



Master 2 Professionnel ‘Economie Sociale et Solidaire’

Année universitaire 2007-2008

« La différence de statut juridique de l’opérateur a-t-elle des incidences sur la gestion d’un établissement médico-social ? L’exemple des EHPAD. »

Mémoire présenté par Luc BOUGEOT le 5 septembre 2008.

Tuteur universitaire : Monsieur Jérôme BLANC

Tuteur entreprise : Monsieur Bruno MARQUET

**Avec tous mes remerciements à messieurs Jérôme BLANC et Bruno MARQUET
Ainsi qu'à madame Agnès SOLERTI et tous les professionnels ayant répondu à notre
enquête.**

SOMMAIRE

Introduction	Page 4
I Cadre d'étude et méthodologie.	Page 6
1.1. Définitions, cadre légal, tarification et aides publiques.	Page 6
1.1.1. Contexte.	Page 6
1.1.2. Définitions.	Page 9
1.1.3. Législation et réglementation : les bases communes.	Page 11
1.1.4. La tarification et les aides publiques.	Page 17
1.2. Méthodologie d'enquête et sources bibliographiques.	Page 21
1.2.1. Méthodologie d'enquête.	Page 21
1.2.2. Description du lieu de stage.	Page 24
1.2.3. Sources bibliographiques.	Page 25
II Des différences de gestion ressenties et constatées.	Page 27
2.1. Des divergences ressenties.	Page 27
2.1.1 Des identités professionnelles affirmées.	Page 27
2.1.2. Une faible mobilité entre les secteurs.	Page 28
2.1.3. Des approches du management qui diffèrent.	Page 29
2.2. Des différences constatées.	Page 30
2.2.1. Référentiel qualité et évaluation.	Page 30
2.2.2. Les incidences budgétaires.	Page 31
2.2.3. Les incidences en termes de ressources humaines.	Page 35
2.2.4. Les autres incidences.	Page 39
III Des éléments d'uniformisation.	Page 45
3.1. L'évolution du rôle des autorités publiques.	Page 45
3.1.1. Repères historiques.	Page 45
3.1.2. Le "management public". La position de la puissance publique.	Page 46
3.2. Une évolution des modes de financement.	Page 47

3.2.1. Les défiscalisations.	Page 47
3.2.2. Quel financements pour l'avenir ?	Page 48
3.3. Une évolution des opérateurs.	Page 50
3.3.1 Concurrence ou diversité ?	Page 50
3.3.2. (Les effets de) la professionnalisation.	Page 51
3.3.3. Le contrôle de la qualité.	Page 51
3.4. Les conséquences de ces évolutions.	Page 52
3.4.1. La concurrence ne favorise pas forcément la spécialisation.	Page 52
3.4.2. Les standards imposés créent des convergences.	Page 53
3.5. Une réforme restant à achever ?	Page 54
3.5.1. Sur les financements.	Page 55
3.5.2. Sur l'équipement.	Page 56
3.5.3. Sur les ressources humaines.	Page 56
Conclusion.	Page 58
Bibliographie	Page 61
Annexes.	Page 64

INTRODUCTION

Assistant social de formation, j'ai exercé au sein d'institutions publiques, parapubliques et d'associations avant de me voir confier la direction d'un établissement géré par une société d'économie mixte.

L'évolution du travail social constatée au fil de ces expériences ainsi que l'obligation gestionnaire attachée à toute fonction de direction m'ont porté à m'interroger sur l'importance de l'économie dans les activités liées à la solidarité.

Ces interrogations furent à la base de mon inscription au sein du Master 'Economie Sociale et Solidaire' dont le présent mémoire vient parachever le cursus.

J'ai souhaité, par cette recherche, aborder une des interrogations qui ont alimenté ma réflexion : l'impact du statut de l'opérateur sur le gestion d'un établissement médico-social.

Les établissements sociaux et médico-sociaux sont au nombre de 24 500, ils prennent en charge environ 1 050 000 personnes et emploient plus de 400 000 salariés¹.

Ces établissements ont été conçus pour répondre aux besoins spécifiques de 4 catégories de populations : enfants et familles en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées, personnes en situation de précarité ou d'exclusion. Leurs capacités d'accueil demeurent aujourd'hui encore, inférieures aux besoins des populations concernées. Des sociétés privées participent de plus en plus activement au développement de ce secteur qui, pendant longtemps, a été le quasi-monopole des associations sans but lucratif (secteur de l'enfance handicapée par exemple) ou bien faisait l'objet d'un 'partage' entre le secteur public et le secteur associatif (établissements pour personnes âgées par exemple).

Cette montée en charge rapide du secteur privé est particulièrement notable dans le cadre de la prise en charge du quatrième âge et de la dépendance.

¹ Source : MORANGE Pierre, « Les établissements et services sociaux et médico-sociaux » Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, Paris, juillet 2004, 115 pages.

Ceci n'est pas sans interroger le rapport de nombre de familles à leur représentation de la prise en charge médico-sociale en France.

Est-il possible de concilier la logique de désintéressement a priori inhérente au secteur social et médico-social et la gestion d'une partie des activités de ce secteur par des sociétés commerciales ?

Quelles sont les conséquences pour les usagers en termes financiers mais aussi en termes d'accès à la prestation et de qualité de la prestation ?

Reprenant ces préoccupations largement répandues, nous pouvons nous demander plus précisément si la différence de statut juridique de l'opérateur a une incidence sur la gestion d'un établissement médico-social par l'étude d'un type d'établissement spécifique, les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

Pour mener cette étude, nous nous attacherons à définir son cadre et à présenter la méthodologie qui a été la nôtre avant d'aborder les divergences induites par les différences de statuts juridiques en confrontant les données issues de notre enquête aux sources documentaires nationales pour, enfin, nous efforcer d'appréhender les éléments, forces et tendances qui tendent à une uniformisation des pratiques.

I Cadre d'étude et méthodologie.

1.1. Définitions et cadre légal.

1.1.1. Contexte.

« Ce qui est considéré comme nouveau n'est souvent que l'ignorance de l'histoire » Jean BOUVIER

Sans prétendre tracer un historique de la prise en charge des personnes âgées en France², il me semble indispensable de rappeler brièvement les principales étapes de la construction de notre système actuel.

1.1.1.1. Chronologie.

La prise en charge de la vieillesse n'est pas une construction récente, les « hôtels-dieu » du moyen Age se donnaient déjà pour mission d'accueillir les vieillards. Mais la dimension de soins en est quasiment exclue et ces établissements ne s'adressent qu'aux « vieillards nécessiteux ».

La période révolutionnaire puis le XIX^{ème} siècle initient un mouvement de laïcisation et de professionnalisation d'une prise en charge qui n'est encore que "sanitaire". Nous pouvons considérer que la professionnalisation du personnel connaît alors ses prémices dans la mesure où les premières infirmières laïques apparaissent sous la Révolution française et où les premières écoles d'infirmières sont apparues au XIX^{ème} siècle.

A la fin du XIX^{ème} siècle, une politique d'assistance est mise en place pour les personnes âgées sans ressources.

² PINAUD Michel, « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social », Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, 2004. Un historique très détaillé se trouve dans ce rapport (Partie II, pages 7 à 12). Je me permets également de faire référence à l'ouvrage qui me semble incontournable en la matière : *La potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres, du Moyen Age à nos jours* de B GEREMEK.

Les orientations suivies de 1945 à 1960 visent une spécialisation de l'hôpital dans l'accueil des personnes âgées. Jusqu'à cette période nous restons dans une logique d'assistance ayant pour corollaire « l'enfermement des nécessiteux » (en référence à Michel FOUCAULT).

En effet, le montant moyen des retraites, particulièrement faible jusque dans les années 1960-70, orientait inévitablement les personnes âgées sans ressources (et/ou aide familiale) suffisantes vers les "hospices" dont la piètre qualité de prise en charge a durablement nui à l'image du secteur. De plus, l'absence de programme de prise en charge de la démence aboutissait bien souvent à l'hospitalisation en psychiatrie des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de syndromes apparentés.

Durant ces deux décennies, un double mouvement de développement du maintien à domicile et d'humanisation des établissements est constaté :

- En 1962, le rapport LAROQUE préconise « l'intégration des personnes âgées dans leur environnement »³. A partir de cette date se mettent progressivement en place les outils du maintien à domicile comme véritable alternative à la prise en charge en établissement.
- La loi du 31 décembre 1970 recentre l'activité des établissements hospitaliers sur de strictes missions sanitaires.
- La loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales consacre la séparation du sanitaire et du social.

Ces réformes mettent fin à la fonction asilaire de l'hôpital.

1.1.1.2. Le cadre né de la décentralisation.

1.1.1.2.1. Aspects généraux.

Selon les termes de l'Assemblée Nationale : « *La décentralisation vise à donner aux collectivités locales des compétences propres, distinctes de celles de l'État, à faire élire leurs autorités par la population et à assurer ainsi un meilleur équilibre des pouvoirs sur l'ensemble du territoire. La décentralisation rapproche le processus de décision des citoyens, favorisant l'émergence d'une démocratie de proximité.* »⁴

³ Pierre LAROQUE, « Politique de la vieillesse », Paris, La Documentation française, 1962.

⁴ Définition disponible à l'adresse suivante : <http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/decentralisation.asp>

1.1.1.2.2. Le rôle de l'Etat.

L'Etat conserve un pouvoir de réglementation générale et de définition de la politique sociale (il détermine les conditions d'accès aux prestations sociales) ; il est à ce titre garant de l'égalité devant la loi et la protection sociale.

L'Etat exerce, plus largement, un rôle de garant de la légalité ; il détient à ce titre un pouvoir de contrôle, d'injonction et de fermeture vis-à-vis des établissements.

L'Etat conserve également un rôle prépondérant dans la création des établissements sociaux et médico-sociaux –donc des EHPAD- via les CROSMS (Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale).

1.1.1.2.3. Le rôle des Conseils Généraux.

Depuis la loi du 22 juillet 1983, les Conseils Généraux disposent d'une compétence de droit commun en matière d'aide sociale légale (aide sociale à l'enfance, adultes handicapés, personnes âgées) et de prévention sanitaire (familles, enfance, lutte contre les fléaux sociaux). Les départements peuvent par ailleurs décider de l'attribution d'aides dites "extra légales" (plus favorables à l'usager que le cadre national).

Les missions confiées aux départements ont été progressivement élargies jusqu'à la loi du 13 août 2004 qui leur confie un rôle de chef de file en matière sociale et médico-sociale. Suite à cette réforme, il revient au département de définir et de mettre en oeuvre la politique d'action sociale : élaboration du schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale (en concertation avec le Préfet, même si l'accord de ce dernier n'est plus indispensable), financement et gestion des fonds d'aide aux jeunes en difficulté et des fonds de solidarité pour le logement, autorisation et financement des centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

1.1.1.2.4. Le rôle des communes.

Les communes n'ont reçu aucune attribution nouvelle en 1983 mais continuent à exercer leurs compétences traditionnelles (prise en charge des personnes isolées défavorisées, gestion d'établissements pour personnes âgées, tutelle sur les hôpitaux) mais aussi une

mission plus globale de prévention et de développement social à travers les centres communaux d'action sociale (CCAS).

1.1.2. Définitions.

Le langage commun retient volontiers le terme générique de "maison de retraite" pour désigner l'ensemble des institutions spécialisées assurant l'hébergement et une prise en charge plus ou moins importante de personnes âgées dépendantes⁵ ou non. Nous pouvons distinguer 3 grands types d'établissements :

1.1.2.1. Les Foyers-Logements.

Ces structures, conçues dans les années 1960, accueillent des personnes âgées valides dans de petits logements autonomes. Les résidents bénéficient d'un lieu sécurisé et de services collectifs (salle à manger, animation) tout en conservant leur autonomie. Ainsi, les services de soins à domicile, infirmiers et médecins libéraux peuvent intervenir selon le libre choix du patient. Ces structures constituent bien souvent une passerelle entre le domicile et l'EHPAD. Environ 70% de ces établissements sont publics. Lorsque ces établissements sont gérés par un opérateur privé, ils sont généralement désignés sous l'appellation de "résidences services".

1.1.2.2. Les unités de soins de longue durée.

Autrefois dénommées « Services de Long Séjour », ces structures relèvent du secteur hospitalier et assurent la prise en charge de personnes âgées très dépendantes, nécessitant une aide, une surveillance et des soins constants. Aujourd'hui, tous les établissements relevant de cette appellation sont publics. Nous pouvons relever que le statut de ces établissements est aujourd'hui assez incertain : certains ont gardé un statut d'établissement sanitaire alors que d'autres ont été reconnus comme établissements médico-sociaux.

⁵ Nous pouvons définir la dépendance comme l'impossibilité d'accomplir seul les actes de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, se nourrir ou se déplacer ou le fait d'avoir besoin d'une surveillance régulière.

1.1.2.3. Les maisons de retraite.

Les maisons de retraite sont des lieux d'hébergement collectif offrant une prise en charge globale aux personnes âgées en perte d'autonomie qui bénéficient, dans un cadre sécurisant, de l'hébergement en chambre meublée avec système d'appel d'urgence, de la restauration, d'une prise en charge médicale et de surveillance par un personnel qualifié, de l'entretien du linge et d'activités d'animation. Le libre choix des intervenants libéraux (médecin, kinésithérapeute) est maintenu.

Les EHPAD sont des maisons de retraite ayant signé une convention tripartite de 5 ans avec le Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie (la DDASS ou la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend l'établissement). Si la demande de statut d'EHPAD a été au départ une démarche volontaire de la part des gestionnaires d'établissements, les pouvoirs publics ont néanmoins fixé pour objectif la signature de cette convention par toutes les maisons de retraite⁶. Cette convention qui fixe les conditions de fonctionnement de l'établissement est fondée sur une évaluation qualitative, via un référentiel national (« ANGELIQUE⁷ »). Ce référentiel fixe un cahier des charges et des objectifs en termes de sécurité, d'hygiène et de confort notamment.

Selon le rapport du Commissariat Général au Plan⁸, les EHPAD représentaient 6376 établissements pour 436 300 places en 2003. Ce chiffre a, depuis, largement évolué au fur et à mesure de la signature de nouvelles conventions.

Les maisons de retraite peuvent relever du secteur public, elles sont alors placées sous l'autorité d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), de l'Assistance Publique, d'un centre hospitalier ou d'un hôpital. Elles peuvent également être gérées par des associations ou des sociétés commerciales.

« Dans le secteur des personnes âgées, les associations représentent 33% des places, le secteur lucratif 30% et le secteur public 37% »⁹

⁶ La première échéance fixée pour l'année 2003 a été repoussée à deux reprises. La dernière date butoir a été fixée au 31 décembre 2007.

⁷ Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.

⁸ Le BOULER Stéphane (dir.), 2005 : « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », Les Cahiers du plan, n°11, septembre, disponible sur <http://www.plan.gouv.fr>

Dans le département du Rhône, la répartition est la suivante¹⁰ :

	NOMBRE D'ETABLISSEMENTS	POURCENTAGE DU TOTAL	NOMBRE DE PLACES	POURCENTAGE DU TOTAL
ETABLISSEMENTS PUBLICS	38	25,68%	2988	27,56%
ETABLISSEMENTS ASSOCIATIFS	67	45,27%	4626	42,66%
ETABLISSEMENT COMMERCIAUX	43	29,05%	3229	29,78%
TOUS ETABLISSEMENTS	148	100%	10843	100%

Du fait de l'accroissement des besoins lié à la pyramide des âges¹¹, les capacités d'accueil de ces établissements sont en constante augmentation.

1.1.3. Législation et réglementation : les bases communes.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes a fait l'objet d'une importante activité législative au cours des dix dernières années. Certains textes sont spécifiques à cette problématique ; la loi du 2 Janvier 2002, plus généraliste, n'en a pas moins une importance déterminante notamment en termes d'évolution qualitative.

