



HAL
open science

Politique de gestion des risques en EHPAD, la pression financière comme frein à la qualité? Analyse de la performance du risque financier face aux risques sur la structure, le personnel et les résidents des EHPAD mutualistes isérois

David Amar

► **To cite this version:**

David Amar. Politique de gestion des risques en EHPAD, la pression financière comme frein à la qualité? Analyse de la performance du risque financier face aux risques sur la structure, le personnel et les résidents des EHPAD mutualistes isérois. Science politique. 2016. dumas-01431530

HAL Id: dumas-01431530

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01431530>

Submitted on 11 Jan 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITÉ GRENOBLE-ALPES

Sciences Po Grenoble

AMAR David

Politique de gestion des risques en EHPAD, la
pression financière comme frein à la qualité ? :

*Analyse de la performance du risque financier face aux risques sur la
structure, le personnel et les résidents des EHPAD mutualistes isérois.*



Panorama des 11 EHPAD mutualistes ainsi que de la Petite Unité de Vie

Année 2015-2016

*Master : Politiques Publiques de Santé
Sous la direction de Madame Marie-Estelle BINET*

UNIVERSITÉ GRENOBLE-ALPES
Sciences Po Grenoble

AMAR David

Politique de gestion des risques en EHPAD, la
pression financière comme frein à la qualité ? :

*Analyse de la performance du risque financier face aux risques sur la
structure, le personnel et les résidents des EHPAD mutualistes isérois*

Année 2015-2016

*Master : Politiques Publiques de Santé
Sous la direction de Madame Marie-Estelle BINET*

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements aux personnes qui m'ont aidé et contribué chacune à leur façon à l'élaboration de ce mémoire dans le cadre de ma deuxième année de master.

Ma première pensée va à ma directrice de mémoire, **Mme Marie-Estelle BINET**, qui m'a permis au fil de nos rencontres et discussions stimulantes et instructives, de progresser dans l'élaboration de ce mémoire et d'aller par moi-même de l'avant.

Je tiens avant tout à remercier particulièrement, **M. Dominique DEGORCE**, Directeur des Affaires générales et de l'audit interne à la MFI-SSAM, pour sa disponibilité, sa générosité, sa grande capacité d'écoute et son implication sans borne dans ce mémoire.

Je tiens également à remercier la deuxième personne qui a contribué à rendre ce travail pertinent, **Mme Véronique MASSON**. Sa maîtrise de la difficulté financière pour les EHPAD m'a permis de mieux cerner les enjeux et difficultés économiques des structures mutualistes.

Je salue la gentillesse et la bienveillance des personnes interviewées ainsi que de l'ensemble des directions et salariés de la Mutualité Française Isère.

Mes remerciements vont également aux personnes qui chacune à leur manière m'ont aidé à progresser et à aller de l'avant : **Manon DUROUSSET**, la « dream-team » : **Isabelle CHEYNET-LAPPE**, **Benoit JOUFFREY**, **Jérémy COLAS**, et **Pierre-Yves CAUSSE** ; et aussi **Jonas CHOPIN**, **Matthieu HERICHER** ...

« Que serais-je sans vous qui vîntes à ma rencontre!... »

¹ Référence au poème « Que serais-je sans toi ? » de Louis ARAGON et à la version chantée par Jean FERRAT, célébrant l'échange, le goût de vivre et d'espérer.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
PARTIE I : GESTION DES RISQUES ET PRESSION FINANCIERE, UNE NOUVELLE CULTURE DIFFICILE A ADOPTER POUR LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX.	15
1. Le risque, un concept aux enjeux nombreux.....	16
a. Un même concept pour différentes applications.....	16
b. Des risques naissent la qualité	20
2. Les difficultés rencontrées dans le secteur médico-social.....	26
a. Une transition difficile entre le sanitaire et le médico-social.....	26
b. Une nécessité de progresser face aux dérives possibles	32
3. Une pression financière accrue pour les EHPAD	36
a. Un contexte difficile de contraintes financières qui remet en cause le modèle des EHPAD	36
b. De nouveaux changements à venir et des solutions à envisager.....	44
PARTIE II : <i>ETUDE DE CAS</i> – POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES, GAGE DE QUALITE POUR TOUS DANS LES EHPAD MUTUALISTES ISEROIS ?	50
1. Contexte de l'étude et méthodologie de travail.....	51
a. Maitriser les risques, une volonté nationale de la Mutualité Française développée en Isère	51
b. Méthodologie de travail et intérêt de l'étude.....	59
2. Analyse des hypothèses et des résultats	64
a. Hypothèses 1 et 2 où comment lier gestion des risques, pression financière et ancienneté.....	64
b. Hypothèses 3 et 4, la qualité de vie du personnel et des résidents impactée ?.....	73
3. Commentaires et explications	82
a. Comprendre les résultats par les retours d'entretien	82
b. Les limites de la recherche et remarques éventuelles.....	87
CONCLUSION GÉNÉRALE.....	89
BIBLIOGRAPHIE.....	91
TABLE DES ANNEXES.....	95

INTRODUCTION GÉNÉRALE

La société d'aujourd'hui est souvent décrite comme étant une société « du risque². » En effet, la vision que nous avons du risque a nettement évolué au cours des dernières décennies jusqu'à figurer, aujourd'hui, au premier plan des politiques des établissements du secteur de la santé. La notion de risque se développe est avec elle, les risques à proprement parler aussi. Cette volonté de « risque zéro » s'impose désormais dans un monde où la prolifération des risques les rend en partie « imperceptible » :

« Les risques propres à la civilisation contemporaine échappent à nos perceptions et restent tapis dans les formules des physiciens et des chimistes³. »

Dans nos sociétés contemporaines, la notion de risque est devenue « un mot-valise » servant à définir une foule de préoccupations inhérentes à la vie et au fonctionnement des activités de nos sociétés. De manière général, le risque est perçu comme étant une combinaison entre un aléa (accident, phénomène imminent, épidémie... qui mettent en danger l'environnement spatial et physique) et un enjeu (des personnes, des bâtiments, des équipements menaçant d'en subir les conséquences⁴). Cependant, les définitions et significations données au risque sont aujourd'hui légion, notamment parce que tous les aspects sociaux sont touchés (la recherche, la technologie, la sexualité, la santé, les transports...) et que chaque domaine cherche à s'approprier la définition du risque. Le risque est donc une question à la fois sociale, politique, éthique, juridique, économique ... Ici, le risque doit être entendu comme étant une incertitude quantifiée, il témoigne ainsi d'un danger potentiel susceptible d'apparaître du fait d'un évènement ou concours de circonstances. Des enquêtes et études tendent à montrer des probabilités d'occurrence du risque, il existe une mesure de l'incertitude.

² BECK Ulrich, *La société du risque*, Paris, Flammarion (Champs essais), 2003, 495p.

³ *Ibidem*, p.21

⁴ C'est notamment ainsi que le risque est défini par la Commission européenne.

Selon **PERETTI-WATEL**⁵, le concept de risque trouve son origine à partir du XIV^{ème} siècle en Italie. Le terme italien *risco* désignerait les menaces concernant les navires et plus généralement les assurances maritimes. Il se dégage de cette étymologie une volonté d'entreprendre en maîtrisant malgré tous les problèmes. Si la notion de risque semble s'assimiler à celle du danger, Colbert rappelle dans une ordonnance⁶ que le risque est un terme exclusif à d'autres termes similaires comme danger et faute. Le danger a une connotation fataliste et suppose une cause directe, c'est-à-dire une volonté d'une autre partie adverse.

De plus, le concept de risque ne renvoie pas forcément à un ensemble homogène de situations semblables. C'est la manière dont nous appréhendons, selon l'auteur, les situations qui font que nous les représentons de façon similaire. Considérer un danger comme étant un risque, c'est penser que la cause n'est pas simple mais multiple et complexe.

Aussi, un problème subsiste, le risque lointain est la plupart du temps surévalué (ex : canicule, plan bleu, risque péril souvent mis en avant) alors que les aléas les plus ordinaires, beaucoup plus menaçants, sont sous-estimés. C'est le sentiment de contrôle du risque qui est le levier majeur de l'évaluation des moyens d'actions. Dans ce genre de situations, on parle souvent de biais d'optimisme (PERETTI-WATEL) ou plus encore d'illusion de contrôle (LANGER⁷) pour opposer deux types de situations : celles dont l'issue est prévisible car les acteurs humains peuvent la gérer ; celles où l'issue est indépendante de la volonté des acteurs.

Pour **MORLAT**⁸, les risques, associés à des dangers auxquels un système peut être confronté, ont trois origines : structurelle, fonctionnelle ou conjoncturelle. Pour les risques structurels, leur origine dépend des éléments du système, des éléments qu'ils utilisent pour fonctionner et des éléments qu'ils produisent. Ainsi, tous ces éléments sont

⁵ PERRETI-WATEL P., *La société du risque*, Paris, La Découverte, 2001

⁶ Ordonnance du 31 juillet 1681 de la marine relative à la police des ports, côtes et rivages de la mer (dite ordonnance de Colbert) :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006074270&dateTexte=20090925>

⁷ LANGER E.J., « The Illusion of Control », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol n°32-2, 1975

⁸ MORLAT Georges, *L'incertitude et les probabilités*, Paris, 1960

susceptibles d'être des sources de danger. Les risques fonctionnels ont leur origine dans le fonctionnement du système, la mauvaise gestion du fonctionnement peut entraîner un dysfonctionnement et alors créer une situation potentiellement dangereuse. Enfin les risques conjoncturels sont associés aux circonstances telles que le lieu mais aussi l'instant et la durée considérée : court, moyen ou long terme (par exemple la canicule). Pour l'auteur, après avoir identifié ce qu'était un risque, il convient de les classer soit en fonction de leur évolution (risque à effet convergent dont la gravité diminue avec le temps, risque à effet divergent la gravité augmente avec le temps) ; soit en fonction de leur impact (effet direct : humain ou économique ; effet indirect ou en cascade).

Chercher à se défendre contre les aléas dépend de notre culture et nos coutumes qui donnent une certaine matière quant à la capacité des individus à faire face. L'idée de société du risque que défend **BECK**⁹, ne signifie pas que nous vivons dans un monde plus dangereux, mais que la notion de risque est dorénavant au cœur des métiers et activités de tout le monde. Chaque vie sociale et chaque secteur ont donc leur propre catalogue de risque¹⁰.

Dans le secteur sanitaire, l'ordonnance de 1996 institue l'accréditation des établissements de santé et son contrôle par une agence indépendante : l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). L'agence doit alors offrir des garanties de qualité et de sécurité. C'est elle qui va développer le souhait d'une politique de gestion des risques et de prévention de la qualité, intégrée aux orientations et développements stratégiques des établissements de santé. Il est vrai que les évolutions ont permis une remise en cause de la manière de gérer des établissements, de leur mode d'organisation, de leur pratique et de leur évaluation. En effet, les années 1980 et 1990 ont été marquées par les multiples crises sanitaires comme l'affaire du sang contaminé ou encore celle de la vache folle et des hormones de croissance, qui ont souligné les manquements graves du système, l'absence de mesures exigeantes en vigueur et également un changement de perception et d'accessibilité du risque. Ce sont les médias qui en

⁹ BECK Ulrich, *op.cit.*

¹⁰ Cette idée est notamment défendue par DOUGLAS et WILDAVSKY, « Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers » In: *Revue française de sociologie*, 1987, 28-1. pp. 178-181.

quelque sorte ont joué le rôle de relais d'information et de caisse de résonance en diffusant ces faits.

Désormais, la gestion des risques est intégrée dans une démarche qualité globale, transversale et combinant à la fois, la prise en compte des risques mais également la notion d'évaluation des établissements. Ces principes sont la base de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) lors de l'élaboration de la certification V2010 et V2014¹¹. Cette certification est obligatoire pour tous les établissements de santé publics comme privés. La finalité dans le sanitaire est de faire de la gestion des risques, un projet de management de la direction envers son personnel et vis à vis des patients. Cela ne doit pas être une action uniquement corrective de crise prise lors d'un dysfonctionnement ou après la survenue d'un événement indésirable.

Cette effervescence autour de la mise en application d'une démarche globale de gestion des risques dans les milieux de la santé, touche également le monde médico-social. Certes la gestion des risques dans ce secteur en est encore à ses prémices mais à la difficulté de mettre en place des éléments encore inconnu dans l'univers médico-social, s'ajoute la difficulté de prendre en compte toute la complexité, les contraintes et les difficultés des missions d'hébergement, de soins et d'accompagnement des personnes âgées et/ou handicapées accueillies dans ces établissements médico-sociaux. Il va falloir s'adapter aux spécificités du secteur. En effet, à la différence des hôpitaux et cliniques du milieu sanitaire, les personnes prises en charge dans les EMS (établissements médico-sociaux) sont souvent vus comme étant des **résidents** et non pas des patients. Des lors les risques ainsi que leur nature diffèrent.

Il est vrai que monde social et médico-social connaît depuis quelques années des mutations profondes. Face à une réglementation de plus en plus complexe et des contrôles, désormais imposés par les organismes de tutelles qui conditionnent les mécanismes de subventions publiques, les dirigeants d'établissements sont face à un véritable casse-tête pour professionnaliser la gestion de leurs risques. Ils sont aujourd'hui confrontés à de plus amples contrôles institutionnels qui vont venir créer un contexte de

¹¹ HAS, « Les critères de la certification spécifiques à la démarche de gestion des risques » : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1025224/fr/les-criteres-de-la-certification-specifiques-a-la-demarche-de-gestion-des-risques

travail différent où la notion de risque semble omniprésente. Cette multiplication des exigences, symbolisant l'époque actuelle, s'imposent donc également dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD¹²) notamment sur des questions de financement de ce type d'institutions.

En effet, ces institutions qui sont communément appelées « autorités de tutelle » (l'Agence régionale de santé et le département) sont devenus des partenaires incontournables pour les EHPAD par leur rôle prédominant de financeurs et leur possibilité de contrôle des établissements.

C'est pourquoi les différents types de risques existants doivent être identifiés et analysés pour pouvoir *in fine* mettre en place un plan d'actions qui doit permettre de s'adapter aux différentes situations.

C'est donc dans ce contexte général que doivent travailler les EHPAD. Ils sont soumis aujourd'hui à un nouveau défi passant obligatoirement par la mise en place d'une vaste politique de prévention et de gestion des risques où l'ensemble des acteurs (tant au niveau du gestionnaire d'établissement qu'au niveau du directeur et de son personnel) s'engagent de manière humaine et financière pour rendre efficiente la gestion.

Nous sommes dans une situation encore évolutive qui modifie rapidement les différentes approches que l'on peut faire de l'évaluation. En effet, même s'il existait des tendances évaluatives avant les années 2000¹³, même si la notion d'évaluation était alors régulièrement évoquée, même si la rationalisation des dépenses publiques exigeait qu'a des budgets soit associée une notion soit d'économie soit de solidarité, soit d'objectif, ou soit encore tout cela à la fois, le champ du médico-social n'avait pas encore véritablement, avant cette décennie, formalisé les méthodes d'évaluation des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

¹² Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux ayant signé une convention tripartite entre le Conseil départemental, l'Agence régionale de Santé et le gestionnaire de l'établissement. L'objectif est d'assurer aux résidents, de manière collective, l'hébergement, la restauration, l'entretien et les soins nécessaires.

¹³ CHAPELEAU J., VERCAUTEREN R., *Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite* ; collection « Pratiques du champ social », Editions Érès, 1995

La gestion des risques en EHPAD est spécifique car elle conduit à la responsabilité directe ou indirecte de la direction, doit servir à éviter au maximum les plaintes et contextes de situations de crise et doit également être engagée par le personnel.

À cet égard, des établissements ont déjà mis en place de nombreuses démarches de gestion des risques : la création du document unique d'évaluation des risques professionnels¹⁴ ; la mise en place de la méthode dite HACCP¹⁵ (sécurité sanitaire des aliments) ; la mise en service du carnet sanitaire ou encore l'élaboration des plans bleus¹⁶. Ces différentes démarches sont le plus souvent conçues de manière thématique (l'évaluation des pratiques professionnelles, la démarche qualité, l'accréditation, les vigilances sanitaires, le risque incendie, la malveillance). Cependant, cette approche des différents risques a conduit à une gestion des risques éclatée. Or, l'absence d'une vision globale des risques en rend la maîtrise difficile. Certains risques sont fortement pris en compte (ex. : incendie, inondation... dont la survenue reste de l'ordre de l'exceptionnelle), alors que d'autres le sont insuffisamment, malgré l'importance qu'ils pourraient prendre (risque d'image et de réputation, financier, absentéisme ou encore la iatrogénie médicamenteuse).

De cette façon, il paraît bien difficile pour les établissements médico-sociaux, notamment les EHPAD, de gérer à la fois les dispenses de soins et les personnes qui en bénéficient. Dès lors, les EHPAD se voient aujourd'hui imposer de fait une obligation constante de surveillance pour veiller au maintien de la sécurité des résidents exposés directement ou indirectement à de nombreux risques sans pour autant pouvoir tous les maîtriser. Il est attendu des EHPAD (souvent à l'excès) une obligation d'avoir des résultats en terme de sécurité envers leurs résidents. De plus en plus de contrôle sont réalisés à l'encontre de la direction et du personnel des établissements médico-sociaux ; il devient difficile de concilier les intérêts de chacun et de contrôler les risques. La multiplication des textes législatifs et des exigences s'imposant au système dans le secteur médico-social notamment des pressions financières posées aux directions d'établissements

¹⁴ Décret n° 2001-1016 du 05 novembre 2001, en application des articles L4121-2 et L4121-3 du Code du travail

¹⁵ *Hazard Analysis Critical Control Point*

¹⁶ Circulaire DGAS/2C no 2005-207 du 4 mars 2005 relative aux personnes âgées et handicapées

et un rapport de force qui s'établit entre résidents et familles contre le personnel. A cet effet, la loi 2002-2 relative aux droits des usagers ainsi que la loi Fauchon sur la responsabilité pour simple imprudence ont joué un rôle.

Fort de son implication dans l'amélioration de la gestion des risques, la Mutualité Française veille à développer une réelle politique de pilotage et de prévention des risques. Elle est à l'origine d'une démarche de processus d'amélioration collective de la prévention et de la gestion des risques basée sur l'échelon le plus fin : les unités territoriales de livre III, gestionnaires de SSAM¹⁷. Ce travail est en partie le fruit d'une recommandation de l'IGAS (Inspection générale des Affaires sociales) de 2014¹⁸ qui préconisait « *une révision des missions de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) afin de lui confier une mission d'impulsion et de coordination des outils de gestion des risques dans le cadre d'un système fédéral de surveillance*¹⁹. » C'est ainsi que la Mutualité Française Isère-SSAM, dans le prolongement continu de sa volonté de qualité de ses établissements, a souhaité mettre en place cet ensemble d'outils cohérents et indissociables de gestion des risques. Cette démarche est également une opportunité dans un contexte de crise économique pour chercher à optimiser la gestion des établissements et gagner en efficacité pour être opérationnel auprès des différents acteurs concernés par une telle politique : les directions d'établissements, le personnel ainsi que les résidents (pour les EHPAD).

Cependant, dans la période actuelle, la survenue effective des risques propres à chaque acteur semble de plus en plus forte. Ainsi, les directions des EHPAD doivent faire face à une augmentation constante des coûts²⁰, liée notamment au phénomène de l'inflation mais aussi par la nécessité d'accroître le taux d'encadrement et de prise en charge des résidents toujours plus dépendants à leur entrée en établissement. Les directions doivent aussi composer avec une tension sur la participation financière des départements et de l'assurance maladie. Concernant le personnel, face à des conditions de

¹⁷ Services et Soins d'Accompagnement Mutualiste, c'est à des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et/ou handicapées, petite enfance...

¹⁸ IGAS – BROCAS Anne-Marie, DURAFFOURG Michel et SEGADE Jean-Paul, *Evaluation du secteur des mutuelles du Livre III du Code de la Mutualité*, mai 2014, 121 p.

¹⁹ op.cit, p.66

²⁰ Selon KPMG, Observatoire des EHPAD, Avril 2014

travail difficiles²¹, le taux d'absentéisme est un risque majeur tout comme le nombre d'arrêt maladie car il oblige l'établissement à avoir recours à de l'intérim. Cela a des conséquences également sur les résidents, exposés de plus en plus, à des problèmes de maltraitance mais dont les droits ont considérablement été étendus depuis 2002 (avec notamment le CVS²²).

Confronté à ces nouvelles problématiques qui touchent désormais le monde médico-social, le champ général de recherche va être en lien avec les enjeux et les dynamiques de la gestion globale des risques au sein d'une politique de démarche qualité en établissement médico-social.

Nous allons nous interroger pour tenter de répondre à la problématique suivante : une politique de gestion des risques permet-elle de concilier les intérêts des différents acteurs (direction, personnel et résidents) ? En quoi les pressions financières des tutelles influent-elles sur le fonctionnement des EHPAD ?

Face à ces constats, il est fait l'hypothèse que le risque financier est un des facteurs explicatifs des problèmes ressentis et vécus par le personnel et les résidents des EHPAD. En effet, face à une tarification contrainte, la chasse aux économies pourrait impacter directement la qualité de vie du personnel et des résidents.

De cette hypothèse principale, découle deux systèmes de deux sous-hypothèses chacun qui vont être testés durant ce mémoire.

Tout d'abord, plus l'établissement est ancien et moins la pression est forte (Hy1). En effet, il faut un temps d'adaptation aux outils et aux nouvelles réglementations. Les EHPAD du XX^{ème} siècle ont eu d'avantage de temps pour s'approprier les instruments et les mettre à jour au fur et à mesure de leurs productions et évolutions. A l'inverse, les établissements récents, malgré des pressions causées par l'ouverture comme le fait de

²¹ « Maisons de retraite : la grogne », La Nouvelle république, <http://www.lanouvellerepublique.fr/Deux-Sevres/Actualite/Economie-social/n/Contenus/Articles/2016/02/13/Maisons-de-retraite-la-grogne-2622624>

²² Conseil de Vie Sociale. Obligatoire, il est consulté au minimum 3 fois par an par la direction et est composé de représentants des résidents, du personnel, des familles et du conseil d'administration.

montée en charge en résident, sont dans l'obligation de faire avec, et cela le plus rapidement.

Aussi, plus la gestion des risques est effective dans l'établissement et plus le résultat comptable en fin d'année est élevé (Hy2). Se préoccuper des risques et les traiter permet d'économiser des coûts de non-qualité qui représentent des pertes d'autant plus importantes en situation économique difficile.

De plus, la pression financière se ressent à la fois sur la qualité de vie au travail (Hy3), tandis que le mode de financement a un impact sur la qualité de vie des résidents (Hy4).

Ce sont ces quatre sous-hypothèses qui feront l'objet d'une démonstration par l'utilisation de données quantitatives et d'analyse croisée de résultats. Elles seront testées dans la seconde partie de ce mémoire par le biais d'une étude de cas.

Pour répondre à cette problématique et mener à bien nos analyses, il convient au sein d'une première partie, de nous intéresser à la difficile appropriation par les établissements médico-sociaux de politiques de prévention et de gestion des risques. Il s'agira de se concentrer sur le concept de risque en lui-même, à travers ses nombreuses utilisations sémantiques et dans le fait que ce concept soit à l'origine de la notion de qualité ; puis d'examiner les difficultés rencontrées au sein du secteur médico-social face à ces nouvelles notions importées du secteur sanitaire et comprendre l'intérêt et la pertinence qu'elles peuvent avoir ; puis ensuite de comprendre quelle pression financière est exercée sur les EHPAD dans un contexte économique difficile et avec de nouveaux changements à venir.

Puis dans une seconde partie, nous nous focaliserons sur notre étude de cas consacrée aux EHPAD mutualistes isérois. Cette partie va nous permettre de tester la validité de nos hypothèses. Nous allons au préalable contextualiser l'étude pour pouvoir en saisir toutes les spécificités (particularité du département, du secteur privé non-lucratif et mutualiste...) et analyser la situation à partir des données quantitatives recueillies.

PARTIE I : GESTION DES RISQUES ET PRESSION FINANCIERE, UNE NOUVELLE CULTURE DIFFICILE A ADOPTER POUR LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX.

Dans le cadre de ce mémoire de recherche, définir la notion de risque ne serait pas suffisant pour pouvoir analyser notre objet d'étude.

Ainsi, dans un premier temps, il convient de développer les différentes approches du risque (analyse, gestion, maîtrise...) qui seront pertinente pour la suite. Nous verrons également le lien entre deux concepts : les risques et la qualité. Nous reviendrons alors sur l'intérêt qu'il peut y avoir à instaurer une politique de gestion des risques notamment dans les bénéfices qui pourront être tirés en terme de qualité de l'établissement.

Le deuxième temps de cette partie sera l'occasion d'une réflexion sur les difficultés actuelles rencontrées par le secteur médico-social face à cette nouvelle culture du risque à adopter. Nous allons évoquer la transition difficile amorcée depuis les années 2000 en adaptant des normes du sanitaire au médico-social puis, enfin, nous détaillerons quelles peuvent être les pistes à suivre pour éviter toutes dérives et respecter les enjeux et intérêts de toutes les parties prenantes.

Dans un dernier temps, nous allons voir comment la question financière est devenue, au fur et à mesure des législations, une problématique centrale. Avec comme finalité, de comprendre le contexte actuel difficile et d'appréhender les bouleversements qui attendent les EHPAD d'ici 2017.

1. Le risque, un concept aux enjeux nombreux

a. Un même concept pour différentes applications

PREMIERS CONTACTS AVEC LE RISQUE : La condition préliminaire à tout traitement du risque est évidemment une analyse et une mesure. L'évaluation quantifiée du risque est une prérogative pour à la fois se situer par rapport aux différents risques et démarrer une priorisation ; et aussi pour pouvoir mener des comparaisons temporelles sur les évolutions des risques et les améliorations menées. Comme nous l'avons vu plus haut, en partant de la définition du risque, il est possible d'identifier assez facilement deux critères de mesure : la notion de probabilité de survenue peut être mesurée par la fréquence des événements indésirables avérés ou estimés dans le temps et l'espace ; le critère suivant est celui de la gravité du dommage produit qui permet de hiérarchiser l'importance donnée au risque.

