, construite autour de métiers dont la pénibilité n'est pas dissimulée, mais souvent dépassée par un engagement individuel et des gratifications multiples (issues de la relation privilégiée aux usagers, aux familles, aux collègues, à l'établissement)⁸⁰ ». Les risques professionnels sont largement perçus comme inévitables, « faisant partie du métier »⁸¹. Lors des déplacements, des professionnelles ont confié leur perception d'un risque inéluctable : « si la personne dont je m'occupe tombe, je ne peux pas la laisser faire » ou encore « c'est normal de se faire mal au dos dans nos métiers » tout en constatant « à plus de 40 ans, on est cassées ».

[69] Cette absence de culture de prévention est d'autant plus ancrée que les formations initiales des métiers du secteur, dont la plupart sont réglementées, n'intègrent pas de module relatif à la santé des professionnels. Si la formation des aides-soignantes⁸² comporte depuis 2021 un module d'évaluation sur les techniques de mobilisation et de prévention des risques ainsi que les conséquences des ports de charges sur l'anatomie du corps humain, il n'en est pas de même dans tous les référentiels en cours de révision. **La mission a ainsi pris connaissance du projet de référentiel pour la formation infirmière en cours de rénovation : aucune mention n'est faite de la protection de la santé personnelle et de la prévention des risques musculosquelettiques.**

⁸⁰ Chenal M., Jolidon P., Laurent T., Peyrot C., Straub T., Told C. (2016), « Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *document de travail*, série études et recherche N° 134, septembre.

⁸¹ Id

⁸² [10 juin 2021 - vf annexe iii referentiel formation as.pdf](#).

2 La promotion de la qualité de vie au travail dans le médico-social a fait l'objet d'une stratégie en 2018, dont les effets n'ont que partiellement été évalués

2.1 Dans le cadre de cette stratégie et des crédits qu'elle mobilise, la prévention des risques professionnels est un axe parmi d'autres

2.1.1 La stratégie de 2018 n'a pas été ajustée à la suite du rapport El Khomri qui recommandait une priorité forte à la réduction de la sinistralité

2.1.1.1 Faisant suite à la stratégie de 2016 pour les professionnels du soin, elle fixe pour objectif de renforcer les démarches de QVT en établissement, sans prioriser le type d'actions à conduire

[70] **L'instruction⁸³ 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 (Ehpad et établissements accueillant des personnes handicapées) définit le premier cadre d'un plan d'action national.**

[71] **Inscrite dans la continuité de la stratégie d'amélioration de la qualité de vie au travail⁸⁴** pour le secteur sanitaire, la stratégie médico-sociale, d'abord tournée vers les établissements puis dans un second temps vers l'aide à domicile, se structure en quatre objectifs :

- « Mettre en place un pilotage national ;
- Accompagner les établissements dans les démarches de QVT ;
- Contribuer à la montée en compétences des équipes ;
- Evaluer et suivre la mise en œuvre »

[72] **Ces objectifs sont adossés à la doctrine d'intervention de l'Anact, qui cible des axes très variés⁸⁵.** Parmi les actions phares, figure l'extension au médico-social de l'observatoire national de la qualité de vie au travail porté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la mise en place de référents QVCT en ARS, la mise en place de « clusters » QVT pour le médico-social (encadré), l'amélioration des locaux ou encore un partenariat avec les Opérateurs de compétences (Opco) pour soutenir les actions de formation. La construction d'un dispositif de mesure de la QVT en Ehpad, à travers la première étape construite en Nouvelle Aquitaine autour

⁸³ N°DGCS/4B/2018/177

⁸⁴ [Une stratégie nationale pour "Prendre soin de ceux qui soignent" - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#). Cette stratégie propose une impulsion nationale (dans laquelle s'inscrit un observatoire de la qualité de vie au travail), assortie d'actions de maillage territorial (incluant le déploiement de clusters sociaux pour la qualité de vie portés par plusieurs établissements).

⁸⁵ [Les six sujets de la qualité de vie et des conditions de travail | Anact](#) : organisation, contenu et réalisation du travail, projet d'entreprise et management, santé et prévention au travail, égalité au travail, dialogue professionnel et dialogue social, compétences et parcours professionnels.

de l'outil QENA⁸⁶, reprise ensuite par une expérimentation conduite avec la CNSA, se rattache également aux actions phares impulsées par cette stratégie.

L'expérimentation nationale relative aux actions collectives innovantes et apprenantes (Acia), un dispositif phare de la stratégie de 2018

Déclinaison médico-sociale (2018-2020) des clusters de la qualité de vie au travail dans les établissements de santé (2016-2017) portés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Haute autorité de santé (HAS) et l'Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)⁸⁷, ces actions ont vocation à être portées par des groupes de 5 à 8 établissements en moyenne qui souhaitent réfléchir ensemble à des problématiques communes. Elles proposent un accompagnement collectif à destination d'un trinôme dans chaque établissement (le plus souvent composé d'un représentant de la direction, d'un représentant du personnel et d'un représentant métier). 277 établissements médico-sociaux (personnes âgées et handicapées) situés dans toute la France se sont engagés dans ces actions entre 2018 et 2020, avec une coordination assurée au national par l'Anact, en lien avec la direction générale de la cohésion sociale (DGCS). Capitalisant sur cette expérimentation, un guide pratique pour accompagner les démarches QVT en établissements a été établi et diffusé par l'Anact⁸⁸ en 2021.

A la suite de l'impulsion nationale, l'essaimage s'est poursuivi sur le territoire. Les actions collectives (équipes mobiles, actions innovantes et apprenantes) sont, dans l'enquête qui leur a été adressée, régulièrement citées comme axe d'intervention par les ARS.

[73] **Si elle donné l'impulsion initiale, la stratégie nationale lancée en 2018 ne définit toutefois pas d'axe d'intervention prioritaire**, les ARS et les établissements demeurant libres de s'investir dans l'une des actions type mentionnées, entre démarches organisationnelles, diagnostics internes, aménagements de locaux ou encore actions de formation. La réduction de la sinistralité n'est ainsi pas présentée comme l'un des objectifs prioritaires. En outre, l'articulation entre tous les types d'actions n'est pas précisée.

2.1.1.2 Le rapport El Khomri proposait notamment de donner une priorité forte à la lutte contre la sinistralité qui n'a pas été reprise dans la stratégie

[74] Un an après le lancement de la stratégie, le rapport remis par Myriam El Khomri⁸⁹ en octobre 2019 salue l'impulsion donnée par cet engagement national et notamment :

- L'installation de l'observatoire national le 2 juillet 2018 ;
- La nomination d'un réseau de référents QVT en agences régionales de santé ;

⁸⁶ Sibé, M., Arditi, N., Abraham, M., (2021), Construction et validation d'un outil de mesure de la Qualité de Vie au Travail des professionnels des EHPAD en Nouvelle-Aquitaine, [Rapport final d'étude du projet QENA](#).

⁸⁷ Qui avaient fait l'objet d'un bilan qualitatif : Anact, DGOS, HAS, (2017), [Les enseignements des premiers clusters sociaux QVT dans les établissements de santé](#), Synthèse du rapport d'évaluation.

⁸⁸ [ggvt_interactif-2.pdf](#)

⁸⁹ El Khomri M., (2019), Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge et de l'autonomie, rapport remis à la ministre déléguée à l'autonomie, octobre.

- L'inscription d'un axe QVT dans les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (Cpom) Etat-ARS ;
- Le soutien aux actions collectives innovantes et apprenantes ;
- La diffusion de guides ou tutoriels par l'Anact⁹⁰, l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des AT et des maladies professionnelles (INRS) ou encore les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) ;
- L'intégration d'objectifs dédiés au secteur médicosocial dans certains plans régionaux de santé au travail.

[75] S'inscrivant dans une perspective plus large, celle de l'attractivité des métiers, pour proposer une réponse à la crise des recrutements et à la dégradation des conditions de travail, il dessine un plan d'action ambitieux, structuré en 16 objectifs et 59 mesures. En matière de QVT, les principales mesures sont volontaristes : mise en place d'un socle commun à inscrire dans les différentes conventions collectives, création d'un opérateur de compétences (Opco) unique au secteur, instauration de 4 h de temps collectifs mensuels ou encore élaboration d'un plan spécifique à la mobilité des professionnels du domicile.

[76] **Le rapport propose de « donner une priorité forte » à la réduction de la sinistralité, avec un objectif de baisse d'un cinquième en cinq ans, à l'horizon 2024.** Les leviers sont : le recrutement d'un réseau de préventeurs, un programme national spécifique au secteur dans le cadre de la branche ATMP ou encore la mise en place de modules de prévention des troubles musculosquelettiques dans toutes les formations initiales.

[77] **Soulignant la faible articulation entre les ministères⁹¹ dans la déclinaison de la stratégie de 2018, il propose la mise en place d'un comité national des métiers du grand âge, chargé de piloter sa déclinaison.**

[78] Ce rapport n'a pas donné lieu à un réajustement de la stratégie définie par la circulaire de 2018.

2.1.1.3 Depuis 2024, une orientation a été amorcée en faveur de la prévention des risques professionnels

[79] Si la crise Covid a permis d'engager des revalorisations salariales structurelles, quoiqu'hétérogènes⁹² dans le secteur, avec les accords Ségur (2020), Laforcade (2022) ou encore l'avenant 43 de la convention collective de la BAD (2021) et enfin les mesures Castex⁹³ (2022), **elle a marqué une pause, selon les ARS rencontrées, dans la mise en œuvre de la stratégie nationale.**

[80] **Les orientations des instructions budgétaires de 2022 et 2023⁹⁴ sont restées très larges et n'ont pas intégré les recommandations du rapport El Khomri.** Ainsi, l'instruction de 2022 vise : « la

⁹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/gqvt_interactif.pdf. Guide établi par la DGCS et l'Anact à partir des retours d'expériences menées dans le cadre des ACIA

⁹¹ Solidarités et santé, travail, voire éducation nationale et enseignement supérieur.

⁹² Atger, PM et Hautchamp, M. (2024), Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Igas, Rapport n° 2024-069R.

⁹³ Pour la filière socio-éducative, notamment en ESMS PH ou services à domicile publics.

⁹⁴ N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 ; N°DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DFO/2023/60.

promotion de la QVT et la lutte contre la sinistralité ; les transformations organisationnelles [...] ; les actions sur les formations (mobilisation du programme régional d'investissement dans les compétences, actions visant à favoriser la validation des acquis de l'expérience (VAE), l'apprentissage, la mobilité des professionnels) ». L'instruction de 2023 cible les établissements « n'ayant pas bénéficié d'action QVT ces dernières années et parmi eux, les établissements et services connaissant des difficultés en termes de ressources humaines ».

[81] **L'instruction de 2024⁹⁵ amorce une priorité sur la prévention de la sinistralité** pour le secteur personnes âgées (40 % des financements dédiés doivent être réservés à cet axe) et sur l'articulation avec l'assurance maladie. En outre, des indicateurs permettant de caractériser les difficultés RH sont introduits, sans cible toutefois (« taux de vacance de poste, taux d'absentéisme, taux de turn-over et taux de sinistralité supérieurs à la moyenne » régionale).

2.1.2 Les crédits mobilisés dans le cadre de cette stratégie sont peu lisibles

2.1.2.1 Ils reposent d'une part sur un engagement des ARS de l'ordre, hors investissement, de 45 M€ par an en moyenne sur 2023, 2024 et 2025

[82] La stratégie nationale s'accompagne d'une dotation budgétaire *ad hoc* pour les ARS, à travers les dotations régionales limitatives (DRL), d'un montant annuel de **13 M€ (9 M€ fléchés pour le secteur personnes âgées, 4 M€ pour le secteur personnes handicapées)**. En complément, les ARS peuvent mobiliser, pour les ESMS de leur compétence, des crédits du fonds d'intervention régional (Fir) et des crédits non reconductibles (CNR). Alors qu'une identification des crédits QVCT dans le système de gestion des crédits des ARS (Hapi) était prévue, elle n'a pas été mise en place. Aussi **la mission n'a pas eu la capacité de retracer, pour 2022, 2023 et 2024, les montants globalement engagés par les ARS en faveur de la QVT.**

[83] Les rapports d'activité du Fir donnent quelques indications sur la part de la mission 4 dédiée à la QVCT⁹⁶. La ligne en faveur de l'efficacité des structures médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels soit 13,1 M€ en 2022 et 19,2 M€ en 2023 mais également une part de la ligne en faveur des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail⁹⁷ (pour les Ehpad hospitaliers) peuvent s'y rattacher. En outre, les crédits non reconductibles affectés aux actions QVCT, ne sont pas identifiés au national.

[84] **Depuis 2021, la DGCS demande aux ARS de recenser les dépenses consacrées QVCT.** Le niveau de réponse n'a jamais été exhaustif, compris entre 62 % et 77 % des ARS. **Hors investissement, et sur la base de ces données, les ARS ont consacré a minima 55 M€ en 2022, 34,5 M€ en 2023 et 44 M€ en 2024 à ces actions, soit 45 M€ en moyenne** sur ces trois années. Les montants engagés au titre des CNR et du Fir excèdent donc largement les montants engagés au titre des DRL QVT.

⁹⁵ N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2024/62

⁹⁶ La mission 4 du Fir concerne l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail)

⁹⁷ Soit 6,1 M€ au total en 2022 et 10,5 € en 2023. Voir [Le fonds d'intervention régional \(FIR\) - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#). Pas de rapport disponible pour 2024.

[85] **Ce constat converge avec les investigations menées par la mission.** L'enquête auprès des ARS établit, dans les verbatims de plusieurs régions, que les DRL-QVT ne constituent qu'une part des crédits qu'elles consacrent à ces actions. Les crédits non reconductibles sont ainsi cités par plusieurs ARS (Auvergne-Rhône Alpes, Bourgogne-Franche Comté, Centre-Val-de-Loire, Occitanie, Réunion, Pays-de-la-Loire). Lors des déplacements conduits dans les Hauts-de-France comme la Nouvelle-Aquitaine, les ARS ont signalé à la mission leur intervention volontariste, par la mobilisation des CNR. Ainsi, les Hauts-de-France ont cité, pour 2024, un rapport de 1 à 8 entre le montant des DRL et le montant des CNR engagés sur le sujet.

[86] **A partir de ces données éparses, la mission propose de retenir un ordre de grandeur annuel et prudentiel de 45 M€ annuellement consacrés par les ARS⁹⁸, hors investissement, aux actions QVCT.**

2.1.2.2 Ils s'appuient d'autre part sur un concours de la branche autonomie de l'ordre de 1,2 M€ annuels

[87] **La création de la branche autonomie en 2021 a élargi les missions de la CNSA, qui depuis « contribue à l'attractivité des métiers participant à l'accompagnement et au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment au travers de ses actions en faveur de la formation et de la professionnalisation des professionnels⁹⁹ ».** La QVCT ne constitue néanmoins pas l'un des 40 engagements de la branche, elle est intégrée à l'engagement n°22¹⁰⁰ et fait l'objet d'actions directes et indirectes.

[88] Au titre de la stratégie nationale, la CNSA prend plus spécifiquement en charge :

- **Le conventionnement avec les Opco et l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)** engagé depuis 2022. La QVCT, qui représente une part mineure du volume des crédits conventionnés, y est intégrée au sein des actions de professionnalisation, mais également dans le cadre d'un axe spécifique pour l'ANFH, l'Opco santé, l'Opco EP et Uniformation. Les actions mises en place sont hétérogènes : nette orientation en faveur de la santé et sécurité au travail pour l'Opco santé, conception (inaboutie puis abandonnée) d'un Mooc¹⁰¹ QVT / prévention des risques professionnels pour l'Opco EP, mise en œuvre d'actions de conseil et d'accompagnement des transformations organisationnelles pour Uniformation (sur le périmètre de la Bad). **Cet axe est monté en charge avec 0,3M€ en 2022, 0,7 M€ en 2023 et 1 M€ euros en 2024¹⁰² selon la CNSA.**
- **Le conventionnement avec les fédérations d'employeurs du domicile.** Des axes dédiés au soutien managérial et aux actions de QVCT / prévention des risques ont été introduits dans les conventions avec l'Adedom, l'Una, l'UNADMR, la Fesp, l'UNCCAS et le Synerpa **pour un montant de 0,4 M€ en 2023 et près de 0,2 M€ en 2024.**
- **Le soutien aux actions relevant de l'innovation sociale par des appels à projet.** Entre 5 et 12 projets expérimentaux sont financés chaque année, sur des thématiques QVCT / prévention

⁹⁸ Soit DRL * 4 ou DRL * 5 selon que l'on retient un effet levier des DRL de 1 pour 3 à 1 pour 4.

⁹⁹ L223-5 du CSS ou L14-10 1 du CASF.

¹⁰⁰ Contribuer à l'attractivité des métiers.

¹⁰¹ « Massive Open Online Course », c'est-à-dire en français « cours en ligne ouverts et massifs » (CLOM).

¹⁰² Auxquels s'ajoutent des co-financements de 508 254 € en 2023 et 664 034 € en 2024.

des risques et donnent en principe lieu à une évaluation¹⁰³ dans une perspective d'essaimage à l'instar du programme Imano¹⁰⁴. Selon la CNSA, un cinquième des crédits concernant la QVCT¹⁰⁵, **soit 0,2 M€ euros annuellement**.

[89] **La CNSA mobilise également des leviers indirects**, avec une intervention par le truchement des ARS (voir *supra* les DRL ou *infra* les plans d'investissement se rattachant au Ségur) ou par celui des conseils départementaux (voir *infra* la dotation complémentaire).

2.1.3 La stratégie de 2018 s'est traduite par une première structuration des ARS sur la QVCT, à travers, notamment, le réseau des référents

[90] **Pour assurer la déclinaison territoriale de la stratégie nationale, les ARS ont été invitées à se structurer en interne, pour piloter leurs actions et prendre part à l'animation nationale.** Leurs réponses au questionnaire qui leur a été transmis (100 % de taux de réponse¹⁰⁶) comme les investigations conduites par la mission attestent qu'un premier niveau de structuration interne a été mis en place par la grande majorité des 16 ARS répondantes :

- 14 ARS disposent d'un référent QVCT ;
- 11 ARS ont élaboré un schéma régional pour les ressources humaines ou un plan d'attractivité pour les métiers relevant de leur champ d'intervention qui comporte dans 9 cas, un volet concernant les professionnels du secteur médico-social ;
- 13 ARS ont élaboré une politique d'amélioration de la QVT/ QVCT dans les établissements et services relevant de leur champ d'intervention, avec un volet médicosocial pour 10 d'entre elles. Pour 11 d'entre elles, cette politique fait partie du Plan régional de santé (PRS).

[91] Néanmoins, cette structuration est à parfaire. Dans la majorité de celles qui en disposent (13/14), le référent QVCT ne mobilise qu'une partie de son temps de travail sur le sujet, et le plus souvent¹⁰⁷ pour une quotité de temps de travail inférieure au mi-temps. En outre, il n'est pas toujours formé à la QVCT ou aux risques professionnels.

2.1.4 La stratégie n'a pas été accompagnée d'un appareil évaluatif permettant d'en mesurer l'impact à l'échelle nationale ou régionale

2.1.4.1 Les actions mises en place dans le cadre de la stratégie ont été très larges

[92] **Déclinant des orientations très larges, les ARS se sont localement engagées dans des actions sans ciblage assumé.** Dans le cadre de l'enquête qui leur a été adressée (annexe n°4), 11 ARS sur 16 déclarent organiser des appels à manifestation d'intérêt ou des appels à projet sur le sujet, le plus souvent annuels. Plusieurs thématiques sont fréquemment mentionnées, comme l'investissement en rail en Ehpad, l'équipement, des actions collectives, l'accompagnement

¹⁰³ Ils sont tous structurés en 3 volets : expérimentation, modélisation, évaluation.

¹⁰⁴ Programme de soutien à l'innovation managériale et organisationnelle porté par le Gérontopôle Nouvelle-Aquitaine à destination de 14 SAAD.

¹⁰⁵ 1 M€ attribué en 2022, 1,7 M€ en 2023 et 1 M€ en 2024.

¹⁰⁶ Hors Mayotte qui n'était pas en état de répondre à la suite du cyclone Chido.

¹⁰⁷ Dans 62,5 % des cas.

managérial, des actions de prévention des TMS et des RPS, la formation de référents préventeurs, ou encore la mise en place d'équipes autonomes. Selon le recensement de la DGCS, la formation constitue, hors investissement, la première cible des dépenses, sans que la remontée distingue les actions QVCT des actions menées au titre de l'attractivité des métiers¹⁰⁸.

[93] De ce point de vue, la mission souhaite valoriser le ciblage de ses actions opéré par l'ARS Nouvelle-Aquitaine autour de deux axes prioritaires depuis 2020 : l'accompagnement des établissements en collectif (équipes mobiles QVCT couvrant toute la région, plateforme-territoriale solidaire) et la prévention des risques professionnels (en articulation avec la Carsat).

2.1.4.2 Le double appareil évaluatif prévu par la stratégie de 2018 n'a pas été mis en place

[94] La stratégie nationale de 2018 prévoyait un double appareil évaluatif, au niveau national avec l'évaluation des clusters QVT et au niveau régional, avec celle des actions engagées par les ARS. Des indicateurs de suivi et de résultats devaient être définis en lien avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap). La mission n'a pas été destinataire d'éléments attestant la mise en place de ce double appareil.

[95] En lieu et place de l'évaluation nationale, une simple capitalisation des clusters a été engagée en 2021 par la DGCS et l'Anact¹⁰⁹. Elle s'appuie sur le ressenti des professionnels engagés dans les démarches, retranscrit dans des fiches standardisées. 76 % des professionnels disent ressentir un effet avéré, en particulier concernant l'implication des personnels ou l'amélioration du dialogue interne. 24 % ressentent un effet partiel. Elle a nourri le guide pratique de déclinaison de la démarche précitée.

[96] Aucun outil de suivi n'a été mis à disposition des établissements ou des ARS pour apprécier leurs actions. Certaines se saisissent des données issues du tableau de bord de la performance tout en indiquant que le délai de retour (données disponibles pour n-2) en limite la portée. En rapport avec la question des indicateurs pertinents, un baromètre ressource humaines (RH) élaboré par l'Anap à partir des données du tableau de bord de la performance devrait être proposé courant juin 2025 et permettra aux établissements (puis aux services d'aide à domicile ultérieurement) de se positionner par rapport à un panel d'établissements comparables.

[97] Au niveau régional, 7 ARS sur 11 répondantes ont déclaré à la mission procéder « le plus souvent » à des évaluations d'impact (contre 4 « jamais »). L'Anact Occitanie, très impliquée dans le déploiement territorial de ses 29 Acia (concernant 102 structures), a ainsi fait évaluer qualitativement le dispositif¹¹⁰, mis en place en deux vagues, en 2021-2022 et 2023-2024. Les

¹⁰⁸ Actions de recrutement ou de qualification par exemple.

¹⁰⁹ Elle s'est appuyée sur fiches d'état des lieux des 100 SMS engagés dans la démarche à cette date. Au titre des constats, les fiches soulignent le caractère premier des problématiques d'organisation du travail (charge de travail, planning, horaire, répartition des tâches) et ont donné lieu à des actions diverses de changements d'horaires, d'ajustements des fiches de postes, d'analyses de pratique, d'espaces de discussion sur le travail ou à des changements d'organisation.

¹¹⁰ Amnyos, (2025), Rapport d'évaluation. Expérimentations des démarches QVCT en Ehpad d'Occitanie.

questions évaluatives portaient avant tout sur la conduite de projet ou sa pérennisation¹¹¹. Seule une question portait sur l'impact, même si le manque de recul est signalé par le rapport.

« Dans quelle mesure les démarches QVCT engagées ont-elles produit des effets durables et mesurables dans les organisations en termes de QVCT ? »

Quelques éléments issus de l'évaluation des Acia en Occitanie

A l'issue d'une enquête menée auprès des professionnels, une majorité d'entre eux se déclare plutôt ou tout à fait d'accord avec les affirmations relatives aux effets positifs de la démarche QVCT sur : « l'organisation du travail (82 %) ; les pratiques de management (84 %) ; le dialogue social entre direction et représentants du personnel (82 %) ; le dialogue entre professionnels (82 %) ».

Toutefois, les résultats sur la performance et le fonctionnement des établissements apparaissent peu visibles. « Une majorité de professionnels interrogés ne parvient, en effet, pas à se prononcer sur ces éléments (41 % soit 18 établissements). Lorsque qu'ils le font, les constats sont très partagés : 30 % estiment que la démarche a eu un impact important (aucun très important), 30 % estiment que la démarche a un impact peu ou pas du tout important ».

[98] Par nature, et en l'absence de cibles clairement établies, les évaluations des actions QVCT sont structurellement complexes. L'enquête menée auprès des ARS en atteste.

Verbatim de l'enquête ARS sur l'évaluation des actions QVCT

« Les actions financées ne sont pas évaluées de manière à pouvoir connaître pleinement l'impact pour les établissements ou pour le territoire régional. Cependant, l'ARS chaque année met en place des outils afin de récupérer des bilans quantitatifs et qualitatifs de l'AAP QVT et des autres actions menées afin de mieux appréhender les impacts et ainsi d'adapter ses actions et ses AAP chaque année aux retours et aux besoins des établissements. Enfin, on constate que le taux de retour des établissements reste faible. »

« Les actions financées sont nécessaires. Cependant, elles ne sont pas toujours intégrées à un plan d'actions QVT de l'établissement qui permettrait un meilleur suivi des établissements sur ce sujet. De plus, l'évaluation des actions mises en place reste difficile. »

¹¹¹ En quoi l'utilisation du guide et l'accompagnement proposé a permis la mise en œuvre des démarches ? En quoi l'expérimentation permet de préciser les besoins de formation des consultants accompagnateurs ? Dans quelle mesure les professionnels ont été capables d'entrer dans l'accompagnement ? Dans quelle mesure les professionnels ont mis en œuvre efficacement une ou des actions QVCT ? Dans quelle mesure les démarches engagées peuvent être poursuivies en autonomie ?

2.2 L'action de la branche Risques professionnels a été inscrite dans le cadre de la stratégie de 2018, avec des programmes d'accompagnement spécifiques qui demeurent modestes financièrement au regard des enjeux du secteur

2.2.1 La branche identifie le secteur de l'aide et du soin comme prioritaire et mobilise plusieurs outils, dont le Fipu, depuis 2024, pour un montant annuel de l'ordre de 4,7 M€

2.2.1.1 Si elle déploie des programmes d'accompagnement et des incitations financières, la convention d'objectifs et de gestion actuelle ne prévoit plus de programme spécifique

[99] En continuité avec les actions menées dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) ATMP 2014-2017, la Cog 2018-2022 identifie ce secteur comme spécifique¹¹² au regard de sa sinistralité et lui consacre un plan d'action dédié autour de deux cibles principales¹¹³. Ce dernier s'appuie sur deux types d'outils :

- **Les programmes d'accompagnement**, parmi lesquels TMS pro, les programmes de groupes (dont le programme grands comptes ayant ciblé Korian et Orpéa), une expérimentation régionale dans le champ de l'aide à domicile, ou encore le programme très petite entreprises qui a ciblé le secteur de l'aide à domicile. Le programme TMS pro vise à réduire l'exposition aux troubles musculosquelettiques. Les établissements ciblés en raison de leur sinistralité ont vocation à suivre une démarche en quatre étapes, accompagnée par la Carsat (diagnostic, désignation d'un référent et élaboration d'un plan d'action, mise en œuvre et bilan). Dans le cadre de la Cog 2018-22, 1/8^{ème} des établissements visés par ce programme sont des Ehpad, soit 1114 ;
- **Les incitations financières**, à l'instar des **subventions prévention** TPE (à destination des entreprises de moins de 50 salariés)¹¹⁴ ou des **contrats de prévention** (pour les entreprises de moins de 200 salariés)¹¹⁵. Ces deux incitations ont représenté, pour le secteur¹¹⁶, un montant global de près de 3 M€ en 2022 (dont 0,670 pour les subventions et 2,3 pour les contrats) et de près de 2,5 M€ en 2023 (dont 0,420 pour les subventions et 2 pour les contrats). Le nombre d'entreprises touchées a été respectivement de 203 et de 126.

