

Les Services d'Aide aux Personnes Âgées

I - Les Services d'Aide à Domicile

1/ L'ADMR (Association Du Service à Domicile - Aide à Domicile en Milieu Rural)

De l'AFR à l'ADMR
L'ADMR des années 1980 à nos jours
Domaines d'intervention de l'ADMR
Syndicalisation et actions revendicatives
Des actions parfois reprises par les médias

2/ L'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services au Domicile (UNA)

3/ L'ADESSADOMICILE : Aide, Accompagnement et Soins à la personne

Historique
ADESSADOMICILE, Organisme de Formation
ADESSADOMICILE, une fédération d'employeurs à but non lucratif

Note sur les Conventions collectives de la Branche

II - L'Accueil Familial : un service d'hébergement pour Personnes âgées

III - Structures d'Aide aux Personnes en Établissements

1 / Historique des établissements d'accueil : du Bureau de bienfaisance à l'Hospice et à la Maison de Retraite

Vers une politique de l'aide au vieillissement : le rapport Laroque 1962
La politique de l'aide au vieillissement scindée en deux volets
Avancées, blocages, reculs successifs pour raisons financières

2 / Les différentes catégories de maisons de retraite

Les Résidences avec Services
Les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Âgées deviennent Maisons d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie
Les Unités de Soins Longue Durée (USLD)
Les EHPA : des structures non médicalisées
Les EHPAD : des structures médicalisées
Convention tripartite avec le Conseil Départemental et l'Assurance Maladie
Tarification ternaire des frais de séjour : le forfait soins, le tarif dépendance, le tarif hébergement
Taux d'encadrement (emplois)
Les tarifs d'hébergement en EHPAD publics, privés associatifs, privés commerciaux
Les trois tarifs dépendance
Les capacités d'accueil des EHPAD
Important déséquilibre entre communes rurales et urbaines
Évolution et tendance des différents secteurs

Des Entreprises commerciales d'Aide à la Personne : KORIAN ; ORPEA ; GDP VENDOME ; LE NOBLE AGE GROUPE ; LES OPALINES (Groupe SGMR)

Conclusion

Rappel des principales Revendications de l'UNIRS

Les Services d'Aide aux Personnes Âgées

Les services d'aide et d'accompagnement des personnes âgées existent sous plusieurs formules : les services d'aide à domicile, les services d'aide en accueil familial, les services d'aide en établissement spécialisé.

Différentes aides existent pour aider à financer le coût d'un service d'aide à domicile, en accueil familial ou en établissement spécialisé :

- **L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**, dont le montant est fonction du degré de dépendance évalué par les GIR 1 à 4.
- **L'Aide Personnalisée au Logement (APL)**, en fonction des revenus.
- **L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)** sous conditions de ressources, attribuée aux personnes de plus de 65 ans accueillies en établissement.

Par ailleurs, existent des aides fiscales, des aides des caisses de retraite, pour l'aménagement du logement par exemple, mais sous réserve de remplir diverses conditions d'éligibilité.

I - Les Services d'Aide à Domicile

Les services d'aide à domicile peuvent intervenir sous différentes formes pour aider les personnes âgées à faire ce qu'elles n'ont plus l'envie ou, le plus souvent, les capacités de faire, par exemple s'habiller, faire les courses, préparer leurs repas.

Ils sont autorisés à fonctionner après avoir été agréés par le Conseil Départemental et sont alors spécifiquement habilités à intervenir auprès d'une population considérée comme fragile : personnes en situation de handicap et personnes âgées en perte d'autonomie notamment.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile reçoivent du Conseil Départemental une autorisation de fonctionnement valable 15 ans. La loi du 28 décembre 2015 relative à **l'Adaptation de la Société au Vieillessement** (dite Loi ASV), simplifie l'encadrement de ces services et les réunit sous le régime unique de l'autorisation.

Ils ont le statut de service médico-social et doivent remplir des obligations réglementaires strictes et rendre des comptes régulièrement au Conseil Départemental qui contrôle notamment la qualité des prestations rendues par ces services. Leurs tarifs sont encadrés.

Ces services peuvent être gérés par des **Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)**, par des **Associations** ou encore par des **Entreprises commerciales**. Certains services d'aide à domicile proposent à la fois d'intervenir en mode prestataire ou mandataire, d'autres ne proposent que le mode prestataire.

Ayant pour objectif de favoriser ou de maintenir l'autonomie de la personne à son domicile, les interventions des aides à domicile concernent l'entretien du logement et du linge, l'aide au lever et à la toilette, l'aide aux courses, la préparation et la prise des repas et l'aide au coucher.

Certains services d'aide à domicile peuvent aussi proposer la téléassistance, le portage des repas et même des travaux de bricolage ou l'accompagnement au cours d'une sortie.

1/ L'ADMR (Association Du Service à Domicile - Aide à Domicile en Milieu Rural).

L'ADMR est le premier opérateur français associatif au service des personnes. Elle rassemble 2 900 associations locales autonomes, regroupées en 94 fédérations départementales, fédérées par l'Union Nationale.

De l'AFR à l'ADMR

Dans l'immédiat après-guerre, afin de venir en aide aux familles rurales confrontées aux difficultés de la vie quotidienne, des associations d'aides familiales rurales vont voir le jour avec le double objectif d'aider les uns dans leurs tâches quotidiennes et de créer des emplois de proximité pour les jeunes filles du monde rural afin de les retenir sur place.

En juillet 1945 a été installée la première association des Aides Familiales Rurales (AFR) à Communay (Rhône), sous l'impulsion de François Romatif et Marie Godinot, issus tous deux du Mouvement Familial Rural (MFR).

A partir de 1962, le rapport Laroque va générer différentes mesures en faveur des personnes âgées ainsi que la mise en place d'une prestation « aide-ménagère ». Dans cet esprit, le mouvement choisit alors de diversi-

fier ses services : aides aux familles, aides aux personnes âgées et handicapées. Il va alors changer son appellation et se dénommera, à partir de 1976, ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural).

L'ADMR des années 1980 à nos jours.

En 1980, ouverture d'un premier service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), dispensé sur prescription médicale à destination des personnes âgées, malades ou dépendantes.

En 1988, l'ADMR crée sa propre structure de téléassistance (Filien-Admr), développe de nouveaux services : livraison de repas, petites unités de vie pour personnes âgées ou handicapées... accueil de la petite enfance (crèches, haltes garderies, centres de loisirs).

En 1990, l'ADMR met en place ADOMI (service à domicile pour personnes dépendantes) une plateforme nationale d'intermédiation entre les « assistants » (mutuelles, sociétés d'assurances, etc.) et les prestataires de services, au profit des sociétés d'assurance ou d'assistance.

En 1998, l'ADMR adopte de nouveaux statuts et un nouveau logo qui la positionne désormais comme l'**Association du Service à Domicile** afin de lui permettre aussi son développement en milieu urbain.

Entre 1999 et 2006, l'ADMR crée la « Maison des services », modernise ses outils techniques développés par des sociétés satellites : ADOMI, ADYFOR, DOMILOG et FILIEN et lance l'enseigne Personia en partenariat avec le Crédit Mutuel et AG2R. Suite au plan Borloo de juillet 2005, les demandes d'aide affluent et pour y répondre, l'ADMR enrichit encore son offre et développe de nouvelles prestations.

En 2008, l'ADMR met en œuvre son plan pluriannuel de développement, le CAP 2008-2011, en vue de développer ses activités vers tous les publics tout en restant cohérente avec ses valeurs. Fin 2011, elle lance un nouveau plan, le CAP 2012-2015, toujours centré sur l'humanisme, la relation à l'autre, les échanges et la proximité.

En raison des réductions générales des subventions départementales, certaines fédérations connaissent de graves difficultés financières, en particulier celle du Finistère qui a été contrainte de cesser ses activités en 2012.

En 2013, une nouvelle convention a été signée avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), qui apporte son soutien au réseau autour de quatre axes : gestion des ressources humaines, démarche qualité, centre de gestion et système d'information.