Cependant, selon le chercheur spécialisé dans la gestion des risques et la sûreté de fonctionnement **DELEUZE**²³, l'analyse des risques se confrontent à des biais et paradoxes de différentes natures. Tout d'abord, un paradoxe organisationnel. Il en va de la difficulté à mener à bien une analyse qui peut paraître dérangeante. En effet, le risque de l'autoévaluation est de se surestimer ou à l'inverse, de sous-estimer les risques auxquels on est confronté. Le risque n'est pas forcément visible, c'est une éventualité, une potentialité critique qui peut se révéler difficilement perceptible. La responsabilité de mettre en place une analyse des risques est alors d'autant plus forte, cela peut gêner, être contesté et faire l'objet de jeux d'influence. Les biais sont nombreux comme le fait remarquer DELEUZE : Il peut s'agir de biais de *reporting* (amplification des risques ou minimisation) ; de biais d'occultation (un risque perçu comme faible à un certain niveau peut s'avérer être majeur à un niveau supérieur) ; ou encore de biais de risque transverse (un risque est vu comme mineur par plusieurs personnes de niveau N mais appartient à un autre niveau institutionnel, le risque est au final oublié). Il faut une volonté managériale, une méthodologie à suivre pour éviter ces biais. Cela nécessite également des moyens et un temps d'organisation où l'ensemble des professionnels concernés pourra se mettre en question et s'interroger sur les risques en lien avec leurs métiers, établissements.

²³ DELEUZZE Gilles, IPPERTI Patrick, *L'analyse des risques : Concepts, outils, gestion, maîtrise*, Paris, EMS (pratiques d'entreprises), 338p.

Le deuxième paradoxe est d'ordre économique. Il est vrai que cela prend du temps d'analyser et de mesurer les risques, et même si cela est très utile, les retours sur investissements ne sont pas calculables sur le court-terme. Pire, au premier abord, le retour peut sembler négatif. C'est justement là, la réussite de la maîtrise : une analyse des risques est un non-événement qui a coûté. La dépense réelle efface le gain virtuel.

Enfin, le dernier paradoxe est de nature humaine. On cherche à prévenir des erreurs notamment dues à l'activité humaine tout en sachant qu'il y aura tout le temps un risque d'erreur.

Pour pouvoir analyser convenablement les risques et les mesurer, la plupart des établissements mettent en place une cartographie. Elle a pour origine l'analyse préliminaire des risques qui depuis sa version initiale a fait l'objet de développement important. C'est une méthode structurée qui couvre l'identification l'évaluation et la gestion des risques. L'analyse globale des risques a pour but d'identifier des scénarios d'accident en présence de danger. C'est une des méthodes les plus utilisées pour mettre en place une politique de gestion d'un risque dans les établissements médico-sociaux. Parmi les caractéristiques majeures de cette méthode on retrouve : une identification des risques, l'établissement de scénario d'accident, et une approche probabiliste complexe. Les spécificités de cette analyse sont : la possibilité d'évaluation financière des pertes des coûts de traitement et l'allocation des risques.

Ainsi, face aux risques, les établissements doivent veiller à maximiser leur capacité de maîtrise. L'idéal à atteindre serait une suppression de tous les risques mais cela reste bien évidemment du domaine de l'utopie du fait de la notion d'aléa inhérente au risque. Il est indissociable de toute activité. Ce qu'il convient de faire alors c'est de viser à le diminuer pour lui faire atteindre un niveau d'acceptabilité. Dès lors, il faut viser à maîtriser et gérer les risques dans une optique de politique de prévention.

C'est pourquoi, il convient d'instaurer un système permettant de se défendre en identifiant au préalable les possibles défaillances amenant à la survenue du risque, « Connaître pour mieux agir ». Il est donc possible de surligner les mesures de prévention destinées à limiter les accidents induits par un dysfonctionnement de l'établissement. Cela reprend les travaux entrepris par l'universitaire américain **REASON** dans les années

1990²⁴. En effet, selon le professeur en psychologie, il existe deux types de défaillances : les « défaillances patentes » qui sont des erreurs immédiates des acteurs directement liées à l'incident (erreur de prescription, erreur de diagnostic...) ; et des « défaillances latentes » qui sont des éléments du système ayant participé à la survenue de l'incident (surcharge de travail, manque de communication, fatigue et stress...). Pour REASON, l'accident n'arrive qu'après un cumul de défaillances à différents niveaux de l'organisation : Contexte institutionnel, organisation, environnement, équipe, soignants, tâches et uniquement à ce moment là, le patient est touché.

Ainsi la cause d'un accident n'est pas unique mais provient de la faillite de l'ensemble d'un système complexe. Cette notion de gestion et de prévention des risques est très répandue au sein des grosses entreprises. Cette pratique managériale est dérivée de la démarche qualité et va donc viser à prendre en compte toutes les sources de défaillances possibles et à satisfaire au maximum les besoins émis par les clients/patients/résidents.

UN CONCEPT PLURISECTORIEL : Ce concept industriel s'est peu à peu ancré dans toutes démarches sanitaires.

Selon la définition du ministère de la Santé donnée dans une recommandation de 2004²⁵, la gestion des risques est un « *processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, visiteurs, professionnels ou aux biens de l'établissement* ». C'est l'occasion donnée à une amélioration des pratiques des établissements pour permettre un développement de la qualité de la prise en charge des résidents et une réflexion sur le personnel des établissements qui ont un rôle à jouer. Selon la norme ISO 9000 : 2005, la gestion des risques vise à « une organisation mise en place pour identifier, évaluer et réduire autant que possible, les risques encourus par les patients, visiteurs et personnel. »

²⁴ REASON J. *L'erreur humaine*. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.

²⁵ Ministère de la santé, Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

C'est donc un processus continu, à la fois coordonné et intégré permettant d'identifier, de contrôler, d'évaluer des situations à risque et des événements indésirables pour causer un certain nombre de dommages aux usagers. C'est une part importante et centrale du système de management de la qualité et par la qualité (avec également les évaluations internes et externes). De plus, pour l'organisme gestionnaire d'établissements, l'enjeu majeur est d'abord financier, il doit permettre d'optimiser et de raisonner les coûts. Ces éléments font partis d'un seul et même rouage : la démarche de prévention des risques dans un souci de maximisation se fait de manière collective à différents niveaux.

Il existe aujourd'hui deux approches différentes d'une politique de gestion des risques selon le **Dr M.FAVRE**, consultant en qualité-gestion des risques en santé. Tout d'abord, une approche prospective (qui répond à la question *Comment prévoir l'imprévisible ?*).

La démarche prospective vise en premier lieu à identifier les secteurs d'activités à risque. Cette démarche doit être structurée et conduit à la hiérarchisation au niveau institutionnelle pour pouvoir prioriser des plans d'actions à mettre en place. Le traitement des risques inclut des actions préventives, des actions d'atténuation des effets des risques et de récupération lorsque les actions de prévention sont insuffisantes. Après la mise en œuvre des actions, une nouvelle évaluation des risques est réalisée pour mesurer l'efficacité.

Le deuxième type d'approche est d'ordre rétrospectif (qui répondrait d'avantage à la question *Comment gérer les événements indésirables ?*). La gestion des événements indésirables constitue le cœur de cette approche. Les retours d'information doivent être gérés efficacement, car ils représentent une source principale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il existe plusieurs moyens de collecter ces retours d'informations : de manière processuel par les professionnels de soins (audits de dossiers, revue de morbidité...) ou par d'autres recours (plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction...). Le traitement des événements indésirables doit être priorisé selon une méthodologie adaptée au niveau de gravité (graves, potentiels...). Cela passe par une description objective de l'évènement ; une analyse des causes possibles et de leur hiérarchisation ; la définition et la mise en œuvre d'actions correctives et le suivi des actions pour en évaluer l'efficacité. Les facteurs de réussite de l'approche rétrospective sont l'engagement du

management, la clarté du circuit d'information et des responsabilités des acteurs, la réactivité du traitement et du retour d'information sur l'ensemble des personnes concernées (déclarants, usagers, familles, personnel de soins...).

b. Des risques naissent la qualité

La mise en place d'une politique de gestion des risques dans des établissements de santé est susceptible d'influencer la qualité des prestations proposées et des services assurés par ces structures. Il est vrai que mener une politique de prévention des risques et ainsi de développement de la sécurité sont la base même du processus continu d'amélioration de la qualité des établissements.

DEUX NOTIONS RAPPROCHÉES PAR LES OUTILS THÉORIQUES : La démarche qualité est un concept relativement vaste auprès duquel s'inscrit toute politique de prévention et de gestion des risques. Il s'agit d'une forme particulière de management visant à introduire dans les organisations le concept flou de la qualité. Néanmoins, la démarche qualité requiert un style de management particulier qui se doit d'être participatif et d'impliquer à la fois le personnel et les dirigeants. Il y a une notion d'engagement qui est forte et dont l'objectif final est de tendre vers une amélioration de processus interne à tout organisme.

Il peut paraître difficile pour un gestionnaire d'établissement d'assimiler les risques à la qualité.

C'est pourquoi, l'utilisation d'outils théoriques va viser à intégrer une politique de gestion des risques dans un cheminement de progression continue de la qualité des établissements. Il faut prévoir, faire, vérifier et réagir pour mener à bien tout processus d'amélioration. L'un des auteurs incontournables à ce sujet est le statisticien **William DEMING**²⁶.

En effet, le travail de départ dans toute démarche s'appuie sur les travaux du statisticien **DEMING** modélisés sous forme de roue illustrant la méthode et les étapes à suivre dans la gestion de la qualité : la PDCA (Plan-Do-Check-Act). Ce concept est celui de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité face aux risques. Selon lui, gérer le risque et la possibilité de défaillance revêt un enjeu central au sein de tout organisme et

²⁶ DEMING William E., *Hors de la crise*, Paris, Broché (Economica), 2002, 350p.

industries. C'est l'un des premiers occidentaux à aborder le thème de la qualité, thème qui était alors essentiellement utilisé au Japon dans l'entreprise industrielle Toyota dans l'après-guerre.

Sa méthode comprend donc quatre étapes dont la finalité est de les répéter tant que les objectifs et le niveau souhaité ne sont pas atteints.

La première étape (*Plan*) est de planifier, c'est-à-dire de réaliser un état des lieux, établir les objectifs, les tâches à exécuter et définir un plan d'action. Il faut identifier le problème qui sera à résoudre ou la thématique à perfectionner. Cela passe par un questionnement autour des causes du problème et par la recherche de solutions devant conduire à la rédaction d'un cahier des charges et la mise en place d'un plan d'action.

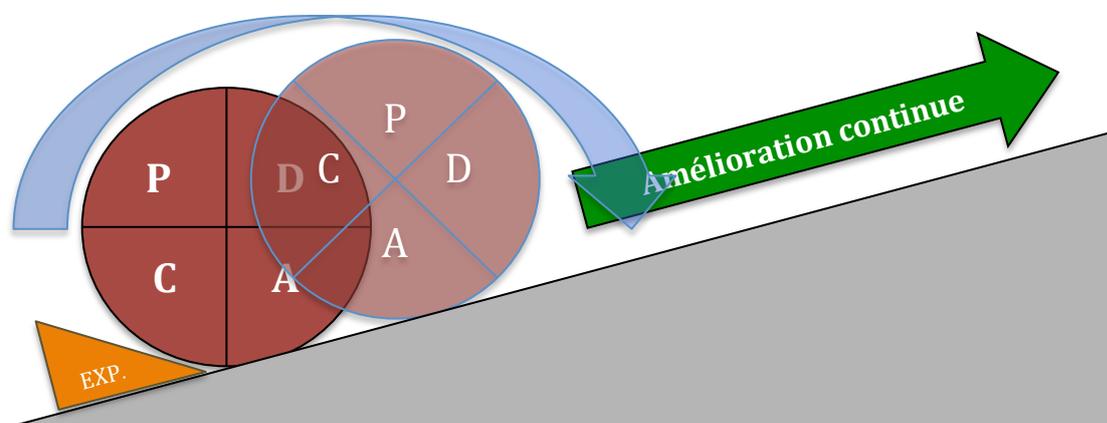
La deuxième étape (*Do*) est de faire ; on entend par là, la construction, la réalisation et l'exécution des tâches prévues lors de la première étape. Il s'agit là de développer le plan d'action sur le terrain par la réalisation des actions prévues.

La troisième étape (*Check*) est celle du contrôle ; il s'agit de vérifier les résultats obtenus dans l'optique de résoudre tous problèmes et d'améliorer le système. Cela passe par l'utilisation de graphiques de contrôle et aussi par un tableau des indicateurs de performances des établissements médico-sociaux mis au point par l'ANAP, Agence Nationale d'Appui à la Performance (cela va constituer une partie non négligeable du mémoire de recherche car ce volet offre la possibilité importante de données quantitatives). Cette agence a été créée en 2009 par le regroupement de trois entités préexistantes. La loi de 2009 HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoires) va lui confier la mission d'appui aux établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi qu'aux ARS pour développer leurs performances.

Enfin la dernière étape est celle de l'ajustement. On met en œuvre les changements constatés si les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants. Il est alors possible de redémarrer un nouveau cycle de « PDCA. » C'est lors de cette étape que l'on constate l'avancée des connaissances que l'on a pu emmagasiner au cours des cycles.

Ce modèle est communément appelé « la roue de Deming » puisqu'à chaque nouvelle étape, la roue doit avancer d'un quart de tour pour représenter l'avancée de la progression.

Ainsi, toutes les étapes font partie d'un processus continu. De plus, pour éviter un brutal retour en arrière ou à la « case départ », le modèle comprend une sorte de cale sous la roue qui peut être la métaphore du système de documentation compilant l'ensemble des décisions et plans d'action déjà entrepris, des audits de contrôle réalisés...



Modèle schématisé de la Roue de DEMING

Pour parvenir à mener à bien une politique de gestion des risques efficace, il convient d'adopter une méthode précise et une stratégie équilibrée visant à faire progresser l'ensemble des risques. Cet état d'esprit à avoir a été modélisé par Stephen **SHORTELL**²⁷, spécialiste américain en management de la santé et qui élabore un modèle en quatre axes. Le premier axe est de nature **stratégique** et concerne l'affirmation d'une politique de gestion des risques et l'élaboration d'un plan de travail. Cette dimension doit viser à clarifier les objectifs et positionner la démarche qualité de l'organisme. En plus de préciser les thèmes qui seront traités, la dimension stratégique va chercher à identifier les « processus-clés » (impact de la satisfaction des clients/patients, mobilisation des ressources disponibles, potentiel continu d'amélioration). Ces processus seront alors priorisés en terme d'actions, de mobilisation des professionnels, et en se centrant sur les efforts dans l'optique d'atteindre les objectifs. Ce management des risques passe par la mise en place de plusieurs postes précis et l'implication de la direction. C'est elle en effet, qui va stimuler cette politique globale de prévention

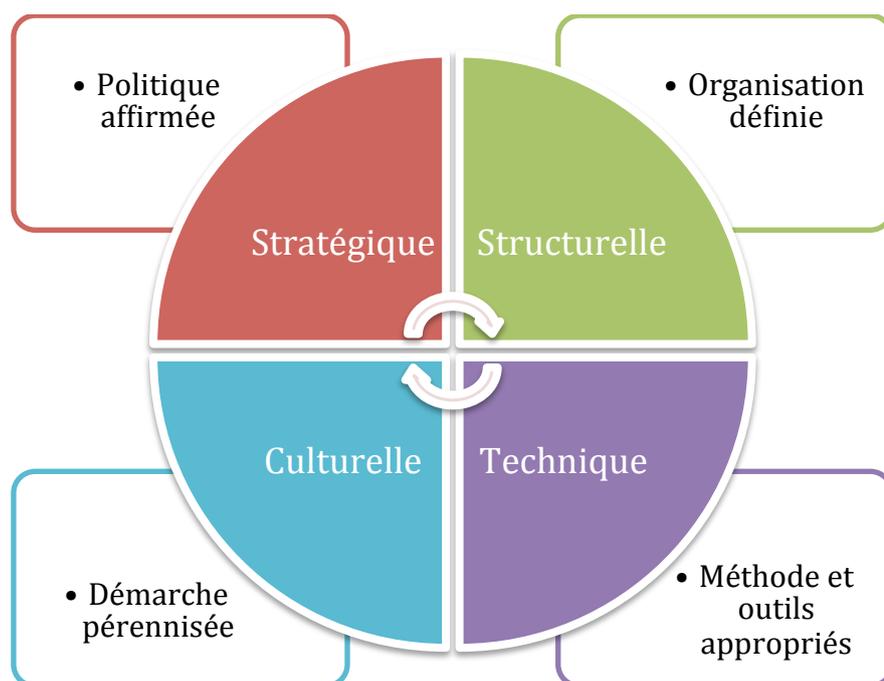
²⁷ SHORTELL Stephen M., « Remaking healthcare in America » in : *Hospitals and Health Networks*, n° 70(6), 1996, pp. 43-48

Si cette dimension est présente au sein de l'organisation alors on passe à la dimension **structurelle** qui concerne la définition des principaux acteurs et modalités de pilotage de la politique de gestion des risques. Cette étape est importante pour éviter la dispersion des acteurs et de leurs énergies de travail. Il faut donner plus de lisibilité au programme de gestion des risques et coordonner les démarches. Ce travail en réseau doit se faire avec toutes les parties prenantes au projet. Cela doit notamment être le cas avec les tutelles sur la remontée d'informations et les obligations réglementaires à respecter. Ce réseau doit permettre à la démarche qualité de se structurer autour de composantes politiques mais aussi opérationnelles, avec la mise en place et le recrutement d'un référent-responsable qualité. Ce poste est pivot dans l'élaboration des processus et procédures et doit veiller à développer une politique de qualité dans le respect des recommandations émises par l'ANESM. Il doit également animer des groupes de travail avec les personnels pour englober le plus de personnes possibles dans sa démarche et la rendre plus efficiente encore.

La dimension **technique** est en lien avec les méthodes et les outils appropriés à mettre en place au cours du programme d'action. La sélection des outils se fait en fonction des objectifs poursuivis. Cependant, certains éléments sont indispensables. Tout d'abord, un recueil d'informations qui doit permettre de classer et d'enregistrer divers éléments pertinents à la mise en place d'une politique de prévention et de gestion des risques : événements indésirables, évaluation des pratiques professionnelles, rapports de plaintes et réclamations... Cela doit permettre de hiérarchiser les actions en fonction de leur priorité et de développer des techniques adaptées aux besoins. Aussi, une cartographie des risques doit être mise en place pour visualiser et localiser les familles de risques. Nous aurons l'occasion de revenir dessus au cours de notre partie « étude de cas » sur les EHPAD mutualistes isérois et sur la cartographie mise en place par l'organisme gestionnaire mais arrêtons-nous rapidement sur les principes généraux à toute cartographie de risques. La cartographie va permettre d'identifier, regrouper et d'analyser une multitude de risque en fonction de leur dangerosité, leur niveau de maîtrise et leur probabilité de survenue.

Enfin, l'axe **culturel** vise à pérenniser la démarche de gestion des risques en s'assurant du développement d'une culture du risque et de la qualité qui va enraciner la gestion des risques dans la structure.

Le graphique ci-dessous résume bien l'apport des quatre dimensions comme quatre éléments indispensables pour ne faire qu'un seul et même cercle car si l'une de ces dimensions est absente ou dysfonctionne alors pour Shortell, la démarche n'aura aucun impact significatif sur la gestion des risques.



Modèle de SHORTELL

GÉRER LES RISQUES, UN DOMAINE SPÉCIFIQUE : Malgré les passerelles établies par les théoriciens entre les deux concepts, la gestion des risques reste à de nombreux égards spécifique si bien qu'il est fondamental de noter cela.

De ce fait, gérer des risques pose la question du bénéficiaire d'une telle démarche. Ici, le facteur humain est central et assure un changement idéologique et culturel majeur au sein des structures souhaitant mettre en place ce genre de démarche et de politique.

De plus, si la qualité et la gestion des risques partagent de nombreux outils, certains restent néanmoins spécifiques aux risques. Ce fut le cas du modèle de Reason développé plus haut, ou encore, tout ce qui a trait au retour d'expérience dans des

situations de crises, à un travail d'analyse *a priori* mais également *a posteriori* sur les risques pour mettre en place des actions de type corrective.

Enfin, parler de gestion des risques amène indéniablement à aborder le sujet de la gestion de crise, les deux thématiques étant étroitement liées. Si dans le sanitaire, cette situation correspond à la rédaction d'un Plan blanc ; le secteur médico-social est lui chargé de rédiger un Plan bleu à cet effet. Ce Plan compile un ensemble de procédure en cas de situation sanitaire exceptionnellement grave tel que évènements technologiques, climatique ou environnementale donc des phénomènes comme des attentats.

C'est participer à anticiper la réactivité et la façon dont un établissement se positionne, réagit et contribue à la bonne prise en charge de victimes de phénomènes d'ampleur en étant établissement de repli, comment il se protège et protège les personnes qui sont accueillies dans le cadre d'un dispositif de mise en sécurité, de confinement et potentiellement d'évacuation ; et comment un établissement qui ne maîtrise plus son activité va déclencher de sa propre initiative son plan bleu pour prévenir les autorités préfectorales et l'ARS. Le plan bleu de gestion de crise est donc un ensemble d'outils à vocation évolutive en fonction des différents risques qui sont identifiés, des exercices de simulation qui sont réalisés, des procédures nationales et/ou régionales

La gestion des risques permet de voir au-delà de la simple notion de qualité, le champ d'étude et d'application est beaucoup plus vaste. C'est notamment grâce à cela que ces concepts ont dépassé les frontières de l'industrie et ont trouvé un certain écho dans d'autres secteurs.

Toutes ces théories ont lié risques et qualité pour en faire des préoccupations déterminantes. Les penseurs de la qualité se sont servis d'outils théoriques qu'ils ont mis au point pour synthétiser leur mode de penser.

Si la gestion des risques reste spécifique sur certains points, elle représente d'abord un ensemble de valeur et une politique à mener essentielle, il faut désormais analyser pour quelles raisons et à quel instant, cette notion a été introduite dans le secteur sanitaire et médico-social.

2. Les difficultés rencontrées dans le secteur médico-social

a. Une transition difficile entre le sanitaire et le médico-social

Il est important de rappeler que la notion de risque et de gestion des risques sont des concepts directement issus de l'industrie. On note à cet effet que l'humain n'est en aucun cas dans la finalité de ce domaine d'activité. En outre, dans ce secteur, le fait d'apprendre à gérer et maîtriser les risques a permis de faire d'importants progrès en terme notamment de sécurité et d'efficacité pour parvenir à un stade relatif de maturation malgré le fait que les risques soient toujours présents de par nature.

LA REGLEMENTATION SANITAIRE : Ces concepts de qualité et de risques se sont peu à peu diffusés dans d'autres secteurs que l'industrie. Ainsi le secteur sanitaire où ces notions sont primordiales s'est vite converti à cette nouvelle culture de qualité pour se sécuriser des risques existants et l'idée de mettre en place une politique de prévention et gestion des risques dans le milieu de la santé²⁸ a peu à peu pris de l'importance.

Le secteur de la santé fait face depuis des décennies à d'importantes mutations en lien avec multiples dimensions : évolutions technologiques avec du nouveau matériel, innovations organisationnelles et managériales, introduction légale des patients et des usagers comme acteur à part entière du système de santé français... Des tensions importantes traversent les organisations de santé, sans qu'il soit toujours aisé, ni pour les directions ni pour les acteurs syndicaux, d'appréhender finement ce qui se joue au niveau du travail des équipes.

Ces changements se sont accompagnés de mesures prenant en compte plusieurs aspects de la qualité et a formalisé les pratiques de certification/accréditation des établissements.

²⁸ Il est entendu ici une politique « officielle » de prévention et gestion des risques. En effet, l'organisation des ESSMS ne s'éloigne pas spécialement de celle d'autres organisations de travail et donc il est possible que des établissements aient déjà entamé des réflexions sur le sujet avant la publication de recommandations à suivre.

Ainsi, à l'origine, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 modifie l'organisation hospitalière française. Elle oblige les hôpitaux français à produire des projets garantissant la qualité de la prise en charge des patients. Il est vrai qu'à la différence du secteur industriel, la mise en place de démarche qualité et sécurité dans le domaine de la santé (sanitaire et médico-social) s'est faite par obligations législatives et réglementaires.

Dès lors, de nombreuses incitations réglementaires ont été émises à l'intention des établissements sanitaires pour mettre en place des procédures de gestion des risques. L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme sur l'hospitalisation publique et privée (dite « ordonnance Juppé ») a créé l'ANAES en charge de mettre en place les procédures de certification devenues obligatoires pour les établissements de santé. La certification est une « procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle²⁹ ». La certification se fait tous les 4 ans par des professionnels spécialement mandatés par l'Agence et se base exclusivement sur un guide de référence. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement général de l'établissement de santé. L'objectif clairement défini par les autorités publiques était d'améliorer « la qualité et la sécurité des soins » dans les établissements de santé mais également de s'assurer de l'indépendance de l'appréciation apportée.

La particularité de cette démarche est que pour la première fois, les résultats pour chaque établissement sont communiqués au grand public, ce qui peut agir comme une forme d'obligation à la réussite et à la qualité pour ces structures.

En 2004³⁰, l'ANAES disparaît et laisse place à la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette institution reprend les missions de son prédécesseur mais la certification devient l'accréditation. Ces procédures se réfèrent aujourd'hui à de la gestion des risques et incite fortement les structures à se doter de référents en la matière. Les procédures ont mis en évidence les difficultés majeures à concilier les exigences paradoxales et contradictoires entre l'activité des établissements et les ressources financières allouées pour y faire face.

²⁹ Selon la définition donnée aujourd'hui par la Haute Autorité de Santé

³⁰ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Titre II, section 1 : Haute Autorité de Santé, J.O n° 190 du 17 août 2004 page 14598

Aujourd'hui, tous les établissements de santé ont l'obligation de se doter d'un système de veille sanitaire et de gestion des risques. Cette procédure est gérée par la HAS.

Ainsi, il est important de comprendre que quel que soit le secteur d'activité, une démarche de gestion des risques va avoir pour objectif d'assurer la sécurité du patient/résident et des soins qui vont lui être délivrés et, en priorité, de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables (plus ou moins graves) pour l'utilisateur et la gravité des conséquences. De même, gérer les risques doit permettre de se prémunir contre les risques psycho-sociaux touchant les personnels.

