

Rapport final de recherche

Une économie territoriale de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur des Ehpad [Multiconc]

ESTOMS 2022

Cret, Benoit, Professeur des Universités en sociologie, Pacte, Université Grenoble Alpes

Sigaud, Thomas, Maître de conférences en sociologie, Citeres, Université de Tours

Chatot, Myriam, post-doctorante en sociologie, Citeres, Université de Tours et CRDMS, Université Jean-Moulin Lyon 3

Cazeneuve, Hervé, Ingénieur de recherche, CRDMS, Université Jean-Moulin Lyon 3

Capgras, Jean-Baptiste, Maître de conférences en sciences de gestion, CRDMS, Université Jean-Moulin Lyon 3

Jaubert, Guillaume, Maître de conférences en sciences de gestion, CRDMS, Université Jean-Moulin Lyon 3

Pascal, Christophe, Maître de conférences HDR en sciences de gestion, CRDMS, Université Jean-Moulin Lyon 3

Juillet 2024

Soutenu par : [CNSA]

TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	5
Résumé.....	6
Abstract.....	7
Synthèse longue.....	8
Contexte	8
Objectifs	9
Méthodologie.....	10
Bases de données pour l'offre	10
Base de données pour les professionnels.....	10
Analyse lexicométrique	11
Entretiens semi-directifs	11
Principaux résultats	12
La construction biaisée d'un problème public ou la production d'un discours sur la crise	12
Cloisonnement concurrentiel et stratégies de captation des résidents	13
Cartographie concurrentielle et logiques de différenciation.....	13
Les Ehpad : une morphologie de niches.....	15
Un cloisonnement alimenté par des stratégies organisationnelles de captation.....	15
Des stratégies de captation labiles ?	17
Des stratégies de captation des professionnels contraintes mais ambiguës	18
Travailler en Ehpad : un segment à part du salariat peu qualifié.....	18
Une pénurie généralisée des professionnels	18
Des stratégies concurrentielles de captation des professionnels contraintes et bricolées.....	19
Les déterminants des stratégies concurrentielles de captation des professionnels	20
Appports et perspectives	20
Bibliographie indicative	22
Rapport scientifique complet.....	23
Introduction.....	24
Postulat, problématique, hypothèses	26
Postulat.....	26
Problématique et objectifs	28
Hypothèses.....	28
Terrain et méthodologie	30
Terrain	30
Méthodologie	30

1	La construction biaisée d'un problème public ou la production d'un discours sur la crise	39
1.1	Sociohistoire des Ehpad : une solution par défaut en crise permanente.....	43
1.1.1	Des hospices aux Ehpad.....	44
1.1.2	Un « virage domiciliaire » ?	48
1.1.3	La « double crise » des Ehpad	52
1.2	Un discours politique et médiatique homogène sur la crise	55
1.2.1	Du discours politique.....	56
1.2.2	... Au discours médiatique	61
1.3	Un discours scientifique qui reproduit les catégories d'analyse	85
1.3.1	Des professionnels différenciés qui subissent.....	86
1.3.2	Des résidents « perdus »	94
2	Cloisonnement concurrentiel et stratégies de captation des résidents.....	98
2.1	Cartographie concurrentielle et logiques de différenciation.....	98
2.1.1	Différenciation morphologique et institutionnelle	98
2.1.2	Différenciation fonctionnelle.....	106
2.1.3	Différenciation territoriale	111
2.1.4	Différenciation tarifaire	123
2.1.5	Cartographie concurrentielle multidimensionnelle	136
2.2	Les Ehpad : cloisonner la concurrence	140
2.3	Un cloisonnement alimenté par des stratégies organisationnelles de captation .	149
2.3.1	Moyens de sélection : entre des règles informelles stables et l'utilisation stratégique d'un outil technique	152
2.3.2	Critères de sélection : identifier le bon résident	158
2.3.3	Des stratégies de captation organisationnelles.....	171
2.4	Des stratégies de captation labiles ?.....	183
2.4.1	Un impact du siège relativisé.....	183
2.4.2	Des tutelles mises à distance.....	189
2.4.3	Des concurrents marginalisés.....	196
3	Des stratégies de captation des professionnels contraintes mais ambiguës	202
3.1	Travailler en Ehpad : un segment à part du salariat peu qualifié	202
3.1.1	Un secteur d'emploi en expansion	205
3.1.2	Portrait sociodémographique.....	211
3.1.3	Conditions d'emploi.....	218
3.1.4	Conditions de travail et rapport au travail	222
3.1.5	Des rémunérations moins problématiques qu'il n'y paraît ?	226

3.2	Une pénurie généralisée des professionnels ?	230
3.2.1	Une « crise des vocations » parmi les professionnels de santé	230
3.2.2	Des conditions de travail peu attractives	234
3.2.3	Des rémunérations trop faibles	237
3.3	Des stratégies concurrentielles de captation des professionnels contraintes et bricolées	239
3.3.1	Des solutions organisationnelles classiques	239
3.3.2	Pallier l'urgence	243
3.3.3	Bricoler les rémunérations ?	248
3.4	Les déterminants des stratégies concurrentielles de captation des professionnels	
	248	
3.4.1	Des trajectoires professionnelles marquées par le niveau de qualification	249
3.4.2	Rester dans un établissement : l'importance des relations au sein de l'équipe	252
3.4.3	L'impact ambigu des organisations concurrentes	253
Conclusion	256	
Bibliographie	267	
Annexes	282	
Glossaire des sigles	283	
Guides d'entretien	285	
Financement des Ehpad	295	
Tableaux récapitulatifs des entretiens	297	
Table des tableaux	301	
Table des figures	303	
Table des graphiques	304	
II. VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	305	

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

Une économie territoriale de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur des Ehpad

B. Cret, T. Sigaud, M. Chatot, H. Cazeneuve, J-B. Capgras, G. Jaubert, C. Pascal

CONTEXTE

- discours sur les « crises » des Ehpad (crise du recrutement, crise d'attraction des résidents)
- loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement de la population de 2015 présentée comme responsable de la mise en concurrence des Ehpad

OBJECTIFS

Les Ehpad sont en concurrence pour capter (attirer, sélectionner et fidéliser) leurs professionnels et leurs résidents. Cette double mise en concurrence est étudiée en l'inscrivant dans des logiques territoriales.

Trois objectifs se dégagent : identifier les stratégies de captation des résidents et des professionnels (1) ; comprendre l'impact de ces stratégies sur la concurrence inter-organisationnelle (2) ; montrer comment se construisent des territoires de mise en concurrence inter-organisationnelle (3).

MÉTHODOLOGIE

- Exploitation d'une base de données sur les professionnels d'Ehpad (Emploi en continu)
- Constitution et exploitation d'une base de données sur les Ehpad (FINESS, INSEE, CNSA)
- Analyse lexicométrique de corpus textuels (rapports politiques publics, articles de presse)
- monographie de deux départements (Rhône et Indre-et-Loire) sur la base d'entretiens semi-directifs (directeurs et professionnels d'Ehpad, directeurs d'établissements concurrents, autorités de tarification)

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Après avoir mis en évidence le cadre structural dans lequel les Ehpad évoluent (cadre qui nuance fortement la double segmentation public/privé et lucratif/non-lucratif, nous montrons que ces établissements se caractérisent par leur cloisonnement concurrentiel en ce qui concerne les résidents. Les stratégies organisationnelles de captation développées par les directrices d'établissement alimentent ce cloisonnement concurrentiel.

Concernant les soignantes, les Ehpad font face à une pénurie de professionnelles. Les directrices ne disposent que de faibles marges de manœuvre pour se distinguer et les capter. Cela les amène à se rabattre sur des bricolages organisationnels fortement contraints par le profil sociodémographique et socioprofessionnel particulier que présentent les professionnels des Ehpad.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

Le principal apport consiste à réintégrer les Ehpad dans l'analyse de la prise en charge des personnes âgées en les considérant comme des acteurs à part entière. La concurrence n'est pas une force inexorable, mais un processus instable et controversé, porté par des acteurs stratégiques. Les Ehpad ne subissent pas la concurrence : ils la travaillent, jusqu'à la limite des contraintes organisationnelles et territoriales. La cartographie concurrentielle produite en partie 2 peut être investie comme un outil d'aide à la décision par l'ensemble des acteurs du marché. La démarche comparative adoptée par le projet invite à organiser des démarches de diagnostic du marché systématiquement territorialisées.

Abstract

A territorial economy of capture: competitive dynamics within the Ehpad sector

B. Cret, T. Sigaud, M. Chatot, H. Cazeneuve, J-B. Capgras, G. Jaubert, C. Pascal

CONTEXT

- Multiple discourse stressing the light on the 'Ehpad crisis facing Ehpad (recruitment crisis, crisis in attracting residents)
- the 2015 law on adapting society to the ageing of the population, which was presented as being responsible for opening up Ehpad to competition.

OBJECTIVES

Ehpad are competing for (attracting, selecting and retaining) their professionals and residents. We study these competitive practices by stressing on power relationships and by reinserting them in their territorial framework.

Three objectives emerge: to identify strategies for attracting residents and professionals (1); to understand the impact of these strategies on inter-organizational competition (2); and to show how territories of inter-organizational competition are constructed (3).

METHODS

- Use of a database of Ehpad professionals ('Emploi en Continu')
- Creation and use of a database on Ehpads (FINESS, INSEE, CNSA)
- Lexicometric analysis of textual corpora (public policy reports, press articles)
- Monograph of two 'départements' (Rhône and Indre-et-Loire) based on semi-directive interviews (Ehpad directors and professionals, directors of competing structures, pricing authorities).

MAIN RESULTS

After highlighting the structural framework in which the Ehpad operate (thereby showing that the dual segmentation public/private and for-profit/not-for-profit must be discussed), we show that these structures are characterized by their competitive compartmentalization with regard to residents. The organizational strategies developed by the directors of the establishments to capture the residents fuel this competitive compartmentalization.

As far as care workers are concerned, Ehpad are facing a shortage of professionals.

Managers have little room of maneuver when it comes to distinguishing themselves and attracting professionals. As a result, they have to fall back on traditional organizational solutions such as staff training and adapting working hours, to and rely on retaining non-tenured carers to strengthen their teams. These solutions are heavily constrained by the specific socio-demographic and socio-professional profile of Ehpad professionals.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

The main contribution consists in reintegrating Ehpad into the analysis of care for the elderly by considering them as players in their own right. Competition is not an inexorable force, but an unstable and controversial process driven by strategic players. Therefore, Ehpad do not suffer competition: they work with it, to the limit of organizational and territorial constraints.

The competitive map produced in part 2 can be used as a decision-making tool both by professionals in the sector and by the supervisory authorities. The comparative approach adopted encourages the construction of "territorialized" market diagnosis processes.

Synthèse longue

Une économie territoriale de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur des Ehpad

Benoît Cret (Pacte)

Etablissements, services et transformation de l'offre médico-sociale (2021)

Benoît Cret (Pacte)

Thomas Sigaud (Citeres)

[Modalité du projet](#) [Projet de recherche complet](#) [Modalité du projet](#)

Messages clés du projet

- Les Ehpad composent une cartographie concurrentielle complexe invitant à dépasser les approches qui limitent l'organisation du marché à une simple segmentation entre Ehpad privés et public d'une part, et entre Ehpad à but non-lucratif et à but lucratif d'autre part
- En ce qui concerne les résidents, les Ehpad se caractérisent par un cloisonnement concurrentiel inscrit dans des logiques spatiales très localisées. Les stratégies organisationnelles de captation développées par les directrices d'établissement alimentent ce cloisonnement concurrentiel localisé.
- En ce qui concerne la pénurie de soignantes, les directrices ne disposent que de faibles marges de manœuvre pour se distinguer et capter des professionnels. Cela les amène à se rabattre sur des solutions organisationnelles classiques contraintes par le caractère spécifique du profil sociodémographique et socioprofessionnel de ces professionnels.
- En adoptant une approche comparative systématique entre le Rhône et l'Indre-et-Loire, le projet montre à la fois la nécessité de situer systématiquement l'analyse des relations de concurrence et de coopération entre établissements dans des logiques spatiales (relations centre/périmétrie) générales et dans leur incarnation territoriale spécifique à chaque département. Cette démarche a vocation à être généralisée pour nourrir par exemple des démarches territorialisées de diagnostic de l'organisation du marché de l'hébergement des personnes âgées dépendantes en France.

Contexte

La notion de « concurrence » (généralement présentée comme équivalente à celle de « marché ») est souvent vue d'un mauvais œil dans le secteur médico-social, partant du présupposé qu'elle serait synonyme de recherche de profits au détriment du bien des usagers (et des professionnels) du secteur. Ces discours simplificateurs ne considèrent pas les structures comme des acteurs actifs dans le processus de mise en concurrence. Notre projet de recherche vise à identifier la mise en œuvre de ces mécanismes concurrentiels en considérant les Ehpad comme des organisations actives qui construisent des stratégies de

développement, d'adaptation et de positionnement, puis d'identifier leur stratégie de captation de leurs résidents et de leurs professionnels, sous l'angle de leur mise en concurrence réciproque.

Nous partons du postulat selon lequel les Ehpad sont en concurrence pour capter leurs professionnels et leurs résidents. Il ne s'agit pas ici d'opposer coopération et concurrence ou d'appréhender la concurrence uniquement sous l'angle du conflit direct ou de stratégies « agressives ». Par captation, nous entendons à la fois attraction, sélection et fidélisation. Ainsi, les Ehpad sont en concurrence :

- Pour attirer et sélectionner des résidents au sein de leur territoire de démocratie sanitaire défini par le Projet Régional de Santé ;
- Pour attirer et fidéliser des professionnels au sein et en-dehors de leur bassin d'emploi.

Les Ehpad sont ainsi analysés sous l'angle d'une double concurrence. Face à une abondance de demandes d'hébergements, comment les Ehpad sélectionnent et recrutent le « bon » résident à un moment T ? Dans quelle mesure les caractéristiques concurrentielles des territoires (morphologie, topologie) et des établissements (statut juridique) impactent-elles ces choix ? Du côté des professionnels, la majorité des Ehpad connaissent des difficultés de recrutement, notamment en ce qui concerne les soignantes (agents de service hospitalier, aides-soignantes, infirmières). Comment les Ehpad attirent-ils et fidélisent-ils leur personnel ?

Cette double mise en concurrence est étudiée en l'inscrivant dans des logiques territoriales.

Objectifs

Nos objectifs sont triples. Il s'agit :

- D'identifier les stratégies de captation des résidents et des professionnels ;
- De comprendre l'impact de ces stratégies sur la concurrence inter-organisationnelle (dans quelle mesure cette double dynamique concurrentielle détermine-t-elle les stratégies de développement des Ehpad) ;
- De montrer comment se construisent des territoires de mise en concurrence inter-organisationnelle par l'articulation des différents niveaux de mise en concurrence.

Nous posons trois hypothèses.

- **Hypothèse 1.** Les stratégies concurrentielles de captation des résidents et des professionnels se déploient selon plusieurs variables : juridique (la concurrence entre établissements joue autant entre établissements de statuts juridiques différents, qu'à l'intérieur de ces statuts juridiques), géographique (la différenciation des stratégies de captation dépend de l'inscription territoriale des établissements) et morphologique (la concurrence entre établissements dépend de la taille et de la spécialisation de ces derniers, mais aussi de la densité et de la place occupée dans le paysage par les services d'aide et d'accompagnement aux personnes âgées)

- **Hypothèse 2.** L'inscription territoriale des établissements s'organise selon deux logiques articulées : celle des territoires de démocratie sanitaire et celle des bassins d'emploi. La concurrence entre Ehpad pour attirer et sélectionner leurs résidents, attirer et fidéliser leurs professionnels est plus intense au sein de la zone géographique où se superposent les territoires de démocratie sanitaire et les bassins d'emploi des différents établissements du secteur.
- **Hypothèse 3.** Pour sortir des zones concurrentielles les plus intenses, les organisations tentent de déstabiliser leur territoire pour gagner en marge de manœuvre vis-à-vis de la captation des résidents et du personnel : ils attirent, sélectionnent et fidélisent en dehors de leur territoire de démocratie sanitaire et en dehors de leur bassin d'emploi. Cette stratégie pose de nouveaux problèmes de mise en concurrence avec des Ehpad qui n'étaient pas en conflit auparavant.

Méthodologie

Nous comparons les stratégies des Ehpad insérés dans les territoires de démocratie sanitaire de la circonscription départementale du Rhône et de l'Indre et Loire, ainsi que des bassins d'emploi afférents.

Notre projet articule un traitement quantitatif avec l'exploitation de deux séries de bases de données et l'exploitation lexicométrique de discours politiques, médiatiques et scientifiques, et une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-directifs.

Bases de données pour l'offre

Afin de dresser une cartographie concurrentielle territorialisées des établissements en France, nous avons exploité une base de données construite en quatre étapes : (1) extraction des données du Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux ; (2) appariement avec les zonages géographiques de l'INSEE ; (3) extraction des tarifs mensuels par webscraping de l'annuaire de la CNSA ; (4) intégration des données sur le public accueilli (GMP et PMP).

Toutes les données sont observées à l'échelle des établissements. La base finale comprend 7 263 établissements. Cette base de données permet des analyses détaillées et des regroupements par statut, département, et tarif, offrant une vision complète et précise de la diversité des Ehpad en France.

Base de données pour les professionnels

Nous exploitons les Enquêtes Emploi en continu qui portent chaque année sur plus de 50 000 logements, depuis 2013. Ces enquêtes contiennent des informations extrêmement détaillées sur la profession des individus (profession détaillée à quatre chiffres), leur secteur d'activité (NAF en 732 postes), mais aussi leur établissement employeur (statut marchand ou non marchand, nombre de salariés...) qui permettent de décrire de manière fine la diversité

du paysage concurrentiel dans lequel s'inscrivent les établissements. De nombreuses variables sur la qualification des actifs, leurs conditions d'emploi, leur localisation géographique, leur trajectoire professionnelle antérieure (module « n-1 ») et calendrier rétrospectif d'activité) ou encore les souhaits exprimés de changer d'employeur ou de temps de travail permettent de décrire la volatilité des professionnels ainsi que les phénomènes *a posteriori* de captation/fidélisation par les établissements.

La mise en œuvre de traitements avancés permet d'identifier les facteurs individuels qui disposent les professionnels à la captation par tel ou tel type d'établissement (analyses « toutes choses égales par ailleurs ») ainsi que les modalités de superposition de l'espace des établissements et de celui de la main d'œuvre (analyses géométriques).

Analyse lexicométrique

Deux séries de corpus ont fait l'objet d'une analyse lexicométrique.

Le premier corpus « politique » est séparé en deux parties :

- La première inclut le rapport Libault, son communiqué de presse, le discours de la ministre et le dossier de presse afférent.
- La seconde inclut 20 rapports publics collectés sur le site vie-publique.fr, avec une recherche de ce type de documents dont le titre contient « Ehpad ». Le premier rapport date du 01/09/2009, le dernier rapport date du 15/03/2022.

Le second corpus « journalistique » est également séparé en deux parties :

- La première inclut 769 articles de presse publiés entre 2006 et 2022. Tous les documents ont été récoltés sur Europresse, avec « Ehpad » dans le titre de l'article ;
- La seconde inclut les articles parus dans la revue Hospimédia entre le 15 février 2002 et le 28 mars 2023. Le corpus inclut toutes les publications catégorisées comme « articles », incluant le mot-clef « Ehpad » dans le titre ou un des sous-titres de la publication et/ou les publications, incluant trois fois ou plus le mot « Ehpad » et/ou mentionnant une des entreprises possédant des Ehpads dans le titre. 3 147 publications ont été retenues au total.

L'objectif de cette analyse est de faire émerger les lieux communs politiques et journalistiques en ce qui concerne les Ehpads.

Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs visent à expliciter les stratégies concurrentielles des établissements au sein et en dehors de leur territoire. Nous avons mené quatre séries d'entretien semi-directifs :

- Auprès d'une sélection de directrices d'Ehpad¹, de médecins et d'infirmières coordinatrices (IDEC) de l'ensemble du département du Rhône et de l'Indre et Loire (67 entretiens) ;
- Auprès des directrices des établissements concurrents (résidences autonomie et service, maisons de retraite, services de maintien à domicile) (35 entretiens) ;
- Auprès d'une sélection de personnel d'Ehpad, en complément des deux premières séries. Nous souhaitions interroger des personnels soignants (AS, ASH, AMP, IDE) d'Ehpad aux stratégies contrastées (40 entretiens).
- Auprès des autorités de tarification, afin d'élucider les stratégies de construction des territoires et leur perception des dynamiques concurrentielles (4 entretiens).

Principaux résultats

La construction biaisée d'un problème public ou la production d'un discours sur la crise

Les Ehpad s'inscrivent dans l'histoire longue des hospices puis des maisons de retraite, des établissements d'hébergement des personnes âgées qui ont toujours été considérés avec méfiance : soupçonnés d'être des espaces de relégation des personnes âgées, le maintien au domicile est présenté comme largement préférable au placement en institution. Entre lieu médicalisé et lieu de vie, les Ehpad seraient des solutions de dernier recours quand le domicile a atteint ses limites.

Cette méfiance envers les établissements d'hébergement pour personnes âgées s'est trouvée renforcée au cours des dernières années, dans un contexte de « double crise » des Ehpad : la crise du Covid qui a durement affecté les établissements sanitaires et a épuisé les équipes soignantes, et la crise de réputation du secteur suite à la publication des *Fossoyeurs* (Castanet, 2022) à l'origine de « l'affaire Orpéa ». Ces deux événements conjugués sont crédités comme à l'origine d'une crise d'attractivité des résidents qui préféreraient éviter à tout prix l'entrée en institution, soupçonnée de malversations, mais également des professionnels, qui après la crise du Covid préféreraient d'autres types de structures ou de carrières.

De plus, l'aspect « lieu de vie » des Ehpad est mis à mal par une médicalisation croissante afin d'accompagner l'évolution du profil des résidents (augmentation de l'âge consécutif à l'allongement de l'espérance de vie, hausse du niveau de dépendance des résidents et augmentation du nombre de résidents présentant des troubles démentiels).

L'analyse des corpus textuels met en évidence trois éléments concernant le discours politique et médiatique sur les Ehpad. Tout d'abord, le vocabulaire de la « crise » est prégnant, qu'il s'agisse de la crise de ce qui a été qualifié de « l'affaire Orpéa » ou de la pandémie de Covid-19. Ensuite, trois acteurs sont mis en avant : l'acteur public présenté

¹ L'écrasante majorité des directeurs de notre corpus sont des femmes, nous emploierons donc le terme de « directrice » par la suite et nous préciserons par « directeur » lorsque ce seront des hommes.

comme doté de capacités d'action (en tant que prescripteur de procédures de régulation et en tant que financeur des Ehpad), les professionnels et les résidents (chacune de ces catégories étant présentée comme homogène et dénuée de capacité d'action). Enfin, dans ces discours, la dimension organisationnelle des Ehpad est gommée. Les discours politiques et médiatique sont similaires : les deux mobilisent les mêmes catégories d'analyse (les mêmes acteurs sont réduits à leur fonction, le secteur est conçu comme étant traversé par une vague de marchandisation) et les deux viennent amplifier la conception d'un Ehpad traversé par des crises.

Le discours scientifique sur les Ehpad quant à lui présente des similarités avec ce discours politique et médiatique, en ce qu'il mobilise les mêmes catégories. Il porte généralement sur quatre catégories : les conditions de travail des professionnels du secteur, les problèmes des résidents (notamment concernant la fin de vie ou les problématiques de bientraitance), les transformations structurelles du secteur (notamment l'irruption des établissements privés à but lucratif) et l'impact de crises telles que la pandémie de Covid-19. Concernant les professionnels, la littérature met l'accent sur la dégradation de leurs conditions de travail au cours des dernières décennies. Les réformes des années 2000 ont introduit des méthodes de tarification basées sur des indicateurs standardisés, impactant les conditions de travail en Ehpad en réduisant les effectifs ou en accélérant les cadences, ce qui compromet la qualité des soins. Une tension centrale réside dans le conflit entre la cadence imposée par l'institution et la nécessité de prendre le temps de s'occuper des résidents, entraînant un sentiment de travail empêché chez les professionnels. Les différences entre les groupes professionnels reflètent des hiérarchisations internes et des divergences de priorités, pouvant affecter la coordination des soins. Les résidents quant à eux sont présentés comme « perdus ». L'entrée en institution est souvent perçue comme une étape difficile, marquée par un changement de mode de vie et de cadre social, en raison de la perception négative des maisons de retraite comme des lieux de dernière demeure. Malgré des réformes visant à individualiser les traitements et à respecter la dignité des résidents, les moyens nécessaires pour atteindre ces objectifs restent limités.

Ainsi, dans ces différents corpus, les mêmes acteurs sont identifiés, réduits à leur fonction. La notion de marché est mobilisée comme une boîte noire, la concurrence entre Ehpad se réduit à la concurrence entre d'un côté les Ehpad privés à but lucratif et de l'autre, les Ehpad publics. Les notions de concurrence et de marché sont confondues (la marchandisation du secteur est expliquée par l'irruption de la concurrence des Ehpad privés à but lucratif). Cette promiscuité entre discours politique et scientifique, cette absence de prise de distance se traduit par un même point aveugle : les organisations elles-mêmes, conçues comme des acteurs stratégiques qui gèrent la concurrence inter-organisationnelle.

Cloisonnement concurrentiel et stratégies de captation des résidents

Comment la concurrence inter-Ehpad au sujet des résidents opère-t-elle ?

Cartographie concurrentielle et logiques de différenciation

Afin d'expliciter l'organisation du champ concurrentiel des Ehpad et d'identifier les conditions structurales d'exercice de la concurrence, nous insistons sur les logiques de

différenciation à l'œuvre : différenciation morphologique et institutionnelle, fonctionnelle, spatiale et tarifaire. La combinaison de ces critères permet d'élaborer une cartographie concurrentielle du secteur des Ehpads en France.

L'enquête quantitative permet de complexifier la tri-catégorisation des Ehpads entre public / privé non-lucratif / privé lucratif. En effet, l'étude morphologique permet de faire ressortir une spécificité des Ehpads publics hospitaliers en ce qui concerne le volet médical (qui bénéficient pour la majorité d'entre eux d'une tarification globale et d'une pharmacie à usage interne, alors que ce n'est pas le cas que d'une minorité des Ehpads publics autonomes et privés). De même, l'habilitation à l'aide sociale fait ressortir une opposition entre les établissements publics (autonomes et hospitaliers) et privés non-lucratif d'une part qui sont majoritairement habilités à l'aide sociale et les établissements privés lucratifs dont seule une minorité bénéficie de l'habilitation.

Le profil fonctionnel des établissements (défini par trois informations présentes dans l'extraction Finess : « disciplines », « modes d'accueil », « clientèles »), dessine des profils fonctionnels diversifiés qui nuancent également la tri-catégorisation.

L'approche territoriale met en évidence la répartition des établissements en fonction du type de territoire. Le taux de pression (c'est-à-dire le rapport entre personnes âgées et nombre de places sur un territoire) est plus élevé dans les zones périurbaines ou rurales que les pôles urbains. On observe par ailleurs un découpage territorial en fonction du statut juridique : les Ehpads publics hospitaliers sont surtout présents dans la commune-centre d'un pôle urbain, les Ehpads privés non-lucratifs dans les communes périurbaines et les Ehpads lucratifs dans les communes de banlieue, tandis que les Ehpads publics autonomes assurent un maillage territorial par leur implantation dans les espaces périphériques (périurbains ou hors des aires d'attraction des villes).

Elle permet aussi de souligner les différences entre les deux départements étudiés : si dans les deux cas la métropole constitue un pôle de concentration des Ehpads, le maillage territorial est construit différent dans l'un et dans l'autre. En Indre-et-Loire, le maillage est assuré dans les zones périphériques par les établissements publics hospitaliers entre lesquels est installé un réseau assez dense d'Ehpads du secteur public autonome ; tandis que dans le Rhône, ce sont là aussi les établissements publics hospitaliers qui assurent l'essentiel du maillage territorial en périphérie mais où les établissements publics autonomes sont peu présents.

Enfin, le niveau de tarification est le dernier critère de différenciation. La question est alors de savoir autour de quelles variables la dispersion des tarifs pratiqués s'organise. Une première hypothèse consiste à considérer que le statut juridique des établissements est décisif. Effectivement, le tarif moyen des établissements du secteur privé commercial est environ 50% plus élevé que ceux pratiqués dans les autres secteurs. L'analyse de la variable géographique montre quant à elle qu'au sein de chaque département, la représentation des tarifs moyens pratiqués à l'échelle de chaque commune se superpose dans l'ensemble avec la répartition des établissements par statut. Ce dernier point invite notamment à une analyse TCEPA (la taille, le statut, le type fonctionnel, le prix des établissements) qui entretiennent des liens croisés. Il est ainsi par exemple difficile en première analyse de

savoir si le tarif plus élevé des établissements de statut privé lucratif est lié au statut lui-même ou à leur localisation ou encore à leur taille ou au type de public accueilli).

L'analyse TCEPA montre que toutes les modalités de toutes les variables employées dans le modèle ont un effet significatif sur le prix mensuel fixé par les établissements, mais la grande majorité des coefficients ont une valeur proche de zéro. La seule variable présentant des coefficients nettement plus élevés est le statut juridique de l'établissement.

La cartographie concurrentielle par ACM se structure autour de deux axes. Un premier principe de structuration est bien l'opposition entre les établissements hospitaliers et les établissements du secteur privé commercial, mais cette opposition se joue autour de deux caractéristiques structurantes : la présence d'une PUI, signal de l'ancrage hospitalier d'un établissement d'une part, et la non-habilitation à l'HAS (et donc une politique tarifaire élevée) d'autre part. La dimension fonctionnelle n'apparaît que dans un second temps et s'exprime par l'axe 2. Elle oppose des établissements diversifiés en haut du graphique à des établissements spécialisés situés en bas. La différenciation fonctionnelle recoupe en partie la distinction statutaire exprimée par l'axe 1.

Au final, l'analyse multivariée révèle la façon dont les différents facteurs étudiés au fil de cette partie se combinent pour constituer un champ concurrentiel spécifique. Chaque établissement est pris dans une organisation concurrentielle plus large, elle-même structurée par de grandes oppositions (hospitalier vs privé lucratif ; spécialisé vs diversifié). C'est dans ce cadre structural que les comportements et les stratégies des directions d'établissement s'inscrivent, et c'est dans ce cadre que les relations de coopération et de concurrence entre établissements s'organisent.

Les Ehpad : une morphologie de niches

L'enquête par entretiens révèle un cloisonnement concurrentiel des Ehpad vis-à-vis de leurs résidents. Chaque établissement recrute localement, avec des zones de chalandise très resserrées, évitant généralement de se superposer à celles de leurs concurrents. Alors que l'on aurait pu penser que les Ehpad privés à but lucratif auraient une portée plus large que les publics ou associatifs, ce n'est pas le cas, le choix des résidents étant principalement dicté par la proximité géographique. Les directrices soulignent que la majorité des résidents viennent d'une zone restreinte autour de l'établissement.

Cette segmentation géographique est renforcée par d'autres critères comme le prix, le type de résidents accueillis et les spécialités offertes. Par exemple, certains Ehpad se spécialisent dans la prise en charge de certaines pathologies, attirant ainsi un public spécifique. Malgré la proximité géographique, les niches se différencient par ces critères additionnels, assurant ainsi une non-contiguïté des zones de recrutement. Cette diversité des combinaisons de critères démontre le travail stratégique des directrices d'Ehpad pour se positionner sur le marché de manière compétitive.

Un cloisonnement alimenté par des stratégies organisationnelles de captation

Les stratégies organisationnelles de captation développées par les directrices d'établissement alimentent ce cloisonnement concurrentiel. Remarquons tout d'abord que les listes d'attente ne sont pas des bons indicateurs de la demande.

L'opération de captation des résidents opère d'abord grâce à la mobilisation de l'outil Viatrajectoire. L'outil est détourné de sa fonction première pour observer les concurrents sur le territoire. Cependant, son usage stratégique est entravé par des informations saisies imprécises et incomplètes sur les résidents potentiels. Malgré ces limitations, Viatrajectoire reste un outil clé pour les directrices, leur permettant de prendre acte des demandes des résidents vers d'autres établissements et de comparer les prix, contribuant ainsi à la segmentation et à la sélection des résidents.

Pour identifier le « bon » résident parmi le flux de dossiers entrants, les directrices déploient trois stratégies complémentaires : s'adresser aux prescripteurs et aux adresseurs, se coordonner *via* les commissions d'admission et les visites de préadmission. Ainsi, les directrices peuvent être amenées à contacter les médecins traitants et hospitaliers et les aidants ou organiser une visite de préadmission afin d'avoir une idée plus précise de l'état du résident potentiel. La commission d'admission (formelle ou non) permet quant à elle de croiser l'adéquation entre la demande du résident potentiel et la structure sur le plan médical, organisationnel (notamment, la capacité des équipes à prendre en charge ce résident en termes d'équilibre de la charge de travail) et financier. Le critère géographique, central, sert de filtre préalable : la proximité du résident (ou de sa famille) avec l'établissement est présenté comme un préalable nécessaire.

Le cloisonnement concurrentiel émanant des stratégies des Ehpad est consolidé par trois stratégies supplémentaires : des stratégies de différentiation par les prix, des stratégies concurrentielles de captation horizontales, des stratégies concurrentielles verticales de filières.

Concernant les prix, les établissements déclarent avoir peu de marge de manœuvre, les tarifs hébergement étant souvent déterminés par le groupe, le conseil d'administration ou encore le conseil départemental pour ceux qui ont des places habilitées à l'aide sociale (le cas échéant). Les différences de prix sont justifiées par la qualité des prestations offertes, notamment en termes de restauration et de services annexes. Les statuts détermineraient le type de résidents accueilli : le public capterait les personnes les plus dépendantes ou malades et les plus pauvres, le privé lucratif s'adresserait à une clientèle aisée et proposerait des prestations d'hôtellerie plus haut de gamme, le privé non-lucratif se situerait entre les deux. Les directrices mentionnent que des ajustements mineurs, comme des promotions ou des variations de prix basées sur la qualité des chambres, sont parfois utilisés pour attirer de nouveaux résidents.

De plus, les directrices déploient des stratégies d'observation de l'offre d'Ehpad sur leur territoire, en surveillant de près les prestations et tarifs des établissements concurrents via des portails d'information ou des visites mystères. Au-delà de la simple observation panoramique, le cloisonnement est également alimenté par des pratiques qui renforcent le cloisonnement de la concurrence : l'adressage direct de résidents (en cas de refus, indiquer un autre établissement doté d'une unité protégée pour un résident atteint de troubles démentiels par exemple), les opérations de mutualisation (par exemple des places habilitées à l'aide sociale) et de coopération.

Enfin, le cloisonnement peut également passer par des logiques de spécialisation ou par la mise en place de filières. Certains Ehpad se spécialisent dans des domaines spécifiques,

comme la gérontopsychiatrie ou les maladies d'Alzheimer, pour attirer des résidents avec des besoins particuliers. Cette spécialisation se combine souvent avec des unités plus classiques, offrant ainsi une gamme diversifiée de services. D'autres établissements peuvent créer des parcours de soins en s'alliant avec d'autres structures ou en diversifiant leurs offres (par exemple, en combinant hébergement temporaire et permanent, résidences autonomie, *etc.*).

Des stratégies de captation labiles ?

Avant d'examiner plus avant les déterminants du recours à ces stratégies, il convient de mettre à distance trois lieux communs : les stratégies de captation ne se règlent pas en fonction du statut, ni des tutelles, ni même des organisations concurrentes, qui utilisent les mêmes indicateurs et déploient les mêmes stratégies que les Ehpad pour capter leurs usagers ou leurs résidents.

Concernant les Ehpad privés lucratifs, on pourrait s'attendre à ce qu'ils subissent plus de pressions des sièges pour remplir leurs lits et atteindre des taux d'occupation élevés, ce qui est partiellement confirmé par les témoignages des directrices de ces établissements.

Toutefois, l'impact des sièges n'est pas aussi univoque. Les directrices des Ehpad privés lucratifs et non-lucratifs appartenant à des groupes rapportent qu'elles peuvent souvent contourner les exigences du siège grâce à leur expérience et en fonction de leur taux d'occupation. Certaines apprécient le cadre structuré offert par le siège, qui facilite la gestion de leur charge de travail. Elles soulignent aussi l'importance de réunions régulières, perçues comme des opportunités de partage entre pairs.

Les tutelles sont quant à elles vivement critiquées, en particulier les ARS, pour leur déconnexion avec la réalité du terrain et leurs exigences bureaucratiques excessives. Les CPOM, censés structurer les financements et les objectifs, sont souvent considérés comme de la paperasse contraignante et n'offrant que peu de contreparties.

Quant aux structures d'hébergement concurrentes (comme les résidences autonomie ou services), elles apparaissent peu dans le discours des directrices d'Ehpad, en dehors de quelques établissements qui ont des partenariats ponctuels ou qui déploient une logique de filière avec une résidence autonomie attachée à l'Ehpad par exemple. Même son de cloche du côté des directrices de structures concurrentes, qui se sentent marginalisés dans le secteur de l'accueil des personnes âgées. L'Ehpad reste la référence par rapport à laquelle ces structures se positionnent (elles viseraient un public moins dépendant et surtout sans trouble démentiel), auquel elles sont constamment renvoyées (voire avec lequel elles sont confondues). La position de référence des Ehpad (qui sont les seuls établissements aptes à accueillir tout type de personnes âgées quel que soit leur niveau de dépendance) leur assure un flux constant de résidents potentiels. Les établissements concurrents (et en particulier les accueils de jours et les résidences autonomies et services) sont par conséquent parfois amenés à accepter ou à maintenir dans la structure des résidents ou des usagers dont la charge excède les capacités théoriques de la structure, soit par manque de demande soit parce que l'état d'un résident ou usager s'est dégradé.

En conclusion, les directrices d'Ehpad utilisent diverses stratégies pour sélectionner leur public, ce qui renforce le cloisonnement concurrentiel de leur établissement. Elles s'appuient

sur l'outil ViaTrajectoire malgré ses imprécisions, ce qui nécessite des mesures complémentaires comme les visites de préadmission. D'autres stratégies organisationnelles, telles que la captation horizontale et verticale, sont également utilisées. Ces stratégies sont influencées par le contexte local mais sont activées indépendamment du statut juridique de l'Ehpad. Les directrices ont la capacité de verrouiller la captation dans la mesure où les résidents sont généralement captifs une fois sélectionnés. Dans de rares cas, les résidents peuvent être transférés vers d'autres établissements, souvent du même groupe, renforçant ainsi le cloisonnement concurrentiel.

Des stratégies de captation des professionnels contraintes mais ambiguës

Travailler en Ehpad : un segment à part du salariat peu qualifié

L'exploitation de l'enquête Emploi montre que le nombre de personnes travaillant en Ehpad a connu une forte augmentation entre 2009 et 2022, en passant d'environ 190 000 à 360 000 personnes. Les Ehpad représentent un secteur d'emploi en expansion qui occupe une place de plus en plus importante dans les emplois de la santé et de l'action sociale. Cette place est aussi spécifique du fait d'une composition socio-professionnelle particulièrement peu qualifiée par rapport aux salariés en général et aux salariés du secteur de la santé et de l'action sociale en particulier et où le taux d'encadrement est particulièrement bas. Les conditions d'emploi dans les Ehpad sont dans l'ensemble fragiles et contraintes mais le niveau de rémunération n'y est pas défavorable aux salariés. La distinction entre Ehpad public et privés, pour lesquels les conditions de travail et d'emploi sont particulièrement dégradées, apparaît comme essentielle à la compréhension du secteur.

Une pénurie généralisée des professionnels

Les Ehpad, tout comme de nombreux autres établissements médicaux ou médico-sociaux, font face depuis quelques années à des difficultés pour attirer et retenir leur personnel, notamment les professionnels de santé. À la fin de 2015, 44 % des Ehpad ont signalé des difficultés de recrutement, dont 63 % avaient des postes vacants depuis plus de 6 mois. Les directrices d'établissements sont unanimes : pourvoir les postes vacants, en particulier les postes de titulaires, est devenu très difficile.

Ces difficultés touchent toutes les catégories de professionnels, mais les plus critiques sont les aides-soignantes et les infirmières. Les raisons évoquées incluent une « crise des vocations » parmi les jeunes professionnels de santé, des conditions de travail peu attractives et des rémunérations jugées insuffisantes. Certaines directrices soulignent également un manque de professionnalisme chez les candidats, tandis que d'autres pointent du doigt l'évolution sociétale vers une préférence pour le loisir plutôt que pour l'engagement professionnel. Cette « crise de la vocation » est surtout l'indicateur d'un regret quant au retour à l'ordre du rapport de force traditionnel entre direction et salariées et doit être analysé en termes de pertes de marge de manœuvre des premiers.

Les directrices reconnaissent la dégradation des conditions de travail de leurs équipes. Par exemple, les ratios de personnel par rapport aux besoins des résidents sont considérés comme obsolètes, avec des soignants devant faire face à une charge de travail de plus en

plus lourde. De plus, elles notent que les offres d'emploi à temps partiel ou de courte durée ne sont pas attrayantes pour les candidats, qui préfèrent souvent des postes plus stables et mieux rémunérés ailleurs.

Quant aux rémunérations, la plupart des directrices estiment qu'elles ne sont pas un facteur déterminant dans les difficultés de recrutement, grâce notamment à la prime Ségur.

Cependant, quelques-unes reconnaissent que les faibles salaires peuvent être un obstacle, surtout dans le secteur privé, d'autant qu'elles ont peu de possibilités de les augmenter, les rémunérations étant établies par des conventions collectives ou par les grilles de la fonction publique.

