



JOURNÉE D'ÉTUDE CONSACRÉE AUX EHPAD :
Temps d'échanges et de réflexions autour des enjeux
actuels des EHPAD publics et privés

Le lundi 9 mars 2026

À

L' Union Locale CGT de NANTERRE

SOMMAIRE

1. Préambule « EHPAD dans le 92 : vers la mise en place d'une stratégie du vrai bien vieillir ? »
2. Future loi « Grand Âge » : droit à l'autonomie et au handicap
3. Situation des EHPAD dans le département des Hauts-de-Seine
4. "La santé des établissements publics et privés frôle l'illégalité"
5. AES en EHPAD : l'injustice silencieuse
6. Résultat de l'enquête relative aux agents en catégorie C ;
7. La Chesnaye : chronique d'un naufrage humain au cœur d'un EHPAD public.
8. Conclusion
9. Remerciements

01 - EHPAD 92 : « vers la mise en place d'une stratégie du vrai « bien vieillir » ?

Soignante en EHPAD¹, je constate quotidiennement l'écart grandissant entre les discours sur le « bien vieillir » et la réalité vécue par les résident.es comme par les professionnel.les.

Les EHPAD, un pilier essentiel de l'accompagnement du grand âge, traversent aujourd'hui une crise profonde, révélatrice des limites des récentes politiques publiques et de leur incapacité à apporter des solutions pérennes.

La loi dite du « bien vieillir », adoptée en 2024, affichait l'ambition d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées et de sécuriser l'avenir des établissements.

Sur le terrain, ses effets restent largement insuffisants. Les difficultés sont structurelles : sous-effectifs chroniques, manque de personnels qualifiés, conditions de travail éprouvantes et fragilisation financière des établissements, qu'ils soient publics ou privés.

Dans les Hauts-de-Seine, la situation est particulièrement alarmante. Grèves et mobilisations se multiplient dans plusieurs EHPAD, portées par des équipes à bout, confrontées à des rythmes intenable, à un management parfois agressif et à un turnover permanent qui désorganise les soins. Selon une enquête de l'Union Syndicale Départementale CGT Santé 92, plus d'un tiers des salarié.es ont déjà subi un accident du travail. Beaucoup souffrent de troubles physiques et psychiques liés au stress, au port de charges, au manque de prévention et à l'intensification constante du travail.

À cela s'ajoutent des inégalités de traitement persistantes, entre établissements, entre statuts, et souvent au détriment des métiers les plus féminisés. Les soignant.es, aides-soignant.es, agents de service, infirmier.ières, les AES (Accompagnant-es Éducatif-ves et Sociaux·les) jouent un rôle central dans la qualité de vie des résident.es.

Ces métiers du soin et du lien sont essentiels au quotidien : ils assurent l'accompagnement dans les gestes de la vie courante, le maintien de l'autonomie, le soutien relationnel et une présence précieuse auprès des familles. Toutefois, ils ne bénéficient pas tous du même niveau de rémunération ni de la même reconnaissance, notamment en ce qui concerne la pénibilité du travail. Alors que les responsabilités exercées et l'engagement requis sont considérables, les écarts de traitement et la faible valorisation salariale de certains professionnels demeurent difficilement justifiables.

¹ Malika Belarbi , Aide-soignante en Ehpad

La santé des personnels des EHPAD devient une urgence en soi. Troubles musculo-squelettiques, épuisement professionnel, anxiété, sentiment de perte de sens : l'usure est massive. Quand les corps et les esprits lâchent, les solutions proposées sont trop souvent inexistantes. Reclassements impossibles, temps partiels contraints, départs anticipés : on use les professionnel·les jusqu'à la rupture.

Ces difficultés touchent aussi bien le public que le privé, preuve que le modèle économique actuel ne garantit ni la qualité des soins, ni la santé de celles et ceux qui les prodiguent. On ne peut pas parler de « bien vieillir » quand les soignant·es travaillent dans l'urgence permanente, la fatigue et la peur de mal faire faute de temps.

L'enjeu dépasse largement les murs des établissements. Le vieillissement de la population est un défi démographique majeur. D'ici 2030, la part des plus de 75 ans va fortement augmenter. Sans anticipation sérieuse, les tensions actuelles ne feront que s'aggraver : pénurie de personnels, fermetures de lits, renoncements à l'accompagnement, inégalités territoriales accrues.

La grande réforme annoncée du « Grand Âge » devait répondre à ces défis structurels. Or, la loi Grand Âge, promise de longue date, a été repoussée à plusieurs reprises. La démission de Charlotte Parmentier-Lecocq, alors ministre chargée du Grand Âge, qui devait présenter le 12 février ses 18 propositions pour le secteur, a renforcé le sentiment d'instabilité politique autour de ce dossier pourtant crucial.

Ces reports successifs et ces changements à la tête du ministère ont nourri un profond sentiment d'abandon sur le terrain, chez les professionnel·les, les résidents-es comme chez les familles, faute de cap clair et de calendrier législatif solide.

Sans loi de programmation ambitieuse, dotée de financements pluriannuels garantis, les EHPAD restent soumis à des ajustements budgétaires annuels insuffisants et à une logique comptable incompatible avec les besoins humains.

La question des EHPAD privés lucratifs doit également être posée avec clarté. Lorsque la recherche de rentabilité prime, le risque est grand de voir les établissements devenir des « morsures grises » du capitalisme : réduction des effectifs, pression sur les coûts, standardisation des prises en charge. Le scandale révélé autour du groupe ORPEA a montré

combien l'opacité financière et la logique actionnariale peuvent entrer en contradiction avec la mission d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

Le secteur a besoin d'une vision stratégique : ratios d'encadrement opposables, revalorisation salariale pérenne, reconnaissance pleine et entière des métiers du lien et du soin notamment des AES et des personnels de catégorie C, soutien renforcé aux établissements publics en difficulté, contrôle strict de l'utilisation des fonds publics dans le privé lucratif, développement de la prévention et du maintien à domicile en complémentarité avec l'hébergement.

Investir dans les EHPAD n'est pas une dépense superflue : c'est un choix de société. C'est reconnaître que la dépendance n'est pas une variable d'ajustement budgétaire. C'est affirmer que le respect de nos aîné·es passe par le respect de celles et ceux qui les accompagnent.

Le « bien vieillir » ne peut rester un slogan. Il suppose des moyens, de la stabilité politique, une loi structurante sur le Grand Âge et une véritable reconnaissance des métiers du soin et du lien.

C'est pourquoi organiser une journée de témoignages et d'échanges sur la réalité des EHPAD est essentiel. Donner la parole aux professionnel·les, confronter les points de vue, partager les résultats des enquêtes de terrain et les expériences vécues permettrait de mieux comprendre les difficultés et de construire des solutions concrètes et durables.

Faire du « bien vieillir » une réalité exige un engagement clair et durable de l'État, des départements et des employeurs. Car une société qui protège réellement ses aîné·es est une société qui protège aussi celles et ceux qui prennent soin d'eux, chaque jour, souvent dans l'ombre.



Note à usage militant

FUTURE LOI «GRAND ÂGE»

DROIT A L'AUTONOMIE ET AU HANDICAP

Daniel BLACHE, le 1^{er} février 2026

Mme Charlotte PARMENTIER-LECOQ, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, a annoncé le lancement d'un plan pour le grand âge qui sera présenté le 12 février. Il devrait comporter 18 engagements sous intitulé « *un plan 2026-2030 pour répondre aux besoins des seniors d'aujourd'hui* » et d'une deuxième partie baptisée « *un plan pour préparer la France à la transition démographique à l'horizon 2050* ».

Les 18 engagements sont classés en 3 chapitres :

- « *vieillir en société* » doit intégrer les seniors « *au cœur des territoires* », de « *mieux connaître et mesurer l'âgisme pour lutter efficacement contre les discriminations liées à l'âge* » et de « *transformer le regard porté sur le grand âge* », de « *créer des ponts entre les générations* », « *d'encourager l'engagement citoyen des seniors* » et enfin « *d'intensifier la lutte contre l'isolement des seniors* ».

Sur tous ces sujets, de nombreux travaux ont déjà été lancés ces dernières années. La lutte contre l'isolement par exemple, a fait l'objet d'un rapport et de mesures en 2020. De plus, la loi « *bien vieillir* » autorise désormais l'extension de l'utilisation des registres nominatifs « *canicule* » tenus par les maires, à la lutte contre l'isolement social, en y intégrant les données relatives aux bénéficiaires de l'A.P.A.