DES ENJEUX IMPORTANTS POUR LES EHPAD : Le secteur médico-social fait face à de profonds changements depuis quelques années. Evolution de la réglementation, développement du droit des résidents, recommandations de bonnes pratiques professionnelles à appliquer... Tout cela conduit les EHPAD à l'obligation de répondre rapidement aux exigences sécuritaire et de qualité. En effet, il existe de nombreuses motivations poussant les EHPAD à entamer des plans de mise en place de politiques de gestion des risques. A chaque fois, ces démarches concernent toutes les parties prenantes au fonctionnement des établissements : la direction, le personnel et les usagers.

Les organismes de tutelle y trouvent leur intérêt puisque la réglementation va imposer d'importantes évolutions dans le secteur des personnes âgées. La loi est censée intervenir pour améliorer la prise en compte des sujets âgés dépendants accueillis dans les établissements. Les différentes réflexions menées par les autorités doivent viser à développer et favoriser la qualité de vie des personnes prises en charge. Il y a un impératif de réaffirmation des droits des résidents en EHPAD et le fait de maîtriser les risques et le niveau de qualité sont deux priorités sur lesquelles les organismes tutélaires apparaissent comme étant de plus en plus exigeants. En effet, pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)³¹, on estime que 1 personne âgée sur 10 est confrontée chaque mois à la maltraitance. L'OMS pense même que la fréquence est nettement plus élevée en établissement et que les taux de prévalence soient sous-estimés.

³¹ OMS, Maltraitance des personnes âgées (Octobre 2015). Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>

De plus, il est nécessaire de répondre aux exigences de plus en plus fortes émises par les résidents et leurs familles. La vision de l'entourage du résident a évolué et fait entrer l'EHPAD dans une relation marchande. Les familles et les résidents se perçoivent dorénavant comme des consommateurs qui payent pour un service. On assiste à l'émergence d'un consumérisme médical déjà en vogue dans le sanitaire et qui touche désormais aussi le milieu médico-social : les résidents accueillis dans ces structures s'ils ne sont pas admissibles à l'aide sociale, ainsi que leurs familles si besoin, remplissent leur obligation financière sur la partie du tarif hébergement par leurs propres moyens. Ils sont devenus les « clients » des institutions qui les prennent en charge. Il y a également un sentiment de culpabilité chez ses familles face à la vulnérabilité physique et mentale constatée de leurs proches en EHPAD.

Dans ce contexte, les EHPAD sont obligés de se réorganiser en gardant à l'esprit que le résident est au cœur du système. Dès lors, et dans un climat concurrentiel fort sur l'offre en établissements pour personnes âgées, l'image et la notoriété des établissements contribuent à maintenir et garantir leur stabilité et la continuité de leurs activités. Pour cela, la direction de ces structures doit prendre conscience que seul le fait de mener une politique de gestion des risques permet d'anticiper la survenue de dysfonctionnements et de mettre en place des procédures efficaces en cas de survenue de risque. D'un point de vue réglementaire et juridique, il en va de la responsabilité des chefs d'établissements. Au niveau économique, la « non-qualité » a un coût important, encore plus dans une situation où les ressources financières dans le médico-social se tendent à la baisse et où la moindre dépense doit faire l'objet de maîtrise. Mener à bien ce type de politique c'est limiter considérablement les coûts des dysfonctionnements (perte de temps, de produits d'entretien, en dispositifs médicaux...). La gestion des risques vise à améliorer la qualité à plusieurs points de vue dans les EHPAD. De ce fait, pour la direction, gérer les risques c'est être en mesure de repérer où se situe la non-qualité.

Le personnel doit également y trouver son compte. Ce temps de travail doit être l'occasion d'aborder la question de la qualité de vie et du cadre de travail des salariés des EHPAD. En effet, inclure le personnel à la mise en place d'une démarche basée sur les risques doit permettre une revalorisation de leurs postes. Les salariés peuvent réfléchir

eux-mêmes sur des risques qu'ils ont pu cerner au cours de leur travail et apporter un œil neuf et de terrain. C'est une source de motivation non négligeable car elle est synonyme de responsabilité de ces acteurs et d'implication à un projet commun clair. Pour des métiers souvent perçus comme difficiles et où les arrêts maladies et le turn-over sont importants, cela permet de « fidéliser » le personnel tout en rendant attractif l'établissement.

Néanmoins, l'un des obstacles majeurs à la mise en place d'une politique de gestion des risques en EHPAD est le fossé culturel entre le médico-social et le sanitaire.

D'UNE CULTURE ORALE À DES NORMES ÉCRITES : Le monde médico-social est concerné par la mise en place de politiques de gestion des risques et de qualité depuis le début des années 2000. La perception de cette nouvelle façon de procéder ne s'est pas faite sans mal, et les critiques se sont rapidement fait entendre au sein des professionnels travaillant notamment en EHPAD. Il y avait une crainte de perte d'identité propre du secteur médico-social et de réelles inquiétudes face aux difficultés de mise en œuvre de politique de prévention des risques et de qualité. Ces difficultés sont nombreuses.

En effet, pour qu'une mesure réglementaire soit transférée d'un secteur à un autre, il ne suffit pas qu'elle soit transférable (c'est-à-dire théoriquement adaptée à un autre champ d'activité), il faut encore que les conditions de son adoption soient réunies, le simple copié-collé de normes ne peut s'avérer être qu'un échec. Il existe plusieurs raisons à cela.

La première condition est qu'il doit y avoir une nécessité de répondre à un besoin au sein du nouvel environnement. La qualité intrinsèque de « l'innovation » et ses capacités d'adaptation à un nouveau secteur ne sert à rien si elles ne constituent pas une réponse à un besoin identifié.

Aussi, le milieu social et médico-social a été traversé historiquement par des pratiques professionnelles laissant une grande place à la culture de l'oral. De nombreux professionnels de santé avaient pointé du doigt le fait que l'on ne pouvait appliquer une

organisation procédurale et de formalisation des pratiques par l'écrit dans un secteur « qui travaille sur l'humain³². »

Ainsi, la culture de l'écrit implique indirectement une notion de responsabilité liée à des personnes spécifiques et d'obligation qui peut paraître contraire aux valeurs du secteur médico-social. C'est pourquoi, certaines pratiques rigoureuses et formalisées d'organisation, qui ont une efficacité certaine dans les établissements sanitaires, ne se transfèrent pas du fait des ruptures culturelles qu'elles impliqueraient. Pendant longtemps, l'enjeu central a été de faire passer le secteur médico-social de la culture orale à celle de l'écrit mais la difficulté majeure est que cette tradition orale a cloisonné le secteur. Dès lors, il était impossible de comprendre certains codes et certaines pratiques du secteur connus par les initiés et professionnels du milieu et donc pas de possibilité de les objectiver et de les formaliser à l'écrit.

À ces difficultés culturelles, s'ajoutent des règles complexes à mettre en œuvre. La taille et les effectifs de personnel des EHPAD apparaissent bien en deçà des besoins nécessaires pour mener à bien leur activité. Or comment intéresser à la pratique des risques et de la qualité du personnel déjà débordé dans sa charge de travail avec des résidents de plus en plus dépendants et demandant d'avantage de vigilance ? Il risque d'y avoir un sentiment de rejet et d'exclusion de la part de ces professionnels face à un travail de réflexion qui risque de se limiter à la seule direction du chef d'établissement.

De plus, les obligations émises par la loi du 02 janvier 2002 ont grandement tardé à se mettre en place, faute de savoir faire et de moyens. C'est en faisant le constat d'un certain nombre d'échec et de retard des politiques touchant le secteur médico-social qu'a été créée l'ANESM par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, chargée notamment d'émettre des recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour aider les structures à mettre en place les démarches prévues par les textes de loi et de

³² LEFEVRE Patrick, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Dunod Guide, 564p.

« mettre en œuvre l'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux , instituée par la loi du 2 janvier 2002³³ »

Comme cela a été rappelé plus haut, la culture des normes formalisées par l'écrit est aux antipodes de cette culture de l'oral. Elle repose sur une objectivation du réel, avec la volonté manifeste de mettre à distance, autant que faire se peut, la subjectivité de l'observateur. Son objectif est de décrire toutes les étapes d'un processus, de sa conception aux effets de l'action. Elle se matérialise dans des dispositifs concrets, observables, palpables, mesurables et évaluables. Son principal défaut est qu'elle a été imposée au secteur médico-social provoquant le ressenti d'une partie des professionnels du secteur notamment le secteur des personnes âgées souvent perçu par les autorités comme « le parent pauvre du secteur de la santé³⁴ ».

Néanmoins, les retombées de la mise en place de telles mesures de prévention des risques et de démarche qualitative sont réelles comme en témoigne les enquêtes réalisées dans les établissements de santé. C'est pourquoi, le médico-social, notamment les EHPAD, doivent prendre conscience qu'ils ont tout à gagner sur le moyen-long terme à entamer de telles démarches.

b. Une nécessité de progresser face aux dérives possibles

LE BILAN POSITIF DU SANITAIRE : L'avance prise par le secteur sanitaire sur le médico-social dans la démarche qualité et la prévention des risques permet au secteur d'avoir un retour d'expérience possible. Ainsi, en 2013, la HAS a publié une enquête Ipsos sur le baromètre 2012 sur la « perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers³⁵. » Il s'agit là du

³³ ANESM, « Nos missions », disponible sur (Consulté le 10 mai 2016) : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108

³⁴ L'expression « parent pauvre » a notamment été utilisée par le secteur médico-social au moment de la réforme Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de l'ancienne ministre de la Santé, R.BACHELOT, qui donnait la part belle au secteur sanitaire en omettant complètement le médico-social.

³⁵ HAS, « Baromètre 2012, Perception de la certification des établissements de santé par les professionnels de santé et les représentants des usagers, Synthèse », Paris, Aout 2013

premier instrument de la sorte visant à recueillir le ressenti des personnes directement concernées par la mise en œuvre d'une politique qualitative face aux risques.

La HAS souhaitait à travers ce baromètre constater si l'enjeu de la certification en santé était bien reçu par les établissements face au renforcement de la culture de la qualité demandée pour assurer la gestion des risques au service des patients. Il faut comprendre par là que l'amélioration des pratiques et des méthodes évaluatives ne peuvent se faire que dans un contexte de collaboration étroite et sincère entre toutes les parties prenantes du système de santé : autorités indépendantes, établissements de santé et patients (pour le sanitaire). Ainsi le premier baromètre de la perception a contribué « à aider les équipes de la HAS (...) à orienter la stratégie et à optimiser le dispositif. »

La visée de cette étude était double. A la fois évaluer l'impact des nouvelles orientations stratégiques prises dans le domaine de la qualité avec la certification v2010 (les attentes, les évolutions des différentes opinions des professionnels et des usagers) et aussi d'améliorer la connaissance des attentes pour pouvoir optimiser les souhaits et demandes des certifications futures.

Il s'agit d'une enquête qualitative menée auprès de groupes de paroles de 98 professionnels de santé complétée par une enquête quantitative conduite avec plus de 1200 professionnels ainsi qu'une centaine de représentant des usagers.

Les résultats confirment l'intérêt qu'a su saisir le secteur sanitaire sur les enjeux de certification et de gestion des risques. Tout d'abord, la méthode de certification est bien intégrée dans les établissements de santé, elle permet d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour 79% des professionnels des établissements et 88% des représentants des usagers interrogés. Elle est également reconnue comme ayant un effet levier significatif dans la structuration des politiques de gestion des risques et de démarche qualité en santé.

S'il en ressort un bilan globalement positif de la démarche de certification en établissements de santé, les professionnels émettent toutefois un certain nombre de remarques et critiques sur ce type de démarche.

En effet, selon eux, la qualité et la prévention des risques n'est véhiculée que d'une manière jugée « trop administrative » et reprochent ainsi un manque d'efficacité³⁶. D'autres reproches sont énoncés par plusieurs catégories d'acteurs. De ce fait, il est mis en avant une rupture entre les enjeux de la certification et les préoccupations quotidiennes des différents professionnels de santé (la certification v2010 omettait complètement d'aborder la question des conditions de travail difficiles), une posture du dispositif critiquée pour être descendante des autorités vers les établissements, une charge de travail supplémentaire beaucoup « trop lourde », l'utilisation d'un langage complexe et un manque de suivi dans le temps.

Il est indispensable que des évolutions soient prises en compte pour personnaliser la certification en fonction des risques rencontrés, pour mieux accompagner les professionnels et ainsi obtenir plus aisément leur adhésion à ce type de démarche et la rendre pertinente par des outils et référentiels concrets qui permettent de gagner du temps.

UNE VOLONTÉ DE PROGRESSER DES EHPAD : Les difficultés de mise en route et d'appropriation par les EHPAD de nouveaux outils et d'une nouvelle culture ne doit pas les handicaper et doit pouvoir provoquer au sein des directions une réelle motivation pour faire évoluer les choses vers l'avant. Il faut comprendre pourquoi ces outils sont là et chercher à se les approprier pour rendre toute démarche efficace.

Il est vrai qu'au premier abord, la mise en place d'une démarche de prévention des risques peut paraître n'être qu'une obligation légale et, de ce fait, sanctionnable sur le plan financier par les autorités de tutelles si elle n'est pas en œuvre. Malgré tout, à l'origine, ce genre de conventions a permis aux établissements de financer de nouveaux postes et de percevoir de nouveaux moyens en vue d'une amélioration de la qualité.

Ainsi, de nombreux chefs d'établissement ont tenté de saisir les opportunités qui s'offraient à eux face aux changements rapides du secteur médico-social (judiciarisation des relations direction/résidents et familles, fort retentissement des scandales et autres incidents ayant lieu en EHPAD comme les faits (avérés ou supposés) de maltraitance).

³⁶ Notamment pour 86% des chefs de service selon l'étude

On comprend alors aisément pourquoi il est important de se prémunir contre ces risques dont l'ampleur est nouvelle pour ce secteur et pour offrir une nouvelle dynamique aux établissements.

Cependant, des écueils sont à éviter. Mettre en place une politique globale de gestion des risques dans le médico-social doit se faire avec mesure. Les établissements doivent assurer la protection des personnes prises en charge sans remettre en cause le principe de liberté des individus sous prétexte de se prémunir du risque. Cela présuppose un « droit au risque » assumé. Par exemple, en EHPAD, une politique de gestion des risques ne doit pas tenter de surprotéger la personne âgée mais de lui faire « profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque³⁷. »

Si la gestion des risques ne doit pas être le moyen unique pour atteindre un niveau de sécurité, elle ne doit pas également être la seule raison de réponse à une intention formelle. C'est pourquoi le second problème à éviter est de faire de cet engagement une simple réponse à une obligation sans perspective d'avenir et de suivi.

En effet, la volonté de mettre en œuvre une politique de gestion des risques passe par un engagement de la direction qui impulse la démarche notamment en l'inscrivant dans le projet de l'établissement. Une telle démarche nécessite également une réorganisation du management et de l'organisation des EHPAD. Cet engagement de la direction se situe en amont de la démarche mais également en aval car elle doit veiller à l'évolution globale et constante de cette politique. La pérennité du dispositif s'accompagne d'évaluations (audit, indicateurs supports...) permettant de réajuster le niveau des différents risques.

Cependant, cela prend beaucoup de temps pour un objectif qui semble d'avantage être une rationalisation économique des EHPAD qu'une adaptation d'un outil sur le plan médico-social.

Alors, ne va-t-on pas vers une domination de l'économique sur le projet médico-social ? Ce qui va animer les réformes des procédures de tarification, c'est évidemment

³⁷ Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante établie par la Fondation Nationale de Gérontologie

l'exigence de rationaliser les coûts dans un contexte politique défavorable à l'inflation de toutes dépenses sociales.

Cette volonté de maîtrise des charges semble avoir été gérée sans ménagement par les autorités. L'effet induit par cette orientation impulsée par la loi est d'envahir un peu plus les responsables des établissements et services avec des techniques de gestion qui doivent être de plus en plus élaborées pour répondre aux exigences. Ce faisant, nous assistons à une domination de la logique économique sur celle du projet.

C'est pourquoi les contraintes réglementaires sont de plus en plus nombreuses et la formalisation de procédures écrites, et souvent à caractère obligatoire, prend de plus en plus de temps pour les directions d'établissement. Cela va du projet d'établissement au document unique d'évaluation des risques professionnels, en passant par la formalisation de procédures à risque (plaintes et réclamations, circuit du médicament, événements indésirables...). De ce fait, entamer une démarche qualité, comme lors d'évaluations internes, peut être perçu par les équipes comme une lourdeur administrative supplémentaire et non pas comme une opportunité d'efficience et de progression.

3. Une pression financière accrue pour les EHPAD

a. Un contexte difficile de contraintes financières qui remet en cause le modèle des EHPAD

UN CONTEXTE DIFFICILE : Aujourd'hui les EHPAD sont devenus un des principaux acteurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ou en perte d'autonomie en France. Il y a une obligation des établissements à adapter leur mode de fonctionnement aux évolutions des besoins. Cela ne se fait pas sans mal. Les EHPAD doivent faire face à un défi majeur lié au contexte économique difficile. En effet, les gestionnaires d'EHPAD font face ces dernières années, à une hausse constante des coûts, au besoin de financement des établissements ou encore à l'effet GVT³⁸ du personnel. Sur **l'effet glissement**, c'est l'impact des entrées et des sorties soit le rapport de l'évolution du personnel sur la masse salariale : les nouveaux entrants sont en moyenne plus jeunes et

³⁸ Glissement Vieillesse Technicité

moins rémunérés, L'effet des entrants est donc en général négatif sur l'évolution générale de la masse salariale. **L'effet vieillesse** correspond à l'impact sur l'évolution générale de la masse salariale des changements de salaire en fonction de l'ancienneté. Enfin, l'effet technique mesure « l'impact sur l'évolution générale de la masse salariale des modifications de la répartition du personnel entre les différents métiers³⁹ ».

Les financeurs actuels sont l'ARS, l'assurance maladie, les départements et les résidents eux-mêmes (ou du moins leurs familles). Or tous ces financeurs sont limités quant à la possibilité d'augmenter sans cesse leur participation financière, les marges de manœuvres sont de ce fait, réduites. Alors qu'en moyenne la participation demandée aux résidents dans les EHPAD est de 1810€ par mois (pour le privé non-lucratif et hors Ile de France), leurs ressources sont très restreintes puisque le niveau de vie médian pour une personne âgée de 60 à 74 ans était de 1770€ en 2011⁴⁰ et ce montant descendait même à 1498€ pour les personnes ayant plus de 75 ans. Les gestionnaires font eux aussi, face à des difficultés de financements et voient leurs réserves financières s'amenuiser.

On observe également une augmentation constante du taux d'encadrement des résidents de plus en plus dépendants à leur arrivée dans les structures adaptées. Cela explique les défis posés par le vieillissement de la population et vient corroborer les prévisions de l'Insee⁴¹ qui annonce qu'en 2050, plus d'un tiers des habitants aura plus de 60 ans. Il est vrai que le contexte sociodémographique des EHPAD ne cesse de se dégrader vers toujours plus de dépendance. Le cabinet privé d'audit KPMG réalise annuellement un observatoire des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes non lucratifs et publics afin de présenter les principaux taux et ratios sur l'activité économique et financière spécifique à ces structures. Ce rapport très attendu est devenu une véritable référence pour le secteur médico-social.

³⁹ FEHAP, Perspectives sanitaires et sociales, N°2014/004 du 1^{er} juillet 2014 : http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/circulaire_bp2015.pdf

⁴⁰ Insee, données 2011

⁴¹ Insee, projections de population 2005-2050

Le niveau de dépendance d'un établissement peut se mesurer en fonction du Groupe iso-ressource moyen pondéré (GMP), évaluant le niveau de prestation fourni par l'établissement, pour la prise en charge de la dépendance. L'observatoire des EHPAD du groupe KPMG publie chaque année son rapport sur les résultats de l'observatoire. L'objectif est d'apporter une restitution des principaux ratios économiques et financiers en EHPAD et d'analyser les évolutions de la population accueillie. KPMG propose une coupe plus fine des établissements décomposés entre public et privé non lucratif. On constate sur les trois dernières éditions de l'Observatoire que la GMP a augmenté aussi bien dans le privé non lucratif que dans le public. L'augmentation sur trois ans⁴² est de 3,29% dans le privé (le GMP médian passe de 658 à 679) et de près de 3% dans le public (de 683 à 703). On en déduit que le niveau de dépendance s'accroît de manière générale dans les EHPAD obligeant à un encadrement plus important des résidents.

Au niveau des PMP⁴³, les évolutions montrent que dans le public ou privé non lucratif, ils se rapprochent des 200 points. Certains scores s'apparentent d'avantage à une USLD⁴⁴ qu'à un EHPAD. Cela est le reflet de l'augmentation constante des besoins médicaux des établissements pour personnes âgées et met en évidence le développement de pathologies de plus en plus importantes prises en charge dans ces établissements. La médicalisation des EHPAD pose également la question de la spécialisation des personnels pour faire face à un nouveau type de population.

DE LA RÉFORME DE 1999 AUX LOURDEURS DU SYSTÈME ACTUEL :

Le prix de séjour en EHPAD peut varier selon l'établissement et son statut juridique (public, privé lucratif, non lucratif), mais les EHPAD bénéficient actuellement d'une tarification particulière. En effet, ces établissements signent tout d'abord une convention tripartite avec le Conseil départemental et l'ARS. Ce mode de fonctionnement est né de la réforme de la tarification des EHPAD introduite dans un premier temps par

⁴² **NB** : L'Observatoire des EHPAD 2012 porte sur des données de l'exercice 2010, l'Observatoire 2013 sur des données 2011...

⁴³ « *Le Pathos moyen pondéré (PMP) mesure, en points, le niveau de prestation fourni par l'établissement pour la prise en charge des soins médicaux* » selon la définition de KPMG

⁴⁴ Unité de Soins de Longue Durée (dont le PMP moyen avoisine les 400)

la réglementation du 26 avril 1999 avec le décret n°99-316⁴⁵. En effet, si la loi n°97-60 du 24 janvier 1997 posait les grands principes de la réforme de la tarification, la réglementation de 1999 en a permis d'en connaître les modalités.

Tout d'abord, les conventions tripartites doivent servir à concrétiser les engagements pris par chaque partenaire signataire et à définir des axes majeurs et prioritaires d'évolutions pour l'établissement sur une durée de 5 ans qui peut être amendée avant terme par avenant. Ces conventions permettent de rassembler à une même table tous les partenaires qui auparavant traités séparément. Elle permet également de faire le lien entre prestations budgétaires accordées et questions de qualité (par une évaluation interne à réaliser et la possibilité d'inspections par les autorités de tarification), cela donne de la crédibilité à la gestion des risques ainsi qu'au travail qualité dans les EHPAD.

De ce fait, une démarche encourageant la qualité est formalisée légalement dès 1999. C'est pourquoi un cahier des charges est publié et aborde les différents aspects de la vie en établissement autour de nombreuses thématiques comme l'accueil et l'information des résidents et familles, le confort et l'hébergement, la qualité des soins, les réseaux gérontologiques... L'objectif est la traduction de cette démarche dans les projets d'établissement, en complément d'une auto-évaluation au travers un référentiel de la qualité (référentiel Angélique) et d'un plan d'amélioration et de progression sur divers points. Il s'agit là de la contrepartie des moyens budgétaires accordés sur les différents tarifs.

En effet, le cœur des décrets de 1999 est de préciser le contenu de la tarification ternaire. Trois tarifs distincts par leurs contenus et leurs financeurs sont ainsi distingués.

Avant de détailler ces trois enveloppes, il faut comprendre que cette politique de tarification repose sur plusieurs principes. Outre la volonté d'instaurer une démarche qualité dans les établissements, la réforme facilite la mise en place de partenariats via la convention, et cela en gardant comme finalité le principe de solidarité envers les personnes âgées dépendantes. Cette nouvelle tarification se voulait également plus transparente au niveau des coûts et des prises en charge, en renforçant les moyens médicaux.

⁴⁵ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, JORF n°98 du 27 avril 1999 page 6223

Ainsi, chaque enveloppe tarifaire représente un ensemble différent pris en charge.

Le tarif soins est à la charge de l'assurance Maladie et versé directement à l'établissement. Ce tarif est défini dans la convention soit de façon partielle soit globale. Cela prend en compte par exemple la rémunération du médecin coordinateur, des infirmiers salariés, des infirmiers libéraux etc. Le tarif « soins » prend en compte les prestations médicales et paramédicales (art. R.314-161 du CASF). La dotation de l'enveloppe est arrêtée par le directeur de l'ARS en tenant compte du degré de dépendance moyen et les besoins en soins médicotecniques des résidents.

Cette compétence est exercée conjointement avec le président du département qui fixe le forfait global « dépendance » en fonction de la dépendance moyenne des résidents (art. L.314-9 du CASF) appelé GMP⁴⁶ (Gir Moyen Pondéré). Ce tarif recouvre tout ce qui n'est pas du domaine du soin médical et paramédical : du matériel adapté (mobilier, rampes), l'assistance et la surveillance nécessaire dans le cadre de l'accueil de la personne en perte d'autonomie dans sa vie quotidienne. Le tarif dépendance est à la charge de la personne accueillie, mais le résident peut, en fonction de ses ressources et de son niveau de dépendance⁴⁷, bénéficier de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). L'APA est une aide mise en place en 2002 pour les personnes âgées en perte d'autonomie pour aider à payer le tarif dépendance (mais ne couvrant pas la totalité du tarif dépendance quelque soit le niveau de revenu du résident). Elle est versée par le conseil départemental. Le montant de cette allocation est égal au tarif dépendance de l'établissement (soit le tarif appliqué pour les GIR 5 et 6) dont les ressources mensuelles sont inférieures à 2 343€⁴⁸.

Enfin, le dernier tarif est celui hébergement. Il est à la charge des résidents (avec possibilités d'aides sous conditions) et concerne les charges dites « neutres » des EHPAD : l'accueil, la restauration, l'animation, la partie administrative... Le coût du tarif hébergement représente la majeure partie de l'effort financier des résidents même si d'autres dépenses subsistent (frais de mutuelle, coût utilisation de la télévision, services annexes, soins non pris en charges, une partie du tarif dépendance...). Le président du

⁴⁶ Niveau moyen de dépendance des résidents et permet à la structure de percevoir des moyens en conséquence. Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé (soit les Gir des résident), plus le GMP est élevé. Définition sur : <http://www.ehpadhospiconseil.fr/lexique/g/gmp>

⁴⁷ Les personnes étant « girées » 1-2-3-4 peuvent demander l'APA à domicile ou en établissement

⁴⁸ Au 31 décembre 2011

conseil général arrête le tarif « hébergement » journalier dans les EHPAD habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale⁴⁹. L'aide sociale est une prestation d'aide financée et gérée par le Conseil départemental et qui vise à solvabiliser le coût du tarif hébergement pour les personnes âgées dépendantes en établissement. L'objectif est de garantir à toute personne âgée une prise en charge en EHPAD et d'éviter des situations de maintien à domicile, contraintes par des raisons financières. Pour les établissements « habilités aide sociale » à 100%, le conseil départemental fixe le tarif hébergement appliqué aux résidents bénéficiaires qui est alors unique pour l'établissement.