Des stratégies concurrentielles de captation des professionnels contraintes et bricolées

Pour pallier leur manque de marge de manœuvre concernant la détermination des salaires, les directrices déploient diverses stratégies. À ce titre, il ne leur reste que des solutions organisationnelles classiques, comme la formation du personnel, l'adaptation des rythmes de travail, l'amélioration des conditions de travail (notamment l'investissement dans du matériel), la mise en place d'un management de proximité et l'argument de la QVT. Les directrices s'interrogent notamment sur le « bon » planning à mettre en place (journée de 7h, 10h ou 12h, ou encore modulée en fonction des préférences de chacune), chacun ayant ses avantages et ses inconvénients pour les soignantes titulaires, intérimaires ou pour les cadres de santé qui organisent les roulements de personnel.

Dans la mesure où de nombreuses structures font face à un sous-effectif chronique, maintenir un effectif suffisant est un défi récurrent, notamment face à l'absentéisme « perlé » (de dernière minute). Face à l'obligation d'assurer la continuité des soins, les directrices déploient un ensemble de stratégies (classées par ordre de désirabilité) :

- Rappeler les professionnelles de la structure pour qu'elles fassent des heures supplémentaires ;
- Constituer un pool de vacataires ou utiliser les outils Werecruit et Hublo pour trouver des professionnelles disponibles ;
- Recourir à l'intérim ;
- Passer en mode dégradé.

Ces solutions sont coûteuses tant sur le plan financier que sur celui de l'organisation du travail. De plus, elles peuvent entraîner des inégalités entre le personnel titulaire et temporaire, soulevant des questions d'équité et de gestion des ressources humaines.

Certaines directrices d'Ehpad adoptent des pratiques de "bricolage" des rémunérations malgré les contraintes des conventions collectives et des budgets encadrés. Ils estiment avoir une certaine marge de manœuvre pour augmenter les salaires au-delà des minima prévus, par exemple en finançant des postes de soignantes avec le tarif hébergement ou en jouant sur la reprise de l'ancienneté.

Les déterminants des stratégies concurrentielles de captation des professionnels

Du côté des professionnelles, loin du discours homogénéisant des directrices qui présentent souvent les jeunes arrivantes comme des « mercenaires du soin » papillonnant d'un Ehpad à l'autre, l'analyse fait ressortir de nettes disparités entre les soignantes en fonction de leur niveau de qualification. Les peu diplômées paraissent en effet « captives » de l'institution qui les a embauchées, souvent après un parcours professionnel heurté. À l'inverse, les professionnels diplômés présentent leur parcours professionnel comme davantage guidé par les envies et la possibilité de choisir. Elles témoignent de davantage de mobilité géographique et entre différents types d'établissement de santé. Les Ehpad étant présentés comme interchangeables du point de vue des conditions de travail, le principal facteur qui permet de « tenir » dans une structure sont dès lors l'ambiance de travail et les relations avec les autres travailleurs (collègues et cadres).

Quant aux organisations concurrentes (résidences autonomie, SSIAD, etc.), elles offrent généralement de meilleures conditions de travail que les Ehpad et l'hôpital, avec des équipes plus petites et des tâches plus variées. Les soignantes apprécient de pouvoir passer du temps avec les usagers ou résidents et la qualité de vie au travail dans ces structures. Les SSIAD et les résidences autonomie recrutent parfois des professionnelles venant des Ehpad, mais il y a peu de circulation entre ces différentes structures, et les soignantes envisagent plus souvent une reconversion dans un autre métier que de changer de type de structure ou d'établissement.

Apports et perspectives

Tout d'abord, l'essentiel des travaux portant sur la concurrence pose l'existence de luttes concurrentielles comme un préalable et donne lieu à l'analyse des contraintes qui s'imposent aux acteurs. Les travaux de sciences politiques mettent quant à eux l'accent sur les politiques de la concurrence à un niveau macrosociologique. Dans les deux cas, la concurrence est présentée comme une force inexorable qui s'impose aux acteurs, eux-mêmes cherchant à lui résister ou la subissant. Ce rapport permet de remettre les Ehpad au centre de l'analyse, en montrant que la concurrence n'est pas une force inexorable, mais un processus instable et controversé, porté par des acteurs stratégiques. Les Ehpad ne subissent pas la concurrence : ils la travaillent, jusqu'à la limite des contraintes organisationnelles et territoriales.

En outre, nous avons montré que la logique descendante des territoires administratifs (territoire de démocratie sanitaire et bassin d'emploi) n'est pas aussi mécaniquement structurante que ce que les tutelles supposent : le rapport montre que les stratégies concurrentielles des Ehpad jouent aux marges de ces territoires pour dégager des marges de manœuvre organisationnelles. Nous avons donc fait émerger les logiques territoriales réelles et concrètes construites par les directrices d'Ehpad en concurrence.

Enfin, la logique de sélection des résidents par les commissions d'admission des Ehpad est un point aveugle des recherches menées à ce jour sur le secteur médico-social, ainsi qu'un

quasi tabou de la part des professionnels y exerçant. Nous avons montré comment émergent les logiques de classement et de sélection de ces résidents.

Plusieurs perspectives de recherche émergent.

Une première perspective consiste simplement à élargir nos résultats à l'ensemble de la France. Les résultats qualitatifs semblent *a priori* homogènes et généralisables, mais l'identification quantitative des conditions structurales d'exercice de la concurrence peut potentiellement être élargi à l'ensemble du territoire. La mise en évidence des logiques de différenciation territoriale, en particulier, peut facilement être dupliquée et systématisée. Une seconde perspective consisterait à analyser directement les pratiques concurrentielles des organisations connexes aux Ehpad. Nous avons montré que ces derniers restaient l'étalon du secteur. La plupart du temps, les stratégies construites par les directrices ne tiennent pas compte de ces organisations. Cependant, nous avons également mis en évidence la construction de stratégies de filières qui visent à « chaîner » la prise en charge des personnes âgées. Ces pratiques de neutralisation de la concurrence restent encore balbutiantes et restent à étudier de façon plus systématique, notamment du point de vue de ces organisations connexes dont les stratégies semblent ambiguës, dans la mesure où les directrices semblent à la fois plus autonomes que leurs homologues d'Ehpad, et dans le même temps, contraintes par ces dernières.

L'utilité sociale de cette étude réside en premier lieu dans sa contribution à déconstruire le discours de la « crise » du modèle des Ehpad. Notre travail invite à ne pas cautionner les discours proposant le diagnostic d'une faillite généralisée du modèle des Ehpad. De plus, la cartographie concurrentielle produite en partie 2 peut être investie comme un outil de décision tant par les professionnelles du secteur (nous pensons notamment aux directrices d'Ehpad), que par les tutelles : si les quatre polarités qui organisent cette cartographie permettent de constituer une offre d'hébergement complète, elles peuvent être au cœur d'un diagnostic de l'offre d'hébergement dans les territoires de démocratie sanitaire. Enfin, nous invitons à généraliser un diagnostic territorialisé de l'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en observant systématiquement la façon dont l'offre, telle qu'elle est décrite par la cartographie concurrentielle, s'inscrit dans les différents types espaces qui organisent les départements. Au final, ce rapport a permis de consolider une méthode pour identifier :

- Les zones à faible intensité concurrentielle dans lesquelles il est intéressant de positionner les nouveaux établissements et/ou d'étendre le périmètre des stratégies de captation ;
- Les zones à haute intensité concurrentielle dans lesquelles il n'est pas intéressant de positionner les nouveaux établissements et/ou d'étendre le périmètre des stratégies de captation.

L'intérêt de cette stratégie de valorisation est donc à la fois méso et micro :

- Pour les tutelles, l'intérêt est de redessiner les politiques territoriales d'aide aux collectivités locales pour les adapter aux réalités des Ehpad dans leur environnement et leur territoire ;
- Pour les Ehpad, le rapport propose une méthode pour identifier leur zone de chalandise.

Bibliographie indicative

1. Belorgey, Nicolas. 2021. « Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri », *Sociétés contemporaines*, vol. 123, n° 3 : 23-50.
2. Bertillot, Hugo et Marie Aline Bloch. 2018. *Transformer l'offre médico-sociale ? Habitats « inclusifs » et établissements « hors les murs » : l'émergence d'accompagnements alternatifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées*, EHESP/CNSA.
3. Capuano, Christophe. 2021. *Le maintien à domicile : une histoire transversale (France, XIXe-XXIe siècle)*, ParisRue d'Ulm.
4. Carrère, Amélie. 2021. « Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial », *Population*, vol. 76, n° 2 : 327-357.
5. Cret, Benoit. 2022. « Les formes sociologiques de la concurrence », Habilitation à Diriger des Recherches, Université Lyon II.
6. Cusin, François, Hugo Lefebvre et Thomas Sigaud. 2016. « La question périurbaine. Enquête sur la croissance et la diversité des espaces périphériques », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 4 : 641-679.
7. Dieudonné, Maël, Patrick Castel et Magali Robelet. 2024. « L'impossible contrôle consultatif entre pairs. Le cas des relations entre médecins dans les EHPAD », *Sociologie du travail*, vol. 66, n° 1.
8. Ennuyer, Bernard. 2012. « Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. Quel bilan après la loi Borloo de 2005 ? », *Gérontologie et société*, 35 / 142, n° 3 : 143-156.
9. Loffeier, Iris. 2015. « La « norme de sollicitude » jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite », *SociologieS*.
10. Mallon, Isabelle. 2007. « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, 30 / 121, n° 2 : 251-264.
11. Martin, Cécile. 2014. « Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France », Université Paris-Dauphine.
12. Planson, Nadège. 2000. « La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels », *Sociétés Contemporaines*, vol. 40, n° 1 : 77-97.
13. Roquebert, Quitterie. 2019. « Disparités départementales dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles : un état des lieux », *Revue française des affaires sociales*, Hors-série 1, HS : 87-103.
14. Sibille, Romain. 2015. « Modes de gestion des offreurs et déterminants de l'offre dans le secteur des EHPAD », Paris 9.
15. Trompette, Pascale. 2005. « Une économie de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 2 : 233-264.

Rapport scientifique complet

Une économie territoriale de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur des Ehpad

Benoît Cret (Pacte)

Multiconc (2022)

Thomas Sigaud (Citeres)

[◀ Modalité du projet](#) [Projet de recherche complet](#) [Modalité du projet ▶](#)

Introduction

Dans une tribune publiée en 2016 dans *Le Monde*, un collectif composé de membres de l'association « l'Ehpad d'à côté » dénonce « *l'indécence de la Silver économie* »². Ceux-ci critiquent l'omniprésence du « *secteur industriel* » qui, grâce à la puissance du marketing et à la connivence des pouvoirs publics, transformeraient un secteur d'action sociale en un marché dédié à la prise en charge du vieillissement et du grand âge.

La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement de la population du 28 décembre 2015 propose en effet un ensemble de mesures susceptibles de systématiser la concurrence entre Ehpad. Elle redéfinit le socle minimal des prestations obligatoires et instaure un comparateur des tarifs pratiqués par les Ehpad pour une meilleure transparence des prix. Si la fixation des prix reste libre, la loi encadre plus clairement les augmentations de tarifs pour les résidents déjà accueillis en établissement. L'un des changements majeurs est la remise en cause de mécanismes tarifaires liés jusque-là au caractère commercial des établissements : la réforme assujettit le financement au niveau de dépendance des publics accueillis, quel que soit le statut juridique du gestionnaire. Certains auteurs en concluent que « *les groupes privés commerciaux vont se développer et gagner en rentabilité grâce aux financements publics et socialisés (...). Pour la première fois, la dépendance (...) n'est plus considérée comme un risque mais comme une opportunité économique (...) dans un jeu de concurrence exacerbée* » (Collet-Berling 2020).

Du côté des pouvoirs publics, la notion de concurrence semble pourtant quasi-absente des rapports censés dessiner des grandes orientations à venir du secteur des Ehpad et plus largement du grand âge. En mars 2019 par exemple, le rapport Libault, faisant suite à une lettre de mission du 17 septembre 2018 et à une concertation nationale de 4 mois (octobre 2018-février 2019), s'inscrit dans la perspective d'un projet de loi à venir pour mieux prendre en compte « *le vieillissement et la perspective de la fin de la vie* » (discours d'A. Buzin, Ministre des Solidarités et de la Santé, 28 mars 2019). Il n'évoque pas la question concurrentielle³.

En somme, la concurrence serait « à venir », car le secteur se transformerait progressivement en marché ; elle jouerait potentiellement entre les structures en fonction de leur statut juridique (privé à but lucratif, privé à but non lucratif, public). Cependant, les acteurs publics – accusés par ailleurs d'alimenter cette logique de mise en marché – ne l'évoquent pas. On remarque également que la concurrence intra-statut (entre Ehpad privés à but lucratif, entre Ehpad privés à but non lucratifs, entre Ehpad publics) n'est jamais mise en avant.

Si la notion de « concurrence » est d'usage courant, ce qu'elle désigne concrètement ne fait pas consensus. Lorsqu'elle est mobilisée, son statut reste ambigu. D'une manière générale,

² Tribune collective par José Polard, Michel Bass, Michel Billé, Odile David, Alain Jean, « *L'indécence de la Silver économie* », *Le Monde*, 05/05/2016 (https://www.lemonde.fr/idees/article/2016/05/06/l-indecence-de-la-silver-economie_4914977_3232.html).

³ Une seule occurrence du mot « concurrence », page 163 du rapport.

l’articulation entre marché et concurrence n’est jamais explicitée : tout se passe comme si les deux notions étaient équivalentes (Cret 2022). En d’autres termes, décrire des mécanismes de mise en marché revient à décrire des mécanismes de concurrence, et inversement. Dans ce cadre, la mise en marché et la mise en concurrence sont présentées comme des facteurs extérieurs aux organisations, comme des dynamiques surplombantes qui expliquent l’évolution du secteur. Cette thèse externaliste, la plupart du temps militante (Cret *et al.* 2013) et qui repose sur l’assimilation entre marché et concurrence, fait paradoxalement disparaître les organisations elles-mêmes. Les Ehpad ne sont pas considérés comme des organisations à part entière : leurs stratégies de développement et d’adaptation restent peu explicitées. Réceptacles passifs de mouvements qui les surplombent, ces structures ne sont pas considérées comme des acteurs à part entière, capables de se positionner, voire d’influencer les dispositifs politiques qui régissent leurs fonctionnements⁴. La concurrence est ainsi présentée comme une « logique » mécanique et fonctionnelle dont le contenu reste à préciser. Quel serait l’objet de cette concurrence à venir ? Les professionnels ? La crise d’attractivité du secteur et ses conséquences sont maintenant fortement documentées (voir par exemple (Petit et Zardet 2017 ; Roussillon Soyer 2023 ; Verger 2022), ainsi que les études de la DREES (Bazin et Muller 2018)), mais cette « crise » n’est quasiment jamais mise en rapport avec des formes de concurrence inter-organisationnelle. *Stricto sensu*, la concurrence inter-organisationnelle porte également sur les résidents. Si l’évolution du profil des résidents est également très documentée (voir le bilan démographique 2022 de l’INSEE qui pointe l’allongement de l’espérance de vie couplé à la baisse du taux de natalité, voir plus précisément les études de la DREES en ce qui concerne les résidents des Ehpad (Balavoine 2022 ; Miron de l’Espinay et Roy 2020)), les Ehpad ne sont jamais présentés comme étant en concurrence au sujet des résidents. L’hypothèse implicite est que la demande excède l’offre : dans ces conditions, la question concurrentielle ne se poserait pas.

Au final, la concurrence est une boîte noire (sur quoi porte la concurrence ?) fonctionnaliste (la logique s’impose aux acteurs conçus comme des réceptacles), reposant sur des hypothèses peu explicitées (marché et concurrence sont équivalents, la question concurrentielle ne se pose pas lorsque la demande excède l’offre) et les acteurs eux-mêmes sont évincés de la mise en œuvre d’une logique rarement décrite.

Ce contrat de recherche vise précisément à identifier la mise en œuvre de ces mécanismes et pratiques concurrentiels en réinsérant dans l’analyse les principaux acteurs organisationnels concernés : les Ehpad. Il s’agit ainsi de considérer les Ehpad comme des organisations qui construisent des stratégies de développement, d’adaptation et de positionnement, puis d’identifier leur stratégie de captation de résidents et de professionnels, sous l’angle de leur mise en concurrence réciproque.

⁴ Voir par exemple la formule : « *L’arrivée progressive de la « concurrence » dans ce secteur va conduire les établissements à opter pour une nouvelle appellation, qui n’a aucun caractère officiel, ni légal, mais qui présente bien des caractéristiques tout à fait exactes puisque les établissements d’hébergement ont d’abord et avant tout une vocation hôtelière : cette nouvelle appellation est celle de « résidences ».* » (Brami 2013 : 57)

Postulat, problématique, hypothèses

Postulat

Nous partons du postulat selon lequel les Ehpad sont en concurrence pour capter leurs professionnels et leurs résidents (Cochoy 2004 ; Trompette 2005). Il ne s'agit pas ici d'opposer coopération et concurrence ou d'appréhender la concurrence uniquement sous l'angle du conflit direct ou de stratégies « agressives ». Par captation, nous entendons à la fois attraction, sélection et fidélisation⁵. Ainsi, les Ehpad sont en concurrence :

- Pour attirer et sélectionner des résidents au sein de leur territoire de démocratie sanitaire défini par le Projet Régional de Santé⁶ ;
- Pour attirer et fidéliser des professionnels au sein et en-dehors de leur bassin d'emploi (défini au sens de l'INSEE).

D'une part, la population résidente est objet de lutte entre les Ehpad. Le taux d'occupation (T.O.) médian des Ehpad s'élève à 97,6 % en 2017 pour l'hébergement permanent, avec une progression de 0,6 points par rapport à 2016 (CNSA 2019 : 21), ce qui laisse augurer que ceux-ci peuvent sélectionner les résidents. Cependant un écart important persiste entre les établissements : une fois les valeurs extrêmes écartées, 10 % de l'échantillon affiche un T.O. inférieur à 90,8 % et 10 % un T.O. supérieur à 100,4 %. Cet écart suggère que certains Ehpad développeraient des stratégies d'attraction des résidents, avant même que de pouvoir les sélectionner.

Il s'agit donc d'expliciter les stratégies de captation différenciées (attraction, sélection) des résidents. Cette proposition reste hétérodoxe. Le sujet de la concurrence entre Ehpad au sujet des résidents n'est pas abordé dans la littérature, qui se contente la plupart du temps d'appuyer sur la nécessité d'accueillir une population de plus en plus nombreuse, de plus en plus vieille et de plus en plus dépendante. En outre, nous soutenons que c'est précisément parce que la demande excède l'offre que les Ehpad sont en concurrence les uns avec les autres. Dans la mesure où les Ehpad peuvent potentiellement sélectionner leurs résidents, une lutte autour de la définition et de la captation du « bon » résident s'engage : il faut donc parvenir à identifier l'origine et la forme (Simmel 1999) de cette lutte pour expliciter les mécanismes de captation en jeu. Dans quelle mesure les caractéristiques concurrentielles des territoires (morphologie, topologie) et des établissements (statut juridique) impactent-elles ces choix ?

D'autre part, la majorité des Ehpad connaissent des problèmes de recrutement de personnel. Structurellement, 41,5 % des personnes qui travaillent dans des Ehpad sont des

⁵ Alors que la catégorie « captation » est mobilisée dans une acception large par F. Cochoy (cette catégorie permettant d'englober à la fois une multiplicité de modalités (attraction, séduction, fidélisation, sélection, etc.) et de dispositifs (emballage, scoring, etc.)) qui visent à organiser la rencontre marchande et dans une acception restreinte par P. Trompette (une « canalisation contrainte » exclusive du jeu du marché), nous adoptons une définition *méso* de la captation comme trois modalités (attraction, sélection, fidélisation) d'organisation de la rencontre marchande.

⁶ Les territoires de démocratie sanitaire sont délimités par les directeur généraux des Agences régionales de santé (décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 – art . 1).

AS (aides-soignantes)⁷, AMP (Aides Médico-Psychologiques) et ASG (Assistants de Soins en Gérontologie). Les ASH (Agents de Service Hospitalier) représentent 31,2 % du personnel, les IDE (infirmiers diplômés d'Etat) 10,9 %. Le personnel de service administratif et des services généraux représente respectivement 4,6 et 6,6 % du personnel ; les médecins et psychologues représentent chacun 0,9 % du personnel (CNSA 2019 : 23). Toutes catégories confondues, plus d'un tiers des établissements rencontre des difficultés de recrutement (Marianne Muller 2017 : 14).

Remarquons que les difficultés sont concentrées sur des professions particulières. Un établissement sur deux emploie du personnel libéral ou intérimaire ; parmi les structures ayant recours à du personnel libéral, 56 % emploient des médecins en libéral et 67 % des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (*idem*). Les difficultés de recrutement de personnel médical et de constitution de « déserts médicaux » dans les espaces ruraux sont connues (Chevillard *et al.* 2018 ; Gucher 2013), mais il est plus surprenant de constater que ces difficultés concernent également les professions soignantes et non-soignantes les moins qualifiées (Bazin et Muller 2018 : 3). Dans ce contexte de pénurie différenciée de professionnels, la capacité d'un établissement à attirer un professionnel aux dépens d'un autre établissement inscrit dans son bassin d'emploi est essentielle.

En outre, la pénibilité du travail, le manque de reconnaissance salariale et symbolique font que les équipes sont marquées par une grande instabilité (Bozio *et al.* 2016), notamment par des mouvements professionnels vers des domaines connexes comme l'aide à domicile et le travail en milieu hospitalier. C'est ici une logique de fidélisation qui est en jeu : comment les Ehpad fidélisent-ils leur personnel ?

Nous proposons ici d'étudier la double mise en concurrence des Ephad (vis-à-vis des résidents, vis-à-vis des professionnels) en l'inscrivant dans des logiques territoriales. Ces logiques se déclinent à différentes échelles, dont l'articulation est mal comprise. Nous pouvons prendre l'exemple des stratégies d'attraction et de fidélisation des professionnels. Si le recrutement des personnels les plus qualifiés (personnels de direction, médecins, psychologues, *etc.*) peut *a priori* s'appuyer sur un marché national voire international, les emplois les moins qualifiés sont plus ancrés dans les bassins d'emploi locaux. Raisonner en termes de bassin d'emploi permet d'inscrire les établissements employeurs que sont les Ephad dans un système plus large de régulation de l'offre de travail, d'accompagnement des salariés et de formation des chômeurs qui contribue à cadrer les stratégies de captation mises en œuvre par les établissements. Il s'agit donc de situer les établissements employeurs dans un cadre plus large en les considérant comme autant de figures possibles de l'« employeur territorial » (Deshayes 2013).

⁷ La première occurrence des acronymes est développée dans le corps du texte. Voir également le Glossaire des sigles en annexe.

Problématique et objectifs

Nous souhaitons expliciter les stratégies concurrentielles de captation (attraction, sélection, fidélisation) des résidents et des professionnels par les Ehpad en les réinsérant dans leur territoire.

Dans la mesure où les Ehpad sont en concurrence pour attirer et sélectionner des résidents sur leur territoire de démocratie sanitaire d'une part, attirer et fidéliser des professionnels sur leur bassin d'emploi d'autre part, il s'agit :

- D'identifier les stratégies de captation des résidents et des professionnels ;
De comprendre l'impact de ces stratégies sur la concurrence inter-organisationnelle (dans quelle mesure cette double dynamique concurrentielle détermine-t-elle les stratégies de développement des Ehpad) ;
- De montrer comment se construisent des territoires de mise en concurrence inter-organisationnelle par l'articulation des différents niveaux de mise en concurrence.

Hypothèses

Nous posons trois hypothèses.

Hypothèse 1. Les stratégies concurrentielles de captation des résidents et des professionnels se déploient selon plusieurs variables :

- Une variable juridique. La littérature insiste de façon systématique sur la différence entre Ehpad publics, privés à but lucratif et privés à but non lucratif. Ce faisant, l'hypothèse implicite est que la concurrence entre établissements se joue principalement *entre* les trois secteurs⁸. Nous posons l'hypothèse complémentaire selon laquelle la concurrence joue tout autant entre établissements *à l'intérieur* de ces trois secteurs : les établissements du secteur privé commercial n'ont pas le monopole de la concurrence et le phénomène est tout aussi intense à l'intérieur du secteur public, du secteur privé non lucratif et du secteur privé commercial respectivement.
- Une variable géographique. Il existe des disparités très importantes entre départements, voire à l'intérieur de chacun d'eux au niveau des pseudo-cantons (Ramos-Gorand et Volant 2014). Ces disparités sont produites par des logiques institutionnelles et politiques (Roquebert 2019), mais aussi spatiales. En reprenant les catégories de zonage établies par l'INSEE (centre, banlieue, périurbain, espace rural et villes isolées), on peut faire l'hypothèse que les stratégies de captation des établissements diffèrent (CNSA 2019 : 8). La différenciation des stratégies de captation

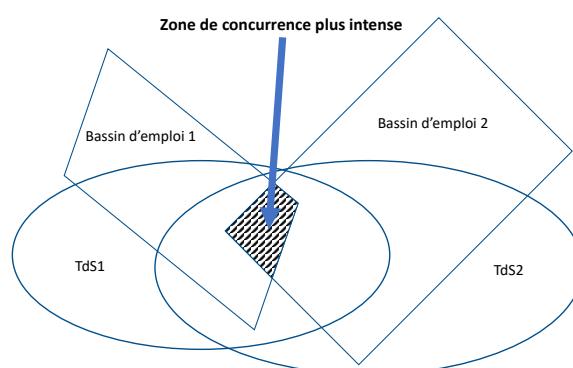
⁸ Par exemple : « *Le statut juridique s'avère le principal facteur des disparités : les difficultés rencontrées par les Ehpad sont corrélées à leur statut juridique comme à leur implantation géographique* » (Bazin et Muller 2018 : 6). Autre exemple : la structure de présentation de l'enquête CNSA repose sur la distinction systématique entre les différents statuts : « *le taux d'occupation [en hébergement permanent] est moins élevé en structure commerciale qu'en Ehpad privé non lucratif ou public (96,1 % vs 98,1 % dans les Ehpad privés non lucratifs ou publics autonomes)* » (CNSA 2019).

dépend aussi de la place qu'occupent les établissements dans les marchés du travail locaux et notamment de la présence, plus fréquente dans les pôles urbains qu'en zone peu dense, d'autres employeurs.

- Une variable morphologique. La taille, la spécialisation, la densité et la place occupée dans le paysage des services d'aide et d'accompagnement aux personnes âgées impactent les stratégies de captation des Ehpad. Par exemple, les Ehpad sont en concurrence avec d'autres formes ou modes de service d'accueil (maintien à domicile, etc.) et adaptent leur stratégie concurrentielle en fonction de la structuration territoriale de l'offre d'aide et d'hébergement à destination des personnes âgées.

Hypothèse 2. L'inscription territoriale des établissements s'organise selon deux logiques articulées : celle des territoires de démocratie sanitaire et celle des bassins d'emploi. La concurrence entre Ehpad pour attirer et sélectionner leurs résidents, attirer et fidéliser leurs professionnels est plus intense au sein de la zone géographique où se superposent les territoires de démocratie sanitaire et les bassins d'emploi des différents établissements du secteur.

Figure 1. Superposition théorique des territoires de démocratie sanitaire et des bassins d'emploi pour deux Ehpad



Hypothèse 3. Pour sortir des zones concurrentielles les plus intenses, les organisations tentent de déstabiliser leur territoire pour gagner en marge de manœuvre vis-à-vis de la captation des résidents et du personnel : ils attirent, sélectionnent et fidélisent en dehors de leur territoire de démocratie sanitaire et en dehors de leur bassin d'emploi. Cette stratégie pose de nouveaux problèmes de mise en concurrence avec des Ehpad qui n'étaient pas en conflit auparavant.

Terrain et méthodologie

Terrain

Notre terrain inclut tous les Ehpad présents dans le territoire démocratie sanitaire (concrètement, la circonscription départementale, c'est-à-dire le département) *et* dans le bassin d'emploi, mais aussi les organisations de santé environnantes aux « franges » des Ehpad : résidences autonomie, résidences services, maisons de retraite, services de maintien à domicile.

Nous comparons les stratégies des Ehpad insérés dans les territoires de démocratie sanitaire de la circonscription départementale du Rhône⁹¹⁰ et de l'Indre et Loire¹¹, ainsi que des bassins d'emploi afférents.

Ces terrains ont été choisis par souci de contraste : si le département du Rhône est beaucoup plus dense que celui d'Indre et Loire (567,3 habitants au km² dans le Rhône, 99 dans l'Indre et Loire¹²), plus âgé (les 75 ans et plus représentent respectivement 10,4 % et 8,2 % de la population du Rhône et de l'Indre et Loire), plus riche (57,3 % des ménages fiscaux sont imposés dans le Rhône, contre 50,3 en Indre et Loire), le taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées de 75 ans est quasiment similaire (122 places pour 1 000 dans le Rhône, 128 places pour 1 000 dans l'Indre et Loire¹³).

Méthodologie

Notre projet articule un traitement quantitatif avec l'exploitation de deux séries de bases de données et l'exploitation lexicométrique de discours politiques, médiatiques et scientifiques, et une méthodologie qualitative basée sur des entretiens semi-directifs.

Base de données pour l'offre

Afin de dresser une cartographie concurrentielle territorialisées des établissements en France, nous avons exploité une base de données construite en quatre étapes (Tableau 1) :

- Extraction du fichier Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux (Finess)¹⁴,

⁹https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/20161201_Arrete_LimiteTerritoiresDS.pdf

¹⁰ Depuis le 1^{er} janvier 2015, la circonscription départementale du Rhône a la particularité de s'étendre sur le territoire de deux collectivités territoriales : le département du Rhône et la métropole de Lyon. Elle correspond au territoire du département du Rhône avant la séparation de la métropole de Lyon et du département.

¹¹ https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Arrete_territoires_democratie_2016.pdf

¹² <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=dep.69&selgeo2=dep.37>. Les deux données suivantes sont également extraites de cette source.

¹³ <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/taux-dequipement-en-places-dhebergement-pour-personnes-agees-de-75-ans-et-plus>

¹⁴ <https://finess.esante.gouv.fr/fininter/jsp/index.jsp>.

- Appariement avec les zonages d'étude géographiques élaborés par l'INSEE,
- Extraction du tarif mensuel de chaque établissement par *webscraping* de l'annuaire des établissements en libre accès établi par la Cnsa,
- Intégration de données caractérisant le public accueilli par chaque établissement (GIR moyen pondéré et Pathos moyen pondéré¹⁵) fournies par la Cnsa dans le cadre d'une convention ad hoc de mise à disposition de données.

Toutes les données utilisées ont pour échelle d'observation les établissements. Dans un premier temps, nous avons extrait du fichier Finess tous les établissements du secteur Social et Médico-social correspondant à la catégorie « Hébergement personnes âgées ». Pour identifier les établissements à retenir dans la construction de cette base de données, nous mobilisons quatre variables proposées par l'extraction Finess : « catégorie », « discipline », « mode d'accueil » et « clientèle ».

Le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) est le répertoire de référence pour les établissements à caractère sanitaire, social ou médico-social et de la formation aux professions sanitaires et sociales. Créé en 1979 par le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des droits des femmes, il est maintenant géré par l'agence numérique en santé. Dans ce répertoire sont recensées :

De manière exhaustive et obligatoire, les personnes morales tenues d'obtenir une autorisation préalable ou un agrément, les personnes morales dont l'activité est soumise à une procédure de validation préalable, ainsi que les personnes morales dont l'activité est encadrée juridiquement ;

De manière facultative, les autres personnes morales qui interviennent dans les secteurs sanitaire, médico-social et social et qui souhaitent bénéficier de moyens d'identification électronique permettant d'accéder de manière sécurisée à des services numériques en santé.

¹⁵ Le GIR (Groupe iso-ressources) caractérise le niveau de dépendance d'une personne âgée. L'échelle couvre le Gir 1 (très dépendant) jusqu'au Gir 6 (autonome). Chaque GIR correspond à un certain nombre de points (GIR 1 = 1 000 points, GIR 2 = 840 points, GIR 3 = 660 points, GIR 4 = 420 points, GIR 5 = 250 points, GIR 6 = 70 points : un GIR 6 a des besoins en aide à l'autonomie 14,3 fois inférieurs à un GIR 1). Le GMP (ou GIR moyen pondéré) correspond à la moyenne des points cumulés des GIR de chaque résident (somme des points GIR des personnes de l'établissement divisé par le nombre de personnes). Le GMP permet de classer les établissements en fonction du niveau de dépendance (un Ehpad doit avoir un GMP supérieur à 300 points, un établissement hospitalier gériatrique doit avoir un GMP supérieur à 700 points).

Tableau 1. Constitution de la base de données concurrentielle – synthèse des sources et des variables

Caractéristiques	Source	Variables
Morphologie	Finess (https://finess.esante.gouv.fr)	Capacité d'accueil Statut juridique
Activité	Finess (https://finess.esante.gouv.fr)	Nature de l'activité (public accueilli) Modes d'accueil du public Disciplines exercées Habilitation à l'aide sociale Présence d'une pharmacie à usage interne Type de tarification (globale ou partielle)
Localisation	Base des aires d'attraction des villes 2020, Insee (https://www.insee.fr/fr/information/4803954)	Code postal Code géographique Zonage en aire d'attraction des villes
Tarification	Annuaire du portail national d'information et d'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches, CNSA, (https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/) Annuaires commerciaux (https://www.conseildependance.fr/)	Tarif mensuel majoritairement pratiqué
Profil des résidents	Données Galaad, CNSA (convention de mise à disposition <i>ad-hoc</i>)	Gir moyen Pathos moyen

Nous avons d'abord restreint la sélection aux établissements classés dans la catégorie « [500] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Ce filtre exclut de la base de données essentiellement les Résidences autonomie mais aussi les Centres de jour pour personnes âgées, les Établissements de soins longue durée ou encore les Ehpa (Etablissement d'Hébergement pour Personne âgée). Nous avons ensuite restreint la base aux établissements qui déclarent la discipline « Accueil pour personnes âgées » et le mode d'accueil « Hébergement complet internat ». Enfin, afin de délimiter de manière stricte le champ des établissements étudiés à des établissements assurant les missions identifiée par l'intitulé même d'« Ehpad », nous n'avons conservé que les établissements déclarant la clientèle « Personnes âgées dépendantes » et donc d'exclure les établissements ne déclarant comme seule clientèle que « Personnes Alzheimer ou maladies apparentées » ou encore « Personnes handicapées vieillissantes ». Cette première phase permet d'identifier 7 272 établissements entrant pleinement dans le champ de notre étude.

Du fait des critères de restriction appliqués, le nombre d'établissements identifiés ici ne correspond pas aux chiffres diffusés à partir d'autres sources comme l'enquête Ehpa¹⁶. Néanmoins, les valeurs restent proches puisque les traitements de l'enquête Ehpa identifient 7 480 établissements en 2019 (Tableau 5). Surtout, restreindre la base de données comme nous l'avons fait permet de contrôler précisément les facteurs qui contribuent à mesurer la diversité interne du champ des Ehpad. En excluant les établissements ne correspondant pas à la définition centrale des Ehpad (hébergement

¹⁶ Les enquêtes EHPA sont bisannuelles entre 1984 et 1996. Elles deviennent quadriennales en 1996 et incluent alors un volet clientèle, puis un volet sur le bâti (2003), ainsi qu'un volet relatif aux pathologies et à la morbidité d'un échantillon de résidents (volet reconduit une édition sur deux étant donné son coût de mise en oeuvre). La dernière enquête réalisée porte sur 2015.

permanent en pension complète de personnes âgées dépendantes), on évite d'avoir à systématiquement faire la part de dispersion interne au secteur qui ne serait lié qu'à la présence d'établissements rendus marginaux par leur public ou leur activité et qui pourrait masquer les logiques de différenciation entre établissements partageant une même définition de leur activité et de leur public.

Dans un second temps, nous avons apparié cette base aux zonages d'étude élaborés par l'INSEE. L'extraction Finess localisant les établissements par leur code postal, nous avons d'abord converti ce code postal en code géographique en appliquant une procédure de désambiguification par l'adresse postale de l'établissement lorsqu'un code postal pouvait correspondre à plusieurs codes géographiques. Nous avons ensuite apparié la base de données, par code géographique des établissements, au zonage en « Aire d'attraction des villes 2020 » établi par l'INSEE¹⁷. L'utilisation de ce zonage permet d'identifier les communes appartenant à un pôle (constitué d'une commune-centre et d'autres communes qui lui sont contigüës¹⁸) ; les communes appartenant à la couronne d'un pôle (qui correspondent aux communes « périurbaines ») ; et les communes situées hors de l'influence d'un pôle. Ces catégories ne recoupent pas exactement les catégories de « centre », « banlieue » ou « rural », qui sont issues de la géographie d'études en « Unités urbaines » (INSEE, millésime 2017). Cela dit, elles sont suffisamment proches pour qu'on puisse assimiler et accepter l'abus de langage consistant à désigner les communes appartenant au pôle comme des communes de « banlieue », les communes appartenant à la couronne du pôle comme des communes « périurbaines », et les communes situées hors de l'influence des pôles comme des communes « rurales »¹⁹.

Pour la troisième étape, nous avons extrait par *webscraping* le tarif mensuel de chaque établissement affiché sur l'annuaire des Ehpad proposé par le portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr animé par la Cnsa²⁰. La fiche signalétique de chaque établissement indique le « prix majoritairement pratiqué », à savoir le prix correspondant à la catégorie de chambres majoritairement proposée par l'établissement. Ce prix n'est donc pas nécessairement le plus bas. Par ailleurs, et par souci d'homogénéisation de la base, nous avons choisi de ne retenir que le prix des

¹⁷ Les « Aires d'attraction des villes » succèdent au zonage en « Aires urbaines 2010 ». Elles reprennent l'objectif qui conste à identifier le phénomène d'extension de l'influence des villes sur leurs périphéries notamment par le développement d'espaces périurbains depuis les années 1990 (Cusin *et al.* 2016). L'élaboration du zonage en « Aires d'attraction des villes » répond essentiellement à un impératif d'harmonisation du zonage avec les nomenclatures et les définitions utilisées par Eurostat et l'OCDE, notamment issues de la méthode des « Functional Urban Areas ».

¹⁸ Certaines aires d'attraction des villes (AAV) comprennent aussi des communes composant un « pôle secondaire », qui constituent des pôles urbains distincts du pôle central tout en étant soumis à son attraction. C'est le cas par exemple pour l'AAV de Paris des pôles de Creil, Mantes-la-Jolie, Meaux et Melun. Les communes appartenant à des pôles secondaires étant rares (on n'identifie que 55 établissements localisés dans l'une d'elles), elles sont par la suite traitées comme appartenant au pôle principal.

¹⁹ Par exemple, près de 90% des communes de banlieue (zonage en unités urbaines) qui n'appartiennent pas à la couronne périurbaine d'un pôle (zonage en aire d'attraction des villes) sont situées dans un pôle sans être une commune-centre.

²⁰ La procédure de *scraping* a été lancée au début du mois de février 2023 avec l'extension webscraper.io (<https://webscraper.io/>) du navigateur Chrome.

chambres simples. Une recherche par département a permis d'extraire le tarif mensuel de tous les Ehpad référencés dans l'annuaire²¹. La liste des établissements ainsi obtenue a été appariée à la base constituée à partir de l'extraction Finess présentée ci-dessus avec comme clé d'appariement le numéro Finess de chaque établissement.

Une centaine d'établissement n'ont pas communiqué leur tarif qui n'est donc pas disponible sur le portail d'information. Afin de ne pas exclure autant d'observations de l'enquête et de constituer une base aussi exhaustive que possible, le choix a été fait d'extraire les tarifs manquants d'autres annuaires en ligne dont l'annuaire commercial Conseil Dépendance édité par l'entreprise Uni Santé (www.conseildependance.fr). Au final, le tarif mensuel n'est manquant que pour 9 établissements parmi les 7 272 identifiés comme devant être inclus dans notre base de données.

Au vu du faible nombre d'établissements pour lequel le prix est manquant et afin de garantir des traitements statistiques à périmètre d'observation constant, nous avons fait le choix de les exclure de la base de données. L'application de ces filtres successifs permet ainsi de constituer une base données définitive de 7 263 établissements (Tableau 2).

Tableau 2. Stratégie de clôture de la population des établissements tirés de l'extraction Finess

Source des données	Filtre	Nombre d'établissements retenus
Finess	Catégorie « Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes »	7 458
Finess	Déclaration de l'activité « Accueil pour personnes âgées »	7 436
Finess	Déclaration du mode d'accueil « Hébergement complet internat »	7 420
Finess	Déclaration de la clientèle « Personnes âgées dépendantes »	7 272
INSEE	Appariement par code géographique possible	7 272
Webscraping	Prix mensuel disponible	7 263

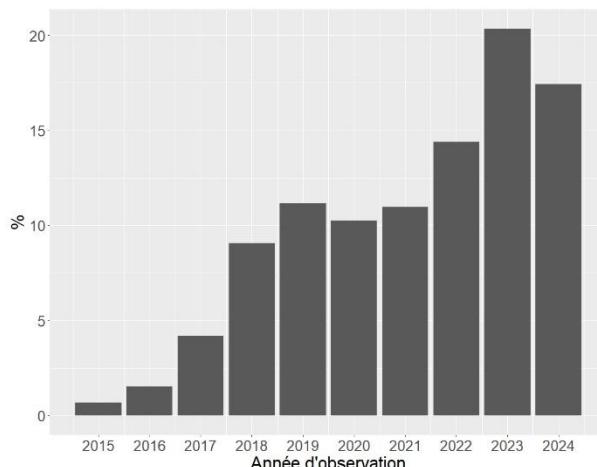
Une dernière étape a consisté à intégrer à cette base de données le GMP (GIR moyen pondéré) et le PMP (Pathos moyen pondéré) de chaque établissement. Ces deux variables ont été extraites du logiciel Galaad (Gérontologie Approche Logistique pour une Aide à l'Analyse et à la Décision) dans lequel les médecins coordinateurs des Ehpad²² saisissent les informations sur les besoins en soin des résidents. Les valeurs agrégées par établissement ont été mises à disposition par la CNSA dans le cadre d'une convention ad hoc. L'appariement à la base de données s'est faite à partir du numéro Finess des établissements. Le GMP et le PMP sont disponibles pour 7 000 des 7 263 établissements étudiés, soit 263

²¹ Le prix affiché sur l'annuaire animé par la Cnsa est le « prix majoritairement pratiqué », à savoir le prix correspondant au type de chambre le plus représenté dans l'offre de l'établissement, sous réserve de disponibilité et avant déduction des aides possibles. Cette définition ne reflète donc pas le prix des chambres les moins chères, qui peuvent être minoritaires dans l'offre proposée par l'établissement, ni des chambres effectivement disponibles qui peuvent être parmi les plus chères dans cette même offre.