- « *vieillir en bonne santé* » avec 5 engagements :
 - faire de la prévention le levier central du maintien de l'autonomie,
 - améliorer les parcours de soins des seniors dans les territoires,
 - adapter l'hôpital aux parcours de soins des personnes âgées,
 - agir face aux maladies neurodégénératives,
 - agir en faveur de la santé mentale des seniors.

Là encore, certains de ces sujets ne sont pas nouveaux. Sur le parcours de soins des personnes âgées à l'hôpital, l'ancienne ministre des solidarités et de la santé, Agnès BUZYN, avait également érigé cette priorité dans sa feuille de route en 2018, avec le souhait de faciliter les sorties d'hospitalisation et de

renforcer les effectifs des équipes mobiles de gériatrie.

- « *vieillir accompagné* » avec 7 engagements :
 - permettre aux seniors de vieillir chez eux,
 - faire de l’habitat partagé une des solutions de demain,
 - transformer les EHPAD par la qualité,
 - faire des métiers du grand âge des métiers d’avenir, au service d’un accompagnement de qualité,
 - mettre la silver économie et l’innovation au service du bien vieillir et d’un accompagnement amélioré,
 - soutenir les proches aidants,
 - répondre aux besoins des personnes handicapées vieillissantes.

Au sujet de la prospective, le ministère prévoit d’abord le lancement d’un chantier de programmation nationale à partir de diagnostics territoriaux.

Sont attendus des travaux menés par les ARS et les Conseils Départementaux sur les besoins à l’horizon 2050 par département.

Un groupe de travail sur « *l’EHPAD de demain* » sera lancé également au 1^{er} semestre 2026.

Un autre groupe de travail sera également lancé sur « *bien vieillir à domicile* » avec notamment la question « *comment réussir le virage domiciliaire* ».

Enfin, un 3^{ème} groupe portera sur « *vieillir en bonne santé* » où doit être abordé notamment le rôle donné à la prévention.

Ces chantiers ont vocation à enrichir certains volets du plan 2026-2030. Le volet prospectif du plan prévoit aussi la saisine du Haut Commissariat à la Stratégie et au Plan pour définir les conditions de la soutenabilité financière à l’horizon 2050.

La ministre a émis le souhait de poser des jalons pour préparer les débats de la campagne présidentielle de 2027, notamment sur les questions financières, de simplification et de programmation.

Enfin, le ministère précise que son plan sera doté d’une gouvernance adaptée avec un comité de suivi national et un rôle de planificateur confié au SPDA (Service Public départemental de l’Autonomie), pour décliner le plan dans les territoires.

Au niveau de la CGT,
nous estimons que ce plan grand âge, que nous attendions depuis 2018
et les promesses du président Macron,
n'est qu'un plan pavé de bonnes intentions sans s'attaquer aux causes profondes
des difficultés rencontrées soit dans les EHPAD, soit dans les services d'aide à domicile.
Tout d'abord le financement nécessaire pour répondre aux besoins,
soit 10 à 15 Mds €/an, n'est pas abordé.
Pas plus que la mise en place d'un grand service public national de l'autonomie
prenant en compte la situation des EHPAD et des services d'aide à domicile.
Enfin, notre proposition fondamentale de mettre le droit à l'autonomie et au handicap
dans la branche maladie de la Sécurité Sociale n'est même pas évoquée.

Depuis le 30 juin 2004, la CNSA est devenue le gestionnaire de la nouvelle branche autonomie instaurée par la loi du 7 août 2020 et la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021.

La cour des comptes a publié un rapport en mai 2015, notant les leviers insuffisants dont dispose aujourd'hui la caisse pour faire face aux enjeux à venir du vieillissement de la population, avec l'entrée dans le grand âge des générations de l'après-guerre.

Tableau n° 1 : les principaux chiffres relatifs aux charges et produits de la CNSA
(dont les comptes s'identifient à ceux de la branche autonomie)

<i>Charges</i>	<i>Produits</i>
42,6 Mds € (LFSS 2025) dont :	41,9 Mds € (LFSS 2025) dont :
* 78% (33,3 Mds €) pour le financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS), dont 17,6 Mds € pour les personnes âgées et 15,7 Mds € pour les personnes en situation de handicap * 18% (17,7 Mds) pour le co-financement avec les départements de prestations individuelles : l'allocation personnalisée d'autonomie (APA et la prestation de compensation du handicap (PCH), et le financement d'autres prestations comme l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou l'allocation journalière du proche aidant (AJPA)	* 37,3 Mds € de contribution sociale généralisée (CSG) * 2,5 Mds € de contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), 1 Md € de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) * 0,9 Mds € de taxe sur les salaires

Source : Cour des Comptes

En effet, si la CNSA est ainsi passée du statut d'Etablissement public de l'état à celui d'une caisse

nationale de Sécurité Sociale, elle ne dispose pas, au contraire des autres caisses nationales (Assurance Maladie, Assurance Vieillesse et Allocations Familiales) d'un réseau de caisses locales.

L'objectif de dépenses de la branche autonomie a été fixé à 43,6 Mds € par la LFSS 2026.

Elle a réuni et a vocation à coordonner un grand nombre d'acteurs dont le périmètre dépasse celui de la Sécurité Sociale, comprenant notamment les départements (collectivités territoriales autonomes) et les structures qui leur sont rattachées, notamment la MDPH (maison départementale des personnes handicapées).

La cour des comptes stipule que son organisation et sa gouvernance doivent se rapprocher de celles des autres caisses nationales du régime général, ce qui milite dans le sens de ce que porte la CGT : intégrer la branche autonomie dans la Sécurité Sociale, au travers de la branche maladie.

De nombreux éléments évoqués dans le dernier rapport à la cour des comptes du 5 novembre militent dans ce sens :

La CNSA a vu ses moyens presque doublés en 5 ans (213 ETP prévus en 2006 contre 125 en 2021) bien qu'ils restent très réduits au regard de ceux des autres caisses nationales de Sécurité Sociale.

En outre, cet accroissement des effectifs n'a pas été accompagné d'un transfert de moyens attribués aux branches du régime général au titre de la gestion du risque de perte d'autonomie, alors même que depuis 2021, la CNSA a eu en charge cette nouvelle mission, ainsi que celle de garantie d'équilibre financier de la branche.

La situation financière de la caisse, sans être critique, pâtit d'un dynamisme de ses dépenses supérieur à celui de ses recettes, situation constatée depuis 2021 (à l'exception d'un transfert de CSG prévu dès 2020 pour être réalisé en 2024). voir tableau ci-dessus.

La trajectoire financière prévue pour le LFSS 2026 affiche un déficit récurrent de 1,7 Mds €/an de 2026 à 2029.

La vision globale du financement de l'offre par la caisse doit être renforcée et consolidée.

La CNSA connaît une forte externalisation des missions et des achats qui appelle un renforcement du pilotage qui serait forcément mieux réalisée si elle était insérée dans la branche maladie de la Sécurité Sociale.

Enfin, les multiples systèmes d'information pilotés par la CNSA présentent des risques importants, qui soulignent les fragilités de la branche et appellent une reprise en main.

Malgré un budget informatique en forte progression, la dépendance aux prestataires externes persiste. L'environnement technique des projets présente d'importantes faiblesses, et la CNSA rencontre des difficultés pour conduire des projets de grande ampleur qui impliquent de multiples acteurs (notamment les départements et les MDPH).

Enfin les enjeux de sécurité doivent impérativement être mieux pris en compte.

Tous ces éléments évoqués ci-dessus font l'objet d'observations de la cour des comptes dans le document :

« la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : des fragilités préoccupantes, une consolidation nécessaire » délibéré le 5 novembre 2025.

Ils font la démonstration que la CNSA ne dispose pas des moyens nécessaires à sa subsistance en tant que caisse autonome en dehors de la Sécurité Sociale et milite pour son intégration dans la branche maladie de la Sécurité Sociale.

--

De même, l'absence de réseau de caisses locales dédiées à l'autonomie - alors que cette caisse est chargée d'assurer le financement d'un grand nombre d'acteurs territoriaux - est handicapant alors que les branches de la Sécurité Sociale (maladie, vieillesse, famille) disposent d'un tel réseau.