En 2014, l'ADMR a lancé une offre d'habitat avec services « Habiter Autrement ADMR ». Elle a aussi signé la charte Monalisa (Mobilisation nationale de lutte contre l'isolement des âgées).

En novembre 2015, à Saint Etienne, l'ADMR a fêté ses 70 ans en présence de 2 100 salariés et bénévoles et a lancé son 3e plan pluriannuel, CAP 2016-2020, centré sur 5 axes : forte appartenance à l'ADMR, développement de l'innovation, promotion des métiers, optimisation du modèle social et économique et valorisation des projets.

Enfin l'Union Nationale a reçu le certificat ISO 9001, devenant ainsi la première fédération nationale du secteur à obtenir cette certification.

Domaines d'intervention de l'ADMR :

- **Autonomie** : services spécialisés pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, ou en retour d'hospitalisation : aide et accompagnement à domicile, garde à domicile de jour et de nuit, visite de nuit à la carte, coucher tardif, transport accompagné, aide à la mobilité, aide aux aidants, aide au répit, assistance administrative à domicile, livraison de repas à domicile, téléassistance (via la marque Filien ADMR), les structures d'hébergement...
- **Confort à domicile** : services accessibles à tous pour améliorer la vie quotidienne : ménage, repassage, petits travaux de jardinage, bricolage, assistance administrative à domicile...
- **Famille** : garde d'enfants à domicile ou en accueil collectif (crèche, accueil de loisirs et périscolaire), le soutien aux familles et l'action socio-éducative.
- **Santé** : services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), centres de soins infirmiers.

En 2015, l'ADMR comptait 716 000 clients sur l'ensemble de la France.

Syndicalisation et actions revendicatives.

Du fait de l'éparpillement des structures employeurs (petites associations de moins de 10 salariés), du droit syndical quasi inexistant, du fait de l'isolement du métier (l'intervenant est seul chez le bénéficiaire) ainsi que la pression des employeurs souvent paternalistes et abhorrant les syndicats, la syndicalisation reste difficile mais se met lentement en place.

En juin 1996, aux élections nationales de l'ADMR, la CGT était la troisième organisation syndicale avec 19 % des voix, mais en juin 2000, grâce à des adhésions plus nombreuses, elle allait passer en tête avec 32,92 % des voix, devant la CFDT qui n'obtenait que 20,10 % des voix.

Des actions parfois reprises par les médias.

Octobre 2015 à Soustons (Landes) : une partie des salariées de l'antenne locale de l'ADMR de Soustons, soutenues par des membres de l'union locale de la CGT, ont manifesté devant les bureaux de l'association avec de larges banderoles réclamant « leur dû ».

Juin 2015, le Tribunal d'Instance de Saintes (Charente-Maritime) « relaxait Fatima Lardjan des accusations dont elle était l'objet, portées par l'ex-présidente de l'ADMR de St-Savinien. Salariée de l'ADMR et déléguée syndicale CGT, elle était entourée de près de 70 militants du syndicat, des unions locales et de l'Union départementale, venus la soutenir dans l'attente du verdict ».

Janvier 2015 à Nîmes : la lutte des aides à domicile. « Quinze des trente-neuf aides à domicile de l'association ADMR, Les Olivettes, débrayent et rencontrent, au siège de la fédération gardoise de l'ADMR, le directeur Jean-Pierre Riso pour trouver une issue au conflit. Elles reprochent un manque d'écoute, des problèmes d'organisation, de planning, qui mettent à mal leurs conditions de travail et leurs missions auprès des quatre cents bénéficiaires nîmois concernés. Elles demandent enfin une modulation du temps de travail plus cohérente ».

2/ L'Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services au Domicile (UNA).

Fondée en 1970, l'UNA regroupe plus de 1 000 structures adhérentes, pour la plupart des associations et des services publics territoriaux (CCAS) mais également des organismes mutualistes et des fondations. Elle est le premier réseau dans le champ du domicile et plus généralement dans le secteur du sanitaire et du social. Elle emploie 140 000 professionnels et assure plus de 100 millions d'heures d'intervention.

Ces différentes structures, souvent polyvalentes, gèrent plusieurs types de services auprès de différents publics :

- **Aide à domicile** auprès des personnes âgées (aide aux actes essentiels de la vie quotidienne).
- **Aide aux familles** (aide dans les activités de la vie quotidienne pour mieux concilier vie familiale et professionnelle).
- **Technicien-nes de l'Intervention Sociale et Familiale**, les TISF (accompagnement en cas de situation grave empêchant les parents d'assurer pleinement leurs fonctions parentales).
- **Auxiliaires de vie** (interventions auprès de personnes handicapées).
- **Soins Infirmiers à Domicile** (SSIAD).
- **Hospitalisation à Domicile** (HAD).
- **Centres de soins**.

Aujourd'hui l'UNA, dans la perspective de son 50^e anniversaire, construit son avenir et celui du secteur et des acteurs concernés autour d'un plan stratégique pour les années 2016-2020.

Ce plan s'articule autour de 3 axes :

- **Premier axe** : l'UNA, engagée depuis l'origine en faveur d'une conception solidaire de l'accompagnement social, médico-social et sanitaire, de l'inclusion de chacun dans la société et de la consolidation du lien social, a pour ambition d'accroître sa visibilité et de renforcer sa gouvernance en l'élargissant à l'ensemble des composantes de sa démarche.
- **Deuxième axe** : l'UNA, en tant que syndicat d'employeurs, tend à réaffirmer leur responsabilité sociale en valorisant les métiers, en modernisant et en faisant évoluer les relations de travail.
- **Troisième axe** : l'UNA, en s'appuyant sur une équipe de plus de 30 collaborateurs-experts et en impulsant une structuration adéquate de son réseau, cherche à améliorer une offre de services toujours plus adaptée aux besoins et aux attentes spécifiques de l'ensemble de ses adhérents et de tous ceux qui rejoindront l'Union.

France Domicile, une enseigne nationale créée fin 2005 par l'UNA, avec la Mutualité Française et l'UNCCAS (Union Nationale des CCAS), était destinée à offrir une gamme étendue de services à la personne. En 2008, cette enseigne avait même ouvert une plateforme Internet de commande en ligne avec paiement sécurisé et espace client personnalisé afin d'assurer une prestation optimale.

Mais suite à la crise de 2008, le chiffre d'affaires s'était rapidement effondré et, malgré les suppressions de postes, l'entreprise avait accumulé les déficits et fut déclarée en liquidation judiciaire en octobre 2010 par le tribunal de Paris.

UNA Formation propose de nombreuses formations en réponse aux besoins des structures et des professionnels de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile.

En relation avec les situations et les enjeux locaux, UNA Formation propose, partout en France, des formations de qualité en lien avec l'expertise de la fédération UNA.

Les formateurs sont sélectionnés en fonction de leurs compétences sur un thème donné, mais aussi pour leurs connaissances approfondies du secteur de l'aide à domicile, de ses métiers et de son environnement.

La grande majorité des formations est déclinable soit en inter-structure soit en intra, et ce dans tous les départements et territoires et porte notamment sur l'accompagnement, l'aide et les soins, l'aide aux aidants, les publics spécifiques, la bientraitance, la législation et le droit social, la paie et les rémunérations, etc.

L'UNA se présente comme un acteur majeur du dialogue social : elle représente ses adhérent-e-s sur le champ du dialogue social de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile mais également au niveau multi professionnel par son adhésion à l'**Union des Employeurs de l'Économie Sociale et Solidaire (UDES)**.

L'UNA est également membre fondateur de l'**USB-Domicile** (Union Syndicale de la Branche professionnelle du Domicile) qui rassemble depuis 2009 les 4 fédérations employeurs de la Branche (UNA, ADMR, ADESSADOMICILE et FNAAFP/CSF).