²² Ainsi que d'autres médecins associés aux ARS ou aux conseils départementaux.

valeurs manquantes, mais la date d'observation de ces valeurs n'est pas toujours récente
(Graphique 1)

Graphique 1. Date d'observation du GMP et du PMP des Ehpad



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

L'hétérogénéité des dates d'observation doit être contrôlée par la suite, par exemple en catégorisant les établissements selon le caractère élevé ou non de leur GMP et de leur PMP à la date d'observation qui leur est propre. Pour éviter des difficultés de traitement liées à cette hétérogénéité et à la présence de valeurs manquantes, les variables GMP et PMP ne jouent pas un rôle actif dans les traitements statistiques avancés.

La constitution d'une base de données ad hoc n'est certainement pas le choix le plus économe en matière de collecte et d'appariement des données. Mais le travail de construction de la base est pleinement justifié par intérêts tout à fait décisifs qu'elle présente. Premièrement, nous proposons une base de données plus complète que les extractions disponibles en open data²³ à la date de la réalisation de l'enquête et qui ne couvrent par exemple que 5 400 établissements pour l'année 2020. Deuxièmement, nous disposons de données décrivant les établissements à l'échelle individuelle, ce qui permet d'assurer des traitements statistiques avancés et de procéder librement à toutes les formes de regroupement et de catégorisation (par statut, par département, par tarif...) utiles à l'enquête. On peut ainsi examiner et présenter quatre ordres de différenciation des Ehpad en France : morphologique et institutionnel ; fonctionnel ; géographique ; tarifaire.

Base de données pour les professionnels

Le traitement de données issues de la statistique publique fournit des données de cadrage localisées permettant d'appréhender la structuration sociodémographique et

²³ Données disponibles sur le portail data.gouv.fr (<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/prix-hebergement-et-tarifs-dependance-des-ehpad/>)

socioprofessionnelle des territoires de mise en concurrence des établissements ainsi que les caractéristiques morphologiques et topologiques des marchés locaux d'aide et d'hébergement à destination des personnes âgées.

Les grandes enquêtes de la statistique publique sont peu utilisées pour travailler sur le marché des Ephad et des professionnels du grand âge. Nous exploitons deux jeux de données produites à l'échelle individuelle par l'INSEE et à disposition des chercheurs : les Enquêtes Emploi en continu (EEC) et les exploitations complémentaires du Recensement de la population (RP).

Les EEC portent chaque année depuis 2013 sur plus de 50 000 logements. Les traitements rétropolés sont aisés jusqu'en 2013 et ne présentent pas de difficulté particulière avant 2003. Ces enquêtes contiennent des informations extrêmement détaillées sur la profession des individus (profession détaillée à quatre chiffres), leur secteur d'activité (NAF²⁴ en 732 postes), mais aussi leur établissement employeur (statut marchand ou non marchand, nombre de salariés...) qui permettent de décrire de manière fine la diversité du paysage concurrentiel dans lequel s'inscrivent les établissements. De nombreuses variables sur la qualification des actifs, leurs conditions d'emploi, leur localisation géographique, leur trajectoire professionnelle antérieure (module « n-1 » et calendrier rétrospectif d'activité) ou encore les souhaits exprimés de changer d'employeur ou de temps de travail permettent de décrire la volatilité des professionnels ainsi que les phénomènes *a posteriori* de captation/fidélisation par les établissements.

Au-delà des statistiques descriptives, la mise en œuvre de traitements avancés permet d'identifier les facteurs individuels qui disposent les professionnels à la captation par tel ou tel type d'établissement (analyses « toutes choses égales par ailleurs ») ainsi que les modalités de superposition de l'espace des établissements et de celui de la main d'œuvre (analyses géométriques).

Analyse lexicométrique

Deux séries de corpus ont fait l'objet d'une analyse lexicométrique à l'aide du logiciel libre Iramuteq (<http://iramuteq.org/>), développé par P. Ratinaud et soutenu par P. Marchand (Ratinaux et Marchand 2015)²⁵.

- Un corpus « politique » séparé en deux parties :
 - La première inclut le rapport Libault²⁶, son communiqué de presse, le discours de la ministre et le dossier de presse afférent. Ce corpus est appelé « Libault » dans la suite du rapport ;
 - La seconde inclut 20 rapports publics collectés sur le site vie-publique.fr, avec une recherche de ce type de documents dont le titre contient « Ephad ». Le

²⁴ Le code NAF est composé de 4 chiffres et 1 lettre. Il permet d'identifier la branche d'activité principale de l'entreprise.

²⁵ Le logiciel utilise le logiciel de traitement statistique R.

²⁶ Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, remis par Dominique Libault à la Ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn le 28 mars 2019.

premier rapport date du 01/09/2009, le dernier rapport date du 15/03/2022.

Ce corpus est appelé « Rapports » dans la suite du rapport ;

- Un corpus « journalistique », séparé en deux parties :
 - La première inclut 769 articles de presse publiés entre 2006 et 2022. Tous les documents ont été récoltés sur Europresse, avec « Ehpad » dans le titre de l'article. Ce corpus est appelé « Europresse » dans la suite du rapport ;
 - La seconde inclut les articles parus dans la revue Hospimédia entre le 15 février 2002 et le 28 mars 2023. Le corpus inclut toutes les publications catégorisées comme « articles » sur le site de la revue et incluant le mot-clef « Ehpad » dans le titre ou un des sous-titres de la publication et/ou les publications incluant trois fois ou plus le mot « Ehpad » et/ou mentionnant une des entreprises possédant des Ehpads (comme DomusVi, Korian, Orpéa) dans le titre. 3 147 publications ont été retenues au total. Ce corpus est appelé « Hospimédia » dans la suite du rapport.

L'objectif de cette analyse lexicométrique est de faire émerger les lieux communs politiques et journalistiques en ce qui concerne les Ehpads.

Entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs visent à expliciter les stratégies concurrentielles des établissements au sein et en dehors de leur territoire. Nous avons mené quatre séries d'entretien semi-directifs :

- Auprès d'une sélection de directrices d'Ehpads, de médecins et d'infirmières coordinatrices (IDEC) de l'ensemble du département du Rhône et de l'Indre et Loire. 60 entretiens étaient prévus, nous en avons mené 67 ;
- Auprès des directrices des établissements concurrents (résidences autonomie et service, maisons de retraite, services de maintien à domicile). 40 entretiens étaient prévus, nous en avons mené 35 ;
- Auprès d'une sélection de personnel d'Ehpads, en complément des deux premières séries. Nous souhaitions interroger des personnels soignants (AS, ASH, AMP, IDE) d'Ehpads aux stratégies contrastées. 40 entretiens étaient prévus, nous en avons mené 40 ;
- Auprès des autorités de tarification, afin d'élucider les stratégies de construction des territoires et leur perception des dynamiques concurrentielles. 10 entretiens étaient prévus, nous en avons mené 4.

Les entretiens hors périmètre ont été menés avec des directrices d'Ehpads hors des deux départements choisis. Ils ont été menés soit par souci de contrôle des données récoltées, soit par indication fournie par l'un des acteurs d'Ehpads lors de son entretien (la personne rencontrée étant présentée comme un acteur ressource sur la question de la concurrence).

Tableau 3. Liste des entretiens réalisés

Objectifs	Réalisés dans le 69	Réalisés dans le 37	Total
60 directrices d'Ehpad + médecins coordinateurs + infirmières coordinatrices et cadres de santé	48	19	67
40 directrices d'établissements concurrents	20	15	35
40 entretiens auprès de professionnels	20	20	40
10 entretiens avec des autorités de la tarification	3	1	4
Hors périmètre géographique			6
Total	91	55	152

Concernant les attributs des interviewés, un des enjeux était de mener des entretiens semi-directifs auprès de directrices travaillant au sein d'Ehpad de statut juridique différents (voir hypothèse 1). Suite à la publication du livre de V. Castanet (Castanet 2022), nous nous attendions à rencontrer des difficultés de recrutement auprès des Ehpad privés à but lucratif. Étonnamment, ce ne fut pas le cas dans le Rhône : les réticences provenaient surtout des Ehpad publics. À l'inverse, dans l'Indre-et-Loire, il s'est avéré difficile de rencontrer des directrices d'Ehpad privés lucratifs. Au final, nous avons donc mené 16 entretiens semi-directifs auprès d'Ehpad publics, 35 auprès d'Ehpad associatifs, 18 auprès d'Ehpad privés à but lucratif.

En ce qui concerne les directrices d'établissements concurrents, nous avons mené 4 entretiens auprès d'accueils de jour, 9 au sein de SSIAD, 7 au sein de SAAD, 11 au sein de résidences autonomie (dont Marpa) et 3 auprès de résidences services.

En ce qui concerne les professionnels, nous avons rencontré 4 ASH, 13 AS, 1 AMP, 1 AVS, 2 ASG, 6 IDE, 6 psychologues, 2 animatrices, 1 psychomotricienne, 1 officier (cuisine), 1 médecin traitant et 2 responsables hôtellerie.

Les entretiens ont été analysés par traitement thématique *via* un codage QDA. Les codages ont été regroupés en trois catégories : les caractéristiques générales de l'établissement ou de la structure (parcours professionnels du répondant ou de la répondante, services et prestations offertes, caractéristiques du territoire et relations avec les autres structures accueillant des personnes âgées à proximité ainsi qu'avec les tutelles), les caractéristiques des résidents (profil, processus de sélection, prise en charge des résidents) et celles des professionnelles (organisation des plannings, processus de recrutements, portrait général des équipes, conditions de travail). Ce canevas général a été adapté en fonction du type d'entretiens (directrices d'Ehpad, IDEC ou cadre de santé, professionnelles, directrices d'établissements concurrents, etc.).

1 La construction biaisée d'un problème public ou la production d'un discours sur la crise

Une multitude de services, établissements et dispositifs constituent le maillage permettant l'accompagnement des personnes âgées dépendantes (Gratieux 2016). Concernant les structures d'hébergement, on peut distinguer les structures qui relèvent du domaine médical (comme les départements de gériatrie dans les hôpitaux, les SSR (Soins de Suites et de Réadaptation), les USLD (Unités de Soins de Longue Durée, *etc.*) et celles qui relèvent du médico-social. Cependant, la morphologie des structures médico-sociale est doublement ambiguë :

- Si elle ne se réduit pas aux Ehpads, ces derniers restent la structure emblématique du secteur ;
- Les Ehpads eux-mêmes ne sont pas des structures homogènes,

Tout d'abord, les Ehpads n'ont pas le monopole de l'hébergement. Il existe d'autres types de lieux d'hébergement qui s'adressent en théorie à des personnes moins dépendantes, car ils sont non-médicalisés et proposent généralement un logement au sein d'une structure avec des parties communes, là où les Ehpads proposent une chambre dans une structure avec des parties communes : les résidences autonomie et les Marpa (Maisons d'accueil et de résidence pour personnes âgées), les résidences services et senior ou encore les EHPA (Établissements pour personnes âgées), qui sont en voie d'extinction. La grande majorité de ces modes d'hébergement sont permanents, mais certains établissements proposent des places d'accueil temporaires. Le type de prestations varie en fonction des établissements. Les Ehpads prennent en charge les soins médicaux et liés à la dépendance (administration des médicaments, toilettes, *etc.*), l'hôtellerie (ménage, repas, gestion du linge) et proposent des animations. Pour les autres structures non-médicalisées (sauf exception), les soins sont assurés par des personnels exerçant en libéral ou rattachés à une agence de services à domicile et l'employeur est le ou la bénéficiaire, même si certains établissements d'hébergement proposent un service de coordination pour ces interventions. De même, certaines prestations d'hôtellerie peuvent être incluses, mais généralement de manière partielle (par exemple, un repas chaud est fourni à midi mais les autres repas sont la responsabilité du résident ou de la résidente), ou en option.

Côté services à domicile, la distinction entre SAAD (Services d'Aides à Domicile) prenant en charge la dépendance (aide à la préparation et à la prise des repas, aide au lever et/ou au coucher, accompagnement dans les tâches de la vie quotidienne) et SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) est vouée à disparaître, la loi de 2022 visant au développement des SPASAD (Services Polyvalents d'Aide et de Soins À Domicile) proposant les deux types de prise en charge²⁷. Lorsque la prise en charge médicale est importante, les personnes âgées peuvent parfois bénéficier ponctuellement de la mise en place d'une HAD (Hospitalisation À Domicile). D'autres services peuvent également intervenir, comme les équipes mobiles de

²⁷ LOI n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

gériatrie, les services de portage de repas ou de téléalarme et téléassistance ou encore des services de garde de jour ou de nuit (Ennuyer 2014a).

Pour autant, le plus grand acteur du secteur de l'hébergement des personnes âgées reste l'Ehpad, qui représente 70 % des structures d'hébergement pour personnes âgées (7480 établissements) et totalisent 80 % des places (Leroux 2022)²⁸. Elles offrent la plus grande capacité moyenne d'accueil (82 places en moyenne), largement devant les résidences autonomie (50 places) ou les EHPA (23 places). L'hébergement permanent est le mode d'accueil principal (97 % des places installées en institution pour personnes âgées).

Le taux d'équipement moyen en structure d'hébergement pour personnes âgées est de 120 places pour 1 000 habitants de 75 ans ou plus, avec des variations départementales.

L'accueil en Ehpad est plus fréquent en 2019 qu'en 2015 et le nombre de places a légèrement augmenté en quatre ans (Balavoine 2022). Le nombre de places en résidences autonomie a augmenté de 4,5 % sur la même période. En revanche, le nombre de places a diminué pour les USLD et les EHPA. En termes de taux d'occupation, fin 2019, sur 100 places installées en Ehpad, on compte 97 résidents présents (comme en 2015) (Balavoine 2022). Ce taux est légèrement plus élevé dans le public (98 % des places occupées) que dans le secteur privé à but lucratif (94 %). En revanche, le taux d'occupation des résidences autonomies est en baisse : en 2019, sur 100 places installées en résidence autonomie, 87 sont occupées contre 93 fin 2015 et 95 fin 2011.

²⁸ Rappelons que les données issues de la littérature proviennent toutes des enquêtes EHPA. La base de données que nous exploitons par la suite (partie 2 principalement) diffère légèrement (voir introduction, base de données pour l'offre) et nous permet d'identifier beaucoup plus précisément les logiques de différenciation internes du secteur.

Tableau 4. Nombre de résidents présents au 31 décembre 2019 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2015

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31/12/2019	dont nombre de résidents en hébergement permanent	Nombre de résidents au 31/12/2015	Évolution du nombre de personnes accueillies entre 2015 et 2019 (en %)	Évolution du nombre de places entre 2015 et 2019 (en %)
Ehpad	594 700	569 200	585 500	1,6	1,7
Ehpad privés à but lucratif	129 700	125 500	125 600	3,3	3,9
Ehpad privés à but non lucratif	174 900	165 800	169 000	3,5	3,2
Ehpad publics	290 100	277 900	290 900	-0,3	-0,2
<i>Ehpad publics hospitaliers</i>	126 200	120 700	127 100	-0,7	0,2
<i>Ehpad publics non hospitaliers</i>	163 900	157 200	163 800	0,1	-0,5
Unités de soins de longue durée¹	29 800	29 500	32 800	-9,1	-8,0
EHPA (non Ehpad)	5 900	5 800	7 700	-23,4	-24,1
Maisons de retraite privées à but lucratif	800	800	1 100	-27,3	-42,9
Maisons de retraite privées à but non lucratif	3 700	3 500	4 800	-22,9	-25,3
Maisons de retraite publiques	700	900	1 800	-61,1	-34,4
Établissements expérimentaux pour personnes âgées ²	700	600			
Ensemble des Ehpad, USLD et EHPA	630 400	604 500	626 000	0,7	< 0,1
Résidences autonomies³	99 600	99 000	101 900	-2,3	4,5
Résidences autonomies privées à but lucratif	3 800	3 700	3 800	0,0	5,3
Résidences autonomies privées à but non lucratif	27 600	27 400	27 400	0,7	7,6
Résidences autonomies publiques	68 200	67 900	70 700	-3,5	3,2
Ensemble des établissements	730 000	703 500	727 900	0,3	1,4

1. *Établissements de soins de longue durée et hôpitaux ayant une activité de soins de longue durée.*
 2. *Les établissements expérimentaux étaient répartis dans les différentes catégories de maisons de retraite en 2015 de par leur faible nombre.*

3. *Les logements-foyers sont devenus, à partir du 1er janvier 2016, des résidences autonomie.*
Lecture > Au 31 décembre 2019, 594 700 personnes âgées sont hébergées en Ehpad ou le fréquentent.

Champ > France, établissements d'hébergement pour personnes âgées tous types d'accueil confondus (hébergement permanent, hébergement temporaire, accueil de jour et accueil de nuit), hors centres d'accueil de jour.

Source > DREES, enquête EHPA 2019. (Balavoine 2022)

Tableau 5. Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2019

Catégorie d'établissement et statut juridique	Etablissements	Places installées	Personnes accueillies	Personnel	Effectifs (en ETP)	Taux d'encadrement
Ehpad, dont :						
Privé à but lucratif	7 480	610 480	594 700	448 600	391 600	64,2
Privé à but non lucratif	1 810	137 590	129 700	86 000	78 200	56,8
Publics	2 340	177 280	174 900	123 500	106 100	59,9
	3 330	295 610	290 100	239 100	207 300	70,1
USLD	590	31 130	29 800	37 500	29 000	93,3
Ehpa non Ehpad, dont :						
Privés à but lucratif	280	6 450	5 900	3 700	2 700	41,5
Privés à but non lucratif	40	960	800	400	300	34,3
Publics	150	3 740	3 700	2 000	1 600	42,9
Etablissements expérimentaux pour personnes âgées	60	1 190	700	600	400	31,3
	30	560	700	700	400	66,4
Ensemble des Ehpad, USLD et Ehpa	8 350	648 060	630 400	489 800	423 300	65,3
Résidence autonomie, dont :						
Privées à but lucratif	2 260	114 120	99 600	18 100	14 100	12,3
Privées à but non lucratif	90	4 250	3 800	600	500	11,8
Publiques	660	31 850	27 600	5 200	3 700	11,7
	1 510	78 020	68 200	12 300	9 900	12,6
Ensemble des établissements	10 610	762 180		507 900	437 400	57,6

Les ETP mesurent l'activité du personnel sur la base d'un exercice à temps complet. Ils permettent de calculer le taux d'encadrement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre d'ETP et le nombre de places installées.

Notes > Le nombre d'établissements comptabilisés en 2019 est inférieur au décompte des établissements du répertoire Finess car des établissements étaient fermés ou pas encore ouverts au moment de l'enquête EHPA. Les nombres de places installées et de personnes accueillies incluent les places en accueil de jour et en hébergement temporaire, ainsi que les personnes occupant ces places à la date de l'enquête.

Champ > France métropolitaine et DROM, hors Mayotte ; structures d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Source > DREES, enquête EHPA 2019 (Leroux 2022)

L'hébergement et l'accompagnement des personnes âgées en France oscille donc entre une centralisation organisationnelle autour des Ehpad, qui ne disposent cependant pas du monopole de l'accueil. Cette ambiguïté se retrouve sur les deux départements considérés.

On le voit, les Ehpad sont des structures centrales quant à la prise en charge et l'hébergement des personnes âgées. Travaillés en permanence par les politiques publiques, les Ehpad sont cependant un objet dont la centralité est en permanence remise en cause. Après avoir montré que cette solution organisationnelle est non seulement adoptée par défaut, mais qu'elle est également traversée par des crises successives (1.1), nous montrerons que le discours politique et médiatique sur cet objet est remarquablement homogène (1.2) et que le discours scientifique reproduit ses catégories d'analyse, occultant par là-même une dimension fondamentale pour comprendre la concurrence inter-organisationnelle (1.3).

1.1 Sociohistoire des Ehpad : une solution par défaut en crise permanente

Dater précisément la date de création des Ehpad n'est pas aussi consensuel qu'on pourrait le penser. Quatre exemples viennent illustrer ce flou.

« *La réforme de 1999 des établissements, amorcée et annoncée par la loi de 1997 sur la prestation spécifique dépendance, ancêtre de l'allocation personnalisée d'autonomie, va conduire à une appellation particulièrement inadaptée, celle d'"Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes"* » (Brami 2013)²⁹.

Le livre blanc « *quel Ehpad pour demain* » (Swiss Life Asset Managers France), mentionné notamment dans le Rapport d'information n°771 (2021-2022) de M. Bernard Bonne et M^{me} Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales et déposé le 12 juillet 2022, parle de « l'année zéro » des Ehpad en faisant référence à « *plusieurs textes réglementaires publiés entre 1999 et 2001 [qui] viennent bouleverser l'économie générale du secteur des maisons de retraite avec l'instauration de la tarification ternaire, des conventions tripartites ou encore du cahier des charges des Ehpad (...). Entre 2000 et 2008, près de 6 000 conventions tripartites seront signées et donneront naissance à autant d'établissements le droit au titre d'Ehpad.* » (p. 7).

R. Sibille, dans sa thèse de doctorat intitulé « *Modes de gestion des offreurs et déterminants de l'offre dans le secteur des Ehpad* », mentionne dès les premières lignes de son introduction « *la création des Ehpad dans le cadre de la réforme de ce secteur au début des années 2000* » (avec en note de bas de page : « *les Ehpad ont été créés dans le cadre de la loi*

²⁹ « La réforme de 1999 » fait référence au Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. La « *loi de 1997 sur la prestation spécifique dépendance* » fait référence à la Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une PSD (Prestation Spécifique Dépendance). La PSD a été remplacée par l'APA (allocation personnalisée d'autonomie) le 1^{er} janvier 2002.

n°97-60 du 24 janvier 1997, modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 ») (Sibille 2015 : 9)).

Sur la plupart des sites internet spécialisés, la création des Ehpad est généralement renvoyée à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Par exemple : « *Quelques années plus tard, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale marque un tournant majeur dans l'histoire des maisons de retraite médicalisées, qui vont changer de statut pour devenir progressivement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou Ehpad, un terme forgé de toutes pièces, en s'engageant sur des critères qualitatifs* »³⁰.

Ainsi, la date de création des Ehpad est vague : 1997 fait référence à la création de la PSD, 1999 fait référence à l'évolution des modalités de tarification et de financement des Ehpad et la plupart situe la création de ces structures au tournant des années 2000. Ce flou n'est pas neutre : il est l'indicateur d'une histoire organisationnelle mouvementée, histoire qu'il est difficile de borner précisément. Il convient alors de resituer l'histoire des Ehpad sur un temps long dont l'origine se situe au rapport Laroque de 1962³¹ (Henrard 1997 ; Sibille 2015), débouchant sur l'instauration de la PSD et sur la création connexe des Ehpad.

1.1.1 Des hospices aux Ehpad

L'origine de l'hébergement des personnes âgées remonte aux hospices du Moyen-âge (1100-1500) ; elle est essentiellement religieuse. À cette époque, les hôpitaux sont fondés par l'Église et accueillent les personnes exclues, les enfants abandonnés et les personnes qui ne peuvent pas travailler, vieillards inclus (Bois 1989). L'hospice s'adresse avant tout aux plus démunis.

La mise en place de l'assistance publique au début du XX^{ème} siècle (notamment la loi d'assistance de 1905, rendue obligatoire envers les vieillards, les infirmes et les incurables) et les critères d'éligibilité afférents incluent un critère d'âge concernant les conditions d'entrée, contribuant à la cristallisation d'une conception duale de la vieillesse entre une première vieillesse « apte » et un âge avancé « grabataire » (Capuano 2018a). Par ailleurs, la mise en place de ces nouveaux hospices passe pour une incitation à y transférer les vieillards jusque-là accueillis dans des hôpitaux (Capuano 2021). La mise en place de cette loi d'assistance obligataire est perçue par ses détracteurs comme une incitation à la mise en institution des personnes âgées : la crainte est que celle-ci incite les familles à se débarrasser de leurs aînés en les plaçant en institution et que cela accélère la dissolution des liens familiaux, et ce d'autant plus que l'institutionnalisation coûte cher (Capuano 2018a : 22-34). Depuis la Grande Dépression à la fin du XIX^{ème} siècle jusqu'aux années 1930, les établissements font effectivement face à un afflux de demande et un allongement de la durée des séjours (Capuano 2018a). Les places « gratuites » dans divers établissements connaissent une saturation chronique. Destinés à accueillir les malades, les vieillards et les

³⁰ Source : https://www.ehpadia.fr/Histoire-acceleree-des-Ehpad_a888.html#:~:text=En%201975%20la%20loi%20donnait,cr%C3%A9ation%20des%20Ehpad%20en%202002

³¹ Rapport de la commission d'étude des problèmes de la vieillesse, présidée par Pierre Laroque, Haut Comité consultatif de la population et de la Famille, Politique de la vieillesse, 1962, réédité en 2014.

indigents, les établissements urbains sont vétustes et surpeuplés, tandis que les établissements ruraux se dégradent (Bois 1989).

Durant l'entre-deux-guerres, entre l'inflation et la crise économique et sociale, les entrées en hospices sont en hausse et le thème de « l'encombrement » asilaire, déjà présent chez les chefs de service concernés dès la fin du XIXème siècle, se répand dans les discours politiques et médiatiques qui deviennent devient alarmistes (Capuano 2021). Les pouvoirs publics sont désireux de réduire le nombre d'entrées par la hausse des prix, par la lutte contre la « fraude », mais aussi par la diabolisation des familles qui « abandonnent » leurs proches âgés à l'institution (*idem*). Parallèlement, les « infirmes » et les « incurables » ayant besoin d'un encadrement particulier quittent progressivement l'hospice, ce qui dessine une polarisation par défaut entre les hôpitaux médicalisés et les hospices non-médicaux spécialisés dans l'hébergement de vieillards.

Après 1945, le rôle curatif de l'hôpital s'affirme et les hospices se spécialisent dans l'accueil des vieillards (Bigot et Rivard 2003 : 157-174), une évolution déjà en germe depuis la seconde moitié du XIXème siècle (Haudebourg 1998 : 111-143) qui conforte un peu plus la place croissante de l'hôpital comme institution médicale (Faure 1982). En 1958, l'ordonnance du 11 décembre³² instaure la distinction entre hôpitaux (établissements de soins), les hospices et les maisons de retraite : « *Les hospices pourvoient à l'hébergement des vieillards, infirmes et incurables et leur assurent, le cas échéant, les soins nécessaires. Lorsqu'ils ne reçoivent que des vieillards, ces établissements sont dénommés maisons de retraite*³³ »³⁴.

Les années 1960 voient l'avènement des maisons de retraites modernes, gérées par des congrégations, des hôpitaux ou des caisses de retraites, qui ont pour objectif de prendre en charge les personnes âgées valides. Les résidents y sont soignés si besoin, mais ces établissements n'ont pas de vocation médicale *a priori* (Sibille 2015). Là encore, le manque de places par rapport aux besoins est déploré (Mayen 1972).

La loi de 1975 sur les établissements médico-sociaux prévoit la disparition des hospices dans un délai de quinze ans et leur transformation soit en unités sanitaires de long séjour relevant de la loi hospitalière, soit en unités sociales et médico-sociales relevant de la loi sociale sur les établissements sociaux (Bigot et Rivard 2003 : 157-174). Or, cette volonté de distinguer établissements médicaux et médico-sociaux (qui a des enjeux financiers, notamment concernant la distinction entre soins et dépendance, dont seuls les premiers relèvent de la Sécurité sociale, d'où les débats sur la création d'un « Cinquième risque » de la Sécurité sociale) est difficile à maintenir dans le cas des personnes âgées.

Afin d'éviter un report systématique vers l'hôpital, la réinstallation d'une intervention sanitaire sur la base du décret de 1977³⁵ est négociée. Elle définit la « section de cure médicale » (initialement dans une limite de 25 % de la capacité d'un établissement) et

³² Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière.

³³ Ce terme, jugé moins péjoratif, est préféré à celui d'hospice (Brami 2013 : 56-61).

³⁴ La distinction est renforcée par la loi du 31 décembre 1970, qui recentre les hôpitaux sur leurs seules activités sanitaires.

³⁵ Décret n° 78-1289 du 22 novembre 1977. Art. 1.

permet la prise en charge de soins par la Sécurité sociale. La médicalisation des maisons de retraite (présence d'aides-soignants et d'infirmiers, vacations de médecins et possibilité de prendre des médicaments) est presque toujours partielle (c'est-à-dire contenue dans une partie de l'établissement), inégale d'un établissement à l'autre et pas toujours adaptée aux besoins des personnes accueillies, sans compter les difficultés liées aux différentes sources de financement (Periot 2002). Les personnes très dépendantes sont prises en charge par des structures sanitaires (Villez 2005), dans les services de longs séjours hospitaliers (futures USLD en 1991). Parallèlement, le champ sanitaire prend en compte l'intervention à domicile avec la création des SSIAD³⁶ qui ont vocation à intervenir auprès des personnes âgées malades ou dépendantes, sur prescription médicale.

La loi 97-60 du 24 janvier 1997, dite Loi sur les Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux, est à l'origine de réformes importantes dans le domaine des établissements et services sociaux et médico-sociaux en France. Elle introduit la prestation spécifique dépendance (PSD) suite à l'identification des coûts en maison de retraite et à la peur de l'emballage des dépenses de la Sécurité sociale si la dépendance devient le cinquième risque couvert par l'assurance santé (Bigot et Rivard 2003). Cette prestation est modulée en fonction de la grille AGGIR et dans la limite d'un plafond déterminé par le département. Cette loi lance le principe de la réforme de la tarification des établissements. Deux ans plus tard, le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes introduit notamment le principe du triple forfait soins, dépendance et hébergement : les personnes âgées dépendantes vivant en établissement sont prises en charge en fonction de leur état et non de la structure qui est accueille. Cette réforme conduit tous les établissements, quel que soit leur statut, à ne bénéficier de l'accueil en Ehpad (et donc des moyens qui en découlent) qu'en se médicalisant (Brami 2013 : 56-61), puisque les établissements qui souhaitent avoir le statut d'Ehpad doivent signer une convention avec les autorités de tutelle (assurance maladie, département) et recruter un médecin coordinateur (Arbuz et Gonthier 2022). Il introduit également le terme « Ehpad », qui ne s'imposera cependant que quelques années plus tard, avec la loi du 2 janvier 2002.

La loi de « rénovation de l'action sociale et médico-sociale » du 2 janvier 2002 marque un tournant majeur, avec la mise en place de l'outil PATHOS³⁷, mais surtout l'affirmation de la vocation médicale de l'Ehpad. Cette médicalisation est prise en compte dans son financement : il s'agit d'accueillir des personnes dépendantes, voire très dépendantes, à l'inverse des objectifs des maisons de retraites définies dans la loi de 1975 (Sibille 2015). L'un des objectifs de la réforme est de faire disparaître la distinction entre établissements sanitaires accueillant des personnes très dépendantes et établissements médico-sociaux

³⁶ Décret n° 81-448 du 7 mai 1981. Art. 1.

³⁷ L'enveloppe que les ARS (Agences Régionales de Santé) allouent aux EHPAD et aux USLD en remboursement des prestations de soins qu'ils délivrent est déterminée à la fois par le degré d'autonomie des résidents accueillis dans l'établissement (mesuré par la grille AGGIR) et par les soins médico-techniques requis par les résidents compte tenu de leurs pathologies (mesurés par l'outil PATHOS). Sur le financement des Ehpad, voir l'annexe 3.

accueillant des personnes relativement valides, mais qui en pratique accueillent des personnes de plus en plus dépendantes sans avoir les moyens du secteur sanitaire. L'histoire récente des Ehpad est ainsi marquée par le renforcement de la médicalisation. L'inscription de la grille PATHOS comme outil de tarification des Ehpad en 2007 (en complément de la grille AGGIR), ainsi que la généralisation du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) à la place de la convention tripartite en 2017 en sont deux indicateurs forts. L'usage de la grille PATHOS signifie également que le financement des établissements repose sur une tarification à l'activité, en prenant en compte un état prévisionnel des recettes et des dépenses. Parallèlement, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de juillet 2009 est à l'origine de la création des ARS remplaçant les ARH (Agences Régionales d'Hospitalisation)³⁸, l'ARS étant un des trois acteurs signataires de la convention tripartite ou du CPOM, avec le conseil départemental et l'Ehpad lui-même. Ces réformes traduisent également un changement dans les modalités de gestion des Ehpad, dans une approche de décentralisation et de nouveau management public (c'est-à-dire la recherche d'efficience et de contrôle de la dépense publique par des contrats d'objectifs et des indicateurs de gestion) (Hudebine 2017). Les nouvelles autorisations de création et d'extension d'Ehpad sont établies à partir d'appels à projets émis par les ARS. Or, la régulation par les ARS du nombre de places ou d'établissements leur permet de contrôler leur budget : créer des établissements signifie en effet un engagement financier de l'ARS sur le long terme, avec le salaire des soignants. À ce titre, les autorités de tarification semblent privilégier les logements intermédiaires comme les résidences autonomie ou services, qui engagent moins de moyens à long terme (Delouette et Nirello 2017a). Les ARS encouragent également les phénomènes de regroupement, afin de réduire le nombre d'intervenants et de négociations budgétaires.

En outre, l'objectif poursuivi par les établissements d'hébergement pour personnes âgées a progressivement évolué, d'une part parce que l'éventail social des personnes accueillies en raison de leur état de santé s'est élargi, d'autre part parce que leur fonction s'est peu à peu transférée vers une logique d'accompagnement (Mallon 2007). Le développement de la politique vieillesse de maintien à domicile (permise en partie par la revalorisation des retraites des personnes âgées) délègitime le fonctionnement collectiviste des hospices, tout en constituant l'hébergement collectif comme une solution de dernier recours quand les limites du maintien à domicile ont été atteintes. De manière asymptotique, l'hébergement en institution tente de se rapprocher de la vie au domicile, comme en témoigne l'émergence de nouvelles formes d'hébergement (foyers logements devenus résidences autonomies, résidences services, micro-structures).

Les Ehpad sont donc des établissements qui ont grandi à l'ombre de l'hôpital, s'en distinguant par leur vocation (affirmée notamment dans le modèle de la maison de retraite) à être des « lieux de vie » proposant des séjours de longue durée (Sibille 2015) accueillant un public de personnes âgées et « valides ». La séparation entre « tarif soins » et « tarif

³⁸ Avant la mise en place des ARS, pour les conventions tripartites de première génération, le troisième signataire est le préfet du département.

dépendance » introduite en 1999 montre la volonté publique de continuer à identifier la perte d'autonomie afférente à la montée en âge comme ne relevant pas du soin à proprement parler (et donc pas de la Sécurité sociale), en dépit du caractère arbitraire de cette distinction (Capuano 2018b). La réforme de 2002, qui parachève la médicalisation des anciennes maisons de retraite, sanctionne la transformation du public accueilli, de plus en plus âgé à l'entrée, lorsque leur état de santé ne permet plus le « maintien à domicile ». La majorité des maisons de retraite deviennent ainsi des Ehpad, mais aussi pour certaines des USLD (Penneau 2022). Cependant, la médicalisation croissante de ces établissements les rapprochent des hôpitaux : l'emploi du temps rigide des Ehpad est davantage rythmé par les soins et les impératifs du personnel que par les souhaits de résidents (Sibille 2015). Cette tension entre l'Ehpad comme lieu de vie et comme lieu de soin se devine dans les projets d'établissement, dans l'appréhension par les résidents ou leurs familles de l'établissement (Eloi et Martin 2017), ou encore dans les conceptions du métier des soignants et professionnels (Guérin 2016).

1.1.2 Un « virage domiciliaire » ?

Depuis 2005, les pouvoirs publics mettent en avant un « virage domiciliaire », c'est-à-dire une volonté de maintien à domicile pour les personnes âgées. Ce virage est présenté comme une réponse aux souhaits des concernés. L'expression est trompeuse, donnant l'impression d'un changement de direction, alors que la priorité donnée au domicile est, comme nous l'avons déjà mentionné, bien antérieure. Dès le XIX^{ème} siècle, des initiatives municipales visent à inciter les vieillards à quitter l'institution ou à rester à domicile (Capuano 2021) et cette méfiance envers l'institution n'a pas été remise en cause dans les décennies qui ont suivi.

Au regard des coûts liés à la prise en charge en établissement et de la hausse constante de ceux-ci en ce qui concerne l'hospice au cours des années 1920, les pouvoirs publics créent une majoration spéciale pour aide constante d'une tierce personne en 1930, majoration destinée aux assistés de la loi de 1905 (Capuano 2021). En l'absence de services à domicile et mandataires, l'argent sert surtout à compenser la perte de revenu d'un aidant familial, ou en complément de revenus. Cependant, cette mesure isolée ne s'inscrit pas dans une politique plus large de maintien à domicile avec la création de services et la réfection de logements. Le début des années 1950 voit alors la création des premiers services d'aide-ménagère, qui deviennent rapidement les pivots de la politique de maintien à domicile.

En 1962, le rapport Laroque dénonce la politique de relégation des personnes âgées : il souligne les conditions d'hébergement « *souvent déplorables* » dans les hospices publics (établissements trop grands, vétustes et proposant un encadrement médical et soignant insuffisant) (Laroque 1962). Il établit un objectif d'intégration avec le maintien des personnes âgées dans leur milieu habituel (Bigot et Rivard 2003). Suite à ce rapport, l'État multiplie les circuits administratifs et les budgets ciblant les personnes âgées, contribuant à forger des secteurs d'intervention (des équipements, des services et des professionnels) spécialisés dans « le troisième âge » (Argoud 2010). Le rapport propose notamment le développement de l'aide à domicile afin de réduire la pression sur les hospices, et de réduire les coûts pour la collectivité en s'appuyant sur les services d'aide ménagères créés au début

des années 1950 (Ennuyer 2007). Ces « aides » sont envisagées comme une extension de l'aide familiale ; elles ont pour but d'éviter l'hospitalisation des personnes âgées malades et isolées (Ennuyer, 2014), témoignant d'une méconnaissance des spécificités et des contraintes de ce travail, notamment sa dimension physique (Capuano 2018b). La professionnalisation n'est que peu envisagée et l'aide familiale est considérée comme « naturelle ». De fait, comme d'autres métiers de soins, les compétences attendues des aides à domicile sont considérées comme des « qualités féminines » et dès lors non-reconnues comme telles (Cresson et Gadrey 2004). Si les services d'aide à domicile pour les personnes âgées autonomes sont en partie financés, leur mise en place n'est pas subventionnée dans les décennies 1960-1970, d'où la lenteur de leur développement (Capuano 2021). L'ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne)³⁹, inscrite à l'article 39 de la loi du 30 juin 1975, se substitue à la majoration spéciale pour l'aide d'une tierce personne et permet aux personnes handicapées et/ou âgées avec incapacités d'engager quelqu'un pour les aider dans des actes essentiels de l'existence qu'elles ne peuvent pas ou plus réaliser (Capuano 2018b).

Le premier choc pétrolier de 1973 et la montée du chômage sont à l'origine d'un tournant dans la politique vieillesse (Ennuyer 2014b : 3). Dans les années 1980, l'objectif de maintien à domicile se teinte d'un objectif de lutte contre le chômage en subventionnant directement la création de postes d'aide-ménagères (Capuano 2021). Sous le poids des coupes budgétaires dans les dépenses publiques, les enjeux gestionnaires et financiers prennent le pas sur les choix opérés concernant la prise en charge des personnes âgées, se doublant d'une médicalisation de la vieillesse. Parallèlement, les soins à domicile sont institués en 1978, visant à apporter aux personnes âgées malades des soins infirmier et d'hygiène. De plus, une politique d'amélioration de l'habitat permet la rénovation de 10 000 logements. Cependant, la concentration des moyens entre les mains des hôpitaux au détriment des services et établissements sociaux, les lois de décentralisation et le « tournant de la rigueur » de 1983 rendent difficile la mise en place d'une politique coordonnée de développement du maintien à domicile, sans compter que les différents ministères ne se concertent pas entre eux. Les personnes âgées sont alors considérées comme un « gisement d'emploi » (Ennuyer 2007). Les heures financées dans le cadre de l'aide sociale⁴⁰ et le montant alloué sont trop faibles pour absorber les besoins des bénéficiaires. Après le retour de la droite aux législatives en 1986, le gouvernement privilégie l'incitation fiscale plutôt que la subvention de services d'aide à domicile (Capuano 2018b) : les personnes âgées bénéficient de dispositions facilitant l'emploi d'aide-ménagères, comme la loi Seguin de 1987 qui instaure les services mandataires puis le chèque emploi-service en 1994 (Capuano 2021). Enfin, en 1996, la loi offre la possibilité aux entreprises à but lucratif de se positionner sur le marché des services à domicile.

La fin des années 1990 peut être vue comme une brève période de recul du maintien à domicile pour les personnes âgées avec incapacités. Ces dernières sont exclues du champ du handicap et intégrées dans une catégorie administrative qui leur est propre, les personnes

³⁹ L'ACTP s'adresse aux personnes ayant au moins une incapacité permanente d'au moins 80%.

⁴⁰ Pour les personnes âgées bénéficiant du minimum vieillesse.