En établissement, c'est lorsque les personnes soumises à l'obligation alimentaire⁵⁰ ne disposent pas de ressources suffisantes pour participer au règlement des frais qu'il est procédé à une demande d'aide sociale. Une personne qui bénéficie de l'aide sociale doit affecter 90 % de ses ressources au remboursement de ses frais de séjour. La somme qui est laissée à sa libre disposition tous les mois ne peut être inférieure à 10 % du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, l'ancien minimum vieillesse), soit environ 77,71€.

Cette réforme considérable a permis un renforcement du pouvoir de contrôle des tutelles financières envers les établissements. En effet, depuis plusieurs types de contrôle des finances des EHPAD sont effectifs. Tout d'abord, le financeur a désormais un regard élargi sur les documents financiers des établissements dont la publication est dès lors obligatoire. Ainsi, l'autorité de tarification (ARS, Assurance maladie et/ou Conseil départemental) est à même de porter un jugement clair sur la situation financière de la structure (essentiellement grâce au bilan financier) et de motiver ses décisions concernant des plans d'investissement si recours à l'emprunt ou sur l'affectation du résultat.

De plus, le département a un droit de regard sur la dépendance mais également sur le tarif hébergement car c'est lui qui reverse les aides sociales. Il participe grandement à l'arrêté du prix de journée sur l'établissement. Le système actuel de l'aide social empêche donc tous les établissements habilités à jouer sur le niveau du tarif hébergement or 60% des résidents hébergés sur une place habilitée à l'aide sociale ne la perçoivent pas car ils ne

⁴⁹ Art. L.314-1, L.314-2 et R.314-3 du CASF

⁵⁰ Il s'agit d'une aide matérielle à un membre de la famille qui ne peut subvenir à ses besoins. Elle recouvre différents aspects comme le chauffage et l'éclairage, l'habillement et la nourriture, mais aussi frais de dernière hospitalisation et frais funéraires.

peuvent pas en être allocataire mais bénéficient d'un effet d'aubaine ! Cela représente un manque à gagner considérable pour les EHPAD qui sont contraints dans le volume annuel de leurs ressources nouvelles.

Aussi, le contrôle des tutelles s'effectue à présent, à la fois *à priori* (au moment où le budget est fixé et accordé) mais aussi et surtout *à posteriori* pour s'assurer du niveau des réalisations effectuées avec l'enveloppe allouée.

Il ressort de cette réforme que si les établissements jouissent d'une marge de liberté dans leur gestion financière, il n'en demeure pas moins qu'ils sont contraints par une hausse non négligeable des obligations en termes d'informations et d'utilisation financières. Ce qui a comme conséquence de produire une surenchère normative des plus contraignantes.

LA TYRANNIE DES NORMES⁵¹ : « Il y a autant de lois en France que dans le monde entier » disait l'écrivain français Montaigne⁵². Cette citation datant du XVI^{ème} siècle semble plus que jamais d'actualité.

En effet, selon la majorité des acteurs travaillant au sein des EHPAD, les structures pour personnes âgées sont soumises à un nombre considérable de normes et de contraintes. Ces obligations recouvrent un vaste champ d'application : normes architecturales pour ouvrir un établissement ; normes d'hygiène et de sécurité (HACCP, DASRI...) ; obligations relatives aux droits des usagers (outils de la loi 2002-2) ; normes RH... Certaines de ces normes sont à obligation de résultats sous peine de sanction. Cependant, les moyens adéquats ne sont pas attribués et fixés pour pouvoir les mettre en place.

C'est autour de ces problématiques que travaille la Commission « Normes et Moyens » du CNSA. Au cours d'une réunion du 18 novembre 2015, elle est revenue sur les problèmes financiers causés par l'accumulation de normes, pour certaines difficiles à

⁵¹ Il s'agit là d'une référence à l'ouvrage de Philippe ELIAKIM, *ABSURDITÉ À LA FRANÇAISE, Enquête sur ces normes qui nous tyrannisent*, dans lequel l'auteur critique la surenchère normative et la réglementation à outrance allant jusqu'à l'absurde, en France.

⁵² MONTAIGNE, *Les Essais Livre III*, Paris, Folio (Folio Classique), 2009, 656p.

mettre en œuvre. En effet, l'enquête menée à cet effet, met en évidence la forte pression normative pesant aujourd'hui sur les directions (chefs d'établissements et cadre de santé) des EHPAD. Face à la somme des normes qui s'ajoutent les unes aux autres, il faut également faire face à leur trop grande complexité à mettre en œuvre, le fait que ces normes peuvent rapidement changer et qu'à certains moments, il est difficile de comprendre leur pertinence dans leur application.

De plus, ces sentiments sont exacerbés par le caractère obligatoire de suivi, contrôle et production d'informations rendant d'avantage contraignant la perception de ces normes pour la direction mais aussi les équipes de l'établissement.

Les EHPAD ont supporté une charge très lourde par rapport au bénéfice direct qu'ils peuvent en tirer. Il est vrai que le fait de mettre en place une politique de gestion des risques et de respect des normes et procédures n'a que peu d'effets visibles sur le court-terme. Les véritables apports ne seront visibles que sur le moyen/long-terme voire ne seront presque jamais visibles en tant que tel.

Par exemple, au cours de la réunion de cette commission, de nombreux chefs d'établissement ont pointé du doigt le gouffre financier de certaines réglementations en vigueur comme les normes d'accessibilité ou encore les normes de sécurité en matière d'incendie. Il faut toutefois faire la part des choses puisque les normes d'accessibilités représentant malgré tout, un bénéfice bien réel pour les usagers de ces structures et sont primordiales compte tenu de la loi d'accessibilité de 2005.

Aujourd'hui, les ARS et les Conseils départementaux en demandent d'avantage aux établissements et sont de plus en plus exigeants. Ces établissements médico-sociaux ont peu de moyens alloués pour mettre en œuvre ces normes, souvent obligatoires sur le plan légal. La fonction de financeur des tutelles mais aussi de contrôleur des autorisations des EHPAD leur permet de faire pression sur les établissements et leurs tarifs pour chercher à marquer la gestion et l'équilibre financiers des structures.

Ainsi, les modalités de financement des EHPAD sont au cœur de nombreuses réflexions face aux évolutions sociodémographiques de la population et aux contraintes et pressions financières des tutelles et résidents. Le secteur d'activité des personnes âgées et en particulier les EHPAD connaissent des signes problématiques de fragilité. Il y a une

nécessité de se réorganiser, se repenser et innover si les établissements veulent survivre économiquement.

b. De nouveaux changements à venir et des solutions à envisager

Pour survivre les EHPAD doivent à présent trouver une manière de diversifier leur financement. C'est pourquoi, ce lieu est propice à l'expérimentation et à l'innovation financée notamment par l'ARS dans le cadre d'appel à projets. Ces nombreux tests permettent aux établissements de s'ouvrir d'avantage sur le monde extérieur, que ce soit avec la volonté de viser un nouveau public professionnel ou de se rapprocher du sanitaire dans le cadre de coopération avec un centre hospitalier⁵³. S'ouvrir à l'extérieur passe aussi par la nécessité de rendre attractifs les établissements notamment dans leur offre d'emplois pour éviter des situations de travailleurs précaires ou peu qualifiés alors que les besoins en personnel dans ce secteur sont immenses⁵⁴. Selon le guide 2016 du CIDJ⁵⁵, le secteur de la santé est en plein « boom » de recrutement. Ainsi, les métiers d'aides à domicile et d'aides-soignants (regroupant également les aides médico-psychologiques (AMP), les auxiliaires de puériculture et les assistants médicaux) sont le plus porteurs d'avenir puisque près de 90% de nouvelles embauches et de créations de poste sont prévus d'ici 2022.

Aussi, le fait de s'ouvrir peut permettre de réaliser des économies notamment lors de groupements d'achats entre partenaires pour réduire les coûts.

Ces pistes de recherches et de travail en cours doivent aboutir rapidement pour permettre aux EHPAD et à la plupart des établissements médico-sociaux de diversifier leurs sources de financement et d'être de manière général plus attractif pour les salariés et résidents.

⁵³ Les EHPAD passent de plus en plus de conventions avec des CH, des organismes d'HAD

⁵⁴ http://www.lemonde.fr/campus/article/2016/03/16/quels-sont-les-secteurs-qui-recrutent_4883713_4401467.html?utm_medium=Social&utm_source=Twitter&utm_campaign=Echobox&utm_term=Autofeed#link_time=1458119312

⁵⁵ Centre d'Information et de Documentation Jeunesse

2017, ANNÉE CHARNIÈRE : L'année 2017 va être une année de grandes turbulences pour les EHPAD car la nouvelle réforme de la tarification entrera en vigueur et verra l'arrivée des CPOM (Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) et de l'EPRD (Etat Prévisionnel des dépenses et des recettes). En effet, la loi Vieillesse du 28 décembre 2015 prévoit de remplacer la convention tripartite entre EHPAD, Conseil départemental et ARS, pierre angulaire du financement des établissements, par des CPOM.

Au niveau de la contractualisation, le CPOM, déjà utilisé dans le secteur du handicap, vient remplacer la convention tripartite même si les partenaires signataires restent les mêmes. Le changement majeur introduit par le CPOM pour les groupes gestionnaires (pas les établissements indépendants) est qu'au lieu de signer, par exemple, 5 conventions pour 5 EHPAD, un seul CPOM va permettre de s'y substituer. L'objectif est de mutualiser les moyens sur un nombre important d'établissements et de services. Le second changement concerne la mise en place de la "pluri annualité budgétaire". Certes, les conventions tripartites avaient également une vocation pluriannuelle mais les engagements budgétaires tenus par les financeurs restaient calqués sur des règles annuelles. Ainsi, chaque année, le budget devait être repris et chaque nouvelle mesure était âprement négociée. Le CPOM met fin à tout cela. On passe d'un système piloté par les dépenses réalisées, à un système piloté par les ressources. Ce changement de paradigme suppose l'adoption rapide par les gestionnaires d'EHPAD d'une mécanique nouvelle à mettre en place et à maîtriser.

De même, L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) va s'appliquer à tous les gestionnaires d'EHPAD dès 2017. L'objectif est de modifier les règles de dialogue budgétaire annuel et leur présentation. Comme pour la majorité des outils des EHPAD, l'EPRD n'est que l'introduction dans le champ médico-social d'un instrument du secteur sanitaire. Il est l'outil de planification budgétaire en vigueur dans les établissements sanitaires depuis l'instauration du financement à l'activité (T2A). Il introduit la notion de responsabilisation des gestionnaires car il oblige à changer la façon de penser, il va falloir se demander « en prenant compte des recettes qui sont attendues, voici ce que je vais dépenser pour mon EHPAD et viser l'équilibre⁵⁶. »

⁵⁶ Il est entendu ici équilibre financier permettant à la structure de pérenniser

Ainsi, l'EPRD introduit une logique de gestion basée sur les ressources et non sur les dépenses. Chaque autorité tarifaire notifie ses ressources indépendamment et les dépenses approuvées dans l'EPRD ont un caractère évaluatif (sauf pour les dépenses de personnel). En voulant donner plus d'autonomie aux gestionnaires, la loi veut modifier le rapport avec les tutelles et mettre en place un dialogue constructif. Cependant, beaucoup d'interrogations subsistent notamment du côté des départements car il y a une peur « *que la disparition tarifaire dans l'EPRD encourage le désengagement de certains financeurs dans la mesure où les textes d'application ne garantiront l'engagement que sur la négociation de base*⁵⁷ ». De ce fait, les départements gardent nettement la main au profit des gestionnaires avec leur droit de regard à la fois sur le forfait dépendance et sur l'hébergement.

La loi oblige également les EHPAD à fournir un socle de prestations obligatoires communes du tarif hébergement (Article 57 et 58 de la loi). Cinq types de prestations sont désormais obligatoires et cela va de l'administration générale à l'accueil hôtelier en passant par la restauration, l'animation et le blanchissage. L'objectif est de permettre aux usagers de se renseigner sur les prix pratiqués par les EHPAD et permettre leur comparaison grâce à une meilleure transparence

La transmission d'informations (article 60) est également un élément important de cette loi. En effet, les établissements vont transmettre de manière régulière (une fois par an via un portail numérique) au CNSA des informations sur leur capacité d'hébergement, les tarifs de la dépendance et le prix socle des prestations (pour les EHPAD de groupements lucratifs).

On constate facilement que l'on demande aux EHPAD d'en faire autant sans réellement leur donner les moyens de mettre en œuvre ces objectifs. Il y a toujours une notion de sanction qui est brandie comme une menace par les autorités (article 59 de la loi). Le Code de l'action sociale et des familles prévoit de nouvelles sanctions envers les établissements ne respectant pas les dispositions légales. Aussi, tout refus de signature de CPOM sera sanctionné d'une retenue de 10% sur le forfait soins, ce qui est loin d'être négligeable.

⁵⁷ « Budget prévisionnel des Ehpad : ce qui va changer avec l'EPRD », *Source : gerontonews.fr*

Alors que se profilent de nouvelles réformes imminentes pour résoudre certaines difficultés, la notion d'efficacité économique semble être une priorité à ne pas négliger.

DES ÉVOLUTIONS À PRÉVOIR : Si le CPOM et l'EPRD sont deux nouveaux éléments amenant un réel changement d'angle de vue pour les EHPAD, il est certain que d'autres réformes sont amenées rapidement à voir le jour. Le prochain dossier devrait être celui du financement des EHPAD. Il s'agit là non seulement d'une volonté des acteurs du médico-social confrontés à la triple enveloppe et à de réelles difficultés de dotations mais aussi du sujet d'un rapport de la Cour des comptes datant de septembre 2014⁵⁸. Pour la Cour, on accorde des moyens aux établissements selon « une procédure contradictoire de tarification ». La Cour remettait également en cause les lourdeurs et les carences du système et l'absence de réforme en profondeur de la tarification en EHPAD définie par la loi 2001-647 du 21 juillet 2001. Or, les contraintes liées au contexte difficile de financement risquent de cloisonner les établissements médico-sociaux dans des logiques purement financières au détriment de l'humain que ce soit le personnel (de tout type) de ces structures ou les usagers/résidents. Il est temps de réfléchir à de nouvelles manières de s'organiser pour assurer une qualité du travail et de la prise en charge au delà des risques en veillant au respect des limites économiques.

De plus, de nombreux EHPAD réfléchissent actuellement à la manière de mettre en adéquation leur habilitation à l'aide sociale tout en se laissant des marges de manœuvre financière. Plusieurs pistes sont envisagées : une déshabilitation⁵⁹ partielle à l'aide sociale (aujourd'hui le taux moyen de bénéficiaires aide sociale en EHPAD est compris entre 20-25% même pour des établissements habilités à 100%) mais qui entraînerait un risque de perte de certaines subventions ; ou l'idée développée par le groupe « SOS Séniors » de surloyers solidaires, pour faire payer plus les personnes qui le peuvent en modulant les tarifs hébergement.

⁵⁸ RAPPORT COUR DES COMPTES 11/09/2014 : le financement des établissements pour personnes âgées.

⁵⁹ Ce terme est plus utilisé dans le milieu médico-social que le fait de parler de « perte de l'habilitation »

Comme cela a été illustré plus haut, le cumul improductif de normes et le fait que beaucoup de gestionnaires ne gèrent que trop peu d'établissement pour survivre, sont deux obstacles au développement du secteur des personnes âgées dépendantes (ajoutons à cela, la problématique des moyens alloués souvent sous-estimés par les pouvoirs publics). Il devient alors pertinent de réfléchir à de nouvelles stratégies de pratiques de mutualisation de moyens, humains, techniques ou financiers, entre établissements. Cela fait partie des pistes détaillées par le CNSA et pourrait se faire au niveau national et régional avec le soutien des ARS et Conseils départementaux, avec l'élaboration de guides d'aide à la décision et à la coopération.

De même, l'ANESM prépare pour 2017 la définition des recommandations de bonne pratique à appliquer dans un souci de redéfinir les cahiers des charges contraignants et en fonction des résultats des évaluations externes réalisés. En effet, les gestionnaires ont fait état de la trop grande rigidité de ces mécanismes en EHPAD notamment depuis la mise en place du plan Alzheimer, et demandent un assouplissement de certains dispositifs.

Parmi les autres pistes développées par le CNSA, on note le manque de communication et de formation des équipes gestionnaires à la formulation actualisée de la norme ou face à un manque d'accompagnement pour son déploiement. Enfin des avancées sont en cours de mises en œuvre concernant un développement proportionné des exigences pesant sur les EHPAD et dans l'allègement de certaines procédures. En outre, l'application de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a permis de réviser certaines dispositions réglementaires trop lourdes, selon les gestionnaires d'établissement.

Le modèle actuel des EHPAD est-il à bout de souffle ? C'est ce que se demandait Joëlle Le Gall, Présidente de la Fédération nationale des associations de personnes âgées et de leurs familles, dans une lettre ouverte en 2013⁶⁰ adressée à Mme DELAUNAY, alors ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie. Il est vrai que les risques en établissements sont très importants et s'en trouvent renforcés par la quantité massive de normes à mettre en place ; ajoutez à cela la contrainte financière des Conseil départementaux « ligotés financièrement » et des ARS ne pouvant plus répondre aux besoins de financement des EHPAD. La lettre appelée à « une totale remise en question » d'un dispositif qui « accable l'ensemble des acteurs au service de la personne âgée en situation de perte d'autonomie et de handicap. »

Dans notre seconde partie, nous allons nous concentrer plus en détail sur la situation d'un gestionnaire d'établissement pour personnes âgées dépendantes qui tente, dans un contexte économique restreint, d'appliquer une politique de gestion des risques.

Ainsi, la Mutualité Française Isère – Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes (MFI-SSAM) arrive-t-elle à concilier politique de gestion des risques, résultat financier performant et qualité pour le personnel et les résidents ?

⁶⁰ L'EHPAD, un système à bout de souffle, lettre ouverte de la FNAPAEF à Madame Delaunay : <http://www.bienvieillir-enlorraine.com/article-l-ehpad-un-systeme-a-bout-de-souffle-lettre-ouverte-de-la-fnapaef-a-madame-delaunay-120316630.html>

PARTIE II : *ETUDE DE CAS* – POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES, GAGE DE QUALITE POUR TOUS DANS LES EHPAD MUTUALISTES ISEROIS ?

Pour comprendre les enjeux de cette étude de cas, il est important en premier lieu d'évoquer le contexte d'étude et la méthodologie de travail utilisée.

Ainsi, nous allons revenir sur les particularités du territoire isérois en matière de répartition de la population après 60 ans, sur les bénéficiaires de l'APA et sur le taux d'équipement du territoire isérois. Les EHPAD mutualistes ont également la spécificité d'appartenir au secteur privé non-lucratif dont l'un des acteurs principaux est la Mutualité Française. De ce fait, les spécificités de ce secteur et du mouvement mutualiste vont être développés ainsi que la façon dont le mouvement s'est saisi de la problématique de la prévention des risques grâce à la mise en place d'un outil de cartographie des risques. Cet outil a ensuite été destiné à chaque union territoriale mutualiste dont la Mutualité Française Isère, pionnière en matière de politique des risques.

Le deuxième temps va être l'occasion de détailler les résultats obtenus et d'analyser la situation et les résultats obtenus au regard de nos hypothèses et sous-hypothèses de travail.

Enfin, des commentaires seront apportés sur l'objet d'étude et sur les constatations, remarques et éventuels biais de l'analyse quantitative.

1. Contexte de l'étude et méthodologie de travail

a. Maitriser les risques, une volonté nationale de la Mutualité Française développée en Isère

CONTEXTUALISATION LOCALE, LES PARTICULARITÉS DU TERRITOIRE ISÉROIS : Aujourd'hui, le schéma départemental d'organisation médico-sociale constitue la base de la planification des politiques publiques locales en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Ce schéma départemental est à mettre en lien au niveau régional avec le SROMS (schéma régional d'organisation médico-sociale) dont le but est « *de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie*⁶¹ ». L'objectif défini est une articulation des politiques entre l'ARS et le Conseil départemental et des offres sanitaires et médico-sociales.

Ainsi, dans un contexte de régionalisation des politiques publiques, il semble, au préalable, important et pertinent de mettre en perspective l'Isère avec les autres départements de la région Rhône-Alpes⁶². Les tableaux ci-dessous présentent des indicateurs (démographie, allocataires de prestations, taux d'équipement, éléments budgétaires) dans une dynamique comparative avec les autres départements de la région : l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, la Haute-Savoie, la Loire, le Rhône et la Savoie. Il est également proposé une mise en perspective avec les moyennes nationale et régionale afin de positionner et de contextualiser l'Isère dans un cadre d'analyse plus large.

⁶¹ Art. L. 1434-12 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶² La nouvelle région « Auvergne-Rhône-Alpes » étant relativement récente, il ne paraît pas intéressant de prendre en considération les données des départements composant la région Auvergne.

<i>Répartition par tranche d'âge de la population</i>							
<i>Territoire</i>	<i>Population de 60 ans et plus en 2014</i>	<i>Part des 60 ans et plus dans la population totale en 2014</i>	<i>Population de 75 ans et plus en 2014</i>	<i>Part des 75 ans et plus dans la population totale en 2014</i>	<i>Population de 85 ans et plus en 2014</i>	<i>Part des 85 ans et plus dans la population totale en 2014</i>	<i>Indice de Vieillessement⁶³</i>
Ain	137 683	21,9%	48 888	7,8%	15 854	2,5%	61
Ardèche	95 035	29,6%	36 396	11,3%	12 263	3,8%	98
Drôme	129 895	26,2%	47 165	9,5%	14 529	2,9%	79
Haute-Savoie	163 614	21%	54 060	7,2%	16 033	2,2%	61
Isère	277 177	22,3%	99 934	8%	30 434	2,4%	63
Loire	204 355	27%	81 508	10,8%	26 471	3,5%	83
Rhône	375 096	20,9%	142 035	7,9%	44 356	2,5%	61
Savoie	104 542	24,5%	38 511	9%	12 088	2,8%	76
Rhône-Alpes	<i>1 487 397</i>	<i>23,1%</i>	<i>550 583</i>	<i>8,5%</i>	<i>173 287</i>	<i>2,7%</i>	<i>70</i>
France métropolitaine	<i>15 595 977</i>	<i>24,4%</i>	<i>5 875 312</i>	<i>9,2%</i>	<i>1 857 572</i>	<i>2,9%</i>	<i>74</i>

Source : STATISS, Enquête par âge de la population au 01.01.2014

Au niveau démographique, l'Isère compte 277 177 personnes âgées de 60 ans et plus soit 22,3% de la population et se situe en dessous de la moyenne régionale (qui est de 23,1%) et de la moyenne nationale (24,4%). L'Isère se situe à l'intermédiaire des départements de la région comptant le plus de personnes de 60 ans et plus et ceux qui en comptent le moins (**5^{ème} département Rhône-Alpes sur 8**). Il en est de même pour les **personnes âgées de 75 ans (8% de la population totale)**. L'indice de vieillissement est de 63, soit le 5^{ème} indice le plus fort de la région (pour 70 en Rhône-Alpes et 74 en France métropolitaine) : c'est-à-dire que l'on compte 66 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de 0 à 19 ans.

⁶³ Indice de vieillissement = (Nombre de personnes ayant 65 ans ou plus/Nombre de personnes de moins de 20 ans) * 100

<i>Répartition des bénéficiaires de l'APA selon leur lieu de résidence et taux de pénétration</i>				
<i>Territoire</i>	<i>Nombre de bénéficiaires de l'APA en 2012</i>	<i>Part des bénéficiaires de l'APA à domicile</i>	<i>Part des bénéficiaires de l'APA en établissement</i>	<i>Taux de pénétration de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans et plus</i>
Ain	9 008	53%	47%	184
Ardèche	9 626	55%	45%	264
Drôme	11 121	65%	35%	236
Haute-Savoie	11 045	61%	39%	197
Isère	20 884	61%	39%	208
Loire	18 438	52%	48%	226
Rhône	28 460	55%	45%	200
Savoie	8 968	57%	43%	238
<i>Rhône-Alpes</i>	<i>117 550</i>	<i>56%</i>	<i>44%</i>	<i>217</i>
<i>France métropolitaine</i>	<i>1 211 092</i>	<i>59%</i>	<i>41%</i>	<i>208</i>
<i>Source : STATISS, Allocations aux personnes âgées, Bénéficiaires de l'APA au 31.12.2013</i>				

Malgré un indice de vieillissement relativement faible par rapport au résultat régional et au niveau de la France métropolitaine (plus de 7 points de différence), on constate que le taux de pénétration de l'APA de 208 ‰, un taux proche du taux régional et similaire au taux national.

On remarque également que la part des bénéficiaires de l'APA à domicile en Isère est supérieure à la part régionale et nationale.