[100] **Ces outils permettent de couvrir des dépenses diverses, de matériels, formation, salaires de préventeurs et de sensibilisation ou de diagnostics.**

¹¹² A l'instar de celui du BTP.

¹¹³ Cnam-DRP (2019), « Les Ehpad et le secteur du domicile », *Lettre réseau* en date du 31/07/2019.

¹¹⁴ Avec un plafond de 25 000 euros, et une déclinaison spécifique au domicile, la subvention prévention aide et soins à la personne à domicile qui bénéficie d'une formalisation de ses cibles en matière de dépenses éligibles : [LR-DRP-2022Annexe1_Conditions d'attribution - ASP Domicile.pdf](#).

¹¹⁵ Pour les entreprises dès lors que leur secteur est couvert par une convention nationale d'objectifs conclue entre la Cnam-DRP avec les organisations professionnelles. La plus récente a été signée en juin 2023 par la FHP, le Synerpa, la FESP et Axxess).

¹¹⁶ Selon la DRP qui a réalisé, pour le compte de la mission, une requête relative au volume décaissé dans les établissements et services relevant des codes NAF caractérisant le secteur.

[101] Ils ont été revisités dans le cadre de l'actuelle Cog¹¹⁷. Celle-ci maintient une orientation en faveur du secteur¹¹⁸ mais ne retient plus de programme spécifique. Elle met l'accent sur la culture de prévention¹¹⁹, le renforcement des actions de formation et l'accompagnement du secteur vers un « socle de prévention. Une démarche sur « la totalité des entreprises de la cible du secteur » a vocation à être déployée, avec trois modalités d'accompagnement différentes.

2.2.1.2 Le Fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle a permis d'accroître les montants consacrés au secteur, qui demeurent en deçà des montants consentis par les agences régionales de santé

[102] **Créé par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, le Fipu, doté d'un budget annuel de 200 M€ entre 2024 et 2028** (dont 150 M€ pour les aides aux entreprises) a vocation à prévenir trois facteurs de risques ergonomiques, les manutentions manuelles de charge, les postures pénibles et les vibrations mécaniques. A la faveur d'un accord de branche, ses subventions peuvent être majorées¹²⁰ et atteindre 50 000 € par structure.

[103] Ses orientations privilégient pour 2025 les aides directes aux entreprises, le financement d'organismes de prévention et de projets de transition professionnelle. Les aides aux entreprises, à 70 % réservées aux entreprises de moins de 49 salariés¹²¹, sont instruites par le réseau des Carsat / CRAMIF / CGSS sur la base d'une logique de « premier arrivé, premier servi ».

[104] **Pour le médico-social, le Fipu a permis d'accroître les montants consacrés à la prévention comme le nombre d'entreprises bénéficiaires.** Ainsi, le secteur a représenté 10 % des exécutions de l'année 2024 soit 4,3 M€. Elles restent néanmoins modestes au regard des montants consentis par les ARS sur les sujets QVCT (voir *supra*).

Tableau 4 : Montants des incitations financières¹²² et nombre d'entreprises bénéficiaires

	Montants des incitations financières (M€)	Evolution 22-24	Nombre d'entreprises bénéficiaires	Evolution 22-24
2022	3,0		203	
2023	2,5		126	
2024	8,7	190 %	499	146 %

Source : Cnam-DRP

Champ : subventions de prévention + contrats de prévention + Fipu pour le secteur médico-social (voir annexe méthode pour liste des codes NAF)

¹¹⁷ 2023-2028, [2024029_DrpCOG_v15.indd](#)

¹¹⁸ Au même titre que celui du BTP et de l'intérim.

¹¹⁹ Voir lettre réseau du 26/11/2014 « Le principal objectif de l'approche sectorielle vise l'amélioration de la culture de prévention ».

¹²⁰ Les entreprises relevant de branches professionnelles ayant conclu un accord identifiant les métiers et activités exposés bénéficient dès lors que cet accord est intégré à la cartographie, d'une valorisation du taux de prise en charge (85 % au lieu de 70 % en l'absence d'accord) et des plafonds de financement (50 000 € au lieu de 25 000 €).

¹²¹ 20 % pour les entreprises de 50 à 199 et 10 % pour des entreprises de 200 salariés et plus.

¹²² Subventions de prévention + contrats de prévention + Fipu.

2.2.1.3 La branche élabore et diffuse des outils spécifiques au secteur en matière de prévention des risques professionnels, en lien avec l'INRS

[105] La branche ATMP met à disposition du secteur de nombreuses ressources pour structurer et outiller les démarches de prévention.

[106] **Elle propose ainsi des recommandations, cadre de référence sectoriel élaboré et adopté dans le cadre des comités paritaires techniques nationaux ou régionaux. Au niveau national, pour le secteur, la R 471 sur la prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissement est essentielle.** Aucune recommandation nationale n'a néanmoins été émise à destination du secteur du domicile, même si deux recommandations régionales sont en cours d'expérimentation en Normandie et en Ile-de-France.

[107] En lien avec l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) qui compte pour mission le développement et la diffusion de ressources de prévention, la DRP et les réseaux régionaux des Carsat outillent les acteurs, avec notamment des diagnostics d'évaluation des risques professionnels en Ehpad¹²³ comme à domicile¹²⁴, de guides de bonnes pratiques (de prévention des risques à domicile¹²⁵, ou encore des repères de conception et rénovation d'Ehpad¹²⁶.

[108] La lettre réseau du 26 novembre 2024 rappelant le cadre d'intervention de la branche à destination du secteur¹²⁷ recense, ainsi sans exhaustivité, 19 documents mobilisables en matière de prévention des risques professionnels. **La profusion d'outils mis à disposition des responsables de structures mériterait d'être rationalisée pour faciliter la distinction entre le socle minimal et les approfondissements possibles.**

2.2.2 Au niveau territorial, la coordination entre Carsat et ARS en faveur du déploiement de leurs actions respectives dans le cadre de la stratégie demeure perfectible

[109] Si la stratégie de 2018 invitait explicitement les ARS à se rapprocher des Carsat pour « définir conjointement » les Ehpad à cibler dans le cadre de TMS pro, cette articulation ne s'est pas concrétisée dans l'ensemble des régions.

[110] Dans l'enquête réalisée par la mission (voir annexe n°4), les ARS sont partagées concernant la visibilité dont elles disposent sur les actions de la Carsat¹²⁸. L'articulation entre les financements publics et ceux portés par la sécurité sociale (CNSA et AT/MP) n'apparaît pas pilotée. **Ce manque d'articulation est porteur d'un risque de dilution des crédits.** L'absence de vision interbranche est source d'inefficacité potentielle, aucune institution ne disposant d'une vision large du taux de pénétration des aides en matière de prévention des risques professionnels et de QVCT dans les

¹²³ [Outil d'évaluation des risques professionnels - Ehpad - Outil - INRS](#)

¹²⁴ [Outil d'évaluation des risques professionnels - Aide à domicile - Outil - INRS](#)

¹²⁵ [Aide à domicile - Dépliant - INRS](#)

¹²⁶ [Conception et rénovation des Ehpad - Brochure - INRS](#)

¹²⁷ LR-DRP-42/2024 Déploiement de l'approche sectorielle sanitaire et médico- sociale prévue par la Cog 2023-2028

¹²⁸ 7 ARS ont une visibilité importante (6) voire totale (1) quand 6 ARS ont une visibilité limitée à nulle (2).

établissements et services de sa région. **Une approche interbranche pourrait permettre de définir une réelle complémentarité entre les dispositifs.**

[111] En outre, le partage de données entre ARS et Carsat est encore limité. Dix ARS ont indiqué avoir signé une convention avec la Carsat. Néanmoins, seules deux indiquent avoir accès aux données par employeur de sinistralité de la Carsat (et aucune de la CNRACL). En revanche, sur les ARS disposant de ces données, une seule les utilise pour cibler ses actions.

2.2.3 Alors que l'accès à ces programmes demeure marqué par des freins nombreux, leurs impacts sont modestes selon les évaluations disponibles

2.2.3.1 Pour le médico-social, l'accès à ces dispositifs souffre de freins liés au seuil du nombre de salariés ou au reste à charge tandis que leur découpage thématique n'apparaît pas toujours adapté

[112] Au cours des investigations de la mission, trois limites dans l'accès aux dispositifs ont néanmoins été mises en avant par les acteurs :

- **Les seuils du nombre de salariés apparaissent contraignants pour le secteur**, notamment dans le cas des organismes gestionnaires multi-établissements qui excèdent le plus souvent les 200 salariés. A l'échelle de l'Île-de-France, 43 % des structures du secteur médico-social peuvent bénéficier d'un contrat de prévention. Les difficultés d'accès sont encore plus marquées dans le champ du handicap, où les associations gestionnaires de plusieurs établissements sont nombreuses. Moins de 20 % des établissements d'hébergement pour enfants et adultes en situation de handicap y sont éligibles. Le Fipu a levé cette contrainte trop récemment pour que les effets soient visibles.
- **Le reste à charge pour les structures demeure important puisqu'il est, au mieux contenu, à 30 % du financement global¹²⁹**. Concernant la déclinaison services à domicile de la subvention TPE, le seuil minimal requis de financement de 2 000€ peut également apparaître trop élevé. Dans le cas du Fipu, le plafonnement de l'intervention à 25 ou 50 000€ est également contraignant eu égard au coût des équipements nécessaires à la mise en place de lieux de travail favorables à la sécurité, en établissement notamment.
- **En outre, les subventions sont versées sur la base de factures acquittées**, ce qui représente un effort supplémentaire (avance de frais) pour des structures aux trésoreries fragiles.

[113] Par ailleurs, le découpage en programmes nationaux thématiques (dont TMS pro ou RPS), sur la base d'un ciblage lié aux statistiques de sinistralité, est apparu à plusieurs acteurs rencontrés par la mission comme peu opérant pour les structures médico-sociales, marquées par la co-exposition aux risques. Ainsi, une Carsat rencontrée a souligné que dans certains cas, des structures ciblées TMPS pro relèveraient davantage d'un accompagnement RPS et qu'une offre globale en matière de prévention des risques paraîtrait plus adaptée aux besoins du secteur.

¹²⁹ Reste à charge à 50 % pour les subventions de prévention, 30 % en moyenne pour les contrats de prévention et 30 % pour le Fipu.

2.2.3.2 Les évaluations nationales des actions conduites soulignent qu'elles se déploient dans une logique trop souvent capacitaire

[114] **L'évaluation de la Cog ATMP faite par l'Igas¹³⁰ est sévère concernant l'efficacité des incitations.** D'une part car elles sont accordées selon une logique de premier arrivé-premier servi, sans priorités sectorielles. D'autre part car les entreprises participant aux accompagnements ne sont pas priorisées à ce titre. Ainsi, les subventions bénéficient aux entreprises indépendamment de l'intervention d'un préventeur, dans une logique capacitaire. Dès lors, l'évaluation recommande de les arrimer à des engagements forts de branche en matière de prévention et de les mobiliser dans le cadre du déploiement des recommandations émises par les CTN.

Le programme TMS pro

Selon le rapport d'évaluation du programme, pilotée par l'INRS¹³¹, le secteur de l'aide et du soin a représenté 25 % des structures ciblées. Le programme s'est décliné en deux vagues, la première engagée dans la Cog 2014-17 et la seconde dans la Cog suivante.

L'évaluation met en avant une moindre réussite du programme dans le secteur. Sur la période 2014-2019, l'indice de fréquence (IF) des TMS dans les établissements ciblés en première saison¹³² en raison de leur sinistralité a légèrement plus diminué, tous secteurs confondus (-1,7 %) que dans les établissements non ciblés (-0,9 %). Néanmoins, dans les Ehpad comme dans l'aide à domicile, l'accompagnement TMS pro n'a pas enrayé l'augmentation de l'IF TMS sur la période (+ 15,3 % dans les Ehpad ciblés contre + 44,5 % dans le reste des Ehpad). La faible culture de prévention du secteur constitue le facteur explicatif mis en avant par le rapport d'évaluation.

Cette analyse est convergente avec les constats émis par l'Igas¹³³. En fin de Cog, en février 2022, 59 % des Ehpad ciblés par le programme n'avaient pas démarré leur démarche et seuls 4 % avaient finalisé les quatre étapes. En mai 2025, selon les données de la DRP transmises à la mission, 43 % des Ehpad avaient finalisé les quatre étapes.

Graphique 5 : Avancement des Ehpad dans le programme TMS pro en mai 2025

Niveau d'avancement	Nombre d'Ehpad	Taux
Aucune	151	14 %
1	150	14 %
2	150	14 %
3	171	16 %
4	478	43 %
Total	1100	100 %

Source : données de la Cnam-DRP transmises à la mission ; champ : Ehpad ciblés dans le programme TMS-Pro sur la période 2018-2022

¹³⁰ Leconte, T. et Carsin, C. avec la participation de Denieul, A., (2024), Evaluation de la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Igas, rapport n°2022-012R, juin.

¹³¹ Marché attribué par l'INRS à Cemka et Article 25 en août 2019, rapport final rendu en 2022.

¹³² La saison 1 a été établie dans le cadre de la Cog 2014-17.

¹³³ Evaluation précitée.

2.3 Morcelé, le secteur du médico-social se caractérise par un investissement très variable des branches et des employeurs publics en faveur de la QVCT

[115] Depuis une dizaine d'années¹³⁴, l'intervention des branches professionnelles connaît d'importantes transformations avec d'une part un recentrage de leurs missions sur certains sujets, notamment ceux de formation et de conditions de travail¹³⁵, et d'autre part une volonté d'en limiter le nombre. Les branches relevant du médico-social sont traversées par ce double mouvement tout en se saisissant de façon variable des stratégies d'accompagnement en matière de QVCT portées par la puissance publique pour le secteur.

2.3.1 Les branches sont très inégalement engagées dans la formation professionnelle des salariés sur les thématiques de QVCT

[116] **Cet engagement se concrétise par la contribution obligatoire des entreprises en faveur de la formation professionnelle**¹³⁶, avec un taux compris entre 0,55 % et 1 % de leur masse salariale brute. Elle est reversée aux Opco du secteur par France compétences, à titre prioritaire pour financer l'alternance. Au titre du plan de développement des compétences, cette subvention a représenté, en 2023 ou 2024, 17 M€¹³⁷ pour l'ensemble de l'Opco cohésion sociale, 14 M€ pour l'ensemble de l'Opco santé¹³⁸ ou encore 136 M€ pour l'ensemble de l'Opco EP¹³⁹. Au regard de ces montants, les branches soutiennent la formation en portant des engagements facultatifs. Ces fonds conventionnels ont représenté 40 M€ pour la branche de l'aide à domicile ou plus de 200 M€ pour la branche associative, sanitaire et médico-sociale.

[117] *In fine*, le secteur non lucratif se distingue par son niveau de contribution **obligatoire et facultative, qui atteint de l'ordre de 2 % de la masse salariale brute des entreprises**.

[118] **Dans le secteur médicosocial, les opérateurs de compétences (Opco) accompagnent et mettent en œuvre les politiques de branches en matière de formation professionnelle.** Une majorité de leurs fonds¹⁴⁰ est fléchée sur des actions diplômantes, certifiantes, qualifiantes ou pré-qualifiantes. **En conséquence, les financements dédiés à la QVCT sont limités.** La mission a cherché à reconstituer le nombre de stagiaires et les montants engagés par les Opco en 2022, 2023 et 2024 pour les actions QVCT / prévention des risques professionnels, pour les principales branches du secteur. Bien que fragiles¹⁴¹ ces données permettent d'apprécier la variabilité des

¹³⁴ La loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, puis loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels fixant un objectif de 200 branches professionnelles en 2019.

¹³⁵ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

¹³⁶ Prévue par le code du travail au L 6331-1 à L 6331-69. Cette contribution a vocation à financer l'alternance, le conseil en évolution professionnelle des actifs, le développement des compétences dans les entreprises de moins de 50 salariés, la formation des demandeurs d'emploi et le compte personnel de formation

¹³⁷ Cf. Rapport d'activité 2023, [Rapport annuel 2023.pdf](#)

¹³⁸ Cf. Rapport d'activité 2024, [2503_06110_OPCO_RADD_190X250_BD_pla.pdf](#)

¹³⁹ Cf. Rapport d'activité 2023 [Rapport d'activités 2023 | Opco EP](#)

¹⁴⁰ A savoir les apports de France compétences, les fonds conventionnels et des co-financements, à l'instar de ceux de la CNSA (voir 2.1), des conseils régionaux ou du FNE formation.

¹⁴¹ Reposant sur des données déclaratives.

engagements des branches du secteur. Ainsi, pour l'Opco santé, le nombre de stagiaires et le montant engagé relève très majoritairement de la BASS et non de l'hospitalisation privée (95 % des stagiaires et 99 % des montants).

Tableau 5 : Les engagements conventionnels des principales branches actives dans le champ de l'autonomie

Branche	Convention collective	OPCO	Contribution conventionnelle (% MSB)	Montant des fonds conventionnels_ 2024
Branche du régime général de sécurité sociale	IDCC 218	Cohésion sociale	0,15	9 909 000 €
Branche de la mutualité	IDCC 2128	Cohésion sociale	0,5	9 296 000
BAD	IDCC 2941	Cohésion sociale	1,49 à 1,04 selon la taille des structures	39 346 000
Branche des entreprises de SAP	IDCC 3127	EP	0,40 à 0,10 % selon la taille	9 500 452 €
Branche des particuliers employeurs	IDCC 3229	EP / APNI		
BASS	IDCC 29	Santé	0.964	112 410 123 €
BASS	IDCC 413	Santé	0.964	99 135 331 €
Branche de l'hospitalisation privée	IDCC 2264	Santé	0,1	15 645 112 €

Source : Données transmises à la mission par les Opco, pour l'année 2024

Tableau 6 : Nombre de stagiaires et montants engagés par les Opco pour les principales branches du secteur en cumulé sur la période 2022-2024

	Opco santé (hospitalisation privée + BASS)	Opco Cohésion sociale (BAD)	Opco EP (SAP)
Nombre de stagiaires	174 858	85 148	6239
Montant engagé	104 024 683	28 900 000	1 417 792

Source : Données transmises à la mission par les Opco, pour la période 2022 2024

[119] Pour les Opco santé et Uniformation, ces actions QVCT sont soutenues par la CNSA (voir partie 2.1.1.2).

[120] D'un point de vue qualitatif, l'éventail des actions référencées sur ce champ par les branches est également très hétérogène. Ainsi, l'Opco EP a identifié en moyenne sur la période douze actions qui concourent à la QVCT ou à la réduction des risques, avec une action phare dédiée aux « gestes et postures ». L'Opco Uniformation a identifié un nombre d'actions plus faible, mais une grande variété thématique (gestion du stress, gestion des conflits, gestes et

postures, PRAP-2S). L'Opco santé propose depuis peu une offre « mieux vivre au travail », avec des parcours adaptés aux établissements du secteur.

[121] **La parcellisation au sein de trois Opco des actions de formation dédiées à la QVCT / prévention des risques, alors même que les enjeux métiers sont communs, ne favorise pas la convergence vers le socle le plus efficace.**

2.3.2 Les branches s'engagent de manière variable dans l'accompagnement des entreprises du secteur à la lutte contre la pénibilité ou à la prévention des risques professionnels

2.3.2.1 Les branches du secteur non lucratif se sont plus précocement saisies des opportunités offertes par le compte professionnel de prévention et le Fipu

[122] Depuis 2014¹⁴², les salariés du secteur privé ou exerçant dans le public sous contrat de droit privé exposés à certains facteurs de risque bénéficient d'un compte professionnel de prévention (C2P, cf. annexe n°3). Alors que les risques liés aux postures pénibles et aux manutentions manuelles de charges ont été sortis du dispositif en 2017, deux risques principaux intéressant les professionnels du médico-social sont ciblés par le code du travail : le travail de nuit et le travail en équipes successives alternantes.

[123] Seules deux organisations professionnelles ont précocement défini au niveau de leurs branches des référentiels d'exposition à la pénibilité¹⁴³ afin d'accompagner les entreprises dans les démarches, jugées complexes,¹⁴⁴ du C2P (et notamment dans leur responsabilité de déclarer les salariés concernés). Toutes deux, l'USB domicile et Nexem¹⁴⁵, relèvent du secteur non lucratif.

[124] La mise en place du Fipu (voir 2.2) a également donné lieu à une vague de négociations d'accords de branches, pour ouvrir droit aux conditions financières plus favorables. A nouveau, les branches du secteur non lucratif (la Bass et la Bad), se sont distinguées, en s'engageant dès 2024 dans la conclusion d'accords, validés par la Commission des accidents du travail et maladies professionnelles (CAT-MP). La branche de l'hospitalisation privée, représentée par le Synerpa et la fédération de l'hospitalisation privée (FPH) pour les établissements privés à but lucratif, a vu son accord validé en juin 2025.

¹⁴² Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites

¹⁴³ Opportunité ouverte par la loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

¹⁴⁴ "C'était une demande de nos structures parce que ce calcul est impossible à faire, techniquement et financièrement, de manière individuelle", Hélène Godin, directrice ressources humaines réseau de l'UNA, union d'employeurs pour l'aide à domicile. Bernard Habert, chef du service juridique de l'ADMR, autre fédération d'associations d'aide à domicile, explicite : "L'obligation de mesurer peut-être compliquée pour des associations [principaux employeurs du secteur, ndlr] qui sont parfois petites. Il y avait beaucoup d'inquiétudes et de questionnements de leur part, par exemple pour savoir si elles devaient embaucher une personne dédiée. L'idée était de leur simplifier la tâche en cas de déclaration, et de les protéger", Lefebvre Dalloz, 31 octobre 2017

¹⁴⁵ Arrêté du **2 mai 2017** portant homologation du référentiel professionnel de branche élaboré par l'Union syndicale des employeurs de la **branche de l'aide à domicile (USB-Domicile)** et arrêté du **12 avril 2018** portant homologation du référentiel professionnel de branche élaboré par l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs du secteur sanitaire, social, médico-social privé à but non lucratif (Unifed) et l'**organisation professionnelle des employeurs associatifs du secteur social, médico-social et sanitaire (Nexem)**.

2.3.2.2 Si certaines innovations des branches sont à saluer, celles-ci ne sont pas articulées entre elles

[125] Alors que les branches ont été recentrées sur leurs missions en matière de conditions de travail (cf. annexe n° 3), dans le secteur médico-social, très peu de leurs rapports font référence aux actions menées en la matière.

[126] La Bad se distingue. Elle finance, par exemple, depuis 2015 l'accès continu¹⁴⁶ à une plateforme d'écoute, Pros-consulte, pour l'ensemble de ses salariés.

La plateforme Pros-consulte¹⁴⁷ de la Bad

Pros-consulte offre un dispositif d'écoute pour les salariés et les managers.

Les salariés peuvent échanger avec un psychologue sur des problématiques d'ordre professionnel ou personnel.

Les managers ont accès à des consultants pour des conseils sur leurs pratiques et des situations complexes (conflits d'équipe, communication...).

Le bilan annuel d'activité de la plateforme fait état du nombre, de la qualité des appelants mais aussi de leurs motifs d'appel. La branche dispose ainsi d'une veille sur les risques qui s'expriment dans le secteur. En 2023, 60 % des 1543 appels relevaient d'un RPS avec par ordre d'importance : traumatisme/deuil professionnel, épuisement professionnel, agressions, incivilités puis conflit avec la hiérarchie ou les collègues.

[127] La Bad a également répondu à un appel à projets de l'Anact (avec des co-financements associés) pour se doter d'un observatoire de la QVCT. Après une phase de diagnostic initiée en 2025, l'observatoire aura pour objectifs de « mettre en place des actions concrètes pour limiter l'usure professionnelle, renforcer le bien-être au travail et promouvoir des pratiques managériales innovantes »¹⁴⁸.

[128] Plus généralement, l'analyse des rapports de branches montre que les dispositifs évaluatifs sont peu présents au regard des accords négociés. Seule la Bad a intégré des indicateurs QVCT à son rapport de branche en 2022. Les indicateurs suivis sont utiles pour veiller à la diffusion de la culture de prévention au plus près des structures : 9 % des structures interrogées par la branche de l'aide à domicile n'avaient pas encore mis en place de document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp), essentiellement les petites structures, soit 49 % des moins de 5 salariés et 32 % des structures de 5 à 9 salariés. Cet indicateur positionne plutôt bien le secteur de l'aide à domicile : au niveau national, tous secteurs confondus, 54 % des entreprises ne disposent pas d'un Duerp rédigé et actualisé¹⁴⁹. Il est possible que ce résultat soit en lien avec l'engagement de la branche sur les enjeux de prévention des risques et plus globalement de QVCT. En effet, globalement le niveau de maturité du secteur en matière de QVCT et prévention des

¹⁴⁶ Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile, (2022), « 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 », *Rapport de branche 2022* et site internet de la branche.

¹⁴⁷ Bilan d'activité 2023 de la plateforme d'écoute, Pro-consulte.

¹⁴⁸ Projet DAMIAC-Solution pour "Diagnostic-Action, Mesure Impact, Amélioration continue"

¹⁴⁹ Amira, S., (2024), « Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? », *Dares, Dares Analyses* n° 19, mars.

risques est évalué de moyen, voire faible pour certains types d'établissements par la DRP et par les établissements eux-mêmes¹⁵⁰.

[129] **Concernant la structuration des actions de préventions, la Bass conduit actuellement une initiative d'intérêt.** Parmi les huit thématiques de négociations relatives à la convention collective unique étendue¹⁵¹, un groupe de travail dédié à la prévention et aux conditions de travail a été mis en place. S'appuyant sur ses conclusions, la branche se donne l'objectif de créer un organisme paritaire de prévention « *dans le but de déterminer une politique ambitieuse de prévention des risques professionnels, de la pénibilité et d'amélioration des conditions de travail* ». Pour ce faire, elle a choisi de s'appuyer sur son association paritaire Objectif emploi des travailleurs handicapés¹⁵² (OETH). Ses statuts ont été modifiés en avril 2025 pour lui confier la préfiguration. La mission n'a pas été en mesure d'accéder aux documents de travail en cours de discussion dans les négociations conventionnelles.

[130] **Dans le secteur lucratif, la mission a relevé l'initiative d'intérêt porté par la branche des particuliers employeurs, avec, par accord paritaire du 4 mai 2022, la création d'un service de prévention et de santé au travail national (SPSTN) pour faciliter la mise en œuvre de la loi du 2 août 2021 introduisant dans le code du travail l'obligation d'adhésion des particuliers employeurs à un service de prévention.** Il assurera également des actions de prévention en milieu de travail.

[131] Bien qu'elles soient les plus motrices en la matière, les branches du secteur non lucratif se caractérisent par un morcellement des initiatives d'intérêt en matière de QVCT : **un observatoire affichant des objectifs d'accompagnement en matière de prévention et un office de prévention sont en préparation sans connexion entre les projets.**

2.3.3 Les dispositifs propres à la fonction publique sont difficiles à lire au regard de leur éclatement statutaire

2.3.3.1 Avec 1,1 M€ consacré au secteur annuellement, le fonds national de prévention de la CNRACL dispose de leviers modestes, au regard de son large périmètre d'intervention

[132] Le Fonds national de prévention (FNP) a été créé en 2003 pour accompagner les collectivités territoriales et établissements publics de santé dans leurs démarches de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail¹⁵³. L'une de ses missions est d'améliorer la connaissance de la sinistralité du secteur public par l'élaboration de statistiques nationales¹⁵⁴. En outre, le fonds appuie les démarches de prévention à travers les financements qu'il apporte sous la forme d'avances et/ou de subventions comme les recommandations en matière de prévention qu'il élabore. Il se dote d'un programme d'actions pluriannuel.