âgées dépendantes (Capuano 2021). Cela se traduit par la loi de janvier 1997 sur la PSD, qui a vocation à détourner les personnes âgées du recours à l'ACTP⁴¹. La PSD réintroduit le caractère d'avance de l'aide sociale avec récupération sur succession après décès, ce qui écarte les populations à dépendance moyenne. Son attribution est décidée par une équipe médico-sociale du conseil général qui évalue la dépendance en fonction de la grille AGGIR et son montant est modulé dans la limite d'un plafond déterminé par le département (Capuano 2018b). Il s'agit d'élaborer un « plan de soins », qui définit le nombre d'heures de soins personnels et/ou sociaux nécessaires, ainsi que les besoins en matière d'accueil de jour, et autres besoins nécessaires au maintien de la personne à son domicile. Par ailleurs, contrairement à l'ACTP qui était une prestation en espèces, la PSD est une prestation avec une affectation stricte à l'aide à domicile. Ces restrictions positionnent la prestation dans la politique de lutte contre le chômage par le marché. Cependant, le retour de la récupération sur succession et le rejet par les commissions des demandes pour dépendance moyenne ou pour des revenus intermédiaires jugés trop élevés entraînent un nombre de bénéficiaires bien inférieur à ce qui était prévu.

La prestation est donc réformée et devient l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), qui remplace la PSD en 2002. Cette allocation est un succès, qui peut s'expliquer par la fin de la récupération sur l'héritage, son ouverture aux GIR4 et la possibilité de l'utiliser pour d'autres fins que l'aide à domicile (comme la mise en place d'aides techniques pour l'aménagement du logement ou pour un accueil temporaire de jour). L'APA est financée par le budget de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), mise en place en 2005. Cette réforme a aussi permis la création d'un fond de modernisation de l'aide à domicile qui permet de financer la professionnalisation des travailleuses à domicile. Un accord de branche est adopté en mars 2002 par les six grandes fédérations professionnelles du secteur, aboutissant sur l'adoption d'une convention collective unique du secteur d'activité en 2003. Par ailleurs, le marché de l'aide à domicile est réglementé en 2002 par la loi sur le schéma d'organisation de l'action sociale et médico-sociale, qui soumet chaque organisme d'intervention à domicile à une autorisation des pouvoirs publics (Capuano 2021). Parallèlement, dans les années 2000, les pouvoirs publics prennent conscience que le modèle de prise en charge de la dépendance repose en grande partie sur les proches familiaux, un système dont la pérennité n'est pas assurée avec le vieillissement des générations du baby-boom qui risquent de sur-solliciter la « génération-pivot » (Capuano, 2018b), d'autant que la canicule de 2003 a mis en évidence l'importance des solidarités de proximité pour les personnes âgées dépendantes (Argoud 2020). Cet intérêt accru pour les aidants « naturels » se traduit par exemple par l'objectif politique de développement des « plateformes d'accompagnement et de répit », comme les accueils de jour et temporaires et l'introduction de droits sociaux comme le congé de soutien familial.

En 2005, le plan Boloré permet aux entreprises qui souhaitent accompagner des populations fragiles de déroger à la procédure d'autorisation (loi 2002-2) au profit d'un agrément qualité permettant de fixer librement son tarif (Capuano 2021). Pensé comme une mesure de lutte contre le chômage, ce dispositif est à l'origine de la multiplication d'organismes à but

⁴¹ La loi de 1975 est modifiée pour introduire un critère d'âge.

lucratifs dans le champ de l'aide à domicile. Pour la Cour des Comptes, ce plan est le signe du « virage domiciliaire » pris par les pouvoirs publics (Mouiller 2022). Le maintien à domicile est présenté dans le rapport comme le souhait de la population, mais irréalisable du fait d'une préférence de l'État pour l'ouverture de places en établissement, par ailleurs décrite comme insuffisante.

L'expression « virage domiciliaire » est plus récente. En 2019, Agnès Buzyn, alors ministre des Solidarités et de la Santé, lance la mission sur les métiers du grand âge (faisant suite au rapport Libault), destinée à élaborer un projet de loi relatif à la prise en charge du risque de perte d'autonomie au grand âge. L'un des axes de ce futur projet de loi est de donner la priorité au maintien à domicile, ainsi que réaliser une refonte des services à domicile.

L'expression cependant ne s'impose dans la presse que deux ans plus tard, lorsque Brigitte Bourguignon (ministre déléguée à l'autonomie) déclare en juillet 2021 travailler sur un texte de loi portant sur le « virage domiciliaire » dans le cadre de la grande loi sur la dépendance⁴². Cela fait écho au rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la prévention de la perte d'autonomie, déposé au Sénat en mars, reprenant l'expression et qui invite les pouvoirs publics à développer les formes de domicile autre que l'Ehpad ou inscrire dans le droit positif la priorité du maintien à domicile (Bonne et Meunier 2021). « Virage domiciliaire » s'impose dès lors comme une expression consacrée dans la presse : près de 90 articles mentionnent l'expression en 2021 et 2022, contre 9 en 2019 et 2020⁴³. En 2015, il a été estimé qu'environ 180 000 intervenants en équivalent temps plein (ETP) fournissaient des soins médico-sociaux au domicile auprès de personnes âgées de plus de 60 ans (Carrère *et al.* 2021). Ces professionnels de différents statuts et qualifications (aides-soignants, aides à domicile, aide-ménagères, auxiliaires de vie, infirmiers, etc.) travaillent comme indépendants ou salariés d'un service médico-social. Les SAAD sont les acteurs principaux des soins personnels et sociaux à domicile (6 700 services, 98 000 ETP). Les SSIAD, moins nombreux (2 100 services et 28 000 ETP), dont les soins personnels et sociaux sont réalisés par des aides-soignantes qui représentent près de 90 % des intervenants dans ces services (FEHAP, 2014). Les SPASAD, regroupant SSIAD et SAAD, sont pour le moment rares, mais ils ont vocation à se développer.

En 2018, il y avait 28 000 organismes de services à la personne, dont 5 120 associations, 1 140 organismes publics et 21 7000 entreprises privées dont 8 440 micro-entrepreneurs (Kulanthaivelu 2020). Les particuliers ont eu recours à 863 200 intervenants au 2^{ème} trimestre 2018 et les organismes prestataires près de 450 100 intervenants. 850 millions d'heures ont été rémunérées pour les activités de services à la personne. Parmi les prestations proposées, l'assistance aux personnes âgées représente le principal type d'intervention, puisque 43,8 % des heures rémunérées en mode prestataire et 41,1 % des

⁴²<https://www.vie-publique.fr/discours/281401-brigitte-bourguignon-12072021-ehpad-acteur-du-virage-domiciliaire>

⁴³ Source : corpus de presse Europresse. Champ : toutes les archives, France, articles contenant l'expression « virage domiciliaire ». Occurrences : 9 articles en 2019, 9 articles en 2020, 86 en 2021, 90 en 2022, 77 au 15 septembre 2023.

heures d'intervention mandataires leur sont destinées⁴⁴, devant l'entretien de la maison (25 % des heures d'intervention prestataire et 26,5 % des heures d'intervention mandataires) ou l'assistance aux personnes handicapées (8,1 % des heures d'intervention prestataire et 7,9 % des heures d'intervention mandataires) en 2017.

En dépit de cette préférence supposée du public pour le maintien à domicile, sa mise en place s'avère complexe. Les rapports politiques récents (Bonne 2018 ; Iborra et Fiat 2018) témoignent du double écueil concernant l'accueil des personnes âgées dépendantes :

- L'Ehpad continue à être pensé comme une solution de dernier recours, et d'autant plus que la crise du Covid et « l'affaire Orpée » ont donné mauvaise presse aux établissements. À ce titre, des solutions alternatives (comme les résidences autonomies) ou des expérimentations visant à « décloisonner l'Ehpad » (Ehpad hors les murs ou habitats intergénérationnels par exemple) sont promues. Cependant, il continue à être envisagé comme un acteur incontournable pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ayant besoin de soins, besoins qui risquent d'aller croissant au cours des années à venir.
- La mauvaise réputation de l'Ehpad pourrait être combattue par une revalorisation de ces établissements en tant que lieux de vie, or l'attention publique s'est concentrée sur les enjeux de médicalisation des Ehpad (2022a).

1.1.3 La « double crise » des Ehpad

Durant les Trente Glorieuses, à mesure que l'État devient État Providence, l'État financeur se repose pour partie sur les associations pour prendre en charge les publics vulnérables, notamment dans le domaine de l'enfance et du handicap (Arnal-Capdevielle 2020 ; Cret et al. 2013 ; Cret et Guilhot 2016). En résulte une faible structuration du secteur médico-social, puisqu'aucune autorisation n'est nécessaire pour créer un équipement social ou une structure d'accueil durant cette période. La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales marque un tournant décisif dans l'histoire des établissements du secteur (Bauduret 2017), puisqu'elle définit les établissements et services relevant de son champ d'application, les principes fondamentaux qui doivent guider leur action, un système d'organisation et de contrôle de ces établissements et services, les modalités de financement et des règles concernant la qualification et la formation des personnels travaillant dans les établissements et services médico-sociaux.

Le champ social et médico-social est un secteur majeur de l'économie, en forte progression depuis les années 1980, dans un contexte de massification des besoins sociaux et de maîtrise des dépenses publiques dans le secteur (Priou et Demoustier 2019). Pourtant, il est difficile d'avoir une vue d'ensemble du secteur en raison de la pauvreté de l'information statistique (de Martel 2015). La loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (dite loi Aubry) de 1998 et les départs en retraite massifs dans les années 2000 ont mis le secteur en tension. Le recrutement fait l'objet d'un plan Métiers initié par l'État, qui a eu pour vocation

⁴⁴ L'organisme prestataire est l'employeur de ses aides à domicile, alors que l'organisme mandataire est un intermédiaire entre les aides à domicile et le particulier qui en est l'employeur.

d'anticiper les besoins en personnels qui se sont fait sentir dans le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées. Cependant, ce plan ne parvient pas à inverser la tendance et la pénurie de main d'œuvre dans les métiers d'aide à la personne perdure. Dans les années 2000, la littérature hospitalière mentionne régulièrement la pénurie de personnel infirmier (Le Corre 2010). En 2013, dans son enquête annuelle « Besoins en main d'œuvre », Pôle Emploi cible les métiers d'aides-soignants et d'aides à domicile comme faisant partie des 10 métiers présentant les plus grandes difficultés de recrutement. Concernant le métier d'infirmière, la pénurie est chronique depuis les années 1950 (Divay et Girard 2019) et elle revient sur le devant de la scène en 2001 avec la mise en place des 35 heures à l'hôpital. Les difficultés sont particulièrement présentes dans le secteur de l'accueil des personnes âgées. Au début du XXI^{ème} siècle, le constat de l'allongement de l'espérance de vie fait craindre une surcharge du système. La canicule de 2003, responsable de la surmortalité d'environ 15 000 personnes, pour la plupart âgées (Argoud 2016), est à l'origine du plan Vieillissement et solidarité. Les difficultés du secteur préexistent donc largement à la pandémie de Covid-19. L'enquête EHPA de 2015 rapporte que 44 % des Ehpad déclarent des difficultés de recrutement (Bazin et Muller 2018), beaucoup d'établissements faisant également face à des problèmes d'absentéisme. L'impact du Covid sur les trajectoires professionnelles des soignants n'a pas encore été mesuré, cependant les professions d'aide-soignant et d'infirmier semblent en perte de vitesse : en 2018 le nombre de candidats à l'entrée en formation et d'inscrits baisse concernant les écoles d'aide-soignante (Crogueennec 2019) et le nombre d'abandon en première année est en hausse dans les formations d'infirmière en 2021 (Simon 2023). Les professionnels du secteur déplorent le manque de candidats, qu'ils attribuent à la méconnaissance de ces métiers par le grand public, la répugnance à travailler avec un public en fin de vie mais aussi le manque d'attractivité des carrières (peu d'évolutions possibles, des conventions collectives peu intéressantes).

De plus, le secteur des Ehpad souffre depuis quelques années de conditions de travail dégradées pour les personnels (Chenal et al. 2016). Ces conditions de travail se sont encore détériorées pendant la crise du Covid-19. Cette dernière a accentué les contraintes de rythme de travail (Perdoncin et al. 2021) et a nécessité une réorganisation systématique du travail des soignants (par exemple, repenser les plannings pour limiter les croisements d'équipe). Ceux-ci ont notamment pris en charge de nouvelles tâches : désinfection, accompagnement de la fin de vie et décès (Aubry et al. 2021).

La publication des Fossoyeurs (Castanet 2022) en 2022 jette l'opprobre sur les Ehpad, dénonçant de nombreux dysfonctionnements, pratiques douteuses et dérives d'Orpéa, un des principaux groupes de gestion d'Ehpad privés lucratifs. Le livre est d'ailleurs à l'origine de plusieurs enquêtes publiques, comme le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpéa (Audigé et al. 2022). L'ouvrage est souvent crédité comme ayant suscité une « crise de confiance » et une méfiance des familles et résidents potentiels vis-à-vis des Ehpad, en particulier ceux du secteur lucratif. Cependant, « l'affaire Orpéa » n'est pas à l'origine de la mauvaise image du grand public vis-à-vis des Ehpad : il vient alimenter cette crise. Dès 2017, le baromètre Santé

360 Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement de 2017 mentionne que 56 % des Français ont une mauvaise image de ces établissements, notamment parce qu'ils manqueraient de moyens (2017b).

Ces deux événements conjugués (la pandémie de Covid-19 et la publication des Fossoyeurs) sont ainsi crédités comme à l'origine d'une « double crise » des Ehpad, à savoir une crise d'attractivité des résidents qui préféreraient éviter à tout prix l'entrée en institution, soupçonnée de malversations (après la fermeture des Ehpad pendant le confinement du printemps 2020 et les révélations de Victor Castanet), mais également des professionnels, qui après la crise du Covid préféreraient d'autres types de structures ou de carrières.

Que conclure de cette brève histoire des Ehpad ? De manière générale, ces organisations sont des lieux de tension et de crise.

En premier lieu, les maisons de retraite font face à une tension dès la fin du XIXème siècle : leur mission est de prendre en charge des personnes en perte d'autonomie (ou risquant de la perdre) et nécessitant des soins particuliers, sans pour autant devenir des espaces de relégation. Cette tension s'est accrue au cours des dernières années, dans la mesure où les résidents d'Ehpad sont de plus en plus âgés, de plus en plus dépendants et souffrent de plus en plus fréquemment de démence et troubles apparentés (Balavoine 2022). Cette évolution renforce les besoins de médicalisation des établissements, au détriment d'une approche de l'Ehpad comme lieu de vie pour seniors. Or, la médicalisation des établissements accueillant des personnes âgées a de longue date été minorée en raison des coûts qu'elle représente pour la Sécurité Sociale, d'où le choix de distinguer (dans les structures, les professions ou les modalités de financement) les soins qui relèveraient de la « dépendance » et ceux qui relèveraient du « médical ». Cette tension originelle se retrouve dans les analyses les plus récentes. Deux exemples peuvent être mobilisés.

Selon Alain Villez (Villez 2007), cinq modèles d'établissement se distinguent : le modèle familial, le modèle hospitalier, le modèle hôtelier, le modèle équivalent domicile et le modèle résidence services. Le modèle familial est incarné par les maisons de retraite « de première génération », de petites tailles (une trentaine de places), se voulant une forme de substitut à la famille des pensionnaires. Le modèle hospitalier, héritier des hospices destinés à accueillir les incurables, les indigents et les vieillards nécessiteux et proche du fonctionnement hospitalier, s'adresse à des personnes nécessitant une surveillance constante et des soins requérant un plateau technique. Pour les institutions répondant à ce modèle, le projet de soin prime sur le projet de vie : la vie quotidienne est rythmée par les soins et l'animation y serait souvent limitée à des activités socioculturelles à visée thérapeutique. La famille y est cantonnée à un rôle exclusivement affectif et relationnel. Le modèle hôtelier apparaît dans les années 1980 à l'initiative du secteur privé commercial, pour une clientèle aisée. Les services proposés sont souvent individualisés et à la carte. Les deux derniers modèles se rapprochent respectivement des foyers logements, des Marpa et des résidences services (qui proposent une solution d'habitat adapté à des retraités issus des catégories sociales les plus aisées, sous la réforme de la co-propriété).

La thèse de Romain Sibille fournit un second exemple de cette tension (Sibille 2015). Ce dernier distingue deux approches privilégiées par les directrices d'Ehpad : l'approche

sanitaire et l'approche médico-sociale. Les premiers conçoivent les Ehpad comme un lieu de soins accueillant des « patients » ayant des pathologies similaires. Ils sont plus susceptibles de déléguer une partie des activités d'hôtellerie à des prestataires externes et de reposer sur une organisation quotidienne rigide, proche du modèle hospitalier. Ils sont également plus susceptibles d'avoir une unité protégée au sein de l'établissement (Sibille et Joël 2016). Ils tendent à être à cheval sur les diverses normes de sécurité et d'accessibilité et à accorder moins d'importance au confort des résidents. À l'inverse, les directrices ayant une approche médico-sociale conçoivent l'Ehpad comme un lieu de vie. Ils sont plus susceptibles d'être organisés en petites unités de vie (au contraire des Ehpad publics, notamment hospitaliers, qui privilégièrent souvent l'absence de division) et de favoriser les passerelles entre domicile et institution (notamment sous la forme d'accueil de jour). Ces directrices considèrent l'hôtellerie comme au cœur de leur activité (ce qui peut se manifester par la présence d'une intendante ou d'une gouvernante dans l'organigramme), accordent la priorité au confort des résidents (par exemple, prévoir la transformation de chambres doubles en chambres individuelles, plus en phase avec les normes de confort actuelles), ou encore organisent les journées de manière flexible. Ils peuvent estimer que les normes concernant la sécurité et l'accessibilité sont trop contraignantes et retarder leur mise en œuvre ou ne pas en appliquer certaines. Ces établissements privilégieraient l'accueil de résidents peu dépendants (idem) et privilégieraient la quantité de personnel à la qualité (en termes de qualification), par exemple en favorisant l'embauche d'ASH faisant fonction plutôt que d'AS. En deuxième lieu, les maisons de retraite sont souvent envisagées comme des pis-aller par rapport au domicile. Le maintien au domicile des seniors est présenté par les pouvoirs publics comme une solution préférable, d'autant qu'elle serait le souhait des personnes dépendantes elles-mêmes. À l'ombre des hôpitaux, les Ehpad, tiraillés entre lieu de médicalisation et lieu de vie, sont concurrencés dès l'origine par la solution domiciliaire. En troisième et dernier lieu, ces organisations sont présentées sous l'angle de crises permanentes : une crise démographique qui affecte les potentiels entrants et dégrade la qualité de la prise en charge, alimentant encore un peu plus la tension médicalisation/lieu de vie et favorisant en creux le maintien à domicile, une crise de recrutement qui se traduit par une désaffection de plus en plus prononcée des professionnels, une crise « marchande » caractérisée par l'intrusion des organisations privées à but lucratif au sein du secteur. Ce mouvement est présenté comme une opération de marchandisation, ce qui se traduit par une mise en cause continue du rôle des autorités publiques, notamment des modalités de financement et de tarification. Les discours politiques et médiatiques viennent accentuer un peu plus cette conception de l'Ehpad comme solution par défaut, perpétuellement structuré par les crises.

1.2 Un discours politique et médiatique homogène sur la crise

L'analyse lexicométrique des productions politiques (corpus « Libault », corpus « Rapports ») et médiatiques (corpus « Europresse », corpus « Hospimédia ») permet d'identifier et de caractériser les crises successives traversées par les Ehpad, mais surtout de montrer

l'homogénéité des discours portés sur ces établissements et les difficultés qu'ils rencontrent. Les mêmes catégories ressortent, les mêmes associations, les mêmes absences. Cette homogénéité a pour conséquence majeure de masquer un élément décisif pour comprendre tant la permanence des crises subies par les Ehpad, que le mouvement de rationalisation dont ces structures seraient « victimes »⁴⁵.

1.2.1 Du discours politique...

Le corpus « Libault » permet d'obtenir une première approche de la structuration du discours politique. Les quatre documents du corpus (rapport, communiqué de presse, discours de la ministre, dossier de presse) ont été formatés puis réunis en un seul document qui contient 134 951 occurrences (mots), 570 formes et 2 623 hapax⁴⁶, soit 1,94 % des occurrences et 39,92 % des formes. L'analyse lexicométrique du corpus éclaire la structuration implicite des registres de discours employés par une classification hiérarchique descendante de Reinert⁴⁷. L'algorithme extrait quatre classes de mots. Le dendrogramme fournit les formes les plus associées à chaque classe.

⁴⁵ Pour toutes les opérations de cette section, nous utilisons le logiciel Iramuteq. Les documents sont formatés en un seul texte qui contient, selon le corpus, un nombre d'occurrences (nombre total de mots contenu dans le corpus) et de formes. « Forme » est entendue ici comme forme graphique, c'est-à-dire comme « *toute concaténation minimale de caractères non-délimiteurs, portant de l'information et arrêtée à gauche et à droite par des séparateurs définis* » (Demonet 1975 : 21). Le nombre de formes est forcément inférieur au nombre d'occurrences. Par exemple : « *Le lycée est un lieu de vie. Lycée et élèves sont liés de fait* » contient 14 occurrences et 12 formes car « lycée » et « de » sont répétés (Garnier et Guérin-Pace 2010). Les occurrences sont lemmatisées (c'est-à-dire réduites à leur racine : les verbes sont ramenés à l'infinitif, les noms au singulier et les adjectifs au masculin singulier).

Iramuteq segmente le texte en occurrences tous les 40 mots.

⁴⁶ Occurrences dont la fréquence est unique.

⁴⁷ La Classification Hiérarchique Descendante (CHD) dite « divisive » est un algorithme qui s'applique sur un tableau lexical binaire (0 : absence ; 1 : présence) croisant les segments de texte en colonne et les formes actives (après lemmatisation) en ligne (Iramuteq distingue les formes actives, c'est-à-dire les formes « pleines », à savoir les adjectifs, les adverbes, les formes non reconnues, les noms communs et les verbes des formes supplémentaires, à savoir les mots-outils). Initialement toutes les formes actives sont regroupées dans une seule classe. Une classe est donc un regroupement de segments de textes qui contiennent des formes. Une forme peut se retrouver dans plusieurs classes. Puis, à chaque itération de l'algorithme, on fait ressortir les deux classes les plus différentes entre elles, c'est-à-dire que l'on détermine une partition des formes actives du corpus maximisant l'inertie interclasse et minimisant l'inertie intraclass. Le processus itératif s'arrête lorsque l'inertie interclasse extraite n'est pas augmentée par une nouvelle partition des données. Le nombre de classes finales est donc indéterminé *a priori* (Landivar *et al.* 2015). Une classification de Reinert permet ainsi de classer les formes dans des classes de formes regroupées selon leur indépendance (mesurée par un test de Chi²).

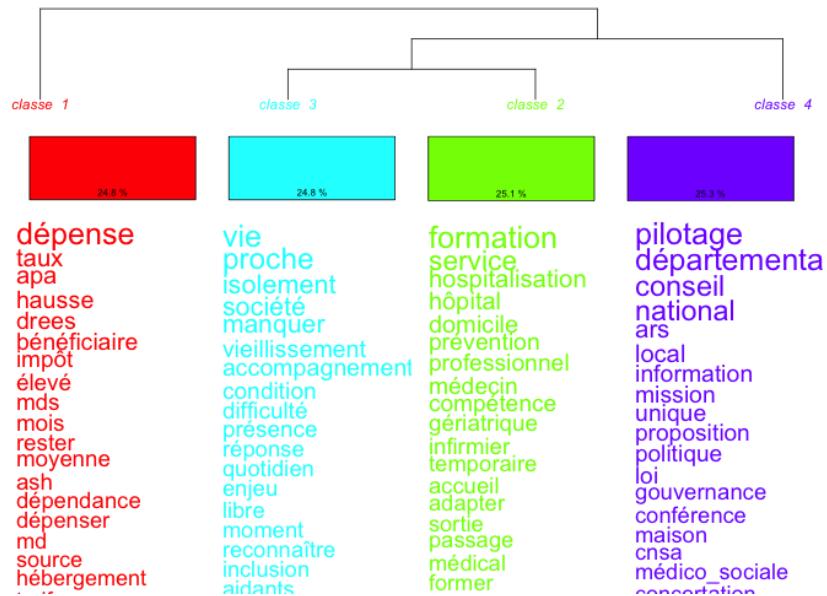
Exemple de tableau lexical :

	Segment 1	Segment 2	...	Segment n
Professionnel	1	0		1
Sanitaire	1	1		1
Résident	0	1		0

1= la forme est présente au moins une fois dans un segment

0= la forme n'est pas présente dans le segment

Figure 2. CHD du corpus « Libault » (dendrogramme)



Deux sous-ensembles ressortent⁴⁸. La classe 1 rassemble un vocabulaire économique (« dépense », « taux », « hausse », « éléver ») qui s’oppose au deuxième sous-ensemble formé par les trois autres classes. Ces dernières concernent l’action publique (classe 4 : « pilotage », « départemental », « national », « Conseil », « ARS »), elle-même opposée à une classe mettant en avant le personnel des structures accueillant les personnes âgées ainsi que leur activité (classe 2 : « formation », « médecin », « infirmier ») et une classe dédiée aux résidents et concentrant un registre de discours plus émotif (classe 2 : « vie », « proche », « isolement », « manquer »).

Est ainsi mise en avant une représentation spécifique du « grand âge » et de la façon de prendre en charge cette catégorie : la dimension économique est à la fois une donnée de contexte (l’explosion du coût du « grand âge ») et un levier d’action pour l’action publique (les réformes proposées seront budgétaires) ; la cible de l’action publique est tout autant le résident « perdu » que le professionnel « à former ».

L’analyse lexicométrique des rapports publics permet de caractériser plus systématiquement le discours politique. Pour mener une analyse lexicométrique du corpus à l’aide d’Iramuteq, les 20 rapports ont été réunis en un seul document qui contient 842 378 occurrences et 23 315 segments de texte. Le nombre de formes s’élève à 22 892 et le nombre d’hapax s’élève à 9 159 (35,64 % des formes et 0,97 % des occurrences).

Les segments qui ont le même profil (dans le tableau, suite de 0 et 1 proches) sont regroupés en classe. On obtient ainsi un dendrogramme, arbre des classes.

⁴⁸ Les pourcentages représentent la quantité d’information résumée pour chaque classe. Par exemple, la classe 1 rassemble 24,8% des données (sans les classes non retenues). En d’autres termes, cette classe représente X segments sur les Y classés, soit 24,8% des données.

Le classement des formes actives par fréquences décroissante permet de produire une première analyse.

Tableau 6. Classement des formes actives par fréquence décroissante pour le corpus « Rapports »

ehpad	7 343	nr ⁴⁹
établissement	5 332	nom
résident	3 547	nom
soin	3 443	nom
prendre	2 297	ver
charger	2 065	ver
personnel	1 648	adj
groupe	1 620	nom
social	1 573	adj
mettre	1 565	ver
médecin	1 561	nom
place	1 472	nom
tarif	1 459	nom
âgé	1 404	adj
directeur	1 386	nom

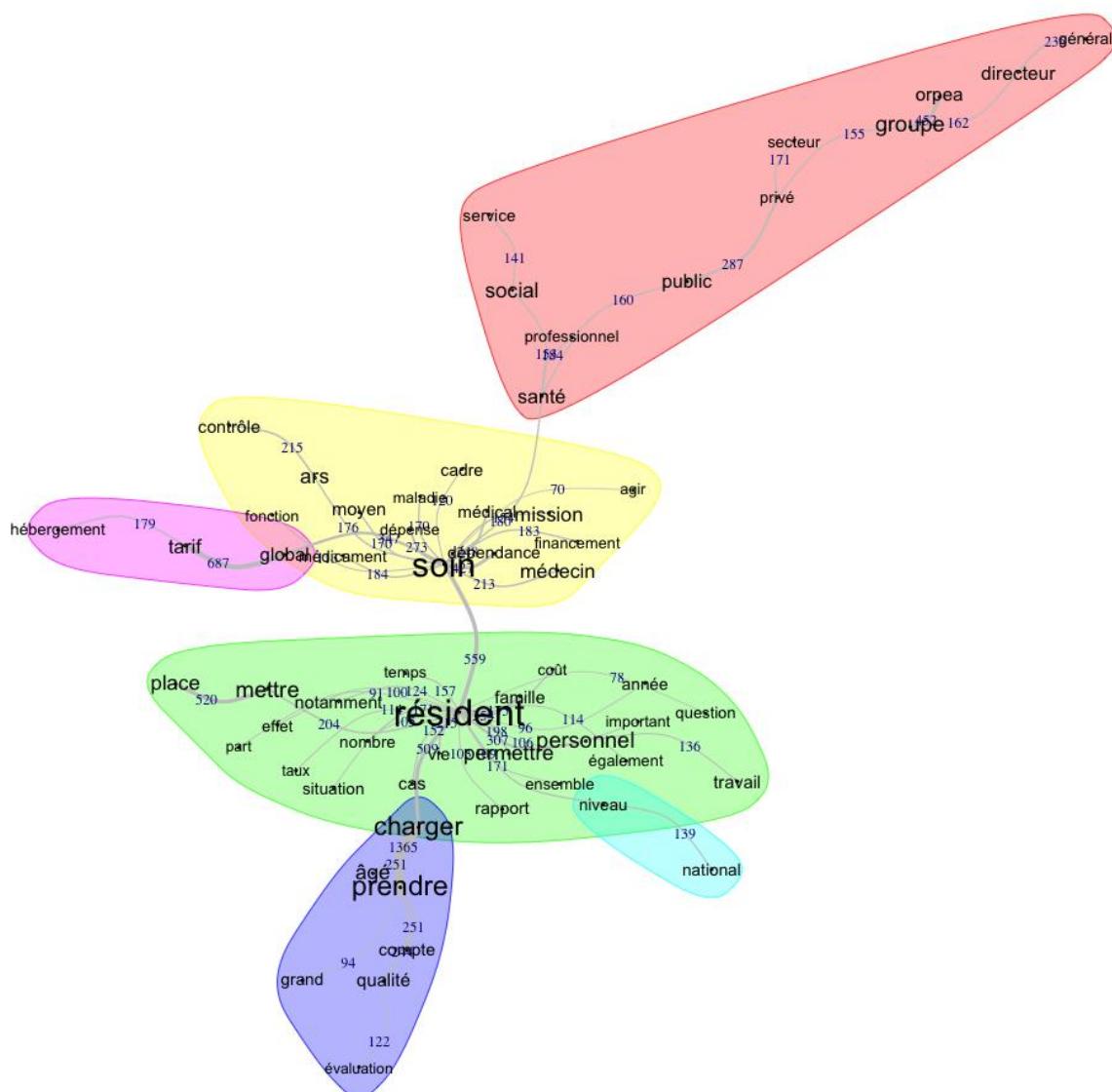
Sans surprise, les formes actives les plus fréquemment utilisées sont « Ehpad » et « établissement ». Cependant, plusieurs constats peuvent être déjà mis en avant :

- L'analyse de fréquence ne met pas spécialement en avant le Covid ;
- Une distinction claire est opérée entre quatre catégories de population : les résidents, le personnel, le médecin, le directeur ;
- La distinction public/associatif/privé commercial apparaît dans le corpus de rapports (« groupe ») ;
- La dimension financière est également présente dès l'analyse de fréquence (« place », « tarif »).

⁴⁹ Nr : forme non reconnue.

L'ADS (Analyse De Similitudes), qui identifie des communautés de mots et leurs liens, permet d'enrichir cette première interprétation, encore grossière. Pour que l'ADS soit lisible et pertinente, celle-ci doit être paramétrée pour exclure du corpus les termes « Ehpad » et « établissement » qui parasitent le graphe. Nous sélectionnons les 61 formes ayant une fréquence supérieure à 700 (l'indice de cooccurrence, qui mesure l'apparition simultanée de deux ou plusieurs éléments ou classes d'éléments dans le même discours, est visible sur les arêtes⁵⁰).

Figure 3. Analyse de similitudes du corpus « Rapports »



⁵⁰ Iramuteq détermine la cooccurrence au niveau du segment de texte. L'indice de cooccurrence correspond au comptage de nombre de segments dans lesquels une forme est associée à une autre. Par exemple, un indice de cooccurrence de valeur 10 entre deux formes signifie que ces deux formes apparaissent ensemble dans 10 segments de textes (Garnier et Guérin-Pace 2010). Nous fixons la fréquence minimale à 10.

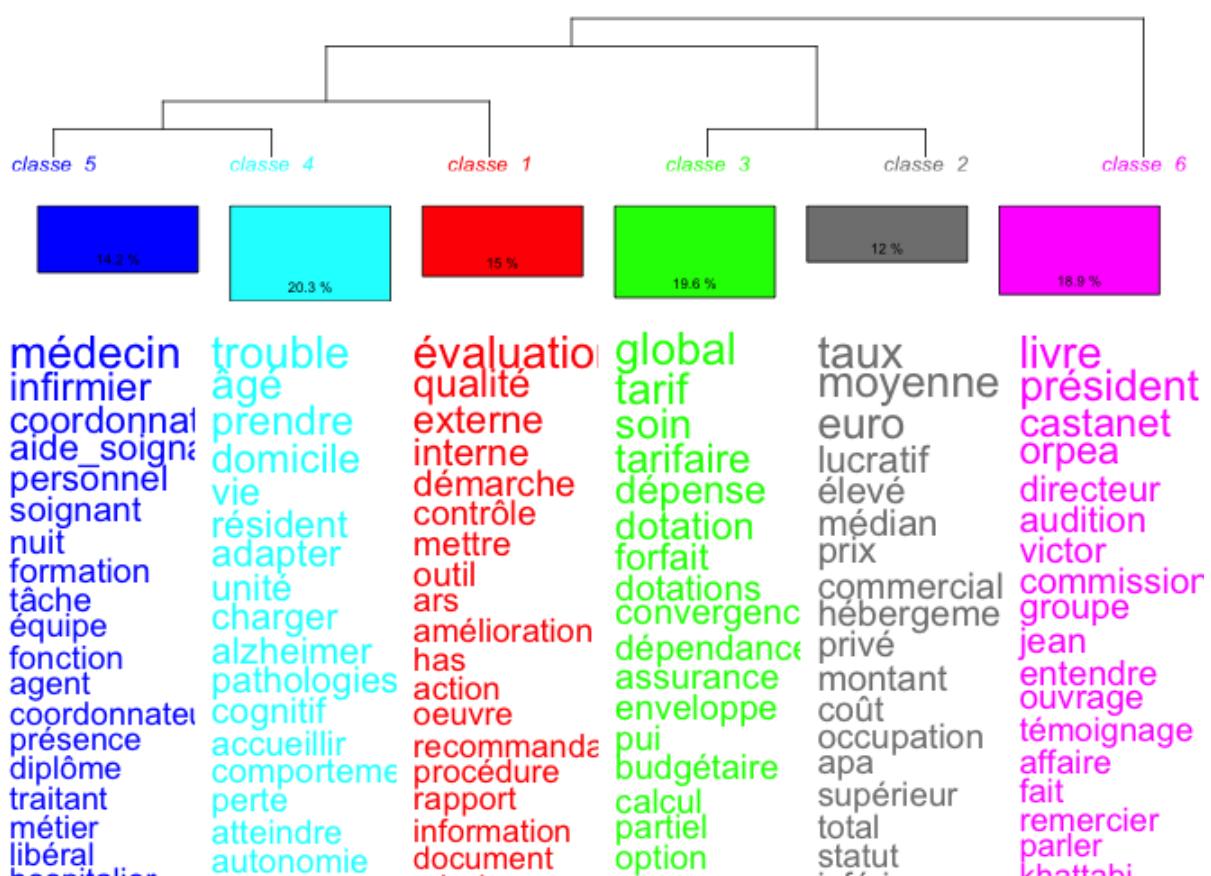
La taille des traits sur le graphe est proportionnelle à l'indice de cooccurrence des formes (par exemple, le lien entre « résident » et « soin » (559) est plus fort qu'entre « public » et « privé » (287).

L'ADS est particulièrement intéressante, car elle reprend les catégories identifiées par l'analyse de fréquence en construisant des couples de catégories et en les associant à des registres de vocabulaire. On distingue ainsi :

- Une communauté qui fait ressortir la catégorie des directeurs. Cette catégorie met également en avant la distinction public/privé. Aux deux secteurs correspondent ainsi deux façons d'exercer le métier de directeur ;
- Une communauté centrée sur la figure et l'activité du médecin, ainsi que sur celle des cadres. Cette communauté est constituée d'associations de formes qui mettent en avant la dimension financière et la dimension « contrôle » de ces deux métiers ;
- Une communauté centrée sur les résidents (ainsi que leurs familles) et le personnel.

La classification de Reinert permet de mieux lire ces informations. 85,51 % des segments ont pu être classés, ce qui démontre une bonne qualité de l'analyse⁵¹. L'algorithme a déterminé 6 classes de mots :

Figure 4. CHD du corpus « Rapports » (dendrogramme)



⁵¹ Au-dessus de 60%, la classification est considérée comme cohérente.

On peut distinguer deux sous-ensembles. Le premier (classe 6, 18,9 % des informations) concerne le scandale déclenché par la parution du livre *Les fossoyeurs* et la gestion publique (on retrouve les classes 5, 6 et 7 de la CHD du corpus « *Europresse* » : le discours public et le discours médiatique se trouvent ici entièrement confondus, *cf. infra*). Le second sous-ensemble est plus complexe à décrire. Il articule deux systèmes de classes :

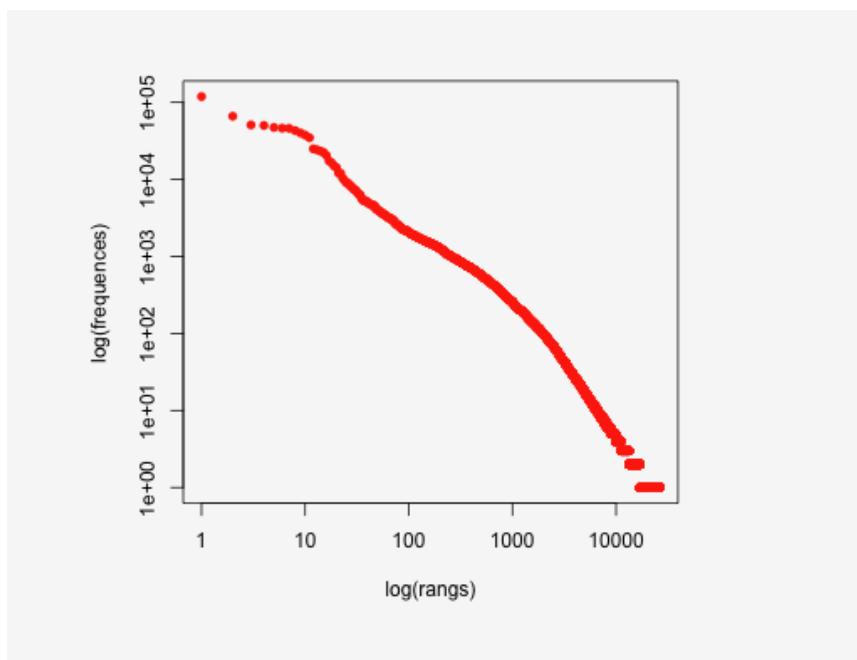
- Le premier système met en regard des préoccupations de dépenses publiques (classe 3, 19,6 % des informations) avec le statut juridique des établissements privés à but lucratif (classe 2, 12 % des informations). Le lien entre ces deux classes est clair : il s'agit d'opposer le financement public (global, tarif, dotation, budgétaire) au fonctionnement des établissements « privés » (« élevé », « prix », « commercial », « supérieur ») ;
- Le second système de classes met en relation les procédures de contrôle indirect mis en œuvre par les autorités publiques (classe 1, 15 % des informations : « évaluation », « qualité », (évaluation) « interne », (évaluation) « externe ») avec deux catégories de population : les résidents, caractérisés principalement par leurs « pathologies » (classe 4, 20,3 % des informations) et les professionnels, tous corps de métiers confondus (classe 5, 14,2 % des informations : « médecin », « infirmier », « aide-soignant », « soignant », « équipe », « agent »).

1.2.2 ... Au discours médiatique

Pour rappel, nous utilisons dans cette sous-section le corpus « *Hospimédia* » et le corpus « *Europresse* ».

Le corpus « *Hospimédia* » est constitué d'un seul texte qui contient 3 147 articles, 2 042 504 occurrences et 38 520 formes. 59 196 segments de textes ont été découpés. Le nombre d'hapax s'élève à 13 411, soit moins de 35 % des formes (0,66 % des occurrences). Après lemmatisation, le corpus comprend toujours le même nombre de textes et le même nombre d'occurrences, mais le nombre de forme a été ramené à 26 323, le nombre d'hapax à 9 349 (soit 0,46 % des occurrences et 36 % des formes). Le graphe ci-dessous dessine « *en abscisse les logarithmes de rang et en ordonnées ceux des fréquences des formes* » (Loubère et Ratinaud 2014 : 12).

Tableau 7. Fréquence et rang des formes actives du corpus « Hospimédia »



Par fréquences, il faut entendre le nombre de fois où une forme est représentée dans le corpus. Par rangs, il faut entendre leur positionnement dans la liste des formes répertoriées. Les valeurs indiquées sont exprimées dans leur unité de départ. Les mots les plus fréquents sont ceux qui ont les rangs les plus élevés (par exemple, le mot le plus fréquent d'un corpus aura le rang 1). L'échelle logarithmique permet de réduire l'échelle pour les fréquences et les rangs élevés, ce qui explique que la courbe soit décroissante. Les hapax (fréquence 1, par définition), ont des rangs identiques, d'où le trait horizontal : même fréquence et plusieurs rangs ex-aequo. On observe que la courbe est plutôt stable au départ avant de décroître, ce qui signifie que certaines occurrences sont majoritaires.