⁹ Source : MORANGE Pierre, « Les établissements et services sociaux et médico-sociaux » Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, Paris, juillet 2004, 115 pages. Page 12.

¹⁰ Ce tableau a été réalisé par nos soins sur la base des informations mises à disposition par le Conseil Général du Rhône (www.gerontel.fr) et de contacts directs auprès des établissements n'ayant pas renseigné cette base de données.

¹¹ Voir Annexe 5

1.1.3.1. Les textes spécifiques.

1.1.3.1.1. La loi n°97-60 du 24 janvier 1997.

Cette loi crée une première allocation dédiée à la prise en charge de la dépendance (Prestation spécifique Dépendance qui sera remplacée par l'APA) et prévoit, de la part des établissements assurant l'hébergement de personnes âgées dépendantes, la signature d'une convention tripartite fondée sur une autoévaluation qualitative établie sur la base d'un référentiel national. Cette loi a été précisée par l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle.

- **La prestation spécifique dépendance (PSD).**

Succédant à l'allocation compensatrice Tierce Personne (ACTP), la PSD a constitué une rupture dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Elle a notamment permis :

- l'effectivité de l'aide versée aux personnes âgées car il s'agit d'une aide en nature, dont la pertinence est évaluée à domicile par une équipe pluridisciplinaire, sur la base d'un nouvel indicateur : la grille AGGIR¹².
- une meilleure coordination entre les acteurs de la prise en charge de la dépendance (Sécurité Sociale, Conseils généraux, associations).

Cette prestation a essuyé de nombreuses critiques du fait du nombre relativement faible de personnes âgées en bénéficiant, à cause des conditions à remplir (plafonds de ressources, recours sur les successions¹³ et sur les donations¹⁴, manque d'information des intéressés...) et, d'autre part, à cause des fortes inégalités existant d'un département à l'autre¹⁵ et entre les différentes caisses de retraite.

¹² Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources. Une description détaillée figure en annexe 3.

¹³ Les sommes versées au titre de la PSD étaient récupérables sur la part de la succession dépassant 46000 euros.

¹⁴ La récupération sur les donations s'effectuait "dès le premier franc".

¹⁵ A titre d'exemple, le Conseil Général du Rhône n'effectuait de récupération que sur la part de la succession dépassant 76000 euros.

- Le principe de la convention tripartite :

Tous les établissements dont le GIR Moyen Pondéré (GMP) est supérieur à 300 doivent signer cette convention à l'échéance de 2003¹⁶. Cette convention est dite tripartite car elle est signée par trois parties : l'Etat, via les DDASS, (qui est le plus souvent signataire au titre des dépenses d'assurance maladie¹⁷), le Conseil général et l'Etablissement. Ses principales caractéristiques sont les suivantes :

- Elle est conclue pour 5 ans avec des avenants annuels.
- Elle définit les conditions de fonctionnement de l'établissement :
 - sur le plan financier
 - sur la qualité de la prise en charge
 - elle définit les objectifs d'évolution de l'établissement (contrat d'objectif) et les modalités de son évaluation.
- elle doit respecter un cahier des charges.
- L'établissement doit fournir un rapport formalisé réalisé au minimum tous les 5 ans, comprenant des indicateurs relatifs à la qualité de vie des personnes âgées.

Les signatures de conventions tripartites n'ont véritablement été lancées par les pouvoirs publics qu'en 2001, ce qui explique pour partie le retard pris en la matière et les reports successifs d'échéances.

« La réforme de 99 n'a vraiment été commencée qu'en 2001 »¹⁸

1.1.3.1.2. La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001

Cette loi, '*relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie*' crée l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) dont nous aborderons le contenu plus loin. Nous ne retiendrons ici que le souci du

¹⁶ A titre d'exemple, 147 des 148 maisons de retraite du département du Rhône ont signé une convention tripartite. La 148^{ème} convention est, à ce jour, en cours de signature.

¹⁷ Même s'il arrive que les Caisses d'Assurance Maladie soient signataires.

¹⁸ Citation extraite de l'entretien réalisé auprès d'un cadre de la DRASS Rhône-Alpes.

législateur –prenant en compte les limites de la Prestation Spécifique Dépendance- de créer une prestation permettant aux personnes âgées et à leurs familles de faire face aux frais générés par la dépendance ainsi que le caractère décentralisé de cette aide qui est gérée par les Conseils Généraux.

1.1.3.1.3. Le Plan de Solidarité Grand Age et le Plan Alzheimer.

Le Plan de Solidarité Grand Age et le Plan Alzheimer démontrent également le caractère d'actualité et soulignent la difficulté (notamment de financement) de la prise en charge du grand âge et de la dépendance.

- Le Plan de Solidarité Grand Age, présenté en juin 2006, vise à faire face aux besoins générés par le vieillissement de la population. Ce plan s'appuie sur le constat d'une nécessaire adaptation du système de prise en charge du fait de l'évolution démographique et de la nécessité de permettre le maintien à domicile le plus longtemps possible.

Cette adaptation passe par la réalisation de cinq grands objectifs :

- Favoriser le libre choix du domicile.
- Inventer la maison de retraite de demain.
- Adapter l'hôpital aux personnes âgées.
- Assurer le financement solidaire de la dépendance pour l'avenir.
- Insuffler une nouvelle dynamique à la recherche et à la prévention.

Ainsi, le Plan de Solidarité Grand Age prévoit une augmentation du ratio d'encadrement à mesure du renouvellement des conventions tripartites ainsi que la création de 25 000 places d'EHPAD supplémentaires d'ici 2012, ce qui semble conséquent mais, le nombre de personnes de plus de 85 ans va quant à lui augmenter de 75% dans les dix années à venir. Nous pouvons d'autre part relever que ce chiffre représente 5000 places par an pour l'ensemble du territoire soit environ 50 places par département avec une pondération selon le niveau d'équipement existant.

Cet ordre de grandeur nous a été confirmé par la DRASS Rhône-Alpes : « La région Rhône-Alpes n'étant pas jugée prioritaire, nous disposons d'environ 220 places pour l'année 2008 »¹⁹.

¹⁹ Citation extraite de l'entretien réalisé auprès d'un cadre de la DRASS Rhône-Alpes.

Bien que ce plan prévoie notamment un investissement de 2,7 milliards d'euros par la Sécurité Sociale sur la période 2007-2012, il aurait, selon plusieurs professionnels, déjà pris du retard par manque de moyens budgétaires.

- Le plan Alzheimer, présenté en novembre 2007, propose 4 pistes d'actions :
 - Améliorer le diagnostic,
 - Améliorer les soins et l'accompagnement des malades,
 - Améliorer les dispositifs d'aide (et notamment d'aide aux aidants).
 - Améliorer la recherche scientifique.

Ce plan dont le coût est estimé à 1,6 milliard d'euros sur 5 ans s'avère clairement orienté en faveur de la filière de soins et de la recherche médicale. A ce titre, son impact sur le fonctionnement quotidien des EHPAD devrait être limité.

1.1.3.2. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

1.1.3.2.1. Une réforme des lois de 1975.

Les lois n° 75-534 (loi d'orientation en faveur des personnes handicapées) et 75-535 (relative aux institutions sociales et médico-sociales) ont organisé durablement l'action sociale et médico-sociale en France mais, un quart de siècle après leur promulgation, l'évolution de la société et des pratiques professionnelles ont nécessité une réforme de ces lois afin de faire face aux carences suivantes :

- une législation muette sur le droit des personnes.
- Une législation trop centrée sur une prise en charge 'rigide', à temps complet.
- Un manque d'adéquation entre le taux d'équipement et les besoins avec de fortes disparités entre départements.
- Un manque de partenariat organisé entre l'Etat, les départements et les établissements.

1.1.3.2.2. Les quatre orientations principales de la loi 2002-2.

Première orientation : Affiner et promouvoir les droits des bénéficiaires.

Seconde orientation : Élargir les missions de l'action sociale et diversifier la « nomenclature » des établissements, services et interventions afin d'adapter les structures aux besoins des bénéficiaires et non l'inverse.

Troisième orientation : Améliorer les procédures techniques de « pilotage » du dispositif.

Quatrième orientation : Instaurer une réelle coordination entre les divers protagonistes.

Nous nous intéresserons plus particulièrement au premier et au troisième points que nous décrirons succinctement ci-après.

1.1.3.2.3. Le développement des droits des usagers.

La loi 2002-2 expose 7 droits fondamentaux pour les usagers et développe 7 nouveaux outils pour l'exercice de ces droits :

- 7 droits fondamentaux :
 - Respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée de l'intimité et de la sécurité.
 - Libre choix entre les prestations à domicile et en établissement.
 - Prise en charge ou accompagnement individualisé de qualité, respectant un consentement éclairé.
 - Confidentialité des données concernant l'utilisateur.
 - Accès à l'information.
 - Information sur les droits fondamentaux et les voies de recours.
 - Participation directe au projet d'accueil ou d'accompagnement.

- 7 nouveaux outils :
 - Le livret d'accueil.
 - La charte des droits et libertés de la personne accueillie.
 - Le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge
 - La personne qualifiée.
 - Le règlement de fonctionnement de l'établissement ou du service.

- Le conseil de la vie sociale ou une autre forme de participation des usagers.
- Le projet d'établissement ou de service.

1.1.3.2.4. L'évaluation de la qualité des prestations.

Les établissements ont obligation d'évaluer la qualité des prestations qu'ils fournissent et d'en communiquer les résultats tous les 5 ans à leurs institutions tutélaires. De plus une évaluation externe doit être effectuée tous les 7 ans par des organismes indépendants et habilités. Le renouvellement (tous les 15 ans) de l'autorisation d'exploitation étant lié aux résultats de cette évaluation externe.

1.1.4. La tarification et les aides publiques.

1.1.4.1. La tarification des EHPAD.

1.1.4.1.1. Evolution.

Le mode de tarification antérieur à la réforme de la tarification prévoyait deux types de dépenses : les dépenses d'hébergement et les dépenses de soins.

Cette organisation faisait l'objet de nombreuses critiques du fait :

- De dépenses d'hébergement incluant les dépenses liées à la dépendance qui étaient globales c'est-à-dire réparties sur l'ensemble des résidents.
- D'enveloppes de soins très inégalement réparties, peu en adéquation avec la réalité des besoins et fortement liées au statut juridique des établissements.
- D'une surabondance de soins constatée sur certains établissements dits non médicalisés.

La réforme de la tarification a instauré une tarification dite "ternaire" composée d'un tarif hébergement, d'un tarif dépendance et d'un tarif soins.

1.1.4.1.2. Le tarif hébergement.

- Ce tarif inclut les dépenses d'administration, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien, de vie sociale.
- Il est à la charge de la personne âgée, avec éventuellement l'Aide sociale à l'hébergement.
- Il est fixé par le président du Conseil général, lorsque la totalité des places de l'établissement est agréée à l'aide sociale (en l'absence d'agrément, le tarif hébergement est librement fixé par l'opérateur).
- Pour les places habilitées à l'aide sociale, ce tarif est minoré en cas d'absence de plus de 72 heures ou en cas d'hospitalisation pour tenir compte du forfait hospitalier.

1.1.4.1.3. Le tarif soins.

Pris en charge par la Sécurité Sociale, il est arrêté par l'autorité compétente pour l'assurance maladie. Ne sont pas pris en charge dans le cadre du tarif soins : les frais dentaires, les honoraires et prescriptions des médecins spécialistes libéraux, les examens avec des équipements matériels lourds et les transports sanitaires.

1.1.4.1.4. Le tarif dépendance.

Ce tarif inclut les prestations d'aide et de surveillance liées à l'état de dépendance :

- Emploi du personnel assurant l'aide et le soutien aux personnes âgées dépendantes.
- Fournitures et prestations hôtelières. Par exemple, le surcoût de lingerie lié à la dépendance, les changes, les dépenses d'entretien.
- Matériel et mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.
- Ce tarif est arrêté par le président du Conseil général : sur proposition de l'établissement, après validation par les services du Conseil général. Il est établi sur la base du total des points de l'établissement dans ses groupes iso-ressources.

- Il est modulé suivant le GIR de la personne. Il y a donc trois tarifs-dépendance pour un établissement donné (GIR 1 et 2 ; GIR 3 et 4 ; GIR 5 et 6).

- Il est la charge de la personne âgée, éventuellement aidée par l'APA en fonction de son GIR.

A terme, cette tarification pourrait évoluer dans le sens d'une enveloppe globale pour les soins :

« On nous demandera à l'avenir d'aller plus loin dans la responsabilité que nous avons de l'utilisation des fonds publics en nous demandant par exemple de gérer le matériel médical et les interventions de médecins libéraux sur l'enveloppe 'soins' de l'EHPAD »²⁰.

1.1.4.2. Les aides publiques.

1.1.4.2.1. L'aide sociale aux Personnes Agées.

Caractéristiques : Une personne âgée ou sa famille dans l'incapacité de faire face aux frais d'hébergement en établissement peut faire appel à l'aide sociale aux personnes âgées.

Conditions : Avoir plus de 65 ans ou plus de 60 ans en cas d'inaptitude au travail. Répondre à certaines conditions de ressources et choisir un établissement habilité à l'aide sociale.

Spécificités : L'aide sociale est considérée comme une avance récupérable sur le patrimoine²¹ du bénéficiaire (dès le premier euro). De plus, l'obligation alimentaire s'applique. Ainsi, une participation des proches (conjoint, enfants, parents, grand-parents, beaux-parents, gendres et belles-filles) peut donc être sollicitée selon leurs ressources.

²⁰ Propos extraits d'un entretien réalisé avec le directeur général d'une société commerciale gérant plusieurs EHPAD.

²¹ Ou sur ses ressources ultérieures si, selon l'expression commune, il revient à 'meilleure fortune'.

1.1.4.2.2. Les aides au logement.

L'APL peut être demandée par une personne résidant dans un établissement conventionné et sous conditions de ressources.

Dans les autres cas, la personne âgée peut avoir droit à l'Allocation Logement, sous conditions de ressources.

1.1.4.2.3. L'allocation Personnalisée d'autonomie (APA).

Caractéristiques : L'APA est une aide mise en place en janvier 2002 pour les personnes âgées en perte d'autonomie. L'évaluation de cet état de dépendance est établie en fonction de la grille AGGIR (voir annexe n°3). Le montant de l'APA est fonction du degré de dépendance calculé (GIR) et des revenus de la personne.

Elle est versée par le Département, soit au bénéficiaire soit à la maison de retraite.

Elle est attribuée pour une durée définie et révisée périodiquement.

Les sommes maximales versées mensuellement sont les suivantes :

- GIR 1 : 1208,94€
- GIR 2 : 1036,19€
- GIR 3 : 777,32€
- GIR 4 : 518,55€
- Les GIR 5 et 6 ne font l'objet d'aucun versement.

L'APA est un *'droit universel qui concerne l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus, quel que soit leur revenu'*²² cependant, le bénéficiaire de l'APA participe à son plan d'aide en fonction de ses ressources :

- 0% lorsque les revenus du bénéficiaire sont inférieurs à 677€/mois.
- Une participation plafonnée à 90% des revenus lorsque ceux-ci sont supérieurs à 2662€/mois.
- Entre ces deux valeurs, la participation des bénéficiaires est progressive.

²² Source : <http://www.capretraite.fr/l-apa-25-4.html>

Conditions : Avoir plus de 60 ans, résider, soit à domicile soit dans un établissement spécialisé. Faire évaluer son autonomie suivant la grille AGGIR et relever d'un GIR compris entre 1 et 4. Le montant de l'aide est calculé en fonction des revenus de la personne concernée et de son GIR.

L'APA est aujourd'hui attribuée à près d'un million de personnes dont 600 000 en maison de retraite. Ces dernières perçoivent une aide mensuelle moyenne de 400 euros.