¹⁵⁰ Tableau de bord de la performance (ATIH).

¹⁵¹ Ferras, B. et Viquant, JP, (2022), « Métiers du social », *Note de capitalisation*, Igas, document interne, juin.

¹⁵² Association porteuse de l'accord handicap et agréée pour percevoir les contributions à cet effet.

¹⁵³ [Décret n° 2003-909 du 17 septembre 2003](#) relatif au Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans la fonction publique territoriale et dans la fonction publique hospitalière. Ses bénéficiaires sont les régions, départements, communes, centres communaux d'action sociale, établissements publics de coopération intercommunal, services départementaux d'incendie et de secours, établissements publics de santé et quelques autres (office public d'habitation, caisse des écoles, ...).

¹⁵⁴ Loi 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses mesures d'ordre social, abrogée par l'ordonnance n°2021-1574 du 24 novembre 2021.

[133] Cependant les leviers financiers mobilisables sont modestes au regard des 42 000 employeurs rattachés à la CNRACL. En 2022, 2023 et 2024, la dotation du fonds¹⁵⁵ (frais de gestion déduits) a été de 13,9 M€ / an. Les financements peuvent concerner des démarches de prévention portées par les établissements sur des thématiques orientées par la CNRACL ou proposées par l'établissement lui-même. Le FNP lance également régulièrement des appels à projet. Ces appels à projet peuvent faire intervenir des partenariats avec des Opco (ANFH), des fédérations employeurs (Una, etc.).

[134] La mission a cherché à identifier le niveau d'accompagnement des établissements et services médico-sociaux. Selon la CNRACL, 22 % des montants mobilisés par le FNP l'ont été pour le secteur médico-social (au sens large, intégrant le champ des ESMS relevant de la protection de l'enfance). Pour le grand âge et le handicap, les montants engagés au total sur cinq ans sont modestes, de l'ordre de 5,5 M€. Ils sont néanmoins sous-estimés puisqu'ils n'intègrent pas les moyens alloués aux Ehpad rattachés aux établissements publics de santé.

Tableau 7 : Les montants engagés par le FNP en cumulé 2021 - 2025 par typologie d'employeurs

Typologie Employeur	Montant en €	Part
CCAS/CIAS	4 265 659	77,4 %
Centre Hospitalier / Maison de retraite & EHPAD	420 000	7,6 %
EHPAD	527 877	9,6 %
EHPAD & Maisons de retraite	280 000	5,1 %
Maison de retraite	16 037	0,3 %
Total général	5 509 573	100 %

Source : FNP

[135] Les appels à projets sur des thématiques fixées par le FNP concentrent l'essentiel des dépenses. Parmi les thématiques retenues, celle ciblant les métiers des services à la personne à domicile représente près de la moitié des montants engagés (3,5 M€). Lancé en 2022, cet appel à projet a permis d'accompagner 15 CCAS et 1 établissement hospitalier confirmant le périmètre d'intervention très limité du fonds.

[136] La modestie de sa capacité d'action se lit également à travers l'insuffisante articulation entre le fonds et la CNSA. A titre d'exemple, le FNP a porté à la connaissance de la mission une recherche-action menée entre 2016 et 2019 avec cinq Ehpad sur l'intégration des principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction et/ou de rénovation d'Ehpad. Si elle a donné lieu à la rédaction d'un guide de bonnes pratiques diffusé dans le réseau du FNP¹⁵⁶, cette initiative n'a pas fait l'objet d'échanges particuliers avec la CNSA. Cette dernière porte pourtant le laboratoire des solutions de demain. Un partenariat devrait néanmoins s'établir avec la CNSA début 2026.

¹⁵⁵ Le FNP est financé par une cotisation employeur de 0,1 % par an.

¹⁵⁶ DGOS, DGAFF, représentants d'établissements, fédérations, associations d'élus, etc.

2.3.3.2 La formation à la QVCT et à la prévention des risques est un levier bien mobilisé dans la fonction publique hospitalière mais insuffisamment développé dans la territoriale

[137] Deux opérateurs interviennent pour la gestion de la formation continue dans établissement publics du secteur : l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), qui est l'organisme paritaire collecteur agréé pour le secteur et le centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT).

a- L'Association pour la formation permanente de la fonction publique hospitalière bénéficie de ressources conséquentes avec des taux de cotisation les plus élevés du secteur

[138] Dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, les moyens consacrés à la formation professionnelle continue des personnels non médicaux sont financés par une cotisation de 2,1 % de la masse salariale. Une large majorité de ces établissements (97,6 % en 2023) adhèrent à l'ANFH, qui assure la gestion de leur cotisation dans le cadre du plan de formation de l'établissement.

[139] L'ANFH collecte et gère également le fonds dédié aux études promotionnelles, financé par une cotisation de 0,6 % et la cotisation de 0,2 % pour le congé de formation professionnelle, la validation des acquis de l'expérience et le bilan de compétence. Les taux de cotisation sont donc sensiblement supérieurs à ceux appliqués dans le secteur privé.

[140] Les sujets de prévention des risques comme de QVCT font partie des objectifs retenus par l'ANFH dans ses différents projets stratégiques depuis 2016. L'ANFH a ainsi élaboré une boîte à outils QVCT qui comprend à la fois des outils de sensibilisation et d'appropriation (capsules pédagogiques, *digital learning*...), des outils d'exploration et de diagnostic dont un baromètre social et des dispositifs de formation-action et d'accompagnement.

[141] Le nombre de départs en formation pour des thématiques de QVCT et de prévention des risques professionnels permet d'illustrer cet engagement. Pour les seules structures médico-sociales autonomes (celles rattachées à un centre hospitalier ne sont pas identifiables dans les données), l'ANFH a recensé pour la mission 26 754 stagiaires par an en moyenne sur la période 2022-2024, à rapporter aux 99 000 agents de ces établissements. L'effort sur les sujets prévention des risques et QVCT est donc conséquent (taux de couverture du personnel de 70 %). Le premier motif de départ en formation identifié apparaît sous la rubrique « prévention et sécurité au travail », puis « encadrement management », qui progresse sur la période, la manutention arrive juste ensuite.

[142] L'ANFH s'engage également, avec la CNSA, dans l'accompagnement du secteur sur la QVCT. Elle a ainsi déployé un projet intégré¹⁵⁷ permettant d'accompagner les établissements, les managers et les agents dans la mise en place d'une politique de QVCT à partir d'un cahier des

¹⁵⁷ L'ANFH précise qu'un projet intégré est un projet qui comprend un ensemble de prestation et qui est déployé par plusieurs délégations ce qui permet d'engager une dynamique sur un territoire avec nombreux établissements. Ce type de projet comprend : des prestations d'accompagnements à la réalisation de diagnostic, des prestations d'aide à la définition et la mise en place d'un plan d'action, des actions de formation / action, la mise à disposition d'outils, la mutualisation entre les établissements, la création d'outil de communication et de capitalisation.

charges coconstruit avec la DGOS et l'Anact. Encore limité en 2023 et 2024¹⁵⁸, le nombre de parcours managers devrait cependant monter en puissance en 2025-2026 : l'objectif cible la formation de 23 000 cadres (secteurs sanitaire et médicosocial confondus).

b- La QVCT et la prévention des risques pour les agents relevant du médico-social ne font pas partie des orientations stratégiques du CNFPT, qui ne suit pas les montants qui y sont consacrés

[143] Le CNFPT propose des actions de formation à l'ensemble des collectivités (formations inter), à plusieurs collectivités (formations union) ou à une seule collectivité (intra) selon leur niveau de contributions (obligatoires ou facultatives). Son offre est d'abord statutaire.

[144] Le CNFPT se dote d'orientations par spécialités. Concernant le secteur de l'autonomie, les orientations 2024-2025 ne placent pas la QVCT ou la prévention des risques comme axe prioritaire¹⁵⁹. La CNSA a conventionné avec le CNFPT pour la période 2024-2026 autour de 5 axes¹⁶⁰ sans qu'y figurent ces deux objets.

[145] En outre, la filière médico-sociale représente une faible part des agents de la fonction publique territoriale (82 000 sur 1,9 M d'agents en 2021 selon le CNFPT). Ce dernier n'a pas été en mesure de faire parvenir à la mission les entrées en formation des agents du secteur médico-social sur les thématiques QVCT / prévention des risques. Il a néanmoins confié à la mission leur accès difficile aux formations du CNFPT en raison de leur dissémination sur le territoire, limite également constatée lors des déplacements de terrain.

2.4 La stratégie n'a pas bénéficié d'une gouvernance solide et s'est traduite par un empilement de dispositifs plutôt que par une action lisible et concertée

2.4.1 Le besoin de pilotage national, maintes fois réitéré depuis 2018, ne s'est pas traduit par une structuration *ad hoc* au niveau interministériel

[146] La stratégie de 2018 se fixe comme premier axe de « mettre en place et consolider un pilotage national », en s'appuyant d'une part sur l'élargissement de l'observatoire de la QVT porté par la DGOS du sanitaire au médico-social et d'autre part sur le dialogue de gestion Etat / ARS qui devait intégrer la question de la mobilisation des crédits QVT par les ARS. Si l'observatoire a été installé dès 2018, il n'est pas parvenu à un fonctionnement pérenne et son expérimentation n'a pas été reconduite. En outre, dans le cadre de l'enquête adressée aux ARS, le suivi de la politique dans le cadre du dialogue de gestion CNSA-ARS n'est signalé que dans 10 réponses sur 16.

[147] Alors que la stratégie de 2018 n'était pas précise sur la structuration interministérielle à engager pour décliner les mesures rattachées au plan, le rapport El Khomri, apparaissait plus

¹⁵⁸ 131 parcours sur 53 établissements dont 27 établissements du champ du grand âge en 2023 et 229 parcours répartis sur 56 structures dont 26 pour le secteur personnes âgées en 2024.

¹⁵⁹ [CNFPT](#).

¹⁶⁰ L'accès à la qualification, l'accès à la professionnalisation, l'accès à la formation dans les territoires d'Outre-Mer, la mise en œuvre d'actions événementielles, la prise en compte de l'expertise d'usage dans les pratiques de formation.

ambitieux. En matière de gouvernance, il proposait la création d'un comité national des métiers du grand âge, chargé de piloter la mise en œuvre du plan.

[148] Lors d'un point d'étape sur la stratégie en octobre 2021¹⁶¹, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) ont réitéré le besoin d'une gouvernance nationale. Parmi les quatre mesures identifiées pour prolonger les travaux engagés figurait, l'installation d'un pilotage national de la lutte contre la sinistralité et pour l'amélioration des conditions de travail. Si la nécessité de cette coordination a été rappelée, elle n'a pas donné lieu à un engagement précis de l'Etat hormis l'actualisation d'un site internet dédié.

[149] En novembre 2023, en appui la stratégie « bien vieillir – Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années »¹⁶², la ministre chargée des Solidarités et des Familles a annoncé la création d'une délégation interministérielle aux métiers du social, du médico-social et du soin¹⁶³ afin d'améliorer la coordination des réponses sur l'attractivité et les conditions de travail des différents champs du secteur – sanitaire, social, médico-social.

[150] Finalement, ni l'observatoire, ni la délégation interministérielle n'ont été mis en place. **L'enjeu de coordination demeure actuel : si la dynamique engagée par la stratégie nationale de 2018 poursuivie par le plan de 2020 a permis une activation importante des acteurs nationaux (CNSA, Anact, INRS) et régionaux (ARS, Carsat, Départements), la régulation d'ensemble reste à organiser.** De nombreux interlocuteurs de la mission ont ainsi exprimé ce besoin de coordination et d'affichage de priorité d'actions.

2.4.2 Au niveau régional, le pilotage des actions, à géométrie variable, est porteur d'un risque de dilution des crédits

2.4.2.1 La gouvernance régionale, diverse dans ses formes, n'a pas suffi à embarquer les acteurs de la santé au travail

[151] **Comme évoqué *supra*, les ARS se sont vu confier le pilotage et l'animation régionale de la stratégie initiée en 2018.** Un premier niveau de structuration a été établi par les ARS, avec la mobilisation de deux outils principaux, selon l'enquête qui leur a été adressée :

- La moitié des ARS ont mis en place une instance de suivi ou un comité de pilotage ad hoc. Au sein de la sphère Etat, quand ce pilotage existe, il associe le réseau régional de l'Anact, les Opco, puis les Dreets et les fédérations d'employeurs. Les Carsat ne sont pas majoritairement mentionnées. Par ailleurs, ces instances associent trop rarement les collectivités territoriales : deux ARS sur huit pour les conseils départementaux et trois ARS sur huit pour les autres collectivités territoriales.

¹⁶¹ [Plan d'action pour les métiers du grand âge et de l'autonomie : un an d'avancées majeures pour les professionnels | solidarites.gouv.fr | Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#). Une mission a également été confiée à Michel Laforcade en vue d'accélérer la mise en œuvre opérationnelle des mesures en faveur de l'attractivité des métiers.

¹⁶² [Stratégie Bien Vieillir - Préparer la France de demain, ajouter de la vie aux années](#).

¹⁶³ <https://www.vie-publique.fr/discours/292041-aurore-berge-17112023>.

- L'outil conventionnel a été mobilisé par les ARS. Dix ont ainsi conventionné avec les Carsat pour favoriser la convergence dans l'accompagnement des établissements. Ces conventions ne permettent toutefois pas le partage des données individuelles de sinistralité¹⁶⁴. 13 ont conventionné avec l'Anact, qui constitue le partenaire principal de la politique publique. 11 ARS indiquent d'ailleurs bien connaître son action sur le territoire. Toutefois, seules trois ARS ont conventionné avec la Dreets qui porte pourtant le plan régional de santé au travail.

[152] **Malgré ce premier niveau de structuration, l'interconnaissance avec les acteurs de la santé au travail demeure perfectible.** Huit ARS mentionnent ne pas savoir si le plan régional de santé au travail (PRST) comporte un axe portant sur l'amélioration de la QVT/ QVCT dans les établissements médicosociaux. Six indiquent avoir une vision limitée de l'action de la Carsat. Seule une ARS associe les services de santé au travail dans son instance de pilotage.

2.4.2.2 L'insuffisante coordination des financeurs régionaux ne permet pas un véritable pilotage de la stratégie et une utilisation optimale des fonds publics

[153] En définitive, les ESMS du grand-âge et du handicap peuvent actuellement bénéficier de financements variés pour améliorer leur QVCT ou lutter contre la sinistralité (cf. 2.1 et 2.2). Néanmoins, les circuits de manifestation, les règles d'éligibilité, les conditions de versement, les calendriers de mise en œuvre demeurent distincts ce qui ne facilite pas la capacité des directions et des managers à porter des projets ambitieux et multidimensionnels.

[154] **Dans un contexte budgétaire contraint, l'Etat n'a pas la capacité d'apprécier le niveau de concentration ou de dispersion de ses efforts.**

Le besoin d'articulation entre les financements, verbatims de l'enquête ARS

« Avoir une stratégie globale QVCT et n'agir que par petit bout ou opportunité (cela sous-entend de commencer par le début et de disposer d'un Duerp, ce qui n'est pas souvent le cas, ou alors il est daté). Nécessité de coordonner les différents dispositifs existants et d'avoir une stratégie globale cohérente : les financements sont nécessaires et importants, mais la multiplicité des sources de financement rend la gestion complexe (Fipu côté Carsat, DRL, CNR, FIR, fonds sinistralité CNSA, fonds CNRACL). »

« La QVT repose sur une approche prometteuse visant à améliorer les conditions de travail et les pratiques professionnelles. Toutefois, son financement, réparti entre plusieurs services ou organismes de l'État, fragmente les efforts. Cette organisation complique l'évaluation des impacts et le suivi des plans d'actions QVT dans les établissements, limitant ainsi l'adaptation des dispositifs étatiques aux besoins individuels et aux situations spécifiques. »

¹⁶⁴ La question du partage de données demeure un point sensible pour permettre des actions coordonnées à destination des structures. A défaut de cadre national en la matière, l'ARS Ile-de-France et la Cramif travaillent actuellement une convention spécifique, incluant un volet RGPD.

3 Les incitations structurelles ne sont pas à la hauteur des enjeux du secteur, même si des ajustements récents ont été apportés

[155] En complément de ces crédits d'intervention, les incitations structurelles qui guident le secteur ne favorisent pas des objectifs partagés en matière d'amélioration des conditions de travail et de lutte contre la sinistralité.

3.1 Dans les établissements médico-sociaux, ni les Cpom ni les évaluations de la haute autorité de santé n'accordent une large place à la QVCT, qui n'a pas fait l'objet d'une claire priorité du Ségur investissement

3.1.1 Quand ils existent, les Cpom intègrent le plus souvent des objectifs de QVT mais leur suivi est inégal

[156] La contractualisation pluriannuelle d'objectifs et de moyens entre les autorités de tarification (ARS et conseils départementaux) et les gestionnaires d'établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes ou des personnes en situation de handicap a été rendue obligatoire à partir de 2017¹⁶⁵. Supports des agréments et financements alloués par les tutelles, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont également pour enjeu de partager les orientations stratégiques des établissements sur l'amélioration de leur performance et de la qualité du service rendu. Ils présentent également l'intérêt de se substituer aux conventionnements multiples qui encadraient jusqu'alors les allocations de moyens.

[157] Dans ce cadre, selon l'enquête réalisée par la mission, la plupart des ARS intègrent des objectifs de QVCT dans les Cpom récemment signés (14 sur 16). Cependant, leur suivi est limité par la difficulté d'accès aux indicateurs traditionnellement associés à la QVCT (taux d'absentéisme, turn-over) : 14 ARS sur 16 n'accèdent pas aux données de sinistralité des établissements privés, ni à celles des établissements publics (15 ARS sur 16). Le suivi se fait donc essentiellement par des extractions du tableau de bord de la performance sur des données au mieux de l'année n-2.

[158] Par ailleurs, le processus d'élaboration est considéré par tous comme complexe, lourd, ce qui a conduit à un moratoire en février 2025¹⁶⁶ pour l'ouverture de nouvelles contractualisations. Dans un objectif de simplification, une refonte du dispositif de contractualisation est actuellement à l'étude par la DGCS sans que le terme des travaux ne soit connu à ce jour.

¹⁶⁵ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2016

¹⁶⁶ Instruction n° DGCS/SD5B/2025/9 du 7 février 2025 relative à la programmation des signatures des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) relevant du IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

3.1.2 Depuis 2022 seulement, l'évaluation de la qualité des ESSMS s'appuie un référentiel unique d'évaluation de la haute autorité de santé, qui intègre des critères de QVT et de prévention des risques

[159] Depuis 2010, la HAS conduit de nombreux travaux avec l'Anact pour étudier le concept de QVT et enrichir de cette dimension, dès 2014, le référentiel de certification qualité des établissements de santé. Ces travaux s'appuient sur des groupes d'experts et une revue de littérature internationale¹⁶⁷ qui montrent les liens synergiques entre qualité des soins et qualité des conditions de travail mais également identifient les fortes contraintes qui pèsent sur le travail dans le champ sanitaire et médico-social.

[160] **Les établissements et services sociaux et médico-sociaux ont été plus tardivement intégrés dans une démarche d'évaluation de la qualité des prestations pilotée par la HAS¹⁶⁸ que le secteur sanitaire.** Leur manuel d'évaluation a intégré des critères de QVT et de prévention des risques professionnels en 2022 seulement. Sur la thématique « ressources humaines », la QVT et la prévention des risques représentent près de la moitié des critères examinés, ce qui montre l'importance accordée à ces dimensions. En plus de l'existence d'une politique dédiée et de son portage par la gouvernance de l'établissement, la HAS s'attache plus spécifiquement à faire examiner la qualité des environnements de travail et l'existence d'espaces de discussion et de partage. **La mission observe toutefois que la HAS conserve une approche dissociant prévention des risques et QVT (donnant lieu à deux objectifs distincts associés tous deux à la formalisation attendue d'une politique dédiée parmi les critères examinés) et ne fait pas apparaître la notion de QVCT issue de l'Ani de 2020.**

[161] En 2023, seulement 7,4 % des établissements avaient été évalués selon le nouveau manuel. Du fait de cette diffusion encore récente, il est donc encore trop tôt pour disposer des résultats d'évaluation et en mesurer l'impact dans les transformations de pratiques.

3.1.3 Le Ségur investissement n'a pas défini d'objectif clair en matière de prévention des risques professionnels et de QVCT

[162] **En complément de leurs ressources propres et de l'appel à l'emprunt, les établissements et services du secteur médico-social peuvent bénéficier d'aides financières à l'investissement, principalement porté par les ARS¹⁶⁹, dans le cadre notamment des DRL, du FIR ou des CNR** (voir 2.1). Annuellement, ces aides représentent environ 20 à 30 millions d'euros, avec une hétérogénéité forte des engagements au niveau des territoires.

[163] De manière massive, le plan d'aide à l'investissement (PAI), inscrit dans le Ségur de la santé, s'est traduit par un abondement des crédits destinés aux opérations de modernisation dans les

¹⁶⁷ Revue de littérature, qualité de vie au travail et qualité des soins, HAS, janvier 2016

¹⁶⁸ Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé : « Dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 évaluent et font procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent selon une procédure élaborée par la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L.161-37 du Code de la sécurité sociale. »

¹⁶⁹ D'autres sources d'aides sont également mobilisables par les établissements et services au premier lieu d'entre elles, les subventions allouées par les départements. Les caisses de retraite et fondations peuvent également intervenir des aides à l'investissement auprès des collectivités locales (département principalement), des mutuelles, de fondations.

établissements ou services médico-sociaux ainsi que par l'ouverture d'une nouvelle enveloppe pour financer les investissements du quotidien, le PAIQ.

Le plan d'aide à l'investissement et son volet du quotidien

Sur la période 2021 -2025, le PAI a été porté à 1,5 milliards d'euros d'aides aux investissements structurants. Financé par un apport de même montant de l'Union européenne dans le cadre du plan national de relance et de résilience, le PAI porte l'objectif ambitieux de réhabilitation ou de reconstruction de 32 200 places d'hébergement pour personnes âgées pour le 30 juin 2026 pour bénéficier du remboursement européen. La nécessité de respecter de cet objectif et les procédures de l'union européenne, s'est traduite par un pilotage resserré du plan, dans ses délais comme dans ses procédures.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont ciblés au titre de la rénovation, reconstruction ou amélioration des performances (900 millions d'euros), mais également au titre des petits investissements du quotidien (pour ceux qui ont au moins 50 % de leurs places habilitées à l'aide sociale, avec 250 millions d'euros sur les années 2020 et 2021¹⁷⁰.)

En complément de la cible Ehpad, sont également inscrits, dans le Ségur, 300 M€ sur dix ans dédiés à la modernisation de l'offre de soins pour les personnes handicapées.

[164] **L'enveloppe investissement du quotidien cible le « financement des besoins en équipements et petits matériels ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des besoins d'accompagnement des personnes »**¹⁷¹. La qualité de vie au travail des professionnels (avec notamment le financement de rails de transferts ou la motorisation des chariots) fait explicitement partie des objectifs d'éligibilité aux crédits. Le bilan transmis à la mission par la CNSA rapporte que sur les deux années du plan (2020 et 2021), 3 690 Ehpad ont bénéficié de crédits, dont 2 776 à deux reprises (ou plus) pour un total de 7 433 opérations. Près de 4 000 d'entre elles avaient une dimension QVCT. Cependant aucun suivi sur la nature de ces opérations ni aucune mesure d'impact sur le taux d'équipement en rails plafonniers n'ont été établis.

[165] S'agissant des enveloppes dédiées aux investissements immobiliers qui mobilisaient une large part des financements, les objectifs poursuivis étaient d'accélérer la transition des établissements en faveur d'un cadre de vie « domiciliaire » mais aussi de « soutenir une meilleure qualité de vie au travail de tous les professionnels de l'accompagnement, qui jouent un rôle majeur auprès de nos aînés »¹⁷². Ces objectifs sont rappelés dans les instructions qui ont accompagné les délégations de crédits. Toutefois, si les enjeux de transition énergétique font

¹⁷⁰ Sont également inclus dans le PAI : 75 M€ pour le plan de rattrapage en outre-mer et en Corse ; 10,5 M€ pour les tiers-lieux en Ehpad ; 155 M€ pour les logements intermédiaires tels que l'habitat inclusif ou les résidences autonomie ; 8 M€ pour les conseillers en transition écologique et énergétique en santé ; 0,5 M€ pour financer une mission nationale d'appui à l'investissement portée par l'Anap.

¹⁷¹ Instruction du 23/04/2021 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour PA en 2021.

¹⁷² Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

l'objet de précisions¹⁷³, les objectifs en matière de conditions de travail ne sont pas détaillés si ce n'est la nécessité d'associer les bénéficiaires (résidents) et les salariés à la conception des locaux et de veiller à leur ergonomie. Aucune consigne d'instruction n'a ainsi été donnée aux ARS pour intégrer les équipements en rails de transfert. Or, dans le même temps, la DRP s'est dotée d'une doctrine claire qui a été formalisée dans la lettre-réseau de novembre 2024. S'appuyant sur les travaux conduits depuis une dizaine d'années dans le réseau, elle fixe l'objectif d'intégrer dans toute conception d'Ehpad des équipements en rails plafonniers dans toutes les chambres¹⁷⁴.

[166] Dans ce contexte, même si le Ségur s'est accompagné d'une augmentation du plafond de l'aide (jusqu'à 60 % de la dépense subventionnable) et d'un rehaussement du plafond de la subvention maximale par m² surface dans œuvre (SDO) (passant de 1 920 € HT à 2 340 € HT), les équipements en rails n'ont pas toujours été privilégiés lors des instructions de projet lorsque des choix ont dû être opérés pour assurer la soutenabilité financière des opérations. Ce constat a été déploré par plusieurs interlocuteurs de la mission lors de ses déplacements.

[167] **A défaut de convergence sur le diagnostic et les leviers entre acteurs nationaux, les ARS ont ainsi manqué d'un cadre clair que la DRP aurait pu proposer pour les aider à piloter les crédits Ségur en y intégrant des objectifs cibles au titre de la prévention des risques professionnels.** *In fine*, il n'est pas possible d'identifier actuellement le nombre d'établissements équipés en rails de transfert à défaut d'attention spécifique sur ce point.

[168] La DGCS a communiqué les projets d'instructions relatives à un fonds sinistralité qui devrait être créé en 2025 et à une expérimentation Fir de lutte contre la sinistralité dans trois ARS, qui assument une priorisation sur la Massification des équipements permettant le soutien aux professionnels. Toutes deux insistent sur le partenariat à intensifier avec la Carsat au regard du ciblage des établissements mais également de la complémentarité des financements.

3.2 Si le financement des services à domicile contribue aux conditions d'emploi défavorables des professionnels, la dotation complémentaire constitue un point d'appui nouveau à la QVCT

3.2.1 L'intervention à domicile se structure en trois types de régimes aux réglementations différenciées, notamment en matière de QVCT

[169] L'intervention à domicile se caractérise par une fragile « régulation de la relation d'emploi » qui a pour conséquence « un statut salarial incomplet » des travailleuses, marquées par une relation de subordination atypique (plusieurs employeurs), la rareté des collectifs de travail ou encore une très grande flexibilité du temps de travail¹⁷⁵. Cette intervention se structure en trois régimes pour les personnes âgées et handicapées :

¹⁷³ Instruction du 23 avril 2021 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes âgées en 2021 ; instruction du 23 avril 2021 relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement des établissements et services pour personnes handicapées en 2021.