<i>Taux d'équipement pour l'accueil de personnes âgées</i>				
<i>Territoire</i>	<i>Taux d'équipement en places dans les structures non EHPAD pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus</i>	<i>Taux d'équipement en places dans les EHPAD pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus</i>	<i>Nombre de lits d'EHPAD</i>	<i>Taux d'équipement en places dans les services de soins à domicile pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus (SPASAD + SSLAD)</i>
Ain	29	120,2	5 878	17,4
Ardèche	17,1	162,4	5 910	16,5
Drôme	20,9	98,6	4 651	17,3
Haute-Savoie	17,8	93,9	5 273	17,2
Isère	27,6	84,3	8 420	16,9
Loire	29,3	119,9	9 775	17,4
Rhône	39,9	92,9	13 189	16,2
Savoie	31,3	97,4	3 750	19,2
<i>Rhône-Alpes</i>	<i>28,8</i>	<i>99,5</i>	<i>56 846</i>	<i>17,2</i>
<i>France métropolitaine</i>	<i>25,8</i>	<i>100,4</i>	<i>589 857</i>	<i>19,8</i>
<i>Source : STATISS, Accueil des personnes âgées</i>				

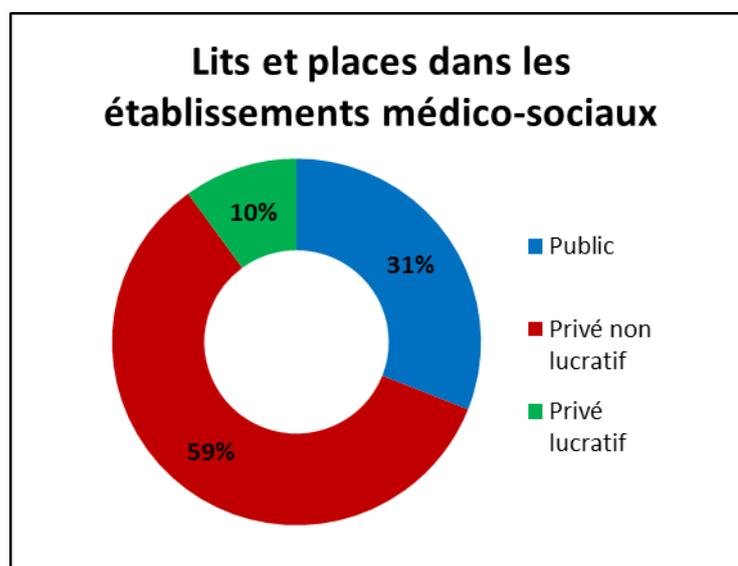
L'Isère est le troisième département de la région Rhône-Alpes en termes de lits d'EHPAD soit 8 420 lits installés. Cependant, en ramenant ce résultat en taux d'équipement en EHPAD, pour pouvoir rendre comparable les résultats des différents départements, on constate que l'Isère est bon dernier dans la région avec seulement 84,3 lits pour 1 000 habitants âgés de plus de 75 ans. Ce résultat est nettement inférieur à la moyenne régionale et nationale.

Ce résultat est d'autant plus alarmant que selon les projections faites par l'INSEE à partir du modèle OMPHALE 2010 d'évolution de la population entre 2007 et 2040, la croissance de la population âgée de plus de 80 ans dans le département va exploser de plus de 111% passant de 59 040 à 124 737 personnes. Les prévisions revenaient également sur le fait que les départements ont connu une évolution massive des effectifs en personnes âgées dépendantes. En Isère, entre 2000 et 2020, la part des personnes de plus de 85 ans dépendantes doit augmenter selon les prévisions de plus de 57%. Cela pose une réelle question quand dans le même temps, il va falloir créer 8 434 lits supplémentaires sur le département pour conserver le ratio actuel tout en maintenant un tarif hébergement raisonnable pour éviter de paupériser l'action sociale et favoriser l'expression des besoins des usagers.

LE PRIVÉ NON-LUCRATIF ET LA MUTUALITÉ FRANÇAISE : Le secteur privé non-lucratif est historiquement le mouvement qui s'est identifié comme modèle d'intervention sociale. Il se compose essentiellement d'associations régies par la loi de 1901, de fondations, mutuelles, syndicats.

Le privé non lucratif a, pendant de très nombreuses années, représenté un modèle spécifique d'intervention social. Ainsi, dès le XVII^{ème} siècle, il s'est développé comme une troisième voie possible entre les partisans de l'Etat et ceux du marché. Ses missions historiques sont la protection et le soutien aux personnes défavorisées, elles se perpétuent aujourd'hui et le champ d'action s'élargit à celui de personnes vulnérables (âgées, handicapées, petite enfance, addictologie...). La loi de 1901 est venue poser les bases légales et donner de la légitimité au secteur privé non lucratif.

En France, ce secteur offre plus de la moitié de la capacité d'accueil et d'accompagnement des personnes dites vulnérables. Le secteur se situe au croisement du secteur public, qui est d'avantage tourné sur des solutions médicales et le secteur privé, soumis à l'impératif de retour sur investissement. Le secteur non lucratif bénéficie de fait d'une position originale dans le milieu médico-social. Ce secteur est régi par le Charte de l'économie sociale reposant sur un certain nombre de valeurs comme la primauté de l'individu sur le capital, la liberté d'adhésion, la gestion démocratique, des actions menées et tournées vers l'intérêt général, une forme d'indépendance avec les pouvoirs publics et des principes de responsabilité et de solidarité.



Source : Etude 2013 KPMG

Si ces qualités et atouts sont souvent mis en avant par les groupements non lucratifs, ils ressentent pour le moins une faiblesse majeure : la contrainte financière. En effet, selon une enquête KPMG relayée en 2013, les ressources financières contraintes est la réponse citée en premier comme principale faiblesse par 41% des organismes, loin devant la gouvernance et la taille critique des opérateurs (15% et 13%).

Ainsi, la performance économique semble devenir un impératif pour les acteurs médico-sociaux non-lucratifs malgré le rappel constant à un projet politique et des valeurs tournées vers les besoins des usagers. De plus en plus, ce secteur va prendre les codes de mesure de la performance que l'on retrouve chez les autres statuts juridiques : maîtrise budgétaire, suivi continu du taux d'occupation des établissements... Une nouvelle logique de rationalisation progresse désormais dans le champ du privé non-

lucratif et la mise en place des CPOM doit participer à réduire les coûts, ce qui interroge néanmoins sur le maintien effectif d'une qualité des services. Il est vrai qu'on ne peut pas continuer à réfléchir uniquement en termes monétaires et financiers comme la finalité de ce secteur est l'accompagnement et la surveillance des personnes les plus fragiles de la société. Cette dualité se ressent quand à la question « Quelles seront selon vous les évolutions à l'œuvre dans le secteur dans les prochaines années ? » 31% des répondants pensent que les regroupements des opérateurs se fera sur des logiques purement financières et d'optimisation de moyens ; quand 25% mettent en avant un regroupement militant reposant sur des valeurs et des projets.

Face à ces injonctions paradoxales, le secteur privé non-lucratif semble devoir faire mieux avec moins, la problématique financière est aujourd'hui entière et semble conditionner chaque action et projet de ces structures. Il est malheureusement raisonnable de penser que cette pression financière ne va pas aller en se relâchant, au contraire, dans un contexte de crise et de réduction des dépenses publiques.

C'est dans cette atmosphère particulière que doit composer la Mutualité Française, acteur majeur du secteur privé non-lucratif. La Fédération nationale de la Mutualité Française regroupe près de 426 mutuelles-santé qui défend leurs intérêts collectifs. Créée en 1902, elle se veut porte-parole de ces mutuelles et des différentes Unions la composant. Ces Unions régionales et territoriales (en département) permettent un ancrage local à la Mutualité.

La Fédération a quatre missions principales. La première est de favoriser le développement de la vie démocratique des instances (Congrès, Assemblée générale, Conseil d'administration...). Elle assure la coordination des différentes unions et développe les grandes orientations politiques nationales du mouvement mutualiste.

Le mouvement a comme deuxième mission de promouvoir « le modèle mutualiste ». En effet, la Mutualité est un des acteurs majeurs de l'économie sociale et solidaire, elle siège notamment au Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire et participe aux orientations économiques et sociales des gouvernements français. La Fédération met ainsi en avant ses spécificités. Par exemple, elle met en œuvre des campagnes de communication et d'information pour sensibiliser aux valeurs et aux projets

des organismes mutualistes auprès du grand public et sous forme de plaider auprès des leaders d'opinion.

La troisième mission est d'accompagner au développement des mutuelles. Elle offre à cet effet, son expertise et ses services sur plusieurs champs de compétences comme la fiscalité, le droit, la notion de concurrence. Elle forme également les administrateurs mutualistes à leurs fonctions et les accompagne dans leurs métiers.

Enfin, sa quatrième mission est de représenter les mutuelles dans l'espace public. Ainsi, elle fait valoir les intérêts mutualistes lors des grands débats publics comme sur le débat du tiers payant généralisé, des dépassements d'honoraires ou encore sur la complémentaire santé généralisée. Elle émet des avis et études pour défendre ses positions et participe au dialogue social avec les professionnels de santé et partenaires sociaux.

Afin de se diversifier, les mutuelles ont développé des structures et services à vocation sociale. Ces réalisations portent le nom de Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes (SSAM).

LA MUTUALITÉ FRANÇAISE ISÈRE ET LA GESTION DES RISQUES :

Ces SSAM ont comme objectifs de répondre à des besoins collectifs dans des domaines où la question du prix ou de la nature de l'offre peut être un frein pour les plus démunis.

Parmi les plus actives, on retrouve la Mutualité Française Isère. La MFI-SSAM est une entreprise sociale et solidaire et est l'émanation de la FNMF dans le département de l'Isère. La volonté de concilier viabilité économique et un fort impact social et sociétal est un des pivots mutualistes notifiés par la loi du 31 juillet 2014⁶⁴. La stratégie de la MFI peut s'analyser comme étant une approche holistique des secteurs d'activités puisque cela prend en compte tous les aspects des besoins spécifiques des individus concernés à tous les niveaux de la prise en charge. Cela peut se traduire de diverses manières comme par la mise en place d'une démarche exigeante de qualité face aux nombreux risques et indicateurs à surveiller dans les EHPAD.

⁶⁴ LOI n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire (1), JORF n°0176 du 1 août 2014 page 12666

En effet, la Mutualité doit faire face à de nombreux risques. Tout d'abord, en raison de sa stratégie et dans un contexte réglementaire (baisse des dotations, réforme de la tarification...) de plus en plus contraignant, comme cela a été développé dans notre première partie. La Mutualité doit aussi faire face à des risques liés à ses ressources humaines, fortement mobiliser dans la gestion de SSAM, et faire face à la pluralité des activités développées et des formes d'organisations (Unions régionales gérant la prévention en santé, unions territoriales gestionnaires d'établissements⁶⁵...)

La MFI-SSAM, comme la majorité des UTL3, doit faire face à de fortes tensions causées par des injonctions paradoxales difficiles à gérer. Ces paradoxes se retrouvent sur de nombreux sujets de débats : la politique de tarification, la paupérisation des fonds publics, des exigences imposées comme avec Solvabilité 2⁶⁶.

Face à la multiplicité des risques, un rapport de l'Igas rendu public en mai 2014⁶⁷ mettait en avant la nécessité d'un outil de gestion des risques piloté par la FNMF. Ainsi, la mise en œuvre d'indicateurs objectivant la situation économique, financière et l'activité des établissements mutualistes doit permettre de garantir le projet collectif et la notion de solidarité au sein des entités mutualistes. Ces indicateurs sont à la fois des outils de contrôle mais aussi d'aide à la bonne gouvernance. Le succès d'un tel outil réside dans son utilisation effective et dans la capacité de la faire vivre avec le temps entre tous les utilisateurs. De la Direction Générale en passant par le Conseil d'administration, du gestionnaire des risques aux contrôleurs ; tout le monde doit pouvoir utiliser la cartographie comme support de travail et de suivi de plans d'action.

Cette démarche s'est construite autour de la volonté de connaître les risques et de les maîtriser pour les gestionnaires de SSAM comme la Mutualité Isère. A cet effet, un guide d'accompagnement a été développé au niveau de la fédération pour donner les clés de lecture globales des travaux réalisés permettant d'identifier cinq familles de risque pour les Unions territoriales à savoir : le financier, l'opérationnel, les situations exceptionnelles,

⁶⁵ On parle d'UTL3, soit Union territoriale de Livre 3 du Code de la Mutualité

⁶⁶ La mise en place de Solvabilité 2, réglementation qui s'applique aux mutuelles du Livre II depuis le 1^{er} janvier 2016, est facteur de pression car il oblige à la gestion des risques des entreprises liées à des organismes d'assurance. La couverture doit alors concerner tous les risques et pas uniquement ceux de l'assurance.

⁶⁷ BROCAS, DURAFFOURG, SEGADE, *op.cit.*

les ressources humaines et enfin la stratégie et l'environnement de la structure. Le pilotage de cette démarche permet d'avoir une vue d'ensemble afin de recenser les risques communs à plusieurs grilles. Ces grilles se complètent par des actions de maîtrise⁶⁸ proposées et permettant de signifier le niveau de couverture du risque. Cet ensemble donne lieu à une matrice de synthèse calculant automatiquement la probabilité brute du risque ainsi que son impact global.

Cet outil nous a apporté de nombreux éléments pour notre étude et a déjà permis de mettre en avant une chose : que le risque financier était fondamental à prendre en compte notamment sur les parties gestion financière et pilotage de l'activité.

b. Méthodologie de travail et intérêt de l'étude

CHAMPS D'ÉTUDE : Le terrain d'étude se concentre sur les EHPAD mutualistes du département de l'Isère à savoir (par date d'ouverture et d'entrée dans le giron mutualiste) :

- La Résidence mutualiste du Fontanil au Fontanil
- La Résidence mutualiste des Solambres à La Terrasse
- La Résidence mutualiste de l'Arche à Charvieu-Chavagneux
- Le Centre Mutualiste Michel Philibert à Saint Martin d'Hères
- La Résidence mutualiste La Folatière à Bourgoin-Jallieu
- La Résidence mutualiste Vigny-Musset à Grenoble
- La Résidence mutualiste des Orchidées à Seyssins
- La Résidence mutualiste du Bois d'Artas à Grenoble
- La Résidence mutualiste Pique-Pierre à Saint Martin Le Vinoux
- La Résidence mutualiste Claudette Chesne à Eybens
- La Résidence mutualiste du Chant du Ravinson à Saint Georges de Commiers

La petite unité de vie (PUV) mutualiste de l'Abbaye à Grenoble n'a pas été prise en compte dans le cadre de l'étude. En effet, si le fonctionnement d'une PUV est similaire à celui d'un EHPAD standard, la structure est de taille moindre. Une PUV est une forme

⁶⁸ On entend par action de maîtrise : « un ensemble d'actions ou de dispositifs mis en œuvre pour maîtriser un risque par sa prévention, détection et/ou protection »

de « mini-EHPAD » de moins de 25 places ayant signé une convention tripartite avec le Conseil départemental et l'ARS. Les aides sont également les mêmes qu'en EHPAD (seule la notion d'APA en établissement ou d'APA à domicile varie selon les PUV en fonction de la signature ou non d'une convention).

De même, si la Résidence mutualiste du Chant du Ravinson est prise en compte dans notre étude, son ouverture récente (2015) peut faire l'objet de quelques biais (qui seront notifiés en commentaires) malgré son intérêt d'analyse.

MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL : Le travail de recherche s'est effectué en trois temps distincts mais, pour le moins, complémentaires.

Ainsi, le premier temps a été celui d'un test d'avancement de la gestion des risques en EHPAD. La partie étude de cas a démarré par une enquête réalisée à partir d'un questionnaire sur la gestion des risques (en annexe). Il a été complété par les Chefs d'établissements pour faire le point sur l'effectivité d'une politique du risque dans leur EHPAD. Dans la majorité des cas, le remplissage de la grille s'est fait directement lors de rencontre avec les Chefs d'établissement. Cette grille de 28 items sera à coter de la manière suivante :

- « 0 » si la réponse au critère est NON ;
- « 1 » si la réponse est PARTIELLEMENT ;
- « 2 » si la réponse est EN GRANDE PARTIE ;
- « 3 » si la réponse est OUI.

Cette grille est une reprise de celle officielle utilisée dans le secteur sanitaire lors des évaluations externes sur le thème de la gestion des risques. Ici, elle va permettre d'évaluer dans un premier temps l'avancée de la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques par EHPAD et fera un premier tri en quatre zones :

- Les EHPAD où tout reste à faire (de 0 à 20 points) ;
- Ceux qui ont compris les enjeux mais doivent les concrétiser (de 21 à 41 pts) ;
- Ceux qui sont organisés mais dont la gestion des risques peut être optimisée (42 à 62 pts) ;
- Ceux qui sont organisés et performants (63 à 84 points).

Dans un deuxième temps, une reprise et analyse de données chiffrées disponibles ont été effectuées en fonction des différents groupes de risque. Ainsi, la pression financière est la variable explicative et les risques appelés « ressources » et « opérations » sont les variables à expliquer à travers une étude de corrélation.

La pression financière regroupe des risques liés à la structure financière, à la gestion du patrimoine et au pilotage médico-économique. La gestion financière est déterminante à contrôler car elle vise les équilibres bilanciaux et la rentabilité de l'exploitation des établissements médico-sociaux et la rentabilité du modèle économique choisi (public, privé lucratif, privé non lucratif). La pression financière, ainsi que son amplitude, diffère si l'on se positionne du côté du gestionnaire ou du côté de l'établissement. Cela dépend directement des masses financières en jeu. Ces niveaux de risques se contrôlent par le biais de catégories d'indicateurs. Les variables qui vont être mesurées à cet effet sont :

- Le résultat comptable en 2015, qui représente le résultat réel à l'année sans reprises de résultats antérieurs ;
- Le GMP (niveau de dépendance) et le PMP (charge en soins) de chaque établissement qui vont conditionner l'établissement des montants des différents tarifs ;
- Le tableau de bord qui permet de visualiser le résultat comptable sur les cinq dernières années.

Le risque ressources regroupe tous les risques du gestionnaire d'établissements médico-sociaux liés à l'exercice même de l'activité, aux fonctions supports nécessaires à l'activité du métier. Cela concerne avant tout les ressources humaines (à travers les problématiques de compétence, de recrutement, de relations sociales et de risques liés à la santé). Les enjeux sociaux émanant de ces risques sont considérables dans les établissements médico-sociaux. Ces risques sont donc présents, à la fois, au niveau du gestionnaire en lui-même et également, ils sont centraux pour chaque établissement et sont au cœur des métiers.

De ce fait, les données qui vont être utilisées et mesurées sont :

- le taux de turn-over du personnel

- le nombre de directeurs (chef d'établissement, médecin coordinateur, cadre de santé) entre 2011 et 2015 ;
- le taux d'absentéisme ;
- La part d'arrêt maladie (AM) et d'accident du travail (AT) dans l'absentéisme.

Enfin, le risque opérations regroupe tous les risques du gestionnaire d'établissements médico-sociaux liés à l'exercice même de l'activité. Cela concerne la prise en charge des usagers (identito-vigilance, bientraitance, accueil et satisfaction, logistique des patients/résidents). La plupart de ces indicateurs sont difficiles à mesurer car la notion même de ce qui doit être mesuré peut être perçue différemment d'un établissement à un autre. De plus, ces risques sont certes peu présents et visibles au niveau du gestionnaire en lui-même mais en revanche, ils sont centraux pour chaque établissement et sont liés au cœur de métier. Malgré tout, quelques variables objectives ont pu être sélectionnées dans le cadre de notre analyse :

- le tarif hébergement net ;
- le tarif hébergement consacré au fonctionnement ;
- la grille de synthèse de gestion des risques en EHPAD (dont le détail a été développé plus haut)

Pour valider (ou réfuter) nos hypothèses, ces données vont être traitées, utilisées et se croiser, pour chacune de nos quatre sous-hypothèses, au travers des comparaisons de données et une étude de corrélation de résultats. De plus, des éléments du tableau des risques de la MFI-SSAM vont être utilisés (notamment ceux où le risque financier est à 4 ou 5 soit les niveaux où le risque est majeur) pour chaque hypothèse. Ils présenteront les risques majeurs en lien avec chaque hypothèse et détailleront un plan d'action possible pour chaque thème de réflexion.

L'ensemble des données exploitées est disponible en annexe de ce mémoire, seul les graphiques les plus pertinents et les informations importantes à la bonne compréhension seront détaillés dans la suite de ce mémoire.

Dans un dernier temps, chaque sous-hypothèse a pu être enrichie et un débriefing des résultats d'analyse des risques a eu lieu avec chaque direction concernée et des entretiens ont été menés avec :

- la Directrice des Affaires financières (DAF) qui contrôle la santé économique des établissements ;
- le Directeur des Affaires générales et de l'audit interne (DAGAI), en charge de la gestion des risques ;
- la Directrice médicale (DM) supervisant l'ensemble des EHPAD ;
- le Directeur des pratiques médico-sociales (DPMS), qui vient du milieu du handicap et pourra apporter son éclairage sur la situation ;
- la Directrice des ressources humaines (DRH) pour avoir sa vision sur le versant « personnel/salariés ».

Les entretiens seront menés sous la forme semi-directive. La consigne de départ sera : « **POUVEZ-VOUS ME DIRE COMMENT VOUS PERCEVEZ LA GESTION DES RISQUES ?** » Au fur et à mesure de la discussion, plusieurs grands temps ont été définis.

Seul des extraits d'entretien seront notés dans le corps du mémoire mais dans un souci de transparence et de clarté, les retranscriptions des entretiens (de même que la grille d'entretien) sont disponibles en annexe.

2. Analyse des hypothèses et des résultats

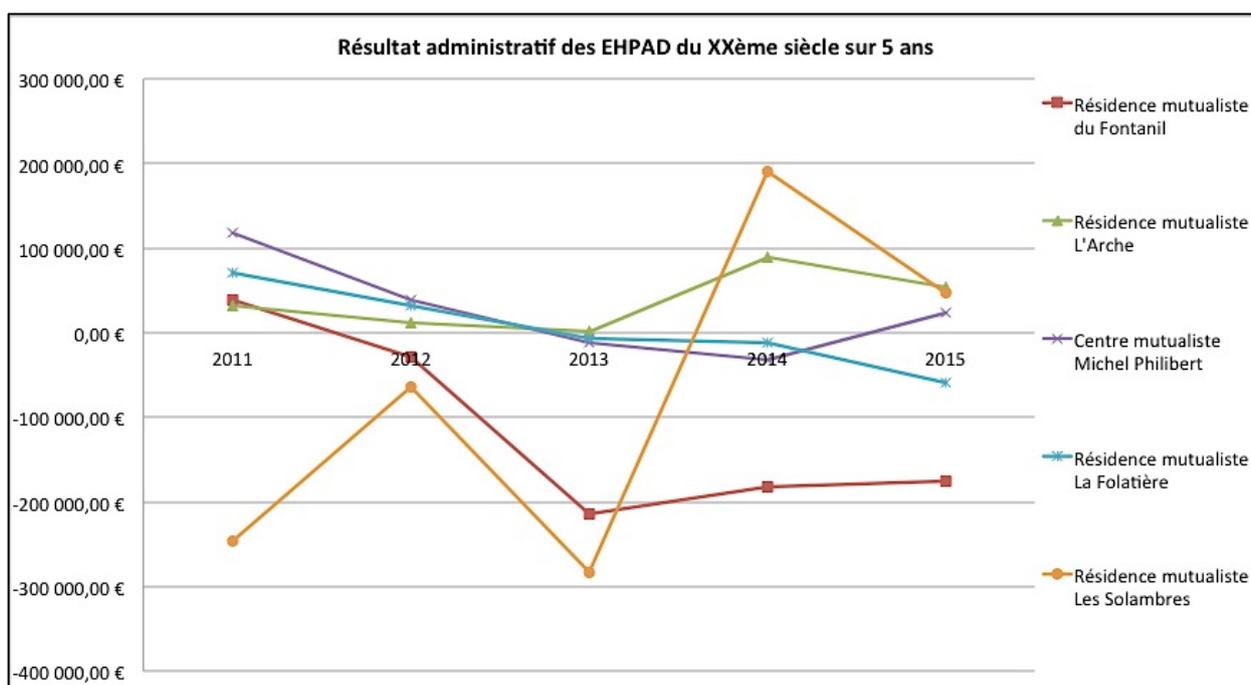
a. Hypothèses 1 et 2 où comment lier gestion des risques, pression financière et ancienneté

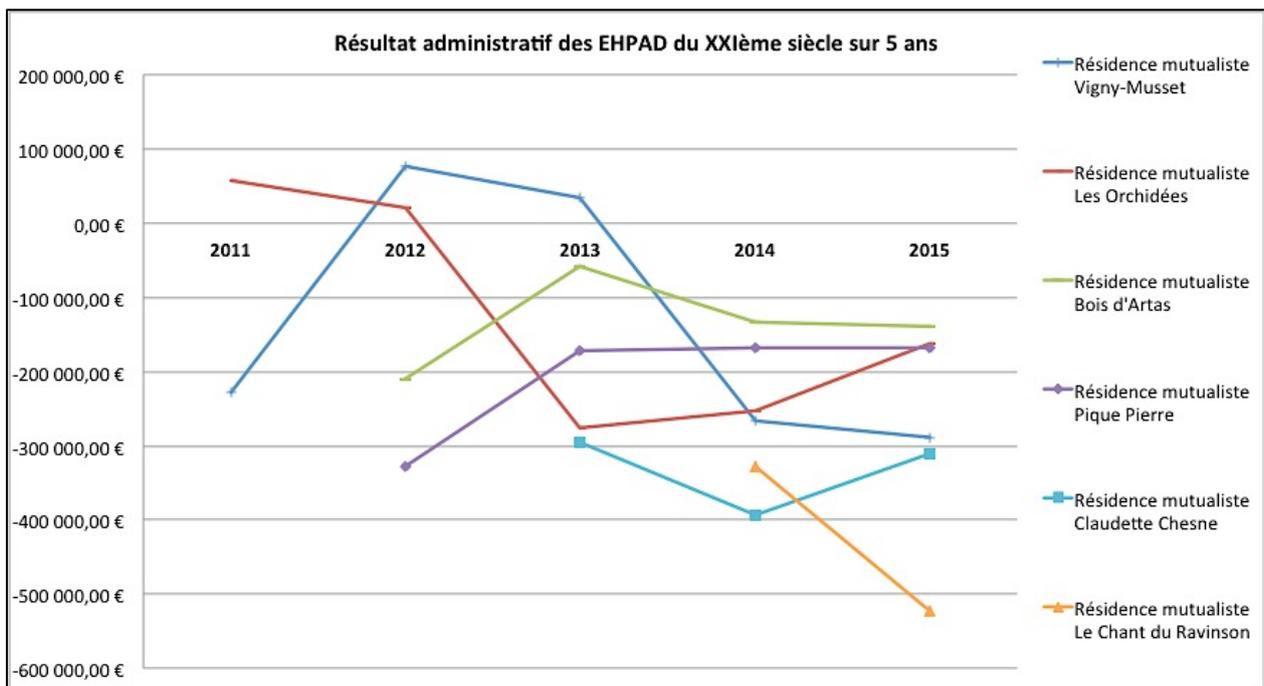
Les hypothèses 1 et 2 renvoient à des notions de temporalité et d'effectivité comme facteur jouant sur la gestion des risques. En effet, les intuitions de départ étaient qu'il fallait un temps d'adaptation aux outils et aux nouvelles réglementations (hy1) et que se préoccuper des risques et les traiter permet d'économiser des coûts de non-qualité (hy2).