1.1.4.2.4. Les aides fiscales :

Certaines dépenses liées à la dépendance ouvrent droit à réduction d'impôt, ce sont celles effectivement supportées, c'est-à-dire après déduction de l'APA accordée au cours de l'année. La réduction d'impôt est égale à 25% des dépenses retenues dans la limite annuelle de 3000 Euros.

Les personnes âgées résidant dans un établissement et encore propriétaires de leur ancien logement, non exonérées de la taxe d'habitation, peuvent demander une remise gracieuse.

Ces bases communes qui encadrent assez rigoureusement la gestion des EHPAD laissent néanmoins entrevoir l'existence de "marges de manœuvre" laissées aux gestionnaires. L'objet de notre enquête sera de cerner ces marges et leur utilisation par les différents opérateurs.

1.2. Méthodologie d'enquête et sources bibliographiques.

1.2.1. Méthodologie d'enquête.

Au-delà d'un cadre législatif et institutionnel commun, le statut juridique influence-t-il le mode de gestion d'un EHPAD ?

Pour apporter des éléments de réponse à cette problématique, nous avons mené une enquête de terrain sur le département du Rhône en appliquant la méthodologie suivante :

1.2.1.1. Les prix de journée.

Les prix de journée indiqués représentent une moyenne des tarifs des 148 EHPAD du département du Rhône, soit :

EHPAD du RHONE	Nombre d'établissements	Pourcentage du total des établissements.	Nombre de places.	Pourcentage du total des places.
Etablissements publics	38	25,68%	2988	27,56%
Etablissements associatifs	67	45,27%	4626	42,66%
Etablissements commerciaux	43	29,05%	3229	29,78%
Total	148	100%	10843	100%

Ces prix de journée moyens ont été calculés par nos soins sur la base des informations fournies par le Conseil Général du Rhône²³ et de contacts directs avec les établissements.

Cette étude des établissements du département nous a permis de relever une spécificité de ce terrain d'enquête : l'importance du secteur privé (associatif et commercial) par rapport à d'autres départements.

1.2.1.2. Les entretiens menés auprès des différents opérateurs.

Les autres éléments d'enquête ont été collectés par le biais d'entretiens menés avec 6 personnes représentant chacun un des 3 grands types d'opérateurs : un directeur d'EHPAD public, la directrice d'un CCAS gérant un EHPAD, deux directeurs d'EHPAD associatifs, le directeur d'un EHPAD géré par une société commerciale et le directeur général d'une société commerciale gérant plusieurs EHPAD. Conformément à leur souhait, nous conserverons l'anonymat des acteurs interrogés.

²³ www.gerontel.fr

Ces entretiens sont fondés sur une question ouverte -permettant une large expression de la personne interrogée- et une série d'indicateurs²⁴.

L'idée majeure de cette enquête de terrain a été de soumettre une trame commune de questions à des opérateurs aux statuts différents, afin de percevoir les principales modalités de gestion d'un EHPAD.

Sans faire preuve d'exhaustivité, l'enquête a permis de cerner les principales tendances, validées par leur confrontation aux données locales²⁵ et nationales.

1.2.1.3. Les entretiens menés auprès des autorités de contrôle et de tarification.

Tenant compte du caractère forcément subjectif des propos tenus par les professionnels 'de terrain', j'ai souhaité compléter ces entretiens par plusieurs avis émanant des autorités de contrôle et de tarification.

Trois entretiens ont été menés :

- deux auprès de représentants de l'Etat (DDASS du Rhône et DRASS Rhône-Alpes).
- un auprès d'un représentant du Conseil Général du Rhône.

Ces entretiens ont été menés sur la base d'un questionnaire commun comprenant 7 questions (voir annexe 7).

1.1.2.1.4. Les constats effectués dans le cadre du stage.

Ayant cessé d'exercer auprès des personnes âgées depuis 6 ans et n'ayant, de plus, jamais travaillé au sein d'un EHPAD, je ressentais le besoin d'une part de comprendre précisément le fonctionnement de ce type d'établissement et d'autre part de réactualiser mes connaissances relatives à la prise en charge des personnes âgées.

²⁴ Voir Annexe 2

²⁵ CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE RHONE-ALPES, « Rapport d'observations définitives sur la gestion du département du Rhône », Lyon, janvier 2005, 48 pages. Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr>
CONSEIL GENERAL DU RHONE, « Schéma 2004-2008 d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées. », Lyon, 2004, 139 pages. Disponible sur demande à l'adresse : www.rhone.fr

Le stage que j'ai effectué au sein du réseau OMERIS de mars à juin 2008 m'a permis d'atteindre ces objectifs mais aussi de comprendre le fonctionnement d'une société commerciale et, plus largement, de cerner les enjeux et contraintes que connaissent les opérateurs.

Les missions qui m'ont été confiées dans le cadre de ce stage ont été de deux ordres :

- participer à l'élaboration de dossiers de demandes d'extension²⁶ de deux établissements en vue de leur examen par le CROSMS.
- Réaliser des travaux de recherche et d'analyse de textes réglementaires ainsi que de synthèse (fiches de postes, livret d'accueil, contrat de séjour) à la demande de la directrice de l'EHPAD et du siège.

Du fait de la spécificité de ces travaux, je ne m'appuierai pas sur ces derniers pour illustrer ma réflexion mais davantage sur les autres expériences de ce stage :

- Les nombreux entretiens réalisés avec la directrice de l'EHPAD dont l'expérience professionnelle s'est avérée une source d'enseignements précieuse, au-delà même du présent mémoire.
- Deux semaines passées auprès de la responsable de l'hébergement et de la vie sociale de l'EHPAD m'ont permis de prendre la mesure du fonctionnement de l'établissement dans ses aspects les plus concrets : ménage, restauration, lingerie, etc.
- Plusieurs journées passées au siège du réseau m'ont permis de mieux appréhender la diversité des activités et des métiers couverts par cette société et d'acquérir une vision plus globale de la diversité des problématiques liées à la dépendance ainsi que des services permettant d'y faire face.

1.2.2. Description du lieu de stage.

Monsieur Lahcen SOUMALI, infirmier de formation, a créé en 1989 un réseau de soins à domicile. Très rapidement, plusieurs maisons de retraite ont fait appel à ses équipes afin de pallier le manque de médicalisation.

²⁶ Par l'ouverture de places d'accueil temporaire et d'un accueil de jour.

Monsieur SOUMALI a, en 1990, créé un premier établissement (la résidence ‘‘Sergent Berthet’’) amorçant ainsi la création du réseau OMERIS avec la volonté de ‘‘*prodiguer des soins de première qualité tout en offrant des prestations de haut standing*’’.

Le réseau s’est étoffé progressivement avec la création de nouveaux établissements au cours des années 1990 et a pris la forme en 1994 d’un Groupement d’Intérêt Economique (GIE) visant à assurer le partage des moyens (humains, savoir-faire, communication, etc.) et la centralisation des demandes d’admissions entre les différents établissements.

Aujourd’hui, OMERIS SAS (issue du transfert des activités du GIE en octobre 2002), détient majoritairement ou minoritairement à fin 2006, dix-huit sociétés d’exploitation de maisons de retraite, sept sociétés à vocation immobilière, une société de restauration, un centre de formation et une société de promotion immobilière.

Le réseau OMERIS se positionne à la 11^{ème} place parmi les opérateurs privés en nombre de lits (1314 en tenant compte des créations en cours). Les 18 établissements²⁷ du groupe sont principalement situés en région Rhône-Alpes (13 sur 18). Le réseau OMERIS poursuit son expansion sur les départements des Bouches-du-Rhône, de l’Hérault et du Loiret.

1.2.3. Sources bibliographiques.

Les professionnels et les centres de documentation (CRIAS²⁸, URIOPSS²⁹) m’ont confirmé qu’aucune source à leur connaissance n’aborde directement le sujet qui nous préoccupe. C’est pourquoi, j’ai rassemblé une documentation qui –de prime abord- peut sembler assez hétéroclite.

Les sources bibliographiques sont constituées :

- d’études et rapports publics.
- De sites d’informations destinés aux séniors.
- D’ouvrages et articles dédiés à l’information des professionnels du secteur social et médico-social.

Les rapports publics m’ont apporté une vision d’ensemble des besoins constatés et à venir des populations concernées ainsi que de la réponse mise en œuvre par les pouvoirs publics.

²⁷ En tenant compte des établissements en construction.

²⁸ Centre du Rhône d’Information et d’Action Sociale en faveur des Retraités, Personnes Agées et Personnes Handicapées.

²⁹ Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux.

Les textes de lois m'ont renseigné sur l'évolution des politiques publiques : niveau d'exigence qualitatif et moyens alloués notamment.

Les différents sites internet m'ont apporté une information à la fois générale (sites dédiés à l'information des seniors) et thématique (sites institutionnels) voire spécialisée (sites des différents opérateurs, sites dédiés à l'information des gestionnaires).

Les ouvrages et articles professionnels m'ont permis de (re)situer certaines évolutions (professionnalisation, concurrence, procédure qualité notamment) dans leur contexte.

Enfin, je me suis permis de mentionner certains sites sans pour autant qu'un article spécifique soit repris dans la forme ou dans le fond. Simplement, certaines sources -et notamment les sites dédiés aux seniors- m'ont permis de (ré)acquérir une culture générale sur la prise en charge des personnes âgées. A ce titre, il m'aurait semblé inapproprié de ne pas les citer.

II Des différences de gestion ressenties et constatées.

2.1. Des incidences ressenties.

2.1.1. Des identités professionnelles affirmées.

La réponse unanime de tous les gestionnaires ‘oui’ à ma première question³⁰ ne laisse aucun doute sur le ressenti de leurs pratiques professionnelles.

Il est apparu au fil de ces entretiens un fort clivage entre le secteur public et le secteur privé commercial, le secteur associatif étant globalement perçu comme ‘neutre’³¹ ou ‘intermédiaire’³² mais cependant souvent dépeint comme ‘privilegié’³³ tant par les gestionnaires commerciaux que publics :

« La fiscalité est inéquitable³⁴ »

« Pour le personnel, ils [les opérateurs associatifs et commerciaux] n'ont pas les mêmes obligations que nous, c'est plus facile. »³⁵

J'ai pu constater, auprès des professionnels ayant toujours évolué au sein d'un même secteur, une certitude d'être les seuls à réaliser leur mission dans l'intérêt des personnes hébergées.

Ces certitudes sont le miroir de convictions plus générales voire politiques :

‘Le privé ne s'occupe pas des gens’³⁶

‘La maltraitance, c'est dans le public.’³⁷

Ce ressenti s'accompagne d'un sentiment de moindre considération par rapport aux autres secteurs. Ceci avec des ‘indicateurs’ très variables d'une personne interrogée à une autre : cela peut passer par la considération supposée des pouvoirs publics qui se reflèterait

³⁰ « Le statut de l'opérateur a-t-il des incidences sur la gestion d'un EHPAD ? Si non, pourquoi selon vous ? Si oui, lesquelles selon vous ? »

³¹ Qualificatifs utilisés par plusieurs professionnels dans le cadre de nos entretiens.

³² Idem.

³³ Idem.

³⁴ Citation issue d'un entretien réalisé avec un directeur d'un EHPAD géré par une société commerciale.

³⁵ Citation issue d'un entretien réalisé avec la directrice d'un CCAS gérant un EHPAD.

³⁶ Citation issue d'un entretien réalisé avec la directrice d'un EHPAD public.

³⁷ Propos entendu, hors entretien, d'une directrice d'EHPAD commercial.

dans le prix de journée hébergement et/ou dépendance, la rémunération, les ouvertures de nouveaux établissements (avec un abandon supposé de la notion de service public), etc.

‘De toute manière, le privé va nous manger’³⁸

‘Nous avons le GMP le plus élevé et la dotation de dépendance et de soins la plus faible.’³⁹

Nous pouvons relever, a contrario, que ce sont les interlocuteurs les plus âgés pour lesquels le clivage entre opérateurs est le moins fort bien que ce soient les pratiques managériales des plus ‘jeunes’ qui semblent les plus proches.

2.1.2. Une faible mobilité entre les secteurs.

Le rapport de l’Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)⁴⁰ relève :

‘Les reprises d’ancienneté entre secteur public et secteur privé ne permettent pas aujourd’hui la neutralité qui permettrait de gérer une vie professionnelle en envisageant de pouvoir passer d’un emploi relevant d’une convention collective, ou d’un statut libéral vers un emploi relevant d’un statut public au gré de l’évolution de ses compétences et de l’alourdissement des tâches familiales ou au contraire de leur allègement, donc de l’âge, en fonction de l’usure, de la fatigue ou du vieillissement, plus simplement en fonction du souhait de faire une expérience professionnelle différente. » (IGAS, 2004, page 37)

« L’approche statutaire reste contraignante dans le secteur des fonctions publiques. De multiples rigidités font obstacle à une gestion dynamique des parcours de carrière, qui valoriserait l’expérience professionnelle. Les difficultés de reconversions professionnelles semblent particulièrement importantes, les passerelles entre statuts restent rares et peu fréquentées. »⁴¹

Des évolutions sont cependant en cours, permettant peu à peu une mobilité réelle entre les trois fonctions publiques (IGAS, 2004, page 34) et des préconisations sont avancées par ce même rapport afin de faciliter le passage d’un statut à un autre comme le fait de « lever la barrière d’âge pour les concours de la fonction publique. » (IGAS, 2004, page 58).

³⁸ Citation issue d’un entretien réalisé avec la directrice d’un EHPAD public.

³⁹ Citation issue d’un entretien réalisé avec un directeur d’un EHPAD géré par une société commerciale.

⁴⁰ DELAHAYE-GUILLOCHEREAU Valérie, FLAMANT Pascale, JEANDET MENGUAL Emmanuèle, AUDIGE Thomas, « Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. L’exemple de la filière soignante et des métiers de l’aide à la personne. » IGAS. Rapport n°2004057, Paris, Mai 2004, 95 pages.

⁴¹ Ibid. Résumé introductif, Page 4.

Cette faible mobilité des professionnels n'a été que partiellement confirmée par nos constats d'enquête. Ainsi, nous avons constaté deux "contre-exemples" :

- au sein du réseau OMERIS : d'une part, la directrice de l'EHPAD au sein duquel j'ai effectué mon stage exerçait auparavant dans un établissement hospitalier géré par une association ; d'autre part, le directeur général m'a par ailleurs confirmé sa volonté de "diversifier les recrutements".
- Un des directeurs associatifs que j'ai interrogés exerçait auparavant des fonctions d'auditeur financier dans l'industrie.

2.1.3. Des approches du management qui diffèrent.

Les références diffèrent d'un type d'opérateur à un autre : "être professionnel" est l'expression la plus couramment utilisée au sein du secteur commercial. Outre une référence à une valeur travail largement partagée, ceci renvoie à une conviction de l'utilité de la concurrence comme source d'émulation et, par effet, de qualité. Cette qualité revenant au final au bénéfice du "client".

Ainsi, nous pouvons avancer que les gestionnaires du secteur commercial font globalement leur la formule d'Adam SMITH selon laquelle :

« Ce n'est pas de la bienveillance du boucher, du marchand de bière et du boulanger que nous attendons notre dîner, mais bien du soin qu'ils apportent à leurs intérêts. Nous ne nous adressons pas à leur humanité, mais à leur égoïsme ; et ce n'est jamais de nos besoins que nous leur parlons, c'est toujours de leur avantage. »

Cette approche fait écho aux propos tenus par un des représentants des autorités publiques interrogé dans le cadre de notre enquête : *« Tout passe par le directeur. Suite à une inspection, il y en a un qui a été licencié et les choses se sont rapidement améliorées. Le plus important est d'avoir des directeurs aptes à exercer leurs missions et bien conscients des risques qu'ils encourent en cas de manquements. »*

Roger BERTAUX et Philippe HIRLET⁴² ont appliqué la thèse de Max WEBER sur les trois formes de pouvoir (charismatique, traditionnelle, rationnelle-légale) à l'encadrement des établissements sociaux.