Les dotations aux établissements et services, au titre des dépenses prises en charge par la branche autonomie, sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour le compte de la branche maladie.

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément éventuel sont servis et contrôlés par les organismes en charge des prestations familiales (CAF et MSA) pour le compte de la CNSA et contre remboursement.

C'est le cas également de l'allocation journalière de proche-aidant.

Pour encadrer les modalités de cette organisation et lui permettre de retracer dans ses comptes les opérations dont elle n'assume pas la gestion, la CNSA a signé depuis sa création des conventions avec la CNAM et la CNAF, qui assurent pour son compte le versement de prestations et dotations.

Pour autant, ces conventions ne sont pas suffisamment précises et pas complètement mises en œuvre, ainsi que l'a observé la cour des comptes, à l'occasion notamment de l'exercice de clarification des comptes de la CNSA.

Une piste d'évolution naturelle serait de renforcer le suivi et le contenu de ces conventions en détaillant les chantiers communs.

La Direction de la Sécurité Sociale pourrait aussi faire, du conventionnement avec la CNSA, un objectif explicite des directeurs des caisses nationales, ou de l'intégrer dans la COG.

La CNSA pourrait également signer une convention avec la CNAV, pour coordonner leurs interventions respectives en matière de prévention de la perte d'autonomie des plus âgés.

Sur un plan financier, la CNSA bénéficie de recettes propres, notamment de CSG, dont la progression est moins rapide que celle de ses charges.

A l'exception de l'exercice 2024, où la CNSA a bénéficié d'un transfert en provenant de la CADES de 0,15 point de CSG (soit 2,6 Mds de recettes supplémentaires) prévu par la loi du 7 août 2020 créant la branche autonomie, les charges totales de la CNSA ont progressé plus rapidement que ses recettes et, dès 2025, le déficit devient structurel.

Un compte de résultat est présenté en annexe.

En 2024, le total des charges de la CNSA (40,8 Mds) a progressé de 6,3% par rapport à 2023 alors que, sans l'apport de 0,15 point de CSG, les recettes n'auraient progressé que de 4,5%.

Selon les prévisions annexées à la LFSS 2026, les charges totales de la CNSA progresseraient entre 2025 et 2029 de 3,8%/an en moyenne.

Cette note non exhaustive doit permettre d'appréhender le débat sur la future loi grand âge avec des arguments pour gagner notre revendication d'intégrer la branche autonomie dans la branche maladie de la Sécurité Sociale.

La perte d'autonomie est indissociable d'une approche globale de la santé.

Et la création d'une nouvelle branche opère une séparation radicale de la santé et de la perte d'autonomie.

La perte d'autonomie doit être traitée de manière globale et non ségrégative pour le vieillissement.

Elle nécessite une vraie politique publique articulant **prévention, dépistage et prise en charge solidaire avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie.**

Voir schéma ci-joint.

Le financement actuel de la branche autonomie est assuré en grande partie (90%) par la CSG.

Il va de soi que, dans le cadre d'un tel financement et vu qu'il y aura de plus en plus de personnes en perte d'autonomie à l'avenir demandant des moyens supplémentaires, nous allons au-devant d'augmentations, soit de la CSG, soit de la CASA (déjà envisagé lors de la préparation de la LFSS 2025 et 2026), soit d'autres mesures fiscales.

POUR UN DROIT A L'AUTONOMIE DANS LE CADRE DE LA BRANCHE

MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE

Architecture de la Sécurité Sociale

Branche assurance maladie CNAMTS	Branche vieillesse	Branche famille	ACOSS	Branche autonomie
Maladie Maternité Invalidité Décès Commission AIMP ↑	CNAV	CNAF	Les recettes de la banque	Branche supplémentaire décidée par le gouvern ↑ ement
Droit à l'autonomie				
Proposition CGT				Cela isolerait cette branche des autres pour permettre aux assurances privées de couvrir ce risque, ce que nous récusons.

DES FRAGILITES PREOCCUPANTES, UNE CONSOLIDATION NECESSAIRE

Annexe. Compte de résultat simplifié (2021-2024)

CHARGES (en M€)	2021	2022	2023	2024	2024/2021
<i>Prestations légales</i>	27 630	29 925	31 449	32 896	19%
<i>Financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS)</i>	26 396	28 572	29 974	31 292	19%
<i>Dont établissements pour personnes en situation de handicap</i>	12 376	13 789	14 615	15 159	22%
<i>Dont établissements pour personnes âgées</i>	14 020	14 783	15 359	16 133	15%
<i>Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)</i>	1 225	1 343	1 464	1 591	30%
<i>Allocation journalière du proche aidant (AJPA)</i>	9	10	11	13	44%
<i>Transferts, subventions et contributions</i>	4 750	5 035	5 779	6 845	44%
<i>Concours aux départements allocation personnalisée d'autonomie (APA)</i>	2 895	2 639	2 760	3 102	7%
<i>Concours aux départements prestation de compensation du handicap (PCH)</i>	719	885	917	947	32%

<i>Dont autres concours aux départements</i>	286	631	906	1 116	290 %
<i>Dont subventions</i>	245	347	445	600	145 %
<i>Dont fonds d'intervention régional (y.c. fonds d'urgence en 2023)</i>	179	173	281	177	-1%
<i>Dont plan d'aide à l'investissement (PAI) immobilier et numérique</i>	421	355	326	222	-47%
<i>Dont transferts au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et de l'assurance vieillesse des aidants (AVA)</i>	-	-	140	438	n.s.
<i>Dont autres transferts, subventions et contributions (*)</i>	5	5	5	242	n.s.
<i>Autres charges techniques</i>	1 187	1 092	937	826	-30%
<i>TOTAL CHARGES DE GESTION TECHNIQUE</i>	33 567	36 052	38 165	40 567	21%
<i>Charges de gestion courante</i>	141	158	184	203	44%
<i>Charges financières</i>	1	4	6	13	n.s.
<i>TOTAL CHARGES</i>	33 709	36 214	38 355	40 783	21%
<i>évolution n/n-1</i>	n.s.	7,4%	5,9%	6,3%	
<i>PRODUITS (en M€)</i>	2021	2022	2023	2024	2024/2021
<i>Cotisations, impôts et produits affectés</i>	32 538	35 047	36 720	40 971	26%
<i>Cotisations prises en charge par l'Etat</i>	92	45	38	38	-59%
<i>Contribution sociale généralisée</i>	28 963	31 157	32 596	36 574	26%
<i>Taxe sur les salaires</i>	586	745	770	886	51%
<i>Contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA)</i>	2 114	2 262	2 369	2 468	17%
<i>Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)</i>	783	770	873	913	17%
<i>Autres cotisations, impôts et taxes affectés</i>	0	68	74	92	n.s.
<i>Autres produits techniques</i>	1 420	1 406	1 025	1 046	-26%
<i>TOTAL PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE</i>	33 958	36 453	37 745	42 017	24%
<i>Autres produits</i>	5	1	35	55	n.s.
<i>TOTAL PRODUITS</i>	33 963	36 454	37 780	42 072	24%
<i>évolution n/n-1</i>	n.s.	7,3%	3,6%	11,4%	
<i>RESULTAT</i>	254	240	-575	1 289	

(*) : dont en 2024, 237 M€ au titre de la compensation des allègements généraux de cotisations de l'Unédic (cf sur ce sujet rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2025, chapitre I).

Source : comptes CNSA

03 - Situation des EHPAD dans le département des Hauts-de-Seine (92)

Le département des Hauts-de-Seine se caractérise par une offre d' EHPAD largement dominée par le secteur privé lucratif, dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des besoins en prise en charge de la dépendance. Une offre majoritairement privée et lucrative.

À fin juin 2022, le département compte 108 EHPAD, représentant 10 308 lits et 193 places.

La répartition des établissements montre une prépondérance très nette du privé lucratif : 53 % des établissements sont des EHPAD privés à but lucratif, concentrant 5 445 lits.

Les EHPAD publics ne représentent que 21 % des structures (18 établissements, 2 221 lits).

Les EHPAD privés non lucratifs restent minoritaires (26 % des structures).

Cette situation est plus marquée qu'au niveau national, où la part du privé lucratif est nettement inférieure. Dans les Hauts-de-Seine, certains grands groupes commerciaux (DomusVi, ORPEA, KORIAN) occupent une place centrale dans l'offre.