Tableau 8. Fréquence des formes actives du corpus « Hospimédia »

Rang	Forme	Total	Type	Rang	Forme	Total	Type	Rang	Forme	Total	Type
1	ehpad	16 407	nr	11	publier	3 878	ver	21	premier	3 115	adj
2	établissement	10 382	nom	12	professionnel	3 722	adj	22	domicile	2 969	nom
3	santé	6 288	nom	13	place	3 694	nom	23	groupe	2 958	nom
4	social	5 293	adj	14	public	3 551	adj	24	travail	2 929	nom
5	résident	5 108	nom	15	charger	3 528	ver	25	permettre	2 787	ver
6	soin	4 816	nom	16	projet	3 425	nom	26	médecin	2 691	nom
7	âgé	4 724	adj	17	national	3 333	adj	27	autonomie	2 642	nom
8	mettre	4 520	ver	18	également	3 255	adv	28	article	2 589	nom
9	prendre	4 168	ver	19	ars	3 159	nom	29	dernier	2 574	adj
10	service	3 937	nom	20	secteur	3 142	nom				

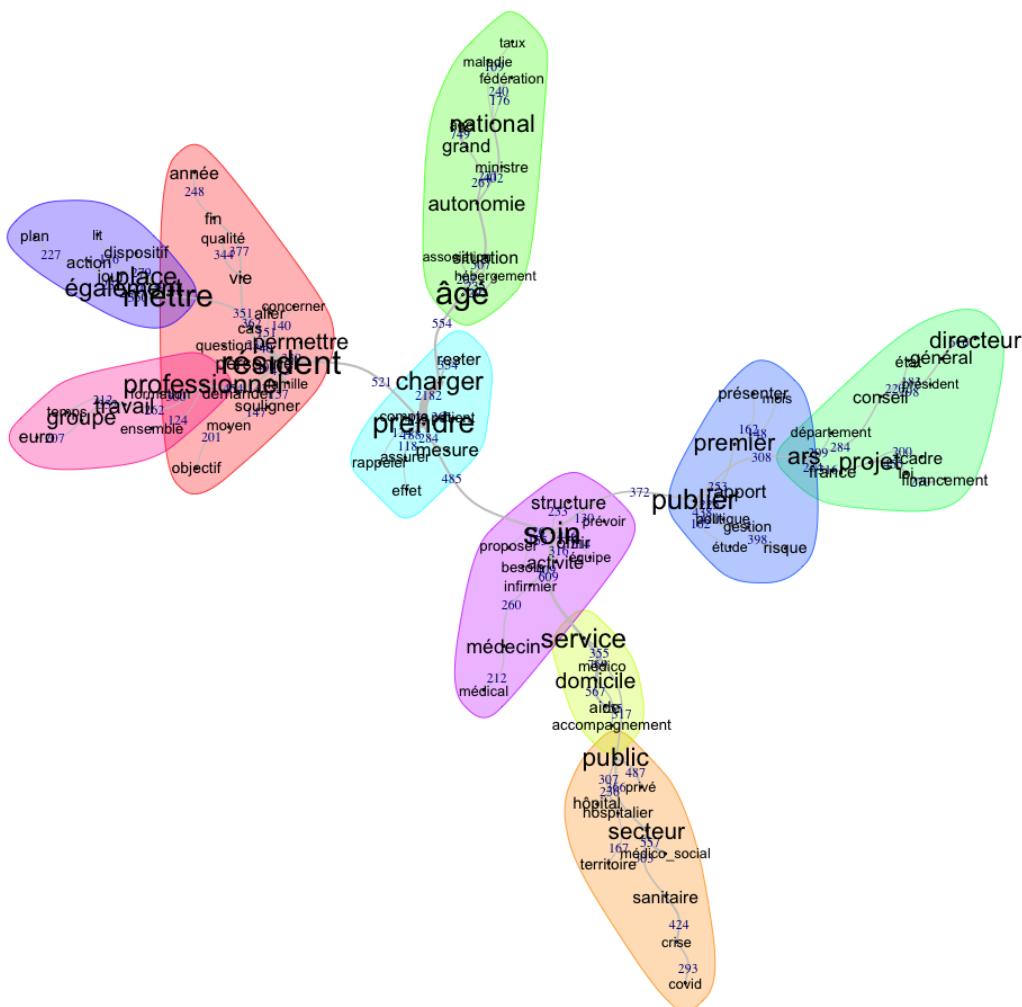
Sans surprise, les formes actives les plus fréquentes de ce corpus « Ehpad » et « établissement », formes utilisées respectivement 16 407 et 10 382 fois. Le tableau de fréquences se prête cependant à une première interprétation, encore rustique.

- Des catégories homogènes d'acteurs émergent : les résidents, l'ARS, les professionnels, les directeurs, les médecins. En d'autres termes, les articles identifient certains acteurs au détriment d'autres (le conseil départemental n'apparaît pas : l'ARS détient le monopole des affaires publiques) et homogénéisent les catégories (les résidents ne sont pas différenciés, les professionnels non plus, l'action publique est représentée par l'ARS) ;
- Les articles hiérarchisent cependant les acteurs, qui ne sont pas cités selon la même fréquence : alors que la forme « résident » (5 108) est très fréquente, les formes « professionnel » (3 722), ARS (3 159), « directeur » (3 122) sont moins fréquemment citées et la forme « médecin » l'est encore moins (2 691). Si les professionnels, l'ARS et les directeurs sont les principaux acteurs qui s'occupent des résidents, les médecins ne sont pas un enjeu médiatique majeur.

L'ADS est difficile à mettre en œuvre, dans la mesure où les formes « Ehpad » et « établissement » sont beaucoup plus fréquemment citées que les autres, ce qui a tendance à « concentrer » le graphe autour des liens entre ces formes et les autres. Comme pour l'ADS du corpus « Rapports », nous avons donc choisi d'exclure ces deux formes. Nous avons également exclu les deux formes « santé » et « social », trop génériques pour que le graphe soit interprétable.

Nous utilisons l'indice de cooccurrence, visible sur les arêtes du graphe. Nous sélectionnons les 99 formes actives ayant une fréquence supérieure à 1 300 (à l'exclusion donc des formes « Ehpad », « établissement », « santé » et « social »).

Tableau 9. Analyse de similitudes du corpus « Hospimédia »



Plusieurs communautés de mots se détachent :

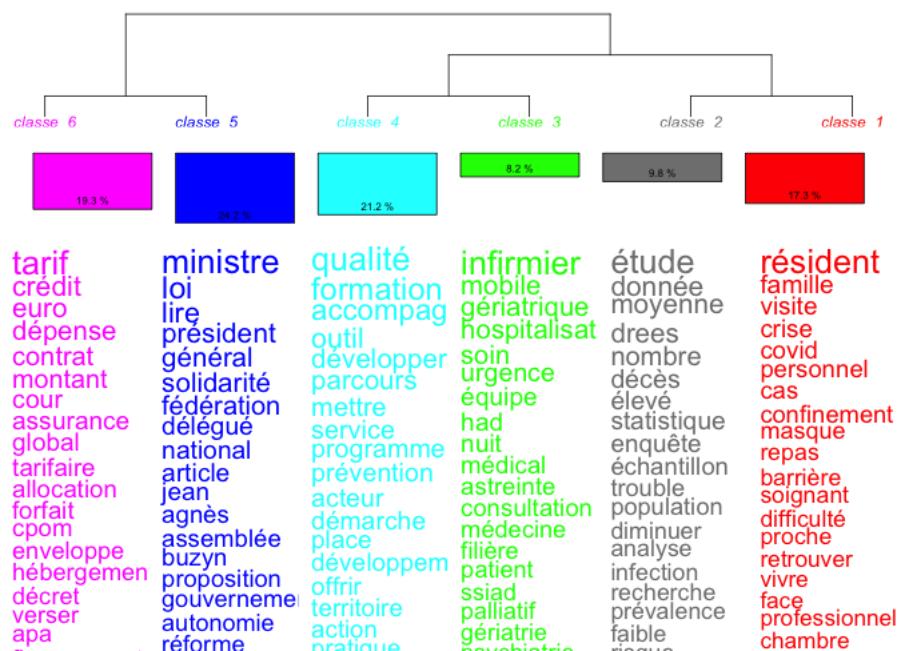
- Une communauté « Autorités publiques », où l'ARS et le conseil départemental sont incluses et en lien les uns avec les autres. Cette communauté permet d'affiner l'analyse par fréquence : non seulement les autorités publiques ne se résument pas à l'ARS, mais lorsque l'ARS est citée, le Conseil départemental l'est fréquemment. Cette communauté est associée à une seconde, qui relève d'un vocabulaire à la fois gestionnaire et bureaucratique (« gestion », « rapport », « publier », « étude », « risque ») ;
 - Une communauté homogène en regard des établissements : les services à domicile, concurrents des Ehpad ;

- Une communauté structurée autour du « secteur public ». Ici, le service hospitalier est associé à la gestion de la crise du Covid et elle est en concurrence vis-à-vis des structures d'aide à domicile ;
- Deux catégories distinctes d'acteurs :
 - o Une catégorie « sanitaire », structurée autour de l'activité de soins, qui rassemble médecins et infirmiers ;
 - o Une communauté qui rassemble les professionnels et les résidents (quand la forme « professionnel » est mobilisée, la forme « résident » lui est fréquemment associée et réciproquement). Les formes « professionnel » et « résident » définissent ainsi une communauté homogène, à mettre en regard de la communauté sanitaire ci-dessus. À noter, une spécificité de la forme « professionnel » qui la distingue de la forme « résident » : la première est associée à une communauté qui relève d'un vocabulaire de la coopération (« groupe », « travail », « ensemble »).

L'ADS permet de délivrer certaines informations, mais les données restent trop segmentées. La classification de Reinert permet de mieux organiser les formes. À partir des 3 147 textes, 56 196 segments de texte ont été répartis en 6 classes, soit 84,67 % d'entre eux.

Deux sous-ensembles de classe se distinguent : classes 1, 2, 3, 4 d'une part et classe 5, 6 d'autre part. Pour chaque classe, les formes qui apparaissent le plus significativement dans la classe sont classées par ordre décroissant.

Figure 5. CHD du corpus « Hospimédia » (dendrogramme)



La classe 5 : les autorités publiques.

La classe 5 regroupe 11 502 segments sur les 47 583 classés, soit 24,17 % des segments classés⁵².

Tableau 10. Caractéristiques des formes de la classe 5 (corpus "Hospimédia")

Eff. S.t.	Eff. Total	Pourcentage	Chi ²	Forme	P-Value ⁵³
1 140	1 414	80,62	2 533,54	ministre	<0,001
1 097	1 509	72,70	2 001,99	loi	<0,001
1 306	2 186	59,74	1 581,71	lire	<0,001
807	1 143	70,60	1 377,45	président	<0,001
1 120	1 900	58,95	1 305,67	général	<0,001
772	1 102	70,05	1 295,67	solidarité	<0,001
840	1 304	64,42	1 184,72	fédération	<0,001
439	532	82,52	999,25	délégué	<0,001
1 372	2 836	48,38	963,99	national	<0,001
1 172	2 292	51,13	955,01	article	<0,001
523	736	71,06	896,62	jean	<0,001
312	349	89,40	816,04	agnès	<0,001
317	368	86,14	776,99	assemblée	<0,001
284	312	91,03	765,79	buzyn	<0,001

Cette classe homogène est constituée de formes relevant des autorités publiques. Il ne s'agit pas tant d'un vocabulaire relevant d'un registre d'action, que d'une classe qui rassemble les

⁵² Les données sont classées par numéros qui correspondent à un classement décroissant par valeur du Chi². L'effectif s.t. correspond au nombre de segments comprenant au moins une fois la forme : 1 140 segments de textes contiennent le mot « ministre » pour la classe 5. L'effectif total correspond au nombre total de segments qui contiennent cette forme dans toutes les classes. Le pourcentage est calculé par le ratio effectif s.t. sur effectif total ($1 1140 / 1 414 = 80,62\%$). Cela ne veut pas dire que la forme « ministre » est présente dans 80,62% du corpus, mais que 80,62% des segments contenant la forme « ministre » sont associés à cette classe. La colonne Chi² donne le résultat du test de dépendance (plus le Chi² est élevé, plus l'hypothèse de dépendance entre la forme et la classe est vraisemblable).

⁵³ La probabilité critique (« p-value ») est la probabilité que l'hypothèse d'indépendance posée par le test du Chi² ne soit pas vérifiée. Plus elle est basse, plus la marge d'erreur du test d'indépendance est faible. En général le seuil de significativité est indiqué par des valeurs inférieures à 0,05. Un résultat non-significatif indique que l'hypothèse d'indépendance doit être rejetée et donc qu'il n'est pas possible de conclure à l'existence d'un lien statistique entre deux variables.

acteurs eux-mêmes. Dans ce cadre, le ministère et le conseil départemental (souvent appelé général dans les articles du corpus) sont centraux. Le concordancier illustre cette classe avec des segments caractéristiques (ici pour la forme ministre)⁵⁴ :

...intervenue en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 5 décembre dernier (lire notre article), la ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn s'est risquée à une nouvelle sortie sur les difficultés persistantes de certains établissements...

**** *cat_pds *source_hospimedia *an_2019 *aut_LW

Toutes les fédérations représentant les directeurs d'Ehpad se sont ainsi exprimées par communiqué ou sur les réseaux sociaux, certaines ont même réagi la veille de la remise officielle du rapport de Myriam El Khomri à la ministre des Solidarités et de la santé Agnès Buzyn...

**** *cat_droit *source_hospimedia *an_2021 *aut_LW

La classe 6 : budget et financement des Ehpad

La classe 6 regroupe 9 195 segments sur les 47 583 classés, soit 19,32 % des segments classés.

⁵⁴ Le concordancier affiche le contexte d'utilisation dans le corpus. Concrètement, celui-ci isole tous les extraits de textes du corpus où figure le mot étudié.

Tableau 11. Caractéristiques des formes de la classe 6 (corpus "Hospimédia")

Eff. S.t.	Eff. total	Pourcentage	Chi ²	Forme	P-Value
757	960	78,85	2 227,16	tarif	<0,001
443	562	78,83	1 291,54	crédit	<0,001
768	1377	55,77	1 208,43	euro	<0,001
434	585	74,19	1 143,56	dépense	<0,001
506	790	64,05	1 030,82	contrat	<0,001
325	402	80,85	984,29	montant	<0,001
333	439	75,85	908,25	cour	<0,001
450	740	60,81	829,87	assurance	<0,001
427	694	61,53	804,62	global	<0,001
253	317	79,81	748,92	tarifaire	<0,001
223	264	84,47	722,68	allocation	<0,001
283	393	72,01	705,57	forfait	<0,001
236	294	80,27	704,88	cpom	<0,001
258	359	71,87	640,55	enveloppe	<0,001
411	743	55,32	627,19	hébergement	<0,001
313	499	62,73	609,31	décret	<0,001
178	209	85,17	583,77	verser	<0,001
200	253	79,05	582,02	apa	<0,001
651	1 502	43,34	573,90	financement	<0,001
143	151	94,70	552,08	impôt	<0,001

Cette classe rassemble des éléments concernant le budget et le financement des Ehpad. Comme dit précédemment, elle s'articule autour d'éléments individuels et d'éléments plus collectifs.

Les éléments collectifs relèvent de considérations portant sur le financement des structures (ici, le concordancier des segments caractéristiques pour la forme « tarif ») :

..., l'objectif étant de comparer les coûts pour l'assurance maladie du tarif dit partiel et global dans le financement tripartite des établissements pour personnes âgées dépendantes (...). La dotation soins couvre un périmètre variable selon l'option tarifaire...

**** *cat_eco *source_hospimedia *an_2015 *aut_AM

Les services d'aide à domicile actuellement soumis au tarif horaire pourraient à terme passer en tarif global dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La loi prévoit pour le moment un droit d'option des départements...

**** *cat_coll *source_hospimedia *an_2020 *aut_CR

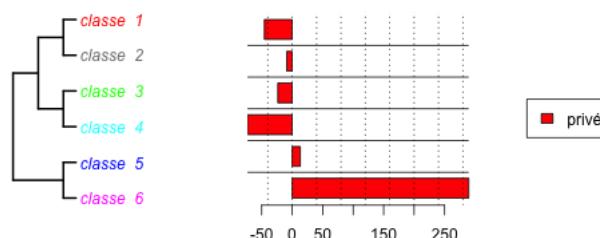
Les éléments individuels portent sur les aides publiques au financement de la prise en charge en Ehpad (ici, le concordancier des segments caractéristiques pour la forme « impôt ») :

Gérald Darmanin, ministre de l'Action et des comptes publics, s'est ainsi justifié par la possibilité, dans le cas où ni l'établissement ni la personne hébergée ne paient la taxe d'habitation, de bénéficier d'une réduction d'impôt pour les frais engagés...

**** *cat_plfss *source_hospimedia *an_2017 *aut_AM

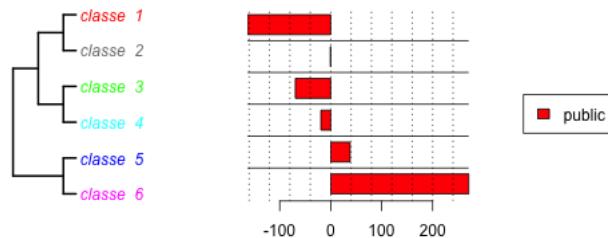
Pour préciser le contenu de cette classe, il est intéressant de se focaliser sur quelques formes. Les formes anti-profil (i.e. les formes dissociées de la classe) permettent de valider le sens de la classe par son inverse⁵⁵. Si la plupart des calculs d'antiprofils ne sont pas intéressants pour cette classe, dans la mesure où les formes sont très associées à cette classe et plutôt neutres vis-à-vis des autres classes, deux formes se distinguent : les formes « privé » et « public » :

Tableau 12. Antiprofils de la forme "privé" (corpus "Hospimédia")



⁵⁵ En principe, le Chi², qui est le carré d'un écart, est toujours positif. Mais le Chi² est négatif lorsque la dépendance fait apparaître une corrélation négative.

Tableau 13. Antiprofils de la forme "public" (corpus "Hospimédia")



La forme « privé », très associée à la classe 6, est antiassociée aux classes 1 (centrée autour du résident) et 4 (centrée autour des pratiques professionnelles des soignants). La forme « public », également associée à la classe 6, n'est antiassociée qu'à la classe 1. Les formes « privé » et « public », qui sont très associées à la classe 6, ne sont donc pas antiassociées aux mêmes classes. Le retour aux segments de textes caractéristiques permet de préciser cette proposition : si les formes « privé » et « public » sont toutes les deux extrêmement associées à cette classe, elles sont opposées en permanence quant aux tarifs que ces deux types de structures proposent :

Ouvert en mai 2013, l'établissement de 103 lits marque le souhait du conseil général d'améliorer et optimiser l'offre du service public sur le secteur de la dépendance secteur soumis à la concurrence de nombreuses maisons de retraites privées sur le département...

**** *cat_ods *source_hospimedia *an_2014 *aut_AM

...aussi l'établissement de Morangis propose-t-il un tarif à 60 par jour contre près de 100 en île de France dans les établissements privés...

**** *cat_fin *source_hospimedia *an_2020 *aut_TQ

De manière générale, les classes 5 et 6 sont les plus faciles à interpréter. Le second sous-ensemble de classes (classes 3 et 4, classes 1 et 2), doivent être interprétées en regard de ces deux classes.

La classe 4 : les outils

La classe 4 regroupe 10 077 segments sur les 47 583 classés, soit 21,18 % des segments classés.

Tableau 14. Caractéristiques des formes de la classe 4 (corpus "Hospimédia")

Eff, S,t	Eff, total	Pourcentage	Chi ²	Forme	P-Value
814	1 321	61,62	1 331,29	qualité	<0,001
724	1 209	59,88	1 113,38	formation	<0,001
682	1 212	56,27	917,53	accompagnement	<0,001
510	830	61,45	820,57	outil	<0,001
436	712	61,24	694,84	développer	<0,001
417	674	61,87	678,17	parcours	<0,001
1452	3 978	36,50	610,58	mettre	<0,001
1170	3 021	38,73	595,28	service	<0,001
340	538	63,20	575,56	programme	<0,001
484	909	53,25	570,88	prévention	<0,001
484	921	52,55	553,80	acteur	<0,001
405	726	55,79	528,96	démarche	<0,001
1006	2 637	38,15	481,72	place	<0,001
415	786	52,80	478,72	développement	<0,001
590	1 304	45,25	465,25	offrir	<0,001
546	1 186	46,04	450,30	territoire	<0,001
667	1 569	42,51	442,36	action	<0,001
451	933	48,34	420,58	pratique	<0,001
318	587	54,17	387,64	améliorer	<0,001
461	999	46,15	381,10	évaluation	<0,001

Cette classe hétérogène rassemble tout ce qui a trait aux outils et instruments : outils de cadrage de la pratique (« évaluation », « qualité »), outils de gestion RH (« formation »).

...[Il faut faire attention à ce] que l'outil ne crée plus de confusion que de transparence et que la qualité des établissements ne soit tirée vers le bas...

**** *cat_soc *source_hospimedia *an_2022 *aut_LW

... de plus, quand l'hospitalisation s'avère nécessaire, elle est mieux accompagnée, puisque tous les ehpad du groupe SOS sont sur le même outil informatique le logiciel de soins titan...

**** *cat_conga *source_hospimedia *an_2019 *aut_LW

... rien n'est imposé par les tutelles, tout repose sur la bonne volonté des acteurs. Ensuite, c'est une équipe indépendante de l'ARS qui réalise l'évaluation via un état des lieux exhaustif de l'établissement.

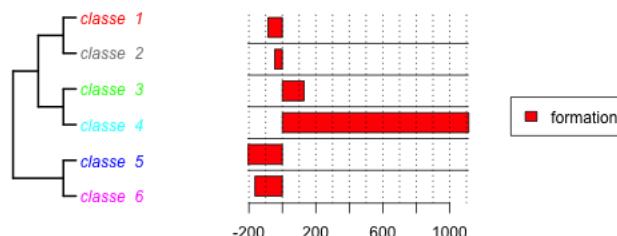
**** *aut_CL *cat_pa *source_hospimedia *an_2010

...les missions les moins confiées aux IDEC travaillant dans les plus petits Ehpads sont l'élaboration du projet d'établissement, la participation aux réunions d'encadrement, ou encore l'évaluation.

**** *cat_rh *source_hospimedia *an_2014 *aut_LW

Comme le montre le tableau des antiprofils de la forme « formation », la forme est évidemment associée à la classe 4, mais également à la classe 3 (les professionnels de santé) :

Tableau 15. Antiprofils de la forme "formation" (corpus "Hospimédia")



La classe 3 : les professionnels de santé

La classe 3 regroupe 3 892 segments sur les 47 583 classés, soit 8,18 % des segments classés.

Tableau 16. Caractéristiques des formes de la classe 3 (corpus "Hospimédia")

Eff. S.t.	Eff. total	Pourcentage	Chi2	Forme	P-Value
721	1 201	60,03	4 411,10	infirmier	<0,001
232	288	80,56	2 020,97	mobile	<0,001
281	412	68,20	1 993,75	gériatrique	<0,001
355	632	56,17	1 964,23	hospitalisation	<0,001
938	3 433	27,32	1 805,44	soin	<0,001
414	965	42,90	1 581,17	urgence	<0,001
428	1 125	38,04	1 368,39	équipe	<0,001
216	359	60,17	1 301,74	had	<0,001
225	390	57,69	1 283,56	nuit	<0,001
406	1 182	34,35	1 105,25	médical	<0,001
132	172	76,74	1 080,54	astreinte	<0,001
201	369	54,47	1 061,11	consultation	<0,001
169	298	56,71	940,46	médecine	<0,001
193	386	50,00	906,24	filière	<0,001
374	1 192	31,38	875,94	patient	<0,001
125	197	63,45	804,68	ssiad	<0,001
146	271	53,87	757,75	palliatif	<0,001
173	368	47,01	744,61	gériatrie	<0,001
131	233	56,22	719,62	psychiatrie	<0,001
494	2 072	23,84	707,58	médecin	<0,001

Cette classe est centrée sur le travail des professionnels de santé paramédicaux (« infirmier »).

Les médecins apparaissent bien dans cette classe, mais il s'agit principalement des médecins « traitants », « généralistes » ou « libéraux », les médecins coordonnateurs n'apparaissant pas vraiment. Ensuite, ce travail est décliné de façon formelle en fonction des formes d'exercice (« nuit », « HAD », « astreinte »). Le terme « d'équipe » ne fait pas référence à des enjeux de coopération interprofessionnelle, mais plutôt à une dimension formelle (« équipe » mobile, par exemple). Surtout, les professionnels ne sont pas différenciés : ils sont mentionnés comme « les équipes des Ehpad », sans distinction.

La technique qui repose sur la méthode de la photographie partagée est assez simple, mais selon Anne Sadoulet, très payante. Pour cela, plusieurs facteurs doivent être réunis. D'abord il faut que les équipes des Ehpad soient volontaires...

**** *cat_pds *source_hospimedia *an_2016 *aut_AM

Un axe formation s'adresse à l'ensemble des soignants et équipes des Ehpad...

**** *cat_ods *source_hospimedia *an_2013 *aut_CR

Des références aux enjeux de coordination pluriprofessionnelles sont cependant associés à cette classe. Celles-ci mettent en scène une logique contrainte : difficultés du travail de nuit, poste de coordinateurs mal périmétrés et mal définis...

La classe 1 : les résidents face au Covid

La classe 1 regroupe 8 231 segments sur les 47 583 classés, soit 17,3 % des segments classés.

Tableau 17. Caractéristiques des formes de la classe 1 (corpus "Hospimédia")

Eff. S.t.	Eff. total	Pourcentage	Chi2	Forme	P-Value
1 947	4 077	47,76	2 891,45	résident	<0,001
604	1 207	50,04	928,10	famille	<0,001
335	501	66,87	869,61	visite	<0,001
581	1 204	48,26	827,52	crise	<0,001
539	1 119	48,17	763,34	covid	<0,001
757	1 881	40,24	720,80	personnel	<0,001
619	1 425	43,44	701,66	cas	<0,001
211	280	75,36	663,66	confinement	<0,001
191	266	71,80	555,51	masque	<0,001
174	256	67,97	461,93	repas	<0,001
129	162	79,63	441,46	barrière	<0,001
390	895	43,58	440,26	soignant	<0,001
367	829	44,27	429,04	difficulté	<0,001

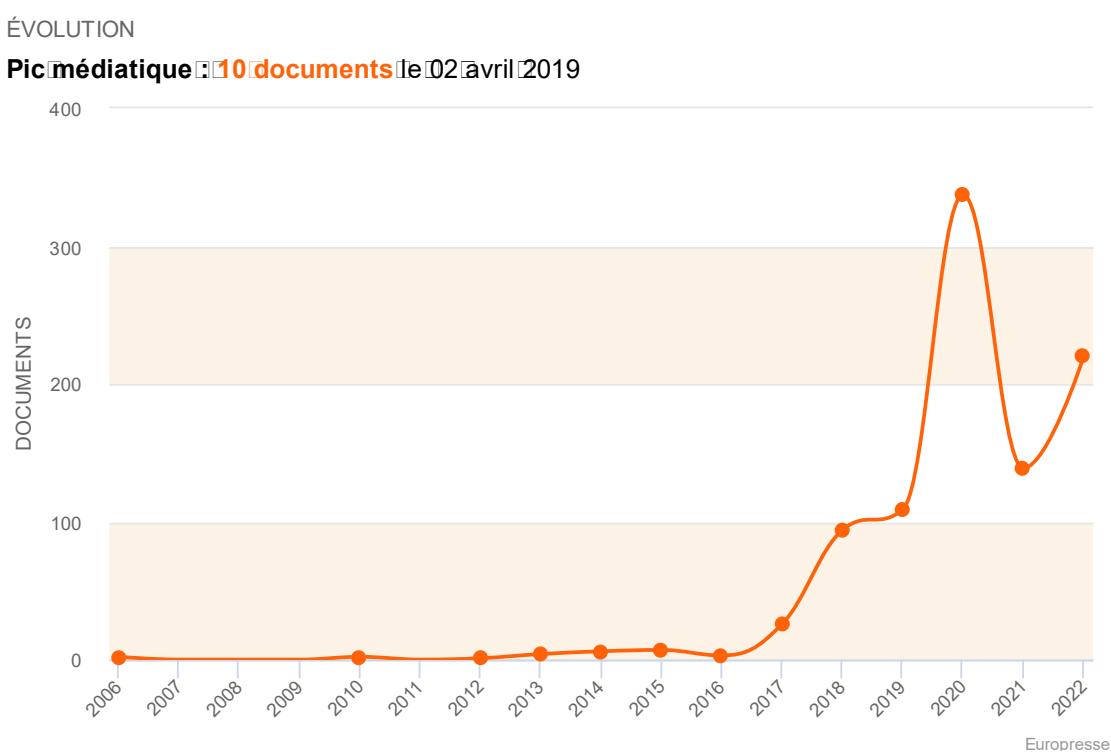
Cette classe associe résidents et Covid, en insistant sur les difficultés et obstacles de prise en charge des résidents dans la période.

La classe 2 : les données d'études

Cette classe rassemble toutes les références citées dans les articles Hospimédia et tirées des études mobilisées (« étude », « donnée », « moyenne », « DREES », etc.). Les principales données mobilisées concernent la gestion du Covid et s'articulent ainsi à la classe 1.

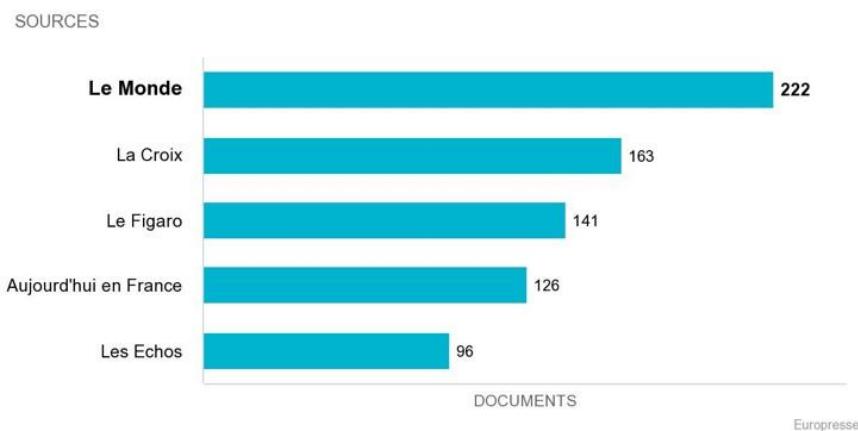
Pour finaliser cette analyse du discours médiatique, passons maintenant au corpus « *Europresse* », constitué, pour rappel, de 769 articles de presse publiés entre 2006 et 2022. Avant 2016, le sujet des Ehpad n'est quasiment pas traité. On constate ensuite une augmentation marquée du nombre d'articles à partir de 2017, juste avant l'apparition du Covid. La courbe fléchit entre les deux confinements des 17 mars au 11 mai 2020 (non inclus) et des 30 octobre au 15 décembre 2020 (non inclus), avant une reprise de l'augmentation.

Tableau 18. Évolution du nombre d'articles « Ehpad » 2006-2022, corpus « *Europresse* »



Plus de 40 % des articles proviennent des mêmes journaux : *Le Monde* (222 articles) et *La Croix* (163 articles), avec un auteur du *Monde* (Béatrice Jérôme) qui est la plus prolifique de tout le corpus (51 articles)

Tableau 19. Répartition des articles par source (2002-2022), corpus « Europresse »

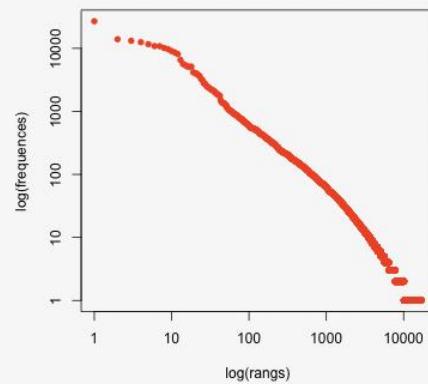


Pour mener une analyse lexicométrique du corpus à l'aide d'Iramuteq, les 769 articles ont été réunis en un seul document qui contient 537 130 occurrences et 15 047 segments de texte. Le nombre de formes s'élève à 26 630 et le nombre d'hapax à 11 343 (42,59 % des formes et 2,11 % des occurrences).

Le corpus est normalement structuré : le nombre de formes est inférieur au nombre d'occurrences (à cause de la lemmatisation), la courbe est décroissante. On peut déjà constater que certaines occurrences sont majoritaires (la courbe est plutôt stable au départ).

Tableau 20. Résumé des caractéristiques du corpus Europresse

Résumé
Nombre de textes : 769
Nombre d'occurrences : 537130
Nombre de formes : 16922
Nombre d'hapax : 6824 (1.27% des occurrences - 40.33% des formes)
Moyenne d'occurrences par texte : 698.48



Le classement des formes actives par fréquences décroissante permet de produire une première analyse.

Tableau 21. Classement des formes actives par fréquence décroissante (corpus « Europresse »)

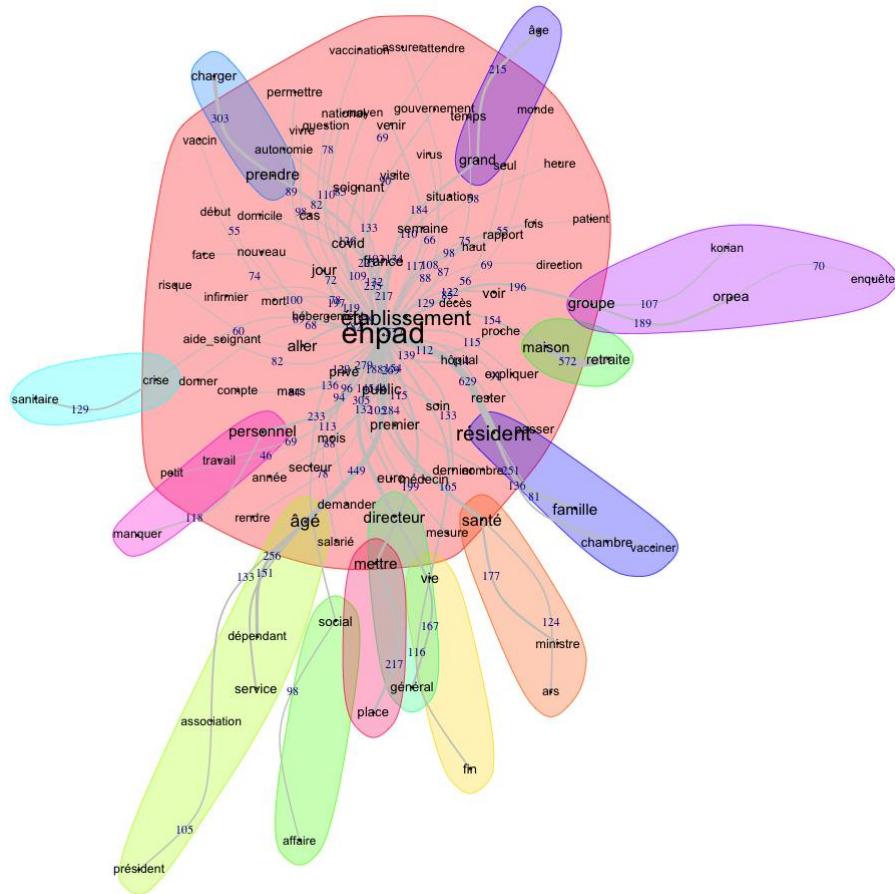
1	éhpad	3 638	nr
2	établissement	1 966	nom
3	résident	1 923	nom
4	âgé	1 332	adj
5	santé	1 114	nom
6	directeur	1 030	nom
7	aller	1 011	ver
8	prendre	963	ver
9	famille	940	nom
10	personnel	928	adj

Sans surprise, les formes actives les plus fréquemment utilisées sont « Ehpad » et « établissement ». Cependant, plusieurs constats peuvent déjà être mis en avant :

- L'absence surprenante de mention du Covid dans les effectifs du tableau (la forme « covid » n'est classée qu'en 21^{ème} position) ;
- La distinction privée/public n'est pas non plus particulièrement mise en avant (la forme « privé » n'est que la 25^{ème} occurrence la plus fréquente, la forme « Orpea » est la 23^{ème}) ;
- La mise en avant et la distinction claire entre trois catégories de population : les résidents et leur famille ; les directeurs des Ehpad ; le personnel.

L'ADS permet d'enrichir cette première interprétation. Nous sélectionnons les 103 formes ayant une fréquence supérieure à 300.

Figure 6. Analyse de similitudes, corpus « *Europresse* »



Au-delà de la communauté centrale structurée autour de la forme Ehpad, plusieurs communautés apparaissent :

- Une communauté centrée autour de la crise sanitaire (les deux formes créent une communauté). Si la crise sanitaire n'est pas le sujet le plus fréquemment et directement traité, la gestion du Covid reste un sujet en soi traité dans les articles ;
 - Des communautés structurées autour des statuts juridiques des Ehpad : les Ehpad privés à but lucratif (« groupe » « Orpéa » « Korian » « enquête ») et les Ehpad associatifs (« association » « président » « service »). Notons que l'analyse de similitude ne dit rien sur la façon dont s'articulent ces deux communautés ; notons également l'absence de communauté centrée sur les Ehpad publics. Remarquons également que la communauté centrée autour des Ehpad privés à but lucratif n'apparaît que récemment : elle est liée à la publication le 26 janvier 2022 de l'ouvrage *Les fossoyeurs*. En effet, la plupart des articles qui construisent cette communauté paraissent après cette date, soit pour mentionner l'ouvrage, soit pour commenter les rapports d'enquête diligentés ;
 - Des communautés centrées autour des acteurs. On retrouve les communautés identifiées rapidement grâce au tableau de fréquences : la première est centrée

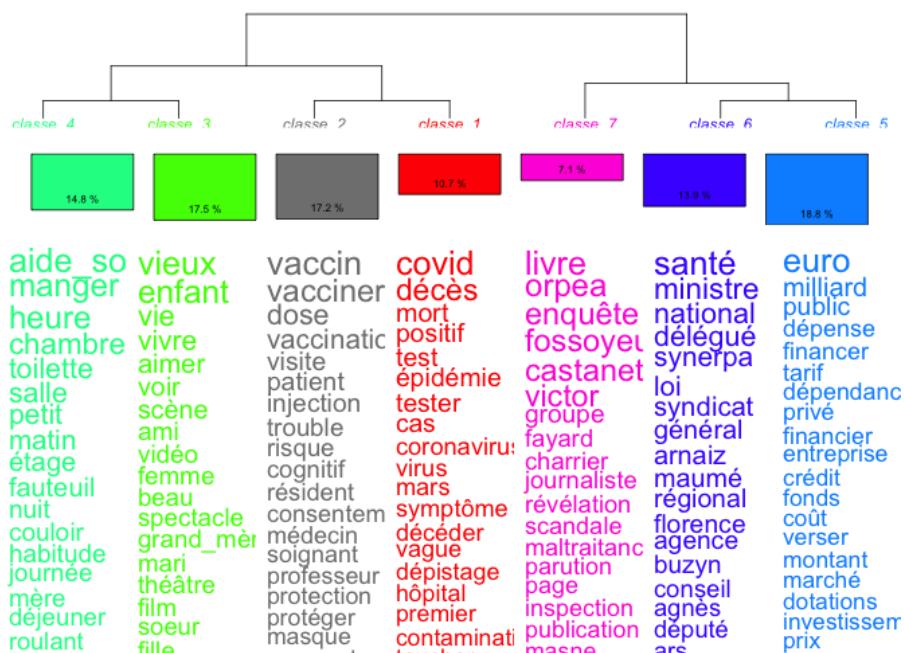
autour de la forme « directeur », la seconde est centrée autour des formes « résident » et « famille ». On constate également l'apparition d'une communauté centrée autour des pouvoirs publics (formes qui ne sont pourtant pas les plus fréquemment utilisés) : « ministre », « santé », « ars ».

Pour conclure, deux ressortent de l'analyse croisée du tableau de fréquence et de l'ADS :

- La mise en avant récente de la distinction entre statuts juridiques différents : cette variable n'existe pas avant 2022 ;
- Des communautés d'acteurs qui restent flous : si les directeurs, les résidents (et leur famille) ressortent des deux analyses, la communauté centrée autour du personnel n'existe pas (même si les formes associées sont fréquentes) et celle centrée autour des pouvoirs publics ne repose pas sur des formes fréquemment utilisées.

La classification de Reinert ci-dessous permet de mieux lire ces informations. 96,54 % des segments ont pu être classés, ce qui démontre une excellente qualité de l'analyse. L'algorithme a déterminé 7 classes de mots. Le dendrogramme fournit les formes les plus associés pour chaque classe :

Figure 7. CHD du corpus « *Europresse* » (dendrogramme)



Deux sous-ensembles se distinguent : d'une part, les classes 1, 2, 3 et 4 qui concernent la crise sanitaire et les pratiques de travail quotidiennes, d'autre part les classes 5, 6 et 7 qui concernent le scandale déclenché par la parution du livre *Les fossoyeurs* et la gestion publique.

Le premier sous-ensemble est structuré en deux systèmes de classes (classes 1 et 2 d'une part, classes 3 et 4 d'autre part).

Le premier système de classes (classe 1, classe 2) concerne la crise sanitaire : la classe 1 regroupe principalement les termes et pratiques purement médicaux associés à la diffusion du virus (« covid », « positif », « tester », « épidémie », etc.), la classe 2 regroupe principalement la gestion de la prévention, qu'elle soit médicale (« vaccin », « injection »), centrée directement sur le résident et sa famille (« consentement », « visite ») ou sur ceux qui produisent les actes médicaux (« médecin », « soignant », « professeur »). L'analyse de ce premier système est éclairante, car elle permet de compléter nos premiers résultats : les catégories d'acteurs (soignants, résidents, mais également les médecins qui n'apparaissent ni dans le tableau de fréquence ni dans l'analyse de similitudes) ne sont mentionnées que dans la mesure où ils participent de la gestion du Covid. En d'autres termes, ces catégories ne sont pas une préoccupation du champ journalistique avant 2020.