En tant que syndicat employeur de la branche, l'UNA participe :

- aux négociations des accords collectifs de Branche (convention collective et ses avenants) et aux instances paritaires nationales et régionales de Branche,
- à certaines instances consultatives (commission paritaire consultative du travail social sur les diplômes),
- à la définition et à la gestion des régimes de prévoyance et de frais de santé de la Branche,
- aux instances de gouvernance de l'OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) de Branche, (UNIFORMATION, et utilisation des fonds conventionnels de la Branche),
- aux négociations et actions dans le champ multi professionnel et interprofessionnel à travers l'UDES.

3/ l'ADESSADOMICILE : Aide, Accompagnement et Soins à la personne.

Créée en 1927, la fédération A DOMICILE est devenue **ADESSADOMICILE**, suite à sa fusion avec la fédération Adessa, le 1er janvier 2010.

Reconnue d'utilité publique depuis 1938, elle représente aujourd'hui plus de 400 associations et organismes gestionnaires publics et privés à but non lucratif. Ces différentes structures emploient près de 40 000 salariés en France métropolitaine et dans les collectivités d'outremer.

Attachée aux mêmes valeurs, celles de la solidarité, de la qualité, du professionnalisme et de la primauté de la personne, Adessadomicile ancre pleinement son action dans la voie de l'économie sociale et solidaire.

Historique

Cette Fédération est née, en novembre 2009, de la fusion des deux fédérations **A DOMICILE** et **ADESSA**. Ces deux fédérations nationales étaient elles-mêmes, issues d'une longue histoire qui retrace l'évolution de l'aide et du soin à domicile.

Le réseau couvre 18 régions françaises. Les associations et structures gestionnaires à but non lucratif sont présentes dans plus de 90 départements, dont les départements, collectivités et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Île de la Réunion, Mayotte).

- ✓ 85 % des structures proposent des services à la personne,
- ✓ 83 % des structures interviennent auprès des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap,
- ✓ 33 % sont des services de soins à domicile (Centres de Soins Infirmiers et Services de Soins infirmiers A Domicile),
- ✓ 20 % des structures interviennent auprès des familles.

A DOMICILE était, à l'origine, une association « **Aide aux mères** » créée en 1920 à Paris. Par la suite d'autres associations avaient vu le jour dans d'autres villes pour se regrouper en fédération dès 1927.

Au début des années 40, des militants du mouvement ouvrier, le Mouvement Populaire des Familles (M.P.F.), créèrent les premières Associations Populaires de l'Aide Familiale (A.P.A.F.) pour seconder également les mères de famille en formant des aides familiales.

Plus tard, à la fin du conflit, le M.P.F. et les A.P.A.F. décidèrent de créer un organisme national autonome appelé la Fédération Nationale des Associations Populaires de l'Aide Familiale (F.N.A.P.A.F.).

En 1973, pour répondre aux demandes croissantes, des membres de la F.N.A.P.A.F. développèrent des services pour les personnes âgées défavorisées et constituèrent des associations d'Aide à Domicile aux Retraités (A.D.A.R.) réunies dans une nouvelle fédération, la **F.N.A.D.A.R. (Fédération Nationale d'Aide à Domicile aux Retraités)**.

ADESSADOMICILE, Organisme de Formation.

Adessadomicile propose chaque année une centaine d'actions de formation, ouvertes à tous les professionnels de l'aide et du soin à domicile. Des cycles de formation sont également proposés aux adhérents

ADESSADOMICILE, une fédération d'employeurs à but non lucratif.

Acteur de l'économie sociale, la fédération est un regroupement d'employeurs associatifs. La fédération participe aux négociations concernant les conventions et accords collectifs de la branche de l'aide à domicile et du suivi de ces accords.

Elle est, depuis 2007, membre de l'Union syndicale de branche de l'aide à domicile (USB-domicile).

La fédération est signataire :

- de la convention du 2 mars 1970 (organismes de technicien-nes de l'intervention sociale et familiale),
- de la convention du 11 mai 1983 (organismes d'aide ou de maintien à domicile),
- des accords UNACSS de mai 1993,
- de l'accord de branche de l'aide à domicile relatif aux emplois et aux rémunérations du 29 mars 2002,
- de l'accord sur la formation professionnelle tout au long de la vie et à la politique de professionnalisation du 16 décembre 2004,
- de la convention collective de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à la personne du 21 juin 2010 (en cours d'agrément).

En 1979, la F.N.A.P.A.F. renforça son engagement auprès des familles et se rebaptisa **F.N.A.F.A.D. (Fédération Nationale d'Aide Familiale A Domicile)**. Dès lors, les deux fédérations œuvrèrent chacune pour un « public » différent, mais en partageant les mêmes priorités.

En 1999, de son côté, la Fédération Aide aux Mères changea de nom en raison de son action élargie vers les personnes âgées et en situation de handicap et devint la Fédération Nationale d'Aide et d'Intervention A Domicile (FNAID).

En 2001, la F.N.A.D.A.R et la F.N.A.F.A.D décidèrent de créer une fédération baptisée **ADESSA**.

En 2005, la FNAID décida de fusionner avec le réseau de soins à domicile (UNACSS) et donna alors naissance à la Fédération nationale **A DOMICILE**.

En janvier 2010, la fusion des deux Fédérations a donné naissance à **ADESSADOMICILE**.

adessadomicile : démarche qualité pour les structures de soins et d'aide à domicile, pour les responsables de secteur ou encore les directeurs d'association ou de structures à but non lucratif.

Note sur les Conventions collectives de la Branche

Avant le 1^{er} janvier 2012, les salarié-e-s de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile se voyaient appliquer des dispositions conventionnelles différentes selon le réseau d'appartenance de leur employeur.

En effet, dans cette branche, il existait quatre textes conventionnels :

- la convention collective nationale, concernant les personnels des organismes de travailleuses familiales, signée le 2 mars 1970,
- la convention collective concernant les différentes catégories de personnel de l'ADMR, signée le 6 mai 1970,
- la convention collective des organismes d'aide et de maintien à domicile, signée le 11 mai 1983,
- les accords collectifs UNACSS du 24 mai 1993.

Depuis le 1^{er} janvier 2012, ces quatre textes conventionnels ont été remplacés par une convention collective unique : **la CCB (la Convention Collective de la Branche de l'Aide, de l'Accompagnement, des Soins et des Services à Domicile)**, signée le 21 mai 2010, étendue et agréée à compter de janvier 2012.

C'est une étape positive dans la voie d'un rapprochement de ces professions.

II - L'Accueil Familial :

un service d'hébergement pour Personnes âgées.

L'accueil familial constitue une alternative à l'hébergement en établissement pour les personnes âgées qui ne peuvent ou ne veulent plus vivre chez elles, momentanément ou définitivement. Cet accueil est proposé par des accueillants familiaux agréés par le conseil départemental.

Ils reçoivent des personnes âgées chez eux et leur font partager leur vie de famille, moyennant rémunération. Ils leur proposent un accompagnement ponctuel ou de longue durée dans un cadre familial qui leur permet de bénéficier d'une présence aidante et stimulante et d'un accompagnement personnalisé.

Ils assurent l'hébergement et la restauration de la personne accueillie ainsi que l'entretien de ses effets personnels et des pièces mises à sa disposition dans la maison ou l'appartement. La personne accueillie est intégrée à la vie quotidienne de la famille, elle prend ses repas à la table commune, elle a libre accès aux pièces communes (salon, salle à manger, salle de bains, etc.). Ses besoins, ses souhaits et ses aspirations doivent être pris en compte.

Ils peuvent également accompagner les personnes qui ont besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne (lever, coucher, toilette...) et doivent également leur permettre de sortir, de continuer à avoir des activités et être en mesure de les accompagner à l'extérieur.

L'accueil familial se caractérise par sa souplesse. Il peut être :

- **temporaire** : après une hospitalisation, en cas d'absence des proches...
- **à temps partiel** : par exemple durant la journée...
- **séquentiel** : par exemple tous les week-ends,
- **permanent** à temps complet.