Appliquant cette méthode d'analyse aux exemples qu'il m'a été donné d'observer, j'avancerai que le management au sein du secteur marchand et du secteur public se réfèrent au modèle du management "rationnel-légal" alors qu'il relèverait davantage du management "charismatique" au sein du secteur associatif, particulièrement dans les petites associations. En effet, le secteur associatif se distingue par les références⁴³ auxquelles il se rapporte et leur caractère subjectif c'est-à-dire échappant à un schéma strictement rationnel.

Cette classification s'avère néanmoins assez simplificatrice dans la mesure où une certaine convergence des pratiques (que nous évoquerons plus loin) et la diversité des recrutements recherchée par la majorité des opérateurs tendent peu à peu à amoindrir cette différence.

2.2. Des incidences constatées.

2.2.1. Référentiel qualité et évaluation.

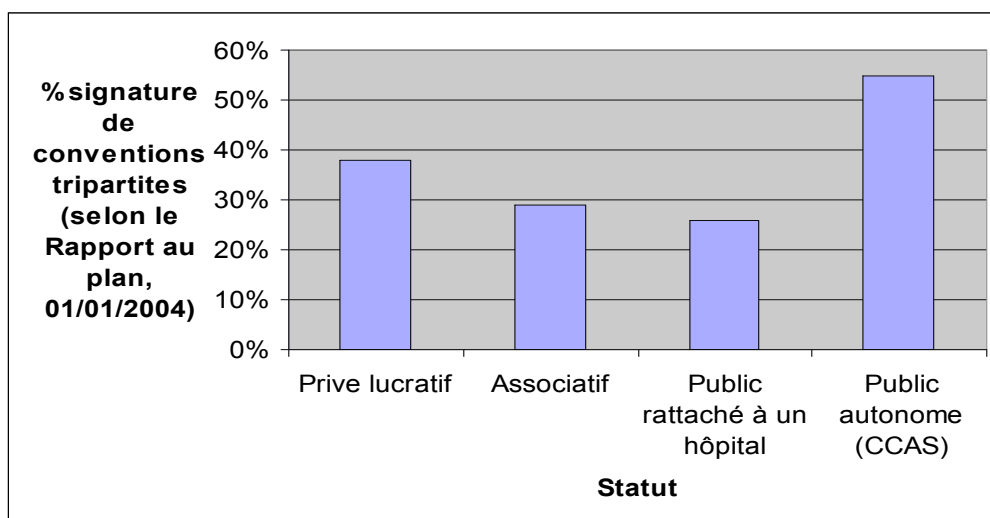
Tous les établissements visités utilisent le référentiel national "ANGELIQUE⁴⁴" car tous ont signé une convention tripartite. L'établissement privé lucratif utilise, de surcroît, un second référentiel propre à l'ensemble de l'entreprise. Ce référentiel s'avère plus détaillé que le référentiel national, il correspond à la certification NFEN ISO 9001 BVQI.

Pourcentage d'établissements ayant signé une convention tripartite au 01/01/2004 selon le rapport du Commissariat Général au Plan :

⁴² BERTAUX Roger, HIRLET Philippe, *L'évolution du métier de directeur d'établissement social*, Seli Arslan, Paris, 2002, 190 pages.

⁴³ L'histoire de la structure et, souvent, de son fondateur, l'importance particulière de la personnalité du dirigeant, l'importance de la "loyauté" aux "valeurs" portées par le projet associatif, etc.

⁴⁴ Application Nationale pour Guider l'Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements.



45

Toutes les personnes interrogées pointent une amélioration de la qualité des prestations offertes au sein de la profession et pointent l'importance des conventions tripartites dans cette évolution. La presse en ligne dédiée aux seniors confirme cette idée. Ces mêmes sources journalistiques font état d'une utilisation assez répandue au sein des sociétés privées et des grandes associations de référentiels qualité plus détaillés que le référentiel national.

La consultation des sites internet⁴⁶ de 3 sociétés privées commerciales et de deux grandes associations confirme que certains de ces opérateurs (Médica, Korian et l'ACPPA) utilisent leur propre référentiel, plus poussé que le référentiel ministériel, les autres s'en tenant à l'évaluation réglementaire via le référentiel "ANGELIQUE".

Le réseau OMERIS, groupe au sein duquel j'ai effectué mon stage se trouve dans ce dernier cas de figure.

Toutefois, mon expérience de stage me pousse à compléter ce premier constat. En effet, j'ai pu observer un souci constant de contrôle de la qualité des prestations fournies que les référentiels qualité, si utiles fussent-ils, ne sauraient remplacer.

2.2.2. Les incidences budgétaires.

2.2.2.1. Tarif hébergement moyen constaté dans le cadre de l'enquête :

- EHPAD publiques : 49.44€/jour
- EHPAD gérés par une association : 52.18€/jour

⁴⁵ Histogramme réalisé par nos soins

⁴⁶ www.medica-france.fr ; www.groupe-korian.com, <http://www.residenceretraite-hippocrate.com> .
www.acppa.fr ; www.arepa.org

- EHPAD gérés par des sociétés commerciales : 66.09€/jour.
- Moyenne tous opérateurs : 55.57€/jour.

Ce tableau a été réalisé par nos soins sur la base des tarifs de l'ensemble des EHPAD du département du Rhône. Ces tarifs ont été recueillis grâce à la base de données du Conseil Général du Rhône⁴⁷ et de contacts directs auprès des établissements n'ayant pas renseigné cette base de données.

Les sources documentaires nationales ne fournissent pas de moyennes tarifaires, de sorte qu'un rapprochement avec les données collectées dans le cadre de l'enquête s'avère impossible.

Plusieurs sources concordent néanmoins, évoquant une hiérarchie des tarifs analogue à celle que nous avons observée. Par ailleurs, notre enquête a révélé des disparités entre opérateurs associatifs, les grandes associations pratiquant des tarifs plus élevés. Ceci nous a été confirmé dans le cadre de deux entretiens mais la faible représentativité de cet échantillon ne nous permet pas d'en tirer des conclusions générales.

Un entretien avec une représentante de la DDASS m'a appris que l'écart constaté entre opérateurs sur le département du Rhône est largement inférieur à ceux observables entre départements différents, nonobstant le statut des opérateurs :

« Il y a des départements où le coût du foncier est très faible... et l'on voit des tarifs de 33 euros par jour. »

2.2.2.2. Tarif dépendance moyen constaté dans le cadre de l'enquête.

	GIR 1 et 2	GIR 3 et 4	GIR 5 et 6
EHPAD publiques	18.98€	12.06€	5.10€
EHPAD "associatifs"	17.69€	11.21€	4.76€
EHPAD gérés par des sociétés commerciales.	15.21€	9.65€	4.09€

⁴⁷ www.gerontel.fr

Ce tableau a été réalisé par nos soins sur la base des tarifs de l'ensemble des EHPAD du département du Rhône. Ces tarifs ont été recueillis grâce à la base de données du Conseil Général du Rhône⁴⁸ et de contacts directs auprès des établissements n'ayant pas renseigné cette base de données.

Afin de compléter ces données brutes, nous avons demandé le GIR Moyen Pondéré (GMP)⁴⁹ de leur établissement aux directeurs interrogés. Ceux-ci sont respectivement de :

- Le GMP du privé lucratif est à 791
- Le GMP du public est à 699
- Le GMP de l'associatif est à 647

Parallèlement, les directeurs interrogés évoquent une hausse sensible de ce chiffre au cours des dernières années. Ce qui tend à démontrer qu'indépendamment du statut de l'opérateur l'entrée en établissement s'effectue à un stade de plus en plus avancé de la perte d'autonomie.

2.2.2.3. Les tarifs de soins :

Il semble qu'à besoins égaux, les tarifs de soins fassent également l'objet de disparités. Cette "marge de négociation" propre à chaque établissement s'avère néanmoins difficilement appréciable, et les comparaisons entre établissements par types d'opérateurs ne seraient pas probantes.

Selon l'une des personnes interrogées, cette marge de négociation serait en train de prendre fin dans le cadre d'une réforme en cours :

« Le tarif soin moyen va évaluer dans les prochaines conventions. Jusqu'à présent, il y avait une part ouverte à la négociation. On prenait Le GMP que l'on multipliait par un certain montant, et ceci donnait une enveloppe de soin sur laquelle une négociation de 20 à 30% était possible ⁵⁰».

Selon ce même interlocuteur, il y a, dans le cadre des nouvelles conventions, un nouvel outil nommé PATHOS, qui, combiné à l'évaluation AGGIR, et multiplié par un coefficient donnera un prix moyen en euro. Ce mode de calcul strict ne devrait laisser aucune place à la négociation mais devrait être financièrement plus avantageux pour les établissements.

⁴⁸ www.gerontel.fr

⁴⁹ Outil permettant de visualiser le niveau de dépendance des résidents d'un établissement. Plus le chiffre du GMP est élevé, plus les usagers sont dépendants.

⁵⁰ Citation issue d'un entretien réalisé avec un directeur d'établissement géré par une société commerciale.

La CNAMTS⁵¹, définit PATHOS comme un « *outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires à la prise en charge des pathologies en gériatrie*⁵². »

Cet indicateur répertorie l'essentiel des pathologies que connaissent les personnes âgées ainsi que les soins nécessaires à leur prise en charge. Il peut, par conséquent, être utilisé dans une logique de comparaison d'établissements ou de services.

Cependant, comme nous l'a indiqué un cadre de la DRASS, l'outil PATHOS ne semble pas encore être utilisé pour objectiver les dotations de soins des établissements :

« Avant la mise en place de PATHOS, la dotation de soins était calculée à partir du GMP. Le calcul était DOMINIC⁵³ +35%. C'était un maximum théorique. C'était un maximum réel pour les établissements n'ayant pas signé de convention mais certains établissements étaient avant négociation à DOMINIC +100%... On ne pouvait pas les baisser ; ils ont été gelés. Certaines DDASS n'ont pas respecté la DOMINIC +35% du coup, l'enveloppe nationale a été dépassée. Sur les conventions passées en 2001, 2002, 2003, 2004, il y eu fréquemment des DOMINIC + au-delà de 100%, d'où le dépassement. A partir de 2005, il y a eu obligation de respecter la DOMINIC +35% puis, le Plan de Solidarité Grand Age a assoupli les modalités de calcul. Aujourd'hui, il est certain que les objectifs de dépenses vont de nouveau être dépassés et qu'il y aura un retour de manivelle. »

Les différences éventuelles sur les tarifs de soins relèvent donc davantage de questions d'opportunité (la date de signature ou de renouvellement d'une convention) que du statut des différents opérateurs voire des besoins financiers objectifs des établissements.

Il aurait été intéressant de rapprocher l'ensemble de ces données tarifaires (hébergement, dépendance et soins) du taux d'occupation par opérateur mais malheureusement ces données ne sont à ce jour pas disponibles sur le département du Rhône et certains gestionnaires abordés sur ce thème se sont montrés des plus évasifs.

⁵¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

⁵² FENDER Pierre, PREVOST Patrice, VUILLEMIN Claire, « Les soins de santé en maisons de retraite, foyers logements et services de soins de longue durée au niveau national », CNAMTS/DSM, février 2003, page 3.

Disponible sur www.ameli.fr

⁵³ Dotation Minimale de Convergence.

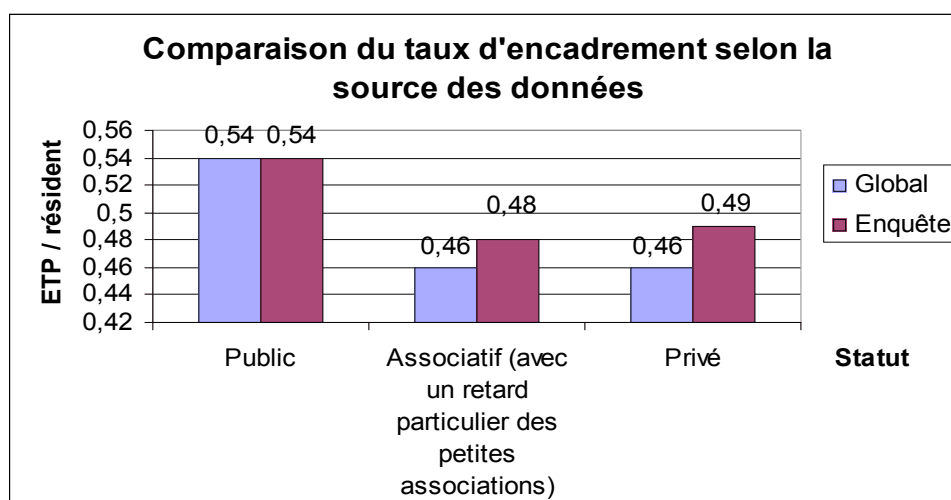
2.2.3. Les incidences en termes de ressources humaines.

2.2.3.1. Les taux d'encadrement.

Taux d'encadrement constaté dans le cadre de notre enquête :

- Etablissement Public (CCAS) : 0,54 ETP / résident
- Associatif autonome : 0,48 ETP / résident
- Société Anonyme : 0,49 ETP / résident

Les moyennes nationales constatées par le rapport du Commissariat Général au Plan sont les suivantes⁵⁴ :



Nous constatons que ces chiffres sont quasi-similaires aux chiffres relevés dans le cadre de notre enquête.

Nous relevons également que la faiblesse de ces écarts (0,08 ETP entre les deux extrêmes) nous a été confirmée dans le cadre d'un entretien réalisé avec une représentante du Conseil Général du Rhône : « *Dans le cadre des conventions tripartites, tout le monde doit avoir à peu près les mêmes ratios. On ne devrait pas avoir de différence.* »

Nous relevons enfin que pour la DRASS, les écarts entre postes financés et postes occupés ne sont pas différents d'un opérateur à l'autre.

⁵⁴Le BOULER Stéphane (dir.), 2005, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 » Les Cahiers du plan, n°11, septembre, disponible sur <http://www.plan.gouv.fr>, page 46.

2.2.3.2. Les qualifications initiales.

Les entretiens réalisés ne nous ont pas permis de dresser un comparatif exhaustif –par qualification et emploi occupé- du personnel des établissements étudiés.

Nous relevons néanmoins, dans le cadre des entretiens réalisés, des propos relativement concordants dans leur évocation d'un plus haut niveau de qualification exigé au sein du secteur public.

Certaines sources documentaires (néanmoins imprécises et sans chiffres fiables) partiellement corroborées par les entretiens menés dans le cadre de l'enquête évoquent des qualifications initiales plus fortes au sein des établissements publics.

Ainsi, jusqu'en 2007, seul le secteur public exigeait une qualification particulière pour les directeurs d'EHPAD (et spécifiquement dans le cas des EHPAD rattachés à un hôpital).

La "culture du diplôme" ainsi que le recrutement par concours propres au secteur public semblent plaider en ce sens mais l'absence de données chiffrées fiables au niveau national et le caractère non probant des résultats de l'enquête ne nous permettent pas d'avancer de certitudes.

2.2.3.3. La formation continue.

La problématique est sensiblement la même que pour les qualifications initiales. Si chaque directeur a insisté sur la nécessité de formation continue, le seul chiffre en pourcentage de masse salariale nous a été donné par le directeur de l'EHPAD gérée par une société commerciale. Nous relevons que ce chiffre (3% de la masse salariale) est particulièrement plus élevé que l'obligation légale en la matière (1,8%).

La consultation des sites internet⁵⁵ des sociétés privées commerciales nous confirme que les opérateurs privés consacrent entre 2,8% et 4% de leur masse salariale à la formation continue alors que le minimum légal pour ce secteur est de 1,82%. Une grande association affiche quant à elle un taux supérieur à 4%. Cependant nous constatons comme précédemment une absence de statistiques nationales et considérons l'ensemble de ces résultats de l'enquête comme peu probants.