¹⁷⁴ Selon les indicateurs de sinistralité retenus par la DRP.

¹⁷⁵ Voir Devetter, FX., Messaoudi, D., (2013), « Les aides à domicile entre flexibilité et incomplétude du rapport salarial : conséquences sur le temps de travail et les conditions d'emploi », la *Revue de l'IRES*, 2013/3, n° 78.

- Le **mode prestataire**, régi par le Casf¹⁷⁶ : le service est l'employeur des personnels intervenant à domicile ;
- Le **mode mandataire**, régi par le code du travail¹⁷⁷ : l'utilisateur, appuyé par un organisme mandataire pour les formalités administratives¹⁷⁸, est l'employeur du personnel¹⁷⁹ ;
- Le **gré-à-gré**, régi par le code du travail¹⁸⁰ : l'utilisateur est l'employeur du personnel, sans intervention extérieure dans cette relation contractuelle.

[170] Ces régimes sont régis par des règles différentes au niveau des autorisations ou agréments, en matière de service à assurer ou de responsabilités employeur. **In fine, il apparaît que le mode prestataire est « plus protecteur pour le travailleur »¹⁸¹**, parce qu'il facilite le cumul d'intervention auprès de plusieurs usagers, l'accès aux droits, notamment en matière de formation ou encore la participation à un collectif de travail managé. Le particulier employeur, en perte d'autonomie ou en situation de handicap, n'est pas toujours en capacité d'assumer pleinement son rôle, même quand il est informé de ses obligations (Devetter¹⁸² et alii, 2023).

[171] Alors que le contrôle public sur le secteur est faible, limité aux exercices relatifs à la qualité de service ¹⁸³, celui s'exerçant sur les conditions de travail est encore plus restreint. L'inspection du travail, qui n'intervient pas au domicile privé, se cantonne à de rares interventions auprès des organismes.

3.2.2 Les dispositifs de solvabilisation du secteur ne compensent pas les faibles rémunérations et sont pour partie responsables d'une organisation du travail morcelée

[172] Le secteur privé de l'aide à domicile est, depuis la loi Borloo de 2005, fondu dans l'ensemble plus vaste des services à la personne. **Il bénéficie de mécanismes de soutien public complexes, reposant sur deux premiers circuits de financement direct et un dernier circuit indirect :**

- Le premier vise le soutien à l'emploi et prend la forme de dépenses fiscales (crédit d'impôt, taux réduits de TVA) ou sociales (exonération de cotisations sociales) en faveur des employeurs ;
- Le deuxième concerne les usagers et la solvabilisation de leur demande via des prestations versées par les départements (allocation personnalisée d'autonomie (APA) et prestation de compensation du handicap (PCH) pour le grand âge et le handicap).
- Le dernier vise le soutien aux bas salaires via des aides sociales (revenu de solidarité active (RSA), prime pour l'emploi, aides au logement) en faveur des salariés. Ainsi dès les premiers rapports sur le bilan de la loi Borloo, la nécessité d'activer le RSA en faveur de l'aide à

¹⁷⁶ 6 et 7 de l'article L312-1 du CASF.

¹⁷⁷ Article D7231-1 Code du travail.

¹⁷⁸ Contrats, fiches de paie, déclarations sociales.

¹⁷⁹ L'organisme mandataire ne constitue pas un service médico-social.

¹⁸⁰ Articles L7221-1 à L7221-2, Code du Travail.

¹⁸¹ Cour des comptes, (2024), Le soutien de l'État aux services à la personne, mars.

¹⁸² Devetter FX., Dussuet A. et Puissant, E. (2023), *L'aide à domicile, un métier en souffrance. Sortir de l'impasse*, les éditions de l'atelier.

¹⁸³ Cour des comptes, (2024), Le soutien de l'État aux services à la personne, mars.

domicile, en complément de salaires trop bas, était soulignée¹⁸⁴. Les témoignages de deux directeurs de services privés non lucratifs d'aide à la personne rencontrés par la mission illustrent le rôle de ces aides pour compenser la fragilité financière de leurs salariées et la nécessité de mettre en place des dispositifs d'accompagnement pour optimiser leur recours (permanences ou vacations d'assistante sociale, etc.) ;

[173] **Selon les estimations de Devetter et alii¹⁸⁵ (2024), en 2021, en moyenne, 84 % du coût total¹⁸⁶ (coût employeur + exonérations + prestations sociales) d'une aide à domicile employée dans le secteur privé est ainsi financé par des dépenses publiques.** Cela représente un montant moyen de 20 175 euros par emploi du secteur privé.

[174] **Pour autant, ces dépenses publiques n'ont pas pour contrepartie des emplois de qualité. Elles ne compensent qu'imparfaitement les faibles rémunérations, qui s'expliquent d'abord par une durée moyenne de travail hebdomadaire réduite¹⁸⁷** en raison de son morcellement et de la fréquence du temps partiel (75 %). Les employeurs rémunèrent le plus souvent les seules heures considérées comme productives et pas les temps entre deux vacations. *In fine*, le rapport entre temps rémunéré quotidien (5h40) et étendue de la journée de travail est de 57 % (vs 84 % pour la moyenne). Les aides à domicile font ainsi partie des principales professions rémunérées en-dessous du Smic mensuel, avec les agents de nettoyage, les salariés du commerce et de l'hôtellerie-restauration¹⁸⁸. Elles cumulent fréquemment plusieurs emplois¹⁸⁹ (près d'une sur deux).

[175] **Comme le rapport du premier volet du triptyque de l'Igas sur l'attractivité des métiers¹⁹⁰ l'a documenté, les modalités de financement des plans d'aide Apa expliquent en grande partie le morcellement des tâches et des emplois du temps qui caractérisent l'intervention à domicile.** Le financement à l'heure « crée un déficit du nombre d'heures travaillées par les professionnels pour la prise en charge des personnes et surtout produit des conditions concrètes de travail qui nuisent fortement à l'attractivité de ce métier et à la fidélisation des professionnels qui préfèrent quitter le métier dès qu'elles le peuvent. » Ces constats conduisent la mission à préconiser une sortie progressive de la tarification horaire vers une tarification au forfait en plusieurs étapes

¹⁸⁴ Debonneuil, M. avec le concours de l'Inspection générale des finances, (2008), *Les services à la personne : bilan et perspectives*. Document d'orientation, janvier

¹⁸⁵ Devetter, FX., Pucci, M. et Valentin, J. (2024), « Réduire les disparités et les coûts pour les finances publiques : vers un secteur public du care », *La Revue de l'IRE*, n°112-113, 2024/1-2. Les estimations sont fondées sur la maquette de microsimulation des transferts sociaux et fiscaux Sofi 2021 qui comporte 8 configurations familiales type. La répartition des salariées entre ces configurations est estimée à partir de l'enquête emploi et des transferts moyens sont ainsi estimés.

¹⁸⁶ Pour un coût du travail de 18 276 euros en moyenne pour l'employeur, auquel il faut ajouter le coût des exonérations sociales (3 975 euros) et des prestations découlant de la faiblesse du salaire mensuel (1 762 euros), soit un coût total de 24 013 euros. 84 % (soit 20 175 euros) relèvent des dépenses publiques.

¹⁸⁷ Devetter et alii, 2024 l'estiment à 27h10 vs 36h13 pour l'ensemble des salariés et Ramos-Gorand à 25h sur la base de données plus anciennes (2011) in Ramos-Gorand, M., (2020), « Accompagnement professionnel de la dépendance des personnes âgées », Drees, *Les dossiers de la DREES*, n° 51, mars.

¹⁸⁸ Devetter, FX., Valentin, J. (2025), « Le Smic protège-t-il suffisamment des basses rémunérations ? », in *Nouvelles formes de pauvreté et redistribution*, Informations sociales, CNAF, 2025/2, n°213.

¹⁸⁹ Morel-Jean, C. (2025), « Aides à domicile : un revenu salarial annuel moyen de 7040 euros en 2021 et de 8950 euros en tenant compte des cumuls avec d'autres types d'emplois salariés », *Etudes et résultats* n° 1341, Drees, juin.

¹⁹⁰ Atger, P-M. et Hautchamp, M., Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Igas, rapport n°2024-069R.

(annualisation des plans d'aide puis financement à la dotation annuelle, sur le modèle pratiqué en Ehpad, pour un montant de l'ordre de 920M€ financé par une réduction des dépenses fiscales.

3.2.3 Les services prestataires bénéficient, dans le cadre de la dotation complémentaire créée en 2022, de financements supplémentaires liés à la qualité de service

[176] **La réforme des services à domicile introduit deux nouveaux outils pour y améliorer la qualité du service rendu à l'usager mais aussi la QVT des salariées : la dotation complémentaire, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale de 2022¹⁹¹ et l'appel à manifestation d'intérêt.**

[177] Contrepartie des exigences plus fortes qui sont adressées aux services à domicile prestataires, la dotation complémentaire leur est versée dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens¹⁹² (Cpom) qui précise le type d'actions conduites. Elle est intégralement compensée par la CNSA aux conseils départementaux. Selon le premier bilan qui en a été tiré¹⁹³, **la qualité de vie au travail des salariées constitue le cinquième objectif¹⁹⁴ cible et a représenté 33 % des financements en 2022 (soit 11,3 M€) et 35 % en 2023 (soit 86,6 M€)¹⁹⁵.** Cet axe se décline en trois items principaux, l'organisation du travail, la formation et l'accompagnement des professionnels et des managers, ainsi que l'intégration des outils numériques. Si le bilan illustre des bonnes pratiques menées sur le territoire, il interroge néanmoins la concentration des financements sur cet axe. Celle-ci peut traduire sa mobilisation pour couvrir des actions de revalorisation salariale, non visées par le dispositif. Le cadrage de l'objectif est en train d'être revu par la CNSA, en lien avec la Cnam. La dotation complémentaire a permis une activation des démarches de contractualisation. Fin 2023, 53 % du volume d'heures délivrées pour 22 % des Sad en bénéficiaient, la dynamique restant à enclencher pour les plus petits. **En conséquence, la trajectoire envisagée pour cette dotation est haussière, atteignant 800 M€ en 2030.**

[178] L'appel à manifestation d'intérêt 2023-2026, en soutien de la CNSA aux départements, prévoit le financement d'actions auprès des Saad qui n'ont pas encore signé un Cpom ou pour des actions non couvertes par la dotation complémentaire. Son troisième axe est dédié à la « modernisation et la professionnalisation des services » et comporte un pourcentage, mineur, de crédits (entre 0,2 M€ en 2023 et 2,6 M€ en 2024) sur des actions d'amélioration de la QVCT.

¹⁹¹ Loi qui réforme le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile en introduisant un tarif minimal de valorisation d'une heure d'aide et en créant une dotation complémentaire.

¹⁹² L. 313-11-1 Casf.

¹⁹³ Évaluation de la mise en œuvre de la dotation complémentaire pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, Bilan et recommandations, Exercices 2022-23, Février 2025, CNSA

¹⁹⁴ Voir fiche technique du dispositif, « Objectif 5 : améliorer la qualité de vie au travail des intervenants », [reforme-saad-2022-fiche-objectif-5-qualite-de-vie-au-travail.pdf](#).

¹⁹⁵ Les chiffres 2023 ne sont pas encore connus.

3.3 Dans les établissements et les services médico-sociaux, le régime de tarification AT/MP repose sur une mutualisation du risque, qui n'incite pas les acteurs à développer la prévention

3.3.1 Le régime de tarification ATMP pour le médico-social, dérogatoire au droit commun, ne donne pas un signal prix efficace en matière de prévention

[179] **Le droit commun de la tarification ATMP s'appuie sur la sinistralité passée¹⁹⁶, en pratique, celle des trois dernières années disponibles.** Le taux de cotisation de chaque établissement¹⁹⁷ est fixé par la Carsat chaque année en fonction de trois paramètres qui définissent des classes de risque différentes : son activité (définie par son code risque), sa taille et la fréquence et la gravité des sinistres passés. Les modalités de tarification sont modulées selon la taille des établissements : collective¹⁹⁸ pour les petits (moins de 20 salariés) ; mixte¹⁹⁹ pour les moyens (de 20 à 149 salariés) et individualisée pour les plus grands (150 salariés et plus). **Dans le cas de la tarification mixte et plus encore individuelle, le taux de cotisation, notifié annuellement, constitue un signal prix clair²⁰⁰ bien que l'application de majorations uniformes²⁰¹ vienne en partie l'affaiblir.** Ce système a un impact démontré sur la sinistralité et il est recommandé par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA²⁰², 2010 et Lengagne²⁰³, 2015 et 2016 pour la France).

[180] **Le secteur de l'autonomie déroge au droit commun puisqu'il bénéficie d'une tarification collective²⁰⁴ quelle que soit la taille des établissements.** Par ailleurs, celle-ci s'applique à un groupement financier plus large (c'est à dire un groupement de codes risques) rassemblant les services d'aide sociale à domicile, l'accueil, hébergement en établissement pour personnes âgées (maisons de retraite...), l'accueil, hébergement en établissement pour personnes handicapées (enfants et adultes), l'accueil, hébergement, la prévention pour petite enfance, l'enfance, l'adolescence, et l'action sociale²⁰⁵ sous toutes ses formes, qui sont ainsi soumis à un taux unique.

¹⁹⁶ Décret 2010-753 du 5 juillet 2010.

¹⁹⁷ C'est-à-dire pour toute entité avec une implantation et une activité propre, même si elle est rattachée pour sa gestion à une entreprise englobant d'autres activités.

¹⁹⁸ Ce taux est commun à l'ensemble des entreprises d'un même secteur d'activité relevant du même code risque. Il dépend uniquement du nombre de sinistres intervenus dans le secteur d'activité.

¹⁹⁹ Combinant tarification collective et individuelle (dépendant de la sinistralité propre à l'entreprise).

²⁰⁰ S'y ajoutent le cas échéant des écarts à la hausse ou à la baisse, des ristournes (ou baisses de taux) consécutives aux actions de prévention, des majorations de taux, appliquées, après injonctions, aux employeurs présentant un surrisque, ainsi que des abattements sur les coûts moyens accordés aux secteurs à fort temps partiel.

²⁰¹ Prévues par les articles D. 242-6-2 et D. 242-6-4 à D. 242-6-9 du CSS, ces majorations s'appliquent aux établissements, quels que soit leur taille. Elles financent certains risques, frais spécifiques et transferts vers l'assurance maladie.

²⁰² EU-OSHA (2010), Economic incentives to improve occupational safety and health: a review from the European perspective, EU Publication, September, 212 p.

²⁰³ Lengagne P., Afrite A. (2015). "Experience Rating, Incidence of Musculoskeletal Disorders and Related Absences Results from a Natural Experiment", Irdes, *Document de travail*, n° 69, octobre. Voir également Lengagne, P. (2016), "Tarification à l'expérience, incidence des troubles musculosquelettiques et arrêts de travail", Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°215, février et Lengagne, P. (2016), "Experience rating and Work-related Health and Safety", *Journal of Labor Research*, n° 37, PP. 69-97, March.

²⁰⁴ A l'instar d'autres activités fixées par l'[arrêté du 6 décembre 1995](#) en application du I de l'article D.242-6-14 du CSS.

²⁰⁵ Respectivement associés aux codes risques suivants : 853AB, 853AC, 853AD, 853AE, 853BA.

Le taux de cotisation de chaque établissement ne reflète donc pas sa sinistralité propre, ni même celle de son secteur d'activité. En effet, le groupement financier organise une mutualisation du risque et de son coût entre des activités très hétérogènes. Cette mutualisation est favorable aux secteurs les plus accidentogènes mais également aux établissements de 20 salariés et plus.

[181] **Dès lors, il ne constitue plus un signal lisible.** De surcroît, il envoie un signal négatif aux entreprises qui font des efforts de prévention et ont diminué leur sinistralité sans en voir la traduction dans leurs cotisations. Certaines, rencontrées par la mission (voir annexe 5), ont ainsi déploré que les modalités de tarification ne récompensent pas leurs efforts.

3.3.2 La forte hausse des cotisations des Ehpad et des services d'aide à domicile, résultant de l'application de la tarification classique, serait très incitative à réduire la sinistralité

[182] **La suppression du taux collectif systématique et celle du groupement collectif se traduiraient par une augmentation théorique de l'ordre de 239 M€ du montant des cotisations ATMP versées par le secteur de l'aide à domicile et de 162 M€ pour celui du grand âge.**

[183] Cette augmentation est théorique dans la mesure où elle n'intègre pas les mécanismes d'écrêtement qui permettront de lisser dans le temps la hausse des taux de cotisation. En outre, elle est calculée à partir de la sinistralité actuelle. A l'inverse, le secteur du handicap connaîtrait une baisse théorique, pour les mêmes raisons, de 16,4 M€ (tableau 8).

Tableau 8 : Montants des cotisations ATMP selon le taux de cotisation actuel et simulé en 2024 par secteur d'activité

Code risque	Mode de tarification	Nbre salariés	Nbre étabts	Montant actuel* (M€)	Taux de cotisation simulé** (en %)	Montant simulé selon le droit commun** (M€)	Différence de cotisations
Services d'aide sociale à domicile (auxiliaires de vie, aides ménagères...).	Collectif	37 352	4 848	29,4	6,20	49,3	19,9
	Mixte	73 625	1 162	58,3	8,00	189,5	131,2
	Individuel	96 666	2 918	75,5	12,02	163,1	87,6
Accueil, hébergement en établissement pour personnes âgées (maisons de retraite...).	Collectif	11 177	1 288	12,7	4,60	15,8	3,1
	Mixte	96 209	2 433	126,1	5,36	232,2	106,2
	Individuel	93 504	2 238	117,0	6,82	169,4	52,4
Accueil, hébergement en établissement pour personnes handicapées (enfants et adultes)	Collectif	11 053	1 521	12,5	2,61	8,8	-3,7
	Mixte	202 654	7 264	239,0	2,86	234,2	-4,8
	Individuel	29 492	1 289	34,7	3,63	26,8	-7,9
Accueil, hébergement, prévention pour petite	Collectif	52 737	10 689	43,5	2,01	23,6	-19,9
	Mixte	81 773	4 659	86,9	2,25	70,0	-16,9

enfance, l'enfance, l'adolescence	Individuel	42 550	2 744	40,6	2,98	24,6	-15,9
Action sociale sous toutes ses formes hors risques 853AB/853AC/853AD/853AE	Collectif	20 525	5 432	20,5	1,89	10,5	-10,0
	Mixte	49 648	2 810	58,9	2,33	36,6	-22,2
	Individuel	42 259	2 574	41,2	2,30	25,9	-15,3
Total		941 224	53 869	996,7	4,75	1 280,4	283,7

Lecture : * Cotisations calculées avec le taux collectif net systématique de 3,70 % ; ** Cotisations calculées avec le taux net calculé au code risque (taux intrinsèque) et/ou en fonction de la valeur du risque de l'entreprise

Champ : France entière

Source : Calculs Cnam-DRP

[184] Au niveau individuel, des établissements verraient leurs cotisations augmenter et d'autres baisser dans chaque secteur d'activité, reflétant leur sinistralité et les efforts éventuels des employeurs pour y remédier. La hausse des cotisations affecterait globalement davantage les moyennes et grandes entreprises. Dans le secteur du grand âge, dans lequel l'écrasante majorité des établissements basculeraient en tarification mixte ou individuelle, la hausse médiane de cotisation serait de 18 K€ sur la base de la sinistralité actuelle et pour un quart des établissements, de 50 K€ ou plus. Dans le secteur de l'aide à domicile, qui resterait majoritairement sous tarification collective (54 % des établissements), la hausse théorique des cotisations y serait nettement plus limitée : 8 K€ en médiane et 21 K€ ou plus pour un quart des établissements.

[185] Comme le montre le 4.3.2, il s'agit d'ordres de grandeur théoriques, d'une part parce que ces montants ne tiennent pas compte des dispositifs d'écrêtement qui visent à lisser les évolutions des taux de cotisations dans le temps et d'autre part parce qu'ils se basent sur la sinistralité actuelle.

4 Des bonnes pratiques, internationales ou sectorielles, peuvent inspirer une stratégie réactualisée

4.1 Les problématiques en matière de conditions de travail sont partagées par d'autres pays, dont certains ont des expériences intéressantes

4.1.1 Si les problématiques rencontrées en Europe sont similaires, les données statistiques sont peu comparables

[186] L'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a publié en 2024 un rapport²⁰⁶ sur les problématiques rencontrées dans les secteurs de la santé, du médico-social et du social. Il s'appuie sur les millésimes les plus récents des données et enquêtes de référence disponibles à

²⁰⁶EU-OSHA, (2024), "OSH in figures in the health and social care sector".

l'échelle européenne²⁰⁷. **Si le périmètre couvert est plus large que celui de la mission, il met en avant la convergence des problématiques rencontrées**, et notamment la prévalence des troubles musculosquelettiques, le coût de l'absentéisme lié à la santé, aux accidents ou aux maladies ou encore les conditions d'emploi et la difficile conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle au regard des horaires irréguliers, dans le domicile en particulier.

[187] Toute analyse comparative à l'échelle européenne est néanmoins délicate en raison de catégories statistiques hétérogènes répondant à des législations diverses en matière de sinistralité. En dépit des efforts d'harmonisation²⁰⁸, la comparabilité en niveau demeure imparfaite²⁰⁹. De ce fait, les statistiques d'Eurostat ne sont pas exploitées à des fins d'étude par la statistique nationale, la Dares se refusant par exemple à les mobiliser²¹⁰.

[188] **Bien que consciente de leurs limites, la mission a souhaité utiliser les données d'Eurostat sur les secteurs d'intérêt.** Pour les grands pays limitrophes de la France, ainsi que le Danemark, pays initiateur d'innovations dans la prise en charge de la dépendance²¹¹, un traitement a été réalisé sur le taux d'incidence des accidents du travail non mortels dans le secteur de l'hébergement médico-social²¹². Le choix de l'Italie et du Danemark de reconnaître en AT le virus de la Covid conduit à des niveaux exceptionnels pour les années 2020, 2021 et 2022. **La France se singularise néanmoins par rapport à l'Allemagne, l'Italie et le Danemark, mais également dans une moindre de l'Espagne en ce qui concerne le taux d'incidence (voir graphique 7).**

²⁰⁷ Millésimes compris entre 2020 et 2022, pour l'enquête des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) ; l'enquête sur les conditions de travail (EWCTS) ; l'enquête de l'UE sur les forces de travail (LFS) ; l'enquête « le pouls de la santé au travail », commandée par l'EU-OSHA ; le programme européen des statistiques sur les accidents du travail (ESAW).

²⁰⁸ Seuls les accidents de plus de trois jours doivent être transmis, avec exclusion de certains cas de figure. Règlement (UE) No 349/2011 de la Commission européenne du 11 avril 2011.

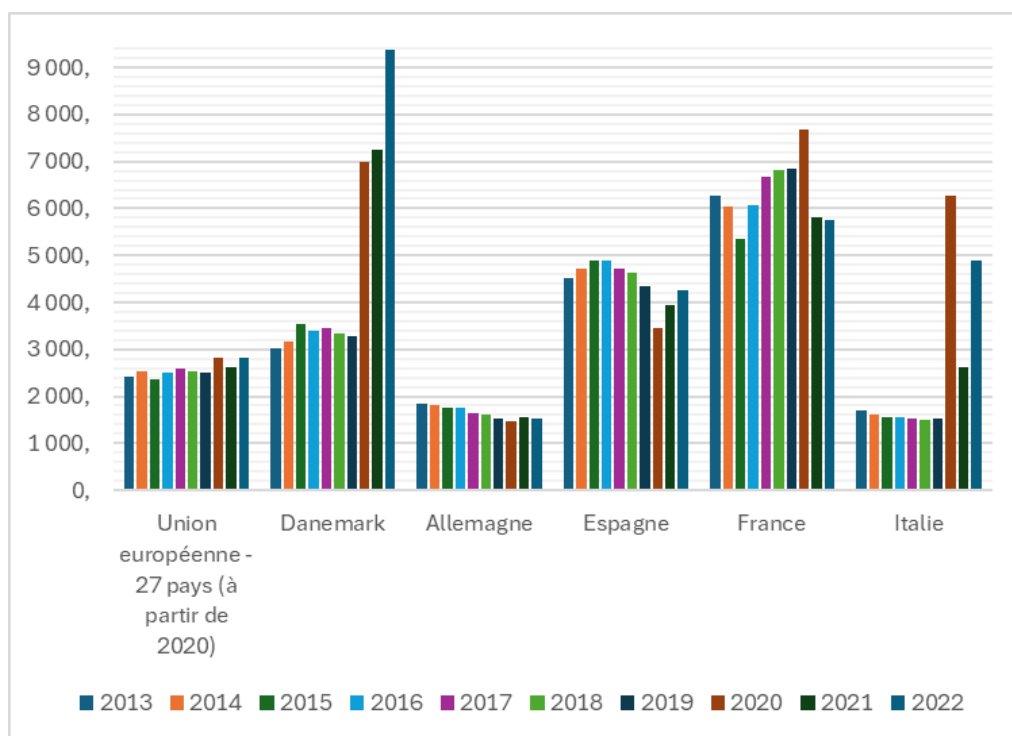
²⁰⁹ Voir plus spécifiquement rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, REPSS / ATMP : [1.8. Nombre d'AT-MP en comparaisons internationales](#). Des différences de paramètres dans les systèmes assurantiels nationaux ou dans les facteurs d'imputabilité ne sont ainsi pas retraitées. La sous-déclaration chronique contribue aussi à cette hétérogénéité.

²¹⁰ « L'ensemble de ces éléments conduisent la Dares à ne pas entreprendre de comparaisons européennes », *Dares analyses*, 2019, « Quels sont les salariés les plus touchés par les accidents du travail en 2019 ? ».

²¹¹ Igas, (2024), Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire, se sentir chez soi où que l'on soit.

²¹² Soit le taux le nombre d'accidents du travail pour 100 000 personnes occupées.

Graphique 6 : Les taux d'incidence des accidents du travail non mortels dans quelques pays européens entre 2014 et 2022, l'exemple de l'hébergement médico-social et social



Source : Données Eurostat centrées sur le code Nace Q87, « Hébergement médico-social et social ». Retraitement par la mission sur quelques pays d'intérêt.

[189] A partir des mêmes données, la mission a souhaité comparer l'évolution des taux d'incidence français et allemands en période moyennisée hors années 2020 et 2021 pour neutraliser les effets de la Covid (tableau 9). Il apparaît que les deux pays connaissent des évolutions contrastées, le taux d'incidence des accidents du travail non mortels dans le secteur augmentant en France sur les 7 années précédant la Covid alors qu'il diminue en Allemagne. Sur une période longue, enjambant le Covid, la baisse du taux d'incidence est 4,6 fois plus forte en Allemagne qu'en France.

Tableau 9 : Comparaison de l'évolution du taux d'incidence des accidents du travail non mortels entre la France et l'Allemagne hors années Covid

	Taux d'évolution 2013-2016 / 2017-2019	Taux d'évolution 2013-2016 / 2022
Allemagne	-11 %	-14 %
France	14 %	-3 %

Source : Données Eurostat centrées sur le code Nace Q87, « Hébergement médico-social et social ». Retraitement par la mission.

[190] **Ces éclairages statistiques, à manier avec précaution, convergent avec les entretiens que la mission a menés avec les directions des ressources humaines de deux grands groupes, qui ont souligné la moindre sinistralité et le plus faible absentéisme dans leurs établissements allemands.** La culture plus forte de prévention dans ce pays est mise en avant par les deux groupes rencontrés. Le taux d'encadrement plus élevé, lors des pics d'activités matinaux notamment, est

également considéré comme un facteur explicatif majeur de ces différenciations. Il est lui-même corrélé à un recours plus élevé aux temps partiels.