Après une présentation des résultats pour chaque hypothèse, nous détaillerons un plan d'actions possibles.

PRESENTATION DES RÉSULTATS :

Hypothèse n°1: **Plus l'établissement est ancien et moins la pression financière est forte.**





Le premier élément à noter est qu'il a été privilégié le résultat administratif au résultat comptable pour offrir le plus de justesse à la résolution de notre hypothèse. En effet, le résultat financier comptable correspond aux ressources restantes à la structure une fois les charges déduites des produits. Le résultat administratif prend lui en compte des reprises de résultat. La vision apparaît donc comme plus fine et exhaustive sur la situation d'un établissement au cours du temps. Par exemple, le résultat comptable d'un EHPAD peut très bien être positif (grâce à l'attribution de crédits exceptionnels sur une période donnée) tandis que son résultat administratif sera nettement déficitaire par les reprises de résultats des années antérieures.

Pour améliorer la lecture des graphiques, il a été fait le choix de diviser les EHPAD en deux groupes : les anciens dits « du XXème siècle » et les récents dits « du XXIème siècle ».

Du côté des anciens EHPAD, sur les cinq établissements, quatre avaient un résultat administratif positif en 2011. Sur la période 2011-2015, la santé financière de ces établissements reste relativement bonne, compte tenu du contexte difficile pour les EHPAD, qui a été rappelé plus haut. Ainsi, en 2015, 3 EHPAD ancien sont « dans le vert », un EHPAD est presque à l'équilibre et seul l'EHPAD du Fontanil est en négatif. Les résultats atypiques du Fontanil ou encore des Solambres pour son résultat sur

l'exercice 2013 sont parfaitement explicables. En effet, en 2013, l'EHPAD des Solambres a connu un dramatique incendie qui causa la mort de 5 résidents. Même si une partie du bâtiment fut inutilisable, la maison de retraite a pu néanmoins garder 46 résidents et fonctionner avec une activité largement réduite, ce qui explique son résultat négatif en fin d'année 2013. Les autres résidents des Solambres furent relogés temporairement à la résidence « Claudette Chesne » à Eybens. Concernant le Fontanil, il n'est pas représentatif et significatif. L'établissement connaît depuis quelques années de nombreux problèmes dus au management de la structure ainsi qu'au bâtiment, en lui-même, qui ne paraît plus adapté à la population accueillie.

De ce fait, la première partie de notre hypothèse semble se valider, les établissements anciens n'ont pas l'air de connaître une pression financière trop importante et arrive à dégager de l'argent, qu'ils réinvestissent par la suite, modèle privé non-lucratif oblige. Il reste à voir ce qu'il en est pour les six EHPAD les plus récents.

La réalisation de la première année d'exercice des EHPAD récents s'est faite en plusieurs temps : 2011 pour Vigny-Musset et les Orchidées, 2012 pour le Bois d'Artas et Pique Pierre, 2013 pour Claudette Chesne et seulement l'exercice 2014 pour le Chant du Ravinson. Un premier constat s'impose ; à l'exception des Orchidées, les nouveaux EHPAD ont tous connu pour leur première année d'exercice, de grosses difficultés financières. Plus grave encore, les quatre derniers EHPAD ouverts n'ont jamais connu un résultat à l'équilibre et semblent englués face à une pression trop forte.

Cela peut s'expliquer par le fait que les établissements les plus récents ont à leur charge un loyer qui les ampute d'une grosse somme tous les mois surtout quand la montée en charge de l'établissement (c'est à dire le temps nécessaire pour atteindre le taux d'occupation prévu par la convention tripartite) est lente ou incomplète, ce que n'ont plus à supporter les anciens EHPAD. Ainsi, le Chant du Ravinson a connu un démarrage d'activité extrêmement compliqué avec de nombreux mois de retard à l'ouverture, un manque de médecins dans ce secteur de l'Isère et un taux d'occupation pour l'année 2015 en dessous de 70% quand la moyenne nationale est au dessus de 90%. Tout cela peut expliquer en partie les difficultés économiques de l'établissement.

On observe, de manière égale, que tous les EHPAD subissent un violent décrochage entre 2012 et 2013. Il semble s'agir là de l'impact direct de la réforme du Code de la Mutualité. En effet, cette réforme a engendré une importante mutation pour les Unions territoriales mutualistes puisqu'elle crée des Unions régionales qui récupèrent les compétences des UT en terme de prévention et de promotion de la santé. Auparavant, la MFI-SSAM récupérait de l'argent de la part des mutuelles de Livre II du département (un peu plus d'1€ par contrat signé par les mutuelles). La réforme du Code met fin à cette pratique, les versements diminuent progressivement avant de disparaître en 2012.

Cela représente un manque à gagner non compensé de près de 900.000€ alors que dans le même temps, les EHPAD commençaient à développer une montée en charge rapide et l'accueil de pathologies lourdes. Ainsi, le financement des EHPAD mutualistes n'est plus pérennisé et le déficit structurel des UT et les pertes de financement mutualiste menacent la viabilité de ces structures.

	2011	2012	2013	2014	2015
Médiane des EHPAD mutualistes isérois	38 993,61 €	11 790,28 €	-114 879,86 €	-166 952,61 €	-162 670,04 €
Médiane des établissements du XXème siècle	38 993,61 €	11 790,28 €	-10 990,65 €	-11 522,61 €	23 502,64 €
Médiane des établissements du XXIème siècle	-85 500,41 €	-94 219,07 €	-172 283,12 €	-259 331,19 €	-228 356,26 €

Résultats financiers médians des EHPAD mutualistes isérois de 2011 à 2015

Grâce au tableau ci-dessus, nous pouvons analyser davantage l'arrivée des nouveaux EHPAD mutualistes et les conséquences financières pour la MFI. Du moment, où les anciens établissements sont en supériorité numérique (en 2011 et 2012), le résultat administratif médian est positif, les derniers EHPAD **viennent** faire plonger le déficit médian du secteur personnes âgées de la Mutualité Française Isère. On remarque également que sur l'exercice 2015, les établissements anciens ont un résultat positif (+ 23.502,64€) quand celui des établissements du XXIème siècle est nettement déficitaire à - 228.356,26€.

Dans le tableau des risques prioritaires identifiés par la Mutualité, deux éléments peuvent se rattacher à l'hypothèse n°1. Tout d'abord, la dérive budgétaire (non maîtrise du budget alloué ; anticipation de la maîtrise des charges de fonctionnement...). La cause à cela peut être un manque d'outils de pilotage ou des procédures de gestion non formalisées ou absentes. Les conséquences sont des difficultés financières, la diminution des investissements et une baisse de trésorerie. La probabilité d'un tel risque est élevée de

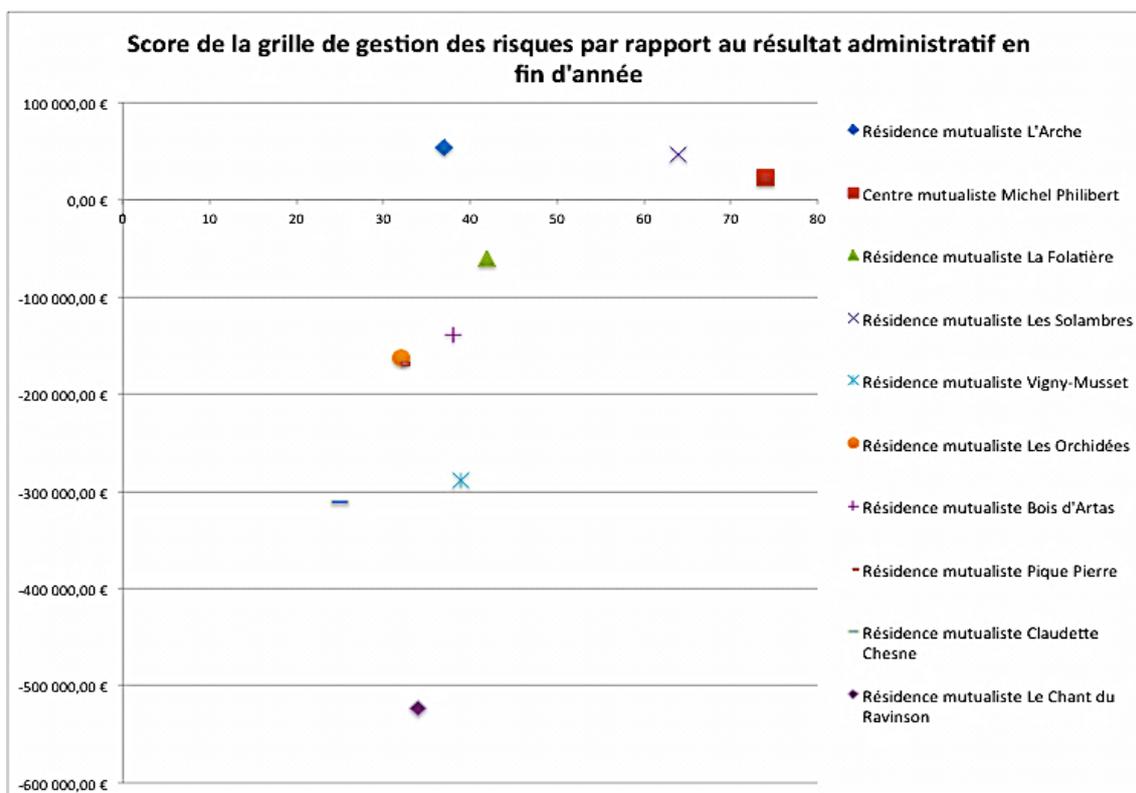
niveau quatre (sur cinq), l'impact financier d'un tel risque est également très important. De même, pour la Mutualité Française, l'analyse qui en a été faite est que le risque brute est extrêmement élevé (niveau cinq sur cinq) et que la maîtrise reste faible. En effet, après analyse de la maîtrise, la dérive budgétaire apparaît comme étant un risque critique pour les EHPAD mutualistes isérois. Les raisons de cette cotation sont que la probabilité de survenue est très forte car les dérapages peuvent être mensuels, l'impact financier serait évidemment crucial, de même que le volet légal/juridique sur l'aspect respect des procédures et des conventions.

Le deuxième élément du tableau des risques rattaché à notre première hypothèse est le déséquilibre de financement de l'activité (exploitation) entre les ressources pérennes et non pérennes. La raison peut-être l'affectation de ressources non pérennes à des activités pérennes par le biais des crédits non reconductibles. Ces crédits alloués par l'ARS sont issus des reprises d'excédent ou de déficit dans le cadre des comptes administratifs, et ont comme finalité de financer des actions régionales ou individuelles non pérennes, relevant du périmètre de la dotation soin (expérimentations, dispositions RH...). Cela va fragiliser la structure et l'empêcher d'avoir des perspectives d'avenir car elle sera dans le flou permanent concernant le financement futur. Cela est d'autant plus vrai aujourd'hui que la réforme des CPOM prévoit de limiter les reprises de déficits et l'avenir des crédits non reconductibles est encore incertain. Cela risque d'impacter l'équilibre des structures.

Ainsi, notre première hypothèse semble être validée et confirme que la notion de temporalité joue un rôle dans la pression financière ressentie et constatée par les EHPAD. Plus l'établissement est ancien et moins sa pression est forte.

Dès lors, il convient de nous intéresser à notre deuxième hypothèse relative à l'effectivité d'une politique de gestion des risques dans ces EHPAD.

Hypothèse n°2 : Plus la gestion des risques est effective dans l'établissement et plus le résultat en fin d'année est élevé.



Le graphique ci-dessus nous permet de constater le positionnement des EHPAD mutualistes en fonction du score qu'ils ont obtenu à la grille de gestion des risques (résumé exhaustif des scores en annexe) et de leur résultat administratif en fin d'année 2015. Au premier abord, la lecture du graphique semble complexe et difficile à interpréter.

En effet, le champ d'étude est trop restreint pour faire un constat sur la base de ce seul graphique ; aussi l'EHPAD du Fontanil qui a connu un premier trimestre 2016 sous tension n'a pas répondu à l'enquête et il a été choisi de le mettre dans la famille 4 (où tout reste à mettre en œuvre, au niveau de la gestion des risques. C'est le niveau le plus faible de la grille).

Il a donc été décidé de ranger dans un tableau, les EHPAD avec le positionnement en terme du résultat administratif et le classement au test de gestion des risques. Cela donne le tableau suivant :

Nom de l'EHPAD (selon l'ancienneté mutualiste)	Classement au test de gestion des risques	Classement résultat administratif
Le Fontanil	11	8
CSL Philibert	1	3
La Folatière	3	4
L'Arche	6	1
Les Solambres	2	2
Vigny-Musset	4	9
Les Orchidées	8	6
Pique Pierre	8	7
Bois d'Artas	5	5
Claudette Chesne	10	10
Le Chant du Ravinson	7	11

Dès lors, on remarque une stabilité financière chez les EHPAD ayant obtenu un bon score au test (Les Solambres, CSL Philibert, La Folatière...). Pour le reste, ce tableau ne semble pas probant puisque l'Arche qui est l'EHPAD le plus excédentaire n'arrive que 6^{ème} au test tandis que Vigny-Musset qui est 4^{ème} sur la grille de gestion des risques, est un des EHPAD les plus déficitaires.

Une troisième solution s'offre alors à nous, trier les EHPAD entre les quatre familles de gestion des risques et voir si ceux qui sont dans la famille 1 de gestion des risques ont le meilleur résultat administratif. Pour cela, nous avons réalisé un tableau croisé dynamique à partir des champs concernés. Nous avons entré en étiquettes de colonne, les quatre familles de gestion des risques (de la famille 1 des « bons élèves » à la famille 4 où tout reste à faire) et en valeurs, les sommes des résultats administratifs en 2015 en euros :

EHPAD (Tout)		Somme sur Résultat administratif 2015 en €				Famille de risque	
		1	2	3	4	Total	
Somme		70816,37	-59723,94	-1537433,09	-176140,61	-1702481,27	

Les résultats sont plus parlants. La famille de risque 1 est celle où le résultat administratif est le plus important et cela va en se dégradant jusqu'aux familles 3 et 4 (qui elles ne comptent pourtant qu'un seul établissement). Gérer les risques de manière

efficace semble participer à la bonne santé financière de l'établissement à la vue des résultats du tableau ci-dessus.

Nous aurions pu compléter pour cette hypothèse, nos données quantitatives descriptives par une analyse de corrélations entre variables (comme cela est fait pour les prochaines hypothèses) mais en raison de l'absence de réponse d'un EHPAD et du caractère subjectif des réponses apportées au test ; cela n'a pas été jugé opportun ici.

Dans le tableau des risques de la Mutualité, un risque peut se rattacher à notre deuxième hypothèse, il s'agit de l'inadéquation du patrimoine à l'activité. En effet, le bâtiment peut-être inadapté à l'activité et cela pourrait expliquer pourquoi des anciens EHPAD comme le Fontanil et surtout l'Arche (qui sont en pleine restructuration) ne réalisent pas de meilleurs scores au test de gestion des risques. La conséquence est une dégradation de la qualité de l'environnement ; des incidents ; une question de sécurité et d'accessibilité pour les résidents et les familles et des conditions de travail inadaptées. Cependant, ce risque est moyennement fréquent compte tenu des schémas d'implantation. L'impact se fait au niveau financier, légal/juridique, sur les résidents et personnel ; notamment sur la réglementation et sur les conditions de travail et d'accueil des résidents. Le risque financier pointe ici au niveau du patrimoine de l'établissement, ainsi les loyers élevés des nouveaux bâtiments les fragilisent financièrement, et également au niveau de la gestion des risques.

Ainsi, notre deuxième hypothèse peut être partiellement validée. Un établissement où la gestion des risques est effective est un établissement dont le résultat administratif est positif ou du moins vise l'équilibre. C'est le cas pour les trois meilleurs EHPAD mutualistes isérois en terme de gestion des risques (Philibert, Les Solambres et La Folatière). Néanmoins, c'est la seule corrélation qu'il est possible d'établir puisque un EHPAD ayant un score relativement moyen comme l'Arche a pourtant le meilleur résultat administratif, tandis que Vigny-Musset pourtant bien classé en fonction de la gestion des risques, se retrouve avec un déficit important et figure en queue de peloton sur la partie financière.

Le résultat global de gestion des risques ne suffit pas, il faut aller chercher plus en profondeur et plus finement le lien entre l'aspect financier et la gestion des risques. Cela sera l'occasion de faire le lien avec le personnel des EHPAD et les résidents. Mais avant cela, nous allons nous arrêter sur le plan d'actions possibles, par rapport aux risques identifiés par la Mutualité et relatives aux hypothèses 1 et 2.

PLAN D' ACTIONS POSSIBLES : Recenser et prioriser les risques ne suffit pas. Il convient également de mettre en place des plans d'actions sur les risques prioritaires et de dégager ce qui est fait ou en cours de réalisation, ce qui est à faire et se baser sur des indicateurs qui permettront d'apporter des informations quantitatives et de suivi.

Au niveau de la « dérive budgétaire », la Mutualité Française Isère a bien conscience qu'il s'agit là de sa préoccupation n°1 (il a été priorisé comme étant critique). Des actions ont déjà été menées. Un suivi mensuel du chiffre d'affaire par établissement et activité est réalisé ; de même, les charges par groupe de dépenses et analytique sont suivies pour vérifier comment évolue le recours au personnel et à des partenaires extérieurs. De plus, une réduction de charges du groupe 1 (dépenses d'exploitations) par renégociation de contrat, en 2012, la MFI-SSAM a adhéré au GAM (Groupement d'Achats Mutualistes), ce qui lui a permis d'opérer des économies d'échelles considérables au bénéfice des établissements et des résidents notamment sur les dispositifs dépendance et médicaux grâce à des négociations groupées avec les fournisseurs. Il reste désormais à réduire les dépassements budgétaires, notamment, sur le groupe 2 (dépenses de personnel) et le groupe 3 (loyers/redevances). Nous reviendrons sur les dépenses de groupe 2 au cours de notre troisième hypothèse.

Dans le deuxième risque identifié par la Mutualité par rapport à notre première hypothèse, le déséquilibre du financement de l'activité (exploitation) entre les ressources pérennes et non pérennes, un élément important est à surveiller. C'est le montant des crédits non reconductibles qui se chiffre à près de 19.000€ pour les EHPAD étudiés ici. Il faut penser à ne pas se reposer sur ces sommes d'argent qui ne subsistent qu'à court terme.

Sur la deuxième hypothèse, l'inadéquation du patrimoine à l'activité est un risque qui met en danger toute politique de gestion des risques. Des stratégies sont en cours

pour les sites dont l'immobilier est complètement inadapté, en concertation avec les tutelles (ARS, CD). De plus, des plans pluriannuels d'investissement sont en cours d'élaboration pour les établissements cumulant de grosses tranches de travaux et sont en voie de généralisation pour tous les EHPAD. L'objectif est ici d'être dans un cycle perpétuel d'investissement pour anticiper toute survenue de risques et poursuivre la conduite des projets.

Si ces hypothèses et plans d'actions se focalisaient davantage sur la structure EHPAD dans sa totalité et prenaient en compte les notions de temporalité (hypothèse 1) et de « bonne gestion » (hypothèse 2), il convient à présent de se pencher plus en détail sur le personnel et les résidents, deux rouages déterminants dans le bon fonctionnement des EHPAD.

b. Hypothèses 3 et 4, la qualité de vie du personnel et des résidents impactée ?

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS :

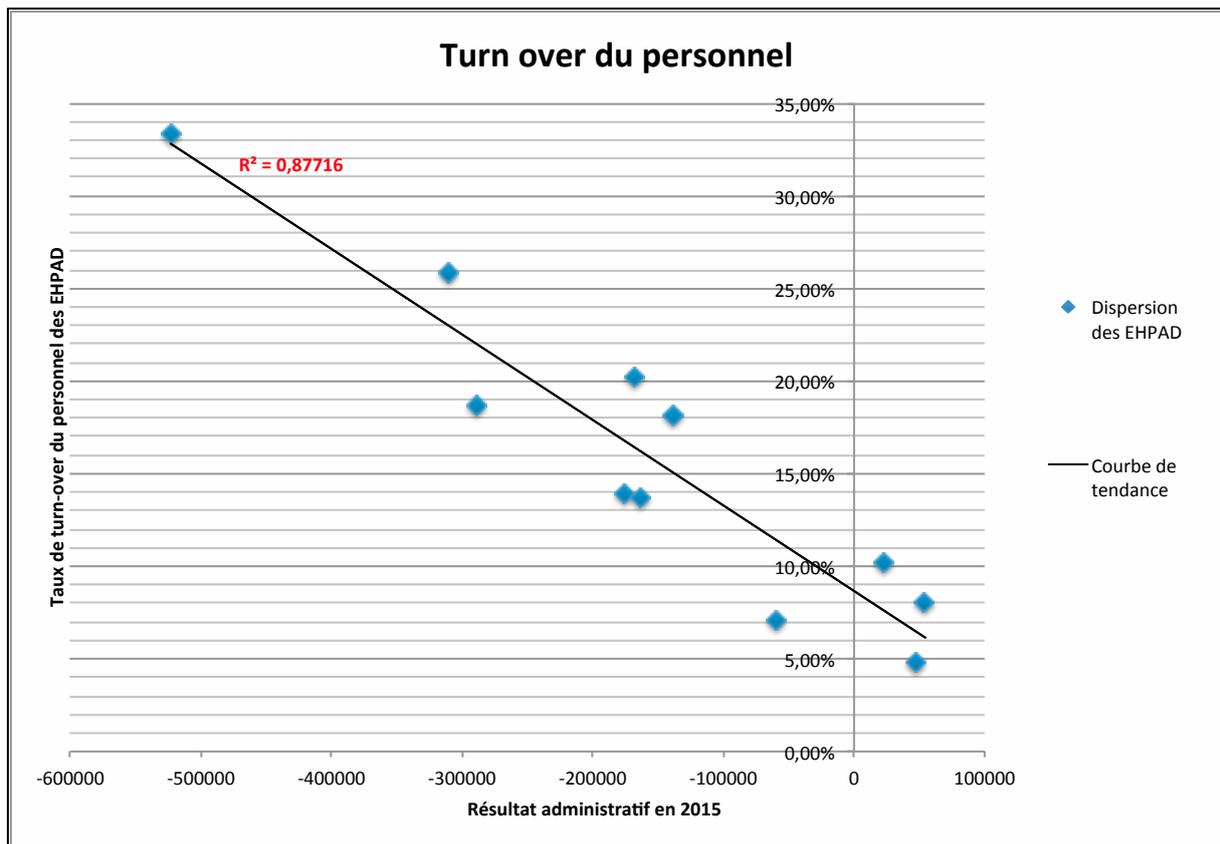
Ce deuxième système d'hypothèse a trait aux conditions de travail et de vie des salariés des EHPAD et des résidents

Hypothèse n°3: La pression financière se ressent sur la qualité de vie et la stabilité du personnel des EHPAD

Pour mener à bien cette hypothèse, une question fondamentale s'est posée : Que prendre en compte pour mesurer la qualité de vie et la stabilité du personnel ? Une étude plus approfondie aurait pu être possible, en étudiant le bilan social des EHPAD mutualistes qui recèlent de nombreux indicateurs qualitatifs sur le personnel.

Mais faute de temps et dans un souci de se tourner essentiellement sur un volet quantitatif, il a été décidé que les indicateurs sélectionnés pour mener l'analyse seraient ceux disponibles notamment par le référencement du tableau de la performance médico-sociale de l'ANAP ou les documents en vue de l'Assemblée Générale de la MFI-SSAM.

Nous sommes donc partis du turn-over du personnel. Le graphique, situé page suivante, met en relation le turn-over du personnel des EHPAD (soit la somme du taux d'entrée et de sortie en numérateur divisé par deux) avec le résultat administratif de ces structures pour l'exercice 2015.

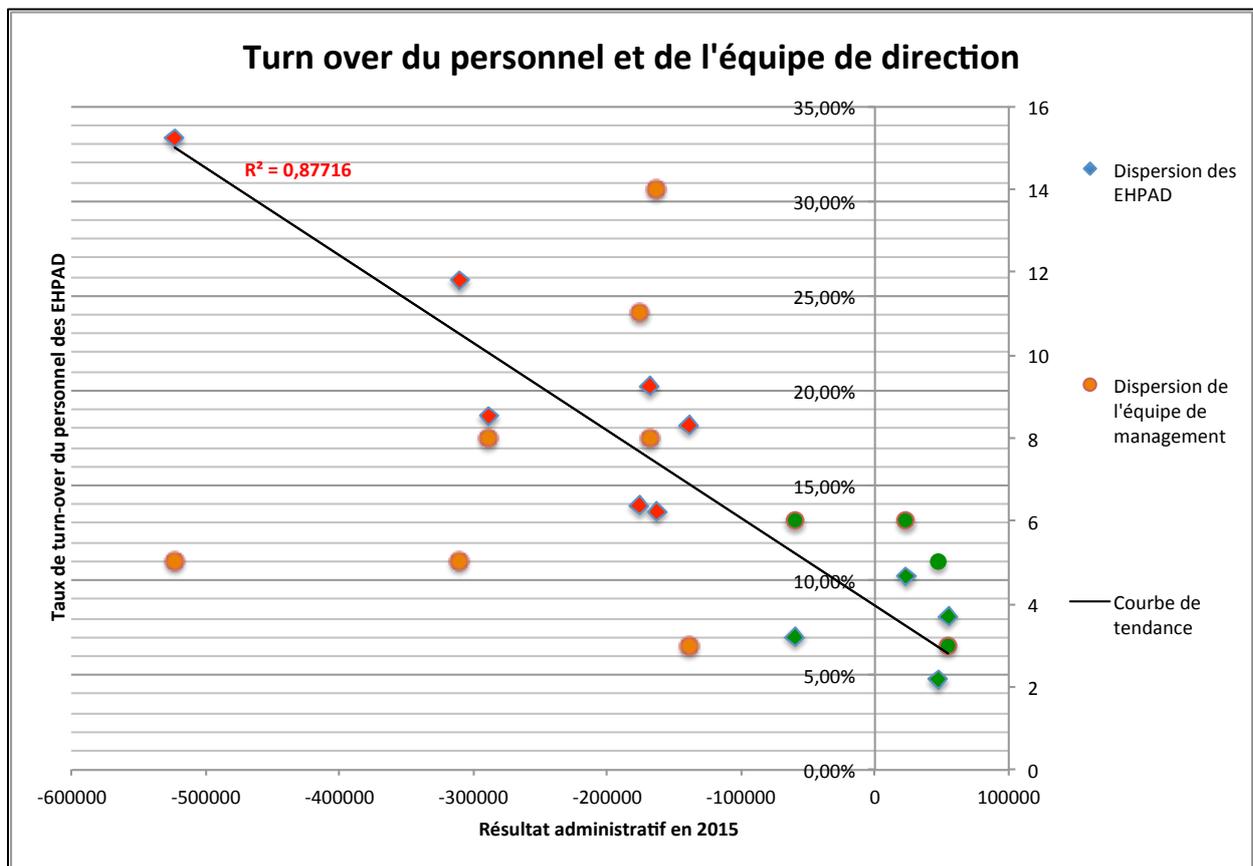


Ce graphique révèle une corrélation négative entre taux de turn-over du personnel et le résultat : quand le résultat administratif s'améliore, le turn-over diminue. Par ailleurs, le pouvoir explicatif du modèle est satisfaisant. Le coefficient de détermination (R^2) de la droite de régression linéaire doit permettre de s'assurer de la mesure de la qualité de prédiction. Ce coefficient de détermination varie entre 0 et 1. Lorsqu'il avoisine le 0, le pouvoir prédictif du modèle est faible et lorsqu'il est plutôt proche de 1, le pouvoir prédictif du modèle est fort.