⁵⁵ www.medica-france.fr ; www.groupe-korian.com, www.acppa.fr

2.2.3.4. La rémunération et les perspectives de carrière.

Cette comparaison a été effectuée sur la base de 4 fonctions (aide-soignant, infirmier, cadre de santé, directeur), des deux principales conventions collectives du secteur (la convention FEHAP pour le secteur associatif et la CCU pour le secteur commercial) ainsi que de la grille salariale de la fonction publique.

Afin de tenir compte des éléments variables de rémunération (tels que les primes par exemple), nous avons consulté les offres d'emploi proposées par l'ANPE et l'APEC en effectuant une comparaison entre les rémunérations proposées par chaque type d'opérateur pour le même emploi.

Au terme de cette analyse, il apparaît que les rémunérations proposées par la fonction publique s'avèrent inférieures à celles proposées par le secteur associatif et par le secteur commercial quel que soit le type d'emploi. Cependant, l'importance des primes et une prise en compte substantielle de l'ancienneté dans la rémunération rendent le statut public avantageux pour les professions les moins diplômées.

Ainsi, comme le relève l'IGAS : « *Le régime indemnitaire, particulièrement favorable aux agents hospitaliers, notamment pour les aides-soignants, limite aussi les possibilités de mobilité entre le secteur public et le secteur privé.* » (IGAS, 2004, page 37)

Le secteur associatif offre quant à lui des rémunérations plus importantes que le secteur privé commercial pour les non cadres. Cet écart de rémunération s'amplifiant au fur et à mesure de l'évolution de carrière du fait d'une meilleure prise en compte de l'ancienneté.

Pour les cadres, les salaires de début de carrière s'avèrent inférieurs au secteur commercial cependant, cet écart est comblé au fil de l'ancienneté pour, à terme, s'avérer plus avantageux.

Les sociétés commerciales et les grandes associations offrent par ailleurs davantage d'opportunités de carrière du fait notamment d'une reconnaissance accordée au "savoir-faire" et au "mérite". En effet, les évolutions vers des qualifications supérieures, et notamment de cadres, sont moins fréquentes dans la fonction publique, l'évolution par voie de concours ayant un caractère bloquant pour beaucoup de professionnels.

Il s'agit là d'une incidence de gestion forte « *Dans la mesure où les ressources humaines constituent à la fois le potentiel de travail mais aussi la part majoritaire des dépenses des structures dans le champ sanitaire et social (70% des budgets dans les établissements de santé, 90% dans les EHPAD)* »⁵⁶ ainsi, un établissement appliquant une convention collective plus 'favorable' devra immanquablement répercuter ce coût sur ses différents tarifs.

2.2.3.5. L'impact limité du bénévolat.

Des bénévoles interviennent au sein des différents établissements que nous avons visités. Présente uniquement dans les activités d'animation, l'activité bénévole s'avère sans incidences en termes de gestion des structures. Toutefois, nous relevons comme sur beaucoup d'autres établissements sociaux et médico-sociaux que les établissements les moins bien dotés budgétairement sont les plus ouverts sur l'extérieur et enregistrent la plus forte participation de bénévoles.

La présence de bénévoles au sein des conseils d'administration associatifs génère des économies qui cependant restent marginales compte tenu des masses budgétaires en jeu. Cependant cette présence n'est pas anecdotique dans la mesure où elle influe directement sur la gestion de l'opérateur : en effet, la présence directe des familles des usagers dans l'instance décisionnelle peut orienter les choix stratégiques de cette dernière. En termes de fonctionnement général, nous pouvons relever qu'il s'agit là d'un mode de décision plus démocratique.

La spécificité associative de la composition du conseil d'administration confère surtout un avantage pour ce qui concerne les membres représentant des institutions adhérentes : ainsi, le fait de disposer d'un élu (ou d'un représentant d'une caisse de retraite par exemple) donne un avantage comparatif par rapport à l'institution qui ne dispose pas de ce relais. Ceci pose cependant la question de l'indépendance des associations concernées.

A titre d'exemples :

⁵⁶ Ibid page 43.

- le conseil d'administration de l'AREPA compte des représentants de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, de la Caisse de Retraite et de Prévoyance du Personnel des Sociétés d'Assurance, de la RATP et de la Caisse des dépôts.⁵⁷

- L'ACPPA indique sur son site internet⁵⁸ qu'elle a été créée en 1982 « par des élus » et que son conseil d'administration compte des « *élus, gériatres, gérontologues, spécialistes du secteur social et du logement. Deux sièges sont réservés à des administrateurs représentant les familles de résidents.* »

Bien que la participation de ces membres institutionnels ne soit pas rémunérée elle s'effectue néanmoins sur leur temps de travail et à la demande de leur employeur (à l'exception des élus) ; à ce titre, ils ne peuvent être considérés comme bénévoles.

2.2.4. Les autres incidences.

2.2.4.1. Le niveau de revenu.

L'enquête que nous avons effectuée sur le département du Rhône fait apparaître que :

- près des deux tiers des places installées sont habilitées à l'aide sociale,
- la totalité des places du secteur public et les quatre cinquièmes des places du secteur associatif sont habilitées,
- le secteur commercial offre peu de places habilitées, tant en nombre qu'en pourcentage.

Places habilitées à l'aide sociale. Département du Rhône. ⁵⁹	Nombre de places habilitées à l'aide sociale	Pourcentage du total des places
Etablissements publics.	2988	100%
Etablissements associatifs.	3737	80,78%
Etablissements privés.	297	9,20%
Total.	7022	64,76%

⁵⁷ Source : www.arepa.org

⁵⁸ www.acppa.fr

⁵⁹ Tableau effectué par nos soins sur la base des informations mises à disposition par le Conseil Général du Rhône et de contacts directs avec les établissements.

En complément de ces données brutes, les déclarations recueillies dans le cadre des entretiens d'enquête évoquent l'accueil par les établissements privés d'une clientèle plus aisée et un temps d'attente inférieur avant l'obtention d'une place dans les établissements de ce type.

Au-delà de ce premier constat, les déclarations recueillies insistent sur le fait que la question des revenus dépasse largement la question du type d'opérateur et que les conséquences sont d'importance pour les usagers. Pour illustrer ce point, nous citerons les propos du directeur de l'EHPAD gérée par une association dont l'ensemble des places est agréée à l'aide sociale :

« Une maison de retraite, ça coûte toujours cher et la retraite du résident couvre très rarement les frais ».

« La retraite moyenne en France est de 1 100€⁶⁰ par mois et le coût de l'hébergement dans un établissement revient rarement à moins de 1 400€ par mois ».

« Dès lors qu'on est agréé à l'aide sociale, on est plus tout à fait maîtres du jeu, on est dans un rôle de service public ».

« L'aide sociale est payée avec retard, ou pas payée en cas d'hospitalisation du résident. Ceci compromet l'équilibre financier de l'établissement (...) on ne peut pas se permettre pour des raisons d'équilibre budgétaires, de prendre plus de 15% de résidents bénéficiant de l'aide sociale. Je suis obligé d'effectuer un tri entre les demandes. »

Ainsi, le niveau de revenu des usagers semble être un facteur discriminant malgré les dispositifs publics mis en place pour le corriger.

Le rapport du Commissariat Général au Plan relève que *‘des revenus très modestes constituent un frein à l'entrée en établissement que l'aide sociale ne parvient pas à compenser et des revenus élevés favorisent le maintien à domicile ou l'hébergement au sein de maisons de retraite du secteur privé à but lucratif.⁶¹’*

Certains sites d'information dédiés aux seniors font également état de cette problématique, confirmant par là même les observations recueillies dans le cadre de l'enquête.

⁶⁰ Voir l'annexe n°3 venant confirmer ce chiffre.

⁶¹ Le BOULER Stéphane (dir.), 2005, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », Les Cahiers du plan, n°11, septembre, disponible sur <http://www.plan.gouv.fr>, Page 49.

Le rapport GISSEROT⁶² fait état d'un reste à charge pour les familles situé entre 1000 et 1500 euros par mois alors que la retraite des plus de 80 ans se situe, selon ce même rapport à 1 200 euros par mois.

Enfin, si les établissements commerciaux se sont longtemps positionnés sur un marché "haut de gamme", leur politique commerciale les oriente aujourd'hui vers la gestion (par reprise ou création) de places habilitées à l'aide sociale. A titre d'exemple, la société Médica a réalisé une plaquette d'information⁶³ à destination des maires présentant la reprise de gestion ou la création de l'établissement de leur commune par cette société comme une réponse à la "complexité" et aux "risques" que représente l'exercice de ce métier.

2.2.4.2. Le niveau de dépendance.

Les diverses sources documentaires et les entretiens réalisés révèlent une entrée en institution de plus en plus tardive liée à un état de dépendance de plus en plus important.

Dans ce contexte, les EHPAD gérées par des sociétés commerciales fournissent un effort particulier.

« Nous [les opérateurs privés] avons à gérer les niveaux de dépendance les plus élevés dans un contexte où l'on entre de plus en plus dépendant en établissement⁶⁴. »

En effet, le GMP de ces établissements s'avère en moyenne plus élevé que celui des autres opérateurs. De plus, un place particulièrement importante est faite aux personnes âgées atteintes de détérioration intellectuelle (environ 40% des places gérées par les sociétés commerciales).

Cette spécificité n'a pu nous être expliquée par aucun de nos interlocuteurs. Nous pouvons néanmoins avancer l'hypothèse d'une entrée plus tardive en institution du fait d'un maintien à domicile favorisé par le niveau de revenus de leurs clients.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, les établissements gérés par des sociétés commerciales bénéficient d'un tarif dépendance inférieur aux autres opérateurs. Ceci peut avoir trois incidences distinctes :

- une tension soit sur la charge de travail des professionnels concernés,

⁶² référence

⁶³ « Demain, la maison de retraite de votre commune », plaquette disponible sur www.medica-france.fr

⁶⁴ Citation extraite d'un entretien réalisé avec le directeur d'un EHPAD géré par une société commerciale.

- une incidence directe sur la qualité de la prestation,
- un déficit de cette section tarifaire qui se reporte sur le tarif d'hébergement.

Cette dernière incidence nous a été confirmée par le directeur général d'une société gérant plusieurs EHPAD :

« L'Etat dit : "Je maîtrise mes charges et je responsabilise l'utilisateur du budget". Mais s'il y a un déficit et que je dis : "Vous m'avez donné 100, j'ai dépensé 120. Financez-moi les 20." La DDASS refuse. C'est donc la section hébergement, donc l'usager qui éponge. Il y a des standards de qualité élevés exigés et pas de financement d'où une attente que les sociétés financent la charge supplémentaire par le prix de journée. Au final, c'est un transfert des charges de l'Etat vers les usagers. »

Nous pouvons avancer que ce mode opératoire des autorités de tarification relève de l'application d'un des scénarii du rapport GISSEROT sans que cela ne soit "assumé" par ces autorités ni, surtout, clairement décidé et voté par les instances politiques.

2.2.4.3. La qualité de l'équipement.

Le rapport du Commissariat Général au Plan nous fournit quelques indications concernant ce paramètre :

« (...) les chambres disposant de douche accessible avec un fauteuil roulant sont présentes dans 34 % des maisons de retraite rattachées à un hôpital contre 64 % des maisons de retraite privées à but lucratif. D'une manière générale, les établissements qui présentent l'offre d'équipement la plus complète sont les maisons de retraite privées – à but lucratif ou non –, privilégiant simultanément l'accessibilité, la sécurité mais aussi le confort des résidents. Par ailleurs, s'il n'est pas d'opérateur qui ne souhaite disposer de taux d'équipement à 100 % dans chacun des équipements techniques ou de confort mentionnés, les établissements publics et privés habilités à l'aide sociale sont contraints par le niveau tarifaire accepté ou non par le Conseil général, dans le souci d'apporter une solution d'hébergement accessible en termes financiers⁶⁵. »

⁶⁵ Le BOULER Stéphane (dir.), 2005, « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », Les Cahiers du plan, n°11, septembre, disponible sur <http://www.plan.gouv.fr>

Une vérification de ces informations dans le cadre de l'enquête aurait nécessité une visite assez approfondie de chaque établissement. Néanmoins, la description générale de leur établissement par les directeurs et l'impression –tout aussi générale- que j'ai pu avoir dans le cadre de ces rencontres tendent à confirmer ces informations.

Les entretiens réalisés avec deux représentants de l'Etat (DRASS et DDASS) viennent confirmer ces impressions :

« Certains établissements ont des locaux très anciens dans le public et l'associatif. Dans le Rhône, nous avons vu encore récemment des chambres à trois voire quatre lits avec douche à l'étage. »⁶⁶

« Face à la vétusté de certains locaux gérés par des associations et même parfois publics, nous avons eu la plus grande vigilance dans la formulation des objectifs inscrits dans la convention tripartite. L'objectif numéro 1, c'est la reconstruction.⁶⁷ »

Dans le cadre de mon stage, j'ai pu constater une grande qualité de l'équipement au sein du réseau OMERIS mais ce constat est à relativiser dans la mesure où cet opérateur se positionne selon ses propres dires sur un marché haut de gamme et où selon les services du conseil général *“la qualité des prestations architecturales et hôtelières de l'ACPPA, sur les réalisations récentes, est égale à celles que propose OMERIS”*.

2.2.4.4. Incidences en termes de choix stratégiques.

La consultation des diverses sources documentaires révèle les grandes tendances suivantes, malheureusement ces tendances n'ayant pu être vérifiées dans le cadre de notre enquête de terrain, nous ne pouvons que les citer avec la plus grande prudence :

- La création d'un établissement public répond davantage à des besoins non couverts et à une clientèle moins solvable et, nationalement, s'implante davantage dans des zones peu porteuses (espaces ruraux notamment). La temporalité est de première importance concernant ces établissements : en effet, les créations récentes semblent rares au niveau national et sont inexistantes sur le département du Rhône. Bon nombre d'établissements ont été créés dans les années 1970.

⁶⁶ Citation issue d'un entretien réalisé avec un cadre de la DRASS Rhône-Alpes.

⁶⁷ Citation issue d'un entretien réalisé avec une représentante de la DDASS du Rhône.

- A l'inverse, les établissements privés commerciaux sont très majoritairement implantés en milieu urbain et les opérateurs privés réagissent très rapidement aux évolutions de la "demande" : ainsi, les capacités d'accueil des EHPAD du secteur privé lucratif ont connu une croissance trois fois supérieure à la moyenne nationale alors que, dans le même temps, ces mêmes opérateurs se sont largement désengagés de la gestion des résidences services (*29% de places en moins entre 1996 et 2003*⁶⁸).

- Le secteur associatif : Les grandes associations développent leurs implantations en milieu urbain dans le cadre d'une véritable politique commerciale. A l'inverse, les petites associations n'ont pas forcément les moyens de développer leurs implantations compte tenu de la complexité des dossiers et de la solidité financière requise. Au-delà, l'implantation de certaines petites associations en milieu rural évoque une véritable délégation de service public, pour ne pas dire une "gestion de fait". Enfin, l'adhésion des résidents et/ou de leurs proches demeure un objectif de premier ordre pour nombre d'associations. A titre d'exemple, l'ACPPA affiche un taux d'adhésion de 30% de l'ensemble des familles ayant une personne prise en charge.

⁶⁸ Idem.

III Des éléments d'uniformisation.

3.1. L'évolution du rôle des autorités publiques.

3.1.1. Constats.

Depuis la fin des 30 glorieuses, l'intervention de la puissance publique s'est considérablement diversifiée et complexifiée. Ceci pose inévitablement la question des moyens dont disposent l'Etat et les collectivités locales ainsi que de la répartition de ces moyens.