Cette forme d'accueil est encore rare dans certains départements mais la loi du 28 décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement incite à le développer.

L'agrément délivré par le Conseil Départemental, valable 5 ans, est accordé au demandeur, suite à un entretien avec les services du département, suivi d'une visite à son domicile, de la vérification de son casier judiciaire et sous certaines conditions :

- capacité à accueillir des personnes âgées ou handicapées,
- conditions sociales et matérielles permettant d'assurer la santé, la sécurité, le bien-être physique et moral des personnes accueillies.
- La personne accueillie doit avoir à sa disposition une chambre de 9 m² minimum, des équipements adaptés à son niveau d'autonomie, des commodités privées et un moyen de communication lui permettant de demander du secours immédiatement en cas de besoin.
- Les accueillants doivent s'engager à assurer la continuité de l'accueil et à suivre une formation proposée par le conseil départemental.
- Il ne doit pas y avoir de liens familiaux avec les personnes accueillies.

Cet agrément précise le nombre de personnes que l'accueillant familial peut recevoir, en fonction de son profil et de la configuration de son domicile : pas plus de 3 personnes en même temps sauf dérogation accordée pour l'accueil d'un couple.

Le Conseil Départemental organise la formation et le contrôle des accueillants familiaux ainsi que le suivi social et médico-social des personnes accueillies.

L'accueillant-e familial peut être rémunéré, soit directement par la personne accueillie dans le cadre d'un contrat de gré à gré, soit être salarié-e d'un organisme ayant obtenu l'accord du conseil départemental.

Le coût de l'accueil va dépendre du nombre de jours d'accueil et des conditions financières fixées dans le contrat : hébergement (nourriture, entretien du linge...), occupation du logement (équivalent d'un loyer), indemnités pour handicap ou dépendance et services rendus et congés.

Dans les deux cas, l'accueillant-e familial dispose de droits en matière de niveau de rémunération, avec un tarif réglementaire minimal, de congés payés et de couverture sociale.

III - Structures d'Aide aux Personnes en Établissements

1 / Historique des établissements d'accueil : du Bureau de bienfaisance à l'Hospice et à la Maison de Retraite.

L'ouvrage collectif de Yannick Marek et Daniel Réguer : « **De l'hospice au domicile collectif : La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIII^e siècle à nos jours** » nous apporte un éclairage intéressant sur l'origine et sur la lente mise en place des maisons de retraite en France. Il a inspiré en partie l'historique ci-dessous.

L'histoire des maisons de retraite remonte au moyen âge. À cette époque, il existait des « maisons de bienfaisance » dénommées beaucoup plus tard « hospices », ce n'est qu'au cours du 20^e siècle que le terme « maison de retraite » commença à s'imposer.

Depuis le Moyen Age jusqu'au 19^e siècle, ce sont les hospices qui accueillent les pauvres et les orphelins. Appelés « Établissements de bienfaisance » ou encore « hospices », ils accueillaient aussi toutes les couches sociales qui ne pouvaient pas travailler (handicapés, malades, vieillards) ainsi que les indésirables (mendians, orphelins...).

Ces structures, essentiellement religieuses, existaient dans de nombreuses villes de France. Elles étaient gérées par des confréries ou les fabriques des paroisses ou encore par les filles de la charité (Sœurs de Saint Vincent de Paul, Ursulines). Ces « établissements de bienfaisance », appelés aussi « bureaux de charité » dans les paroisses, seront plus tard à l'origine des CCAS modernes (centre communal d'action social), tout comme les Hôtels Dieu des communes et des villes qui seront à l'origine de nos hôpitaux publics. Cela durera jusqu'à la Révolution et sera officialisé et encadré administrativement le 17 janvier 1801 par le conseil général des hospices, qui deviendra plus tard l'assistance publique.

Les lois des 16 vendémiaire et 7 frimaire (7 octobre et 27 novembre 1796). Ces deux lois créent des hospices civils centrés sur la commune avec gestion par une commission administrative unique qui établit une liste des indigents à admettre, en particulier les vieillards, en principe âgés d'au moins 70 ans. Elles prévoient aussi la création de bureaux de bienfaisance chargés des secours à domicile, y compris des secours médicaux, pour une liste d'indigents et de vieillards établie selon des critères variables selon les communes. Il faudra des décennies avant que la majorité des communes de France puisse disposer de bureaux de bienfaisance. De fait, le soutien aux personnes âgées et particulièrement aux vieillards indigents, se fait soit par la coresidence et l'aide de proximité, soit par le biais des hôpitaux encore mal distingués des hospices.

Au 19^e siècle et surtout au 20^e siècle, l'hospice devient structure d'accueil de la vieillesse plus que centre de soins. En effet, à cause notamment de leur faible médicalisation et de leurs résultats thérapeutiques limités, ils sont souvent assimilés à des sortes de mouroirs, lieux d'attente de la mort pour des milliers de vieillards indigents. Ultérieurement, va progressivement se faire une institutionnalisation de la vieillesse avec le passage progressif de la notion de vieillard indigent à celle de retraité. Ceci va être accompagné par une évolution de l'hospice.

Vers la fin du 19^e siècle, un nouveau regard est porté sur les personnes âgées avec la mise en place d'un modèle républicain et laïque de prise en charge de la vieillesse. La **loi du 15 juillet 1893** sur l'assistance médicale gratuite, puis la **loi du 14 juillet 1905** relative à l'assistance obligatoire aux vieillards infirmes et incurables vont donner aux personnes fragiles, la capacité légale à obtenir une assistance ; il s'agira, en priorité, des malades privés de ressources, ce qui sera une notion plus large que celle « d'indigents ».

La loi du 14 juillet 1905 reconnaît en particulier aux vieillards de 70 ans et plus et dépourvus de ressources suffisantes, une aptitude légale à l'assistance. La liste des assisté-e-s est dressée par la commune. En principe le secours à domicile sous forme d'allocation est privilégié mais, dans la pratique, l'application de la loi entraîne l'afflux de vieillards dans les hospices qui ne peuvent refuser ceux que les commissions d'assistance municipale leur envoient. La presque totalité des lits d'hospices est alors dévolue aux bénéficiaires de l'assistance obligatoire, ce qui, indirectement, profite aux établissements privés accueillant des vieillards capables de payer une pension.

Cet afflux des vieillards assistés, en particulier à la suite de la crise des années 1930, a rendu difficile et inefficace la loi de 1905, surtout dans le cas d'une gestion communale. Aussi, à partir de 1935 et de manière significative, le département va supplanter la commune comme circonscription administrative de base de l'action sociale, en raison de la baisse de la valeur relative des allocations versées aux bénéficiaires et des fortes disparités des taux d'assistance entre communes. La loi du 14 juillet 1905 restera en vigueur jusqu'en 1953.

Malgré des réajustements périodiques et la création en 1956 du Fond National de Solidarité et du Minimum Vieillesse pour ceux qui n'ont pas acquis de droits propres à la retraite, ou dont les cotisations ne permettent pas d'atteindre un montant minimum, il faudra attendre les années 1960 pour la mise en place d'une véritable politique de la vieillesse, symbolisée par le rapport Laroque de 1962.

Vers une politique de l'aide au vieillissement : le rapport Laroque 1962.

Celles et ceux qui voudraient se remémorer les avancées politiques de l'aide au vieillissement, les reculs et les blocages des différents gouvernements de 1960 aux années 2000, peuvent consulter les pages 2 à 15 de la plaquette UNIRS « Pour une politique générale d'accompagnement et d'aide à l'autonomie... » éditée en avril 2011.

Au début des années 1960, des responsables politiques commencent à s'inquiéter du vieillissement de la population et de la place de la vieillesse dans la société ; ils envisagent alors une « politique de la vieillesse » par le biais de mesures spécifiques.