Le second système concerne les pratiques de travail quotidiennes : la classe 4 rassemble le travail « opérationnel » des aides-soignantes (« heure », « chambre », « toilettes », « salle »), mobilisant un vocabulaire plutôt dépréciatif (« petit », « couloir ») :

« Côté soins et vie quotidienne, les inspecteurs de l'administration estiment que le respect de l'hygiène, le temps de toilette, la surveillance des escarres, la prévention des chutes, sont altérés par le manque de temps des personnels... » (Le Figaro, 2022)

« La difficulté à recruter des aides-soignants pousse parfois à former sur le tas des personnes jusqu'alors chargées du ménage, explique Mme Maubourguet. Elles pourront être amenées à réaliser des toilettes, ce qui n'est pas un acte anodin... » (Le Monde, 2022)

« Une aide-soignante qui doit aller vite lors d'une toilette risque de ne pas adopter la bonne posture pour déplacer une personne âgée et se faire un tour de reins ou une dorsalgie, ajoute-t-il... » (La Croix, 2017)

« Il commence donc à livrer des couches trop petites sans élastiques qui fuient... » (La Croix, 2019)

La classe 3 rassemble les pratiques d'animation (scène, vidéo, spectacle, théâtre, film), mobilisant un vocabulaire qui repose beaucoup plus sur l'affect (« vie », « aimer », « ami ») et à destination des résidents (« vieux », « grand-mère ») :

« Alors qu'un air de liberté commence à souffler sur la France, des familles voudraient revoir un parent ou grand parent dans un cadre moins strict. J'aurais tellement aimé faire venir ma maman à la maison dimanche dernier... » (Le Monde, 2021)

« Elle aimeraient écrire, poursuivre ces récits qu'elle a rédigés dans un cahier d'une écriture bleue, soignée [...]. Une vocation à laquelle elle aurait aimé consacrer sa vie si elle avait suivi les plans de sa mère qui l'imaginait institutrice... » (La croix, 2018)

« J'aime le travail d'équipe qui est incontournable en Ehpad, chacun apporte son expérience, on apprend les uns des autres, et puis j'ai noué des liens avec certains patients » (AJF, 2018)

Ressort ici une hiérarchie entre un travail « ingrat » et un travail plus valorisé qui articule à la fois une dimension intime et sociale. Ce second système doit également être mis en regard du premier : la crise sanitaire a réduit la vie en Ehpad à un travail ingrat (classe 4) et fait disparaître le travail valorisé (classe 3).

Le second sous-ensemble est également structuré entre un système de classes (classes 5 et 6) et une classe (classe 7).

La classe 7 concerne exclusivement le scandale déclenché par la parution du livre *Les fossoyeurs* (« livre », « orpéa », « enquête », « fossoyeur »), avec un angle d'attaque sur les Ehpad privés à but lucratif. Les maltraitances sont ainsi explicitement liées au statut juridique des établissements :

« Toujours selon Les Fossoyeurs, Orpea aurait aussi bénéficié de marges arrière permettant un tour de passe-passe comptable au détriment des finances publiques. » (AJF, 2022)

« Le géant mondial de la finance détient désormais 5 27 de la société, devenant ainsi l'un des principaux actionnaires du groupe de maisons de retraite. Signe que les poids lourds de la finance ne croient pas à la fin du modèle lucratif. » (AJF, 2022)

« Victor Castanet a découvert qu'Orpea avait industrialisé ce système : le groupe a négocié des contrats juteux avec les fabricants de fauteuils roulants et autres dispositifs médicaux financés par l'assurance-maladie ou de couches financées par le département. » (Le Monde, 2022)

« Le mal est connu de longue date, mais en ciblant Orpea, poids lourd du secteur, l'ouvrage crée une onde de choc. Le contraste entre le traitement indigne des résidents, les pratiques mesquines de réduction des coûts et l'opulence du groupe fait mouche. » (Le Figaro, 2022)

En regard, le système de classes 5 et 6 concerne la gestion publique. La classe 5 rassemble les formes caractérisées par une dimension financière (« euro », « milliards », « public »),

« dépense »), la classe 6 rassemble les acteurs publics et/ou politique (« santé », « ministre », « agence », « florence » « Buzin », « député »). Ces derniers sont ainsi présentés soit comme les promoteurs d'un système de rationalisation dont les effets pervers se traduisent par l'apparition de dérives et de maltraitances, soit comme les défenseurs des Ehpad vis-à-vis de ces dernières (sous-entendu, vis-à-vis du secteur privé à but lucratif).

Pour conclure sur l'analyse lexicométrique des articles de presse parus entre 2006 et 2022 concernant les Ehpad, plusieurs éléments ressortent.

Le premier fait structurant est le désintérêt marqué du champ journalistique avant 2017. Si le nombre d'articles parus augmente avant la diffusion du Covid et la publication des *Fossoyeurs*, ces deux événements sont clairement les déclencheurs de l'augmentation exponentielle du nombre d'articles traitant la question. À cette occasion, deux éléments viennent structurer le débat :

- Le premier concerne la mise en avant des Ehpad privés à but lucratif (associés aux accusations de maltraitance à la suite de la sortie des *Fossoyeurs*). Cette insistance repose sur une opposition entre les statuts juridiques des Ehpad (privé commercial/privé non lucratif/public), mais cette distinction n'est pas clairement affirmée : l'analyse de fréquence ne la fait pas ressortir, l'analyse de similitudes oppose simplement le secteur associatif au secteur privé à but lucratif, la CHD ne fait pas apparaître de distinction *organisationnelle* (si la CHD met en avant les Ehpad privés à but lucratif pour dénoncer les maltraitances associées, l'opposition est plus structurée entre les acteurs politiques publics et les établissements privés à but lucratifs qu'entre les différents types d'établissements). Les Ehpad publics ne ressortent jamais ;
- Le second concerne les acteurs qui gravitent autour et au sein des Ehpad : différentes catégories émergent en fonction des analyses.

Tableau 22. Catégories d'acteurs en fonction de l'analyse, corpus « Europresse »

	Analyse de fréquence	ADS	CHD
Directeur	X	X	
Résidents	X	X	X
Personnel	X		X
Autorités publiques		X	X

Seule la catégorie relative aux résidents (et à leurs familles) ressort de toutes les analyses. La catégorie « directeur », qui semble centrale dans l'analyse de fréquences et dans l'ADS, disparaît dans la CHD. La catégorie « personnel » est floue : l'analyse de fréquence ne différencie pas les différentes professions alors que la CHD oppose le travail des aides-soignantes aux « médecins » et aux « soignants », mettant en scène de façon très implicite une hiérarchie sociale à l'œuvre au sein des établissements. La catégorie « pouvoirs publics », qui ressort de l'ADS et de la CHD, doit être mise en

regard de la publication des *Fossoyeurs*. Malgré ce flou, certaines catégories sont associées à un registre de vocabulaire particulier : les résidents et leurs familles relèvent d'un vocabulaire de l'affect (voir classe 3 du CHD), les aides-soignantes d'un vocabulaire de la pénibilité (classe 4 de la CHD), les autorités publiques d'un vocabulaire financier (classes 5 et 6 de la CHD). Ces grandes figures de style structurent le discours sur les Ehpad et viennent répondre tant à l'événement Covid qu'à l'événement *Fossoyeurs*.

Que retenir de ces analyses lexicométriques qui paraissent à première vue éparses, hétérogènes ? Le principal constat est celui de la confusion quasi parfaite entre le discours politique et le discours médiatique. Les mêmes catégories ressortent, les mêmes articulations de registres de vocabulaire sont mobilisées, en un mot, les Ehpad sont conçus et présentés de la même manière. Trois éléments centraux ressortent.

En premier lieu, la prégnance de la crise : dans tous les documents (à l'exception du corpus « Libault », qui est le moins fourni des quatre), les Ehpad sont associés à deux crises.

La première est associée à la publication de l'ouvrage de V. Castanet (Castanet 2022), explicitement cité. Cette crise est évidemment mentionnée dans le discours médiatique, en particulier dans les articles récoltés via *Europresse* (voir l'analyse de fréquences, l'analyse de similitudes et la classe 1 de la CHD du corpus « *Europresse* », voir également la classe 2 « données d'études » de la CHD du corpus « *Hospimédia* »), mais également dans le discours politique (voir la classe 6 de la CHD du corpus « *Rapports* »). Cette association est peu surprenante, mais elle est redoublée par une seconde association qui repose sur le même principe.

La seconde est celle du Covid, présente dans le discours médiatique (surtout) et politique, mettant en avant un épisode « cannibale » : crise organisationnelle, crise de la prise en charge, crise du modèle des Ehpad (voir notamment l'analyse de similitudes et la CHD du corpus « *Europresse* », la classe 1 de la CHD du corpus « *Hospimédia* », mais également la CHD du corpus « *Libault* » mettant en avant le résident « perdu »).

Ces deux crises sont associées l'une et l'autre à des acteurs distincts. La première met en scène l'opposition entre Ehpad privés lucratifs et Ehpad publics, la seconde s'articule principalement à la figure du résident. Dans le cas de la crise déclenchée par la publication de l'ouvrage, c'est le thème de la marchandisation du secteur qui est mis en avant, avec une bicatégorisation hiérarchisée entre des Ehpad privés lucratifs présentés comme producteurs de maltraitance et des Ehpad publics préservés. Les Ehpad associatifs, qui représentent pourtant 31 % du nombre de structures totales, 28,6 % des places installées, 28,9 % des personnes accueillies, 27,5 % du personnel des résidents en 2015 (2015) et qui accueillent 29,4 % du nombre de résidents en 2019, avec une augmentation de 3,5 % du nombre de personnes accueillies entre 2015 et 2019 (Balavoine 2022), ne sont que très peu pris en compte. Cette marginalisation de l'acteur associatif éclaire la façon biaisée dont cette crise est présentée : c'est ici l'action des autorités publiques qui est mise en jeu, principalement sous l'angle de la dénonciation (discours médiatique) ou de la défense (discours politique). La seconde crise, celle du Covid, est principalement reliée à la figure du « résident », présenté comme un acteur qui subit les conséquences de la gestion de la pandémie.

Ces dernières remarques nous amènent au deuxième élément central de l'analyse lexicométrique. Quels sont les acteurs qui ressortent de cette analyse et comment sont-ils présentés ? Trois acteurs sont mis en avant.

Les acteurs publics sont, comme on vient de le voir avec le discours sur la crise, le premier acteur. C'est le seul acteur, sur les trois que nous avons identifiés, qui est présenté comme étant doté de capacités d'actions. Celles-ci couvrent deux registres de discours. On identifie tout d'abord un registre de vocabulaire qui oscille entre une présentation technocratique et bureaucratique de l'action publique (voir l'analyse de similitudes du corpus « Hospimédia », la classe 4 de la CHD de ce même corpus, la CHD du corpus « Rapports ») : c'est ici la production et la mise en œuvre de procédures de régulation qui sont mises en avant ; ces procédures concernent les professionnels (dont le travail est contraint par cette régulation) et les résidents (ces procédures existent et sont produites pour améliorer leur prise en charge et pour lutter contre la maltraitance). On identifie ensuite un registre de discours économique (visible notamment dans les CHD des corpus « Hospimédia » et « Libault ») qui rassemble toutes les décisions concernant les modalités de financement et de tarification des Ehpad. Comme pour le registre de discours concernant les procédures de régulation, les professionnels (qui doivent être « formés ») et les résidents (qui sont « perdus ») en sont la cible. Comme on l'a vu ci-dessus avec le discours sur la crise, l'action des pouvoirs publics est également reliée à l'opposition entre Ehpad privés et publics.

Les deux autres acteurs identifiés (les professionnels et les résidents) se caractérisent principalement par leur homogénéité, leur univocité et leur absence de capacités d'action, à tel point qu'ils ressemblent plus à des figures de style, à des réceptacles d'événements et d'actions qui leur sont extérieurs, qu'à des acteurs en tant que tel. Notamment, les professions pouvant potentiellement cohabiter et travailler au sein des Ehpad sont très peu différenciées : elles sont regroupées dans des mêmes classes (voir la CHD du corpus « Libault », la CHD du corpus « Hospimédia »). De manière générale, les professionnels sont définis en creux, en réaction : ils subissent tant les différentes crises que l'action des pouvoirs publics.

Deux exceptions apparentes viennent en réalité conforter cette analyse. L'analyse de similitudes du corpus « Rapports » met en avant une profession particulière : celle de directeur d'Ehpad. Mais cette différenciation s'explique par la nature même du corpus : si les directeurs sont mis en avant, c'est bien parce qu'ils représentent le seul levier d'action des représentants des autorités publics (ceux par qui passent, notamment, la mise en œuvre des procédures de régulation et des évolutions de modalité de financement/tarification). En outre, l'absence des « autres » professionnel est significative en creux : ces derniers ne sont même pas considérés comme des acteurs. L'analyse de similitudes du corpus « Hospimédia » va dans le même sens : si elle différencie les médecins/infirmiers vis-à-vis des professionnels et des résidents, c'est pour mettre en avant la catégorie sanitaire et repousser aux marges de l'interprétation les professionnels, qui sont placés du côté des résidents.

Les résidents sont quant à eux réduits à un attribut : ils sont « perdus » (CHD du rapport « Libault ») et plus généralement caractérisés par leur affect (classe 3 de la CHD du corpus « Europresse »). Comme les professionnels, ils subissent l'action des pouvoir publics et plus généralement le mouvement de marchandisation promus par ces derniers ; ils subissent

également les différentes crises (victimes de maltraitance dans le cas de la première crise, victimes de la pandémie dans le cas de la seconde).

Troisième et dernier élément central : dans le discours politique, comme dans le discours médiatique, la dimension organisationnelle des Ehpad est effacée. D'un côté, les professionnels sont réduits à une catégorie indistincte et les résidents à leurs attributs. De l'autre, les pouvoirs publics, présentés comme producteurs d'une norme rationalisatrice et promoteurs d'un mouvement de marchandisation, monopolisent en quelque sorte les capacités d'action des acteurs. Au final, les Ehpad ne sont pas décrits de l'intérieur (existe-t-il des comportements différenciés quant à ces crises et ce supposé mouvement de rationalisation ?) et ne sont pas conçus comme des organisations potentiellement capables d'alimenter, de structurer, de résister face aux crises et aux représentants des pouvoirs publics qui portent ce mouvement de mise en concurrence/de marchandisation/de rationalisation.

On le voit, les discours politiques et médiatique sont très similaires : les deux mobilisent les mêmes catégories d'analyse (les mêmes acteurs sont réduits à leur fonction, le secteur est conçu comme étant traversé par une vague de marchandisation) et les deux viennent amplifier la conception d'un Ehpad traversé par des crises. La production scientifique sur le sujet ne diffère pas fondamentalement, comme on va le voir ci-dessous.

1.3 Un discours scientifique qui reproduit les catégories d'analyse

La littérature en sociologie et en sciences de gestion portant directement sur les Ehpad est relativement peu abondante. Outre les rapports et articles de la DREES issus des enquêtes EHPA depuis 1985 (voir par exemple Bazin et Muller 2018 ; Fizzala 2017 ; Kranklader et al. 2013 ; Mariane Muller 2017 ; Marianne Muller 2017 ; Muller et Roy 2018 ; Ramos-Gorand et Volant 2014 ; Saint-Jean et Somme 2003), quatre principales thématiques émergent.

La première concerne les professionnels et leurs conditions de travail (Amyot 2016 ; Badey-Rodriguez 2003 ; Billaud et Xing 2016 ; Colin et al. 2003 ; Desport et Vacheret 2019 ; Goujon Belghit 2020 ; Sipos 2003).

La deuxième concerne les résidents eux-mêmes et traite de leurs potentielles difficultés comme la fin de vie ou les enjeux de bientraitance (Basson et Vallereau 2020 ; Cottet et al. 2010 ; Degois et al. 2015 ; Donnio 2005 ; Guérin 2010 ; Lacour 2012 ; Trépied 2014).

La troisième prend de plus en plus d'importance et vise à identifier les transformations structurelles du secteur, en insistant notamment sur l'irruption des établissements privés à but lucratif en son sein et en mettant en avant les potentielles transformations afférentes (voir par exemple le dossier « concurrence et interventions sociales et médico-sociales » dans la revue Vie sociale (2020, 3/4, Erès, 318 p.)). Outre les rapports de description de la morphologie du secteur (voir les variables des rapports DREES issus des enquêtes EHPA, voir également (Loubat 2020)), c'est la concurrence entre établissements de statut juridique

différents qui est mise en avant (Collet-Berling 2020 ; Delouette et Nirello 2016, 2017b ; Lagay 2020 ; Martin 2014 ; Mercereau 2020), le plus souvent sous l'angle politique de la dénonciation de la marchandisation du secteur (Janvier 2020 ; Laroque 2020 ; Noguès 2020 ; Poujol 2020), cette dernière dimension étant rarement conçue comme un objet de recherche en soi dont il faudrait identifier les conditions de production (Hardy 2020). La dernière porte sur le crise, et notamment celle du Covid : « la vie » de et dans ces organisations se définit par une période « d'avant » la crise et « d'après » la crise, qu'il s'agit de gérer (voir par exemple (Balard et al. 2021 ; Baronnier et Arnold 2021 ; Bruyère et Massard 2021 ; Caillon 2022 ; Charazac 2023 ; Chovrelat-Péchoux 2021 ; Renault 2022)). Pour cette section, nous insisterons principalement sur les deux premières thématiques.

1.3.1 Des professionnels différenciés qui subissent

Le travail des différents métiers soignants en Ehpad consiste à répondre aux besoins primaires des résidents, en les assistant dans la réalisation des actes de la vie quotidienne : dormir, s'habiller, se nourrir, éliminer, se laver, se déplacer, se soigner, etc. (Marquier et al. 2016). Ces tâches contribuent à la mise en place d'une temporalité spécifique au travail soignant, puisqu'elles ne sont pas interchangeables entre elles et que certaines plages horaires leurs sont réservées. Proches du travail domestique, elles sont caractérisées par leur caractère répétitif et ingrat. Les soignantes⁵⁶ valorisent d'ailleurs la noblesse et l'utilité de leur métier en mettant en avant leur fierté de prendre soin d'une catégorie de personnes injustement négligée (Loffeier 2017) ou leur mission de service public, ainsi que leur attachement aux résidents (ce qui relève du travail relationnel) plutôt que les actes au cœur de leurs métiers (Chenal et al. 2016). Leurs compétences sont naturalisées et renvoyées à la « vocation » (Aubry 2012). Par ailleurs, le travail en Ehpad est rationalisé afin d'optimiser l'intervention de chaque professionnelle, dans des cadences qui se sont accélérées au cours des dernières années liées en partie à la plus grande dépendance des résidents (Marquier et al. 2016).

Les réformes des années 2000 portant sur les méthodes de tarification des soins médico-sociaux en Ehpad (voir ci-dessus) imposent des indicateurs standardisés qui ont un impact direct sur les conditions de travail en Ehpad. En effet, pour déterminer le montant de l'APA, les services de tarification des conseils départementaux doivent estimer les charges de personnel (qui représentent 60 à 70 % de l'ensemble des charges des Ehpad (Branchu et al. 2009)) et donc des indicateurs pour déterminer le nombre « nécessaire » de salariés à embaucher pour faire face aux besoins des établissements (Xing-Bongioanni 2021). Pour établir ces indicateurs, les tarificateurs tentent de quantifier le travail des professionnels en Ehpad. Premièrement, le travail auprès des personnes âgées est décomposé en séquences élémentaires, et seule une partie des tâches est prise en compte (par exemple, les tâches techniques des aides-soignantes comme lever les résidents ou faire la toilette sont prises en compte, mais pas les discussions avec eux). Deuxièmement, les services réalisés par les professionnels (ceux pris en compte) se voient attribuer une durée de réalisation. Cette

⁵⁶ Dans la mesure où les métiers concernés sont traditionnellement codés comme « féminins » et comptent une majorité de femmes dans leurs effectifs, le choix a été fait d'accorder systématiquement au féminin.

estimation du temps de travail « nécessaire » pour s'occuper des résidents et de l'établissement va ensuite être agrégée en fonction du nombre de résidents, du nombre de résident pondéré par le niveau de dépendance et la surface de l'établissement.

Troisièmement, cette quantité de travail « nécessaire » mesurée en minutes est convertie en nombre d'emplois équivalent temps plein (ETP) à partir des normes sur le temps annuel de travail.

Ces opérations de décomposition, d'objectivation et de quantification ne sont pas neutres, puisqu'elles séparent les tâches entre celles qui « comptent » financièrement pour l'administration publique et celles qui ne « comptent pas ». Elles ont un effet direct sur les conditions de travail en établissement : en limitant le nombre de salariés ETP en fonction des tâches jugées nécessaires à prendre en charge dans un temps minimum, elles imposent finalement aux soignantes de renoncer à une partie de leurs tâches (notamment relatives aux échanges avec les résidents) par manque de temps et/ou d'accélérer les cadences pour « tenir » les objectifs temporels imposés.

Au cœur du travail en Ehpad se trouve ainsi une tension pour les soignantes entre, d'une part, suivre la cadence élevée imposée par l'institution et, d'autre part, prendre le temps de s'occuper des résidents (Bessin 2014 ; Rimbert 2006). L'organisation du temps dans l'institution est calée sur les actes des soignants et des logiques d'organisation du travail (plannings et horaires de travail, rotation d'équipe, etc.), alors que les objectifs assignés concernant les soins et le rangement ne prennent pas nécessairement en compte le temps d'élaboration de l'activité, ni celui de récupération (Causse 2006). Cette cadence élevée empêche les soignantes de se conformer aux attentes qui pèsent sur elles en termes de qualité de la prise en charge, comme la « bientraitance », la personnalisation des soins ou encore les objectifs de maintien de l'autonomie. En effet, il est attendu d'elles une éthique de la sollicitude (Avril 2008) envers les résidents, une conformation de leurs pratiques aux attentes de « bientraitance », tout en travaillant dans des conditions incompatibles avec ces objectifs (Loffeier 2015). De même, l'objectif de maintien de l'autonomie des résidents constitue une injonction paradoxale dans le contexte de manque de temps et de moyens contraints (Chenal et al. 2016).

Ces tensions créent un conflit entre la réalisation des soins « techniques » et les soins « relationnels » (Lancelle 2016), entre un temps « idéal » (notamment pour celles qui ont été formées en école, formation qui dessine un idéal impossible à atteindre (Aubry et Couturier 2017)) et un temps « réel » (Billaud et Xing 2016), à l'origine de « situations d'embarras ». Beaucoup de soignantes déplorent ainsi un « travail empêché », résultant du sentiment de ne pas avoir les moyens de « bien faire son travail » et de la contradiction entre les normes portées et évaluées par l'organisation et les leurs (Chenal et al. 2016). Les cadences sont très élevées et placent les soignantes face au risque d'être trop lentes, au risque de déséquilibrer toute la structure⁵⁷ (Loffeier 2017). De plus, ce rythme effréné rend difficile pour les soignantes d'investir la dimension relationnelle de leur métier et la

⁵⁷ Par exemple, passer trop de temps à faire les chambres signifie que certains résidents hésitent à aller déjeuner alors que quelqu'un est encore dans leur chambre pour la nettoyer, que les parties communes normalement vides au moment des repas comme les ascenseurs ne sont pas nettoyés ou que l'équipe de l'après-midi, du soir ou du lendemain aura un surcroît de travail.

personnalisation de la prise en charge : les professionnelles assimilent parfois leur travail au « travail à la chaîne » et déplorent une perte de sens de leur métier dans ces conditions (Chenal et al. 2016). Aller trop vite est tout aussi compromettant : sans parler du risque de bâcler son travail, c'est aussi prendre le risque de se voir attribuer d'autres tâches ou faire l'objet de reproches.

Dès lors, le collectif de pairs joue un rôle essentiel, car il permet de traduire les injonctions organisationnelles en rythmes de travail : rythme lent dans le contact direct avec le résident, rythme rapide le reste du temps. Pour être « habilitée » par le groupe de pairs (Aubry 2010), l'impétrante doit démontrer sa capacité à « jongler » avec les deux rythmes de travail, c'est-à-dire ne pas trop ralentir l'allure générale ni trop accélérer la pratique (pour ne pas faire d'erreur) (Aubry et Couturier 2017). Le collectif de travail impose aux nouvelles recrues des « savoir-faire discrets » (Molinier 2011), c'est-à-dire transmettre des stratégies qui ne sont pas forcément approuvées par la hiérarchie, comme utiliser un soulever seul plutôt qu'à deux, réaliser une toilette ciblée sur certaines parties du corps plutôt que toilette complète, etc.

De même, les normes promues dans une optique de « bientraitance », comme la prohibition du tutoiement ou de l'emploi du prénom des résidents afin d'éviter la familiarité avec ces derniers peuvent être perçues par certaines soignantes comme une forme de froideur et de distance avec des personnes avec qui elles ont vocation à créer des liens (Loffeier 2015). Ces conflits de normes peuvent intervenir entre direction et soignantes, ou entre familles et soignantes. « Bien faire son travail » en respectant le souhait d'un résident (par exemple, ne pas mettre de chaussons à une personne qui n'en a pas envie) ou en s'adaptant aux circonstances concrètes (par exemple, remplacer le jus de fruit habituel en rupture de stock par un autre) peut être perçu comme de la maltraitance aux yeux de la famille, en tant que preuve d'un manque de soins (Lancelle 2016).

Ces conditions de travail difficiles sont aggravées par l'évolution du profil des résidents, qui arrivent en institution plus âgés, plus dépendants et plus malades (Marquier et al. 2016). La charge mentale des professionnelles est ainsi accrue à cause du risque de désorientation des résidents déments, qui risquent de quitter l'établissement, se perdre, errer, etc. La médicalisation des Ehpad amorcée en 2002 s'est également accompagnée de son lot de contraintes réglementaires et recommandations, avec notamment une activité plus grande de « reporting » par écrit ou sur des supports dématérialisés, qui sont des tâches supplémentaires à réaliser à moyens constants.

On le voit, une différence importante entre le discours politique et médiatique d'un côté, le discours scientifique de l'autre, est que ce dernier distingue les différentes catégories de professionnels. Cependant, la ligne directrice reste la même : ces professions évoluent sous le signe de la contrainte.

Si les soignantes ont jusqu'ici été considérées comme un ensemble homogène, il convient de rappeler que quatre types de professions ont été regroupées dans cette appellation : les infirmières, les AS, les ASH⁵⁸ et les AMP. La plupart des recherches qui portent sur les

⁵⁸ Parfois qualifiés d'agents sociaux (territoriaux), par exemple dans les Ehpad gérés par des municipalités.

soignantes en maison de retraite portent sur les AS, un groupe potentiellement plus facile à enquêter que les ASH car les premières bénéficient d'une formation spécifique. Les AS forment une catégorie intermédiaire (Arborio 2007, 2009) : affectées aux actes de nursing (les soins non-médicaux, comme la toilette), positionnées entre l'infirmière assignée aux soins médicaux (pansements, distribution des médicaments, etc.) et les ASH chargées des tâches plus matérielles et éloignées des soins (comme l'entretien de l'établissement). Bénéficiant d'un label médical sans pouvoir valoir les qualifications afférentes, les ASH ne peuvent pas mobiliser de compétences médicales pour négocier leurs pratiques professionnelles, ce qui les place dans une position subordonnée par rapport aux AS et aux infirmières (Loffeier 2017). Les AMP sont plus rares dans les structures, car elles accompagnent essentiellement des personnes atteintes de démence (comme la maladie d'Alzheimer) et interviennent donc généralement lorsque l'établissement dispose d'unités spécialisées, comme un PASA ou une UVP (Unité de Vie Protégée). Comme les aides-soignantes, les AMP doivent détenir un diplôme, obtenu après une formation ou grâce à une VAE (Validation d'Acquis de l'Expérience).

La médicalisation des établissements pour personnes âgées a eu un effet sur la structure des emplois et la division des tâches en Ehpad, puisque la part de personnel plus qualifié a augmenté par rapport à celle des agents de service, traditionnellement nombreuses dans les maisons de retraite (Lechevalier Hurard 2014). Cette transformation induit une séparation plus nette entre fonction hôtelière et fonction de soin, différence renforcée par la mise en place du diplôme d'État pour les aides-soignantes en 2007.

Cependant des glissements fonctionnels s'opèrent : certaines professionnelles « faisant fonction » peuvent assumer certaines tâches normalement assignées à un autre groupe professionnel (Marquier et al. 2016). Ce glissement entre en contradiction avec la médicalisation de la prise en charge en Ehpad amorcée en 2002, notamment en ce qu'elle définit les financements en fonction des « besoins » en professionnelles, eux-mêmes appuyés sur le niveau global de dépendance des résidents. Les seules professionnelles à avoir le monopole de certaines tâches sont les soignantes qualifiées, qui sont les seules habilitées à réaliser certains gestes techniques (rares en pratique) et à gérer les médicaments (gestion à laquelle les collègues moins qualifiées participent souvent dans les faits) (Pichonnaz et al. 2020). En ce qui concerne les autres professions (animation et hôtellerie), seule la cuisine peut se prévaloir d'un monopole : les professionnels qui y travaillent sont les seuls à s'occuper de la confection de repas en larges quantités. Cette grande porosité des tâches implique que les différents groupes professionnels peuvent difficilement revendiquer une expertise spécifique, d'autant qu'ils s'appuient sur les mêmes principes pour évaluer « le travail bien fait ». En effet, tous les professionnels s'accordent sur quatre grands principes :

- Respect de l'autonomie du résident (prendre en compte ses habitudes, ses désirs et ses envies, ainsi que ses ressources et habiletés, éviter les mesures de contrainte) ;
- Respect de la dignité du résident (respecter l'identité du résident, établir une relation avec lui) ;

- Gestion des risques (pratiques visant à éviter les accidents, y compris les fugues, et à maintenir l'hygiène corporelle et alimentaire des résidents) ;
- Préoccupation pour le bien-être des professionnels (garantir de bonnes conditions de travail).

Tous ces principes n'ont pas à être hiérarchisés dans toutes les situations mais les quatre ne peuvent être priorisés simultanément. Par exemple, le principe de préservation de la dignité et de l'autonomie du résident amène les soignantes à privilégier l'accompagnement du résident lors de la toilette plutôt que faire à leur place, mais cette volonté peut entrer en contradiction avec le maintien de conditions de travail favorables au personnel, puisque faire à la place est plus rapide. Or, en fonction de leurs formations et pratiques professionnelles, deux groupes professionnels peuvent être en désaccord sur le principe prépondérant dans une situation donnée. Les tensions sont ainsi fréquentes entre soignantes et animatrices, puisque la médicalisation conduit les premières à percevoir les résidents avant tout comme des malades et à réfléchir en termes de déficit plutôt que de ressources, tandis que les secondes valorisent davantage le maintien des capacités et l'autonomie des résidents.

Une autre manière d'appréhender ces tensions entre groupes professionnels consiste à s'intéresser à leurs périmètres respectifs et aux principes distincts qui les strurent. Les AS, AMP et ASH représentent plus de 72 % du personnel d'Ehpad (en ETP) (les AS, AMP et accompagnants éducatifs et sociaux représentent 41 % et les ASH, agents de service blanchissage, nettoyage et services de repas 31,2 %) (Desplanques et al. 2020). Les infirmiers représentent environ 11 %, les services généraux et la cuisine 7 %, la direction et l'administration 4,8 % et l'animation et le service social 1,9 %. Iris Loffeier propose d'appréhender l'Ehpad à l'intersection de trois cités (appréhendés par Boltanski et Thévenot comme des modèles partagés d'ordre légitime qui hiérarchisent les choses et les objets (Boltanski et Thévenot 1991)) : la cité industrielle régie par l'efficacité, la cité domestique régie par la tradition et le monde marchand régi par la concurrence (Loffeier 2011). Les résidents peuvent ainsi être perçus comme des « clients » qui paient pour une prestation (à plus forte raison dans un établissement privé commercial, comme c'est le cas de l'établissement ethnographié par l'autrice), comme des bénéficiaires d'un « bien-être » produit par le personnel (qui doit être fabriqué le plus rapidement et le plus efficacement possible, sans pour autant « bousculer » les résidents) et comme les habitants du lieu de vie qu'est l'Ehpad.

Tableau 23. Répartition des salaires moyens bruts chargés

Salaire moyen brut chargé du personnel salarié de la section SOINS et dispersion
Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Total échantillon EHPAD CA 2016	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Dispersion		
			1er décile	Médiane	9ème décile
Salaire brut chargé Infirmier salarié	5 486	53 796 €	44 987 €	53 946 €	63 677 €
Salaire brut chargé paramédical salarié (kinésithérapeute, ergothérapeute..)	3 181	42 455 €	28 012 €	42 973 €	58 200 €
Salaire brut chargé AS, AMP et ASG salarié	5 486	38 641 €	33 035 €	38 245 €	43 978 €
Salaire brut chargé médecin salarié	4 947	110 339 €	69 548 €	114 320 €	155 475 €
Salaire brut chargé pharmacien & préparateur en pharmacie salarié	690	52 518 €	..	100 182 €	

Salaire moyen brut chargé du personnel salarié de la section SOINS par statut juridique
Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Fonction principale exercée	Salaire brut chargé Infirmier salarié		Salaire brut chargé paramédical salarié		Salaire brut chargé AS, AMP et ASG salarié		Salaire brut chargé médecin salarié		Salaire brut chargé pharmacien & préparateur en pharmacie salarié	
Statut juridique fin	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée
Privé commercial	1 623	56 583 €	1 008	43 240 €	1 622	36 541 €	1 558	125 768 €	107	45 190 €
Privé non lucratif	1 789	55 600 €	993	43 209 €	1 789	38 159 €	1 597	119 206 €	149	50 479 €
Public autonome	1 001	52 900 €	536	41 261 €	985	41 292 €	843	93 255 €	123	54 304 €
Public rattaché à un EPS	524	51 116 €	426	44 062 €	526	40 010 €	498	107 852 €	290	55 505 €
Public territorial (CCAS)	549	47 902 €	218	34 296 €	564	37 562 €	451	75 007 €	21	54 137 €

Salaire moyen brut chargé du personnel salarié de la section SOINS par convention collective
Source : CA 2016 au 1er octobre 2017

Fonction principale exercée	Salaire brut chargé Infirmier salarié		Salaire brut chargé paramédical salarié		Salaire brut chargé AS, AMP et ASG salarié		Salaire brut chargé médecin salarié		Salaire brut chargé pharmacien & préparateur en pharmacie salarié	
	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée	Nombre d'EHPAD	Moyenne pondérée
Statut juridique fin										
Public										
FPH (titre IV)	1 465	52 091 €	936	43 019 €	1 451	40 776 €	1 292	101 569 €	410	55 043 €
FPT (titre III)	609	47 936 €	244	33 694 €	624	37 506 €	500	75 461 €	24	53 159 €
Privé commercial										
CCU du 18 avril 2002	1 696	56 586 €	1 053	43 483 €	1 693	36 596 €	1 622	125 704 €	105	44 889 €
Privé non lucratif & Privé commercial										
CCN BAD	14	56 968 €	5	27 571 €	15	35 265 €	13	107 561 €	0	.
CCN de 1951	1 203	56 098 €	666	43 564 €	1 198	38 595 €	1 069	118 626 €	121	49 726 €
CCN de 1965	4	54 490 €	1	84 159 €	4	38 992 €	3	131 460 €	0	.
CCN de 1966	20	51 212 €	8	35 457 €	20	35 506 €	19	124 278 €	1	32 005 €
Convention Croix Rouge	27	55 003 €	18	42 789 €	27	35 872 €	27	131 817 €	4	98 185 €
UCANSS	8	58 952 €	7	62 279 €	8	43 249 €	8	142 485 €	2	99 152 €
Autre convention collective	153	54 037 €	99	40 639 €	154	37 620 €	139	119 422 €	7	80 774 €
Pas de convention collective	50	53 674 €	21	45 407 €	49	38 885 €	47	121 585 €	0	.
Indéterminé	237	53 859 €	123	41 578 €	243	36 363 €	208	117 565 €	16	45 248 €

Source : (El Amraoui et al. 2017)

Enfin, si les directrices font partie des professionnels qui exercent en Ehpad, ils constituent une catégorie de professionnels peu investie par la littérature scientifique. Quelques éléments ressortent cependant. Face au turn-over et à l'absentéisme, les directrices peuvent mettre en place différents outils pour motiver les personnels et prévenir les absences (Sibille 2015) :

- La rémunération (la marge de manœuvre est faible⁵⁹, mais il est possible de proposer des rémunérations attractives à l'embauche, par exemple en prenant en compte l'ancienneté) ;
- Les primes (pour récompenser l'assiduité) ;
- Les emplois du temps (soit mettre en place un roulement jour/nuit sur 10 ou 12h, ce qui est économique et améliore la satisfaction du personnel, soit un roulement matin/après-midi/soir qui facilite la mise en place des 35h et permet d'avoir une équipe plus importante le matin) ;
- Les formations ;
- La communication (pour faire remonter les problèmes, garder le lien avec les salariés) ;
- L'évaluation (pour ceux qui l'utilisent, peut être un outil de contrôle de la productivité et de la motivation).

Les trois outils principaux mobilisés par les directrices sont l'octroi de primes⁶⁰, l'organisation des emplois du temps en journées de dix heures et la mise en place de formation diplômante⁶¹. Certaines directrices estiment cependant être impuissants face à l'absentéisme, dans la mesure où selon eux seul le salaire joue et ils n'ont que peu la main sur le montant de la rémunération. De fait, seule l'augmentation des salaires et le renforcement des taux d'encadrement semblent avoir un impact pour limiter le turn-over dans les Ehpad privés, mais les salaires dépendent des tarifs soins et dépendance (dont le montant ne dépend pas d'eux) (Martin et Ramos-Gorand 2017). Pour faire face aux absences ou vacances de poste⁶², les directrices ont plusieurs possibilités :

- Rappeler les personnes en repos ;
- Proposer des heures complémentaires (peu coûteuses si la personne est en temps partiel) ou des heures supplémentaires ;
- Recourir au personnel intérimaire (très coûteux) ;
- Constituer un « pool » de remplacement (qui peut aussi être vivier de recrutement).

Rappeler le personnel en repos ou proposer des heures supplémentaires ou complémentaires est une stratégie très fréquente, car les agents sont déjà opérationnels et

⁵⁹ Les directrices d'Ehpad publics ont une latitude sur le type de contrat puisqu'ils peuvent proposer des emplois de fonctionnaires et des contrats de droit privé, mais ils sont plus contraints sur la rémunération. Dans le privé, la marge de manœuvre dépend des conventions : la convention unique des Ehpad privés lucratifs laisse davantage de souplesse aux directrices, mais elle est considérée moins avantageuse pour les salariés, contrairement à la convention 1951 dans le secteur associatif. Pour certaines directrices, adhérer à une convention qui impose un « bon » taux de salaire est un facteur d'attractivité.

⁶⁰ 77% des directrices intègrent des primes dans la rémunération.

⁶¹ 70% des directrices proposent des formations diplômantes, majoritairement AS et AMP (1/4 proposent une formation pour être infirmières).

⁶² L'absentéisme concerne surtout les AS-AMP et les ASH : environ 40% des directrices estiment que chaque AS est absente plus de deux jours par mois (hors vacances, RTT ou congé maladie).

l'opération est la moins coûteuse de toutes les solutions. Le recours à des sociétés d'intérim est le moyen le plus simple pour les directrices d'avoir une mise à disposition rapide de personnel qualifié, mais cette politique est coûteuse pour l'établissement. Le pool de remplacement constitue une alternative moins onéreuse, mais il est difficile à constituer, d'autant plus lorsqu'il s'agit de personnel qualifié.

Les différences des modes de gestion observés chez les directrices d'Ehpad s'expliquent en partie par la diversité de leurs formations initiales (Sibille 2015). Parmi les directeurs rencontrés par Romain Sibille, un tiers ont une formation initiale dans le médical, d'autres ont une formation de gestionnaire ou en droit, et d'autres encore ont un parcours atypique. Les directeurs souvent détenteurs d'un master et ayant fait des études d'éco-gestion (généralement des hommes) tendent à privilégier l'efficacité économique, tandis que les directeurs issus du domaine médical (notamment des infirmières, souvent des femmes) qui ont été formés sur le terrain mettent l'accent sur la qualité des soins. Ainsi, les directeurs ayant suivi une formation en éco-gestion sont plus susceptibles de mettre en place la journée de 10h et une prime d'assiduité, tandis que ceux ayant une formation médicale sont plus susceptibles de proposer des formations diplômantes.

De même, l'activité de soins est souvent considérée de manière homogène, occultant la pluralité des acteurs qui agissent dans sa coordination et dans sa mise en œuvre. Par exemple, les écrits sur les médecins en établissement mettent en évidence que la coordination entre les MCO (Médecins COordonnateurs) et les MT (Médecins Traitants) des résidents d'Ehpad ne va pas de soi (Dieudonné et al. 2024). En effet, les premiers doivent être garants des bonnes pratiques gériatriques dans leur établissement sans pour autant avoir la possibilité de maîtriser l'activité des seconds, car ils sont soumis aux obligations liées à la confraternité avec leurs collègues médecins généralistes. En outre, ils craignent de s'aliéner les MT en critiquant leurs pratiques, au risque que ces derniers refusent de continuer le suivi des leurs patients résidant dans l'Ehpad. Ainsi, « *la prise en compte de l'échelle organisationnelle montre d'abord que la relation entre MT et MCO est structurellement défavorable à ces dernières* ». Or, les MT ont été progressivement installés comme des coordonnateurs du parcours des patients, et même s'il n'est pas évident qu'ils soient en mesure de mener à bien cette tâche (Bloch et Hénaut 2014), cette mission induit ainsi lors de l'entrée en Ehpad de « leur » patient des négociations parfois conflictuelles avec les MCO.