Évolution notable : le poids du privé lucratif s'est renforcé au fil des années, alors même que les capacités du secteur public progressent peu.

Des capacités d'accueil sous tension face aux besoins croissants

Le nombre de lits et de places en EHPAD reste insuffisant au regard de l'évolution démographique :

Les besoins augmentent avec le vieillissement de la population.

Les disparités territoriales sont fortes : l'Île-de-France reste moins bien équipée que d'autres régions.

Le département des Hauts-de-Seine affiche 97,8 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, un niveau en dessous des besoins estimés.

Tendance d'évolution : malgré une légère progression de l'offre, celle-ci ne suit pas le rythme de l'augmentation de la dépendance, notamment pour les personnes âgées très dépendantes (GIR lourds).

Un écart tarifaire très important selon le statut des EHPAD

Les différences de statuts entraînent des écarts de prix très marqués, en constante augmentation : Prix médian mensuel d'hébergement dans le 92 : 3 264 €

Public : 2 456 €

Privé non lucratif : 2 861 €

Privé lucratif : 3 611 €

Les tarifs du privé lucratif peuvent être jusqu'à 65 % plus élevés que ceux du public.

Évolution : depuis 2015, les tarifs ont augmenté en moyenne de 5 %, renforçant les inégalités d'accès à l'hébergement pour les personnes âgées et leurs familles.

Portée aux nues pendant des années, présentée comme un modèle de réussite sur un marché jugé porteur et prometteur, la « silver economy » s'est longtemps imposée comme un secteur intouchable. Derrière ce terme flatteur, censé remplacer celui jugé moins valorisant de « marché des personnes âgées », se cachait pourtant une réalité bien plus sombre.

Lorsque des journalistes ont commencé à enquêter sur les pratiques internes de certains groupes, notamment dans les EHPAD privés lucratifs, ils ont mis au jour des dérives graves, connues de longue date par de nombreux acteurs mais restées impunies. La logique de rentabilité poussée à l'extrême s'est traduite par des restrictions inacceptables : rationnement de produits essentiels, conditions de travail dégradées pour les salariés, et atteintes répétées à la dignité des résidents.

Le groupe ORPEA illustre de manière emblématique cette dérive. Malgré son envergure internationale, l'entreprise s'est révélée être un colosse aux pieds d'argile, étranglé par une dette monumentale estimée à 9,55 milliards d'euros. L'annonce, le 15 novembre 2024, d'un plan de restructuration, d'une ampleur inédite, n'a pas rassuré les marchés : le cours de l'action a continué de chuter, passant sous les 7 euros, soit une baisse de plus de 90 % depuis le début du scandale dit « des fossoyeurs ».

Cet effondrement met en lumière les ravages de l'appât du gain et les responsabilités de dirigeants ayant oublié la finalité même de leur métier : prendre soin des personnes âgées. L'exemple d' ORPEA démontre qu'un groupe présenté comme solide peut s'effondrer très rapidement lorsque la logique financière prend le pas sur l'éthique et l'humain.

Dans ce contexte, la morale capitaliste se révèle implacable : après les pensionnaires et les salariés, ce sont également les actionnaires qui subissent les conséquences d'une gestion défailante. Il n'est ni acceptable de privatiser les profits ni de socialiser les pertes. L'État n'a pas vocation à compenser des choix guidés par la seule rentabilité, mais bien à mettre un terme aux dérives marchandes dans le secteur de la santé et du médico-social.

Malgré l'incertitude pesant sur l'avenir du groupe ORPEA, la filiale EHPAD a dû organiser de nouvelles élections professionnelles, suite à l'annulation pour fraude obtenue par notre organisation le 12 septembre 2022. Le premier tour s'est tenu le 9 mars 2023. Elle concernait 228 établissements, représentant 12.364 salariés, répartis sur 82 départements. Le rapport de force, étant du côté de notre organisation; a permis d'avoir un protocole accord électoral de haut niveau. Dix CSE régionaux ont été mis en place, pour un total de 187 élus titulaires, représentant 4.410 heures de délégation mensuelles. Un CSE central de 14 membres est également prévu, accompagné de commissions CSSCT au niveau régional et central, ainsi que de représentants syndicaux régionaux et nationaux.

Après l'annulation des élections professionnelles en septembre 2022 et la tenue de nouvelles élections en mars 2023, la CGT a enfin obtenu sa première place d'organisation syndicale au sein du groupe EMEIS (ex-ORPEA). Avec 42% de représentativité pour la CGT, nous finissons première OS alors qu'au scrutin précédent nous finissons 3ème OS avec 19% de représentativité et un seul CSE pour l'ensemble des établissements et 5 élus titulaires pour la CGT.

C'est le fruit d'un travail acharné et d'un combat de 10 ans qui s'est soldé par des drames humains avec des licenciements, burn-out et demandé beaucoup de courage à nos camarades, qui continuent aujourd'hui de se battre dans l'intérêt des salariés et des résidents.

Si la situation a évolué, le « fantôme des fossoyeurs » est toujours là. Cela n'est pas sans conséquences pour tous les élus et mandatés qui mènent encore le combat pour l'amélioration des conditions de travail et pour garantir une fin de vie digne à nos aînés.

Les sous-effectifs, le non-remplacement des personnels, les glissements de tâches persistent, tout comme les logiques d'économies au détriment de la santé et de la qualité de prise en charge. Malgré certains changements annoncés, des pratiques préoccupantes perdurent.

L'État doit agir pour protéger nos aînés. Les révélations des Fossoyeurs n'ont manifestement pas suffi à provoquer les changements structurels nécessaires

Ces avancées sont le fruit du travail et de l'engagement des militants de la CGT au sein du groupe ORPEA. Elles constituent une étape importante dans la reconnaissance des droits syndicaux, même si le travail à accomplir reste considérable pour renforcer notre organisation et porter la voix des salariés auprès des milliers de professionnels du groupe.

Enfin, la solution avancée par le gouvernement prévoit l'entrée de la Caisse des dépôts au capital du groupe à hauteur d'environ 29 %. Au-delà de ce seuil, tout investisseur serait contraint de déposer une offre publique d'achat, ce qui pose la question du contrôle public et de l'orientation future de ce secteur stratégique.

Conclusion – pour la table ronde

Cette table ronde s'inscrit dans un moment charnière pour le secteur des EHPAD privés lucratifs. Le scandale ORPEA a agi comme un révélateur brutal d'un système fondé sur la rentabilité au détriment de l'humain. En donnant la parole à un ex-salarié du groupe et à quatre soignantes du secteur lucratif, il s'agit de replacer au centre du débat celles et ceux qui vivent au quotidien les conséquences de ces choix : les professionnels du soin.

Leurs témoignages rappellent une réalité trop souvent invisibilisée : derrière les chiffres, les restructurations et les plans financiers, il y a des conditions de travail dégradées, une souffrance professionnelle réelle et une perte de sens du métier. Cette rencontre doit permettre de croiser les regards, d'analyser les mécanismes à l'œuvre et de réfléchir collectivement aux alternatives possibles.

Plus que jamais, cette table ronde vise à ouvrir un espace de parole libre, à tirer les enseignements du scandale et à poser une question essentielle : quel modèle de prise en charge des personnes âgées voulons-nous pour demain ? Un modèle fondé sur la rentabilité financière ou un modèle réellement centré sur la dignité, le soin et le respect des résidents comme des salariés.

04 - “La santé des établissements publics et privés frôle l’illégalité”

À l’initiative de l’Union Départementale 92 Santé et Action Sociale (USD-CGT 92), une enquête anonymisée a été lancée en avril 2025 auprès de personnels exerçant en EHPAD et en USLD. Cette étude, réalisée dans le cadre de la Journée mondiale de la santé et des conditions de travail, visait à évaluer la réalité du suivi médical et des conditions d’exercice des soignants.

Les résultats révèlent une situation alarmante. Sur 419 avis recueillis dans une dizaine d’EHPAD des Hauts-de-Seine, 36 % des salariés déclarent avoir été victimes d’un accident du travail, 11 % signalent une maladie professionnelle, 47 % jugent leurs conditions de travail mauvaises, 32 % estiment que leurs relations avec leur hiérarchie sont dégradées, 32 % se disent stressés au travail et 22 % déclarent se rendre au travail avec angoisse. Plus préoccupant encore, 28,9 % des répondants affirment ne pas avoir été vus par la médecine du travail, alors même que le suivi médical constitue une obligation légale au titre de l’article L4622-3 du Code du travail, qui confère à la médecine du travail un rôle exclusivement préventif.