Ici, R^2 est égal à près de 0,9 (0,87716). Ainsi, le modèle testé est extrêmement convaincant. En complément de cette analyse, il convient normalement de réaliser un test de significativité. Pour cela, nous nous sommes appuyés le coefficient de corrélation de Pearson pour déterminer la relation entre deux propriétés et tester l'intensité et la significativité de la relation linéaire entre nos variables. Pour être interprété, le coefficient de corrélation doit être significatif (la valeur de p doit être plus petite que 0,05). Selon notre modèle, dans notre situation, p-value est proche de 0 tandis que $r = -0,941$ et que t-stat (degré de signification) = 7. Ainsi, notre coefficient est significatif, les variables semblent être associées fortement.

La rotation du personnel semble contribuer aux mauvais résultats financiers de certains EHPAD. Il convient d'affiner cette recherche et de progresser.

Ainsi, le lien entre absentéisme et déficit n'est que le début de la chaîne. Nous avons donc décidé d'utiliser le graphique ci-dessus et de mettre en corrélation le nombre de personnel de l'équipe de management entre 2011 et 2015 dans chaque EHPAD. Elle se compose du Chef d'établissement, du médecin coordonnateur de l'EHPAD et du cadre de santé. Cette équipe de management de l'EHPAD est celle qui doit porter la vision stratégique d'accompagnement d'un projet intégrant la gestion des risques. C'est pourquoi, nous avons pointé en vert les établissements ayant un projet d'établissement clairement défini, et en rouge, ceux n'en ayant pas. Et le résultat est sans appel :



Quand le résultat administratif s'améliore, le niveau de rotation des personnels diminue. On constate que les EHPAD où le taux de rotation du personnel est le plus faible sont ceux où un projet d'établissement est clairement défini, ceux où la stabilité de l'équipe de management est bonne et également les établissements les plus anciens (à l'exception du Fontanil dont l'atypisme et les problèmes structurels ont déjà été détaillés plus haut).

En plus du niveau de rotation des équipes, la qualité des conditions de travail peut s'évaluer de manière quantitative avec le niveau d'absentéisme du personnel dans la structure. Du fait de sa taille imposante, le graphique mettant en lien l'absentéisme et le résultat administratif des EHPAD mutualistes n'est pas disponible dans le corps de ce mémoire mais est consultable en annexe. Il en ressort ici uniquement les conclusions.

Ainsi, à première vue, il paraît difficile de lier l'absentéisme en général au résultat financier. En effet, l'indice de corrélation est à peine supérieur à 0,2. Il est pourtant vrai que cette relation semblait aller de soi : l'absentéisme qui influe sur la qualité de vie au travail des salariés qui va provoquer encore plus d'absentéisme, qui lui va générer des frais de remplacement et accroître pression financière et faire exploser les budgets.

Il a alors été décidé de décomposer l'absentéisme en deux sous-ensembles : les arrêts maladie de toute nature (courte/moyenne/longue durée) et les accidents du travail (et maladie professionnelle). L'idée était que la maîtrise des budgets passe par une maîtrise des coûts du personnel, ainsi des remplacements peu efficaces (qui seront décrits par les personnes interviewées) risquent d'alourdir la charge des effectifs en mode dégradé et de fatiguer les personnels, provoquant ainsi des arrêts maladie (AM) et des accidents de travail (AT).

Cependant, là encore les résultats de notre recherche ne sont pas du tout concluants. L'absentéisme, que cela soit dans sa globalité ou en se focalisant sur les AM ou AT, ne semble pas corrélérer au résultat administratif des EHPAD. Les causes de l'absentéisme sont très difficiles à cerner. En effet, la MFI-SSAM a récemment mis en place, sous l'impulsion de sa Directrice des ressources humaines et de Chefs d'établissements, une Commission absentéisme. En outre, le premier rapport de cette Commission a mis en avant une répétition des arrêts avec des profils différents : attitudinal (fréquent et court), médical (peu fréquent et long), ponctuel (peu fréquent et court) et cumulatif (fréquent et long). Aussi, la Commission avait pointé l'usure marquée des professionnelles travaillant au contact des résidents, sans pour autant trouver de corrélations entre ces éléments et bien d'autres encore⁶⁹.

⁶⁹ Tentative de corrélation avec le GMP, le taux d'encadrement, le type d'AT, les horaires de travail...

Notre troisième hypothèse est en partie validée.

Le turn-over du personnel et l'absentéisme au travail sont liés aux conditions de travail du personnel et à la ligne conductrice menée par l'équipe de direction via le projet d'établissement et le management du personnel par l'équipe dirigeante (Chef d'établissement, médecin coordonnateur, cadre de santé). Il y a là une idée de perspective et d'accompagnement à assurer qui peuvent générer de l'absentéisme s'ils sont mal menés ou inexistantes. Prévenir les risques est une stratégie, c'est avoir une vision claire de là où on veut aller, c'est un outil de prévention pour les établissements.

Mener ce genre de programme permet de protéger les personnels et l'établissement de plusieurs risques que le personnel pourrait lui-même occasionner. Ainsi, par les risques engendrés par le personnel, on retrouve le climat social et/ou tendu. Les causes sont l'insuffisance structurelle de moyens, une mauvaise organisation du travail, un manque de communication et de management. Les conséquences sont très fortes au niveau financier car cela peut impliquer des grèves mais surtout de l'absence de personnel répétée.

Dans la famille des risques pouvant toucher le personnel, on retrouve également les risques psycho-sociaux. Nous aurons l'occasion de revenir dessus puisque ce thème et son évolution dans le temps ont bien été évoqués par la DRH interviewée. Les causes de ce genre de risque sont un management et organisation inadaptée, aussi un environnement inadapté, une pénurie de personnel et des conditions de travail inadaptées. Par conséquent, l'établissement risque d'être mis en cause, d'être accusé de maltraitance, et de voir croître les accidents de travail et les arrêts de travail.

Hypothèse n°4: **Le mode de financement a un impact sur la qualité de vie des résidents**

Pour cette quatrième et dernière hypothèse de travail, nous allons nous pencher sur le mode de financement des EHPAD. Chaque enveloppe va être testée en fonction des scores de gestion des risques obtenus par les EHPAD.

Comme cela a été rappelé dans la première partie, les charges de fonctionnement des EHPAD sont réparties entre les trois sections tarifaires : hébergement, dépendance et soins.

Commençons par les sections dépendance et soins. L'indicateur synthétique « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS⁷⁰) rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. Il permet de donner la charge en soins et en dépendance de l'EHPAD.

Ici, il a été choisi de ramener l'indicateur médico-économique non valorisé en euros au lit pour un résident. Cela va servir à rendre comparable les données car il n'y a pas de valorisation (la valeur du point étant différente selon les établissements⁷¹). On distingue le GMPS connu (le plus souvent au 31/12 de l'année) et le GMPS validé par les tutelles financières. A l'exception du CSL Philibert qui révisé en interne son PMP chaque année, le PMP validé et connu est le même (celui validé par les tutelles).

L'objectif est d'analyser s'il y a un réel impact du GMPS sur le déficit des EHPAD et/ou sur leur score obtenu lors du test de gestion des risques. En effet, on peut penser qu'un GMPS élevé est source de déficit et d'un score peu élevé. Savoir gérer les risques, c'est aussi, savoir faire face à des charges en soins et en dépendances importantes.

Les graphiques en annexe croisent, dans un premier temps le GMPS connu et celui validé avec le résultat administratif en 2015 ; puis dans un second temps, le GMPS connu en fin d'année et celui validé avec le score obtenu à la grille de gestion des risques.

Il ne semble pas y avoir de corrélation entre le GMPS, le résultat financier et le score à la grille de gestion des risques. Dans tous les cas de figure, l'indice d'ajustement est très faible et inexploitable.

En revanche, un élément d'explication pourrait être la particularité de ces structures. En effet, le GMPS médian du secteur privé non-lucratif en France est de

⁷⁰ $GMPS = GMP + (2.59 \times PMP)$

⁷¹ L'allocation budgétaire des établissements est basée sur une formule unique de calcul de la ressource plafond : **Nombre de point GMPS x valeur du point x capacité**

1102,48⁷². Ce résultat est nettement en deçà des GMPS des EHPAD mutualistes en Isère. Ainsi, s'il n'y a pas de corrélation, on peut néanmoins supposer que le déficit des établissements récents est le fait de la non-prise en compte par l'ARS de la particularité du territoire de l'Isère et de la population accueillie. Les tutelles accordent des enveloppes soins et dépendances nettement inférieures aux besoins des EHPAD et à la réalité du terrain notamment par contrainte financière.

Cela invite à tenir compte du risque financier majeur d'une tarification insuffisante quand le GMP et/ou PMP sont en décalage par rapport à la situation médicale des EHPAD aujourd'hui. On risque, non seulement, de ne pas répondre aux besoins des usagers-résidents mais on risque aussi de fatiguer les équipes et de développer un cercle vicieux d'AT et AM.

Le tarif qui nous importe le plus dans notre recherche est le tarif hébergement. Il est entièrement à la charge du résident ou de sa famille. Ces derniers peuvent éventuellement, sous conditions de ressources, bénéficier de certaines aides (aide au logement, aide sociale...).

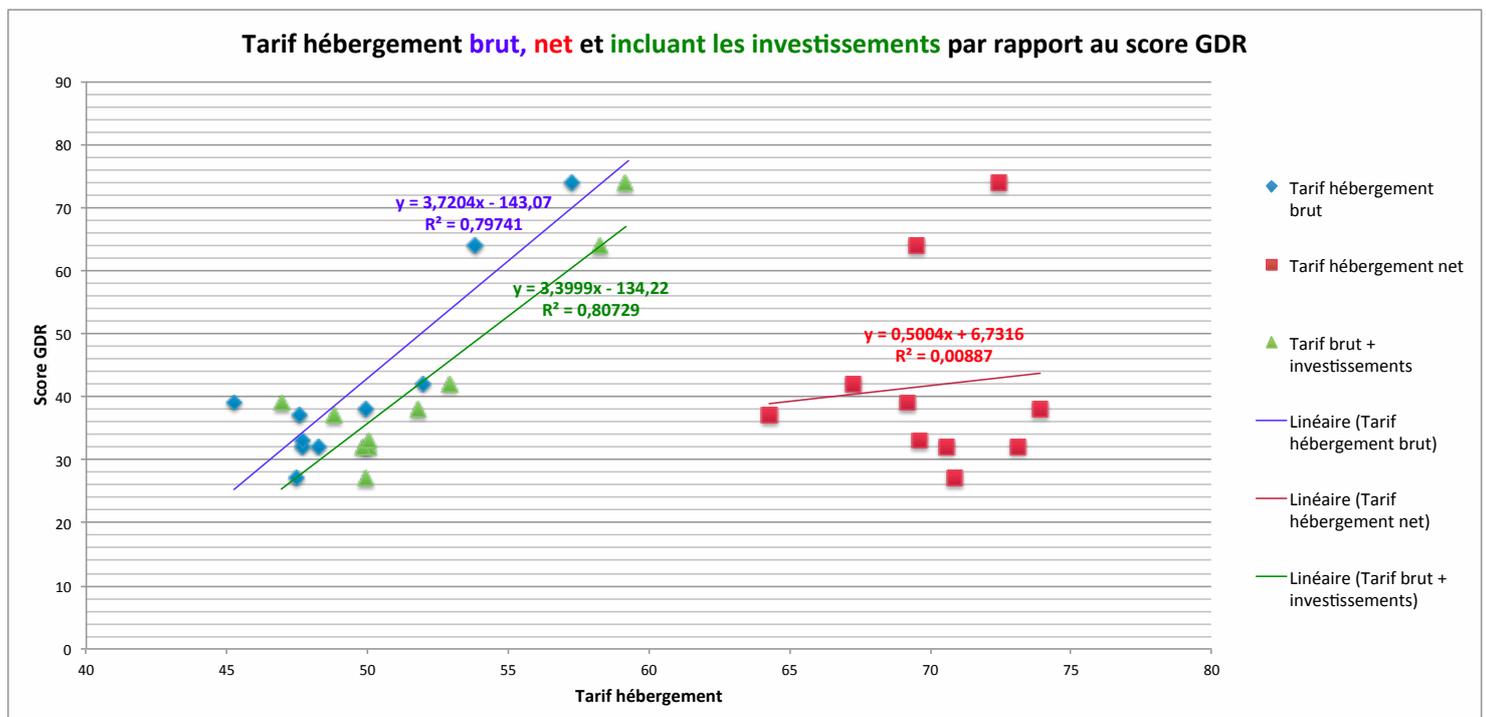
Nous sommes partis au départ du tarif hébergement net. Il est vrai que ce qui est payé par le résident dans le tarif hébergement n'est pas uniquement dédié à cela. Le tarif hébergement net, comprend aussi la redevance, les frais de siège, la dotation aux amortissements et (si elle existe) la reprise de résultats. Le graphique situé page 80 (droite et points rouges) montre bien que le tarif net et le score à la gestion des risques n'ont pas de lien entre eux. En effet, il est impossible à ce niveau d'analyse de s'intéresser à la partie du tarif qui va effectivement être au service du résident et de son hébergement, il faut affiner la recherche.

Nous avons ensuite effectué l'analyse à partir du tarif hébergement « brut » effectivement dédié à l'hébergement, c'est à dire qu'on enlève les variables (redevances, frais de siège...) et on maintient ce qui est relatif à de la prise en charge directe pour le résident. Le résultat est nettement plus convaincant (droite et points bleus). On remarque que plus le tarif hébergement brut des établissements est fort et plus le score de gestion

⁷² Sur la base des informations relatives au GMP (657) et au PMP (172) de l'Observatoire des EHPAD 2014.

des risques est élevé ($R^2=0,797$). Ainsi, plus la partie hébergement est réellement consacré à de l'hébergement et meilleur sont les conditions pour le résident. Si on enlève la redevance des établissements qui est extrêmement élevée dans les nouveaux bâtiments, et bien finalement la part d'hébergement réellement consacré diminue.

On peut même aller plus loin en s'intéressant au tarif hébergement brut auquel on rajoute uniquement la dotation aux amortissements qui correspond à de l'investissement en vue de prévenir et gérer les risques (droite et points verts). On pousse ainsi la recherche plus en détail et on affine d'avantage le résultat. Celui-ci est encore plus pertinent, encore plus percutant puisqu'on arrive à un ajustement de 0,8 et cela va venir valider l'hypothèse 4. Le tarif hébergement influe sur la qualité de vie des résidents à travers les risques qui sont gérés par les EHPAD.



Ici les résultats montrent que quand le tarif augmente, le score augmente, la corrélation est positive. Pour cette hypothèse, établir un coefficient de corrélation et tenter de déceler une quelconque significativité n'aurait pas de sens ; il s'agit ici de dresser un simple constat. En effet, les procédures de fixation des tarifs hébergement des EHPAD sont complexes. Le fait de croiser les variables tarif hébergement et score au test est en lien avec la gestion et le management des EHPAD.

Ainsi dans ces EHPAD, l'intérêt porté à la qualité de vie des résidents est effectif par un réel projet et plus les risques sont prévenus, maîtrisés, gérés et meilleur est le résultat financier.

PLAN D'ACTION POSSIBLES : Nous allons nous arrêter sur le plan d'actions possibles, par rapport aux risques identifiés par la Mutualité et relatives aux hypothèses 3 et 4.

Au niveau de l'hypothèse 3, on distingue deux types de risques visant le personnel. Tout d'abord, les risques professionnels et psychosociaux qui sont classés comme étant « à renforcer » Pour y remédier, des DUERP⁷³ sont en place et vivent, mais pas de manière homogène. Il est nécessaire de généraliser la mise en place du DUERP dans toutes les structures mais également d'évaluer l'efficacité de la prévention par un suivi des nombres et motifs d'accidents du travail et maladies professionnelles. De plus, il faut poursuivre l'effort de formation du personnel qui reste un facteur déterminant du sentiment d'intégration et de valorisation des agents.

Le deuxième risque identifié par la Mutualité par rapport à notre troisième hypothèse est à surveiller et il s'agit du climat social tendu ou dégradé. Il faut évaluer le risque au moyen d'indicateurs comme les évaluations professionnelles des salariés, l'évaluation du fonctionnement des instances représentatives du personnel qui assurent la représentation du personnel et qui font remonter leurs doléances lors des réunions ; et l'évaluation du plan de formation.

De plus, la Commission absentéisme de la MFI a commencé à développer un catalogue de 34 actions (allant de la communication à l'implication des salariés) à hiérarchiser et à détailler en fiche action qui vont participer à l'élaboration d'indicateurs et de suivi plus homogènes de l'absentéisme et des coûts réels pour les EHPAD.

Pour l'hypothèse 4, la tarification insuffisante est un risque auquel les groupements gestionnaires d'établissements n'ont, au final, qu'une prise indirecte, le dernier mot revenant souvent aux tutelles financières. Ce risque est donc à surveiller et sa maîtrise est une des priorités. Cela passe par un travail sur la recherche d'économie, mutualisation de

⁷³ Le Document unique d'évaluation des risques professionnels répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels les personnels sont exposés, dans le but de développer la prévention.

certain services et fonctions entre établissement ou via le GAM. Sur ce risque, la majorité du travail va être de la négociation avec l'autorité de tarification et cela va de pair avec un suivi et une révision des GMP et PMP validés pour réduire au maximum le différentiel entre ces données validées et connues. Si le dernier GMP connu est une information facile à connaître, la coupe Pathos est plus difficile à mettre à jour annuellement et cela peut engendrer des écarts se comptant en plusieurs milliers d'euros pour certaines structures.

3. Commentaires et explications

a. Comprendre les résultats par les retours d'entretien

Il a été fait le choix de compléter notre partie empirique de notre mémoire par des entretiens conduits de manière semi-directive. L'intérêt est de chercher à expliciter les résultats obtenus en recueillant des informations précises sur des thèmes préalablement définis. Le but de ce complément est aussi de venir apporter « de l'eau au moulin » et d'avoir le ressenti des principaux acteurs sur la situation et d'analyser si leurs vision des choses se calquent sur la réalité des données étudiées.

HYPOTHÈSES 1 ET 2 : Si notre première hypothèse avait trouvé un certain écho grâce aux preuves apportées par les données chiffrées, les explications sur l'impact de la notion de temporalité dans le résultat financier par les personnes interviewés reprenaient souvent la même trame. Ainsi, le poids de l'immobilier et des loyers serait l'une des principales causes du différentiel de pression financière entre établissements anciens et récents. La Directrice des Affaires financières (DAF) va dans ce sens : (e7)⁷⁴ « *Le poids de l'immobilier est moins important et c'est lié à la vétusté du bâtiment aussi (...) Aujourd'hui, des bâtiments qui sont anciens on a un loyer à 250-300.000€ annuel, alors qu'un bâtiment nouveau, on a un loyer à 500.000.* »

Cette notion de temporalité joue également selon des interviewés qui apparaissent pourtant éloigné de cette question. C'est le cas de la DM (e9) « *Je vois bien l'analyse par rapport surtout à l'investissement par rapport au loyer, par rapport au charges d'un nouvel établissement* », le DPMS

⁷⁴ Les indicateurs (e + un chiffre) permettent aux lecteurs de retrouver facilement les propos cités, dans le corps du mémoire, dans leur intégralité en annexe.

(e6) « la location prend un sacré pas dans les nouveaux établissements, les nouvelles infrastructures coutent très cher » ou encore la DRH (e6) « *Le fait que ce soit des bâtiments anciens y'a un loyer en général moins cher et pèse moins sur le budget par rapport à ce qui est alloué.* »

Si le prix des loyers semble avoir son importance sur la pression financière, les interviewés ont aussi profité de la discussion autour de cette première hypothèse pour directement faire le lien avec l'hypothèse 3 sur le personnel. De ce fait, le DAGAI précise que (e8) « *les organisations sont stabilisées complètement et du fait qu'ils sont stabilisés, on a beaucoup moins d'effet lié à de couts de dysfonctionnement tel que l'absentéisme, la stabilisation d'une équipe etc. donc ça on le voit sur les anciens sauf en cas d'accident managérial.* » Pour la DRH, cette pression est essentiellement du côté des nouveaux EHPAD (e6) « *Je pense que la pression est du côté que ces nouveaux établissements ont du mal à stabiliser le personnel et le taux d'absentéisme fort, et donc une pression qui oblige à ramener à l'équilibre ces établissements.* »

L'évolution de la population accueillie a également un coût important pour les EHPAD et l'arrivée de résidents étant immédiatement en GIR 1 et 2 peut fragiliser les structures. Le DAGAI revient justement sur ce point, (e8) « *C'est que les anciens n'ont pas forcément subi la vague de forte dépendance, ils l'ont mais ils sont quand même une certaine quantité de résidents chez eux qui sont entrés en GIR 4, en GIR 5 à l'époque et qui sont en Gir 3 aujourd'hui.* ».

La DM va même plus loin et parle d'inadaptation du bâti aux nouvelles populations accueillies (e9) « *Le (nom de l'EHPAD) est complètement ina... es inadapté à 2/3 par rapport à la pop en charge* » En outre, il semblerait donc que cette hypothèse 1 risque de s'essouffler dans le temps et que bientôt tous les EHPAD quelque soit leur année d'ouverture soit mis en difficulté par la pression financière. Pour la DAF (e7) « *le jour où on va réhabiliter les anciens établissements, la problématique va revenir, elle est momentanée.* » Le DAGAI appelle également à la prudence, tout comme la DRH pour qui « *la pression s'atténue de plus en plus depuis les dernières années* (e6) » Mais la réalité de la situation est là et pour la DM (e9) « *Le constat est là, sur les chiffres mais est-ce que l'offre est adaptée et est ce que si on mettait les sous en face (...) on me dit « Non, vous arrêtez de rêver, parce qu'il y a pas d'argent » ...*

Les résultats de notre deuxième hypothèse semblaient moins convaincants et le lien entre gestion des risques et résultat financier, il se faisait uniquement dans le sens où un très bon score au test de gestion des risques est synonyme de résultat administratif positif ou à l'équilibre (Philibert, Solambres, Folatière).

Pour le directeur des pratiques médico-sociales, le lien entre la gestion des risques et la question financière ne va pas de soi (e14) « *Non je vois pas cette corrélation là. Après ça*

dépend où tu places le curseur par rapport à la gestion des risques » Mais la meilleure explication du lien potentiel entre les deux éléments a été fournie par le DAGAI pour qui, (e10) « *On pourrait dire oui dans la mesure où on a bien identifié les risques. C'est pour ça que je parlais tout à l'heure quand on disait la gestion des risques, c'est quoi en EHPAD, c'est gérer les risques liés à l'activité, aux résidents, aux familles, à l'environnement personnel, c'est cet ensemble là. Et si on a pas une vision globale de tous les risques qui nous menacent, on aura pas un équilibre. On sait que prévenir ça coute mais c'est de l'investissement mais derrière on diminue les effets des risques qui content cher.* » Il insiste bien sur l'aspect de prévention qui doit également émaner d'une politique du risque.

La gestion des risques peut également participer à « une culture d'entreprise qui soudent les équipes (e9) » comme le souligne la DAF.

Cependant, cette logique a également ses limites comme le fait remarquer la DRH (e12) « *Plus la politique de GDR est avérée et mise en place, ça ne peut qu'améliorer les comptes de résultats, je le pense. Mais c'est toujours pareil, jusqu'à un certain point.* » En effet, la simple application de procédures comme cela peut être le cas dans le milieu de l'industrie vient ici se heurter aux particularités du secteur médico-social : « *Dès que l'on commence à toucher sur du public reçu et que la relation clientèle intervient, la gestion des risques par des procédures, des protocoles, y'a... il faut une mise en œuvre, plus elle sera appliquée et mieux ce sera mais avec une souplesse quelque part car sinon c'est l'effet inverse, de rentrer dans une rigidité face à un résident un peu résistant et mettre des couts cachés qui impactent sur les comptes de résultats.* »

Ainsi, la pression financière reprend alors ses droits et c'est cela que craignent les Chefs d'établissement (e13) « Souvent les directeurs se retranchent derrière l'aspect du budget de dire « *on a pas les moyens pour les mettre en œuvre* »

HYPOTHÈSES 3 ET 4: Les hypothèses 3 et 4 furent difficile à analyser de manière quantitative en raison notamment de la masse trop importante de données qu'il faudrait analyser et recouper sans vraiment savoir s'il existe des relations entre ces données. Par conséquent, les entretiens vont servir sur ces hypothèses, plus en lien avec la réalité de terrain que ne pouvait l'être les hypothèses 1 et 2, à donner la parole aux interviewés sur le ressenti qu'ils ont de la situation pour les équipes et les résidents.

La troisième hypothèse découle des deux premières à en croire le DAGAI, (e13) « *Automatiquement. La pression financière, c'est dans le mode de fonctionnement, tel qu'on est aujourd'hui sur la MFI en tant qu'EHPAD, privé non lucratif et habilité 100 % aide sociale donc sous tutelle du Conseil général aujourd'hui, notre principal financeur, c'est eux aujourd'hui qui nous disent on peut pas embaucher qui on veut. Donc on a des ratios de personnel, à la virgule près, qui nous sont imposés et qu'on essaie de respecter.* » Ainsi, le privé non-lucratif pâtirait de sa spécificité et des valeurs de solidarité qu'il défend.