4.1.2 Dans les pays d'Amérique du Nord, des démarches de *zero lift* se développent depuis plus de 30 ans et bénéficient d'évaluations positives

[191] Depuis les années 1990, dans les pays anglo-saxons, des programmes *zero lift*, *no lift*, *minimal lift* ou *safe lift*²¹³ se développent, portés par des fédérations professionnelles, des établissements de santé ou encore des autorités régionales²¹⁴. « Construits par suite d'une évaluation négative de l'impact de la formation gestes et posture sur la prévention des TMS²¹⁵ », il y a déjà plus de 15 ans, ces programmes reposent sur la suppression du port de charge.

[192] La littérature internationale permet de disposer de plusieurs évaluations de ces programmes. Elle montre les bénéfices importants et rapides là où ils ont été menés.

[193] Selon Nelson (2006)²¹⁶, « l'introduction de ces programmes réduit l'incidence (- 31 %) et la gravité des troubles musculosquelettiques des personnels de soin au bout de deux ans avec des bénéfices financiers sur un an équivalents à 128 000 dollars »²¹⁷. Plusieurs conditions de réussite sont identifiées par l'auteur : s'appuyer sur des outils techniques, mener des évaluations ergonomiques, favoriser la culture de la sécurité, avoir une approche itérative (pour adapter les solutions) et mettre en œuvre les solutions proposées dans le cadre du programme. **Les solutions ne sont jamais exclusivement techniques mais peuvent reposer sur des évolutions de l'organisation du travail ou de ses locaux.**

[194] Selon Spiegel et al. (2002)²¹⁸, l'introduction de lève-personnes sur rail au plafond dans un établissement hospitalier canadien a engendré un retour sur investissement en moins de quatre ans, entre les coûts liés aux blessures musculosquelettiques (indemnisation des employés), ou au programme (équipements, énergie, maintenance et formation) et les économies réalisées (sur l'indemnisation). Ce retour est plus rapide (1,3 an) si d'autres coûts, plus indirects, sont intégrés à l'analyse (absences, rentes d'invalidité, coûts liés au recrutement de nouveaux collaborateurs).

²¹³ Port de charges nul, pas de port de charges, port de charges minimal ou port de charges sûr.

²¹⁴ Voir le guide élaboré par l'institut national de la sécurité et de la santé au travail dans l'Ohio, l'administration des anciens combattants et l'université du Wisconsin : [Document layout](#).

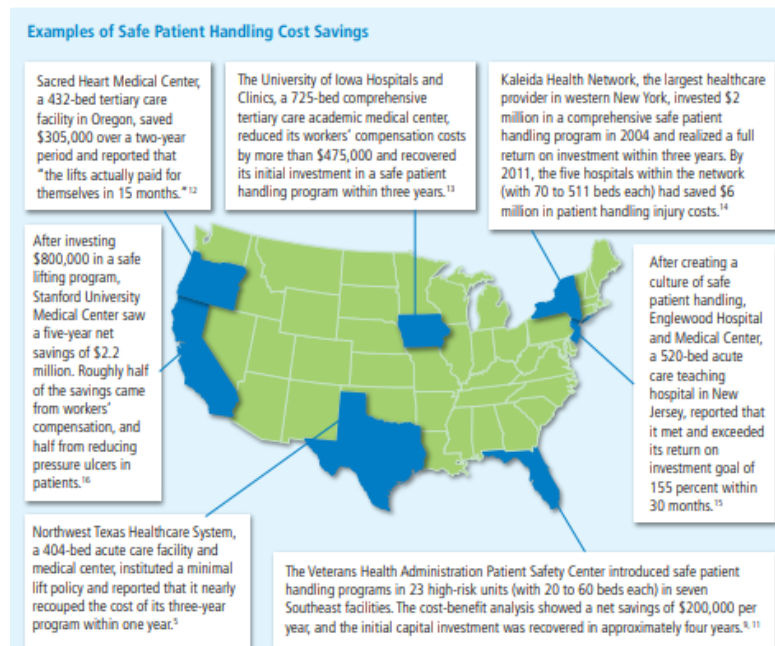
²¹⁵ Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, MP., et Roquelaure, Y., (2009), « Instruments de manutention des malades, usages du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11-2 | 2009.

²¹⁶ Nelson, A. (2006), *Safe Patient Handling and Movement. A Practical Guide for Health Care Professionals*, Springer.

²¹⁷ Caroly, S., Moisan S., Juret I., Brinon C., Guillo-Bailly MP. et Roquelaure Y., (2009), « Instruments de manutention des malades, usages du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11-2 | 2009.

²¹⁸ Spiegel, J., Yassi, A., Ronald, L., Tate, R., Hacking, P., & Colby, T. (2002), "Implementing a resident lifting system in an extended care hospital: Demonstrating Cost-Benefit", *American Association of Occupational Health Nurses*, 50(3), 128-134.

Graphique 7 : L'introduction de programmes *zero lift* aux Etats-Unis, quelques exemples de retour sur investissements²¹⁹



Source : US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2013)

4.1.3 Au Québec, l'association paritaire pour la santé et la sécurité du travail des affaires sociales promeut une culture de prévention spécifique au secteur, y compris à domicile

4.1.3.1 La structuration sectorielle de la prévention des risques professionnels au Québec, avec une déclinaison sanitaire, sociale et médico-sociale, est un modèle intéressant

[195] Au Québec, depuis la première loi sur la santé et la sécurité du travail (1978), la prévention des risques professionnels est organisée sectoriellement, confiée à dix structures paritaires autonomes, à but non lucratif. Celle pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (l'ASSTSAS) a été la première créée, en 1979. Elle assure trois types de missions : conseils et assistance au secteur, formation, des réseaux de préventeurs (appelés agents démultiplicateurs) en particulier, mais également information du secteur et mise à disposition de ressources.

[196] **Ces missions s'exercent à destination de cotisants aux statuts variés** : établissements publics et privé de la santé et des services sociaux, groupes communautaires autonomes, centres de la petite enfance et garderies, cliniques médicales et dentaires, services préhospitaliers, résidences privées pour aînés, soit plus de 27 000 structures et 450 000 professionnels. En complément de la cotisation ASP, qui représente 87 % de son financement, l'ASSTSAS propose des missions tarifées, principalement des formations (11,8 % du financement).

²¹⁹ US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration (2013), *Safe Patient Handling Programs*, 09/2013: [Safe Patient Handling Programs: Effectiveness and Cost Savings](#).

[197] En s'appuyant sur deux leviers (la formation et le soutien à domicile), le Québec a réduit de près de moitié les lésions professionnelles indemnisées dans le secteur entre 1990 et 2005²²⁰.

4.1.3.2 L'ASSTSAS a développé un programme zéro soulèvement manuel, qui s'appuie sur une formation et une préférence pour les aides techniques

[198] Mis en œuvre depuis les années 2000, ce programme de prévention des troubles musculosquelettiques a été développé pour assurer des déplacements sécuritaires, pour l'utilisateur comme le patient. Il part d'un constat simple²²¹ : « Lors d'un déplacement, soignant et client sont en mouvement en même temps. Les risques de blessure sont présents pour les deux. » Dès lors, assurer la qualité des soins nécessite une approche alternative des déplacements, reposant sur :

- Une évaluation du niveau d'assistance nécessaire au patient usager²²² ;
- La vérification spontanée des capacités, préalable à tout mouvement²²³ ;
- L'organisation du prendre soin, définie en fonction des capacités de l'utilisateur et non des préférences des soignants, à qui cette organisation s'impose. En l'espèce, ce principe implique de mobiliser les équipements requis (dont les verticalisateurs et les ceintures de marche) si la stratégie de soin les nécessite ;
- Un cadre de référence, qui inscrit le déplacement comme un « acte de soin », relevant de la responsabilité des cadres de santé, qui sont garants de son déroulement selon les prescriptions.

[199] Le programme zéro soulèvement manuel mobilise plusieurs leviers. Une formation aux principes pour le déplacement sécuritaire des personnes (PDSP) se décline avec des contenus et des durées spécifiques selon les professionnels de l'établissement ou du service qui s'engagent²²⁴ (direction, référents RH, représentants syndicaux, personnels, personnels de soins, professionnels de la réadaptation, Familles). Il s'accompagne d'un investissement dans les équipements techniques mais également d'un effort organisationnel pour favoriser l'ensemble de la démarche.

[200] Une évaluation de ce programme²²⁵ (Villeneuve, 2006) établit un retour sur investissement au bout de quatre ans et définit quelques conditions de réussite au déploiement, avec notamment le dépassement des résistances des soignants à la mobilisation des outils

²²⁰ Villeneuve, J. (2008), « Les meilleures pratiques de prévention des troubles musculosquelettiques reliés au transfert de patients en Amérique du Nord », *Actes du 2e Congrès francophone sur la prévention des TMS*, 18-19 juin, Montréal, Québec

²²¹ Dossier Troubles musculosquelettiques, Objectif Prévention, volume 19, 2016 : [B677645.pdf](#).

²²² Trois niveaux sont définis : supervision, assistance partielle, assistance totale.

²²³ « Par exemple, s'il est impossible de capter son attention et d'avoir sa collaboration, faut-il tenter de le déplacer entre deux positions assises ? S'il ne bouge pas ses jambes dans le lit, aura-t-il une mise en charge suffisante pour le déplacement ? S'il ne tient pas assis sur le bord du lit, tiendra-t-il debout ? ».

²²⁴ Guide de gestion du programme de formation PDSP en établissement, ASSTSAS, 2022 [opac-retrieve-file.pl](#).

²²⁵ Villeneuve, J. (2006), « La tendance en Amérique du Nord : zéro soulèvement manuel », *Objectif prévention*, vol. 29, n°3.

techniques²²⁶ comme la désignation d'un « leader organisationnel » à même d'assurer la conduite du projet et l'implication de la direction.

Graphique 8 : Les conditions de réussite du programme zéro soulèvement manuel



Source : Villeneuve, J. (2006). *La tendance en Amérique du Nord : zéro soulèvement manuel. Objectif prévention*, vol. 29, n° 3.

[201] Cette formation constitue désormais une référence inscrite dans le socle initial ou continu de formation des métiers du sanitaire et du médico-social au Québec, fréquemment exigée dans l'accès aux métiers. Ainsi, en janvier 2024, elle relève d'une formation obligatoire pour les préposés aux services d'assistance personnelle dans les résidences privées pour aînés²²⁷.

4.1.3.3 Le recours aux aides techniques et la sécurité de l'intervention des professionnels à domicile sont davantage promus au Québec

[202] Le Québec se distingue également par une culture très marquée de l'autonomie des usagers, qui s'accompagne d'une préférence pour le recours aux aides techniques et d'une attention affichée aux conditions de l'intervention à domicile.

[203] Adoptée en 2003 par le ministère de la santé et des services sociaux, la politique de soutien²²⁸ à domicile « Chez soi, le premier choix »²²⁹ pose le domicile comme « la première option, au début de l'intervention comme à toutes les étapes ». Les orientations actualisées²³⁰ de cette politique précisent que « la compensation, ou faire à la place de l'utilisateur, ne constitue pas une réponse adéquate pour tous les besoins ». A cet effet, le rétablissement des capacités de

²²⁶ Sur ce point, l'auteur note, dans un autre article de référence : « L'expérience montre aussi qu'il faut prendre du recul face aux attitudes spontanées des cadres de premier niveau et du personnel qui résistent à utiliser les appareils pour, soi-disant, gagner du temps. Des formations et un encadrement axé sur le renforcement positif plutôt que disciplinaire permettront de construire progressivement une véritable culture de prévention des TMS. ». Villeneuve, J. (2008), « Les meilleures pratiques de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) reliés au transfert de patients en Amérique du Nord », *Actes du 2^e Congrès francophone sur la prévention des TMS*, 18-19 juin, Montréal, Québec.

²²⁷ Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés (article 28 et article 2 de l'annexe IV).

²²⁸ Terme préféré à celui de maintien, passif, en raison de l'accent placé sur la personne et les choix qu'elle opère.

²²⁹ [Pour faire les bons choix - Chez soi : le premier choix - La politique de soutien à domicile](#)

²³⁰ [Orientations en soutien à domicile - Actualisation de la Politique en soutien à domicile Chez soi : le premier choix](#)

l'utilisateur doit être recherché, tandis que le recours à l'assistance humaine est subsidiaire. **Une hiérarchie des aides est ainsi formalisée** : « - l'attribution d'une aide technique, l'adaptation de domicile ou l'utilisation de la technologie; - l'enseignement, la stimulation ou la surveillance pour que l'activité soit faite adéquatement et de façon sécuritaire par l'utilisateur; - l'aide partielle ou totale à l'utilisateur pour réaliser une activité; - l'aide à offrir aux PPA pour les soutenir dans leurs compétences et leur engagement auprès de la personne aidée, notamment l'enseignement pour effectuer un soin ».

[204] Pour faciliter l'accès aux aides techniques, les services à domicile, assurés par des professionnels multiples, coordonnées par les centres locaux de services communautaires (CLSC²³¹), prescripteurs des aides, considèrent le soutien technique dès l'étape d'évaluation « avant tout recours à l'aide humaine, ou encore pour faciliter ou optimiser la prestation de soins et services professionnels ou de services d'aide à domicile ». En conséquence, leurs équipes d'évaluation sont composées d'un référent clinique ou social et d'un référent technique. Le support technique est ensuite solvabilisé par des programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

[205] Outre qu'il préserve l'autonomie des personnes, le soutien technique participe de la qualité de vie au travail des professionnels. Dès lors, les orientations nationales fixent également la responsabilité de l'utilisateur qui doit « contribuer au maintien d'un climat favorable à la prestation de soins et services, notamment en faisant preuve de respect, en honorant les ententes et les rendez-vous, en maintenant son domicile sécuritaire »

4.2 En France, le secteur du bâtiment et des travaux publics, structuré en matière de prévention des risques, est un modèle intéressant

4.2.1 Le secteur du BTP s'appuie sur un office paritaire de prévention pour promouvoir la prévention des risques professionnels et faire baisser les accidents graves et mortels

[206] Le projet d'un office paritaire de prévention dans le BTP (OPP BTP) émerge dans l'entre-deux guerres mondiales²³², et il est créé en 1947 sur la base d'une double conviction. **D'une part, l'accident du travail n'est pas une fatalité** : ses causes, souvent récurrentes, peuvent être analysées dans les registres et des mesures appropriées peuvent être mises en place. **D'autre part, l'approche sectorielle est nécessaire dans le domaine de la prévention**, pour s'articuler aux métiers, en particulier dans un champ où le nombre de petites entreprises est important, avec des responsables particulièrement difficiles à mobiliser.

[207] **Inscrite dans le code du travail (R4643-2 et suivants), sa mission est de « contribuer à la promotion de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ou à caractère professionnel ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises adhérentes »**. Elle se décline en trois volets principaux, l'expertise, la promotion des risques et le conseil et accompagnement des entreprises.

²³¹ Organismes locaux, composés d'un conseil d'administration autonome jusqu'en 2024, date à laquelle ils ont été intégrés à Santé Québec.

²³² OPPBTP (2017), [70 ans de progrès en prévention dans le BTP, hier, aujourd'hui, demain](#). L'OPP est néanmoins créé après-guerre, par un arrêté de 1947 qui l'institue dans une logique paritaire.

[208] Dans le cadre d'une gouvernance paritaire, l'OPP BTP est financé à 90 % par les cotisations des entreprises, dont les montants sont fixés annuellement par le ministère du Travail²³³.

[209] **L'OPP BTP s'appuie sur un maillage de proximité, avec 384 collaborateurs²³⁴ répartis dans 13 agences.** Les métiers principaux sont ceux de conseiller en prévention et de formateur, avec une capacité à aller vers les entreprises pour proposer l'offre de service de l'office.

4.2.2 Cet office propose une approche structurée et positive de la prévention des risques professionnels

[210] **L'office a défini une doctrine d'intervention en matière de prévention**, qui intègre toute action de prévention dans un triptyque jouant sur la technique, l'organisation et l'humain. Il a établi des principes directeurs pour une gestion des risques professionnels et pour l'amélioration des conditions de travail²³⁵. Ceux-ci déclinent, pour le BTP, les dispositions organisationnelles et managériales permettant aux entreprises une maîtrise de la santé et de la sécurité au travail.

[211] **Depuis 2010, l'OPP BTP développe une approche économique de la prévention.** Il a défini, en lien avec un cabinet comptable et financier, une méthode de calcul pour établir le bilan économique d'une action de prévention. Cette méthode est appliquée à des études de cas et l'OPP dispose désormais d'une banque de plus de 310 monographies. Selon le bilan que tire l'OPP de ce travail²³⁶, « dans 90 % des solutions étudiées, le rendement de l'action de prévention est supérieur ou égal à 2. Concrètement, pour 100 € investis dans une action de prévention, les gains sont supérieurs à 200 €. Et, contrairement à ce que l'on pourrait penser, le retour sur investissement est en moyenne plus important pour les TPE et PME, avec un rendement généralement supérieur à trois (300 € pour 100 € investis dans une action de prévention). »

4.2.3 Les résultats du secteur en matière de baisse de la sinistralité sont incontestables

[212] En tendance longue, entre 1950 et 2015, l'OPP²³⁷ met en avant l'amélioration continue des conditions de travail et de santé des professionnels. Ainsi :

- Alors que les effectifs salariés ont augmenté de 37 %, le nombre d'accidents avec arrêt a diminué de 55,8 %, leur taux de fréquence a été divisé par trois ;
- Le nombre de décès a diminué de 79 %.

[213] Le secteur a néanmoins connu en période longue une évolution de ses conditions statutaires d'exercice (travail intérimaire, travail détaché), qui tempère les appréciations relevées.

[214] Les livrets de sinistralité de l'assurance maladie, pour chaque secteur d'activité regroupé par comité technique national (CTN), corroborent les constats de l'analyse en tendance longue. **Ainsi, alors que le nombre de salariés du secteur a cru davantage que d'autres secteurs entre 2007 et 2013, le nombre d'accidents du travail et l'indice de fréquence des accidents du travail y a**

²³³ Le taux correspond à 0,11 % de la masse salariale brute des cotisants.

²³⁴ Rapport d'activité 2023 : [20240711_OPPBTP - RA 2023.indd](#).

²³⁵ Titre d'un document à usage interne qui pose les bases de la politique de l'office en matière de conseil.

²³⁶ [Prévention et performance : un duo gagnant-gagnant | Prévention BTP](#).

²³⁷ OPP BTP, (2017), « 70 ans de progrès en prévention dans le BTP, hier, aujourd'hui, demain », *Prévention BTP*.

diminué de manière plus importante que la tendance observée à l'échelle de l'ensemble des CTN. Le secteur a su contenir le nombre de journées de travail perdues consécutivement à un accident de travail, contrairement aux autres. Le CTN I, qui inclut les secteurs du grand âge et du handicap, a connu une augmentation comparable de son nombre de salariés, mais une augmentation inverse de son nombre d'accidents du travail, de leur indice de fréquence et une explosion du nombre de journées perdues en conséquence.

Graphique 9 : L'évolution des accidents du travail dans le CTN bâtiment et travaux publics (CTN B) entre 2007 et 2013

	2007	2023	Taux d'évolution CTN B	Taux d'évolution tous CTN	Taux d'évolution CTN I
Nombre de salariés	1 562 956	1 920 911	23 %	11 %	23 %
Nombre d'AT	131 253	76 758	-42 %	-5 %	7 %
Indice de fréquence AT	84	40	-52 %	-32 %	-13 %
Nombre de journées perdues	6 873 904	9 606 605	40 %	102 %	175 %

Source : Livrets de sinistralité pour chaque secteur d'activités, données Cnam ATMP, [Livrets de sinistralité pour chaque secteur d'activité \(CTN\) - 2007 à 2023](#) / [L'Assurance Maladie](#)

4.3 La mission a repéré quatre types de démarches portées dans le médico-social aux résultats prometteurs à probants

4.3.1 Les démarches repérées, menées à domicile ou en établissement se structurent en quatre catégories distinctes

[215] La mission a investigué plus spécifiquement trois types de démarches visant l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail ou la prévention des risques professionnels. Celles-ci ont été repérées par le rapport El Khomri²³⁸ qui préconisait de les soutenir. Si chacune s'appuie sur une transformation profonde de l'organisation du travail, du management, du rapport aux usagers, toutes misent sur des priorités différentes, qui ne s'excluent pas toutefois :

- L'autonomisation des équipes de travail ;
- La transformation de la relation aidant-aidé dans les établissements du grand âge ;
- La prévention des troubles musculosquelettiques ;

[216] Les démarches de groupe ont été ajoutées aux investigations conduites par la mission.

²³⁸ Opus cit.

4.3.1.1 Rendre les équipes autonomes

[217] **Inspirée du modèle Buurtzorg (encadré), la transformation en équipes autonomes s'est d'abord déployée dans l'aide à domicile.**

[218] Quelques structures emblématiques de l'aide à domicile ont porté l'adaptation du modèle néerlandais²³⁹. Les réseaux du secteur non lucratif ont également cherché à accompagner son appropriation. A partir de déterminants identifiés dans le cadre d'observations conduites en 2022 auprès de structures volontaires, l'Union nationale de l'aide, des soins et des services au domicile (UNA) propose depuis 2023 un accompagnement de son réseau. Une capitalisation des enseignements est prévue en 2025 avec la diffusion d'un guide et d'outils méthodologiques.

Le modèle Buurtzorg

Buurtzorg est une structure de soins infirmiers à domicile créée en 2006 aux Pays-Bas autour d'une approche organisationnelle nouvelle. Replaçant la personne au cœur d'un accompagnement holistique, cette organisation repose sur des petites unités d'infirmiers de spécialités et diplômes complémentaires qui s'auto-organisent dans leurs prises en charge sur un territoire restreint. Elles bénéficient de temps de coordination à cette fin. Des rôles clés sont attribués, selon un principe de rotation, aux différents membres de l'équipe. Des fonctions supports et un outillage numérique sont mis à leur disposition tandis que des *coachs* sont présents pour aider chaque équipe en cas de difficulté. Un principe de symétrie des attentions est posé entre patients et professionnels²⁴⁰. A la bienveillance requise à l'endroit des patients doit répondre la bienveillance dans les relations internes. Les évaluations néerlandaises sont positives, avec une efficacité accrue du service (30 % d'heures par patients de moins que les autres intervenants) et une optimisation des dépenses (réduction des frais généraux, des arrêts maladie et du taux de *turn-over*).

Dans le champ du soin infirmier, le modèle fait actuellement l'objet d'une expérimentation de type article 51, avec le projet Equilibres²⁴¹, sans que sa généralisation n'ait été décidée.

[219] La CNSA a également soutenu le mouvement. Elle en a fait un axe de sa convention avec le réseau de l'aide à domicile en milieu rural (ADMR)²⁴². **L'évaluation interne conduite rapporte une amélioration des indicateurs de *turn-over* et d'absentéisme.** La CNSA a également porté une évaluation du dispositif et l'a retenu comme un item éligible au titre de la dotation qualité²⁴³. Les conseils départementaux ont également pu être moteurs avec des appels à projet de soutien à la

²³⁹ Voir le collectif *L'humain d'abord* créé en 2018 par plusieurs associations et entreprises, dont Alenvi, Autonhome, Soignons humain, l'atelier 48 et Vivat : [Notre collectif regroupe des dirigeants qui ont re-inventé leurs organisations — collectif L'HUMAIN D'ABORD.](#)

²⁴⁰ Voir Leman C., Nochelski M. (2025), « L'auto-organisation dans le soin : une approche qui favorise un réalignement d'intérêt pour tous ? De l'inspiration hollandaise de Buurtzorg à son application en France avec Soignons Humain et Équilibres », *Les Cahiers de l'actif*, 2025/1 n°584-585.

²⁴¹ Voir [Arrêté du 12 juillet 2019 relatif à l'expérimentation EQUILIBRES \(EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires\) - Légifrance.](#)

²⁴² L'une des principales fédérations d'employeurs de la branche de l'aide à domicile.

²⁴³ [Transformation de services d'aide et d'accompagnement à domicile en équipes locales autonomes | CNSA.fr](#)

transformation organisationnelle lancés, notamment à partir de 2019, dans la phase expérimentale de la dotation complémentaire²⁴⁴.

[220] Les Ehpad connaissent actuellement un mouvement similaire, avec le développement d'équipes autonomes, semi-autonomes, responsabilisées, de petite taille et pluridisciplinaire, assurant l'accompagnement d'un nombre défini de résidents, selon une logique propre (équipes à l'échelle d'un étage le plus souvent).

4.3.1.2 Transformer la relation d'accompagnement

[221] **La transformation de l'accompagnement, guidée par le respect de l'autonomie et du rythme des personnes, est au cœur de la démarche menée par plusieurs Ehpad**, celui de Kersalic ayant fait l'objet d'une monographie spécifique²⁴⁵. Cet Ehpad public territorial de 72 places s'est progressivement transformé en village dans lequel tout est pensé pour que les habitants²⁴⁶ (les résidents) puissent vivre comme s'ils étaient à la maison. La logique domiciliaire est déclinée dans l'organisation spatiale (aménagement des espaces, restaurant ouvert au public, bistrot, tiers lieu) et celle des équipes avec un accompagnement de la personne en fonction de ses besoins et non plus de journées type. Plus de routine à Kersalic, « en arrivant le matin, je ne sais pas ce que va être ma journée » ont confirmé à la mission des professionnels rencontrés, « ni d'enchaînement de toilettes le matin ». La relation d'accompagnement prime sur la relation d'aide voire de soins, toujours présente selon les besoins des habitants. Les habitants contribuent à la vie collective (distribution du courrier, épluchage de légumes...) ce qui nourrit leur sentiment d'utilité sociale. Cet aspect est mis en avant par les habitants, l'admission en Ehpad n'est pas synonyme d'absence de place dans la cité.

²⁴⁴ Exemple de l'appel à projet du conseil départemental du Nord, en 2020 : guide-pratique-aap-transformation_.pdf.

²⁴⁵ Habiter Kersalic, un nouveau modèle d'accompagnement médico-social, Valentine Trepied, Nassim Moussi, Publication de l'EN3S, 2024

²⁴⁶ Le travail sur la sémantique est essentiel à Kersalic pour réinscrire les habitants dans un univers familial. Le terme est ici préféré à celui de résidents, dans la logique de préservation du pouvoir d'agir.

Les sept lieux de Kersalic, capture du site internet



« **Kersalic** ne ménage pas ses efforts pour améliorer sans cesse le bien-vivre de sa population âgée : prévention, aménagement, facilitation de la vie quotidienne. L'objectif est aussi de rendre plus autonomes les habitants de l'établissement, pour retarder au maximum une prise en charge trop lourde pour les accompagnateurs. La résidence elle-même a pris un coup de jeune : réaménagée, rafraichie de couleurs chaleureuses, elle invite leurs résidents à participer chaque jour aux tâches domestiques (ménage, cuisine, linge, ...) pour une meilleure vie en collectivité.

La force de l'établissement est aujourd'hui : des collaborateurs passionnés et engagés, toujours à l'écoute, innovants dans les outils du quotidien pour l'accompagnement optimum de nos habitants. Notre devise : la meilleure façon de faire, c'est encore de le faire tous ensemble **Habitants, Soignants, Familles, Amis**, alors... Pour une vieillesse heureuse et sociale, la résidence a choisi de mobiliser son quartier, les associations de bénévoles, les partenaires pour instaurer une politique solidaire au sein de l'établissement.

Les propositions, les idées ont été nombreuses, les besoins sont grands sur le quartier. **Guingamp** accueille une population présentant une fragilité dans le champ social, santé, famille... Notre souhait est de créer un tiers-lieu répondant aux besoins, aux envies de l'ensemble de la population de **Kersalic** et environs.