Cette carence interroge d’autant plus que le médecin du travail est tenu à la neutralité, au secret médical et à la confidentialité des données, garantissant ainsi la protection de la vie privée des salariés. Le défaut de suivi régulier apparaît, dès lors, comme une faille majeure dans la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux.

Les chiffres régionaux confirment cette tendance. Selon les données de la CRAMIF, l’Île-de-France a enregistré 10 552 accidents du travail en 2024 dans le secteur concerné, soit 1,6 % des 337 586 effectifs (majoritairement féminins à 84,49 %). Le rapport remis à l’Agence Régionale de Santé fait état d’un accident sur huit chaque jour en 2023, en hausse de 1 % par rapport à 2022, malgré une baisse des effectifs de 1,2 %. Les accidents de trajet ont également progressé de 8,1 %.

Face à ces constats, l’USD-CGT 92 a interpellé l’Agence Régionale de Santé (ARS). À l’issue d’échanges qualifiés de « constructifs », l’ARS s’est engagé, de principe, à mettre en place plusieurs actions : des contrôles réguliers et inopinés dans les établissements, un accès élargi aux formations pour l’ensemble des personnels, la mise en œuvre de dispositifs renforcés de prévention des risques psychosociaux, un meilleur suivi de la santé des agents, ainsi qu’un accompagnement au reclassement des personnels déclarés inaptés.

Toutefois, à ce jour, ces engagements n’ont pas encore produit d’effets concrets sur le terrain. L’USD CGT 92 souligne l’urgence de passer des intentions aux actes afin de garantir le respect du Code du travail et la protection effective des soignants.

Rappel du cadre légal de la prévention de la santé au travail dans le secteur hospitalier et médico-social

Dans les établissements privés comme publics relevant du secteur hospitalier et médico-social, la prévention des risques professionnels repose sur un cadre juridique précis. L'article L4121-1 du Code du travail impose à l'employeur une obligation générale de sécurité : il doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Cette obligation comprend des actions de prévention des risques professionnels, des actions d'information et de formation, ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'évaluation des risques doit être formalisée dans un Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP), régulièrement mis à jour, intégrant notamment les risques psychosociaux, les troubles musculosquelettiques, les risques biologiques et les risques liés aux organisations du travail.

La médecine du travail, régie notamment par les articles L4622-2 et suivants du Code du travail, a pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Elle assure le suivi individuel de l'état de santé, conseille les employeurs, les salariés et leurs représentants, et participe à la traçabilité des expositions professionnelles. Le suivi médical, qu'il prenne la forme d'une visite d'information et de prévention ou d'un suivi renforcé pour les postes à risques, constitue une obligation légale.

Dans la fonction publique hospitalière, des dispositions spécifiques issues du statut général des fonctionnaires et des textes relatifs à l'hygiène, la sécurité et aux conditions de travail viennent compléter ces garanties, notamment à travers le rôle des formations spécialisées en matière de santé, sécurité et conditions de travail (F3SCT), héritières des CHSCT.

Le non-respect de ces obligations peut engager la responsabilité civile et pénale de l'employeur, en particulier en cas d'accident du travail, de maladie professionnelle ou de manquement caractérisé à l'obligation de prévention.

À cette occasion, deux experts en santé au travail vont présenter les résultats de l'enquête USD-CGT 92 et apporter des réflexions et des droits pour la santé des travailleuses et travailleurs dans notre secteur.

05 - AES EN EHPAD : L'INJUSTICE SILENCIEUSE

Il est temps de regarder en face la réalité du terrain.

Dans les EHPAD, les Accompagnants Éducatifs et Sociaux (AES) ne sont pas en périphérie du soin. Ils en sont le cœur humain.

Issus de la fusion des anciens métiers d'AMP et d'AVS, les AES exercent aujourd'hui auprès des personnes âgées dépendantes des missions essentielles : aide aux gestes de la vie quotidienne, accompagnement à la toilette, mobilisation, prévention des risques, maintien de l'autonomie, soutien relationnel, lutte contre l'isolement.

Ils sont présents du lever au coucher. Ils rassurent, soutiennent, stimulent, accompagnent. Ils portent, parfois au sens propre, la dignité des résidents, les missions à la même hauteur que les aides-soignantes

Et pourtant, ils demeurent classés en catégorie C, en catégorie « sédentaire », sans reconnaissance réelle de la pénibilité de leur travail. Leur positionnement statutaire ne reflète ni leurs responsabilités ni la réalité des tâches exercées.

Certes, les AES bénéficient de la prime Grand Âge lorsqu'ils exercent en EHPAD mais cette prime ne saurait masquer l'écart persistant entre les missions assumées et la reconnaissance indiciaire. Une prime ne remplace pas une revalorisation structurelle.

Dans le même temps, d'autres agents, notamment des ASH affectés aux soins, se retrouvent dans une situation encore plus paradoxale, exerçant parfois au plus près des résidents, ils ne bénéficient ni de la prime Grand Âge, ni d'une reconnaissance adaptée à leurs missions réelles.

Ce système crée des inégalités, des tensions et un sentiment d'injustice au sein même des équipes.

À cela s'ajoute une précarité devenue chronique : contrats à durée déterminée à répétition, vacances successives pour couvrir des besoins permanents, absence de stabilité pour des professionnels pourtant indispensables.

La montée en puissance des contractuels n'est pas seulement une question sociale. Elle constitue également un coût économique.

Lorsque les évolutions salariales stagnent, lorsque les perspectives de carrière sont limitées, les professionnels quittent les établissements. Le turn-over augmente. Les équipes se renouvellent en permanence.

Or, recruter, former, intégrer, remplacer, recommencer : cela a un coût. Un coût financier pour les établissements. Un coût organisationnel pour les équipes. Un coût humain pour les résidents.

À cela s'ajoute une réalité souvent ignorée : les AES partiront à la retraite à 64 ans, voire 67 ans, et jusqu'à 70 ans sous certaines conditions. Nombre d'entre elles ont des carrières hachées, ayant élevé des enfants, et cumulent moins de trimestres que nécessaire. Leur état de santé est mis en danger par la pénibilité quotidienne de leur travail : port de charges, mobilisations, stations prolongées, stress émotionnel permanent.

La précarité structurelle génère une instabilité chronique. Elle empêche la fidélisation des professionnels, fragilise la continuité de l'accompagnement et alourdit, paradoxalement, les charges qu'elle prétend contenir.

Comment parler d'attractivité des métiers du grand âge lorsque celles et ceux qui accompagnent les plus vulnérables voient leur évolution salariale figée et leur avenir professionnel incertain ?

Le manque de reconnaissance n'est pas une abstraction. Il entraîne des conséquences concrètes :

- Un turn-over massif,
- Des difficultés de recrutement,
- Une perte de compétences,
- Une fragilisation des équipes,
- Une dégradation progressive de la qualité d'accompagnement,
- Et une inefficience économique à long terme.

Il ne s'agit pas d'opposer les métiers entre eux. Aides-soignants, AES, ASH : tous sont complémentaires. Mais complémentaires ne signifie pas interchangeable. Et encore moins invisibles.

Reconnaître les AES à la hauteur de leurs missions, clarifier la situation des ASH affectés aux soins, sécuriser les parcours professionnels, sortir de la précarité structurelle : voilà des choix politiques auxquels opter.

Il ne s'agit pas d'une dépense supplémentaire. Il s'agit d'un investissement rationnel, humain et durable.

Car derrière les statuts, derrière les grilles indiciaires, derrière les primes ou leur absence, il y a une réalité simple : la dignité des personnes âgées dépendantes repose aussi sur la reconnaissance de celles et ceux qui les accompagnent chaque jour.

Ignorer cette réalité, c'est fragiliser tout l'édifice du grand âge. La reconnaître pleinement, c'est

faire le choix d'un service public hospitalier cohérent, juste et responsable.

En ce qui concerne les accompagnants éducatifs et sociaux (AES), ceux-ci sont classés en catégorie sédentaire depuis la réforme issue du décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social qui a fusionné les fonctions d'aide médico-psychologique (AMP) et d'auxiliaire de vie sociale (AVS).