Pour les interviewés, deux évolutions viennent renforcer le sentiment de pression sur les équipes. Tout d'abord, les tutelles semblent déconnectées de la réalité du terrain et de la pratique de l'exercice. La DM rappelle que (e16) « *la pression financière, elle est surtout parce qu'on met pas en adéquation les moyens (...) on met pas les moyens humains qui correspondent parce que les tutelles donnent pas assez d'agent pour recruter du personnel* » On est à même de parler d'injonctions paradoxales, on demande aux personnes de faire le mieux du mieux ce qu'elles peuvent avec un minimum de moyens. Le DAGAI confirme que c'est aussi souvent la vision qu'en ont les établissements (e17), pour autant, selon lui, cela oblige à la créativité : « *l'injonction paradoxale nous oblige à être créatif, imaginatif et trouver des solutions auxquelles on penserait pas, et ainsi de ce dire, peut-être qu'on y arrivera* » Si cette notion de créativité est un élément nouveau avec lequel les EHPAD doivent aujourd'hui composer, cette notion fonctionne jusqu'à un certain point pour la DRH et ainsi (e7) « *les budgets sont descendus et les établissements ont pris plus d'auxiliaire de vie parce que ça coûte moins cher qu'une AS mais ça alourdi le travail, le poids de la responsabilité.* »

La deuxième évolution concerne les salariés des EHPAD dont la mentalité a changé. La notion de travail s'est diluée dans les risques que comporte le métier dans les EHPAD. La DRH résume la situation (e3) « *Une personne qui signait un CDD ou CDI avant c'était pour son travail et maintenant c'est qu'est-ce que je risque en signant un CDD ou CDI, qu'est ce que ça va m'amener. On va aussi parler des risques psycho-sociaux (RPS) dans les RH, qui aujourd'hui prennent une dimension assez difficile à gérer parce que tout peut être ramené à un RPS alors que tout n'est pas générateur de RPS.* »

Face à ces évolutions et risques, les interviewés donnent plusieurs pistes de solutions. En premier lieu, la stabilité de l'équipe de direction, qui apparaît comme un

élément central sur la qualité de vie au travail du personnel. Pour le DAGAI, cette stabilité est essentielle dans la construction d'un programme de GDR, (e12) « *Y'a pas de prévention des risques sans management qui a confiance et qui sait gérer... qui a la culture du risque dans la tête. Manager, c'est gérer les risques et développer cette culture auprès des équipes.* » Si cette stabilité est importante, la DM rappelle toutefois les difficultés dans la gestion des EHPAD, (e19) « *Tu dois savoir beaucoup de choses sur beaucoup de sujets et maîtriser beaucoup de choses* »

Enfin, la DAF privilégie comme solution la formation du personnel, (e12) « *il faut monter en compétences, je pense que c'est... arriver à fidéliser les salariés.* »

Lorsque nous avons testé notre quatrième hypothèse, nous nous étions rendus compte que le mode de financement était fortement contrôlé par les organismes de tutelle financière.

La personne la plus critique à l'égard du système actuel est finalement celle qui travaille le plus à l'intérieur des établissements, la DM. Elle n'hésite pas à parler de « *schizophrénie* » due aux trois financements différents (e20). Elle remet en cause également le manque de pertinence et d'objectivité des modes de calcul de financement : (e21) « *Tu te dis c'est juste pour rentrer dans les enveloppes, entre cherche des justifications médicales pour formater les choses qui correspondent pas aux besoins des résidents (...) y'a un moment, j'entend bien qu'il y a des choses qui me dépasse, mais sur la qualité des soins à la qualité de la prise en charge, on peut pas... Après j'entend qu'il y a plus de sous mais qu'on nous parle pas de groupes homogènes de résidents pour nous passer à la moulinette comme ce qui a été fait.* »

Cependant, tous les interviewés n'ont pas la même vision de la pression financière. Ainsi, pour le DAGAI (e18) « *Oui je pense qu'il peut y avoir du regret avec des financements qui chutent mais la réalité, si on prend du recul, elle est qu'on vit au-dessus de nos moyens et qu'il faut trouver des solutions car y'a du monde qui arrive.* » La DRH appelle quant à elle à un changement dans la façon dont est perçu le résident et des missions qui le concerne (e8) « *le résident a simplement besoin de parler, de raconter ses souvenirs mais qu'elles (les salariées) n'ont plus le temps donc voilà, j'veux dire on en vient à voir le résident presque uniquement sur l'aspect médical* » Elle tire cependant son chapeau aux chefs d'établissements qui arrivent à pallier la pression financière et les diminutions de budgets pour offrir des garanties aux personnels et résidents.

Enfin, la meilleure conclusion est apportée par la DAF, pour qui toutes ces problématiques ne font parties que d'un seul et même ensemble (e14) : « *On retombe quand même souvent sur le même sujet. Si on a pas des équipes formées en nombre suffisant, ça a un impact sur les résidents même si on essaie de faire de notre mieux.* »

b. Les limites de la recherche et remarques éventuelles

SUR LES DONNEES : Nous avons utilisé au cours de ce mémoire deux types de données. Les données quantitatives qui constituent le cœur de notre recherche sont des informations numériques qui nous ont permis d'observer des tendances sur une certaine période. Elles nous ont été utiles quand on a cherché à décrire la notion de temporalité (le quand) et sur la recherche de corrélation de données (le quoi et le qui). Les éléments qualitatifs nous ont apporté des compléments d'informations enrichies, approfondies et de ressenti descriptif grâce aux entretiens. Elles nous ont été utiles quand on a cherché à décrire le pourquoi et le comment.

Cependant, chaque type de données comporte ces limites.

Sur nos données quantitatives, nous avons vu que certains établissements avaient certains aspects atypiques et rendaient complexe le traitement des informations. Ainsi, nous avons dû négliger ou masquer des expériences particulières qui auraient pu être tout aussi enrichissantes dans notre recherche relative aux contraintes financières pesant sur les EHPAD. De plus, les données quantitatives ne donnent qu'une photographie de la situation, en rien elles ne viennent expliquer ce qui est décrit et illustré par les graphiques. Ainsi, il faut toujours faire attention à ne pas prendre pour des certitudes des possibles coïncidences de résultats.

Les données qualitatives proviennent le plus souvent d'études de petite taille. Par exemple dans notre cas, seulement cinq personnes ont été interviewées. Ainsi les entretiens reposent sur l'expérience d'un groupe très restreint de personnes. Elles risquent donc de ne pas être représentatives d'une population ou d'une classe dans son entier. C'est là l'une de leurs faiblesses. De plus, l'étude est légèrement tronquée par la sélection des personnes entendues. Ces personnes sont issues du même groupement. Il aurait été intéressant si le temps l'avait permis de recueillir le témoignage de responsables d'autres

groupements, du secteur public ou lucratif, de Chef d'établissement... mais cela aurait pris énormément de temps en retranscription, temps que nous n'avions pas ici.

SUR LE TERRAIN D'ENQUETE : S'intéresser aux EHPAD mutualistes en Isère comportait un biais important à souligner, le nombre. En effet, l'étude porte sur 11 établissements. La recherche pourrait dès lors être attaquée sur son manque de représentativité quant à l'échantillonnage effectué.

Nous pouvons aussi mettre en évidence que le fait que notre étude se soit déroulée dans un seul et même département la rend difficilement généralisable à toute la France.

Cependant, les problématiques touchant les EHPAD sont aujourd'hui les mêmes que l'on se situe dans le secteur public ou privé non-lucratif (il est vrai que le secteur lucratif reste à part même si des modifications sont en cours notamment sur l'ouverture à davantage de GIR 2 qu'auparavant).

Aussi, choisir l'Isère comme terrain d'étude me semblait pertinent. En effet, ce département connaît depuis de nombreuses années une politique de maintien à domicile importante, de ce fait, les personnes entrent le plus souvent en EHPAD à un âge avancé et avec un fort niveau de dépendance. Sur ce point là, l'Isère apparaît en quelque sorte comme un précurseur d'un phénomène qui touche aujourd'hui toute la France.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La recherche de l'équilibre économique, au global et par activité, conduit aujourd'hui à intégrer la sélection des risques au sein même du modèle de développement des organismes gestionnaires d'établissements.

Dans ce sens, la loi de modernisation de notre système de santé et la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement portent des enjeux et des défis communs : renforcer la prévention, mettre en place une vraie logique de parcours et éviter les ruptures de prise en charge, encourager le décloisonnement entre « le handicap » et « les personnes âgées », entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Malgré les progrès réalisés et en cours de réalisation ces dernières années pour intégrer le principe de gestion des risques au milieu médico-social, les principes de *risk management* et de *risk manager* en France sont encore nettement peu développés. Ainsi, la gestion des risques est souvent abordée d'un point de vue médiatique par le biais de scandales pouvant toucher les EHPAD, qui font souvent la une de la presse locale qui ne cherche pas à comprendre la base des maux touchant ces structures. Car en effet, c'est d'un point de vue financier qu'aujourd'hui la gestion des risques doit être avant tout abordée. Ce mémoire a cherché à illustrer la relation entre les pressions financières des tutelles, le fonctionnement des EHPAD et la nécessité de mise en place de politique de prévention et de gestion des risques.

A la vue de nos sous-hypothèses, il ressort que la notion de temporalité joue sur le résultat administratif en fin d'année, les anciens établissements réussissent à mieux s'en sortir que les nouveaux soumis à des contraintes immédiates et sans avoir le temps de s'y adapter. De plus, un établissement où la gestion des risques est effective est un établissement dont le résultat administratif est positif ou du moins vise l'équilibre. Cette corrélation ne marche que dans ce sens et un bon résultat administratif ne signifie pas toujours une bonne gestion des risques par l'EHPAD.

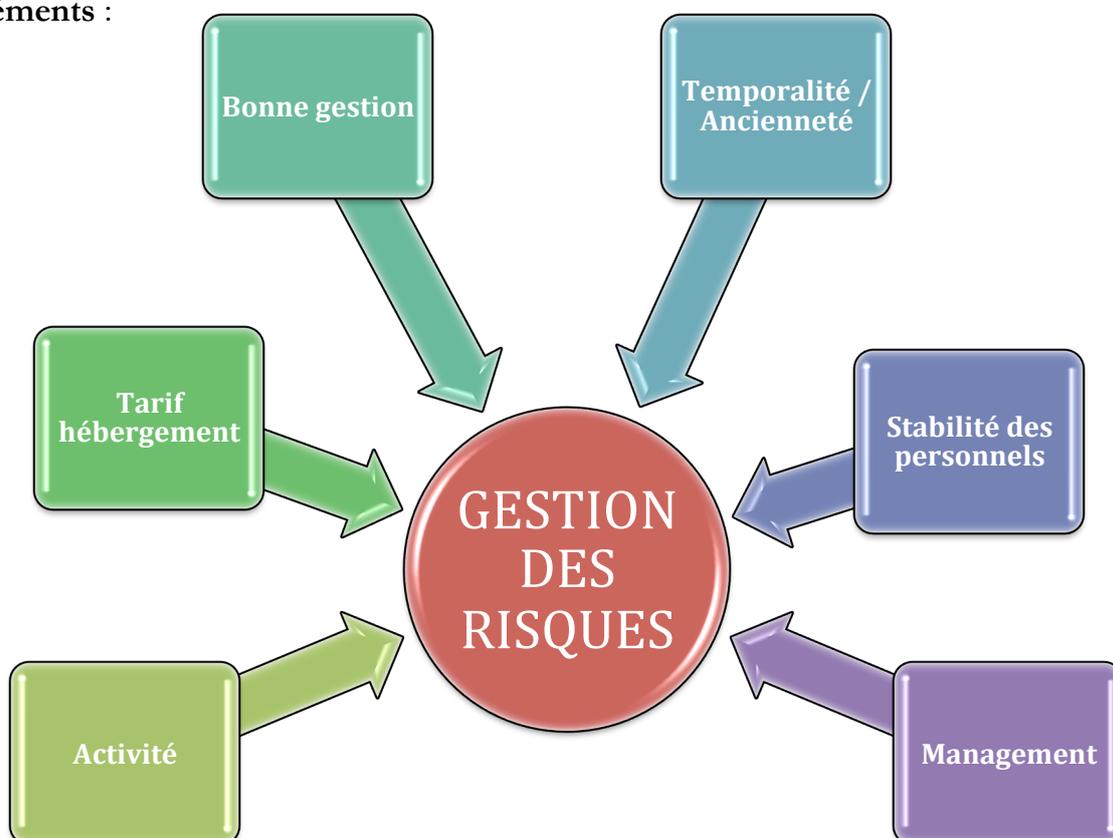
L'hypothèse première faisait le lien entre risque financier et problèmes ressentis par le personnel, les résidents et la direction des EHPAD. Notre hypothèse principale est donc en partie validée et elle appelle surtout à réfléchir à l'impact qu'a la gestion des risques, pour limiter au maximum ce sentiment de contrainte.

Le principal « feed-back » qui ressort de notre étude de recherche est que seule une politique globale de prévention et de gestion des risques permet de créer une nouvelle dynamique pour les EHPAD. Dans cette optique, seule la mise en place d'une cartographie générale des risques permet un pilotage de l'activité des EHPAD.

Les établissements restent fragiles car bloqués par l'impact financier mais ce n'est pas le seul élément. Le management est un élément clé car c'est un support indéniable qui quand il est perturbé peut mettre en péril les structures.

Il doit s'agir d'une conjonction des éléments, d'un parfait équilibre entre la stabilité des équipes et de la direction, les obligations imposées par la réglementation ou encore l'impact qu'a le management sur la bonne gestion de la structure.

Le schéma final de ce mémoire résume à lui seul l'ensemble de ces éléments :



BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES, CHAPITRES

- ARS Rhône-Alpes, *Plan bleu : guide général d'élaboration*, version 2015, Lyon, Guide secteur médico-social, 68p.
- AUBRY Grégory, *La démarche qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux : De l'évaluation interne à l'évaluation externe*, Berger-Levrault, 2014, 240p.
- BECK, Ulrich, *La société du risque, sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Flammarion (Champs essais), 2003, 495p.
- BISCHOFF, H-J. (2008). *Risks in Modern Society*, New York, Springer.
- BORRAZ, O. (2008). *Les politiques du risque*, Paris, Presses de Sciences Po.
- CHAPELEAU J., VERCAUTEREN R., *Evaluer la qualité de la vie en maison de retraite ;* collection « Pratiques du champ social », Toulouse, Editions Érès, 1995, 168p.
- DELEUZE Gilles, IPPERTI Patrick, *L'analyse des risques : Concepts, outils, gestion, maîtrise*, Paris, EMS (pratiques d'entreprises), 338p.
- DEMING William E., *Hors de la crise*, Paris, Broché (Economica), 2002, 350p.
- DESROCHES A., LEROY A., VALLEE F., *La gestion des risques*, 3ème édition, Paris, Hermes Science Publications (Lavoisier), 2015, 291 p.
- ELIAKIM Philippe, *ABSURDITÉ À LA FRANÇAISE, Enquête sur ces normes qui nous tyrannisent*, Paris, Robert Laffont, 2013, 234p.
- GALLUT Xavier, *La démarche-qualité dans le champ médico-social : Analyses critiques, perspectives éthiques et pratiques*, Erès, 2010, 174p.
- GUILHOU Xavier, LAGADEC Patrick, *La fin du risque zéro 3ème édition*, Paris, Editions d'Organisation, 2002, 336p.
- LEBRETON David, *Sociologie du risque*, Paris, Puf (Que sais-je ?), 2012, 128p.
- LEFEVRE Patrick, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Dunod Guide, 564p.
- LOUBAT Jean-René, *La démarche qualité en action sociale et médico-sociale*, 2ème édition, Dunod (Outils d'action sociale), 288p.
- MONTAIGNE, *Les Essais Livre III*, Paris, Folio (Folio Classique), 2009, 656p.
- MOULAIRE Marc, *Organiser la gestion des risques 2ème édition*, Paris, ESF Editeur, 152p.

- PAUCHER Pierre, *Guide de gestion financière des établissements sociaux et médico-sociaux 2^{ème} édition*, Paris, DUNOD (Santé Social), 2013, 528 p.
- PEROZ Christian, *La démarche qualité, vecteur de la bientraitance dans le secteur social et médico-social*, Seli Arslan, 2011, 157p.
- PEROZ Christian, *La qualité et l'évaluation dans le secteur social et médico-social : Des leviers pour manager*, Seli Arslan, 2010, 218p.
- PERRETI-WATEL P., *La société du risque*, Paris, La Découverte, 2001.
- REASON John, *L'erreur humaine*, Paris: Presses Universitaires de France; 1993.
- ZOLLA Éric, *La gestion des risques dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Dunod (Guide Santé Social), 432p.

ARTICLES

- DOUGLAS et WILDAVSKY, « Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers » In: *Revue française de sociologie*, 1987, 28-1. pp. 178-181.
- LANGER E.J., « The Illusion of Control », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol n°32-2, 1975.
- MILLSTEIN S. G., « Perceptual Attributional and Affective Processes in Perceptions of Vulnerability through the Life Span » in Bell, Bell, 1993.
- MORLAT Georges, « L'incertitude et les probabilités » in : *Economie appliquée* 17, 1960, pp. 37-53.
- SHORTELL Stephen M., « Remaking healthcare in America » in : *Hospitals and Health Networks*, n° 70(6), 1996, pp. 43-48

TEXTES RÉGLEMENTAIRES, LÉGISLATIFS ET RECOMMANDATIONS

- BROCAS A-M., DURAFFOURG M. et SEGADE JP., *Rapport IGAS : Evaluation du secteur des mutuelles de livre III du code de la mutualité*, Paris, mai 2014, 126 p.
- CONNAGLE Sylvain, « Réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées, 10 propositions », Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, Décembre 2011, 72 p.

- CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, Art. L.314-1, L.314-2 et R.314-3.
- COUR DES COMPTES, Rapport sur le financement des établissements pour personnes âgées, 11 septembre 2014.
- DECRET n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, JORF n°98 du 27 avril 1999 page 6223
- FIZZALA Arnaud, « Dépendance des personnes âgées : qui paie quoi ? L'apport du modèle Autonomix », *Les Dossiers de la Drees*, n°1, DREES, Mars 2016.
- LOI n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, Titre II, section 1 : Haute Autorité de Santé, J.O n° 190 du 17 août 2004 page 14598
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, (Art. L. 1434-12), JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184
- LOI n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire (1), JORF n°0176 du 1 août 2014 page 12666
- MINISTERE DE LA SANTE, Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.

SITOGRAPHIE

- ANESM, « Nos missions », disponible sur (Consulté le 10 mai 2016) : http://www.ansm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108
- CNSA, Les soins en EHPAD en 2013, juillet 2014. Disponible sur : http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2014-07-08_Les_soins_en_EHPAD_en_2013.pdf (Consulté le 21 juin 2016)
- FEHAP, Perspectives sanitaires et sociales, N°2014/004 du 1^{er} juillet 2014 : http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2014-07/circulaire_bp2015.pdf
- Fondation nationale de gérontologie, *Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance*, version 2007, disponible sur : http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/FNG_charte_complete_com.pdf

- GALL (LE) Joëlle, *L'EHPAD, un système à bout de souffle*, « lettre ouverte de la FNAPAEF à Madame Delaunay ». Disponible sur : <http://www.bienvieillir-enlorraine.com/article-l-ehpad-un-systeme-a-bout-de-souffle-lettre-ouverte-de-la-fnapaef-a-madame-delaunay-120316630.html>
- IGAS, « Modalités de mise en œuvre de l'aide sociale à l'hébergement », mai 2011, disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000372.pdf> (Consulté le 16 juin 2016)
- KPMG, *Observatoire des EHPAD 2014*, Avril 2014. Disponible sur : <https://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Observatoire-EHPAD-2014.pdf> (Consulté le 26 juin 2016)
- OMS, *Maltraitance des personnes âgées* (Octobre 2015). Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/> (Consulté le 17 juillet 2016)

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste des sigles	94
ANNEXE 2 : Modèle vierge de grille de gestion des risques	96
ANNEXE 3 : Grille d'entretien et profil des enquêtés.....	97
ANNEXE 4 : Retranscription des entretiens réalisés	99
ANNEXE 5 : Graphiques utilisés dans la démarche de recherche ne figurant pas dans le mémoire	136

Annexe 1 : Liste des sigles

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ANESM : Agence Nationale

APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CIDJ : Centre d'Information et de Documentation Jeunesse

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DAF : Directrice des affaires financières

DAGAI : Directeur des affaires générales et de l'audit interne

DM : Directrice médicale

DPM : Directeur des pratiques médico-sociales

DRH : Directrice des ressources humaines

DUERP : Document Unique d'évaluation des risques professionnels

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPRD : Établissement Prévisionnel des Recettes et Dépenses

ESSMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

FNMF : Fédération Nationale de la Mutualité Française

GDR : Gestion des risques

GIR : Groupe Iso Ressource

GMP : Gir Moyen Pondéré

GMPS : Groupe iso-ressources moyen pondéré soins

GVT : Glissement Vieillessement Technicité

HACCP : *Hazard Analysis Critical Control Point*

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoires

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

MFI : Mutualité Française Isère

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDCA : *Plan Do Check Act*

PMP : Pathos Moyen Pondéré

RPS : Risques psycho-sociaux

SSAM : Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes

UR : Union Régionale

USLD : Unité de soins de longue durée

UT (LIII) : Union Territoriale (de Livre III)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
-----------------------------	---

PARTIE I : GESTION DES RISQUES ET PRESSION FINANCIERE, UNE NOUVELLE CULTURE DIFFICILE A ADOPTER POUR LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX.	15
---	-----------

1. Le risque, un concept aux enjeux nombreux.....	16
a. Un même concept pour différentes applications.....	16
PREMIERS CONTACTS AVEC LE RISQUE	16
UN CONCEPT PLURISECTORIEL.....	18
b. Des risques naissent la qualité	20
DEUX NOTIONS RAPPROCHÉES PAR LES OUTILS THÉORIQUES.....	20
GÉRER LES RISQUES, UN DOMAINE SPÉCIFIQUE.	24
2. Les difficultés rencontrées dans le secteur médico-social	26
a. Une transition difficile entre le sanitaire et le médico-social.....	26
LA REGLEMENTATION SANITAIRE.	26
DES ENJEUX IMPORTANTS POUR LES EHPAD.	28
D'UNE CULTURE ORALE À DES NORMES ÉCRITES.....	30
b. Une nécessité de progresser face aux dérives possibles	32
LE BILAN POSITIF DU SANITAIRE.....	32
UNE VOLONTÉ DE PROGRESSER DES EHPAD.....	34
3. Une pression financière accrue pour les EHPAD	36
a. Un contexte difficile de contraintes financières qui remet en cause le modèle des EHPAD	36
UN CONTEXTE DIFFICILE.....	36
DE LA RÉFORME DE 1999 AUX LOURDEURS DU SYSTÈME ACTUEL.....	38
LA TYRANNIE DES NORMES.....	42
b. De nouveaux changements à venir et des solutions à envisager.....	44
2017, ANNÉE CHARNIÈRE.....	45
DES ÉVOLUTIONS À PRÉVOIR.....	47

PARTIE II : ETUDE DE CAS – POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES, GAGE DE QUALITE POUR TOUS DANS LES EHPAD MUTUALISTES ISEROIS ? 50

1. Contexte de l'étude et méthodologie de travail.....	51
a. Maitriser les risques, une volonté nationale de la Mutualité Française développée en Isère	51
CONTEXTUALISATION LOCALE, LES PARTICULARITÉS DU TERRITOIRE ISÉROIS.	51
LE PRIVÉ NON-LUCRATIF ET LA MUTUALITÉ FRANCAISE.....	54
LA MUTUALITÉ FRANCAISE ISÈRE ET LA GESTION DES RISQUES	57
b. Méthodologie de travail et intérêt de l'étude.....	59
CHAMPS D'ÉTUDE.....	59
MÉTHODOLOGIE DE TRAVAIL.....	60
2. Analyse des hypothèses et des résultats	64
a. Hypothèses 1 et 2 où comment lier gestion des risques, pression financière et ancienneté.....	64
PRESENTATION DES RÉSULTATS :	64
PLAN D'ACTION POSSIBLE.....	72
b. Hypothèses 3 et 4, la qualité de vie du personnel et des résidents impactée ?.....	73
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	73
PLAN D'ACTION POSSIBLE.....	81
3. Commentaires et explications	82
a. Comprendre les résultats par les retours d'entretien	82
HYPOTHÈSES 1 ET 2	82
HYPOTHÈSES 3 ET 4.....	84
b. Les limites de la recherche et remarques éventuelles.....	87
SUR LES DONNEES	87
SUR LE TERRAIN D'ENQUÊTE	88

CONCLUSION GÉNÉRALE..... 89

BIBLIOGRAPHIE..... 91

TABLE DES ANNEXES..... 95

Annexe 1 : Liste des sigles	96
Annexe 2 : Modèle vierge de grille de gestion des risques.....	98
Annexe 3 : Grille d'entretien et profil des enquêtés	99
Annexe 4 : Retranscription des entretiens réalisés.....	101
Annexe 5 : Graphiques utilisés dans la démarche ne figurant pas dans le mémoire	138

RÉSUMÉ

Entre charges normatives et pressions financières, les EHPAD sont actuellement confrontés à une période de tensions. C'est dans cette situation qu'il leur est demandé de mener à bien une politique de gestion des risques optimaux. Ce mémoire de recherche place les contraintes financières et tarifaires des tutelles comme possible frein à l'établissement d'une politique de gestion des risques. Nous analyserons la situation des EHPAD mutualistes (donc non-lucratifs) en Isère et la conjonction d'élément nécessaire aujourd'hui pour mener à bien un tel projet.

Caught between normative costs and financial pressures, care homes are experiencing a period of tension. In this context, they are asked to carry out an optimal risk-management policy. This dissertation assesses the financial constraints and guardianship fees as possible obstacles to the development of a risk-management policy. We will analyze the situation of mutual benefit care homes (i.e. non-profit structures) in Isère and the conjunction of elements necessary to carry out such a project today.

Mots clés : EHPAD, Gestion des risques, Mutualité Française, tutelles financières, pression et contraintes.

Key words: Nursing Homes, Risk Management, French Mutuality, Financial Guardianship, Pressures and Challenges.