En 1962, la publication du rapport Laroque va confirmer cette orientation. Il sera le texte de référence de tous les gouvernements, quelle que soit leur couleur politique, pour leur politique de la vieillesse. Il est considéré, à juste titre, comme le texte fondateur définissant les principes qui régissent l'action sociale vieillesse encore aujourd'hui.

Son but, mettre à la disposition des personnes âgées « un ensemble coordonné de moyens et de services adaptés à leurs besoins », avec une coordination administrative **au plan départemental**, sous la responsabilité du préfet, à l'initiative conjointe du directeur départemental de l'action sociale et du directeur départemental de la santé et une **coordination sociale au niveau local** (quartier, commune, canton) dont l'objectif essentiel est l'orientation de l'utilisateur vers le service adéquat.

Dès lors les personnes âgées bénéficiaires du minimum vieillesse peuvent recourir à l'aide-ménagère légale avec prise en charge d'un quota d'heures d'auxiliaire ménagère, financées par le département ou par les caisses de sécurité sociale pour celles qui n'ont pas le minimum vieillesse.

La politique de l'aide au vieillissement va alors se scinder en deux volets :

- **un volet social**, centré sur la notion de retraite et de préretraite et sur le statut du retraité, son rôle et son utilité sociale, son rôle de consommateur ou d'animateur bénévole.
- **un volet médical**, en direction des plus de 75 ans et sur la seule variable « âge » considérée dans sa dimension biologique, centré sur l'aide à domicile et surtout sur l'hébergement, avec la création d'unités d'hospitalisation ayant pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus (unités de long séjour).

Une loi du 30 juin 1975 va programmer la disparition progressive des hospices et le développement de nombreuses structures d'accueil adaptées aux besoins gérontologiques croissants.

De 1977 à 1979, des textes vont préciser les modalités d'organisation et de fonctionnement des unités de moyen et de long séjour et encadrer la création des services de soins à domicile.

Avancées, blocages, reculs successifs pour raisons financières.

Par la suite, au cours des 3 décennies suivantes, les politiques de prise en charge de l'aide à l'autonomie des personnes âgées ont comporté des avancées notables mais aussi des blocages et des reculs. L'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), par exemple, créée en 1975, se voulait une avancée en vue de la compensation du handicap quel que soit l'âge, mais la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) instituée en 1997, s'y opposa.

Autre avancée avec, en 1982, la création du **Comité National des Retraités et Personnes Âgées (CNRPA)** et la mise en place des **Comités Départementaux des Retraités et Personnes Âgées (CODERPA)** auprès des Préfets et dévolus ensuite en août 2004 aux Conseils Départementaux.

Dès 1988, la création d'un « **risque dépendance** » est instamment demandée par les syndicats de retraité-e-s, les associations de personnes âgées et les fédérations nationales de prestataires de services aux personnes âgées mais sans résultat tangible. De même, en 1995, un projet de « **prestation autonomie** » est programmé mais pour des motifs économiques, il passera à la trappe.

Ce n'est qu'en juillet 2001 que sera créée l'**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)**, ouverte aux personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie, résidant à domicile ou en établissement. Enfin une avancée car elle n'est pas liée à une condition de ressources qui sont cependant prises en compte pour le calcul du montant attribué.

Enfin, suite à la canicule d'août 2003, le gouvernement va créer en août 2004 la **Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** qui va se substituer au fonds de financement de l'APA et sera chargée de gérer et de réaffecter les nouveaux financements assis sur le produit des cotisations patronales et salariales gagées sur un jour férié travaillé.

2 / Les différentes catégories de maisons de retraite.

L'expression générique « maison de retraite » fait référence à des structures aux statuts juridiques différents. Ces différences sont importantes à connaître : elles vont notamment avoir un impact sur le coût de l'hébergement et les conditions d'accueil pour un proche.

Les Résidences avec Services.

Appelés anciennement **Foyers logement** et actuellement **Résidences autonomie**, ces établissements offrent un hébergement collectif conçu pour servir d'intermédiaire entre le logement personnel et la maison de retraite traditionnelle. Ils sont destinés à accueillir des personnes âgées valides, autonomes, seules ou en couple, ne désirant ou ne pouvant plus vivre isolées en raison d'une baisse de revenus, de difficultés d'accès aux commerces, d'un sentiment d'isolement...

Tout en conservant une certaine indépendance au sein de leur appartement, les résident-e-s bénéficient d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif et payant : restaurant, services ménagers, services paramédicaux, animations et activités diverses.

Les soins médicaux et les soins courants des résident-e-s sont réalisés le plus souvent par des intervenants extérieurs (médecins libéraux, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), infirmiers libéraux.

Dans certaines résidences autonomie, du personnel médical est présent sur place comme des aides-soignant-e-s ou des infirmiers.

Les Maisons d'Accueil Rural pour Personnes Agées (Marpa), devenues Maisons d'Accueil et de Résidence Pour l'Autonomie.

Les Marpa sont des maisons de retraite implantées en milieu rural. Imaginées par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) au milieu des années 1980, elles ont pour but de permettre aux personnes âgées issues de milieu rural de continuer à vivre dans leur environnement familial.

Il existe aujourd'hui près de 130 Marpa. Un projet de création d'une maison de retraite rurale reçoit le soutien financier d'une caisse de MSA et résulte d'un partenariat avec les collectivités territoriales. Elles sont

gérées soit par une association à but non lucratif, soit par une collectivité locale et leur mode de fonctionnement implique largement les familles des résidents. De petite taille, une vingtaine de places, les Marpa accueillent aussi bien des personnes valides que des personnes en légère perte d'autonomie. Elles proposent des logements à usage privatif et des espaces de vie collectifs, qui sont gérés par un responsable de Marpa aidé d'une équipe de professionnels de la prise en charge des personnes âgées.

Les Unités de Soins Longue Durée (USLD).

Les Unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures d'hébergement médicalisées dédiées aux personnes âgées de plus de 60 ans fortement dépendantes.

Les USLD sont généralement rattachées à des établissements hospitaliers. Si les USLD et les EHPAD proposent des prestations similaires, les moyens médicaux mis en œuvre dans les USLD sont plus importants que dans les EHPAD.

Le fonctionnement d'une USLD est similaire à celui d'un EHPAD : l'accompagnement proposé (vie quotidienne et coordination des soins) est global.

Cependant, les personnes accueillies en USLD étant en état de grande dépendance, les moyens médicaux mis en œuvre dans les USLD sont plus importants que dans les EHPAD. L'admission en USLD se fait sur dossier suite à une hospitalisation, un passage en service de soins de suite et de réadaptation ou directement depuis le domicile.

L'hospitalisation en USLD obéit à la même tarification que celle en vigueur dans les EHPAD.

Les EHPA : des structures non médicalisées.

Les EHPA sont des établissements d'hébergement dédiés à l'accueil de personnes âgées valides et relativement autonomes. Les prestations proposées sont les suivantes : hébergement, restauration, animation, entretien du linge, soins courants éventuellement.

Si la personne a besoin d'une aide plus importante, elle fait appel elle-même à des services infirmiers ou médicaux, ou à un service d'aide à domicile.

Les EHPA signent une convention uniquement avec le Conseil Départemental qui apporte des financements pour le fonctionnement de l'établissement. Certains peuvent recevoir des dotations de l'Agence Régionale de la Santé pour la fourniture de soins courants.

Les EHPA n'ont donc pas vocation à accueillir des personnes dépendantes.

Les EHPAD : des structures médicalisées.

Les EHPAD sont des établissements d'hébergement médicalisés qui ont vocation à accueillir des personnes âgées dépendantes, sur le plan physique et/ou psychique.

Depuis 2001, en application de la réforme sur la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, les maisons de retraite (ou d'accueil) médicalisées deviennent progressivement des EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Au-delà du nom, c'est leur statut qui change.

Les EHPAD peuvent relever de trois statuts juridiques : public (44 %), privé commercial (25 %) ou privé associatif non lucratif (31 %).