Cependant, avant l'application de ce décret et des réformes statutaires associées, certains agents exerçant en qualité d'AMP dans la fonction publique hospitalière pouvaient être classés en catégorie active, en raison de la pénibilité et de la nature de leurs fonctions auprès de publics dépendants (notamment en référence aux dispositions du Code des pensions civiles et militaires de retraite, article L.24).

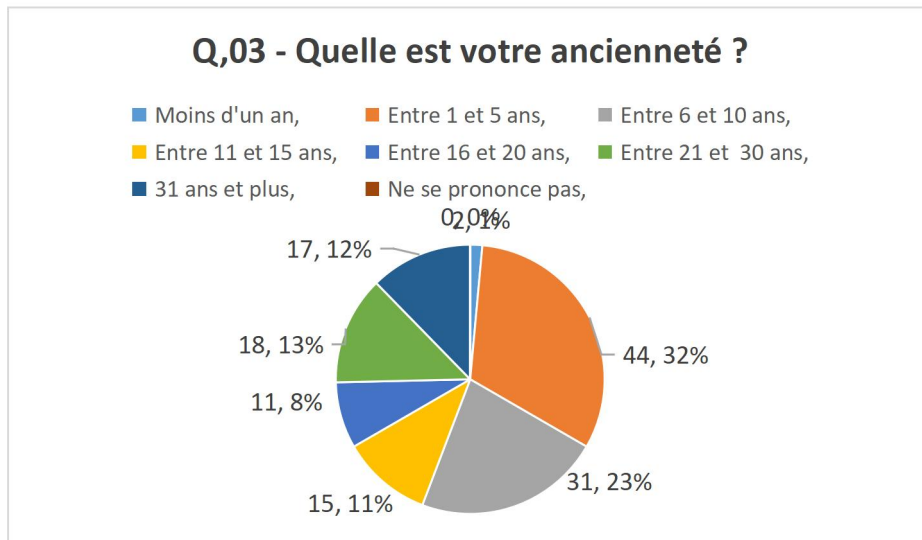
Ainsi, les agents ayant exercé en catégorie active pendant une durée significative (par exemple 15 à 17 ans) conservent le bénéfice des droits acquis au titre de cette période, conformément au principe de maintien des avantages individuels. Ces périodes restent prises en compte pour l'ouverture des droits à départ anticipé à la retraite.

En revanche, les périodes exercées postérieurement sous le statut d'AES, désormais classé en catégorie sédentaire dans la majorité des cadres d'emplois, ne sont plus comptabilisées comme du service actif.

06 - Note de synthèse

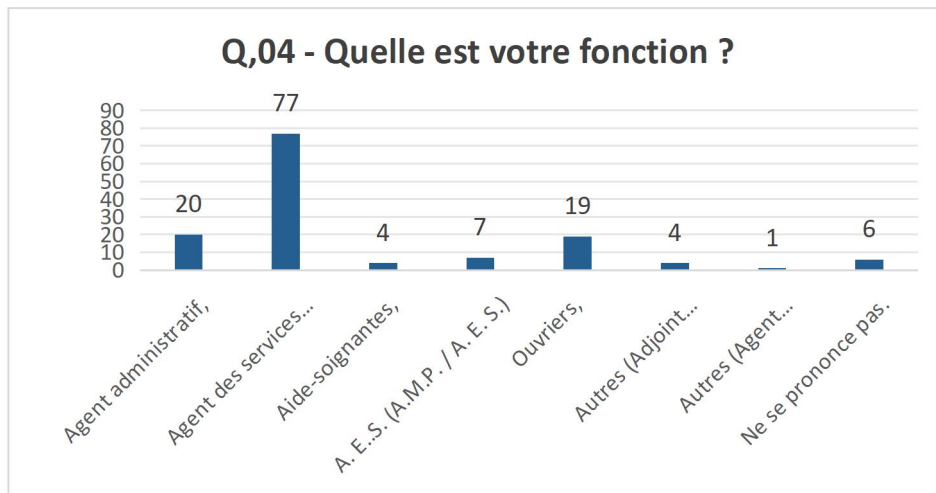
Résultats de l'enquête 2025 – Agents de catégorie C dans la Fonction Publique Hospitalière

L'enquête menée en décembre 2025 auprès des agents de catégorie C de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) met en lumière une réalité professionnelle marquée par un fort engagement, mais aussi par un sentiment croissant d'injustice et de déclassement.



Les répondants proviennent majoritairement des EHPAD et des établissements hospitaliers (USLD). Ils représentent différentes filières : soignante, médico-sociale, administrative et ouvrière. Une large proportion exerce depuis de nombreuses années, ce qui confère à cette enquête une réelle représentativité de l'expérience professionnelle au sein des établissements.

Les données montrent une très forte féminisation dans tous les établissements (71,01 %). Cela confirme que les métiers les plus pénibles, les moins reconnus et les plus exposés restent massivement occupés par des femmes.



Les ASH représentent la majorité absolue dans la plupart des établissements (55,8 %), notamment en EHPAD. Les AES et aides-soignantes sont également très présentes. Les Accompagnants Éducatifs et Sociaux (AES) : des missions identiques, une reconnaissance absente.

Les Accompagnants Éducatifs et Sociaux (AES), agents sédentaires de catégorie C, occupent une place centrale dans l'accompagnement des résidents en EHPAD. Leur quotidien est rythmé par les soins d'hygiène, l'aide à la toilette, l'accompagnement à la mobilité, le soutien relationnel et la participation à la vie sociale des personnes âgées dépendantes.

Dans les faits, leurs missions sont très proches, voire identiques, à celles exercées par les aides-soignants en EHPAD.

Pourtant, malgré cette réalité de terrain :

- Il n'existe pas de reconnaissance statutaire équivalente.
- Les qualifications ne sont pas valorisées à la hauteur des responsabilités exercées.
- Les écarts de rémunération persistent.

Cette situation est vécue comme une profonde injustice. Elle génère un sentiment de division entre professionnels exerçant pourtant les mêmes missions auprès des résidents. Les AES expriment le besoin d'une reconnaissance claire de leur rôle et d'une équité salariale cohérente avec leurs responsabilités effectives.

Certains établissements valorisent mieux l'ancienneté (la Fondation Aulagnier, la Fondatin Roguet), d'autres beaucoup moins (l' EHPAD La Chesnaye).

Filière administrative : stagnation salariale et faibles perspectives

Les agents administratifs de catégorie C soulignent une stagnation salariale après plusieurs années d'ancienneté.

La grille indiciaire actuelle de la FPH met en évidence des niveaux de rémunération particulièrement bas, notamment en milieu et fin de carrière. Les perspectives d'évolution sont limitées, et les avancements restent rares.

Cette situation alimente un sentiment de déclassement et une perte d'attractivité des métiers administratifs hospitaliers, pourtant essentiels au bon fonctionnement des établissements.

Filière ouvrière : une évolution vers la régression

La filière ouvrière, également représentée dans l'enquête, fait état d'une dégradation progressive des conditions statutaires.

Les modifications successives des grilles indiciaires ont été perçues non comme une revalorisation, mais comme une évolution défavorable. Les agents évoquent une forme de régression, tant en matière de reconnaissance que de progression salariale.

Avancements de grade : un pouvoir discrétionnaire renforcé

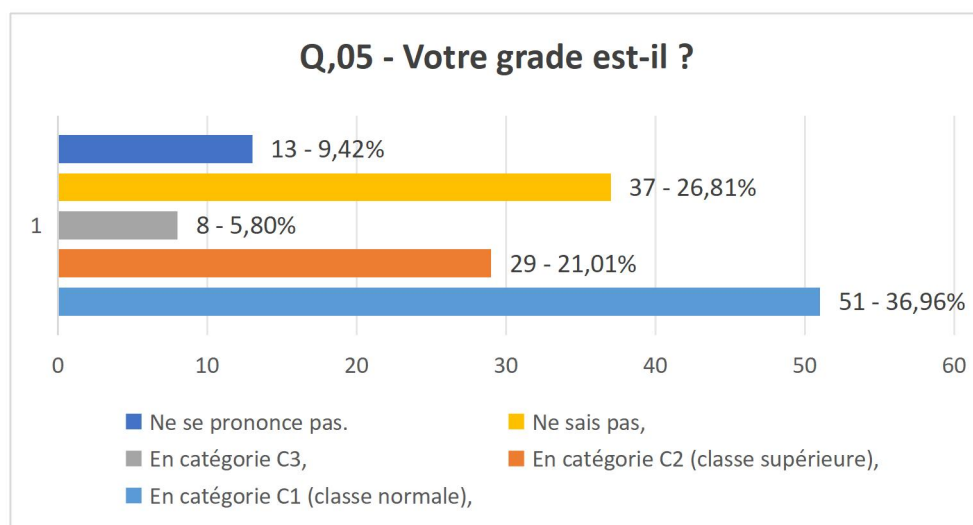
La loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique a profondément modifié les règles d'avancement de grade.