Cette problématique a été abordée à de nombreuses reprises dans le cadre des enseignements du Master Economie Sociale et Solidaire. Parmi les diverses questions susceptibles de résumer cette problématique, nous retiendrons celle formulée par monsieur ABDELMALKI dans le cadre des cours d'économie de l'environnement : « *L'Etat a-t-il les moyens de ses ambitions ?* »

En tant que membre d'un corps professionnel fortement marqué par une vision du monde égalitaire dont la puissance publique se doit d'être garante, j'ai souvent été interrogé par cette question des limites à la capacité d'agir de la puissance publique.

« *L'Etat en Isère, ce sont 3 personnes* ». Ce constat d'impuissance effectué voici quelques années par une représentante de la DDASS de l'Isère dans le cadre de la gestion du "Plan froid" constitue à mon sens un exemple tout à fait concret de cette problématique.

Mes expériences professionnelles m'ont souvent laissé le sentiment qu'en l'espèce l'économique vient souvent en amont du politique : le manque de moyens humains et financiers générant la décision politique venant redéfinir les missions des autorités publiques.

Dans le domaine social et médico-social, nous pouvons avancer que plusieurs facteurs (montée des exclusions, délitement du lien social, apparition de nouveaux droits sociaux,

judiciarisation des rapports entre usagers et institutions médico-sociales) ont généré une charge supplémentaire poussant la puissance publique à repenser son action.

Dans ce cadre, les services de l'Etat et des Conseils Généraux jouent un rôle accru de garants de la qualité et de la sécurité des prestations qu'ils demandent aux différents opérateurs de prouver. Plus précisément, nous observons une emprise croissante des pouvoirs publics sur les contours des activités à développer par les opérateurs et les modes de prise en charge par les exigences de qualité et de sécurité qu'ils imposent.

Ces constats nous ont été confirmés dans le cadre d'un entretien avec une représentante du Conseil Général du Rhône :

« Il n'y a pas eu d'ouverture d'établissement public ces dernières années. Dans les années 70, il y avait un vrai besoin. Est-ce dans les missions premières des collectivités locales d'ouvrir des établissements ? Ce n'est pas la priorité que les collectivités se donnent surtout compte-tenu des nouvelles missions qui leur sont attribuées. Pour vous donner une idée, le Conseil Général est passé de 1600 à 5000 agents. Nous ne pouvons pas tout faire. »

3.1.2. Le "management public". La position de la puissance publique.

Le "New Public Management" (NPM) est un vaste mouvement de réforme des administrations publiques d'inspiration anglo-saxonne fondée sur une gestion contractuelle de l'emploi public (par opposition au système statutaire français). L'idée principale est de rapprocher les modes de gestion des administrations publiques de ceux des entreprises privées en favorisant la recherche de la rentabilité et les rapports de type commercial ou contractuel visant la satisfaction des citoyens.

Cette culture managériale fondée sur le concept de flexibilité est articulée autour de cinq mots-clés : concurrence, contrat, objectif, évaluation, performance.

Partant d'Angleterre et, plus largement, du Nord de l'Europe le NPM a peu à peu gagné les autres pays.

La France est couramment décrite comme le seul pays d'Europe n'ayant pas réformé sa fonction publique en s'inspirant du NPM.

Cependant, l'évolution vers la contractualisation dans une logique objectifs/résultats/moyens, largement engagée dans le secteur social et médico-social, produit un changement de culture

et d'organisation d'ores et déjà tangible rapprochant les modes de gestion des opérateurs indépendamment de leur statut juridique. Ces changements qui s'avèrent certainement annonciateurs des fonctionnements futurs ne pourront qu'être amplifiés par la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP).

Certains verront dans l'évolution actuelle un NPM qui ne dit pas son nom, relevant d'un syndrome de la maladie honteuse, d'autres y verront au contraire le développement d'une voie originale permettant le maintien d'une régulation publique importante malgré un cadre budgétaire des plus stricts.

Pour notre part, l'enquête que nous avons effectuée ne nous a nullement laissé le sentiment d'une diminution d'influence de la sphère publique mais plutôt d'une redéfinition de celle-ci.

3.2. Une évolution des modes de financement.

3.2.1. Les défiscalisations.

Le législateur a prévu la possibilité pour les particuliers disposant de revenus élevés de bénéficier d'une défiscalisation de leurs revenus sur une longue période en investissant dans des EHPAD. Une économie d'impôts supplémentaire peut être réalisée par l'investisseur s'il s'inscrit à un centre de gestion agréé.

Concrètement, la personne achète une 'part' d'un EHPAD (une ou plusieurs chambres), en facture la location à l'exploitant de l'établissement et défiscalise ces revenus sur une période de 30 à 40 ans.

Selon le volume de ses investissements, la personne choisira le statut de loueur en meublé non professionnel ou bien, à partir de 23 000€ annuels de recettes, de loueur en meublé professionnel.

La rentabilité offerte par les investissements en EHPAD est généralement plus importante que sur les autres investissements locatifs, les charges d'exploitation, d'entretien et de gros travaux étant généralement pris en charge par le gestionnaire.

Dans la mesure où la défiscalisation couvre les intérêts d'un éventuel prêt bancaire, il n'est pas inopportun de relever que les opérateurs publics auraient tout à fait pu réaliser l'opération par eux-mêmes et à coûts constants.

Ce mécanisme par lequel la puissance publique fait le choix de se priver de recettes plutôt de s'engager des dépenses directes relève non pas d'un objectif d'économies financières mais bien d'une vision stratégique.

Enfin, nous pouvons relever que cette solution de financement ne fait pas l'unanimité parmi les opérateurs commerciaux : *« L'immobilier représente entre 8 et 11 millions d'euros auxquels il faut ajouter, à la charge de l'opérateur, environ 900 000 euros d'investissements et 300 000 euros afin de financer le déficit de la première année d'exploitation (...) Les défiscalisations c'est un peu un passage obligé mais ce n'est pas l'idéal⁶⁹. »*

3.2.2. Quels financements pour l'avenir ?

3.2.2.1. Le rapport GISSEROT.

Ce rapport relève plusieurs points tendant à minimiser l'impact financier de la prise en charge de la dépendance en France :

La hausse des investissements publics depuis la fin des années 1990 a permis à notre pays de rattraper son retard par rapport à d'autres pays comparables tels l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

⁶⁹ Citation extraite d'un entretien réalisé avec le directeur général d'une société commerciale gérant plusieurs EHPAD.

L'évolution démographique ne met pas a priori en péril l'équilibre de notre système de prise en charge :

- la hausse des plus de 75 ans rapportée à la population totale devrait être d'environ 1% jusqu'en 2030 et 2% au maximum sur la période 2030-2040.
- Les facteurs liés à la dépendance tels que l'âge et la durée sont très aléatoires. Les études actuelles prévoient une augmentation de 1% par an du nombre de personnes âgées dépendantes jusqu'en 2040.
- De ce fait, la croissance actuelle des moyens affectés à la dépendance serait de nature à absorber l'évolution démographique.
- Des redéploiements de crédits de l'assurance maladie (restructurations hospitalières, économies sur les prescriptions médicales) pourraient permettre d'assurer le financement de la dépendance dans la mesure où celle-ci ne représente que 10% des dépenses d'Assurance maladie.

Trois pistes de financement sont dégagées par ce rapport :

- maintenir le niveau de prélèvements obligatoires en recentrant l'APA sur les personnes les plus défavorisées et les plus dépendantes et en orientant les autres vers le système assurantiel.
- Maintenir le niveau de protection actuel, ce qui implique une progression des prélèvements obligatoires de 3% à 5% par an (les retraités étant sollicités via la CSG). Dans ce cadre, le recours aux assurances privées n'est pas exclu et des redéploiements de crédits sont préconisés.
- Poursuivre un objectif de baisse du reste à charge laissé aux familles en acceptant une hausse des prélèvements obligatoires supérieure à 5% par an. Ce scénario de "socialisation" de la prise en charge semble trouver écho dans le projet de création d'un cinquième risque de Sécurité Sociale.

3.2.2.2. Vers la création d'un « cinquième risque » ?

La Sécurité Sociale compte à ce jour 4 branches recouvrant les champs de la maladie, de la famille, des accidents du travail et de la vieillesse.

La mise en place d'un cinquième risque créerait un droit universel visant à compenser le handicap. La gestion en serait confiée à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)⁷⁰.

Cependant « *aucun crédit supplémentaire basé sur la solidarité nationale n'est envisagé* ». ⁷¹Ce cinquième risque ne consistera pas en une prise en charge totalement socialisée mais comprendra une part d'assurance privée dont les contours restent à définir⁷².

Ainsi, il semble que la création du cinquième risque préfigure davantage l'application de la première hypothèse du rapport GISSEROT (recentrer l'APA et développer un système assurantiel) plutôt que la dernière.

Nous relevons que cette idée de situer l'Etat comme garant d'un certain niveau de prise en charge plutôt que comme gestionnaire direct voire exclusif procède de la même logique que celle qui a cours pour la gestion des établissements avec une absence de désengagement de la part de la puissance publique concomitamment à l'ouverture du 'secteur' aux opérateurs commerciaux.

3.3. Une évolution des opérateurs.

3.3.1. Une diversité d'opérateurs.

« Tout le monde a sa place, c'est une façon de dynamiser le secteur. »

A l'instar de ce propos tenu par une représentante du Conseil Général du Rhône, les entretiens que nous avons réalisés avec les représentants des autorités publiques font apparaître :

- une volonté de favoriser l'émergence d'une pluralité d'acteurs afin de créer une émulation,
- une concurrence qui, sur le département du Rhône, reste relative. Ainsi, selon nos interlocuteurs, il n'est jamais arrivé que deux projets portés par des opérateurs différents se retrouvent en concurrence directe sur une même aire géographique.

⁷⁰ Etablissement public créé par la loi du 30 juin 2004 ayant pour mission de financer les aides en faveur des personnes âgées et handicapées, garantir une égalité de traitement sur le territoire quel que soit le handicap, suivre et rendre compte de la qualité du service rendu.

⁷¹ Communiqué de l'Association des Paralysés de France disponible sur www.apf.fr

⁷² Selon les informations diffusées sur le portail de l'Elysée (www.elysee.fr) et du Premier ministre (www.premier-ministre.gouv.fr).

3.3.2. Vers un développement de la concurrence ?

Plusieurs indices nous laissent à penser que cette simple émulation constatée sur le département du Rhône n'est certainement qu'une des prémices de l'émergence d'une véritable concurrence :

- Certains départements (la Loire par exemple) placent les opérateurs en situation de concurrence directe par des appels à projets.
- La logique de concentration à l'œuvre dans le secteur depuis deux à trois ans –alimentée par la restriction de certains ‘segments de marché’- ne peut que produire, à terme, des effets de concurrence tant sur les rachats que sur les créations d'établissements.
- Il m'a été donné de constater, dans l'exercice de ma profession, des mises en concurrence directes d'associations par les services de l'Etat dans le cadre de l'organisation de grands programmes (tel le ‘Plan froid’ précédemment cité) conçus comme autant de marchés.

3.3.3. Des rapprochements.

Cette situation d'émulation ou de concurrence n'exclut pas des rapprochements entre opérateurs :

- Le SYNERPA syndicat professionnel créé en 2001 regroupe des opérateurs commerciaux et associatifs. Il représente à ce jour « *1500 établissements adhérents, soit plus de 90000 lits*⁷³ »
- Des partenariats sont de plus en plus souvent noués entre établissements commerciaux et associatifs, sous l'impulsion des pouvoirs publics. Ainsi, j'ai pu constater dans le cadre de mon stage l'organisation d'un système commun de transport entre un opérateur privé et un opérateur associatif dans le cadre de la création d'un accueil de jour. Il m'a également été donné de mesurer la forte incitation des pouvoirs publics envers les opérateurs pour que s'effectuent ce type de rapprochements considérés comme une source d'économies pour la collectivité. Des partenariats sans vocation purement économique ni incitation des pouvoirs publics se mettent également en place à l'image du réseau des accueils de jour du département du Rhône par exemple.

⁷³ Source : www.synerpa.fr

3.4. Les conséquences de ces évolutions.

3.4.1. La concurrence ne favorise pas forcément la spécialisation.

3.4.1.1. Des spécificités qui s'estompent.

L'enquête que nous avons effectuée révèle une certaine spécialisation des opérateurs et particulièrement du secteur commercial (faible pourcentage de places habilitées à l'aide sociale, positionnement souvent "haut de gamme"). Néanmoins, au-delà de ces tendances, nous relevons que ces spécialisation tendent à s'estomper : par exemple, les opérateurs privés ont de plus en plus tendance à demander une habilitation partielle de leurs places à l'aide sociale et la logique commerciale (peu d'ouvertures, saturation du marché "haut de gamme" sur certaines agglomérations) les pousse à se positionner sur le rachat d'établissements associatifs et publics.

De plus, les projets sont rédigés en fonction du cadre réglementaire et des attentes des autorités de tutelle, ce qui les uniformise.

Notre entretien avec un cadre de la DRASS Rhône-Alpes confirme cet encadrement très étroit :

« Il est vivement conseillé aux promoteurs de contacter la DDASS avant le dépôt de leur dossier. Suite à ces conseils, le promoteur est libre de déposer ou non son dossier au CROSMS⁷⁴. Les créations d'établissements doivent être compatibles avec le schéma gérontologique et le PRIAC⁷⁵. »

⁷⁴ Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale. Il doit être systématiquement consulté pour les projets de création, de transformation ou d'extension importante d'établissement social ou médico-social et rend un avis sur ces projets.

⁷⁵ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. Outil de programmation pluriannuel issu de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il valorise sur 5 ans ce qui sera financé par l'Etat.

3.4.1.2. Des caractéristiques parfois très proches :

Capacité moyenne des établissements.	
ETABLISSEMENTS PUBLICS	79 PLACES
ETABLISSEMENTS ASSOCIATIFS	70 PLACES
ETABLISSEMENTS PRIVES	73 PLACES
MOYENNE TOUS OPERATEURS	73 PLACES

Cette moyenne a été calculée par nos soins sur les 148 EHPAD du département du Rhône à partir des informations mises à disposition par le Conseil Général.

Comme nous pouvons le constater, ces moyennes sont très proches. De plus, les pouvoirs publics ont renforcé les standards en la matière par une circulaire de 2005 qui proscrit l'examen des dossiers de demande de création d'EHPAD inférieurs à 60 places. Cette capacité d'accueil est en effet communément considérée comme le seuil de rentabilité financière.

3.4.2. Les standards imposés créent des convergences.

Nous pourrions résumer les attentes des pouvoirs publics par trois mots-clés : convergence (des pratiques), médicalisation (de la prise en charge) et professionnalisation (du personnel).

Ce triple mouvement procède d'une volonté de donner un même contenu à la prestation autour de la personne âgée et d'assurer une hausse qualitative. Il a des incidences directes sur la gestion de nombreux établissements, nonobstant le statut de l'opérateur :

- uniformisation des pratiques.
 - Disparition progressive des opérateurs ne parvenant pas à se professionnaliser.
 - Développement des opérateurs ayant intégré ces nouveaux standards.
-
- La convergence des pratiques : Un examen du référentiel « ANGELIQUE » (voir annexe 6) nous renseigne sur le strict encadrement imposé aux gestionnaires. L'objectif, inscrit dans la loi depuis maintenant 10 ans, d'amélioration de la qualité accompagné des moyens d'évaluation et de contrôle nécessaires à sa réalisation constitue un élément important de

convergence des pratiques : tous les établissements répondent au même cahier des charges et aux mêmes évaluations. Ceci ne peut que réduire, peu à peu, les disparités.