Face à cette asymétrie, les MCO peuvent être amenés à « boycotter » les MT trop peu coopératifs (Freidson et al. 1984) et à fidéliser les autres. Le travail de coordination des MCO dépend donc d'un investissement temporel de leur part et des équipes soignantes qui va être limité par leur quotité de travail dans la structure et par l'état des collectifs de travail au sein de l'Ehpad.

Pour conclure, la production scientifique reprend l'une des catégories qui structurent les discours politiques et médiatiques : les professionnels. Ceux-ci sont principalement envisagés sous l'angle de la contrainte. Si la production scientifique affine le discours en spécifiant le comportement, les contraintes, les enjeux de territoire professionnels, voire les stratégies de chaque groupe professionnel, ces professionnels (généralement les AS et les ASH, les deux groupes les plus étudiés) sont la plupart du temps présentés comme subissant

des forces extérieures (rationalisation du temps de travail, introduction de logiques marchandes et comptables) et ne sont jamais abordés sous l'angle de la concurrence inter-organisationnelle. Les directrices de structures sont quant à eux très largement délaissées, à l'exception des travaux mentionnés. Cependant, la « gestion » des professionnels soignants n'est, elle non plus, jamais abordée sous l'angle de la concurrence inter-organisationnelle.

1.3.2 Des résidents « perdus »

Les résidents représentent une seconde catégorie investie par la production scientifique. L'entrée en institution constitue une transition éprouvante pour le nouveau résident (Mallon 2007) : déménagement, passage d'une vie solitaire à une vie collective, cohabitation dans un univers peuplé de personnes très âgées, cadre impersonnel d'une institution conçue de plus en plus comme un service d'accompagnement aux personnes dépendantes, construit selon des normes hôtelières et hospitalières, « dernière demeure ». Entrer en maison de retraite est en effet appréhendé comme le signe de l'entrée dans la « "vraie vieillesse", celle qui ne peut « qu'aller mal » » (Ennuyer 1998). Pour lutter contre cette image de la maison de retraite comme institution coercitive, la loi de « rénovation de l'action sociale et médico-sociale » de 2002 promeut l'individualisation des traitements, le « respect de la dignité » et de la « volonté » des résidents (Loffeier 2015), sans pour autant donner les moyens aux personnels de respecter les prescriptions supposées traduire cet objectif.

1.3.2.1 Caractéristiques des résidents

Fin 2019, en France, 730 000 personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent (10 % des personnes de 75 ans et plus, un peu moins d'un tiers de celles de 90 ans et plus) (Balavoine 2022). L'hébergement en institution concerne ainsi une minorité de seniors, mais progresse rapidement avec l'âge à partir de 80 ans (France, portrait social - édition 2018, 2019). Il s'agit dans la majorité des cas d'hébergement permanent en Ehpad. 4 % des résidents sont hébergés en résidence autonomie, majoritairement dans des structures publiques. L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concerne 4 % des personnes âgées accompagnées.

Les résidents sont de plus en plus âgés. Fin 2019, la moitié des résidents (tous établissements et types d'accueil confondus) ont plus de 88 ans, 7 mois de plus qu'en 2015 (Balavoine 2022) et la proportion de personnes âgées de 90 ans et plus est en augmentation (35 % en 2015, 38 % en 2019). Les caractéristiques par âge varient cependant selon le type d'établissement : les Ehpad accueillent les résidents les plus âgés (18 % ont moins de 80 ans, alors que cette population représente un tiers des résidents accueillis en résidence autonomie ou en USLD). Les anciens ouvriers et les personnes n'ayant jamais travaillé sont beaucoup plus nombreux parmi les moins de 80 ans en établissement et parmi les 80 ans ou plus, même si les personnes ayant le certificat d'études ou moins sont un peu surreprésentées parmi les hommes en établissement (Roy 2023). En revanche, il y a beaucoup plus de personnes sans diplôme parmi les résidents d'établissement les plus jeunes.

Il s'agit le plus souvent de personnes seules : en 2019, 86 % des personnes accueillies n'ont pas ou plus de conjoints (Balavoine 2022). A partir de 70 ans, les femmes deviennent majoritaires parmi les résidents de leur âge. Par ailleurs, le niveau moyen de dépendance s'accroît entre 2011 et 2019. En 2015, 83 % des résidents sont classés GIR 1 à 4, puis 85 % en 2019. Le niveau de dépendance augmente particulièrement en Ehpad, sous l'effet de la baisse de personnes âgées peu ou pas dépendantes résidant en institution. Plus de la moitié des résidents relève d'un GIR 1 ou 2. En résidence autonomie, à l'inverse, les trois quarts des résidents sont catégorisés GIR 5 ou 6 (un résident sur cent est GIR 1 ou 2).

Pour tous les actes essentiels de la vie quotidienne, les résidents accueillis en 2019 présentent davantage d'incapacité que ceux accueillis quatre ans plus tôt. Hors résidence autonomie, 98 % des résidents d'établissements pour personnes âgées présentant une perte d'autonomie (GIR1-4) ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 93 % pour s'habiller et 77 % pour manger. Plus de 80 % des résidents présentant une perte d'autonomie ont des problèmes de cohérence ou d'orientation.

De fait, les personnes ayant des limitations cognitives et/ou des restrictions d'activité de la vie quotidienne sont plus susceptibles d'être en établissement plutôt qu'au domicile (Carrère 2020). Cela peut venir des politiques publiques qui ont favorisé le maintien à domicile, soit que le manque de places incite les familles à ne se tourner vers l'institutionnalisation qu'en dernier recours ou soit un obstacle à l'obtention d'une place, soit que les établissements privilégient l'accueil de personnes âgées avec un plus grand degré d'incapacité afin de capter davantage de financements (le nombre de lits étant limité, les personnes très dépendantes pourraient être plus « rentables » pour eux).

1.3.2.2 *L'entrée en institution*

L'entrée en institution est de plus en plus tardive : les entrants sont en moyenne 3 mois plus âgés que ceux arrivés en 2015 (un an de plus que ceux de 2011) (Balavoine 2022). Le recul de l'âge à l'entrée en établissement est dû en partie aux mesures de politiques publiques encourageant le maintien des personnes âgées à domicile, mais aussi le vieillissement de la population, plus rapide que le nombre de places créées.

La moitié des personnes rejoignant un établissement en 2019 vivaient à leur domicile personnel ou celui d'un proche, 16 % venait d'un autre établissement et 30 % venaient d'un établissement de santé (*idem*). Les entrants les plus jeunes (moins de 70 ans) sont proportionnellement moins nombreux à venir du domicile (41 %), mais 14 % d'entre eux arrivent d'établissements psychiatriques ou destinés à l'accueil d'adultes handicapés (moins de 1 % des nouveaux résidents de 70 ans et plus), ce qui découle de la bipartition entre secteur du handicap et secteur des personnes âgées (pas de places en institutions pour les plus de 60 ans hors établissements pour personnes âgées). Fin 2007, presque 15 % des résidents des établissements pour personnes âgées (Ehpad, USLD, foyer-logement et maison de retraite) vivent dans un établissement dans un autre département que celui de leur lieu de vie précédent (Ramos-Gorand 2013).

Le délai d'attente entre le moment où le dossier d'admission est reçu et celui où la personne entre dans l'établissement est un peu plus court en 2019 qu'en 2015 (Balavoine 2022). Pour les Ehpad, dans 72,5 % des cas il ne dépasse pas deux mois et dans 13,5 % des cas il est

supérieur à six mois. L'attente est plus longue pour entrer dans les Ehpad publics non hospitaliers et privés non lucratifs, ou dans les résidences autonomie publiques.

Isabelle Mallon (Mallon 2005) identifie trois trajectoires d'entrée en institution : une décision personnelle sous contrainte, un choix stratégique ou une entrée imposée. Les personnes qui concèdent à entrer en institution ont souvent des trajectoires biographiques accidentées, marquées par la maladie, la misère, les difficultés sociales et familiales. Ils ont souvent séjourné à l'hôpital ou dans des maisons de repos et de rééducation. L'entrée en maison de retraite leur permet de sortir de la précarité et les réseaux d'assistance sociale les accompagnent dans leur décision d'entrer en institution. Bien que soumises à de fortes contraintes, ces personnes font ce choix après avoir essayé divers autres arrangements, comme le recours à des aide-ménagères ou un séjour en résidence-services, abandonnés car trop chers, manque de personnel ou isolement. La famille du futur résident n'intervient pas de manière active dans la décision : c'est plutôt le refus des enfants de prendre en charge la personne qui est moteur. Les interlocuteurs privilégiés de la personne âgée pour décider des modalités concrètes de son institutionnalisation sont le plus souvent des médecins ou des assistantes sociales. Le choix de l'établissement importe peu : les personnes entrent dans le premier établissement proposé.

Les personnes dont l'entrée en institution est un choix positif de leur part sont des personnes valides et en forme, qui auraient pu rester au domicile mais qui ont décidé de vivre en institution à titre préventif : il s'agit d'anticiper la dégradation de leur santé et d'échapper à la solitude. Ces personnes, le plus souvent issues de milieux aisés, ou des fractions intellectuelles des classes moyennes, entrent directement en maison de retraite depuis leur domicile. Elles refusent d'emménager avec leurs enfants (souvent opposés à l'entrée en institution) ou de mettre en place une aide à domicile, du moins sur le long terme (ou alors sous la forme d'une dame de compagnie). L'entrée volontaire en maison de retraite est présentée comme un moyen de conserver sa liberté.

Les personnes dont l'entrée en institution a été imposée (par leurs enfants, par des assistantes sociales ou des médecins) interviennent quand le soutien qui permettait le maintien à domicile doit être renforcé, au-delà des capacités familiales (par exemple, lors de l'apparition ou de l'évolution d'un handicap ou d'une maladie du parent âgé) ou lors de transformations des configurations du soutien familial. L'usure des « aidants », leur éloignement géographique ou la disparition du conjoint imposent une réorganisation de la vie quotidienne et est un élément déclencheur de l'institutionnalisation. Cette dernière est alors perçue comme le seul moyen de garder la personne âgée dans un environnement sécurisé. Ce placement subi prend le résident de court, et est souvent vécu comme une violence : l'entrée est vécue comme brusque. Ces personnes n'ont pas choisi le lieu : celles qui relèvent de l'aide sociale sont orientées vers les établissements où il reste de la place, les autres sont placés par leurs enfants dans des maisons choisies souvent pour leur proximité avec le domicile de ces derniers.

Si l'entrée en Ehpad est supposée reposer sur le consentement de la personne prise en charge, il s'agit souvent d'un « consentement résigné » (Eloi et Martin 2017) : sur un panel de résidents en Ehpad de Gironde interrogés, 60 % affirment avoir été partie prenante de la décision d'entrer en établissement (décision prise seule dans 26 % des cas ou avec quelqu'un

d'autre dans 34 % des cas). Les 40 % qui déclarent ne pas avoir participé à cette décision attribuent cette dernière à leur entourage (25 %) ou aux services sociaux (15 %). De fait, selon les directrices, les cadres et le personnel soignant, l'entrée en Ehpad n'est pas un libre choix, il s'agit davantage d'une recherche de sécurité ou une rupture de l'isolement.

1.3.2.3 *La sortie d'établissement*

Concernant la sortie d'établissement, l'âge de sortie est plus tardif en Ehpad que dans les autres types de logement, l'Ehpad étant souvent le dernier lieu d'hébergement (Balavoine 2022). Deux tiers des sorties définitives sont liés au décès de la personne accueillie (69 % en Ehpad), lequel survient au sein de l'établissement dans 75 % des cas. Les autres sorties correspondent à des transferts dans un autre établissement ou à un retour au domicile personnel ou celui d'un proche. En moyenne, les résidents sortis en 2019 ont passé deux ans et sept mois dans l'établissement.

En 2019, les personnes décédées au cours de leur séjour en établissement sont restées en moyenne trois ans et trois mois dans l'établissement, soit un an et un mois de plus que celles ayant quitté l'établissement pour se diriger vers une autre structure pour personnes âgées. Les retours à domicile surviennent à l'issue de séjours nettement plus courts : en moyenne cinq mois après l'entrée en établissement.

On le voit, cette dernière thématique investie par la production scientifique reprend entièrement les catégories médiatiques et politiques. De manière générale, il est remarquable de constater que la littérature scientifique épouse précisément les contours du discours politique et médiatique.

Les mêmes acteurs sont identifiés, tous sont réduits à leur fonction. La notion de marché est mobilisée comme une boîte noire, la concurrence entre Ehpads se réduit à la concurrence entre d'un côté les Ehpads privés à but lucratif et de l'autre, les Ehpads Publics. Les notions de concurrence et de marché sont confondues (la marchandisation du secteur est expliquée par l'irruption de la concurrence des Ehpads privés à but lucratif). Cette promiscuité entre discours politique et scientifique, cette absence de prise de distance se traduit par un même point aveugle : les organisations elles-mêmes, conçues comme des acteurs stratégiques qui gèrent la concurrence inter-organisationnelle.

2 Cloisonnement concurrentiel et stratégies de captation des résidents

Le premier objectif de ce rapport est de décrire et analyser la façon dont l'offre d'hébergement proposée par les établissements s'organise et se structure dans les territoires. Comment la concurrence inter-Ehpad au sujet des résidents opère-t-elle ? Après avoir décrit les conditions structurales au sein desquelles les Ehpad se positionnent et évoluent (2.1), nous mettrons en avant le cloisonnement de la concurrence inter-organisationnelle (2.2). La forme de cette concurrence est produite par des stratégies de captation homogènes (2.3) qui ne dépendent pas du statut, des tutelles ou des organisations concurrentes, mais de la position de chaque Ehpad au sein de leur morphologie (2.4).

2.1 Cartographie concurrentielle et logiques de différenciation

Pour étudier les stratégies concurrentielles mises en œuvre par les établissements, il s'agit de commencer par dessiner le cadre structural dans lequel ceux-ci se placent et se positionnent. Choisissant de traiter le secteur des Ehpad comme un champ concurrentiel, on fait l'hypothèse que les différentes caractéristiques des établissements sont au principe d'une grande diversité de positionnements qui encadrent les relations de concurrence entre établissements autant qu'ils sont produits par elles. Si la distinction entre établissements public et privés, ou entre établissements à but lucratif et à but non lucratif, est incontournable pour étudier l'organisation du marché des Ehpad, l'objectif est aussi d'interroger les dimensions le long desquelles se placent les établissements et qui peuvent être bien plus plastiques que cette seule distinction.

Afin d'expliquer l'organisation du champ concurrentiel des Ehpad (à partir de la base de données présentée en introduction), nous insisterons sur les logiques de différenciation à l'œuvre : différenciation morphologique et institutionnelle (2.1.1), fonctionnelle (2.1.2), spatiale (2.1.3) et tarifaire (2.1.4). La combinaison de ces critères permet d'élaborer une cartographie concurrentielle du secteur des Ehpad en France (2.1.5).

2.1.1 Différenciation morphologique et institutionnelle

Le premier élément qui permet de distinguer les Ehpad est leur capacité d'accueil. Les 7 263 établissements constituant notre base de données représentent une capacité totale d'un peu plus de 605 000 places. La distribution des établissements par capacité d'accueil est marquée à la fois par une forte dispersion aux extrêmes et une certaine concentration autour de la moyenne (Tableau 24).

Tableau 24. Capacités d'accueil des Ehpad en France – statistiques descriptives

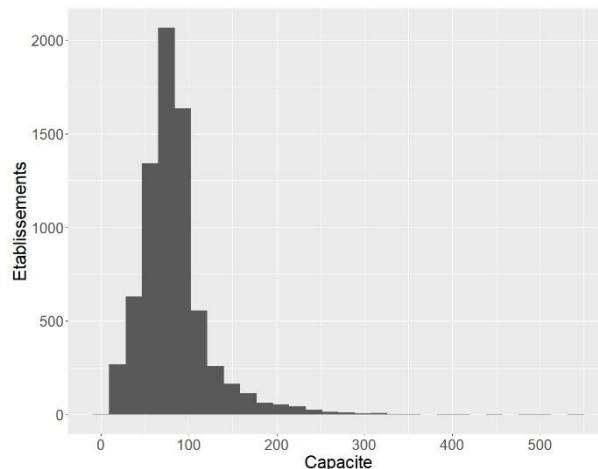
Indicateur	Nombre de places
Moyenne	83
Médiane	80
Ecart-type	40,8
1 ^{er} décile	42
1 ^{er} quartile	61
3 ^e quartile	94
9 ^e décile	124
Minimum	6
Maximum	547
Total	605 400

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Le plus petit établissement de la base ne propose que six places alors que le plus important d'entre eux en propose près de 550⁶³. Au-delà de cet écart entre les extrêmes, plus de 70 % des établissements déclarent une capacité comprise entre 40 et 100 places. Seuls 10 % des établissements proposent au moins 120 places d'hébergement et un peu plus de 2 % comptent au moins 200 places (Graphique 2).

⁶³ Il s'agit respectivement de la maison de retraite médicalisée « Les Bouleaux » située à Arbanat en Gironde et de l'Ehpad « Les résidences de Bellevue » situé à Bourges dans le Cher. On notera que la capacité d'accueil déclarée est celle des établissements, identifiés par un numéro Finess unique. Deux établissements peuvent appartenir à la même entreprise ou dépendre du centre hospitalier et être à ce titre assimilés l'un à l'autre par les acteurs sur le terrain, tout comme un établissement peut comprendre des sites considérés comme distincts par les usagers ou les professionnels qui les fréquentent. Ces variations peuvent expliquer des écarts entre, par exemple, les capacités des établissements telles que nous les avons relevées et la perception que peuvent en avoir les acteurs.

Graphique 2. Répartition des Ehpad par capacité d'accueil



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Reste que, par définition, les plus gros établissements contribuent le plus à la capacité totale. Les établissements de plus de 120 places représentent environ 140 000 places d'hébergement, soit 23 % de la capacité totale alors que les établissements de 40 places ou moins ne représentent que 15 000 places, soit environ 2,5 % du total. Un second facteur de différenciation est le statut juridique des établissements. L'extraction Finess propose une nomenclature détaillée de 38 statuts juridiques qui peuvent être regroupés en quatre catégories :

- Les établissements publics hospitaliers, dépendants d'un établissement public d'hospitalisation ;
- Les autres établissements publics, dits établissements publics « autonomes », dépendants généralement d'un CCAS (Centre d'Action Sociale) ou directement d'une collectivité territoriale ;
- Les établissements privés à but non lucratifs, établissements qui peuvent être associatifs, dépendre d'une fondation, parfois d'origine congrégationnelle, ou encore d'une société mutualiste ;
- Les établissements privés à but lucratif, qui prennent essentiellement la forme juridique d'une société (SAS, SARL, SA...) et qui constituent le secteur privé commercial ou marchand.

Le statut juridique distingue les Ehpad selon la nature de leur employeur, public ou privé. Les Ehpad public poursuivent, par définition, des objectifs non-lucratifs. Ils peuvent être rattachés à un Établissement public (communal, intercommunal, départemental ou régional) d'hospitalisation ou à d'autres acteurs publics, auquel cas ils sont classés dans la catégorie des établissements publics « autonomes ». Il s'agit d'établissements médicaux-sociaux

communaux (48 %), intercommunaux (9 %) ou départementaux (3 %), ou alors des Ehpad relevant d'un Centre d'action sociale communal (31 %) ou intercommunal (8 %).

Les établissements privés peuvent poursuivre ou non un but lucratif. Les établissements à but non-lucratif sont d'abord gérés par des associations (73 % des établissements⁶⁴) puis des fondations (12 %) ou des sociétés mutualistes (10 %).

La répartition des Ehpad selon leur statut juridique fait apparaître une distribution équilibrée des capacités d'hébergement, le secteur privé non lucratif représentant 29 % des places contre 21 % pour les établissements publics hospitaliers (Tableau 25).

Tableau 25. Répartition des Ehpad par statut juridique des établissements

Statut	Établissements		Capacité		Capacité moyenne
	n	%	Places	%	
Public hospitalier	1 158	15,9	128 975	21,3	111
Public autonome	2 092	28,8	165 693	27,4	79
Privé non lucratif	2 275	31,3	176 314	29,1	78
Privé commercial	1 738	23,9	134 418	22,2	77

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Cependant, les établissements publics sont nettement moins nombreux (16 % des établissements) que ceux d'autres statuts. C'est donc que la capacité moyenne des établissements publics est nettement plus élevée (111 places) que celle des établissements d'autres statuts (moins de 80 places en moyenne dans les établissements privés et du secteur public non hospitalier).

Un autre facteur de différenciation des établissements est la politique de tarification à laquelle ils adhèrent. Les Ehpad disposent en effet de trois types de ressources qui correspondent aux trois branches de leur activité : les missions liées à la dépendance, dont la prise en charge est partagée par les résidents et par le département ; les missions liées à l'hébergement, dont la prise en charge est assurée par les résidents qui peuvent être aidés par certaines aides (HAS (Habilitation à l'Aide Sociale), APL (Aide Personnalisée au logement)...) ; les missions liées aux soins médicaux, qui sont à la charge de l'assurance maladie. Le code de l'action sociale et des familles dispose que cette troisième mission fait l'objet d'un choix par les établissements entre une tarification dite globale et une tarification dite partielle⁶⁵.

⁶⁴ Ces associations sont à plus de 80% reconnues d'utilité publique. La lecture des raisons sociales de ces établissements laisse deviner le caractère confessionnel de l'association gestionnaire dans un certain nombre de cas, établissements qui viennent s'ajouter à la soixantaine d'Ehpad directement identifiés comme étant gérés par une congrégation.

⁶⁵ « Les établissements mentionnés à l'article R. 314-158 peuvent opter, sous réserve de l'accord du directeur général de l'agence régionale de santé mentionné dans la convention tripartite prévue à l'article L. 313-12 en matière de soins :

Si l'établissement opte pour la tarification partielle, il reçoit une dotation dont le montant est déterminé par l'ARS à partir du profil des résidents, dotation qui couvre les charges de personnel correspondant au médecin coordonnateur, aux infirmières et aux aides-soignantes, ainsi qu'à certains matériels médicaux. L'ensemble des consultations et des prestations médicales dont bénéficient les résidents sont remboursées comme des soins de ville et ne sont donc pas intégrées à la dotation « soins » de l'établissement.

Si l'établissement opte pour la tarification globale, la dotation inclut aussi les consultations de médecine généraliste, les examens courants (biologie, radiologie) et les soins d'auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes...). La tarification « globale » a donc pour corollaire d'organiser un plus grand éventail de soins au sein de l'Ehpad et contribue de fait à la médicalisation des établissements.

Ce choix est établi dans le cadre des conventions tripartites signées entre les établissements, le conseil général et l'ARS concernés. Instauré par le décret n°99-316 du 26 avril 1999, le choix de l'option tarifaire a été l'objet d'un affrontement réglementaire entre l'Etat et les établissements, représentés notamment par la Fédération Hospitalière de France (FHF). Au gré des impulsions politiques, l'Etat a successivement encouragé les établissements à adopter puis à renoncer au tarif global. Par un arrêté du 15 octobre 2014, le Conseil d'Etat a notamment jugé illégale une circulaire budgétaire ordonnant aux directeurs généraux des ARS de ne conclure aucune convention ou avenant prévoyant le passage au tarif journalier global.

Le choix d'une tarification globale ou partielle est un indicateur de la façon dont l'établissement intègre son activité dans l'organisation de l'offre de soins à l'échelle de son territoire. Les établissements disposant de plus grandes ressources médicales ou paramédicales, comme par exemple ceux qui disposent d'une pharmacie à usage interne, sont plus susceptibles d'adopter ou d'avoir adopté la tarification globale. On peut donc s'attendre à ce que le statut des établissements soit lié au mode de tarification (Tableau 26)

-
- 1° Soit pour un tarif journalier global, comprenant notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie et les médicaments dont les caractéristiques sont fixées par arrêté ;
- 2° Soit pour un tarif journalier partiel qui ne comprend ni les examens ni les charges de personnel mentionnées au 1°, à l'exception de celles relatives au médecin coordonnateur mentionné au premier alinéa de l'article R. 314-170 et de celles relatives aux infirmières ou infirmiers libéraux » (Article R314-167 du Code de l'action sociale et des familles, extraits).

Tableau 26. Répartition des modes de tarification de l'activité selon le statut des établissements

Statut	Globale		Partielle		Autres ⁶⁶	
	n	%	n	%	n	%
Public hospitalier	1 056	91,2 %	100	8,6 %	2	0,2 %
Public autonome	563	26,9 %	1 523	72,8 %	6	0,3 %
Privé non lucratif	514	22,6 %	1 731	76,1 %	30	1,3 %
Privé commercial	333	19,2 %	1 393	80,2 %	12	0,7 %
Ensemble	2 466	34,0 %	4 747	65,4 %	50	0,7 %

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Plus de 90 % des Ehpad publics hospitaliers ont choisi le mode de tarification « global ». Le fait d'être adossé à un centre hospitalier donne probablement à ces établissements un accès facilité à des ressources médicales leur permettant d'organiser directement le suivi des soins des résidents et donc de gérer à leur avantage l'enveloppe spécifique qui leur est attribuée dans le cadre de la tarification globale. Au contraire, les établissements non-hospitaliers, qu'ils soient de statut public ou privé et à vocation lucrative ou non, doivent compter la médecine de ville ou des structures hospitalières pour l'accès de leurs résidents aux soins. La tarification partielle, qui repose sur la prise en charge directe de ces soins par la sécurité sociale, semble donc plus adaptée à cette configuration. Cela dit, on remarque que d'un cinquième à un quart des établissements non-hospitaliers ont recours à la tarification globale. Le système de tarification contribue donc à distinguer les établissements de statuts différents mais aussi au sein de chaque catégorie de statut juridique.

Le statut juridique des Ehpad est aussi lié à une autre caractéristique fortement discriminante, à savoir la présence ou non d'une pharmacie à usage interne (PUI) au sein de l'établissement (Tableau 27).

⁶⁶ L'examen de la raison sociale des établissements pour lesquels la modalité « autres » fait apparaître 24 PUV, 10 « Résidences » et 5 Mapa ou Marpa.

Tableau 27. Répartition de la présence ou non d'une PUI selon le statut des établissements

Statut	Présence d'une PUI		Pas de PUI		Autres ⁶⁷	
	n	%	n	%	n	%
Public hospitalier	1 005	86,8	151	13,0	2	0,2
Public autonome	146	6,98	1 940	92,7	6	0,3
Privé non lucratif	156	6,86	2 089	91,8	30	1,3
Privé commercial	19	1,09	1 707	98,2	12	0,7
Ensemble	1 326	18,26	5 887	81,00	50	0,7

Lecture : 19 établissements du secteur privé commercial, soit 1,1 % des établissements de ce statut, disposent d'une pharmacie à usage interne (PUI)

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Alors que seuls 18,3 % des Ehpad disposent d'une pharmacie à usage interne, c'est le cas de 87 % des Ehpad publics hospitaliers. Cette proportion descend à 1 % pour les Ehpad de statut privé commercial. Les Ehpad de statut public autonome et les Ehpad privés non-lucratifs sont environ 7 % à disposer d'une PUI. L'accès aux ressources médicales joue à nouveau un rôle déterminant comme facteur de différenciation entre établissements. Le caractère très marginal du nombre d'Ehpad non-hospitaliers disposant d'une PUI fait que la contribution de ces établissements à la variance est élevée, ce qui invite aussi à identifier ce qui fait leur spécificité.

L'organisation des soins est donc segmentée en fonction des statuts des établissements, l'activité médicale et paramédicale constituant une plus grande ressource pour le secteur public hospitalier. Mais les autres dimensions de la tarification de l'activité sont aussi l'objet de fortes différenciations entre établissements. C'est notamment le cas de l'habilitation ou non des établissements au versement des aides sociales aux résidents (Tableau 28).

⁶⁷ Il s'agit des 50 mêmes établissements que ceux pour lesquels le mode de tarification est renseigné comme « Autres ».

Tableau 28. Répartition de l'habilitation ou non à l'aide sociale selon le statut des établissements

Statut	Habilité à l'aide sociale		Non-habilité à l'aide sociale		Autres ⁶⁸	
	n	%	n	%	n	%
Public hospitalier	1 155	99,7	1	0,1	2	0,2
Public autonome	2 072	99,0	14	0,7	6	0,3
Privé non lucratif	2 022	88,9	223	9,8	30	1,3
Privé commercial	653	37,6	1 073	61,7	12	0,7
Ensemble	5 902	81,3	1 311	18,0	50	0,7

Lecture : 99,7 % des établissements du secteur public hospitalier sont habilités à l'aide sociale

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Si la présence d'une PUI oppose les établissements publics hospitaliers aux autres, le fait de ne pas être habilité à l'aide sociale oppose les établissements de statut privé commercial aux autres. Les établissements publics sont presque exclusivement habilités à l'aide sociale et près de 9 établissements privés non lucratifs sur 10 le sont, alors que ce n'est le cas que de moins de 40 % des établissements du secteur privé commercial. L'habilitation à l'aide sociale, en l'occurrence l'Aide sociale à l'hébergement (ASH), permet de solvabiliser les personnes âgées devant régler des frais d'hébergement en Ehpad⁶⁹, mais impose aux établissements d'adopter des tarifs réglementés fixés par le département et d'accepter des contraintes réglementaires supplémentaires. Si les aides sociales à destination des personnes âgées dépendantes contribuent à les solvabiliser, les établissements du secteur privé commercial peuvent aussi être réticents à accueillir des publics hétérogènes et à accepter les contraintes imposées par le département.

La question de la politique de tarification ne se limite pas à celle du montant facturé aux résidents. Les établissements, quel que soit leur statut, peuvent pratiquer une tarification différenciée consistant à ne fixer le tarif réglementé que pour les places effectivement occupées par des personnes âgées bénéficiaires de l'HAS⁷⁰. L'habilitation à l'aide sociale peut donc être partielle, par exemple dans les établissements de statut privé commercial qui la déclarent, mais les données mobilisées ici ne permettent pas d'établir la distinction entre habilitation partielle et totale.

À ce stade, les caractéristiques morphologiques et institutionnelles des établissements dessinent des frontières mouvantes qui isolent parfois les établissements publics hospitaliers des autres, parfois les établissements du secteur privé commercial, sans dessiner de règle uniforme. L'examen des critères de différenciation fonctionnelle participe aussi à cette complexité des frontières qui structurent le secteur.

⁶⁸ Il s'agit des 50 mêmes établissements que ceux pour lesquels le mode de tarification et la présence d'une PUI sont renseignés comme « Autres ».

⁶⁹ L'ASH peut aussi être versée pour prendre en charge des frais d'hébergement dans d'autres structures comme les USLD ou les résidences autonomie.

⁷⁰ <https://www.unccas.org/ehpad-habilites-l'aide-sociale-mettre-en-place-le-tarif-difference>

2.1.2 Différenciation fonctionnelle

Le profil fonctionnel des établissements est défini par trois informations présentes dans l'extraction Finess. Chaque établissement peut en effet déclarer une ou plusieurs « disciplines », un ou plusieurs « modes d'accueil » ainsi qu'une ou plusieurs « clientèles » différentes, dessinant ainsi des profils fonctionnels diversifiés (Tableau 29).

Tableau 29. Profil fonctionnel des Ehpad en France

	n	%
Discipline déclarée		
Accueil pour personnes âgées	7 263	100,0
Accueil temporaire pour personnes âgées	3 300	45,4
Pôle d'activités et de soins adaptés	1 734	23,9
Unités d'hébergement renforcées	160	2,2
Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants	105	1,4
Services expérimentaux en faveur des personnes âgées	1	0,0
Mode de fonctionnement déclaré		
Hébergement complet internat	7 263	100
Accueil de jour	2 709	37,3
Accueil de nuit	37	0,5
Prestation en milieu ordinaire	1	0,0
Clientèle déclarée		
Personnes âgées dépendantes	7 263	100,0
Personnes Alzheimer ou maladies apparentées	4 195	57,8
Personnes handicapées vieillissantes	133	1,8
Aidants / aidés Personnes âgées	102	1,4
Aidants / aidés Maladies chroniques invalidantes	6	0,1
Troubles psychopathologiques (sans autre indication)	1	0,0

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Par construction, comme on l'a présenté en introduction, la base de données sélectionne des établissements présentant un profil fonctionnel commun : Accueil pour personnes âgées, hébergement complet internat, personnes âgées dépendantes. Malgré tout, les établissements obéissent à une forte logique de différenciation fonctionnelle. En effet, seuls 2 224 établissements (31% de l'ensemble) ne déclarent que cette unique discipline, cet unique mode d'accueil et cette unique clientèle, soit moins d'un tiers du total. La combinaison de différentes disciplines, de différentes clientèles et de différentes modes d'accueil dessine ainsi des formes de différenciation fonctionnelle entre établissements (Tableau 30).

Tableau 30. Distribution du nombre de disciplines, de modes et de clientèles par établissement

	n	%
Nombre de disciplines déclarées (moyenne=1,7)		
Une	3 096	42,6
Deux	3 124	43,0
Trois	959	13,2
Quatre	78	1,1
Cinq	6	0,1
Nombre de modes de fonctionnement déclarés (moyenne=1,4)		
Un	4 548	62,5
Deux	2 683	36,9
Trois	32	0,4
Nombre de clientèles déclarées (moyenne=1,6)		
Un	3 024	41,6
Deux	4 049	55,7
Trois	182	2,5
Quatre	8	0,1

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Un tiers des établissements environ (2 418) présentent à la fois un nombre de disciplines, un nombre de modes de fonctionnement et un nombre de clientèles supérieur à un. *A contrario*, 30% des établissements (2 224) ne présentent qu'une discipline, un mode et une clientèle. La population des Ehpad s'organise donc entre deux pôles opposant d'une part les établissements organisés autour d'une définition stricte de l'activité (hébergement en pension complète de personnes âgées dépendantes) et d'autre part les établissements à l'activité diversifiée. Cette organisation se décline en fonction du statut et de la localisation des établissements (Tableau 31).

Tableau 31. Profil d'activité des Ehpad selon leur statut et leur localisation

	Profil d'activité non-diversifié	Profil d'activité diversifié
Ensemble	30,6 %	33,3 %
Statut juridique		
Public hospitalier	33,5 %	41,1 %
Public autonome	29,0 %	34,4 %
Privé non lucratif	26,3 %	36,7 %
Privé commercial	36,3 %	22,4 %
Localisation	ns	ns
Centre d'un pôle	29,0 %	35,1 %
Banlieue d'un pôle	31,5 %	31,6 %
Périurbain	30,7 %	33,0 %
Rural	32,9 %	32,3 %

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

« Profil non-diversifié » : une seule discipline, un seul mode d'accueil et une seule clientèle déclarés

« Profil diversifié » : au moins deux disciplines, au moins deux modes d'accueil et au moins deux clientèles déclarés

Chi-deux d'association entre le statut et le profil significatif (p-value <0,001) ;

Chi-deux d'association non-significatif entre la localisation et le statut

Si les établissements non-diversifiés sont légèrement surreprésentés dans les communes rurales et si les établissements diversifiés sont légèrement surreprésentés dans les communes centrales, le profil fonctionnel des établissements (diversifié ou non) n'est pas significativement lié à la localisation géographique. En revanche, il existe un lien significatif entre le statut juridique et le profil fonctionnel : les profils non-diversifiés sont nettement surreprésentés parmi les établissements du secteur privé commercial.

La différenciation fonctionnelle entre établissement s'exprime aussi par le profil des résidents accueillis. Le GIR moyen pondéré (GMP) et le Pathos moyen pondéré (PMP) permettent pour chaque établissement d'identifier les besoins de prise en charge liés respectivement au niveau de dépendance et au suivi médical des résidents. Le GMP et le PMP sont ensuite utilisés comme indicateurs par les financeurs pour déterminer la dotation versée aux Ehpad au titre de la prise en charge des soins et de la dépendance des résidents. Le niveau de ces indicateurs a aussi un impact sur l'organisation des établissements, notamment en ce qui concerne le GIR : plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus les besoins d'encadrement humain et les contraintes d'organisation des services seront importants.

Le GMP et le PMP par établissement ont été intégrées à la base de données à partir d'une extraction Galaad diffusée par la CNSA. Ces deux valeurs sont disponibles pour 7 000 établissements mais la date d'observation la plus récente remonte jusqu'en 2015 (Tableau 32).

Tableau 32. GIR et Pathos moyen par établissement selon la période d'observation

	GMP	PMP
2015-2019 (n=1 863)		
D1	657	186
Moyenne	733,73	228,10
Médiane	740	222
D9	806	275
2020-2024 (n=4 874)		
D1	678	199
Moyenne	747,79	239,61
Médiane	752	237
D9	814	281
Valeurs manquantes (n=263)		

Source : enquête Multiconc (2024), données CNSA

Afin de contrôler l'effet de l'année d'observation sur la valeur relevée, on a choisi de classer le PMP et le GMP de chaque établissement en trois catégories (« bas », « moyen », « élevé ») définies par des seuils correspondant au 333^e millime et au 666^e millime observé chaque année (Tableau 33).

Tableau 33. Détermination des seuils de GMP et de PMP par année

Année	PMP		GMP		Nombre d'établissements
	Seuil « bas »	Seuil « élevé »	Seuil « bas »	Seuil « élevé »	
2015	731	763	204	242	47
2016	692	750	209	243	106
2017	703	750	203	231	293
2018	716	759	212	233	635
2019	722	763	214	239	782
2020	725	771	216	241	717
2021	723	766	219	246	768
2022	728	771	224	247	1 007
2023	734	775	227	251	1 425
2024	735	776	235	255	1 220
n.d.	-	-	-	-	263

Source : enquête Multiconc (2024), données CNSA

Une fois définis, ces seuils permettent d'identifier la distribution des établissements dans chaque catégorie de GMP et de PMP selon leur statut juridique ou leur localisation. La distribution par statut juridique fait apparaître là encore des disparités notables (Tableau 34).

Tableau 34. Répartition des établissements par GIR et Pathos moyen selon le statut juridique

	Public hospitalier	Public autonome	Privé non-lucratif	Privé commercial	Ensemble
GMP					
Bas	30,7 %	32,8 %	36,6 %	25,8 %	32,0 %
Moyen	27,4 %	33,0 %	32,4 %	39,2 %	33,4 %
Elevé	41,9 %	34,3 %	31,0 %	35,1 %	34,6 %
PMP					
Bas	39,0 %	40,0 %	31,8 %	21,4 %	32,8 %
Moyen	30,8 %	30,4 %	35,8 %	41,5 %	34,8 %
Elevé	30,2 %	29,7 %	32,3 %	37,2 %	32,4 %

Note : par effets de seuil, chaque classe de GMP et de PMP ne regroupe pas exactement un tiers de l'ensemble des établissements

Source : enquête Multiconc (2024), données CNSA

En termes de suivi médical, les établissements déclarant un PMP « bas » sont surreprésentés parmi les établissements du secteur public (hospitalier ou autonome) et ceux déclarant un PMP « moyen » sont surreprésentés parmi les établissements du secteur privé commercial. Les établissements déclarant un GMP « élevé » sont nettement surreprésentés parmi les établissements du secteur public hospitalier (41,9 % des établissements de ce secteur contre 34,6 % de l'ensemble des établissements). Ils sont légèrement sous-représentés parmi les établissements de statut privé non-lucratif (31 %) mais pas parmi les établissements publics autonomes ou, de manière peut-être plus étonnante, du secteur privé commercial qui sont 35,1 % à être classés dans la catégorie de GMP « élevé ».

La distribution des niveaux de PMP et de GMP ne peut cependant être appréhendée par le seul statut juridique des établissements. La localisation des Ehpad, qui commande autant le nombre et le profil des personnes âgées susceptibles de résider en Ehpad que l'écosystème d'acteurs allant de l'aide au maintien à domicile à l'hospitalisation, joue aussi un rôle dans la façon dont se distribue le profil des résidents. Sur ce point comme sur d'autres, il apparaît donc comme important d'étudier les logiques spatiales et territoriales de différenciation des établissements.

2.1.3 Différenciation territoriale

Afin d'objectiver les facteurs de différenciation territoriale des établissements, on mobilise les catégories de zonage administratif issues de la nomenclature INSEE des « Aires d'attraction des villes » présentée en introduction. Cette nomenclature permet d'identifier chaque commune comme faisant partie d'un pôle urbain (commune-centre ou autre commune du pôle), de la couronne périurbaine d'un pôle urbain, ou comme étant située hors de l'aire d'attraction d'un pôle.

Le premier intérêt de cette démarche est de mettre en regard, plus précisément que ce qu'indiquent les résultats publiés à partir des enquêtes Ehpap par exemple, la répartition des capacités d'hébergement en Ehpap et la distribution de la population de personnes âgées susceptibles d'y avoir recours. Pour ce faire, on a procédé à un appariement ad hoc de la base de données constituée pour l'enquête au Recensement de la population 2020, ce qui permet de mettre en regard la capacité d'accueil en Ehpap dans les différents types d'espaces et la répartition de population âgée de 75 ans et plus dans ces mêmes espaces. Cet appariement permet d'identifier la façon dont l'offre de places coïncide géographiquement, ou non, avec la distribution de la population de personnes âgées (Tableau 35)

Tableau 35. Répartition des Ehpap et population de personnes âgées par type d'espace en France

	Etablissements	Capacité (en places)	Capacité (en % du total)	Population âgée de 75 ans et plus	Taux de pression
Commune-centre d'un pôle	2 031	191 164	31,6	1 976 194	10,3
Autre commune d'un pôle	1 108	99 655	16,5	1 304 274	13,1
Commune de la couronne périurbaine	3 148	243 498	40,2	2 729 218	11,2
Commune hors attraction des villes	976	71 083	11,7	584 220	8,2

Note : les communes de pôles secondaires sont incluses dans « Autre commune du pôle principal »

Le « taux de pression » est calculé en rapportant la population de 75 ans et plus à la capacité d'accueil totale à l'échelle du zonage concerné.