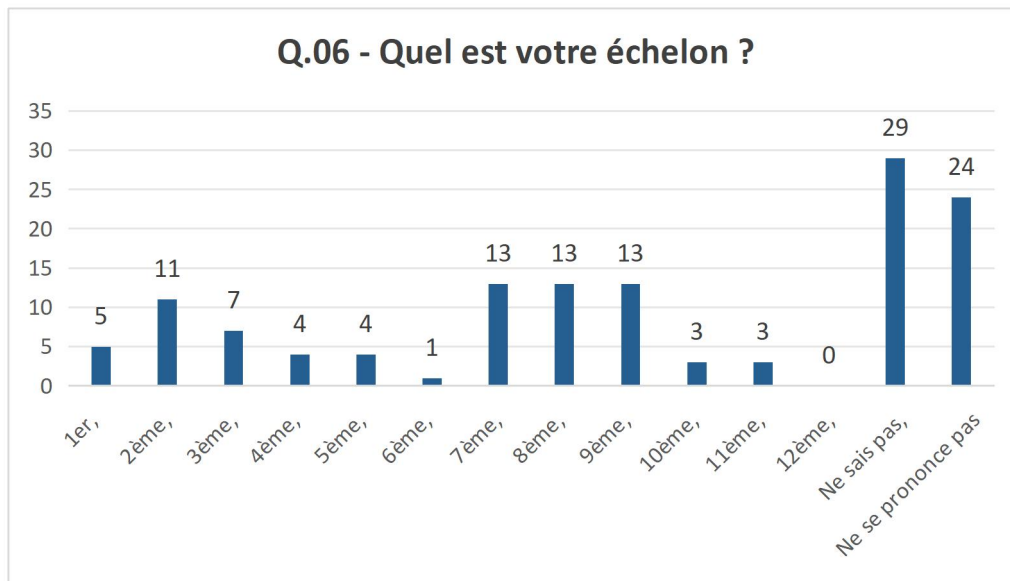
Le décret n° 2019-1265 du 29 novembre 2019 a notamment redéfini les prérogatives en matière de gestion des carrières, en supprimant l'examen systématique des avancements par les commissions administratives paritaires (CAP).

Désormais, les directions disposent d'un pouvoir élargi pour décider des avancements, souvent fondés sur l'appréciation dite « au mérite ».

Si l'objectif affiché était de simplifier les procédures, sur le terrain, cette évolution est vécue comme un manque de transparence et d'équité. De nombreux agents estiment que les critères d'avancement manquent de lisibilité et peuvent générer des inégalités de traitement.

Un malaise professionnel croissant.





L'ensemble des éléments recueillis fait apparaître une souffrance diffuse mais réelle au sein des catégories C :

- sentiment d'injustice salariale,
- Manque de reconnaissance des qualifications,
- Inégalités perçues dans les avancements,
- Divisions entre métiers exerçant pourtant des missions similaires.

Les agents expriment un fort attachement au service public hospitalier et à la qualité de l'accompagnement des usagers. Cependant, ils alertent sur la nécessité d'une reconnaissance statutaire et salariale plus juste, afin de restaurer la confiance, la cohésion et l'attractivité des métiers.

Conclusion

Cette enquête met en évidence un besoin urgent de rééquilibrage et de reconnaissance pour les agents de catégorie C de la Fonction Publique Hospitalière.

La situation des AES en EHPAD, exerçant des missions identiques à celles des aides-soignants sans reconnaissance équivalente, symbolise particulièrement ce malaise.

De même, la stagnation des carrières administratives et les difficultés rencontrées par la filière ouvrière interrogent sur l'équité des parcours professionnels.

Redonner des perspectives d'évolution claires, transparentes et équitables constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour préserver la cohésion des équipes et garantir la qualité du service public hospitalier.

Une part importante des agents ne connaît pas leur grade (26,81 %) ni leur échelon (21,01 %), révélant un manque d'information RH.

Effet SMIC

Depuis la revalorisation du SMIC au 1er janvier 2026, les salaires des ouvriers et ASH restent très bas, même en fin de carrière, en C1/C2.

De fait, le SMIC a été revalorisé de 1,18 %, atteignant 1 823,03 € brut mensuel.

Dans la fonction publique hospitalière, l'indice minimum de traitement (IM 366) reste fixé à 1 801,74 € brut, soit 21,29 € en dessous du SMIC.

Aussi, pour éviter que des agents hospitaliers et des EHPAD publics soient payés sous le salaire minimum – ce qui est interdit depuis 1982 – le gouvernement a activé l'indemnité différentielle SMIC, prévue par le décret du 2 août 1991.

Des dizaines de milliers d'agents de la FPH sont concernés : aides-soignants, agents des services hospitaliers, personnels administratifs, techniques et logistiques, en particulier en catégories C1 et C2.

Cette indemnité ne correspond ni à une augmentation de salaire, ni à une reconnaissance des qualifications.

Elle sert uniquement à combler l'écart entre le traitement indiciaire et le SMIC

Elle:

- * n'est pas prise en compte pour la retraite
- * n'entre pas dans le calcul des primes
- * n'améliore ni la carrière ni les grilles
- * peut être supprimée à tout moment

Pour les agents hospitaliers et des EHPAD, c'est un signal alarmant : les grilles indiciaires sont tellement écrasées que le SMIC devient la référence salariale.

Soigner, accompagner, tenir les services... pour finir au SMIC

À l'hôpital et en EHPAD, les agents travaillent :

- * de nuit, les week-ends et jours fériés
- * dans des conditions de pénurie de personnel
- * avec des responsabilités humaines lourdes.

Et pourtant, leur rémunération est rattrapée de justesse par le SMIC, parfois après plusieurs années de carrière.

C'est une remise en cause grave de la reconnaissance du travail dans le secteur public de la santé et du médico-social.

De fait, l'impact concret pour les agents hospitaliers concernés

(Montants bruts mensuels – estimation)

Indice majoré Traitement indiciaire SMIC 2026 Indemnité différentielle estimée

- ✓ IM 366 1 801,74 € 1 823,03 € ~21 €
- ✓ IM 367 1 806,66 € 1 823,03 € ~16 €
- ✓ IM 368 1 811,58 € 1 823,03 € ~11 €
- ✓ IM 369 1 816,50 € 1 823,03 € ~6 €
- ✓ IM 370 1 821,42 € 1 823,03 € ~1 €

En définitif, ces agents sont “augmentés” uniquement pour rester au niveau du minimum légal

07 - La Chesnaye : chronique d'un naufrage humain au cœur d'un EHPAD public

Aujourd'hui, je prends la parole pour témoigner d'une réalité douloureuse qui se déroule à l'EHPAD public **Résidence La Chesnaye**, situé à **Suresnes**, dans les **Hauts-de-Seine**.

Je m'appelle Muriel.

J'ai été embauchée en septembre 2006 en qualité de gestionnaire, avec des missions comptables.

Pendant seize années, j'ai travaillé aux côtés des équipes soignantes pour assurer la gestion administrative de l'établissement, toujours dans un esprit de collaboration, de respect et de bienveillance.

Je me souviens du déménagement de l'établissement en septembre 2008. Nous étions fatigués, mais fiers. Je me souviens des fêtes de Noël entre collègues, d'un karaoké organisé à cette occasion, des repas thématiques avec les familles, les résidents et les agents, le premier sur le thème des Antilles. Il y avait de la vie, des rires, des liens.

Bien sûr, nous avons traversé des épreuves : une inondation en 2014, puis la crise sanitaire du Covid-19 entre 2019 et 2020. Mais malgré tout, nous formions une équipe. Il y avait de la solidarité. Nous venions travailler sans peur. L'établissement fonctionnait, avec ses difficultés, mais avec humanité.

Tout a basculé en janvier 2022, à l'arrivée d'une nouvelle directrice.