- Les incidences pour les opérateurs : « *Un établissement à racheter aujourd'hui, c'est un établissement qui ne peut pas passer le cap de la professionnalisation. Nous avons effectué deux rachats L et M⁷⁶ car la situation de non professionnalisation était dangereuse pour tout le monde. A L. il y avait une infirmière propriétaire ne sachant pas faire la part des choses entre son rôle de manager et de soignant, délaissant son rôle de chef d'entreprise. A M. il s'agissait d'une maison de famille devenue pension de famille qui s'est agrandie jusqu'à 62 lits. Le terrain avait de la valeur du fait de l'activité autorisée dessus. En cas de faute, cette autorisation pouvait être retirée. Une branche de la famille a compris qu'il s'agit d'un véritable métier et a décidé de vendre.* »⁷⁷
- La professionnalisation : « *Signer des conventions tripartites, c'est s'engager à avoir du personnel diplômé (...) la médicalisation est un élément fort de la professionnalisation qui repose essentiellement sur les aides-soignantes* »⁷⁸.

Cette professionnalisation passe également par une harmonisation des qualifications des directeurs. Celle-ci a été mise en œuvre par un décret récent⁷⁹ fixant les niveaux de qualification requis l'exercice de cette fonction ainsi que les échéances à respecter pour atteindre ces niveaux de qualification.

3.5. Une réforme restant à achever ?

Les représentants des autorités publiques interrogés dans le cadre de notre enquête nous ont unanimement présenté le mouvement actuel de réforme du secteur comme ‘en cours’ ou ‘inachevé’.

⁷⁶ Les noms des villes ont été tronqués pour des raisons de confidentialité.

⁷⁷ Citation issue d'un entretien réalisé avec le directeur général d'une société commerciale gérant plusieurs EHPAD.

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Décret n°2007-221 du 19 février 2007 pris en application de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles relatif aux modalités de délégation et au niveau de qualification des professionnels chargés de la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux paru au journal officiel du 21 février 2007.

3.5.1. Sur les financements.

- La fiscalité :

Les associations sans but lucratif dont les recettes commerciales excèdent 60 000 euros par an doivent vérifier plusieurs critères afin de demeurer non imposables :

- l'activité des dirigeants doit être bénévole (une tolérance est cependant prévue),
- l'association ne doit pas concurrencer le secteur commercial,
- Si elle concurrence le secteur commercial, l'association doit s'en démarquer par le produit proposé, le public visé, les prix pratiqués et la publicité effectuée.

Une association ne réalisant pas ces conditions peut voir son caractère non lucratif remis en cause par les services fiscaux et donc devoir acquitter les impôts commerciaux : l'impôt sur les sociétés, la taxe professionnelle et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Aujourd'hui, la situation de certains opérateurs associatifs interroge les pouvoirs publics :

« Cette différence [de fiscalité] est-elle encore pertinente ? Les prestations étant comparables, le reste doit aller avec. »⁸⁰

« A partir du moment où les missions sont les mêmes, la fiscalité devrait être la même. »⁸¹

Le rapprochement des régimes fiscaux des différents opérateurs nous a été unanimement présenté comme l'une des pistes de travail des années à venir.

- Les dotations budgétaires : Il s'agit là d'un élément venant contrarier la politique de convergence mise en œuvre par les pouvoirs publics. Les représentants des autorités publiques que nous avons interrogés dans le cadre de notre enquête nous ont fait part de leur certitude d'un inévitable "réajustement"⁸² sur ce point dans les années à venir. En effet, l'harmonisation des dotations de dépendance et de soins sur des critères objectifs et non négociables semble incontournable pour nos interlocuteurs : *« Ces différences ne sont pas justifiables et ça coûte très cher au contribuable »⁸³.*

- La délégation par les pouvoirs publics de la gestion "de terrain" aux opérateurs pourrait se développer avec, comme nous l'avons vu précédemment (page 20), une délégation de gestion pour les soins de médecine de ville et le matériel médical.

⁸⁰ Citation issue d'un entretien réalisé avec une représentante du Conseil Général du Rhône.

⁸¹ Citation issue d'un entretien réalisé avec une représentante de la DDASS du Rhône.

⁸² Expression utilisée par deux de nos interlocuteurs.

⁸³ Idem.

3.5.2. Sur l'équipement.

Indépendamment du statut de l'opérateur, une des différences notables entre les établissements consiste en ce que nous pourrions appeler leur "niveau de départ" c'est-à-dire le contexte qui est le leur au moment de la négociation de la convention tripartite et le montant des budgets négociés dans le cadre de cette convention.

Ainsi, si une certaine harmonisation des niveaux d'équipement s'avère en cours dans le cadre des conventions tripartites, c'est néanmoins sur ce point que la convergence sera la plus longue à produire ses effets compte-tenu de la durée d'amortissement des bâtiments et de l'évolution constante des normes.

Nous pouvons cependant relever qu'en l'espace de 7 ans (2001-2008) les établissements les plus en retard ont été identifiés et que des plans d'actions ont été systématiquement mis en place dans le cadre des conventions tripartites. Cette évolution, à la fois rapide et conséquente, pourrait augurer d'une convergence réelle des niveaux d'équipement si l'effort entrepris vient à se poursuivre. Cependant, les spécificités du département du Rhône (notamment son fort taux d'équipement et de signatures de conventions) ne nous permettent pas de généraliser ce raisonnement.

3.5.3. Sur les ressources humaines.

Si les pouvoirs publics se sont assurés d'une convergence en termes de qualifications et de ratios d'encadrement, la question majeure des années à venir sera d'éviter un phénomène de pénurie de personnel qualifié qui selon les rapports du Conseil Economique et Social (CES, 2004) et de l'IGAS (IGAS, 2004) pourrait toucher le secteur, de l'aide soignante au cadre : « *L'ensemble des filières du secteur connaît des problèmes de recrutement* ». (IGAS, 2004, résumé introductif, page 5)

Ce phénomène de pénurie est dû :

- d'une part à la démographie des diverses professions du secteur médico-social : « *A titre d'exemple, d'ici à 2015, la fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié des agents de ces deux filières [infirmiers et aides-soignants], du fait des départs à la retraite.*

La démographie professionnelle s'avère tout aussi défavorable pour le secteur social et médico-social qui va subir de la même façon un fort renouvellement du personnel dans la quasi-totalité des emplois puisque environ un quart des effectifs de la branche atteindront 60 ans dans les dix années qui viennent. » (CES, 2004, chapitre I, page 8).

- D'autre part, la croissance des besoins avec notamment la création de 5000 nouvelles places d'EHPAD par an et le développement des services d'aide et de soins à domicile dans le cadre du Plan de Solidarité Grand Age.
- Enfin, la période de transition que connaît actuellement le secteur médico-social avec une hausse des exigences de qualifications ne pouvant être absorbée par les seuls nouveaux diplômés.

Face à ce « scénario probable d'effet de ciseaux entre des besoins d'activité croissants et des ressources humaines limitées » (IGAS, 2004, Page 23), l'IGAS préconise notamment de

- « développer une politique en matière de qualification/formation dans les métiers du secteur. » (IGAS, 2004, page 92)
- « Organiser les parcours professionnels en facilitant les passerelles entre types d'employeurs » (IGAS, 2004, page 93)

Ce second point est de nature à renforcer l'harmonisation des pratiques et réduire les clivages entre les opérateurs.

Les différents professionnels interrogés considèrent que la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) peut permettre au secteur de gérer cette transition. Cependant, à l'instar de certains de ces professionnels, nous pouvons craindre un effet de décalage entre le niveau du diplôme ainsi obtenu et les connaissances et savoir-faire réellement acquis.

Le Conseil Economique et Social a d'ailleurs identifié ce risque : « L'obtention du diplôme ne devant pas constituer une procédure anodine dès lors qu'on cherche à l'obtenir (...) » (CES, 2004, Chapitre I, page 19) et préconisé des modalités d'organisation et de contrôle adaptées.

CONCLUSION

Reprenant la réponse spontanée des gestionnaires d'établissements, nous pouvons affirmer que oui, le statut juridique de l'opérateur a une influence sur la gestion d'un EHPAD. Cette influence s'exprime notamment sur la structure du budget, la gestion des ressources humaines, le niveau de revenu des personnes prises en charge et la qualité de l'équipement. Elle induit, comme nous l'avons vu, des choix tant quotidiens que stratégiques dépassant le domaine de la gestion stricto sensu.

Au-delà, l'attention particulière des pouvoirs publics à une nécessaire évolution qualitative a largement porté ses fruits et uniformisé les conditions de prise en charge, réduisant peu à peu les disparités entre opérateurs dans un mouvement qui continue de produire ses effets.

Cependant, l'évolution quantitative accuse de fortes disparités tant géographiques que par segments de marché : ainsi, le délai d'attente souvent court (voire quasi nul) pour intégrer un établissement commercial s'avère généralement très important pour intégrer un établissement –ou une place- habilité à l'aide sociale. Dans ce dernier cas, le département de résidence peut constituer un facteur aggravant.

Ainsi, le niveau de revenus des usagers reste un élément discriminant tant dans le cadre d'une prise en charge en établissement que dans celui du maintien à domicile et les familles sont d'autant mises à contribution tant humainement que matériellement que leurs parents disposent de faibles revenus. Ainsi, après avoir humanisé la prise en charge en la supervisant et en la professionnalisant, la puissance publique doit désormais s'assurer de la rendre effectivement accessible à tous.

L'effort financier que cela demandera inévitablement à la collectivité, combiné à l'évolution de la pyramide des âges de la société française pose la question du financement. Or, cette dernière question porte en elle un choix de société : la prise en charge de la dépendance est-elle une affaire privée, (gérable par le système assurantiel), ou collective (induisant une socialisation de la prise en charge) ou 'mixte', alliant système assurantiel et collectif ?

Dans ce contexte, le développement d'un système assurantiel complémentaire au système dit "socialisé" actuellement en cours d'élaboration est présenté comme un mode de financement adapté à la capacité contributive de chacun.

Nous pouvons relever que cette démarche serait en rupture avec la logique de l'aide sociale – relevant d'un système d'assistance- en s'inscrivant dans une logique de garantie de ressources. Cette évolution s'inscrirait dans le sillage des réformes successives de l'hôpital, l'ayant peu à peu transformé en établissement de soins.

La référence à un cinquième risque de Sécurité Sociale nous pousse à comparer le risque dépendance à ceux déjà couverts : ainsi, s'il en va à l'avenir de la dépendance comme de la maladie, il n'est pas exclu d'imaginer une couverture dépendance universelle permettant aux usagers de faire face à leurs frais de dépendance, les mutuelles et les sociétés d'assurance pouvant être autorisées à gérer la part complémentaire du risque et pouvant être rémunérées à ce titre par la couverture dépendance universelle.

La comparaison avec le système de santé ne s'arrête pas là dans la mesure où nombre de nos interlocuteurs ont évoqué la réforme du secteur médico-social comme s'inscrivant dans le sillage de la réforme hospitalière.

Rappelons que notre système de santé fortement encadré par l'Etat est mixte tant du point de vue de l'exercice des professionnels (hôpitaux, cliniques, médecins de ville, etc.) que de la couverture des usagers (sécurité sociale, mutuelles). Rappelons d'autre part que ce système offre, malgré les critiques qu'il connaît, des garanties de qualité et d'universalité qui l'on fait reconnaître comme le meilleur au monde par l'Organisation Mondiale de la Santé⁸⁴.

Portant plus largement notre regard sur l'ensemble du secteur social et médico-social, nous pouvons nous demander si la montée en puissance des opérateurs commerciaux dans la prise en charge des personnes âgées n'est pas annonciatrice d'une généralisation de ce type de gestion que nous pourrions qualifier de "mixte".

Ainsi, le rapprochement effectué entre les problématiques du handicap et du grand âge visant à mettre fin à des cloisonnement trop étanches générant des ruptures de prise en charge peut à terme déboucher sur l'ouverture à la gestion des établissements pour personnes handicapées aux opérateurs commerciaux.

⁸⁴ Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant », Juin 2000. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>

Ainsi, nous restons convaincu que la problématique que nous avons formulée concerne effectivement l'ensemble des établissements sociaux et médicaux sociaux, au-delà de l'exemple des EHPAD.

Enfin, ces choix de financement et d'organisation qui se posent au législateur ne font que nous rappeler que l'économie ne constitue pas une sphère répondant à des règles universelles et immuables, autonome des autres activités humaines.

Plus modestement, parvenant au terme de cette année de formation, je souhaite brièvement revenir sur ses apports.

Conscient des limites de l'apprentissage par la seule expérience et souhaitant éviter l'enfermement tant intellectuel que professionnel j'ai souhaité ouvrir mes savoirs et ma réflexion en réinscrivant mon domaine d'intervention dans son cadre global et en m'ouvrant à d'autres pratiques.

Les apports théoriques du Master m'ont permis de resituer le travail social dans son contexte économique, historique et politique ainsi que de mieux appréhender le vaste ensemble auquel il appartient, l'économie sociale et solidaire.

L'ouverture à d'autres pratiques professionnelles nécessitait d'effectuer mon stage au sein d'un secteur d'activité autre que le mien (les adultes et familles en difficultés sociales) et dans un cadre institutionnel qui me soit jusqu'alors inconnu.

Appartenant à un milieu professionnel où l'a priori envers les entreprises commerciales est quasiment un fait culturel, j'ai souhaité dépasser ce clivage afin de connaître une remise en question aussi complète que possible, gage d'un apprentissage qui je voulais plus humain que didactique.

Le présent mémoire représente une synthèse de cette expérience. Il a été réalisé dans le même esprit de curiosité et d'objectivité.

BIBLIOGRAPHIE

Livre :

BERTAUX Roger, HIRLET Philippe, *L'évolution du métier de directeur d'établissement social*. Seli Arslan, Paris, 2002, 190 pages.

Rapports, études :

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE RHONE-ALPES, 'Rapport d'observations définitives sur la gestion du département du Rhône', Lyon, janvier 2005, 48 pages. Disponible sur : <http://www.ccomptes.fr>

CONSEIL GENERAL DU RHONE, « Schéma 2004-2008 d'organisation sociale et médico-sociale en faveur des personnes âgées. », Lyon, 2004, 139 pages. Disponible sur demande à l'adresse : www.rhone.fr

COUR DES COMPTES, « Les personnes âgées dépendantes », Paris, novembre 2005, 429 pages. Disponible sur <http://www.ccomptes.fr>

DELAHAYE-GUILLOCHEREAU Valérie, FLAMANT Pascale, JEANDET MENGUAL Emmanuèle, AUDIGE Thomas, « Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. L'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne. » IGAS. Rapport n°2004057, Paris, Mai 2004, 95 pages.

DRASS Rhône-Alpes, « Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie 2007-2011 » *Lyon, 2007, 93 pages*. Disponible à l'adresse suivante : <http://rhonealpes.sante.gouv.fr>

GALLEZ Cécile, « Rapport sur la maladie d'Alzheimer et sur les maladies apparentées », Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Paris, juillet 2005, 256 pages. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.palais-bourbon.fr/12/rap-off/i2454.asp>

Le BOULER Stéphane (dir.), 2005 : « Prospective des besoins d'hébergement en établissement pour les personnes âgées dépendantes, Premier volet : détermination du nombre de places en 2010, 2015 et 2025 », Les Cahiers du plan, n°11, Paris, septembre, disponible sur <http://www.plan.gouv.fr>

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, « Plan solidarité– Grand Age », Paris, juin 2006.

MORANGE Pierre, « Rapport d'information sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux », Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, Paris, juillet 2004, 115 pages. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.palais-bourbon.fr/12/pdf/rap-info/i1776.pdf>

PINAUD Michel, « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social ». Rapport du Conseil Economique et Social, Paris, juillet 2004. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.conseil-economique-et-social.fr>

« Plan ‘ Alzheimer et maladies apparentées ’ 2008-2012 », Paris, février 2008, 84 pages. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.sfsp.fr/activites/file/PlanAlzheimerfina.pdf>

Articles :

FANTON Béryl, « Un cinquième branche de la sécurité sociale dédiée au risque dépendance », Avenir et santé n°356 Aout/septembre 2007.