Les EHPAD publics sont en général gérés par un CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) un Conseil Départemental ou un hôpital local. Habilités à recevoir l'aide sociale, ils peuvent accueillir des personnes ayant de faibles ressources. Un seul tarif y est appliqué pour la partie hébergement.

Les EHPAD privés peuvent être :

- **À but non lucratif** : ils sont souvent gérés par des caisses de retraite, des mutuelles, des associations diverses...
- **À but commercial** : ils sont gérés par des entreprises (des grands groupes privés nationaux ou des entreprises familiales développées à l'échelle locale ou régionale).

Les EHPAD privés peuvent avoir habilité toutes leurs places à l'aide sociale (principalement dans le secteur non lucratif) ou seulement quelques places.

Pour les places habilitées à l'aide sociale, le tarif est fixé par le Conseil Départemental.

Pour les places non habilitées, les tarifs appliqués sont fixés librement par l'organisme gestionnaire et peuvent varier en fonction des caractéristiques de la chambre (chambre double, balcon, etc.).

Seule l'évolution annuelle des tarifs est fixée par un arrêté.

Convention tripartite avec le Conseil Départemental et l'Assurance Maladie.

La première caractéristique de l'EHPAD est d'avoir signé cette convention, ce qui lui permet de percevoir des crédits de fonctionnement. En contrepartie, l'EHPAD s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions.

Tous les domaines sont concernés : qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité, hygiène...), personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, respect des rythmes de vie, proposition d'activités adaptées...) et relations avec le résident-e et ses proches (bonne information, participation de la famille...).

Tarification ternaire des frais de séjour.

Au-delà de l'engagement qualité, la signature de la convention tripartite implique un système de tarification ternaire : les frais de séjour sont répartis selon trois volets (hébergement, dépendance et soins) auxquels correspondent des aides financières spécifiques.

Le forfait soins, dont les charges sont couvertes directement par l'Assurance maladie ;

Le tarif dépendance, fixé par le président du conseil départemental pour une durée d'un an. Il couvre les dépenses liées à l'aide apportée aux résidents pour accomplir les actes essentiels de la vie avec mise à disposition d'un personnel formé pour l'aide à la toilette, les déplacements, etc.

Il croît avec le niveau de dépendance du résident, évalué par son Groupe Iso Ressources (GIR).

Il est financé en partie par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, l'APA.

Le tarif hébergement comprend les dépenses d'entretien et d'administration, la restauration et les activités d'animation. Il est fixé par le président du conseil départemental si l'établissement est habilité à l'aide sociale ; sinon, la liberté tarifaire prévaut, et c'est le directeur de l'EHPAD qui l'établit. Ce tarif constitue la principale composante du reste à charge du résident. Pour les plus démunis, l'hébergement peut être financé par une aide sociale du département, par la caisse d'allocations familiales (CAF) ou la mutuelle sociale agricole (MSA).

Taux d'encadrement.

Le taux d'encadrement global se définit comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein (ETP) par rapport au nombre de résidents accueillis. Toutes les fonctions présentes dans l'EHPAD, salariés du pôle administratif, de restauration, d'animation, d'hébergement et de soins, sont prises en compte dans le calcul du taux d'encadrement global.

Le taux d'encadrement global est de 0,59 ETP (Équivalent temps plein) par lit pour l'ensemble des établissements ainsi que pour les EHPAD privés non lucratifs, de 0,64 ETP par lit pour les EHPAD accueillant des personnes en situation de handicap parmi leurs résidents et de 0,69 ETP par lit pour les EHPAD Publics.

Les tarifs d'hébergement en EHPAD.

Divers facteurs (localisation de l'établissement, ancienneté du bâti, statut juridique, habilitation ou non à l'aide sociale) jouent sur le prix journalier de l'hébergement. Ainsi, la dernière analyse statistique de la CNSA de juin 2017 répertorie les tarifs moyens pratiqués par les différents EHPAD en 2016.

EHPAD publics, pour une chambre seule, le prix médian est de 54,39 € (1 631,70 € par mois) et s'étale de 48,50 € à 62,05 € par jour, soit de 1 455 € à 1 862 € par mois.

EHPAD privés associatifs : le prix médian est de 59,89 € (1 796,70 € par mois) et s'étale de 51,40 € à 75,17 € par jour, soit de 1 542 € à 2 255 € par mois.

EHPAD privés commerciaux : le prix médian atteint 82 € (2 460 € par mois) et varie de 66 € à 106 € par jour, soit de 1 980 € à 3 180 € par mois.

Les tarifs dépendance.

Trois tarifs dépendance sont fixés selon le niveau de dépendance (GIR 1-2, GIR 3-4, GIR 5-6). Plus le résident est dépendant, plus le tarif associé est élevé, mais seulement pour les personnes qui disposent de plus de 2 440,24 € de ressources mensuelles. Pour les autres résidents, c'est le tarif correspondant au GIR 5-6 qui s'applique, quel que soit le niveau de leur dépendance.

Le tarif médian varie de 5,51 € par jour (165 € par mois) pour une personne âgée faiblement dépendante (GIR 5-6) à 20,42 € par jour (612 € par mois) pour une personne âgée fortement dépendante (GIR 1-2).

Le tarif mensuel d'une place en EHPAD pour le résident résulte donc de la somme du tarif dépendance et du prix hébergement.

Actuellement le prix médian d'une place en EHPAD s'élève à 1 949 € par mois.

Les capacités d'accueil des EHPAD.

En moyenne, l'offre d'EHPAD en France est de 98 places pour 1 000 personnes âgées de soixante-quinze ans et plus, mais avec toutefois d'importantes disparités entre départements. Ainsi, alors que la Lozère compte 171 lits, l'Ardèche 162, l'Yonne, la Vendée ou encore la Haute-Loire plus de 140 lits pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, ce taux, dans le Val-de-Marne et la Seine-Saint-Denis, ne dépasse pas les 60 lits et tombe même à 35 lits à Paris.

59% des EHPAD sont implantés dans un espace à dominante urbaine, 17 % dans un espace à dominante rurale et 24 % dans un espace mixte. L'espace à dominante rurale regroupe davantage d'établissements publics (64 %) que l'espace à dominante urbaine (37 %). Les places disponibles rattachées au secteur public sont présentes dans tous les départements, mais varient de 15 % dans les Bouches-du-Rhône à 91 % dans les Landes. À l'inverse, il n'en existe aucune en EHPAD privé commercial sur le Territoire de Belfort, en Lozère, dans l'Aveyron et la Creuse alors qu'elles représentent plus de 50 % de l'offre dans les départements des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône,

de la Charente-Maritime, des Yvelines, des Hauts-de-Seine, du Var, de l'Essonne et du Val-d'Oise.

Enfin, les capacités d'accueil des EHPAD privés non lucratifs, qui regroupent des organismes très divers (associations, congrégations religieuses, réseaux mutualistes), sont fortement présentes dans les départements du Nord et du Nord-Ouest, mais également en Alsace-Lorraine et dans les Pyrénées-Atlantiques.

Certains départements comme le Finistère, l'Aveyron, la Haute-Marne ou encore la Lozère ne disposent d'aucun lit d'EHPAD dans le secteur privé commercial.

Selon une étude réalisée en juin 2014, la France comptait 603 800 lits répartis dans 7 401 structures :

➔ **1 826 établissements privés commerciaux** (350 EHPA et 1 476 EHPAD), avec une moyenne de 70 lits par établissements, représentent 25 % des structures médicalisées avec une importante sur-représentation en Aquitaine (35%), Poitou Charente (36%), Île de France (46%) et Paca (54%).

→ **2 225 établissements privés non lucratifs et associatifs**, avec une moyenne de 73 lits par établissements représentent 30% des structures médicalisées, mais 48% en Alsace-Lorraine et 38% en pays de Loire.

→ **3 350 établissements publics**, avec une moyenne de 93 lits par établissement, représentent 45% des structures médicalisées, mais de 45 à 68% dans la plupart des régions, sauf en Île de France (23%), PACA (27%) et Corse (23%).