Nous voulons un lieu de rencontres et de partages, ouvert et fédérateur pour notre quartier dans lequel tous les habitants et tous les acteurs du territoire peuvent agir, construire, travailler, s'exprimer, se détendre, apprendre... »

[222] Alors que la majorité des Ehpad voient leur taux d'occupation baisser depuis le Covid, les admissions à Kersalic se font après inscription sur liste d'attente. L'attractivité est importante du côté des professionnels également : la directrice sélectionne ceux qu'elle souhaite recruter. La mission a rencontré plusieurs professionnels ayant choisi de travailler à Kersalic après une expérience hospitalière ou dans d'autres Ehpad. Tous ont mis en avant le sens au travail retrouvé.

[223] Ce type de projet suppose un engagement fort de la direction avec une importante dimension d'accompagnement au changement, qui a mobilisé des actions de formation mais également du théâtre apprenant. Pour mettre en œuvre ce projet, la directrice privilégie la polyvalence, qui est mise au service de la relation d'accompagnement. En assumant de larges tâches, dans une logique non-tayloriste, les professionnels passent plus de temps auprès des habitants. Ainsi, les aides-soignantes entretiennent les chambres (activité qui figure dans le décret de compétences mais est souvent confiée dans d'autres établissements aux agents de service). L'adaptation aux rythmes de vie des habitants transforme l'organisation des journées et le travail

d'équipe. Le questionnement sur la pratique avec un haut niveau d'attention au respect de la dignité de la personne accompagnée est permanent, pluridisciplinaire, exigeant, ce qui suppose des conditions managériales qui autorisent la prise de parole des professionnels et la confiance.

4.3.1.3 Lutter contre les troubles musculosquelettiques

[224] **Face au double constat d'une sinistralité élevée et de l'échec des formations traditionnelles gestes et postures, une méthode d'intégration de la prévention des risques dans les actes de soin a été développée en France, à partir du travail mené par l'hôpital Saint-Joseph en 2012**²⁴⁷. A l'instar des approches *no lift* présentées plus haut, cette démarche propose de supprimer le risque et de concevoir la manutention comme un soin. Le soignant n'a plus vocation à s'exposer à des contraintes physiques et il contribue à l'autonomie de la personne accompagnée. Pour ce faire, il est tenu d'évaluer les capacités de la personne préalablement à tout déplacement selon un référentiel établi, de retenir la modalité d'assistance la plus sécurisée, et de s'appuyer sur ses capacités résiduelles mais également des aides techniques.

[225] **L'essaimage de cette démarche a été accompagné par l'INRS, avec une adaptation spécifique au médico-social, en établissement et à domicile.** Ont ainsi été enrichis les référentiels des formations Prap-2S (prévention des risques liés à l'activité physique en secteur sanitaire et médico-social), ASD (Aide et soin à domicile) et SMS (Sanitaire et médico-social) par des modules spécifiques au soin de manutention²⁴⁸. Les préventeurs du réseau de l'assurance maladie assurent localement la promotion de ce type de démarche de prévention²⁴⁹. En outre, des vidéos de déplacements types respectueux de la santé du soignant et des capacités résiduelles des usagers sont mises à disposition des professionnels par l'INRS²⁵⁰.

[226] Le déploiement de la démarche, en établissement comme à domicile, suppose un portage fort de la direction, assorti d'une gestion de projet *ad hoc*, la désignation d'un référent²⁵¹ projet au sein des équipes, la formation de l'ensemble des professionnels à la méthode ainsi que des investissements techniques important, et très spécifiques dans leurs cahiers des charges²⁵². Il s'agit donc d'une démarche globale qui engage l'ensemble d'une structure dans une trajectoire de transformation.

²⁴⁷ Voir : [Le soin de manutention - Hôpital Paris Saint-Joseph](#).

²⁴⁸ Gayet C., (2020), « La prévention des TMS centrée sur le soin », *Hygiène et sécurité du travail*, mars.

²⁴⁹ Voir Cnam/DRP, (2024), « Déploiement de l'approche sectorielle sanitaire et médico- sociale », *Lettre réseau* n°LR-DRP-42/2024. Cette action figure dans la Cog 2023- 2028.

²⁵⁰ [Dix vidéos sur la prévention des TMS dans le secteur de l'aide et du soin à la personne - Actualité - INRS](#)

²⁵¹ Référent soin de manutention ou Prap 2S, animateur de prévention.

²⁵² Rails de transfert, draps de glisse, etc.

Le programme aidant-aidé, une intervention partenariale pour le secteur de l'aide à domicile

Initié en 2013 par la Carsat Aquitaine en lien avec ses partenaires et notamment les conseils départementaux, le programme vise l'amélioration des conditions de travail des aidants professionnels et familiaux en limitant l'exposition aux TMS et aux chutes. Il se fixe le double objectif de rendre les services à domicile plus autonomes en matière de prévention des risques et de renforcer l'autonomie et la mobilité des personnes âgées.

Le déroulement du programme prévoit un diagnostic prévention par des ergothérapeutes, pour les situations les plus complexes, le financement et la mise en place de matériel d'aide pour les professionnelles (draps de glisse, barre d'appui...), des actions de formation à la prévention des risques et à l'utilisation du matériel et l'aide à la mise en place d'un parcours d'intégration des nouveaux embauchés sur la prévention.

L'évaluation²⁵³ du programme, réalisée par la Carsat met en avant son rôle dans la baisse de la sinistralité, mais son coût d'entrée pour les structures, au niveau de la mobilisation à engager.

Dans les Landes, le programme est effectif dans 75 % des services à domicile, facilité par l'engagement du conseil départemental et du centre de gestion. Au regard de la part importante des services communaux et intercommunaux sur le territoire, ce dernier a supervisé le déploiement local du programme. Outre sa gestion financière, il a porté l'élaboration d'un règlement d'intervention des aides à domicile, très complet sur la sécurité au travail, qui mentionne le diagnostic ergonomique en amont des interventions. Il accompagne également les structures sur l'élaboration des Duerp et la supervision psychologique des professionnelles

4.3.1.4 Engager des démarches de groupes s'appuyant sur le déploiement de marques employeur

[227] **Confrontés au double défi du manque d'attractivité et d'image publique dégradée²⁵⁴, des grands groupes, aux statuts variés (privés lucratifs et non lucratifs, à l'instar de Clariane, Eméis, LNA santé ou la Fondation partage et vie) affichent s'être engagés dans des politiques de marque employeur.** La marque employeur²⁵⁵ désigne l'image véhiculée par une entreprise, en interne ou en externe. Elle englobe les valeurs, la culture, les avantages et l'expérience globale qu'une société offre à ses collaborateurs. En renforçant sa marque employeur, une société espère attirer et fidéliser des talents, tout en améliorant sa réputation et sa compétitivité sur le marché du travail. Ces groupes mettent en avant les valeurs de l'entreprise dans l'ambition poursuivie vis-à-vis des usagers mais aussi l'attention portée aux salariés. S'appuyant sur la symétrie des attentions, les politiques déployées affichent un principe de réciprocité entre le soin à accorder aux usagers et aux professionnels.

²⁵³ Kantar Public, (2023), « Evaluation du programme aidants aidés, une qualité de vie à préserver », *Rapport final* pour la Carsat Aquitaine ; [70CG08-CARSATAquitaine-EvalPgme-AA-RapportFinalVF01.pdf](#)

²⁵⁴ Après le Covid puis le scandale des maisons de retraite consécutif à la publication en 2022 du livre *Les fossoyeurs* de Victor Castanet.

²⁵⁵ Également connue sous le terme anglais « employer brand ».

La symétrie des attentions et son application par les groupes du médico-social

Le concept de "Symétrie des Attentions" a été créé au début des années 2000 par le groupe Accor, qui l'a utilisé pour décrire un projet managérial novateur au sein d'une de ses enseignes visant à améliorer l'expérience client et l'expérience collaborateur.

Le concept a été théorisé par Charles Ditandy et Benoît Meyronin à la fin des années 2000 dans leur ouvrage *Du management au marketing des services*. Pour les auteurs, la qualité de l'expérience collaborateur au sein d'une entreprise est équivalente à la qualité de la relation client. Autrement dit, la qualité de l'expérience client est proportionnelle à l'attention portée par l'entreprise à ses collaborateurs.

La symétrie des attentions est au cœur des stratégies des grands groupes avec lesquels la mission s'est entretenue. « Prendre soin de celles et ceux qui prennent soin des autres » est ainsi mise en avant par le nouveau projet d'entreprise « A vos côtés » de Clariane. Eméis a construit sa doctrine RSE²⁵⁶ autour de la valeur de l'engagement dans l'humain, à destination des collaborateurs et des résidents. Partage et vie propose également un projet stratégique 2020-25, « A nous le soin », autour de six convictions directrices, dont celle de placer l'éthique au cœur de l'action quotidienne, à la fois envers les personnes et les résidents : « Partage et Vie (...) est convaincue qu'il est nécessaire de garantir, par tous les moyens disponibles et accessibles, une vie pleinement humaine aux personnes qu'elle accompagne. Elle considère également que cette attention, ce climat éthique ne se pense pas uniquement en lien avec les résidents et les proches aidants, mais également pour les professionnels du soin, de l'aide et de l'accompagnement dans ses établissements. »

[228] Pour tenir leur promesse employeur, les groupes affichent investir dans les différents leviers de la politique des ressources humaines : intégration (parcours individualisé d'intégration, tutorat), formation (pour développer des parcours individualisés et d'accompagnement des carrières), création d'université d'entreprise (Clariane), mise en place de dispositifs de soutien et d'écoute pouvant aller jusqu'à l'accompagnement social des salariés (« Emeis et moi » avec quatre piliers d'action (santé, logement, famille et proches et niveau de vie), « stimulus » chez Clariane).

[229] Dans ce cadre, l'axe santé et sécurité des professionnels est affiché comme une priorité. Elle s'accompagne d'une structuration interne de l'appareil de pilotage : intéressement sur objectif intégrant les taux d'AT avec arrêt (Clariane), processus d'analyse systématique des AT avec arrêt similaire à celui des événements indésirables graves associés aux soins (EIG) (Clariane, Eméis). Chez Clariane, entreprise à mission²⁵⁷ depuis 2023, la prévention des risques fait partie de l'un des objectifs suivis par le comité de mission. Chez Partage et Vie, le suivi des AT fait l'objet d'un accompagnement resserré avec la mise en place d'un guide pratique « Bien gérer les accidents de travail », diffusé par la DRH à toutes les directions d'établissement.

²⁵⁶ [code-conduite-rse-fr-5032025.pdf](#)

²⁵⁷ La notion de « société à mission » est une qualité reconnue aux sociétés garantissant le respect d'engagements sociaux et environnementaux. Ce statut fait l'objet d'une déclaration au greffe du tribunal de commerce et d'un contrôle par des organismes tiers indépendants agréés.

4.3.2 Les résultats de ces démarches sont encourageants

4.3.2.1 Les monographies réalisées par la mission attestent des impacts positifs des démarches conduites

[230] La mission a souhaité établir des monographies des démarches investiguées, assorties d'indicateurs de moyens et de résultats simples à partir de données largement disponibles dans les systèmes d'information des structures visitées (annexe 5). Sans prétention scientifique, elles invitent à stabiliser une méthode d'évaluation économique propre au secteur pour apprécier les impacts des démarches conduites et soutenues par les financeurs publics comme à les généraliser, comme l'a fait l'OPP BTP.

Tableau 10 : Tableau de synthèse des indicateurs déclarés par les structures

Nom / Axe thématique	Coût total	Année	Taux d'ETP vacants	Taux d'absentéisme	Taux de rotation sur effectifs réels	Taux d'absentéisme pour AT	Taux d'absentéisme pour maladies pro.	Dépenses d'interim	Résultat comptable
Ehpad 1		N	4,67%	20,32%	Indisponible	4,23%	1,20%	657 803 €	13 000
Prévention	1 089 000 €	N + 8	1,00%	9,62%	14,57%	1,13%	0,00%	23 716 €	730
Service 1		N	6,00%	12,00%	24,00%	0,89%	2%	NC	-886 000
Prévention	85 800 €	N+2	5,00%	9,80%	21,00%	1,49%	2%	NC	-633 000
Service 2		N	NC	15,97%	Indisponible	1,88%	1,95%	NC	116 000
Prévention	73 200 €	N+4	NC	12,32%	Indisponible	0,44%	5,40%	NC	100 904
FAM 1		N	6,95%	15,15%	22,83%	24,33%	7%	253 768 €	-255 947
Prévention	133 807 €	N+3	0,42%	18,80%	14,78%	7,45%	7%	125 661 €	-17 162
Service 3		N	NC	21,28%	Indisponible	4,36%	0,00%	NC	5 488
Autonomisation	249 000 €	N+5	NC	13,00%	Indisponible	2,00%	0,00%	NC	299 815
Groupe Ehpad		N	0,38%	7,27%	7,41%		1,2%	1 239 €	126 471
Prévention	879 930 €	N+5	0,27%	8,57%	3,91%		0,55%	24 176 €	796 865

Source : Mission, à partir des monographies transmises par les structures

[231] Au titre des indicateurs quantitatifs, la mission s'est centrée sur deux types d'indicateurs :

- Des indicateurs RH dont le taux d'ETP vacants, le taux d'absentéisme, le taux de rotation sur effectifs réels ou le taux d'absentéisme pour maladies professionnelles ;
- Des indicateurs financiers dont les dépenses d'interim et le résultat comptable.

[232] **Les démarches engagées se traduisent par des indicateurs améliorés.** Sauf deux exceptions, le taux d'absentéisme toute cause diminue partout, avec une baisse moyenne de l'ordre de 4 points. Le taux d'absentéisme pour accidents du travail connaît une diminution d'amplitude similaire. Concernant les dépenses d'interim, elles ont baissé largement pour un Ehpad quand pour une autre structure, elles ont été mobilisées sur la période du projet en raison de difficultés RH conjoncturelles importantes. Dans une période de dégradation des comptes de l'ensemble de ces structures, toutes sauf une voient leur résultat comptable se stabiliser ou s'améliorer.

[233] **En outre, qualitativement, les monographies mettent en évidence d'autres types d'effets : une attractivité externe plus forte (réduction du nombre de postes à pourvoir sur les métiers d'AS et d'IDE), une amélioration du climat interne, un engagement renforcé des professionnels (taux de démission qui se réduit, baisse du nombre de CDD de remplacement), une évolution des liens**

entre l'encadrement et les équipes ou encore un sens retrouvé au travail et l'amélioration qualitative des accompagnements.

4.3.2.2 Elles sont cohérentes avec les évaluations disponibles des principales approches investiguées par la mission

a- Les évaluations relatives aux démarches de prévention des TMS démontrent que l'investissement dans la santé et la sécurité est rentable

[234] **Les démarches de prévention des risques font l'objet d'une littérature qui démontre que l'investissement dans la santé et la sécurité au travail est efficace.** L'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail²⁵⁸ a ainsi fait l'inventaire d'analyses économiques existantes, pour compléter le panel avec des analyses spécifiques aux TPE-PME qui constituent la catégorie dans laquelle s'inscrivent la majorité des ESMS. Sur 13 interventions caractérisées, tous secteurs confondus, 11 ont eu un retour sur investissement positif dans les 5 ans. Au-delà de la rentabilité, cet investissement joue sur la performance de l'entreprise²⁵⁹, entendue de manière globale (développement des compétences et de l'implication des salariés, intégration sociale de l'entreprise).

[235] **A son échelle, la Carsat Aquitaine a conduit une évaluation du déploiement de la démarche de prévention dans les Ehpad aquitains menée entre 2016 et 2022 : « 2/3 des chefs d'établissements jugent la démarche rentable²⁶⁰. ».** Les impacts mis en avant par l'étude sont une réduction des indemnités journalières liées aux TMS (-40 %, soit 76 000 journées d'arrêt indemnisées évitées) mais également des coûts ATMP près de 70 % plus bas que dans les Ehpad non engagés dans la démarche.

[236] A la connaissance de la mission, en France, dans le champ sanitaire, une seule évaluation économique *ex ante* de la prévention des risques de manutention manuelle a été conduite par l'INRS et le groupe hospitalier Saint-Joseph²⁶¹ (Trontin et alli, 2009). Elle montre que, « sur la base d'une hypothèse de réduction de 60 % des accidents de travail lors d'une des tâches de manutention par le personnel soignant, les bénéfices permettent de compenser les investissements dans un délais de 3,3 ans à compter de la fin de la période d'investissement ». Au-delà du coût de l'accident évité, l'intégration d'autres bénéfices comme la « diminution de l'absentéisme et du turn-over, l'amélioration de la qualité et de la quantité des soins », permet de réduire le délai de retour sur investissement. L'hôpital Saint-Joseph, rencontré par la mission, continue à actualiser cette étude, et confirme que les dépenses de départ ont eu un retour sur investissement qui n'a cessé de s'accroître.

²⁵⁸ EU-OSHA (2014), [*Rentabilité de la santé et de la sécurité au travail, analyses coût bénéfice d'interventions réalisées dans des petites et moyennes entreprises.*](#)

²⁵⁹ Canetto, P., (2018), « [Prévention et performance d'entreprise : panorama d'approches et des points de vue](#) », INRS / DA.

²⁶⁰ « Avec cette démarche nous avons réduit significativement les coûts liés au remplacement (intérim, contrats courts). Nos postes en CDI sont quasiment tous pourvus ».

²⁶¹ Trontin, (INRS, département Homme au travail), Glomot, L., (Groupe hospitalier Charles Foix), Rostand J., (Ivry sur Seine) et Sabathé, JP., (Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph), (2009), « Analyse coût-bénéfice des actions de prévention, Exemple du risque de manutention pour le personnel soignant », Paris INRS - *Hygiène et sécurité du travail* - 2e trimestre - 215 / 3 ou encore Trontin, C. et Sabathé, JP. (2007), « Analyse coût/bénéfice de la prévention des risques de manutention manuelle », *Gestions hospitalières*, mai.

b- Les évaluations relatives aux équipes autonomes sont moins univoques quant aux résultats constatés

[237] Les évaluations relatives aux équipes autonomes font intervenir des indicateurs qualitatifs qui rendent plus difficiles les mesures d'impact. Dès lors, elles sont moins univoques dans les effets constatés :

- Un projet européen Interreg²⁶² a été dédié aux équipes autonomes²⁶³, construit avec des acteurs du Royaume uni, de Belgique et de France entre 2017 et 2002. Son rapport d'évaluation²⁶⁴, montre que le modèle « peut apporter des bénéfices aux personnels de soin ainsi qu'aux patients », avec une diminution du nombre de jours d'arrêts, une meilleure satisfaction professionnelle, une réduction de la durée des soins ou encore une amélioration de la santé des patients ;
- La CNSA a conduit une évaluation des équipes locales autonomes en partenariat avec AG2R La Mondiale²⁶⁵, qui atteste des effets positifs de cette organisation sur la qualité des prises en charge (renforcement de la confiance, continuité des prises en charge et coordination des interventions) ou sur la montée en compétences des équipes (actions de formation, perspectives de mobilité, opportunités d'évolution). Elle est néanmoins plus nuancée sur les conditions de travail avec une amélioration du sentiment de cohésion d'équipes et de la motivation des intervenants, contrebalancée par un risque d'augmentation de la charge de travail et un impact non avéré sur le taux d'absentéisme et le turn-over.
- Une mesure d'impact social²⁶⁶ a été établie à la suite du programme de soutien à l'innovation managériale et organisationnelle I-Mano, porté par le gérontopôle Nouvelle-Aquitaine entre 2019 et 2022. Elle constate des effets limités sur le contenu du travail, une remobilisation modeste des contenus de formation par les équipes, des plannings insuffisamment stabilisés mais un climat social amélioré, une plus grande participation des salariés aux décisions sur le travail et un sentiment de reconnaissance accru. Concernant l'absentéisme et le turn-over, aucun effet n'est mis en évidence par l'évaluation.
- Une publication de l'INRS²⁶⁷ met en avant la potentielle augmentation des risques psychosociaux consécutive à la mise en place des équipes autonomes et propose des pistes de prévention spécifique : une organisation mixte (classique et autonome) à l'échelle du service, la généralisation des retours d'expérience, l'augmentation du nombre de *coachs* ou encore la fourniture d'un logiciel de gestion des emplois du temps.

²⁶² Il s'agit de projets de coopération entre différents partenaires d'Etats membres de l'Union européenne.

²⁶³ Transforming Integrated care in the Community (TICC).

²⁶⁴ [TICC-Rapport-devaluationfinal.pdf](#)

²⁶⁵ [Transformation de services d'aide et d'accompagnement à domicile en équipes locales autonomes | CNSA.fr](#)

²⁶⁶ [I-MANO_Rapport-complet.pdf](#)

²⁶⁷ Haller R., Vand de Weerd, C., « [L'autonomisation des équipes de travail dans l'aide à domicile : enjeux psychosociaux d'une transformation de l'organisation](#) », Actes du 12e colloque de Psychologie ergonomique, EPIQUE 2023.

4.3.3 Ces démarches permettent d'identifier des freins et des facteurs de succès

[238] **Alors que les démarches mises en place sont diverses dans leurs approches, les monographies mettent en avant des fragilités et des points d'appui qui sont convergents.**

[239] Au titre des freins figurent :

- La résistance au changement, la nécessaire déconstruction des automatismes acquis (avec pour la partie prévention des TMS la difficulté à ne plus faire à la place de et à mobiliser des aides techniques parfois complexes) ;
- Le temps de déploiement du projet ;
- L'implication pas toujours évidente des managers intermédiaires, dont la charge de travail est accrue pendant la gestion du projet ;
- Les financements, qui ne sont pas pérennes.

[240] Au titre des facteurs de succès sont mis en avant :

- L'engagement managérial ;
- L'investissement en formation, et la plus-value que constitue l'internalisation des compétences d'accompagnement des équipes et des formations (formateur interne par redéploiement interne, recrutement de rééducateurs (ergothérapeute, masseur-kinésithérapeute), salles) ;
- La qualité de la gestion de projet (instances définies, désignation d'un référent, suivi régulier, communication interne) ;
- L'intégration des représentants syndicaux à la démarche ;
- Le soutien institutionnel et financier apporté par les grands financeurs publics (ARS et Carsat à titre principal, les CD plus spécifiquement dans le champ du domicile).

5 Seize recommandations sont formulées pour porter une stratégie ambitieuse de baisse de la sinistralité du secteur

5.1 Une transformation est à engager pour faire de la réduction des risques une priorité stratégique partagée

[241] **La persistance d'une sinistralité ATMP largement supérieure à la moyenne, son impact sur les conditions de travail, comme l'existence de leviers pour y faire face conduisent la mission à proposer une action résolue en faveur de la réduction des risques professionnels dans le secteur.** Celle-ci a vocation à se traduire dans une stratégie QVCT actualisée pour le secteur, avec comme ligne directrice principale la prévention des risques et la baisse de la sinistralité. Cette stratégie est cohérente avec les analyses qui font de la prévention le premier niveau de l'intervention en faveur de l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail (graphique 11).

Graphique 10 : La pyramide des concepts



Source : Vincent Baud, *La QVT, en finir avec les conneries*, 2022, Editions master

[242] Deux conditions de réussite sont associées à cette ligne directrice. Une gouvernance spécifique est à établir, pour aligner l'ensemble des financeurs, tirer profit de leur complémentarité d'intervention, et mettre en place un suivi de la stratégie sur la base d'indicateurs partagés. Un appareil évaluatif est également à intégrer au plan d'action, pour en assurer l'ajustement continu. Plus spécifiquement, des évaluations économiques ont vocation à être conduites pour mettre les coûts de la stratégie en regard des économies réalisées grâce à la baisse de la sinistralité et la réduction de l'absentéisme.

5.2 Les changements à opérer supposent de mobiliser trois leviers de transformation

[243] La mission s'est efforcée de chiffrer les recommandations qu'elle a établies. Les hypothèses retenues sont présentés dans l'annexe 1, dédiée à la méthodologie.

5.2.1 La stratégie nationale doit porter un objectif clair de baisse de la sinistralité dans le secteur, en adaptant la gouvernance pour renforcer la coordination des acteurs

[244] La stratégie nationale de 2018 relative à la promotion de la QVT dans les ESMS a posé un premier cadre d'actions diverses et larges (clusters QVCT, financements d'équipements, accompagnements extérieurs, charte d'engagement, évolutions managériales) sans les prioriser. Si le rapport El Khomri a assumé un tournant plus marqué en faveur de la prévention des risques, celui-ci ne s'est pas traduit dans les actions mises en œuvre par les ARS. Celles-ci sont en attente d'un cadre de référence précis pour conduire leurs actions en faveur de la QVCT en soutenant celles dont les effets sont les plus probants.

[245] Devant la persistance du nombre d'AT liés aux TMS, facteurs d'usure professionnelle anticipée, et alors que des stratégies préventives probantes existent, la mission recommande d'engager une politique résolue en faveur de la limitation du port de charge. Elle propose de fixer un objectif clair « zéro port de charge délétère pour la santé » dans 5 ans et de le porter dans le cadre d'une gouvernance partagée, idéalement intégrée à celle décidée pour l'attractivité des métiers (voir rapport Igas mission 1). Un comité technique sinistralité / QVT dans le médico-social, co-piloté par la CNSA et la DRP, serait ainsi missionné sur l'élaboration d'une feuille de route,

l'établissement et le suivi d'indicateurs partagés comme la modélisation d'une gouvernance régionale. Cet objectif s'inscrit dans les orientations des précédents plans nationaux de santé au travail en promouvant une logique de prévention de la santé au travail et en mobilisant l'ensemble des acteurs pour renforcer la culture de prévention. **Pour être pleinement mobilisateur, il devra être constitutif d'un des axes stratégiques du prochain Plan Santé au Travail 2026 – 2030 (PST 5) en ciblant le secteur de l'autonomie (établissements médico-sociaux et domicile), pour déclinaison ensuite dans les plans régionaux de santé (voir recommandation 3).**

[246] **Pour établir ces indicateurs partagés, dans une logique intersectorielle, il conviendrait de sécuriser les données relatives à la sinistralité selon plusieurs axes de progrès.** Cela nécessiterait d'une part de rendre obligatoire la déclaration des ATMP des établissements et services relevant de la fonction publique territoriale et hospitalière à la CNRACL, en prenant l'arrêté fixant les modalités de collecte de ces données tel que prévu 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. D'autre part, il conviendrait d'améliorer le ciblage des établissements du secteur social et médico-social dans les bases de données de la Cnam-risques professionnels ce qui suppose d'une part de systématiser la déclaration du Finess dans la DSN, de fiabiliser le Siret dans Finess et enfin, d'engager des travaux techniques conjoints entre la Cnam-DRP et les directions statistiques des ministères sociaux, Drees et Dares, afin de définir des tables de passage entre Siret et Finess. Sur ce point la mission reprend à son compte les recommandations de la mission de l'Igas²⁶⁸ relative aux données de pilotage RH. Il conviendrait enfin de développer l'exploitation des bases de données de la Cnam-risques professionnels, éventuellement appariées aux grandes enquêtes de la statistique publique, avec le concours d'organismes de recherche comme l'Irdes ou l'IPP, afin de faire progresser la connaissance sur les déterminants de la sinistralité dans le secteur.

Recommandation n°1 Réformer la stratégie nationale d'amélioration de la QVCT dans le secteur médico-social par une instruction cadre, qui assume, à l'appui d'une gouvernance renforcée dans le cadre du plan attractivité, un objectif de zéro port de charge délétère pour la santé.

Recommandation n°2 Construire, grâce à des données consolidées sur le secteur privé et public, une vision partagée de la sinistralité du secteur.