Quelques mois plus tard, dès avril 2022, un management autoritaire s'est installé. Les premières cibles furent les équipes administratives et les cadres.

J'en ai fait partie.

Humiliations répétées. Cris. Remises en cause permanentes. On m'a dit que j'étais incapable ; que je n'avais rien fait depuis dix ans ; que les dossiers étaient mal tenus ; que je ne servais à rien.

En 2013, j'avais pourtant repris seule le poste de responsable des ressources humaines, sans aide. J'avais tenu.

Mais là, j'ai craqué.

Je ne dormais plus. Je ne parvenais plus à travailler. En septembre 2022, épuisée, j'ai dit :

« Je ne peux plus continuer à faire les paies dans ces conditions. ».

On m'a répondu :

« Au moins là-dessus, nous sommes d'accord. ».

Lors de mon entretien professionnel d'octobre 2022, on m'a proposé un poste de « gestionnaire polyvalente » à compter du 1er janvier 2023. J'ai accepté. Je pensais que cela apaiserait la situation. Je me trompais.

On m'a installée dans un bureau de passage, exposée à tous les regards. Mes accès aux logiciels de paie, aux plannings, aux archives ont été coupés. Comment finaliser des dossiers retraite sans accès aux documents ? Empêcher quelqu'un de travailler correctement, c'est une mise au placard. Une humiliation organisée.

En décembre 2022, j'ai été élue représentante du personnel.

Je n'étais pas seule à subir cette pression.

L'infirmière coordinatrice présente depuis 2000. Le psychomotricien. Le médecin coordonnateur. Le responsable technique embauché en 2008. D'autres encore. Tous ont subi brimades, reproches constants, injonctions paradoxales.

Beaucoup sont partis. Démissions. Mutations. Disponibilités.

Depuis janvier 2022, 85 agents ont quitté l'établissement. En moyenne, 21 départs par an.

Le turn-over est effroyable. Parmi les infirmiers présents à l'arrivée de la directrice, un seul reste encore aujourd'hui. Jusqu'à quand ?

Cinq médecins coordonnateurs se sont succédé en quelques années. Certains ne sont restés que quelques semaines. La dernière intervenait une fois par semaine en visioconférence. Elle est partie après un an.

Comment garantir une prise en charge stable dans ces conditions ?

Face à cette souffrance collective, un mouvement de grève a débuté le 1er octobre 2024. Dès le départ, des assignations systématiques ont été mises en place pour entraver l'exercice du droit de grève.

Depuis, la pression ne cesse de s'intensifier.

Entretiens disciplinaires à répétition : retards, couvre-chef, paroles jugées déplacées, présence à une manifestation quelques minutes... Quarante procédures à ce jour. Vingt-trois en 2024, dont quatorze en une seule semaine.

Nous venons travailler avec la boule au ventre.

Moi aussi, je me suis surveillée. Mes accès sont contrôlés. Je ne peux pas accéder librement à certains étages. Je dois demander qu'on m'ouvre des portes. Je ne peux pas entrer par certaines issues. Même la salle de repos m'est inaccessible sans autorisation.

Tout est cloisonné.

Malgré l'opposition unanime des organisations syndicales exprimée lors de deux Conseils Sociaux d'Établissement en 2025, des horaires en 12 heures ont été imposés aux aides-soignants, de jour comme de nuit. Quatre jours consécutifs en 12 heures, sur des cycles lourds, avec des trajets parfois longs.

La vie de famille bouleversée. Les problèmes de garde ignorés.

Au 1er janvier 2026, le nombre d'agents de service a été divisé par deux. Une seule personne par étage pour vingt chambres, les parties communes, les repas du matin au soir.

Leur pause est fixée de 11h à 12h. Ensuite, huit heures sans interruption ! Sous l'œil des caméras.

À la blanchisserie, une seule personne pour le linge de 100 résidents.

Les soignants ne sont plus affectés à un étage fixe. Ils changent d'unité en permanence.

Et nos aînés, notamment ceux de l'unité protégée ?

Ce sont des personnes fragiles, désorientées, qui ont besoin de repères, de visages familiers. On leur retire cette stabilité.

Les familles sont informées de la grève, mais beaucoup ont peur. On leur dit que ces changements seraient demandés par l'ARS. Elles ne voient pas tout.

Depuis le départ du chef cuisinier en octobre 2025, l'organisation en cuisine s'est dégradée. Les repas sont parfois servis en retard. La qualité et les quantités ont diminué.

Pour une personne âgée dépendante, le repas n'est pas un détail. C'est un moment essentiel. Un repère. Un plaisir. Parfois le dernier.

L'administration elle-même dysfonctionne :

Des feuilles de soins non remises après des accidents de service. Des accidents non reconnus. Des agents empêchés d'accéder aux examens nécessaires.

Des documents de fin de contrat remis en retard. Parfois jamais.

Notre collègue Martiale, décédée à 51 ans d'une crise cardiaque, attendait depuis juillet 2025 son attestation France Travail pour suivre une formation d'aide-soignante. Elle ne l'a jamais reçue. Sa fille l'attend encore.

Ce que je dénonce aujourd'hui ne relève pas des difficultés ordinaires du secteur médico-social.

Je dénonce

- une maltraitance managériale,
- Une dégradation organisée des conditions de travail,
- Une perte de qualité dans la prise en charge des résidents,
- Des pratiques administratives contestables.

Les agents de la Chesnaye aiment leur métier. Ils veulent prendre soin des résidents. C'est pour cela qu'ils sont là.

Mais dans les conditions actuelles, ce n'est plus possible.

Nous ne demandons pas l'impossible.

Nous demandons de pouvoir travailler dignement.

Nous demandons que nos aînés soient accompagnés avec respect et bien-traitance.

Parce qu'un EHPAD ne devrait jamais devenir un lieu de peur.

Ni pour ceux qui y vivent.

Ni pour ceux qui y travaillent.

08 - Conclusion

Ce livret est le fruit du travail des personnels des EHPAD, en collaboration avec l'Union départementale de la santé et de l'action sociale des Hauts-de-Seine (92).

Véritable travail de terrain, il met en lumière le quotidien vécu par les professionnels des EHPAD.

On y retrouve notamment une analyse sur la future loi «Grand Âge» : droit à l'autonomie et au handicap rédigé par notre camarade Daniel BLACHE du collectif confédéral CGT, ainsi que des enquêtes portant sur la santé au travail, l'emploi et la qualification. Ces éléments viennent nourrir et enrichir nos débats lors de cette journée consacrée aux EHPAD, afin de dénoncer avec clarté et détermination la réalité du secteur du grand âge.

Les perspectives issues de ce débat devront nous permettre de définir des orientations stratégiques pour nos luttes à venir. Il s'agit de construire un véritable rapport de force pour améliorer nos conditions de travail, obtenir les moyens humains et financiers nécessaires, et garantir à nos résidents un accompagnement digne, respectueux et une qualité de soins à la hauteur de leurs besoins.

Les promesses du Président de la République concernant une loi Grand Âge ne sont, à ce jour, pas au rendez-vous. Face à ce constat, nous devons rester mobilisés, unis et déterminés.

L'enjeu dépasse nos seules conditions professionnelles : il concerne le choix de société que nous voulons défendre — une société qui reconnaît la valeur du travail des soignants et des personnels du médico-social, et qui place la dignité des personnes âgées au cœur de ses priorités.

Cette journée doit constituer un support pour :

- amplifier nos revendications,
- renforcer la solidarité entre professionnels
- construire collectivement les actions nécessaires pour obtenir des avancées concrètes et durables en faveur du secteur du grand âge.

09 - REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements aux camarades qui ont contribué à la réalisation du livret consacré aux enjeux des EHPAD.

Merci à Daniel BLACHE, de l' UCR de la CGT, pour son engagement et son expertise.

Merci à mes camarades Martine, Muriel et Touria, pour leur implication et leur travail collectif.

Merci au Cabinet DIAGORIS pour son accompagnement.

Merci à Keline, déléguée centrale à la CGT chez EMEIS, pour sa contribution

Merci à Guillaume GOBET, du CEC CGT92, pour son implication pour la partie du secteur lucratif

Et une pensée particulière pour mon amie Gisèle, pour son soutien précieux.

À toutes et tous, merci pour votre contribution essentielle à ce travail collectif au service de la défense et de l'amélioration des conditions dans les EHPAD.