Source : *Annuaire lesmaisonsderetraite.fr* – 2014

Important déséquilibre entre communes rurales et urbaines :

En effet, si certains départements disposent d'une offre importante dans leurs aires rurales, ils ne proposent à l'inverse qu'une offre très limitée dans leurs aires urbaines malgré des besoins sans cesse grandissants.

Or, à l'échelle nationale, le taux d'équipement moyen dans les communes rurales est 2,3 fois plus élevé que dans les communes urbaines.

Évolution et tendance des différents secteurs.

Depuis le début des années 1990, la répartition des établissements entre le secteur public, le secteur privé à but non lucratif et le secteur privé à caractère commercial a connu une évolution notable.

Ainsi, les maisons de retraite privées à caractère commercial représentaient 17,7 % de l'offre d'hébergement en EHPAD en 1996, mais déjà 22 % de l'offre en 2014. De plus, 39,1 % des places d'hébergement créées entre 1990 et 2014 sont implantées dans des EHPAD privés à caractère commercial.

En fait, le paysage médico-social est fortement impacté par les décisions politiques des gouvernements successifs qui ne cessent de freiner les dotations. Alors que les besoins augmentent, les budgets stagnent, d'où les difficultés à recruter des personnels qualifiés et à assurer un taux d'encadrement approprié. En conséquence les établissements indépendants sont de moins en moins nombreux car rester seul est de plus en plus difficile et nous assistons à des regroupements, des fusions ou des rachats.

Le secteur privé commercial est le principal bénéficiaire des Programmes Interdépartementaux d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) lancés en réponse aux besoins massifs en solutions d'hébergement des personnes âgées dépendantes. De fait, malgré l'absence de soutien financier public, il génère 70 % des créations d'établissements et 40% des extensions de capacités en places en EHPAD grâce à une forte réactivité et à une assise financière d'autant plus importante que le secteur, de plus en plus concentré, permet une mutualisation des ressources financières et la mobilisation de nombreux leviers financiers.

Dominé par 5 leaders (Orpea, Korian, Medica France, Dolcéa-GDP Vendôme et DomusVi), le secteur privé commercial opère une concentration accélérée de ses établissements et même une internationalisation. Pour certains groupes qui discutent fermement avec les autorités de tutelle, la croissance passe d'abord par la concentration, la stratégie de filière et le développement international. Pour d'autres, l'heure est plutôt à la diversification, ils proposent alors une prise en charge globale des personnes âgées en EHPAD mais également des services d'aide à domicile, d'hospitalisation à domicile (HAD), des soins de suite et de réadaptation (SSR) ou encore un parcours résidentiel à travers des résidences services seniors proches de leurs EHPAD.

Parmi les groupes les plus importants, arrivent en tête : Korian Medica avec 71 500 lits en France et à l'étranger pour un chiffre d'affaires de 2 580 M€ et Orpea avec 51 504 lits pour 2 392 M€. Viennent ensuite, GDP Vendôme Domus Vi avec 784,70 M€, Le Noble Age avec 354,10 M€ et Colisée Patrimoine Group avec 237 M€.

Le privé a été avantagé par la loi ASV, adaptation de la société au vieillissement, appliquée en 2016, qui a mis en place une nouvelle tarification. Le nouveau mode de calcul dans la tarification du budget dépendance est désormais basé sur un indice moyen et ne se calcule plus en fonction de la spécificité de chaque établissement, il ne prend plus en compte la perte d'autonomie, ni de la situation financière des résident-e-s. Le transfert du public vers le privé s'est élevé à 200 M€ en 2017.

Des Entreprises commerciales d'Aide à la Personne

KORIAN

Korian est une entreprise de gestion de maisons de retraite médicalisées (EHPAD), de cliniques spécialisées (SSR), de résidences services, de soins et d'hospitalisation à domicile et est présent dans 4 pays (France, Allemagne, Belgique et Italie). Issu du regroupement, sous le nom de Suren, des groupes de maisons de retraite Finagest et Serience, il constitue un acteur de référence dans le domaine de la prise en charge de la dépendance temporaire et permanente.

Depuis 2003 Korian s'est développé par des acquisitions et des créations de nouveaux établissements :

En 2006 Suren achève sa fusion avec Medidep, devient Korian puis est introduit en bourse. En 2007, Korian acquiert Segesta, second opérateur italien, ainsi que Phonix, dixième opérateur allemand. En 2013, Korian lance une OPA amicale sur Curanum, société allemande.

Le 18 mars 2014, les assemblées générales mixtes des actionnaires de Korian et de Medica ont approuvé la fusion-absorption de Medica par Korian. Ils donnent ainsi naissance à la première entreprise européenne de maisons de retraite en Europe.

En mai 2016, Korian annonce l'acquisition de Foyer de Lork, une entreprise flamande de résidence médicalisée et de maison de retraite, qui possède 1 200 lits pour un chiffre d'affaires de 70 millions d'euros. Korian devient alors le deuxième acteur du secteur en Belgique avec un chiffre d'affaires de 290 millions d'euros. Il occupe alors une position de leader en Europe, gère plus de 710 établissements, avec une capacité d'accueil de 71 500 lits et emploie près de 45 000 collaborateurs dans quatre pays européens majeurs : France avec 30 000 lits dans 365 établissements, Allemagne avec 28 000 lits dans 218 établissements, Belgique 5 800 lits dans 49 établissements, Italie avec 5400 lits dans 55 établissements.

En France, le groupe Korian se développe dans les zones urbaines et périurbaines et renforce les synergies entre ses différents établissements à travers sa politique de pôle d'activités. Il fait évoluer ses établissements sanitaires vers une plus grande spécialisation afin d'améliorer leur efficacité et de les inscrire pleinement au sein des territoires de santé. Korian met en place par ailleurs, en ligne avec les préconisations du plan national Alzheimer, de nouvelles formes de prise en charge : accueil de jour, accueil temporaire, géronto-psychiatrie... et développe également des thérapies non médicamenteuses pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de troubles cognitifs apparentés dans tous ces établissements.

Korian est coté en bourse, tout comme d'autres leaders du secteur privé commercial, et doit satisfaire ses actionnaires et donc être toujours plus rentable. Pour y parvenir, la direction limite le personnel soignant au strict minimum, au risque de ne pas toujours assurer les soins en heure et temps, et avec la bienveillance indispensable envers les personnes fortement dépendantes. De plus ce personnel insuffisamment formé et mal rémunéré n'est pas incité à accomplir son travail dans les meilleures conditions. Enfin, sous prétexte de fournir un grand confort aux résidents, le prix de journée est beaucoup plus élevé que dans les établissements publics ou privés associatifs.

En conséquence, dans de nombreux EHPAD du groupe, des actions syndicales importantes se sont développées, notamment en Loire Atlantique (Paimboeuf) au printemps dernier, où des résidents et des agents se sont mis en grève, les uns dénonçant leurs conditions de vie, les autres leurs conditions de travail. Grave pénurie de personnel, surmenage et travail à la chaîne, aucun échange possible avec les résidents par manque de temps, stress et sentiment du travail mal fait, etc.

Les organisations syndicales présentes dans le groupe se sont fortement mobilisées au printemps 2017 et ont déclenché des grèves pour obtenir l'augmentation des effectifs soignants et administratifs, l'augmentation de tous les salaires avec égalité femmes/hommes, une prime exceptionnelle conséquente, à la hauteur des bénéfices records réalisés dans les exercices précédents, l'augmentation de tous les salaires à la date anniversaire d'embauche avec l'objectif de fidéliser les personnels, enfin un appel à tout mettre en œuvre pour en finir avec le turn-over.

ORPEA

Ce groupe a été fondé en 1989 par le docteur Jean-Claude Marianest, un groupe spécialisé dans les maisons de retraite. En 1999, Orpea se diversifie en créant sa filiale Clinea, spécialisée dans les cliniques SSR et psychiatriques.