[247] **En relai de la gouvernance nationale, le renforcement de la gouvernance régionale apparaît nécessaire.** Si les ARS s'étaient vu confier le pilotage local de la stratégie QVT 2018, toutes ne sont pas parvenues à associer les partenaires nécessaires. En outre, les interventions respectives des ARS et des Carsat sont demeurées insuffisamment articulées (faute d'échanges de données, de partage de leurs ciblage et de logique assumée de complémentarité des financements). A cet égard, l'exemple de la Nouvelle-Aquitaine²⁶⁹, qui a lancé en mai 2025, un appel à manifestation d'intérêt en faveur de l'équipement en rails et moteurs en Ehpad, intégrant une condition relative au suivi d'une action de formation financée par la Carsat, constitue une pratique inspirante.

²⁶⁸ Djataou NY., Le Bayon D. et Marty-Chastain C. (2025), *Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social*, Igas, mars. Voir notamment les recommandations 1 et 2.

²⁶⁹ [AAC 2025 - QVCT/TMS « Prévention de l'usure professionnelle et réduction de la sinistralité en EHPAD par l'équipement en rails et moteurs » | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine](#)

[248] **Une instruction commune aux deux réseaux pourrait donc expliciter la nécessité d'un copilotage ARS-Carsat pour mettre en œuvre des feuilles de route régionales relatives à la réduction de la sinistralité.** Cette instruction porterait la nécessité de désigner un référent régional par institution, un modèle partenarial type (avec la mise en place d'un comité technique régional notamment élargi à l'Anact, aux Opco et aux collectivités départementales) et une convention générique sécurisant les échanges de données individuelles. Elle afficherait les principes de complémentarité des financements et de ciblage croisé des structures à soutenir. Elle inscrirait également les feuilles de routes régionales spécifiques au médico-social dans les travaux des futurs PRST 5. Sous réserve des travaux de simplification en cours, le Cpom demeure le vecteur privilégié pour rendre compte de l'accompagnement des établissements et services par les tutelles et organiser le suivi indispensable de l'efficacité des actions engagées.

[249] **Dans le cadre des instances prévues à leur échelle (service public départemental de l'autonomie ou conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie), les conseils départementaux auraient vocation à être associés au pilotage de ce plan, en particulier de son volet domiciliaire.**

Recommandation n°3 Mandater, par une instruction commune aux deux réseaux, les ARS et les Carsat pour piloter les feuilles de route régionales relatives à la réduction de la sinistralité dans le secteur médico-social associant les conseils départementaux à leur échelle.

[250] **En appui de la stratégie nationale et à la manœuvre pour accompagner en proximité les établissements et les services dans leurs démarches, la création d'un organisme dédié à la prévention dans le médico-social est proposée.** Des outils similaires sont apparus d'intérêt dans le cadre des comparaisons internationales (Québec) ou sectorielle (BTP) menées par la mission.

[251] Aucune structure de ce type n'existe dans le médico-social alors que l'appréhension des risques professionnels et la prévention y sont perfectibles, dans le secteur public comme dans le privé. Dès lors, la création d'un organisme œuvrant au profit de ces deux secteurs permettrait de couvrir les missions d'accompagnement des employeurs, d'observatoire de la prévention des risques et de la QVCT, de promotion des démarches probantes, de cartographie des ressources, comme d'animation des réseaux. Le partage d'expériences entre structures s'avère utile pour soutenir les directions dans des démarches longues, complexes, au résultat différé du fait du temps nécessaire entre l'identification des risques, la mise en place d'actions correctives et les impacts sur les organisations de travail et la santé des salariés.

[252] Sa bonne articulation avec les acteurs existants, notamment les SPSTI, est essentielle, et peut s'orchestrer par un système de conventionnement ou d'autres initiatives.

[253] Doté en première approche d'une cinquantaine d'ETP au niveau national, cet organisme fonctionnerait les deux premières années avec un budget à 30 % venant du Fipu, une subvention exceptionnelle de mise en place de la part de la branche autonomie, ainsi qu'une contribution spécifique des branches et des employeurs publics. A la suite, une cotisation spécifique des employeurs publics et privés serait instituée, tandis que des prestations tarifées viendraient compléter le budget. **La structuration administrative doit faire l'objet d'une concertation avec les représentants des employeurs, en particulier les plus avancés dans des initiatives paritaires, qu'il faudra embarquer sans quoi ils pourraient être découragés à agir.** La Bad porte un observatoire de la QVCT tandis que la Bass s'est engagée dans la création d'un office paritaire de branche.

L'aboutissement de cette concertation pourrait, le cas échéant, donner lieu à un article spécifique dans la LFSS 2027.

[254] Au terme de sa montée en charge, une revue de ses missions pourrait être réalisée, permettant, si nécessaire, de revoir les lignes de partage existant avec la gouvernance régionale prévue ci-dessus (voir recommandation n°2).

Recommandation n°4 Créer un organisme de prévention des risques professionnels du médico-social œuvrant sur l'ensemble des établissements et services du grand âge et du handicap, publics et privés.

[255] **Cet organisme constituerait aussi un puissant outil d'accompagnement au service de l'alignement du secteur médico-social dans le droit commun de la tarification ATMP pour les salariés affiliés au régime général.** Actuellement dérogatoire, celle-ci ne dépend pas de la sinistralité passée ou de l'engagement de l'employeur en matière de prévention. Le taux de cotisation collectif sur groupement financier ne donne pas un signal prix clair alors que les études scientifiques démontrent que la tarification individualisée à l'expérience a un impact positif sur la réduction de la sinistralité.

[256] La mission est consciente des impacts financiers, à sinistralité constatée actuelle, de cet alignement sur le droit commun, en particulier pour les cotisations des services à domicile (+239 M€) et les Ehpad (+162 M€) à l'inverse des établissements d'accueil et d'hébergement pour les personnes en situation de handicap (- 16,4 M€). Cet alignement doit donc être préparé par un accompagnement soutenu des établissements (voir 5.2.2) et mis en oeuvre dans un calendrier adapté.

Recommandation n°5 Faire évoluer les modalités de tarification ATMP du secteur en les alignant sur le droit commun et en définissant une trajectoire d'accompagnement pour le secteur.

Recommandation n° 4		Faire évoluer le dispositif de tarification ATMP du secteur
Calendrier : fin de la COG à venir	Pilote : DSS- DGCS	Acteurs impliqués : DRP, CNSA
Résultat(s) attendu(s) : Une tarification qui incite à investir dans la prévention en mettant fin au groupement financier et en appliquant un taux individuel aux grands établissements (+150 salariés) et mixte pour les moyens (entre 20 et 149), les petits demeurant soumis à un taux collectif. Une baisse de la sinistralité, en fréquence et en gravité, dans le secteur.		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission : D’ici à 2027 (fin de la Cog ATMP actuelle), annonce de la réforme, accompagnement des entreprises à utiliser les simulateurs de la Cnam-DRP pour visualiser l’impact sur leurs cotisations de la réforme à venir, et lancement de la trajectoire de transition (voir 5.3) Entre 2028 et 2032 (Cog suivante), selon les résultats constatés en matière de sinistralité, préparation des chantiers techniques (SI notamment) afférents. A noter : les dispositifs d’écêtements des taux de cotisation limitent de facto la hausse entre deux années consécutives et se traduiront par une hausse progressive sur plusieurs années.		
Conditions de réussite / moyens : Portage constant de la stratégie réformée pour le médico-social Annonce de l’évolution de la tarification Validation des mesures de la trajectoire de transition (voir tableau infra)		
Eléments de chiffrage (voir tableau infra)		

5.2.2 Un plan d’investissement et d’équipement doit être mobilisé pour atteindre l’objectif de « zéro port de charge » délétaire

[257] L’ambition de la stratégie « zéro port de charge » dans les métiers du soin et du lien ainsi que l’évolution de la tarification ATMP du secteur rendent nécessaire une trajectoire d’accompagnement pour le secteur, assortie de moyens importants.

[258] **En premier lieu, un plan d’investissement doit permettre de transformer les environnements de travail des professionnels, notamment dans les établissements les plus accidentogènes que sont les Ehpad et les Mas.** Les études conduites en France ou à l’international montrent sans équivoque l’impact sur la sinistralité de l’équipement en rails plafonniers des chambres de résidents sous réserve que certaines conditions soient remplies. Chaque fois que les locaux le permettent, l’équipement doit privilégier certains rails (rails en H). Le taux d’équipement des chambres, en rail comme en moteurs, doit être substantiel, pour éviter les déplacements des personnels ou le non-usage. La bonne utilisation du matériel suppose une formation adaptée mais également une culture d’utilisation partagée par l’ensemble du personnel. Enfin l’utilisation doit

être inscrite dans la relation d'accompagnement avec le résident (communication adaptée, participation de l'utilisateur à la mesure de ses capacités).

[259] **Le respect de ces conditions suppose une implication de la direction pour impulser le projet et de l'encadrement de proximité pour veiller au maintien des bonnes pratiques mais aussi à la qualité des échanges avec les résidents et leurs familles.** Dès lors que la conception de la chambre intègre dès sa construction ce type d'équipement, leur visibilité dans l'espace peut être neutralisée pour conserver une ambiance domiciliaire plus favorablement perçue.

[260] Alors que l'âge et le niveau de dépendance des personnes admises en Ehpad s'accroît, aucun suivi ni étude n'ont encore été menés pour connaître le taux d'équipement en rails plafonniers en France. La mission s'est appuyée sur les quelques études existantes, en particulier celle réalisée en 2024 pour la DRP par l'institut BVA auprès de 2022 Ehpad pour établir ses chiffres. 58 % des Ehpad disposent ainsi d'au moins un rail de transfert plafonnier (quelle que soit sa configuration) et 35 % d'entre eux en ont équipé toutes leurs chambres²⁷⁰. Les calculs ont été établis pour l'ensemble des Ehpad et des Mas. **Pour les Ehpad, le taux d'intervention, à 60 %, est un taux moyen qui pourra être modulé en fonction des caractéristiques, comme le taux de places habilitées à l'aide sociale.**

Recommandation n°6 Lancer un plan d'investissement sur 10 ans, piloté par les ARS, pour équiper 100 % des chambres d'Ehpad et de Mas en rails plafonniers à horizon 2035.

Recommandation n° 5		
Lancer un plan d'investissement sur 10 ans, piloté par les ARS, pour équiper 100 % des chambres Ehpad et de Mas en rails plafonniers à horizon 2035		
Calendrier : 2035	Pilote : CNSA	Acteurs impliqués : DGCS DRP ARS
Résultat(s) attendu(s) : Un équipement de 100 % des chambres d'Ehpad et de Mas en rails plafonniers à raison d'1 moteur pour 3 chambres selon les recommandations de la DRP Une baisse de la sinistralité, en fréquence et en gravité, dans les Ehpad et les Mas du secteur Un coût global partiellement amorti par la baisse du nombre de jours d'absences liée à des ATMP.		
Principales étapes (mise en œuvre et pilotage) proposées par la mission : Réalisation d'une enquête nationale sur les taux actuels d'équipement pour actualiser les chiffres et monitorer le plan en définissant des objectifs annuels Annonce d'un plan d'investissement pluriannuel sur 10 ans pour équiper les Ehpad et les Mas Mise en place d'un dispositif de pilotage national et régional du plan		
Conditions de réussite / moyens : Validation des mesures de la trajectoire de transition (voir tableau infra)		
Eléments de chiffrage (voir tableau infra)		

²⁷⁰ Ces résultats sont convergents avec l'enquête réalisée en 2024 par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes

En retenant la cible d'un taux de subvention de 60 % pour équiper en rails 100 % des chambres à raison d'un moteur pour 3 chambres, 700 millions d'euros seraient nécessaires. Ce taux d'intervention à 60 % est un taux moyen qui pourra être modulé en fonction des caractéristiques des établissements, comme le taux de places habilitées à l'aide sociale.

[261] **Les caractéristiques du bâti ont une incidence importante sur l'exposition des agents aux risques professionnels et sur la qualité de l'environnement de travail.** De nombreux travaux sont conduits ces dernières années pour produire des outils d'aide à la décision à destination des établissements engagés dans des projets de rénovation ou construction immobilière : repères dimensionnels pour les EHPAD par l'Anap en 2024, guide « Intégrer les principes de santé et de sécurité au travail dans les projets de construction ou de rénovation d'Ehpad » rédigé par la CNRCAL en 2021, travaux du laboratoire des solutions de demain de la CNSA avec en projet l'élaboration d'un guide d'assistance à maîtrise d'usage (AMU). Aucun de ces travaux ne se positionne cependant sur la pertinence de l'équipement en rail. Les recommandations de la DRP ne sont pas intégrées et ces productions ne sont pas toutes partagées.

Recommandation n°7 Mandater la CNSA pour établir en associant l'INRS et la direction des risques professionnels le cahier des charges en rénovation et/ou en construction des ESMS pour créer un environnement favorable à la santé au travail.

[262] **En second lieu, il sera nécessaire de poursuivre les efforts historiquement consentis par les ARS au titre des dotations régionales QVT ou du PAIQ en matière d'équipement en matériel d'ergonomie permettant l'aide aux déplacements ou transferts en dehors des lieux équipés par les rails²⁷¹.** Ces moyens pourront également bénéficier aux personnels des services logistiques, pareillement exposés aux risques de TMS. Les exosquelettes, qui représentent un potentiel pour soutenir les professionnels, pourront être financés dans ce cadre, pour autant que des évaluations supplémentaires soient conduites au regard des risques de déséquilibre sur la posture corporelle que le port de ces matériels peut générer. La mission propose de mobiliser le prochain fonds de sinistralité annoncé en mai 2025²⁷² en augmentant la dotation prévue de 15 M€ à 20 M€ pour financer ces équipements complémentaires, indispensables pour une couverture des risques de TMS des différentes situations de travail des professionnels du secteur.

Recommandation n°8 Abonder et repositionner le fonds de sinistralité à hauteur de 20 M€, sur 5 ans, piloté par les ARS, pour faciliter l'équipement en matériel et aides techniques nécessaires aux soins de manutention en Ehpad et en Mas.

[263] Comme la mission a pu l'entendre de professionnels rencontrés dans ses déplacements, les aides techniques à la manutention peuvent être insuffisamment appropriées ou difficiles à mobiliser. **Il convient donc de faire progresser la culture de prévention primaire au plus près des organisations de travail. Aussi, financé par les ARS, en lien avec les Carsat, la mission propose d'organiser, sur le modèle des conseillers en transition énergétique et écologique en santé, un réseau de conseillers prévention²⁷³ destinés à accompagner les établissements et services du secteur.** Plusieurs types d'acteurs pourraient être appelés à porter ce réseau : les services de santé

²⁷¹ Lève patient mobile, draps de glisse, chariots motorisés, etc.

²⁷² INSTRUCTION N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/2025/66 du 27 mai 2025 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2025.

²⁷³ Voir fiche métier [RNCPS34988 - Préventeur des risques au travail](#).

au travail, au titre de leurs missions d'actions en entreprise et de conseils, les équipes Eqlaat, des GCCSMS, des centres de gestion. L'animation du réseau pourrait être confiée au niveau territorial aux ARS et aux Carsat avant la mise en place de l'organisme national de prévention du secteur ayant un rayon d'action intersectorielle qui pourrait, après sa montée en charge, intégrer ce réseau. En retenant une organisation cible telle que celle de l'OPPBT, la mission recommande une trajectoire pluriannuelle de recrutement pour atteindre dans cinq ans 400 conseillers.

Recommandation n°9 Structurer un réseau de préventeurs à l'échelle territoriale chargés de développer l'analyse des risques sur les lieux de travail et de soutenir les établissements et services dans l'élaboration de leurs plans de prévention.

[264] **Pour financer les mesures précitées, la mission recommande de s'appuyer sur les outils existants, en les ajustant aux besoins de ce secteur, au titre son caractère prioritaire et de la part des financements publics qui y sont consacrés.** La loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale portant la réforme des retraites, avait prévu d'améliorer la prise en compte de l'usure professionnelle et la pénibilité des métiers en créant de deux fonds²⁷⁴. Le Fipu a été mis en place à destination des établissements privés. Le fonds de prévention de l'usure professionnelle des établissements de santé et des ESMS à destination des établissements publics²⁷⁵ (Fpup ESMS) n'a pas encore été institué.

[265] Si la mobilisation du Fipu dans le médico-social ne fait pas l'objet d'alertes particulières selon la Cnam-DRP, celle-ci ne couvre pas actuellement les besoins liés aux mesures proposées. Ainsi, les incitations financières des Carsat sont passées de 3 à 8,7 M€ entre 2022 et 2024. Pour financer la stratégie du zéro port de charge, **une mobilisation à hauteur de 30M€ est nécessaire (soit 15 % de sa dotation annuelle)** et devrait être soumise à la CATMP. Une prolongation après 2028 est à prévoir. En outre, un ajustement des règles d'intervention du Fipu pour le secteur est à prévoir. Dans la majorité des structures du secteur, le plafond de subventionnement par établissement est de 50 000 euros. Le coût du plan d'investissement en rails et moteurs est de 3300 euros par place. Un Ehpad de taille moyenne (60 places) non équipé aurait besoin d'investir à hauteur de 198 000 euros pour s'équiper à 100 %. Selon les règles actuelles de plafonnement, la contribution du Fipu ne permettrait alors de couvrir que 40 % de la dépense. La mission recommande donc un ajustement de ces règles sur la durée du plan d'investissement.

[266] **En revanche, le Fpup ESMS, doté de 100 M€ par an, a besoin pour être institué d'un décret précisant la nature des actions répondant aux critères fixés par la loi** (action de prévention et aménagement de fin de carrière), les conditions d'éligibilité (risques et métiers exposés) ainsi que la gouvernance retenue. La mission a pu prendre connaissance des options présentées aux partenaires sociaux en 2023. Au titre des actions de prévention était alors envisagé le financement d'équipes de prévention au niveau de chaque groupement hospitalier de territoire.

[267] La mise en œuvre de ce fonds permettrait de compléter le plan de financement nécessaire à la stratégie d'intervention proposée.

²⁷⁴ Art 17-I et 17-VI de la loi.

²⁷⁵ Ce fonds est destiné à soutenir les établissements employeurs que sont les établissements publics de santé ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) PA financés par l'Ondam via les ARS (Ehpad de la fonction publique territoriale), services de soins infirmiers à domicile et ESMS PH financés par l'Ondam via les ARS (maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés etc.). Les ESMS PH et PA financés par les conseils départementaux sont hors champ d'application.

Recommandation n°10 Porter une mobilisation exceptionnelle du Fipu pour le secteur médico-social à hauteur de 30 M€ an sur la durée du plan d'investissement et ajuster, à titre dérogatoire, les règles de plafonnement pour les entreprises du secteur.

Recommandation n°11 Publier le décret portant création du fonds de prévention des établissements de santé et des ESMS et en inscrire les crédits en PLFSS pour financer le plan d'action sinistralité.

[268] **En complément de cette stratégie d'intervention, principalement tournée vers les établissements médico-sociaux, sous financement ARS, il est essentiel de poursuivre l'accompagnement des services à domicile, sous financement départemental.** Les simulations de la réforme de la tarification montrent qu'ils seront les premiers affectés par l'application du droit commun. Néanmoins, au regard du nombre de services de moins de 20 salariés, beaucoup seront maintenus sous un taux collectif élevé, propre au code risque de leur activité. Il convient donc d'assurer un accompagnement de l'ensemble des services car seule une baisse globale de leur sinistralité permettra d'amortir les effets de la réforme de la tarification.

[269] **Au titre des incitations structurelles, la mission reprend à son compte la recommandation 17 du rapport Igas relatif aux tensions de recrutement dans le champ social²⁷⁶ sur la modification du financement des service à domicile et l'évolution d'une tarification à l'heure à une tarification au forfait.** Le surcoût potentiel d'une telle mesure est évalué par la mission à 920 M€, dont le financement pourrait être gagé à due concurrence par une baisse de la dépense fiscale occasionnée par le chèque emploi service universel (Cesu) sur les heures dites « de confort ». Dans un premier temps, une hausse progressive des tarifs horaires²⁷⁷ permettrait une meilleure attractivité à ce métier. Cette recommandation n'est pas inscrite au tableau des recommandations puisque son chiffrage a été établi dans le cadre du rapport précité.

[270] Concernant le soutien à la QVCT, la dotation complémentaire portée par la CNSA apparaît être un outil financier pertinent. La montée en charge des financements accordés à son objectif cinq (QVCT et lutte contre la sinistralité), doit s'accompagner d'un cadrage plus resserré des crédits autour de la prévention des risques et d'un pilotage par objectifs, qui fasse l'objet d'un suivi spécifique au sein de la CNSA (rapport annuel à reproduire en particulier).

[271] En outre, d'autres actions ont vocation à être conduites. La DRP pourrait élaborer une recommandation nationale spécifique à la prévention des risques à domicile comme il en existe en Ehpad²⁷⁸. Au regard des difficultés du secteur à déployer les démarches de soin de manutention, une expérimentation relative à la modélisation d'un programme adapté pourrait être impulsée par la CNSA. **Dans la limite d'un projet dans trois départements expérimentateurs sur trois ans, pour un coût global de 1,5 M€ par projet, avec un co-financement de 70 % de la CNSA, il s'agirait de s'appuyer sur les ressources territoriales existantes²⁷⁹, pour généraliser les**

²⁷⁶ Atger, PM et Hautchamp, M. (2024), Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? Igas, Rapport n° 2024-069R.

²⁷⁷ De 23,5 €, le tarif devrait passer à 24,5 € dans le cadre du PLFSS 2025. Le haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge propose un passage progressif à 28 euros en 2030.

²⁷⁸ Recommandation : [R471](#).

²⁷⁹ Equipes locales d'accompagnement aux aides techniques Eqlaat, centres d'information et de conseils sur les aides techniques Cicat, groupements de coopération sociale et médico-sociale, groupements hospitaliers de territoires, équipes d'évaluation APA, conférence des financeurs de la perte d'autonomie, centres de ressources territoriaux, etc.

diagnostics ergonomiques préalables aux interventions des aides à domicile, mutualiser les achats en aides techniques, structurer des plateformes de stockage et de réutilisation, mettre en place des salles de formation en conditions réelles et conduire les actions de formation. Ces expérimentations, inspirées du modèle d'intervention québécois, feraient l'objet d'étude d'impact et d'une analyse économique.

Recommandation n°12 Amplifier l'accompagnement des services à domicile en matière de prévention des risques en s'appuyant sur le financement de la dotation complémentaire et sur des expérimentations relatives aux conditions de réussite d'un programme de soin de manutention propre au secteur.

[272] La priorisation de la stratégie d'intervention sur la baisse de la sinistralité ne doit toutefois pas éteindre les financements dédiés à l'innovation managériale. Le déploiement de nouveaux modes managériaux observés tant en établissement qu'à domicile peuvent créer les conditions d'une meilleure prise en compte du pouvoir d'agir des salariés sur leurs conditions de travail. **Malgré le peu d'évaluations disponibles, les retours d'expérience dont la mission a pu prendre connaissance convergent en faveur de ces organisations plus horizontales.** Ces retours sont cohérents avec les critères du bon management identifiés par la mission Igas sur les pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France (fort degré de participation des travailleurs, reconnaissance du travail accompli, autonomie...) ²⁸⁰.

[273] Ces transformations nécessitent d'être accompagnées par le déploiement de nouveaux savoirs faire (développement de l'intelligence collective, *soft skills*, savoirs communicationnels.). Comme le relève le rapport des assises du travail de 2023, « *les pratiques managériales doivent aujourd'hui être la pierre angulaire de la responsabilisation, de la création d'espaces de dialogue professionnel, le pilier infatigable de la culture de la prévention, la vigie de l'application concrète de la raison d'être à tous les niveaux. Pour cela, les dirigeants doivent reconsidérer les fonctions managériales, accompagner et former les managers* ²⁸¹ ».

[274] Les ARS pourraient être incitées à poursuivre leurs AMI en la matière, en améliorant néanmoins l'évaluation des démarches afin de mieux en appréhender leurs impacts.

Recommandation n°13 Soutenir la transformation organisationnelle et managériale du secteur par le biais d'appels à manifestation d'intérêt dans le cadre d'une enveloppe annuelle de 30 M€ déléguée aux ARS, en assurer l'évaluation et l'essaimage.

5.2.3 En formation initiale et continue, le soin de manutention, sur la base d'un référentiel simplifié, doit remplacer les actions gestes et postures

[275] **La bataille contre la sinistralité suppose une transformation profonde de la culture professionnelle pour dépasser le sentiment d'impuissance dans des environnements sous contraintes fortes (financières, ressources humaines...), comme le caractère jugé inéluctable de l'impact sur la santé des métiers de l'aide et du soin.**

²⁸⁰ Bartoli F., Dieuleveux, T., Laloue F., Hautchamp M. (2024), Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : Les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède) et de la recherche, Igas, rapport M 2023-128R, Juin.

²⁸¹ Thiéry S., Senard, J.D., (2023), « Re-considérer le travail », *Assises du travail* ; 18 avril.

[276] Dans un secteur où l'accès à de nombreux métiers passe par des formations réglementées, la mobilisation de la formation initiale est essentielle pour initier ce changement de culture. Un dirigeant d'un des plus groupes d'Ehpad privés rencontré par la mission formule ainsi : « on a besoin de former des professionnels du soin et de l'accompagnement, pas des héros ». Pour diffuser des repères professionnels homogènes entre les professionnels et faciliter leur utilisation en pratique professionnelle, il est par ailleurs indispensable d'homogénéiser les principes de formation retenus. Les soins de manutention et leur déclinaison Prap 2S ayant montré leur pertinence et leur adaptabilité pour les différentes conditions d'exercice (établissement, domicile, grand âge, handicap), la formation recommande d'en faire une formation opposable en formation initiale et continue en lieu et place des formations gestes et postures.

[277] Au-delà du changement de culture, la mobilisation de la formation initiale devrait se traduire par un impact sur l'accidentologie. Selon une étude épidémiologique de l'INRS²⁸², le risque d'accidents du travail est diminué par deux lorsque les jeunes professionnels ont été formés à la santé et à la sécurité au travail au cours de leur scolarité.

Recommandation n°14 Revoir les maquettes de formation des bacs professionnels préparant aux métiers du soin et des diplômes préparant aux métiers d'aide-soignante, d'infirmière, d'éducateur et d'accompagnant éducatif et social pour y intégrer un module de sensibilisation à la santé personnelle et un module de formation aux soins de manutention.

[278] Le dirigeant cité plus haut venant du secteur industriel a fait part à la mission de son étonnement que les dirigeants d'Ehpad qu'il rencontrait dans le secteur ne soient pas en mesure de donner le taux de fréquence des accidents du travail de leur établissement. Dans le cadre du programme sectoriel de la COG 2023-2028, la DRP cible la formation initiale des managers. Une intervention conjointe de la DRP et de l'INRS a ainsi permis l'intégration d'éléments de prévention dans les référentiels de compétence de leurs formations²⁸³.

[279] Tel n'est pas encore le cas pour la formation à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour les dirigeants des structures publiques. Par ailleurs, la nécessité de faire évoluer les pratiques managériales dans le secteur comme globalement en France, trop verticales et hiérarchiques suppose de revoir la formation des dirigeants « très académique et peu tournée vers la coopération²⁸⁴ » selon les constats portés par la mission Igas citée *supra* sur les pratiques managériales.

Recommandation n°15 Intégrer à la maquette des diplômes délivrés par l'EHESP (DH, DESSMS, directeur de soins) des modules de formation à la prévention des risques professionnels, dont la formation aux soins de manutention et au management de la QVCT.

[280] **En complément de la formation initiale, il est essentiel que montent en charge, dans la formation continue des professionnels du secteur les actions de soins de manutention, au titre de la prévention des TMS.** Les actions obéissant actuellement au référentiel INRS PRAP2S sont

²⁸² Boini S, Colin R, Grzebyk M., (2017), "Effect of occupational safety and health education received during schooling on the incidence of workplace injuries in the first 2 years of occupational life: a prospective study", *BMJ Open*.