GRENEL Léo, « Vers une privatisation des services à la personne ». Lien social, publication n° 706 du 22 avril 2004. Disponible à l'adresse suivante : http://www.lien-social.com/spip.php?article167&id_groupe=2

Sites internet :

ACPPA : <http://www.acppa.fr>

Age village : <http://www.agevillage.com>

AREPA : <http://www.arepa.org/>

Cap retraite : <http://www.capretraite.fr>

CRIAS : <http://www.crias.asso.fr>

Défiscalisation EHPAD : www.defiscalisation-ehpad.fr

Diagnostic expertise : www.diagnostic-expertise.com

FEHAP : <http://www.fehap.fr/>

Hermès Santé : <http://www.residenceretraite-hermes.com>

INSEE : <http://www.insee.fr>

Korian : <http://www.groupe-korian.com>

Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Les maisons de retraite : <http://www.lesmaisonsderetraite.fr>

Médica : <http://www.medica-france.fr>

Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité : <http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

Oméris : <http://www.omeris.fr>

Portail du Premier Ministre : <http://www.premier-ministre.gouv.fr/fr/>

Troisième vie : <http://www.3evie.com>

UNIOPSS : <http://www.uniopss.asso.fr/>

SYNERPA : <http://www.synerpa.fr/>

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

ACTP	Allocation Compensatrice Tierce Personne
AGGIR	Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRIAS	Centre du Rhône d'Information et d'Action Sociale (en faveur des retraités, personnes âgées et personnes handicapées)
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SAD	Service d'Aide à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SYNERPA	Syndicat National des Etablissements et résidences Privés pour Personnes Agées
UNIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

ANNEXE 2 : Grille d'entretiens destinée aux directeurs d'EHPAD.

1. Question ouverte (posée aux directeurs d'EHPAD).

‘‘Le statut de l’opérateur a-t-il des incidences sur la gestion d’un EHPAD ? Si non, pourquoi selon vous ? Si oui, lesquelles selon vous ?

2. Indicateurs.

2.1. Généraux.

- Moyenne d’âge des résidents.
- Répartition des résidents par GIR.
- Durée moyenne de séjour.
- Taux d’encadrement moyen.
- Pourcentage de résidents bénéficiant de l’aide sociale.
- Nombre de salariés (en équivalent temps plein) et nombre éventuel de bénévoles (idem).

2.2 Liés aux charges.

- Budget par résident dépensé par an.
- Pourcentage des frais de personnel sur le budget de l’établissement.
- Pourcentage des frais liés au bâti sur le budget de l’établissement.

2.3. Liés aux recettes.

- Budget par résident encaissé par an.
- Excédent par résident par an (2006).
- ‘‘Participation’’ moyenne par résident (non prise en charge par le Conseil Général, la CRAM, l’aide sociale ni la CAF).
- Tarif hébergement moyen par résident.
- Tarif dépendance moyen par résident.
- Tarif soins moyen par résident.

ANNEXE 3 : GRILLE AGGIR

La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) constitue un *outil destiné à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique*, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), dans l'accomplissement de leurs actes quotidiens.

L'évaluation se fait sur la base de **dix-sept variables** :

- **dix variables dites "discriminantes"** se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sont utilisées pour le calcul du GIR (groupe iso-ressources) : cohérence - orientation - toilette - habillage - alimentation - élimination - transferts (se lever, se coucher, s'asseoir) - déplacement à l'intérieur - déplacement à l'extérieur - communication à distance ;
- **sept variables dites "illustratives"**, concernant la perte d'autonomie domestique et sociale, n'entrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens - cuisine - ménage - transports - achats - suivi du traitement - activités de temps libre.

Chaque variable possède **trois modalités** :

- A : fait seul les actes quotidiens ;
- B : fait partiellement ;
- C : ne fait pas.

Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA, sont classées dans les **six groupes iso-ressources** que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Ainsi :

- le **groupe iso-ressources 1** comprend les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- le **groupe iso-ressources 2** concerne les personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe

s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer ;

- le **groupe iso-ressources 3** réunit les personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle ;
- le **groupe iso-ressources 4** intègre les personnes âgées n'assumant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas ;
- le **groupe iso-ressources 5** comporte des personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- le **groupe iso-ressources 6** réunit les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Seuls les quatre premiers GIR de la grille nationale ouvrent droit à l'APA, que les bénéficiaires se trouvent à domicile ou en établissement, à condition qu'ils répondent aux critères d'âge et de résidence.

Les personnes âgées classées en GIR 5 et 6 peuvent néanmoins prétendre au versement des prestations d'aide ménagère servies par leur régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

ANNEXE 4.

Montant moyen mensuel de la retraite globale selon l'âge

En euros

	65 à 69 ans	70 à 74 ans	75 à 79 ans	80 à 84 ans	85 ans et plus	Ensemble
Femmes						
Avantage principal de droit direct	666	619	587	566	506	606
Avantage principal de réversion	101	151	206	252	280	175
Allocations du minimum vieillesse	7	8	10	13	24	11
Autres avantages accessoires	31	30	30	33	25	30
Retraite globale	805	808	833	864	835	822
Hommes						
Avantage principal de droit direct	1 393	1 374	1 373	1 392	1 187	1 372
Avantage principal de réversion	4	7	10	15	19	8
Allocations du minimum vieillesse	6	7	8	9	18	8
Autres avantages accessoires	63	68	73	71	63	67
Retraite globale	1 466	1 456	1 464	1 488	1 287	1 455
<i>Ecart des montants en % (F-H)/H pour la retraite globale</i>	<i>-45,1</i>	<i>-44,5</i>	<i>-43,1</i>	<i>-41,9</i>	<i>-35,1</i>	<i>-43,5</i>

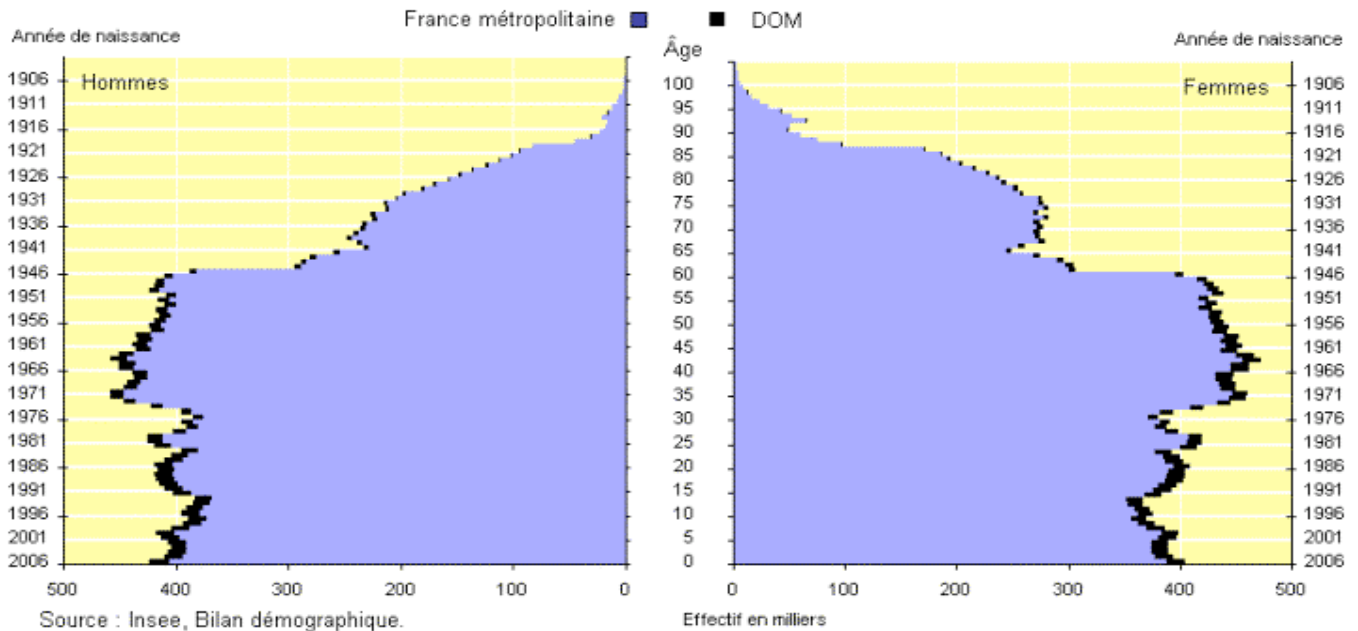
Champ : retraités de 65 ans ou plus ayant au moins un avantage de droit direct. Les retraités ne percevant qu'une pension de réversion sont exclus.

Source : ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité, Drees, échantillon interrégimes de retraités 2001.

Source : www.insee.fr (**Mis à jour : 06/2004**)

ANNEXE 5

Pyramide des âges au 1er janvier 2007



	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans ou plus	<i>dont 75 ans ou plus</i>
France métropolitaine*				
1950	30,2	53,6	16,2	3,8
1960	32,3	51,0	16,7	4,3
1970	33,2	48,8	18,0	4,7
1980	30,6	52,4	17,0	5,7
1990	27,8	53,2	19,0	6,8
2000	25,6	53,8	20,6	7,2
2006	24,8	54,3	20,9	8,2
2007 (p)	24,7	54,0	21,3	8,4
France métropolitaine et Dom*				
2000	25,8	53,8	20,4	7,1
2006	25,1	54,2	20,7	8,1
2007 (p)	25,0	53,9	21,1	8,3

* : population au 1er janvier.

... : résultat non disponible.

p : données provisoires.

Source : Insee, Bilan démographique.

Commentaire

La baisse de la fécondité, comparée aux très forts niveaux du « Baby boom », et l'allongement de la durée de vie ont depuis une trentaine d'années sensiblement modifié la structure par âge de la population française. Le nombre de personnes âgées augmente et celui des jeunes diminue. Au 1er janvier 2007, la France compte 21,1 % de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 20,1 % dix ans auparavant. Les moins de 20 ans représentent le quart de la population (25,0 % contre 26,2 % en 1997).

ANNEXE 6 : PRESENTATION DU REFERENTIEL ANGELIQUE.

PAGE D'INTRODUCTION :

L'OUTIL D'AUTO-EVALUATION DE LA QUALITE EN EHPAD

Date de l'auto-évaluation		Personne coordonnant l'auto-évaluation	
---------------------------	--	--	--

Lors de l'auto-évaluation initiale, puis des évaluations périodiques

1. Répondre à toutes les questions posées ; la cotation est en priorité de type A, B, C, D, sinon elle est de type " oui " " non " ; si une question est sans objet, coter " SO " et préciser la raison dans la colonne commentaires ; **en l'absence de précision, la cotation A, B, C, D correspond à :**

- A " la structure correspond totalement aux exigences du critère "
- B " la structure satisfait en grande partie aux exigences du critère "
- C " la structure ne satisfait que très partiellement aux exigences du critère "
- D " la structure ne satisfait pas aux exigences du critère "

2. Cochez ensuite la colonne " point fort " si vous jugez que votre établissement est bien positionné par rapport au sujet traité ou la colonne " point faible " dans le cas contraire.

3. Cochez la colonne " objectif " chaque fois que vous considérez qu'il s'agit d'un objectif à atteindre par l'établissement dans le cadre de la convention, préciser les délais et les moyens nécessaires

4. Selon ses spécificités, l'établissement peut développer des items et indicateurs complémentaires.

EXTRAIT DE LA PARTIE 1

1 - Attentes et satisfaction des résidents et familles

Thème	Mots-clés	Questions	Indicateur et/ou source d'info.	Cotation	Point fort	Point faible	Objectif	Commentaires
1 - Accueil et admission	Demande de renseignements	La réponse à une demande externe de renseignements, y compris téléphoniques, concernant l'établissement est-elle organisée ? A oui, formalisée avec un suivi de mise en œuvre effective B oui, formalisée avec un suivi partiel de mise en œuvre effective C oui, non formalisée et absence de suivi D non, absence de procédure.	Procédure (dont horaires, personne responsable, délais de réponse, " réponses type ", remise de documents,...) Enregistrement et suivi					
2 - Droits et libertés	Ethique Déontologie	Les principes de " la charte des Droits et Libertés de la personne âgée dépendante " sont-ils - connus ? - appliqués ? A oui, systématiquement B oui, en grande partie C oui, pour quelques points seulement D pas du tout	Documents (règlement intérieur, contrat de séjour, compte-rendus de formation/info.) Affichage visible					

EXTRAIT DE LA PARTIE 2 :

2 – Réponses apportées aux résidents en termes d'autonomie, d'accompagnement et de soins

Thème	Mots-clés	Questions	Indicateur et/ou source d'info.	Cotation	Point fort	Point faible	Objectif	Commentaires
1 - Maintien de l'autonomie	Accessibilité	Les personnes handicapées, y compris celles en fauteuil roulant, peuvent-elles se déplacer à l'intérieur de l'institution : - circulations horizontales : couloirs, sanitaires, locaux collectifs ? - circulations verticales : ascenseurs,... ?	Descriptif ou plan des locaux (plans inclinés,...)					

EXTRAIT DE LA PARTIE 3 :

3 - L'établissement et son environnement

Thème	Mots-clés	Questions	Indicateur et/ou source d'info.	Cotation	Point fort	Point faible	Objectif	Commentaires
1 – Ouverture sur l'extérieur	Convention Coordination Etablissement de santé	L'institution a-t-elle passé une convention avec au moins un établissement de santé, public ou privé, prévoyant les modalités : - d'accueil et de prise en charge en service de médecine ou de chirurgie ? - du retour dans l'institution d'origine ?	Convention (ou projet)					

EXTRAIT DE LA PARTIE 4 :

4 - Démarche qualité (pour cette partie, les activités et services soumis à l'accréditation utiliseront le guide de l'ANAES)

Thème	Mots-clés	Questions	Indicateur et/ou source d'info.	Cotation	Point fort	Point faible	Objectif	Commentaires
	Démarche Méthode Auto-évaluation	Les réponses à ce questionnaire ont-elles été discutées en équipe ? Si oui, avec une participation : - des résidents ou de leurs représentants ? - des intervenants médicaux ? - des intervenants paramédicaux ? - des personnels d'aide et d'accompagnement ? - du personnel de restauration et d'hôtellerie ? - du personnel administratif ?	CR de réunions					

ANNEXE 7.

Questionnaire DDASS/Conseil Général.

1. Le statut de l'opérateur a-t-il selon vous des incidences sur la gestion d'un EHPAD ?
Si oui, lesquelles (Niveau de qualification ? de rémunération ? Qualité du bâti et de son entretien ? Taux d'encadrement ? Temps d'attente avant obtention d'une place ? Niveau de dépendance ?) ?
2. Disposez-vous d'indicateurs selon les opérateurs ou types d'opérateurs pour :
 - La moyenne d'âge des résidents ?
 - Le GMP ?
 - La durée moyenne de séjour ?
 - Le taux d'encadrement moyen ?
 - Le pourcentage de résidents bénéficiant de l'aide sociale ?
 - La présence de bénévoles ?
 - Le pourcentage des frais de personnel sur le budget de l'établissement ?
 - Le pourcentage des frais liés au bâti (location, entretien) sur le budget de l'établissement ?
 - Le prix de journée moyen pour chacune des trois sections ?
 - Le reste à charge moyen par résident ?
3. Comment dater, justifier et/ou interpréter l'introduction d'une certaine concurrence dans les ESMS ?
4. Au-delà de l'aspect gestionnaire (rapport "qualité/prix"), l'introduction d'une certaine concurrence ne permet-elle pas aux autorités publiques de décider seules ?
5. Diriez-vous que les différents opérateurs sont en concurrence sur les mêmes projets ou bien y a-t-il –de fait- une spécialisation par type d'opérateur ?
6. Quels sont les critères de choix entre projets concurrents ?
7. Quelles raisons président à l'ouverture d'un établissement aujourd'hui ? Et d'un établissement public ?