Par la suite, en se spécialisant sur le secteur des maisons de retraite de luxe et en s'exportant à l'international, le groupe affiche des taux de croissance de 12 %

(à taux constants) et devient le 1^{er} exploitant privé français de maisons de retraite : 352 maisons de retraite au 1^{er} mars 2013, 45 cliniques et établissements dispensant des soins de psychiatrie, de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle.

Orpea possède également un certain nombre d'établissements à l'étranger : 166 en Allemagne, 61 en Belgique, 58 en Autriche, 27 en Suisse, 25 en Espagne, 16 en Italie et 7 en Pologne.

GDP VENDÔME

Depuis sa création par Jean-François Gobertier en 1990, le groupe **GDP Vendôme** intervient dans la gestion, le développement et la promotion de maisons de retraites et de divers produits immobiliers.

Si son activité principale se situe dans le secteur de la résidence médicalisée pour personnes âgées, GDP Vendôme s'est depuis, également diversifié dans l'hôtellerie et les résidences étudiantes.

En 2011, après avoir créé et/ou rénové 125 maisons de retraite, GDP Vendôme a fusionné avec **DomusVi** et a donné naissance à un nouveau groupe de 230 Ehpad, soit 16 703 lits avec 10 000 collaborateurs.

Au 1^{er} janvier 2012, GDP Vendôme possède 50 % de ce nouveau groupe et poursuit le développement de sa marque **Dolcéa** avec la création et le rachat des Ehpad qu'il gère en toute indépendance et qui représentent déjà 1 100 lits.

Toujours plus à l'écoute des besoins des seniors, attentif aux orientations des pouvoirs publics en matière de prise en charge de la dépendance, GDP Vendôme innove en matière de services et de soins à apporter aux aînés à domicile grâce à la création d'appartements domotisés et connectés, les « **Villa Sully** », « **Damécosi** » et tout récemment ses résidences **Dolcéa la maison de Fannie**.

Localisés en centres-villes, ces ensembles immobiliers s'intègrent dans la ville, avec le confort du maintien à domicile, l'agrément et les facilités d'ouverture sur l'environnement extérieur et offrent à leurs occupants toute la sécurité d'un EHPAD et les services de l'EHPAD à domicile.

LE NOBLE AGE GROUPE

Entreprise familiale, Le Noble Age Groupe s'est développé depuis 1990 grâce à son fondateur Jean-Paul Siret, Président Directeur Général, son fils Willy Siret, Directeur Général Délégué aux Opérations et Damien Billard, Directeur Général Délégué aux finances. En 1992, Jean-Paul Siret comprend que le vieillissement de la population constitue un réel enjeu de société, avec un véritable besoin d'établissements médicalisés dotés d'un bon niveau hôtelier qui seraient avant tout des lieux de vie et crée alors Le Noble Age.

Animés au quotidien par une vocation partagée « Soigner et prendre soin », les dirigeants veillent sur l'approche innovante du Groupe, sur la vie et le partage de ses valeurs et sur les réponses apportées par le Groupe aux problématiques de la prise en soins des personnes fragilisées.

À côté des actionnaires traditionnels, Le Noble Age Groupe a choisi d'ouvrir son capital à ses salarié-e-s. L'objectif ? Rester décisionnaire et conserver l'agilité ainsi que la réactivité requise dans ces métiers pointus (innovations sociales et technologiques, évolutions réglementaires...).

En 2006, 17 établissements en France et en Belgique, 1 000 salariés, 65,7 M€ de chiffre d'affaires.

En 2016, 70 établissements, plus de 5 000 salariés, 345 M€ de chiffre d'affaires et création de la marque santé du groupe : LNA Santé.

LES OPALINES (Groupe SGMR)

Le groupe possède une grande expérience dans la gestion des EHPAD et va continuer de grandir avec l'objectif de garder des résidences attrayantes de qualité. Comme dans le Jura, le groupe a appuyé sa croissance sur des rachats d'établissements indépendants. Les Opalines représentent aujourd'hui 27 résidences médicalisées majoritairement réparties dans l'est de la France avec 1865 lits et un millier de salariés.

Selon leur publicité, les Opalines proposent des résidences à échelle humaine, axées sur le meilleur accompagnement possible des personnes âgées et dépendantes, grâce à des moyens adéquats et du personnel suffisant et bien formé pour garantir aux résidents le maintien de leur autonomie physique psychique et sociale.

Malheureusement, c'est un tout autre son de cloche qui émane des personnels de certains EHPAD du groupe, notamment de ceux de Faucherons dans le Jura, qui ont dû mener une série d'actions et une longue grève au printemps dernier afin d'obtenir la satisfaction de plusieurs revendications (formation sur le temps de travail, augmentation des effectifs, remplacement des absences, augmentation de la prime du dimanche, etc.) Mais la direction se contente de faire la sourde oreille...

C'est grâce à l'intervention des médias, des élus locaux, de certains députés et du Préfet que les grévistes seront enfin reçus et satisfaits le 28 juillet sur plusieurs points : 2 postes d'aides-soignants créés, formation sur le temps de travail, remplacement de absences, prime exceptionnelle de 450 €.

En conclusion

Les EHPAD, quel que soit le secteur auquel ils appartiennent, public, privé associatif ou privé commercial, offrent des qualités de vie et de services bien différents pour leurs résidents. Pour en avoir visités certains ou, selon les témoignages des familles, il apparaît que des établissements sont très accueillants et proposent une réelle qualité de vie à leurs résidents, propreté des locaux, chambres spacieuses, cafétéria gratuite pour accueillir leurs familles ou leurs amis, bibliothèque avec coin informatique, animation et sorties variées, etc.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et il semblerait que la responsabilité de cette qualité de vie repose en partie sur l'équipe de direction et sur la qualification, le nombre et la bonne volonté des personnels chargés d'une véritable mission : entourer d'une grande bienveillance les personnes dont ils ont la charge, atténuant ainsi la profonde solitude ou la souffrance des résidents rencontrés dans certains établissements publics ou privés.

Rappel des principales Revendications de l'UNIRS

Privilégier et faciliter le maintien à domicile par des soutiens adaptés,

Création d'un véritable service public d'Aide et de Maintien à Domicile

- Pour mettre fin à la précarité, au stress et aux angoisses des intervenants à domicile,
- Exigence d'un diplôme spécifique, après formation avec un statut reconnu dans le cadre de la fonction publique territoriale ou hospitalière,
- Un service unifié avec mutualisation des moyens afin de proposer des aides adaptées aux besoins des demandeurs.

Privilégier l'implantation d'Établissements de proximité, à tarifs acceptables,

- à taille humaine, véritables « lieux de vie » dans les quartiers afin de maintenir les relations sociales de voisinage.
- Avec un personnel suffisamment nombreux (le ratio ETP), formé et rémunéré en conséquence.

Réelle qualification professionnelle des agents validée par un diplôme du secteur médico-social.

Meilleures conditions de travail et salaires décents :

- Suppression des temps partiels imposés et de la parcellisation systématique des tâches.
- Respect de la convention collective du secteur et des horaires habituels.
- Clarification des tâches professionnelles : soins corporels assurés par aide-soignante ou infirmière mais le cadre de vie, l'accompagnement et l'entretien dévolus à une Technicienne d'Intervention Sociale Familiale (TISF).
- Prise en compte de tous les déplacements liés à la profession et rémunérés en conséquence.

Soins médicaux pris intégralement en charge par l'assurance maladie.

Mise en place d'une réelle solidarité nationale, assise sur tous les revenus, y compris le patrimoine et les rentes, afin d'assurer un réel financement de l'aide à l'autonomie et de réduire au maximum les « restes à charge » pour les familles.

Pour en savoir plus :

<https://solidaires.org/UNIRS-Union-nationale-interprofessionnelle-des-retraite-es-solidaires>

Et les personnes retraitées adhérentes peuvent retrouver toutes les informations sur la partie interne du site

<https://solidaires.org/-UNIRS-Retraite-es->