²⁸³ Voir arrêté du 27 août 2022 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale et arrêté du 31 août 2022 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale et lettre réseau de novembre 2024.

²⁸⁴ *Id.*

jugées longues et coûteuses par les structures. Il convient donc de l'ajuster pour mieux prendre en compte les contraintes du secteur mais également d'inciter les branches professionnelles à s'en saisir. Pour ce faire, la CNSA pourrait concentrer les financements qu'elle accorde aux OPCO au titre de la QVCT aux actions obéissant à ce référentiel.

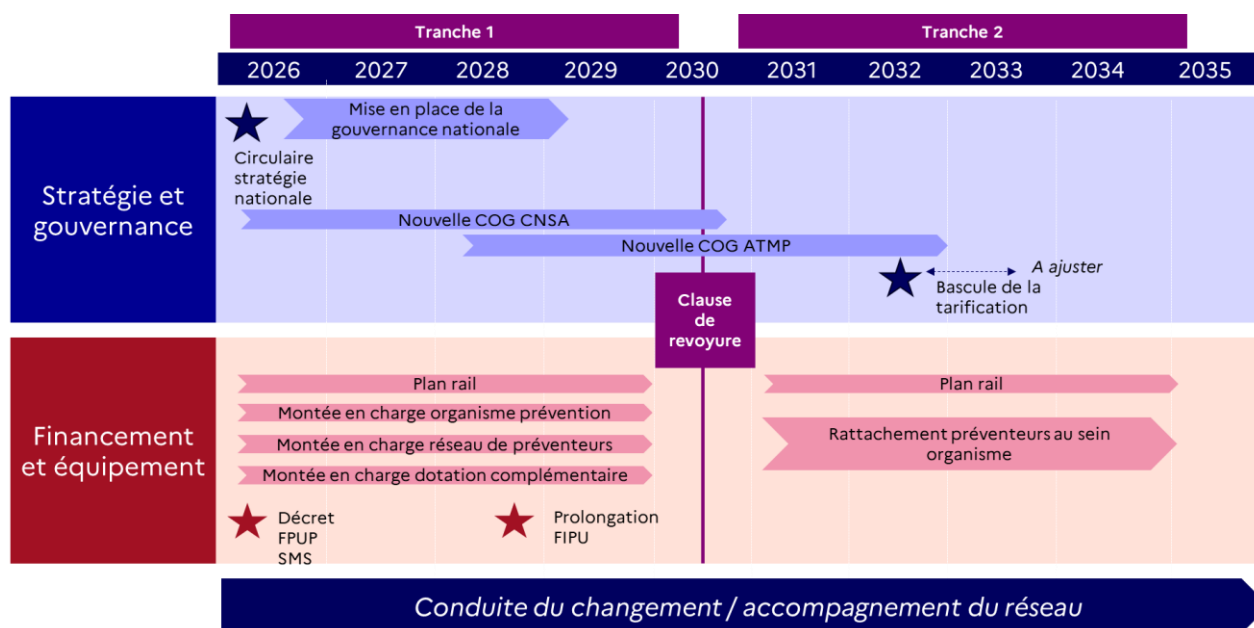
Recommandation n°16 Assurer la montée en charge des actions de formation continue obéissant à un référentiel ajusté en matière de soins de manutention, en incitant les branches à s'en saisir par un concours priorisé de la CNSA sur ces actions dans les conventions avec les OPCO.

5.3 Une chronique budgétaire en soutien de la stratégie, séquencée en deux tranches quinquennales et assortie d'une clause de revoyure

[281] Par ces recommandations et le financement associé à mobiliser, la mission propose une trajectoire d'accompagnement des établissements et services médicosociaux pour une transformation radicale de leur sinistralité. Une profonde conduite du changement est à assurer. L'objectif fixé de « zéro port de charge » est ambitieux mais il s'appuie sur des constats probants. Pour se traduire par une baisse de la sinistralité, ces recommandations forment un tout : si les investissements matériels sont nécessaires, ils ne seront pertinents qu'à la condition d'une formation professionnelle revue, d'un management transformé et d'une gouvernance renouvelée pour accompagner et suivre les progrès du secteur.

[282] Dès lors, le rapport dessine une stratégie globale et resserrée pour porter un plan exceptionnel de mobilisation pour le secteur sur une durée de dix ans, en s'appuyant sur les financements existants. La mission propose de séquencer ce plan autour de deux tranches quinquennales, avec une clause de revoyure intermédiaire. Celle-ci permettra de réaliser un bilan, d'ajuster les financements nécessaires à la deuxième tranche et de retenir une date de mise en œuvre relative au changement de tarification.

Graphique 11 : Le séquençage du déploiement du plan



Source : Mission

[283] Pour sa première tranche quinquennale, ce plan a vocation à s'appuyer sur les financements déjà existants. La mission a établi un chiffrage global sans rattacher précisément une recommandation à une ligne de financement pour trouver les voies de passage au montage d'ensemble.

Tableau 11 : La chronique budgétaire de la première tranche du plan de mobilisation relatif à la lutte contre la sinistralité dans le médico-social (en K€)

	Années	2026	2027	2028	2029	2030
Recommandations	OPP (4)	265	608	1 296	3 174	3 237
	Plan rail (6)	70 000	70 000	70 000	70 000	70 000
	Plan matériel / aide (8)	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
	Réseau de préventeur (9)	6 000	12 000	18 000	24 000	24 480
	Innovation organisationnelle et managériale (10)	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
	Amplification soutien domicile (12)	109 050	131 910	159 342	191 210	229 452
	Total A	235 315	264 518	298 638	338 384	377 170
Lignes mobilisables	Crédits ARS	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
	Crédits CNSA	1 200	1 200	1 200	1 200	1 200
	Subvention DRP	4 700	4 700	4 700	4 700	4 700
	CNRACL	1 300	1 300	1 300	1 300	1 300
	Fonds sinistralité ARS	25 000	25 000	25 000	25 000	25 000
	Dotation complémentaire	109 050	131 910	159 342	191 210	229 452
	Total B	176 250	199 110	226 542	258 410	296 652
	Besoin de financement (B-A)	-59 065	-65 408	-72 096	-79 974	-80 517
Lignes à activer	Réservation Fpup ESMS	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
	Réservation FIPU	30 000	30 000	30 000	30 000	30 000
	Total C	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
Complément	Reste à couvrir (B-A+C)	-	-5 408	-12 096	-19 974	-20 517
	Abondement					

Source : Traitement mission à partir de données déclaratives transmises par les administrations

[284] Il ressort de cette analyse un besoin de financement compris entre 60 et 80 millions d'euros par an d'ici à 2030. Pour le couvrir, la mission propose :

- Une réservation du Fpup-ESMS à hauteur de 30 M€ annuels ;
- Une réservation du Fipu à hauteur de 30 M€ annuels et sa prolongation sur les années 2029 et 2030, ainsi que pour la seconde tranche du plan ;
- Une contribution supplémentaire, non inscrite dans leurs trajectoires actuelles, comprise entre cinq et 20 M€ annuels, à ces deux fonds.

[285] La mission a conscience que la gouvernance paritaire de l'assurance maladie n'est pas favorable à établir des priorités sectorielles dans la mobilisation de ses crédits. Il s'agira donc de mettre en avant une priorité temporaire, préalable à l'alignement du secteur sur le droit commun de la tarification ATMP.

[286] Le plan exceptionnel est en lui-même porteur de gains de performance pour le secteur, à travers la baisse attendue, à moyen terme, de la sinistralité. Selon les données du tableau de bord de la performance, en 2023, 4,4 millions de journées avaient été perdues au titre de l'absentéisme

lié à la sinistralité, soit 20 000 ETP sur l'année ou 840 M€ de masse salariale (au coût moyen de 43 000 €). La projection d'une baisse de la sinistralité à horizon 2030, simulée selon plusieurs hypothèses (-50 %, -30 %, -20 %) laisse escompter des gains d'efficience compris entre 420 et 167 millions d'euros qui doivent constituer une cible pour le secteur.

[287] **Dans un secteur dont les coûts relèvent majoritairement de la masse salariale, la réduction de l'absentéisme est l'un des leviers majeurs de performance et d'optimisation.**

Tableau 12 : Simulation des gains d'optimisation liée à la baisse de la sinistralité dans le secteur de l'autonomie

	2023	2030 H1 *	2030 H2**	2030 H3***
Jours (en millions)	4,4	2,2	3,1	3,5
ETP	20 000	10 000	14 000	16 000
Masse salariale (M€)	840	420	589	673
Gains d'optimisation (M€)		420	251	167

Note : * H1 : sinistralité : - 50 %, ** H2 : sinistralité : - 30 %, *** H3 : sinistralité : - 20 %

Source : *Calculs mission*

Nadiège BAILLE

Sarah BARTOLI

Lucile OLIER

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Méthode
- Annexe 2 : Sinistralité et d'absentéisme dans le secteur médico-social : principales statistiques descriptives et éléments d'analyse
- Annexe 3 : QVCT
- Annexe 4 : Résultats détaillés de l'enquête ARS
- Annexe 5 : Monographies de démarches probantes

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinets ministériels

Cabinet de la ministre du Travail, de la santé, des solidarités et des familles de France

Marine PARDESSUS, conseillère filières, métiers et attractivité

Cabinet de la ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes, chargée des personnes en situation de handicap

Jordan CHALLIER, conseiller Santé, prévention et accès aux soins

Administrations centrales

Secrétariat général du ministère des affaires sociales (SGMAS)

Yann DEBOS, chef du pôle Santé/ARS

Nezha LEFTAH-MARIE, cheffe de projet Offre de soins médico-social, pôle santé/ ARS

Agnès GERBAUD, cheffe de projet Offre de soins, pôle santé/ARS

Nicolas JOUVE, chef de projet Pilotage du FIR, pôle santé/ARS

Adrien COURTOIS, responsable du Pilotage, pôle santé/ARS

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)

Benjamin VOISIN, chef de service

Jean-Robert JOURDAN, sous-directeur Professions sociales, emploi et territoires (SD4)

Carole BOURGEAUX, bureau des Emplois et de la politique salariale

Céline FOISELLE-DORNBUSCH, bureau des Emplois et de la politique salariale

Anne-Colline GOUBERT, SD4, chargée de mission Attractivité

Julien ROUX, Directeur de projet "Investissements Plan de relance européen" dans le cadre du "Ségur de la santé"

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Clotilde DURAND, cheffe de service, adjointe à la directrice générale

Romain BEGUE, sous-directeur des Ressources humaines du système de santé

Charles BOURDEAUD-HUY, chef de bureau, Dialogue social, politiques sociales et QVT

Nicolas DELMAS, chef de projet Attractivité

Mélanie MARQUER, adjointe au sous-directeur des Ressources humaines du système de santé

Direction générale du travail (DGT)

Nathalie VAYSSE, cheffe de service des Relations de travail, des conditions de travail et du département des affaires générales

Marie-Lise CARTON-ZITO, adjointe à la Sous-directrice des Conditions de travail de la santé et de la sécurité au travail

Léa COURANT, chargée de mission Prévention de l'usure professionnelle et maintien en emploi

Nadine LHUILLIER, chargée de mission Risques psychosociaux et qualité de vie au travail

Direction de la recherche, de l'économie, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Fabrice LENGART, directeur

Christelle MINODIER, cheffe de service

Layla RICROCH, sous-direction Observation de la solidarité, cheffe du bureau du Handicap et de la dépendance

Angélique BALAVOINE, sous-direction Observation de la solidarité, bureau du Handicap et de la dépendance, responsable du pôle Dépendance

Marie REY, sous-direction Observation de la solidarité, bureau du Handicap et de la dépendance, responsable du Dispositif des enquêtes Autonomie

Audrey FARGES, sous-direction Observation de la solidarité, bureau du Handicap et de la dépendance, chargée de l'Enquête ES-PH

Béatrice LE RHUN, sous-direction Observation de la solidarité, adjointe au chef du bureau des Collectivités locales

Constance MOREL-JEAN, sous-direction Observation de la solidarité, bureau des Collectivités locales

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)

Fabien GUGGEMOS, sous-directeur Salaires, travail et relations professionnelles

Elisabeth ALGAVA, sous-direction Salaires, travail et relations professionnelles, cheffe du département Conditions de travail et santé

Aude LAPINTE, sous-direction Salaires, travail et relations professionnelles, adjointe à la cheffe de département Conditions de travail et santé,

Pierre LEBLANC, sous-directeur Emploi et marché du travail

Bertrand MARC, sous-direction Emploi et marché du travail, chef du département Emploi

Caisses et opérateurs

Agence nationale d'amélioration pour la performance sanitaire et médico-sociale (Anap)

Matthieu GIRIER, directeur de la Performance des ressources humaines

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact)

Pascal AIREY, pilote sur les sujets QVCT

Françoise VERDIER, responsable Intervention en établissements en Occitanie

Fabrice CLOAREC, chef du projet Parcours managers pour la DGOS

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Caroline REVELIN, directrice de la direction de la Collecte des informations de gestion

Jonathan DHIF, contrôleur, direction de la Collecte des informations de gestion

Robin LOUVEL, statisticien, direction de la Demande, de l'accès, des traitements et analyses

Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam/risques professionnels)

Anne THIEBEAULD, directrice des Risques professionnels (DRP)

Julie BASTARD, DRP, cheffe du département prévention des Risques professionnels

Franck DE RABAUDY, DRP, chef du département de la Tarification des risques professionnels

Thierry BALANNEC, DRP, département Prévention des risques professionnels, responsable adjoint

Laure LE DOUCE, DRP, ingénieure conseil

Damien VERGE, directeur de la Stratégie, des études et des statistiques (DSES)

Gonzague DEBEUGNY, DSES, chef du département Etudes sur l'offre de soins

Nadine COLINOT, DSES, département Etudes sur l'offre de soins

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

Maëlig LE BAYON, directeur général

Hélène PAOLETTI, direction de l'Appui au pilotage de l'offre, directrice

Gauthier CARON- THIBAUT, responsable du pôle Prévention et appui à la transformation

Claire CHAUVET, chargée de mission QVCT

Lucie GENDROT, responsable de projet, pôle Investissement dans l'offre de demain

Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (CNRACL)

Jonathan BELCASTRO, directeur adjoint de la Gestion

Anaïs CALLOT, directrice préfiguratrice Santé

David FILIPPI, responsable du service Gestion des Fonds santé et prévention des risques

Bernard ORBILLOT, responsable du service Actifs, risques professionnels

Fédérations, associations, syndicats, branches professionnelles

CFDT Santé Sociaux

Sonia TESTUD, secrétaire fédérale

CGT – Union Fédérale de l'Action Sociale

Gérard BOISSIEU

Pascale GUINIEC

Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics (OPPBTP)

Paul DUPHIL, secrétaire général

Uniopss

Daniel GOLDBERG, président

Isabelle LEOMENT

OETH

Colette ALSAFRANA, présidente

Jean-Pierre MERCIER, président adjoint

Pierre-Marie LASBLEIS, directeur général

Presanse

Martial BRUN, directeur général

Corinne LETHEUX, médecin conseil

Personnalités qualifiées

Paul-Marie ATGER, membre de l'Igas

Dr Nicole BOHIC, membre de l'Igas

Virginie CAYRE, membre de l'Igas

Cloé CHAPELET, membre de l'Igas

Corinne CHERUBINI, membre de l'Igas

Noor-Yasmin DJATAOU, membre de l'Igas

Jean DEBEAUPUIS, membre de l'Igas,

Dr Julien EMMANUELLI, membre de l'Igas
Jean-Baptiste FROISSARD, secrétaire général du comité filière petite enfance
Laurent HABERT, membre de l'Igas
Mikaël HAUTCHAMP, membre de l'Igas
Frédéric LALOUE, membre de l'Igas
Denis LE BAYON, membre de l'Igas
Franck LE MORVAN, membre de l'Igas,
Clémence MARTY-CHASTAN, membre de l'Igas
Pierre RICORDEAU, membre de l'Igas
Jean-Philippe VINQUANT, président du HCFEA, membre de l'Igas

Chercheurs

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

Carole GAYET, département Expertise et Conseil Technique, secteur aide à la personne, experte

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Denis RAYNAUD, directeur

Cécile FOURNIER

Anne PENNEAU

Pascal LENGAGNE

Fédérations employeurs

Synerpa

Jean-Christophe AMARANTINIS, président

Marjorie LEHELLE, responsable du pôle Social

Fédération des Particuliers Employeurs (Fepem)

Véronique DUBEAU-VALADE, vice-présidente en charge de la Cohésion sociale et intergénérationnelle

Robin CLOEDT, responsable des Politiques sociales

Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (Fehap)

Sylvie AMZALEG, directrice de la direction des Relations du travail

Fédération Hospitalière de France (FHF)

Benjamin CANIARD, responsable du pôle Autonomie

Rodolphe SOULIE, responsable du pôle Ressources humaines hospitalières

Nexem

Stéphanie DUVERT, Directrice pôle Affaires sociales

Guillaume BOUCHERON, responsable Protection sociale et prévention

Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (Una)

Anne COUSIN, directrice Relations sociales et ressources humaines

Pour l'ADMR :

Laurence JACQUON, directrice générale adjointe,

Bernard HABERT, responsable juridique

Pour ADEDOM :

Hugues VIDOR, conseiller spécial du Président d'Adedom,

Cyrille TISSOT, juriste

Pour la FNAP :

Mérian BOUSSEBSI, secrétaire générale

Ida-Christelle MAKANDA, juriste

Opco

ANFH (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier)

Gilles MANCHON, président

Céline DUGAST, vice-présidente

Bertrand LONGUET, directeur général

Nasser IHAMOUCHE, directeur adjoint

Opco EP (opérateur de compétences des entreprises de proximité)

Fabien ROULLET, directeur des opérations

Geoffroy GOURCY, conseiller

Opco Cohésion sociale (Uniformation)

Yann VAN ACKER, directeur de l'appui aux branches professionnelles

Martine REBIERE, conseillère

Opco Santé

Rémy MAZZOCCHI, directeur général

Nelly IVANCHAK, directrice des relations institutionnelles branches et partenariat

Centre National de la Fonction Publique Territoriale

Belkacem MEHADDI, directeur général adjoint

Alexia ROUEZ

Groupes

Fondation Partage et vie

Olivier Gosset, directeur des Ressources humaines

Eric d'Alançon, directeur territorial Ile-de-France

Clariane

Sophie BOISSARD, directrice générale

Nadège PLOU, directrice des Ressources humaines

Eméis

Laurent GUILLOT, directeur général

Fanny BARBIER, directrice des Ressources humaines

Pierre KROLAK SALMON, directeur médical

Territoires

Auvergne- Rhône Alpes

ARS

Raphaël GLABI, directeur de l'Autonomie

Christine MARTIN, référente régionale Ressources humaines, direction de l'autonomie

Hauts-de-France

ARS

Charly CHEVALLEY, directeur Offre médicosociale

Suzanne DERNONCOURT, responsable service Handicap

Georgias GOUNARIS, responsable de l'Allocation de ressources et de la contractualisation

Aurore FOURDRAIN, cheffe de projet, service Pilotage médico-social du vieillissement

Stéphanie GRISEL, chargée de mission Planification

Eloïse LARVOR, conseillère technique

Carsat

Roxanne LE MEUR, Directrice adjointe – directrice de cabinet

Emmanuel DELCOURT, Ingénieur conseil référent Aide et soins à la personne

Christine DOLLÉ, Ingénieur conseil régional

Dreets

Guillaume PICOT, ingénieur de prévention

Papillons Blancs

Francisco MANANGA, directeur

Christelle LEMAITRE, ergonome

Stéphanie MAIRE, chargée de mission Ressources Humaines

Aline MORTELETTE, psychologue

Amélie CARREZ, assistante de direction

AHNAC

Eric BATCAVE, directeur du Pôle médico-social

Gaeëlle GRIBOVAL, directrice

Pierre MANDERVELO, formateur

Véronique DELPLANQUE, cadre formatrice

Annick PICOLLE, aide-soignante

Vivat (Groupement de Coopération Social et Médico-social), Lille

Arnold FAUQUETTE, directeur fondateur

Elodie DESCHAMPS, infirmière

Virginie HOUZE, auxiliaire de vie

Jessica SPECQ, responsable RH

Jessy DA SILVA, coach d'équipe

Laicse DE CILLIA, alternante RH

Asapad

Vincent Morel, directeur établissement

Ile-de-France

ARS

Solenne de ZELICOURT, direction de l'Autonomie, directrice adjointe

Ludivine BRUSSA, direction de l'Autonomie, chargée de mission Ressources humaines médico-sociales

Caisse régionale d'assurance maladie Ile-de-France (CRAMIF)

David CLAIR, directeur général

Vincent BRIOTET, *ingénieur conseil régional adjoint*

Stéphane DA SILVA, ingénieur conseil

Chantal MASSIP, contrôleur de sécurité

Emmanuel MARTEAU, ingénieur conseil

Jean-François HUBER, ingénieur conseil

Patricia PIETRANCOSTA, contrôleuse de sécurité

Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

Régis MOREAU, directeur général

Laurent ARNAUD, secrétaire général

Jean-Philippe SABATHÉ, responsable du département Prévention des risques professionnels, direction des Ressources humaines

Martine VANDENBROUCKE, ergonome, département Prévention des risques professionnels, direction des Ressources humaines

Cyrille BERTIN, coordonnateur prévention, département prévention des risques professionnels, direction des Ressources humaines

Fam Dourdan

Nastasia DA SILVA, directrice des Ressources humaines

Ingrid LAUDREN, directrice

Stéphane LE ROUX, kinésithérapeute

Nouvelle- Aquitaine (NA)

ARS

Benoît ELLEBOODE, directeur général

Véronique ROUSSEAU, directrice de cabinet

Karine TROUVAIN, directrice adjointe, cabinet

Julie DUTAUZIA, directrice de la Protection de la santé et de l'autonomie

Hassanat MARCHAND, conseillère technique régionale en soins, direction de l'Offre de soins

Mélina BACO, élève inspectrice de l'action sanitaire et sociale

Anact NA

Fabrice CLOAREC, chargé de mission

Maxime CESCOSSE, chargé de mission

Carsat

Hubert FRANCILLETTE, ingénieur conseil, pilote Programme grand âge

Jérôme JALOUNEIX, ingénieur conseil

Association PRADO

Eric JAUMET, chef de projet QVCT

Guylaine MANSON, directrice de pôle

Ehpad Village Terre-Nègre

Emmanuel CHIGNON, directeur

Benoît MANDRELLE, directeur des ressources humaines

Rémi HANEUSE, responsable rééducateurs

Mathilde LAILHEUGHE, ergothérapeute

Conseil Départemental des Landes

Raphaël BRETON, directeur général adjoint

Philippe LAPERLE, Directeur Autonomie

Sandrine LASSOUREILLE, chargée de mission Développement social

Delphine RUFFAT, directrice adjointe en charge des Personnes Agées

Cécile BINET, doctorante

Direction territoriale des Landes ARS

Damien SAINTE-CROIX, directeur adjoint

Centre Intercommunal d'Action Sociale du Marsan

Philippe MARY, directeur général

Audrey ALMENTEROS, infirmière de coordination et responsable SAAD du Marsan

Isabelle AUBINE, responsable santé prévention

Marie-Noëlle COLIN, auxiliaire de vie sociale, assistante de prévention

Florence ESCROIGNARD, responsable qualité Pôle domicile

Amandine LAMON, directrice adjointe du CIAS

Anne TARTAS, référente accompagnement et formation, SAAD

Centre Intercommunal d'Action Sociale Bastide d'Armagnac

Sophie DANTAS, aide à domicile, agent volant et groupe handicap

Estelle DAME, responsable secteur

Pascale GIACOMIN, responsable des ressources humaines

Chrystèle RABE, directrice

Philippe LAMARQUE, vice-président du CIAS, président de l'UDCCAS

Estelle VALLET, assistante de prévention, aide à domicile

Organismes étrangers

Eurogip

Marie-Amélie BUFFET, chargée de projets européens en Santé et sécurité au travail

Virginie PLUOT, chargée d'Etudes documentaires

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales du Québec (ASSTSAS)

Pascal TANGUAY, directeur général

Julie BLEAU, directrice générale adjointe

LETTRE DE MISSION

Le Ministre

Paris, le 03 DEC, 2024

Nos Réf. : CAB SAE - Pégase n° A-24-043404

Le Ministre

à

Monsieur Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection générale des affaires
sociales

Objet : mission d'évaluation relative à l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail dans les métiers du social et du médico-social.

Les difficultés de recrutement dans les métiers du secteur médico-social conduisent à des tensions de recrutement pesant sur l'offre et sur la qualité de service. Cette problématique revêt une dimension de long terme en ce sens que les besoins en matière de dépendance, de handicap et d'accompagnement sont appelés à s'amplifier.

La qualité de vie et des conditions de travail est un facteur majeur dans l'attractivité des professions sociales et médico-sociales. La QCVT revêt plusieurs dimensions : contenu du travail, cycles, santé au travail, employabilité et développement professionnel continu, performance et management, relations de travail et climat social, stratégie « diversité » et inclusion. La loi du 2 août 2021 a adjoint le concept de conditions de travail à celui de QVT pour intégrer le terme de « qualité de vie et des conditions de travail » dans le code du travail.

Le secteur connaît également une sinistralité très élevée, notamment dans les établissements et services destinés aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

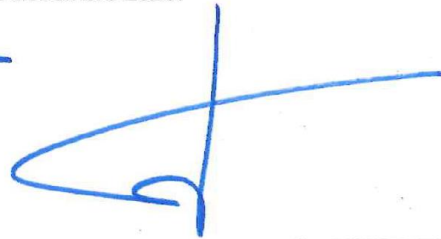
L'amélioration de la QVCT permet de prévenir l'usure professionnelle, de fidéliser les personnes et d'améliorer la performance sans dégrader la qualité et la sécurité des services. L'ensemble de ces facteurs contribue à rendre attractifs des métiers par ailleurs confrontés à de nombreux exosomes, facteurs de pénibilité reconnus.

Il est attendu que l'IGAS diligente une mission visant à identifier l'ensemble des leviers réglementaires, financiers et de gouvernance permettant de contribuer à cet objectif. Il est particulièrement attendu de la mission qu'elle puisse :

- Identifier les leviers de nature à renforcer le taux de recours aux actions de prévention et aides prévues par la branche ATMP ;
- Identifier les leviers de nature à favoriser un programme de réduction de la sinistralité tant sur le champ public que sur le champ privé et à prioriser ce programme vers les secteurs et employeurs présentant la plus forte sinistralité ;
- Identifier les leviers de nature à construire un programme national de prévention massif adapté pour le secteur de l'aide à domicile ;
- Identifier les leviers de nature à renforcer la coordination des initiatives existantes, tant dans le champ de la prévention que des soins, à l'échelle nationale et territoriale afin d'en améliorer la pertinence, l'efficacité et l'accès ;
- Identifier les innovations et bonnes pratiques managériales, de ressources humaines et organisationnelles permettant l'amélioration de la QVT et des conditions de travail dans les métiers du secteur social et médico-social. Compte tenu des facteurs d'exposition des professionnels concernés, en particulier le port de charges lourdes et la répétition des gestes, la charge émotionnelle et mentale, les horaires atypiques et le travail nocturne ainsi que les violences sous toutes leurs formes, une attention particulière sera portée en priorité aux bonnes pratiques concernant la prévention de la sinistralité sur ces sujets, au regard de leur impact concret sur des troubles de santé physique ou mentale pouvant se chroniciser à moyen et long terme.

Les démarches exemplaires recensées en France, à l'étranger, dans le secteur social et médico-social pourront utilement éclairer le contenu du rapport, souhaité pour le mois de décembre 2025.

Bien cordialement



Paul CHRISTOPHE