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA ; Recensement de la population 2020 (exploitations complémentaires), INSEE

La majorité des établissements sont situés dans des communes périurbaines (43,3 %) ou rurales (13,4 %). Il s'agit d'établissements dont la taille moyenne est légèrement inférieure à celle des Ehpap situés dans des pôles urbains puisqu'ils représentent respectivement 40,2 % et 11,7 % du nombre de places : leur poids dans le nombre de places est donc légèrement inférieur à leur poids dans le nombre d'établissements. 28 % des établissements et 32 % des capacités d'hébergement sont situées dans des communes-centre de pôles urbains, qui peuvent autant être au centre d'importantes métropoles que d'aires urbaines de second rang, voire de petites polarités urbaines situées dans l'espace rural.

Il est possible de rapporter la population de personnes âgées de 15 ans ou plus à la capacité d'hébergement offerte par les Ehpads dans les différents types d'espace. Ce procédé ne préjuge pas de la part de personnes âgées s'orientant vers l'hébergement en Ehpads plutôt qu'à domicile ou dans une autre structure collective, ni du fait que les personnes âgées dépendantes entrant en Ehpads ne le font pas nécessairement dans la commune dans laquelle ils résident. Il permet cependant d'examiner la façon dont la localisation des Ehpads se superpose ou non à celle de la population concernée. Le taux de pression, ici calculé par le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus et le nombre de places en Ehpads, est de 11,3 dans les pôles urbains (commune-centre ou banlieue) contre 10,5 dans les espaces périurbains ou en-dehors de l'influence des pôles. Dans les communes rurales situées hors de l'attraction d'un pôle urbain, on ne compte que 8,2 personnes âgées de 75 ans et plus pour une place en Ehpads.

L'offre d'hébergement en Ehpads est donc relativement plus dense dans les zones périurbaines ou rurales que dans les pôles urbains. Cette structuration spatiale de l'offre d'hébergement se décline différemment selon le statut des établissements, les Ehpads de différents statuts ne se retrouvant pas de manière homogène dans les différents types d'espace (Tableau 36 ; Tableau 37).

Tableau 36. Distribution des Ehpads selon le statut par type d'espace – nombre d'établissements

Statut	Nombre d'établissements				Part en % du nombre d'établissements			
	Centre	Banlieue	Périurbain	Hors AAV	Centre	Banlieue	Périurbain	Hors AAV
Public hospitalier	537	104	379	138	46,4	9,0	32,7	11,9
Public autonome	361	183	1046	502	17,3	8,7	50,0	24,0
Privé non lucratif	660	396	988	231	29,0	17,4	43,4	10,2
Privé commercial	473	425	735	105	27,2	24,5	42,3	6,0

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Tableau 37. Distribution des Ehpads selon le statut par type d'espace – capacité

Statut	Capacité totale				Part en % de la capacité totale			
	Centre	Pôle	Périurbain	Hors AAV	Centre	Pôle	Périurbain	Hors AAV
Public hospitalier	64 953	11 574	40 170	12 278	50,4	9,0	31,1	9,5
Public autonome	31 568	17 601	79 110	37 414	19,1	10,6	47,7	22,6
Privé non lucratif	55 141	34 380	72 366	14 427	31,3	19,5	41,0	8,2
Privé commercial	39 502	36 100	51 852	6 964	29,4	26,9	38,6	5,2

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

La moitié des places en Ehpad public hospitalier se trouvent dans la commune-centre d'un pôle urbain contre moins de 20 % des places en Ehpad public autonome et environ 30 % des places en Ehpad privé. Les établissements de statut public autonome sont particulièrement présents dans les espaces périphériques qu'ils soient périurbains (47,7 % de leur capacité) ou situés hors des aires d'attraction des villes (22,6 %). La capacité d'accueil des établissements privés obéit à une logique de localisation distincte, leur capacité étant surtout concentrée dans les communes périurbaines pour le privé non lucratif (41 %) et dans les communes de banlieue pour le privé commercial (26,9 %). Le Rhône et en Indre-et-Loire se distinguent par des distributions spatiales de la capacité d'hébergement en Ehpad distinctes (Tableau 37).

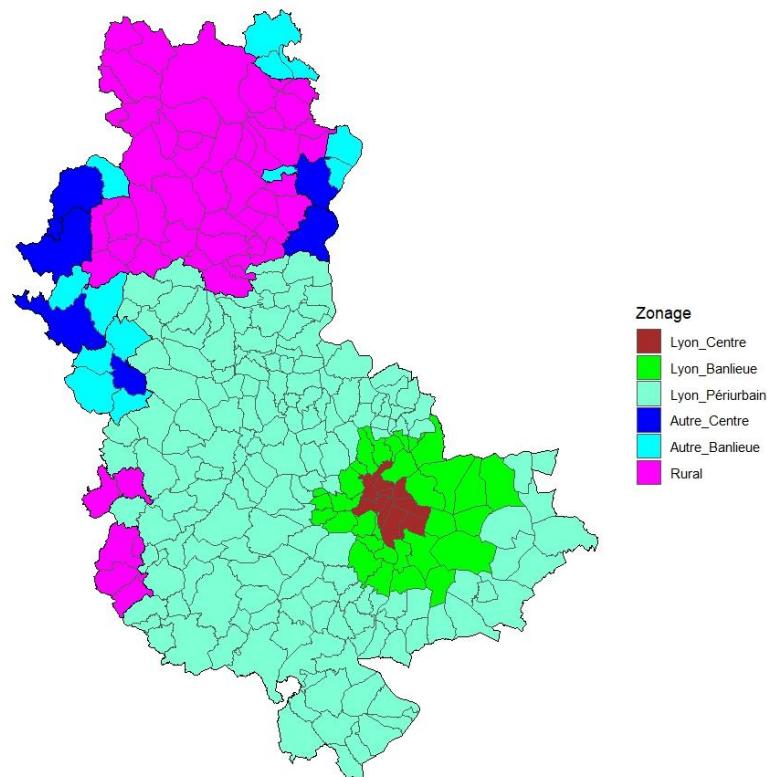
Tableau 38. Distribution de la capacité d'hébergement selon le statut par type d'espace – Indre-et-Loire et Rhône

Statut	Indre-et-Loire				Rhône			
	Centre	Pôle	Périurbain	Hors AAV	Centre	Pôle	Périurbain	Hors
Public hospitalier	494	0	934	0	823	105	1 191	367
Public autonome	361	240	908	839	336	166	627	111
Privé non lucratif	495	115	399	0	1 721	2 184	1 773	132
Privé commercial	280	672	627	0	1 662	801	988	11

Les capacités d'hébergement dans le secteur public hospitalier sont concentrées exclusivement (en Indre-et-Loire) ou essentiellement (dans le Rhône) dans des communes centrales ou situées dans le périurbain. Le secteur privé non lucratif suit cette même distribution spatiale en Indre-et-Loire mais est beaucoup plus présent dans les communes de banlieue des pôles urbains dans le Rhône. Le secteur privé commercial obéit lui aussi à une logique distincte entre les deux départements : présent à parts égales dans les communes de banlieue et dans le périurbain en Indre-et-Loire, il est d'abord présent dans les communes-centre dans le Rhône.

L'utilisation des zonages en aires d'attraction des villes permet d'appréhender deux morphologies territoriales significativement différentes et d'y observer finement l'implantation des capacités d'hébergement en Ehpad. On peut identifier une logique d'organisation spatiale des établissements et des capacités d'accueil des établissements selon leur statut d'autant plus complexe qu'elle est nettement distincte d'un département à l'autre. Le département du Rhône, marqués sur le plan institutionnel par le poids de la Métropole de Lyon créée en 2015, est largement organisé par Lyon et sa capacité d'attraction sur les communes qui l'entourent (Figure 8).

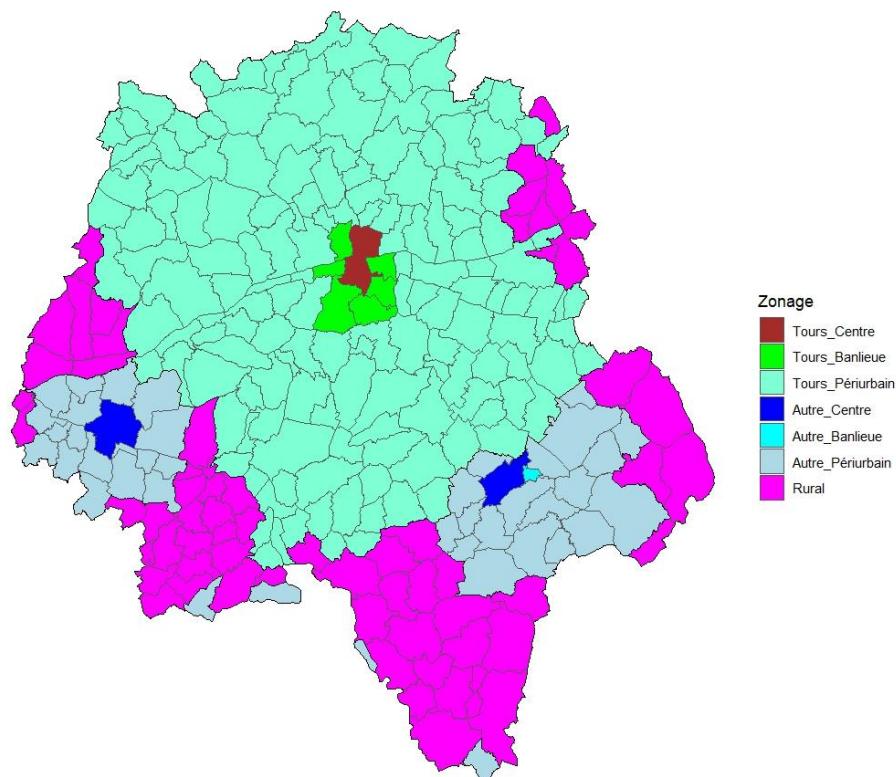
Figure 8. Organisation spatiale du Rhône – zonage en Aire d'attraction des villes



Située au Sud-Est du département, l'aire d'attraction des villes de Lyon est la deuxième de France avec une population de 2,3 millions d'habitants en 2020. Elle compte 398 communes dont 201 sont situées dans l'Ain, l'Isère ou la Loire. L'aire d'attraction de Lyon déborde donc largement du département, qui ne compte que 1,9 millions d'habitants, soit à peine plus que la seule unité urbaine de Lyon et ses 1,7 millions d'habitants. Le dynamisme de la métropole lyonnaise fait qu'une commune comme Villefranche-sur-Saône (36 000 habitants en 2020) est considérée comme faisant partie de la couronne périurbaine de Lyon. Les communes situées hors de l'attraction des villes sont concentrées dans le nord du département. Le Nord du département échappe cependant à l'attraction exercée par Lyon : on y trouve des communes rurales n'étant pas soumises à l'influence d'une aire urbaine ainsi que des communes appartenant à d'autres aires d'attraction des villes comme Mâcon (au Nord) ou Belleville-en-Beaujolais (à l'Est). Les communes situées aux marges Ouest du département sont aussi hors de l'influence de Lyon, qu'il s'agisse de communes rurales ou de petites aires urbaines comme celle de Tarare.

L'Indre-et-Loire présente une morphologie nettement différente de celle du Rhône, du fait du rôle que joue Tours dans l'organisation spatiale du département (Figure 9).

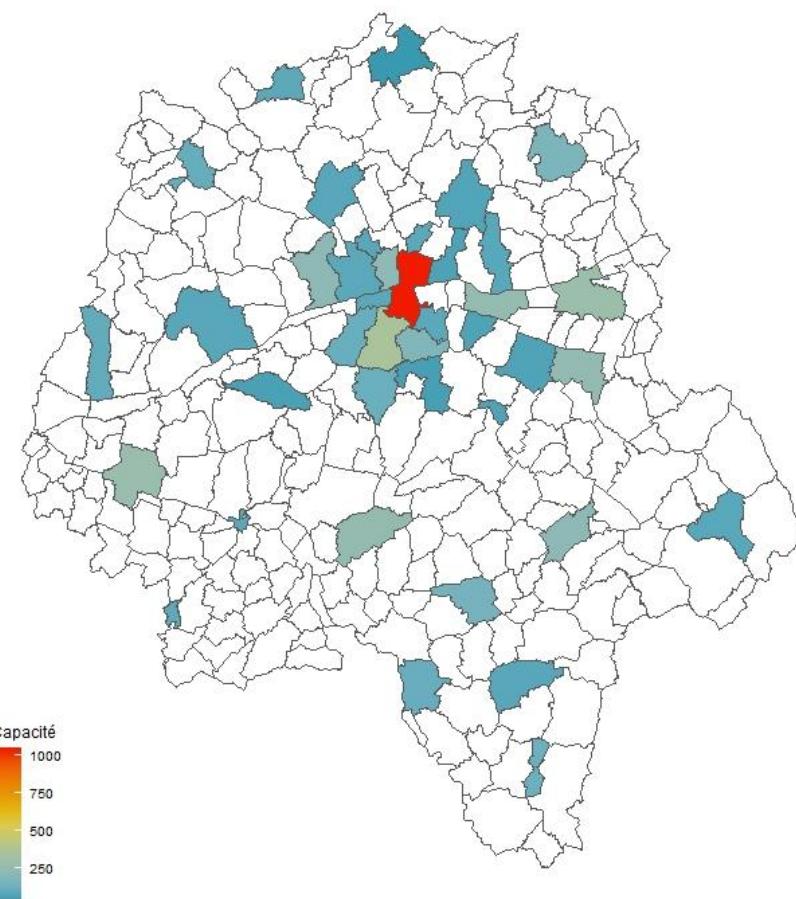
Figure 9. Organisation spatiale de l'Indre-et-Loire – zonage en Aire d'attraction des villes



La place de Tours dans l'organisation socio-spatiale du département est donc en partie paradoxale. L'aire d'attraction de Tours est en effet peu peuplée (520 000 habitants en 2020) et peu dense (144 habitants au kilomètre carré contre près de 500 pour l'aire d'attraction de Lyon) pour une métropole régionale. Mais l'Indre-et-Loire est aussi un département peuplé (610 000 habitants en 2020) et peu dense (100 habitants au kilomètre carré). L'aire d'attractivité de Tours représente 85 % du département auquel elle est entièrement circonscrite mais, contrairement là aussi à ce qui s'observe dans le Rhône, n'empêche pas l'existence de polarités secondaires. L'Indre-et-Loire présente en effet deux aires urbaines distinctes de celle de la métropole centrale et qui comprennent leur propre couronne périurbaine : Chinon au Sud-Ouest et Loches au Sud-Est, qui comptent environ 20 000 habitants chacune. La couronne périurbaine de Tours inclut aussi des communes importantes à l'échelle du département comme Amboise (12 500 habitants en 2020) à l'Est. Aux marges du département, quelques communes appartiennent à la couronne périurbaine d'aires de second rang comme Châtelleraut (Vienne) au Sud. Enfin, les communes rurales situées hors de l'attraction des pôles forment des poches situées elles aussi aux marges du département, au contact des espaces peu denses des départements voisins, et qui encadrent le périurbain de Tours.

La distribution des capacités d'hébergement par commune en Indre-et-Loire reprend cette organisation concentrique autour de l'aire d'attraction de Tours (Figure 10).

Figure 10. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par commune en Indre-et-Loire

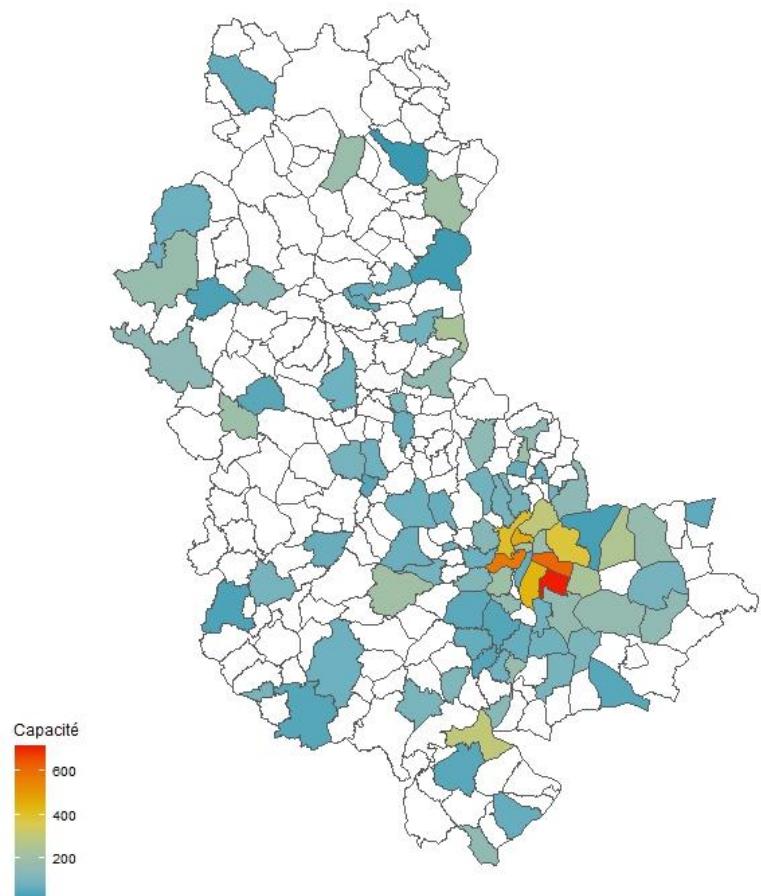


Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

La commune de Tours réunit une capacité totale de 778 places sur les 6 364 du département soit 12 % de la capacité d'hébergement. Les places d'hébergement se répartissent ensuite de manière concentrique autour de Tours, chaque cercle étant séparé par des couronnes de communes ne comptant pas d'Ehpad. Tours est entourée d'une première ceinture d'établissements en proche banlieue, plus d'une seconde ceinture passant par des villes plus éloignées comme Langeais à l'Est ou Amboise à l'Est, et enfin par une troisième couronne d'établissements alternant entre pôles urbains secondaires (Chinon, Loches) et communes situées dans le périurbain éloigné de Tours ou dans des communes situées hors de l'aire d'attraction des villes.

Le département du Rhône est organisé par le poids du pôle urbain de Lyon mais présente une configuration différente de celle de l'Indre-et-Loire (Figure 11).

Figure 11. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par communes dans le Rhône



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Les capacités d'accueil sont concentrées à Lyon qui compte 3 699 places dont la moitié dans les 8^e (714 places), 3^e (612 places) et 5^e arrondissement (577 places). Les communes du pôle urbain présentent une grande densité de places d'hébergement en Ehpad. Vers l'Ouest, on peut observer une logique concentrique centrée sur Lyon avec la présence d'établissements dans des communes plus éloignées comme Larajasse ou Lentilly puis, plus à l'Ouest encore, Brully ou Saint-Germain-sur-L'Arbresle. Hors de l'aire d'attraction de Lyon, la partie Nord du département présente une organisation différente avec des places d'hébergement concentrées aux marges du département (notamment à Villefranche-sur-Saône à l'Est de la partie Nord du département).

Le Rhône et l'Indre-et-Loire dessinent donc deux cadres territoriaux bien distincts dans lesquels s'organise l'offre d'hébergement pour les personnes âgées. C'est dans cette organisation territoriale spécifique que s'inscrivent les établissements et les relations de concurrence et de coopération qu'ils entretiennent. Cette organisation spatiale spécifique recoupe une distribution elle aussi spécifique des établissements selon leur capacité et leur statut juridique (Tableau 39).

Tableau 39. Distribution des Ehpad selon le statut par type d'espace – Indre-et-Loire et Rhône

Statut	Nombre d'établissements				Répartition de la capacité par zonage (pourcentages en ligne)			
	Centre	Pôle	Périurbain	Hors AAV	Centre	Pôle	Périurbain	Hors AAV
Indre-et-Loire								
Public hospitalier	3	0	7	0	34,6	0,0	65,4	0,0
Public autonome	4	1	8	8	15,4	10,2	38,7	35,7
Privé non lucratif	7	1	5	0	49,1	11,4	39,5	0,0
Privé commercial	3	8	8	0	17,7	42,6	39,7	0,0
Rhône								
Public hospitalier	6	1	9	3	33,1	4,2	47,9	14,8
Public autonome	5	3	8	2	27,1	13,4	50,6	9,0
Privé non lucratif	22	26	22	2	29,6	37,6	30,5	2,3
Privé commercial	19	10	13	1	48,0	23,1	28,5	0,3

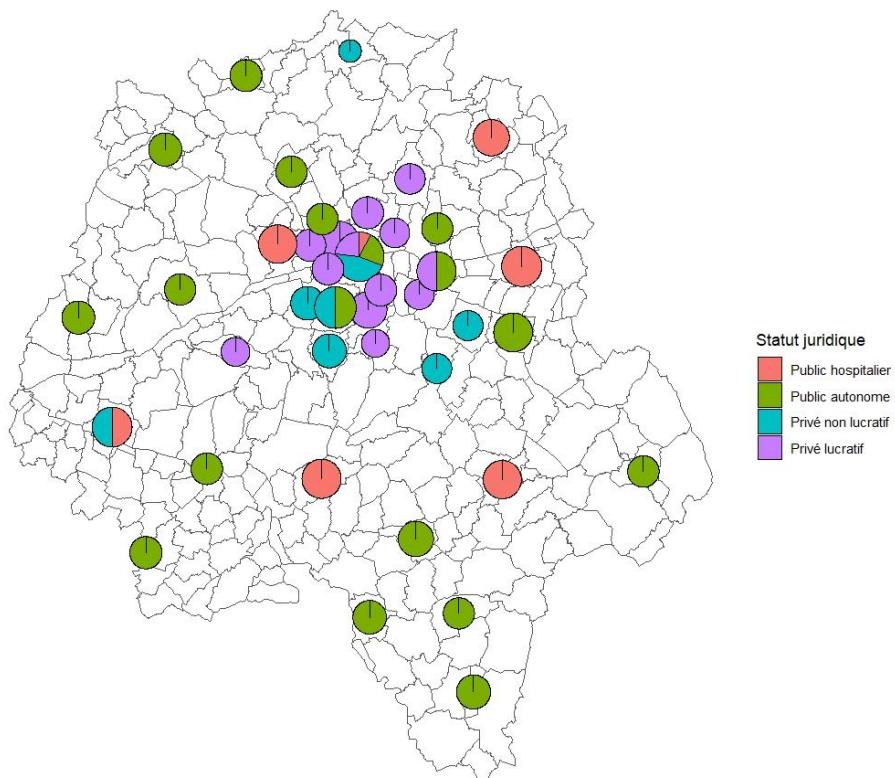
Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

En Indre-et-Loire comme dans le Rhône, un tiers de l'offre d'hébergement dans le secteur public hospitalier est située dans des communes-centre de pôles urbains⁷¹. Mais la couronne périurbaine de Tours compte 65 % des places du secteur public hospitalier contre moins de 50 % pour celle de Lyon. L'Indre-et-Loire présente une particularité : seul le secteur public autonome est présent dans les communes situées hors de l'aire d'attraction de Tours, alors que ces espaces accueillent des hébergements du secteur public hospitalier et autonome dans le Rhône. Enfin, les Ehpad du secteur privé commercial sont plus concentrés dans les pôles urbains du Rhône (71 % de la capacité de ce secteur) que dans ceux d'Indre-et-Loire (60 % de la capacité).

Une cartographie des capacités d'hébergement selon le statut de l'établissement fait apparaître une organisation territoriale concentrique et hiérarchisée en Indre-et-Loire (Figure 12).

⁷¹ Il ne s'agit pas nécessairement des communes-centre de Lyon et de Tours.

Figure 12. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune en Indre-et-Loire



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Les établissements privés, notamment du secteur commercial, sont concentrés en proche banlieue de Tours comme le montrent des cartes resserrées sur l'aire urbaine (Figure 13) et sur le pôle urbain (Figure 14) de Tours. Les espaces périphériques, qu'il s'agisse du périurbain de Tours, des pôles urbains périphériques ou des espaces situés hors de l'attraction des villes, le maillage territorial est assuré par des établissements publics hospitaliers (Auzouer-en-Touraine, Amboise, Loches, Sainte-Maure-de-Touraine, Chinon) entre lesquels est installé un réseau assez dense d'Ehpad du secteur public autonome. Le secteur public hospitalier et le secteur public autonome sont donc organisés de manière à mailler les territoires périphériques, alors que le secteur privé commercial est concentré autour de Tours.

Figure 13. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans l'aire urbaine de Tours

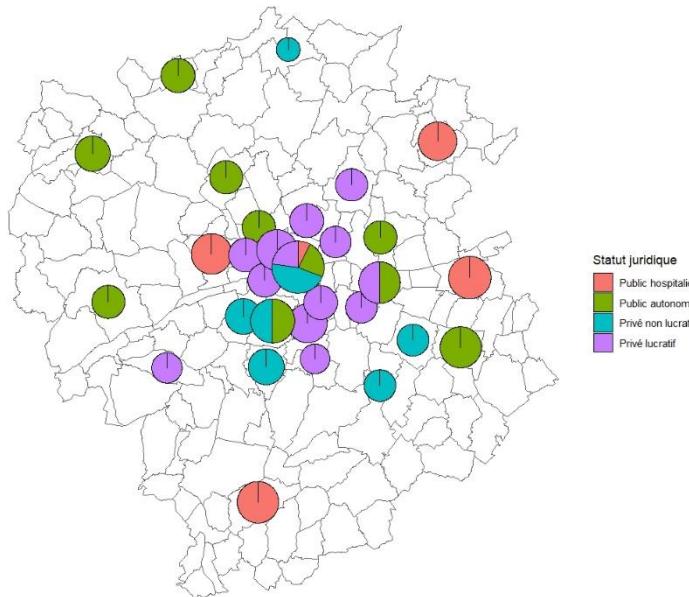
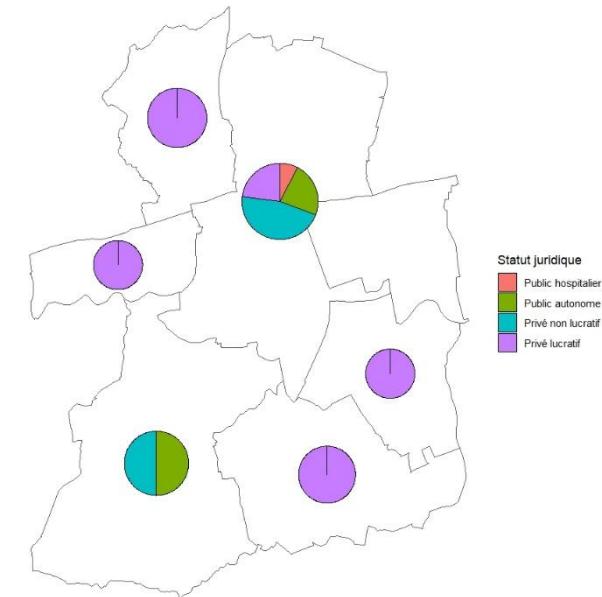


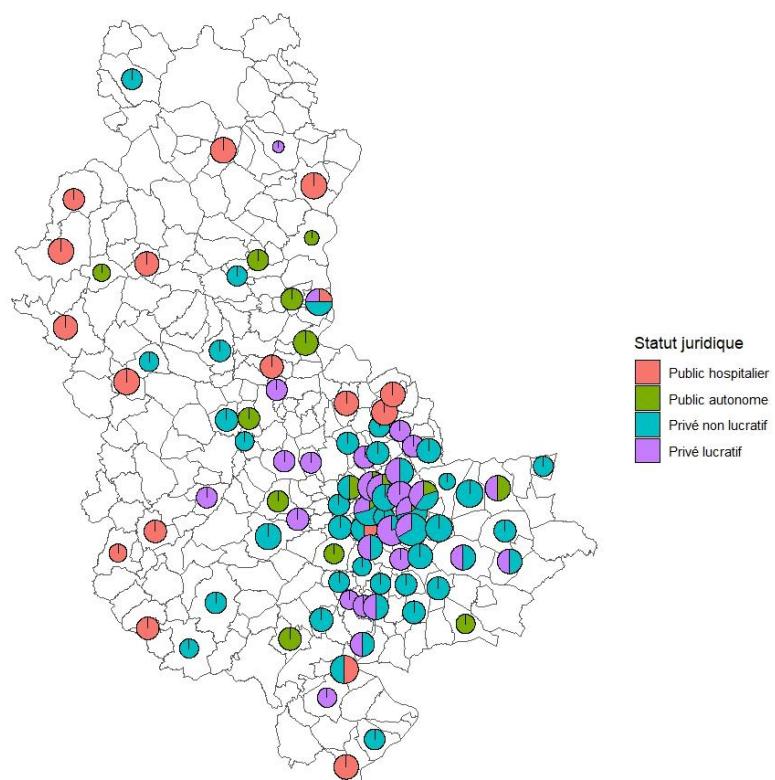
Figure 14. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans le pôle urbain de Tours



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Le Rhône présente aussi une grande concentration des établissements privés lucratifs autour de la métropole lyonnaise, mais la répartition des établissements dans les espaces périphériques se distingue de ce qui peut être observé en Indre-et-Loire (Figure 15).

Figure 15. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans le Rhône



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Des Ehpad publics hospitaliers ceinturent l'aire urbaine de Lyon comme à Condrieu au Sud, Saint-Symphorien-sur-Coise à l'Ouest, Villefranche-sur-Saône au Nord. Le maillage des espaces périphériques de l'aire urbaine est assuré par des établissements privés non lucratifs et non par des établissements publics autonomes, comme cela a pu être observé autour de Tours. L'aire urbaine de Lyon (Figure 16) se distingue par une grande concentration d'établissements du secteur privé commercial, concentration exacerbée à l'échelle du pôle urbain de Lyon (Figure 17). L'unique Ehpad de statut public hospitalier dans le pôle urbain de Lyon est celui du centre hospitalier de Sainte-Foy-Lès-Lyon. Tous arrondissements confondus, Lyon compte quatre Ehpad du secteur public autonome, mais aucune place dans un établissement hospitalier.

Figure 16. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans l'aire urbaine de Lyon

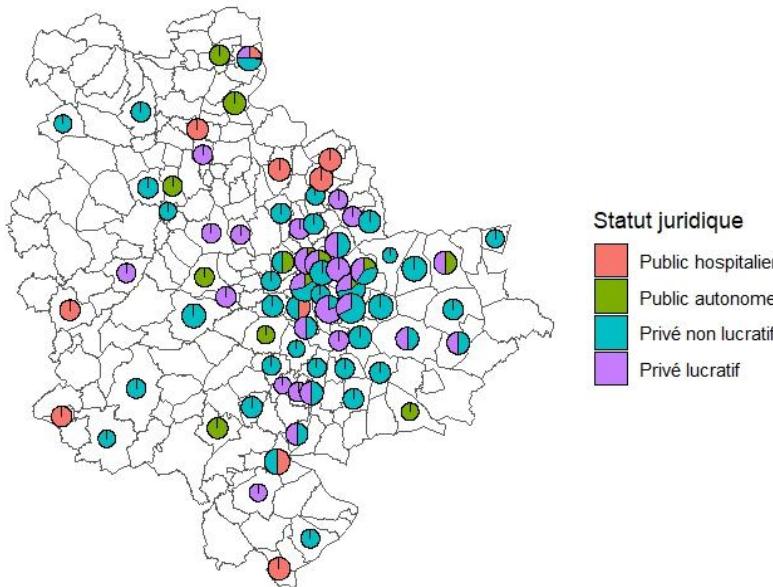
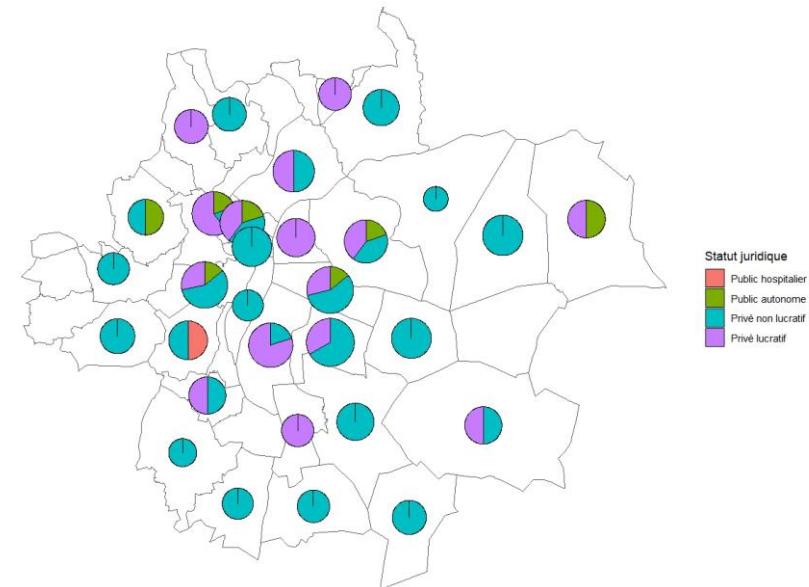


Figure 17. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans le pôle urbain de Lyon



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

La partie Nord du département est marquée par la présence d'établissements hospitaliers organisés en clusters comme Cours, Thizy-Les-Bourgs, Amplepuis à l'Ouest ou Saint-Symphorien-sur-Coise, Haute-Rivoire et Saint-Laurent-de-Chamousset au Sud-Ouest. Ces groupes d'Ehpad publics hospitaliers sont parfois reliés par des établissements du secteur privé non lucratif, mais on remarque aussi des espaces sans autres établissements comme au Nord du département.

Entre le Rhône et l'Indre-et-Loire, on peut donc s'attendre à ce que les relations de concurrence entre établissements s'organisent de manière différente. Le secteur privé commercial est concentré dans le pôle urbain central, à l'exception de quelques établissements installés dans des espaces périphériques du Rhône. Le secteur hospitalier organise des polarités d'accueil en périphérie, polarités qui sont plus intégrées dans un maillage régulier en Indre-et-Loire que dans le Rhône. C'est dans ces contextes morphologiques spécifiques qu'il faut analyser les logiques de différenciation par les prix entre établissements.

2.1.4 Différenciation tarifaire

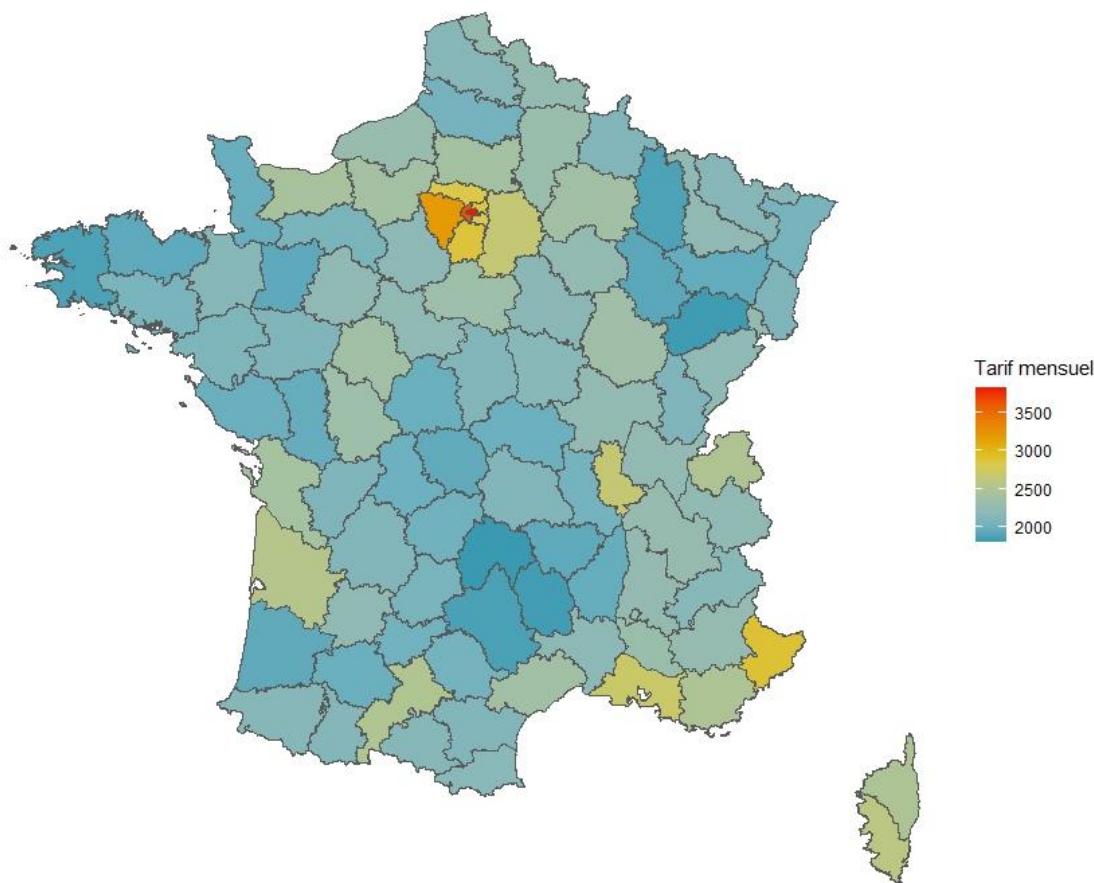
Le niveau de tarification est le dernier critère de différenciation. La base de données construite pour les besoins de l'enquête comprend le tarif mensuel pratiqué par les 7 263 établissements qui la composent. Les données étant disponible à l'échelle individuelle des établissements, il est possible de choisir librement les échelles d'analyse pour étudier le caractère plus ou moins élevé des tarifs qu'ils pratiquent, ce que ne permet pas le traitement ou le retraitement de données déjà publiées.

Il est d'abord possible de calculer les indicateurs de position et de dispersion usuels sur le tarif mensuel majoritairement pratiqué par chaque Ehpad en France. Ce tarif masque l'éventuelle dispersion interne des tarifs pouvant s'expliquer par l'hétérogénéité des prestations ou de la qualité de différents bâtis au sein d'un même établissement. Il ne reflète pas non plus la réalité de l'offre disponible à un moment donné dans chaque établissement, par exemple si les places correspondant à ce tarif sont déjà occupées et que les résidents à la recherche effective d'un hébergement se voient proposer des tarifs plus élevés. Cela dit, disposer ainsi du tarif majoritairement pratiqué a l'avantage décisif de ne pas faire porter l'observation sur les hébergements les moins chers, qui peut permettre à certains établissements d'afficher un prix d'appel attractif mais nettement inférieur au tarif qui sera effectivement proposé aux résidents.

Cette dispersion se joue en partie à l'échelle interdépartementale. En effet, si les dix établissements au tarif le moins élevé sont répartis dans neuf départements distincts⁷², les départements dans lesquels le tarif moyen est le plus élevé sont concentrés en Île-de-France et dans le Sud-Est de la France (Figure 18).

⁷² Orne, Haute-Garonne, Ille-et-Villaine, Finistère (deux établissements), Meurthe-et-Moselle, Isère, Charente, Aveyron, Gers.

Figure 18. Tarif moyen des Ehpad par départements en France métropolitaine



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Le tarif moyen des Ehpad dans les départements d'Outre-mer est élevé, allant de 3 308 euros par mois en Guadeloupe (3^e moyenne départementale la plus élevée) à 2 561 euros par mois à la Réunion (16^e moyenne départementale la plus élevée). Avec un tarif moyen de 2 660 euros par mois, le Rhône se situe au 14^e rang. L'Indre-et-Loire se classe 27^e avec un tarif moyen de 2 377 euros.

Les moyennes départementales ne rendent cependant pas compte des grands écarts de tarif qui peuvent exister entre départements, notamment lorsqu'on prend en compte les tarifs les plus élevés (Tableau 40).

Tableau 40. Tarifs mensuels pratiqués par les Ehpad en France – statistiques descriptives

Indicateur	Valeur en euros
Moyenne	2 304
Médiane	2 087
Ecart-type	593
Minimum	1 085
1 ^{er} décile	1 811
1 ^{er} quartile	1 926
3 ^e quartile	2 505
9 ^e décile	3 135
Maximum	6 926

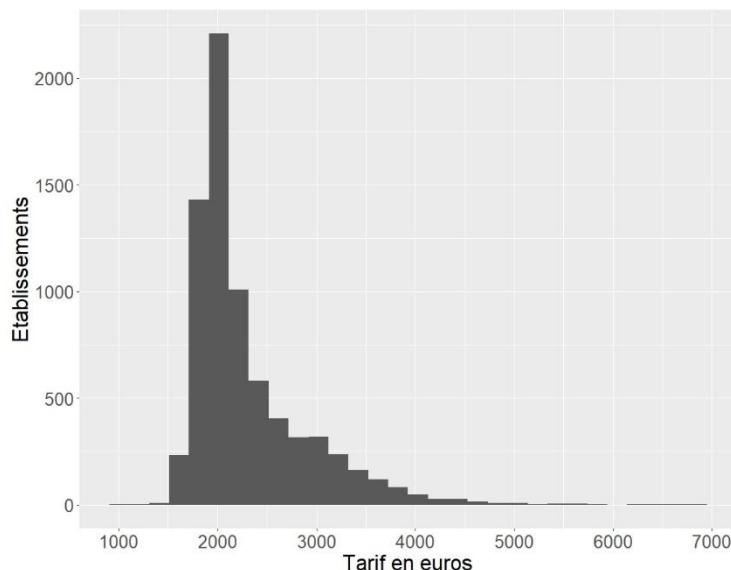
Source : enquête Multiconc (2024), données CNSA

L'établissement au tarif mensuel le plus élevé est l'Ehpad Résidence de Sèvres situé dans le 7^e arrondissement de Paris⁷³ à 6 926 euros par mois. Six des dix établissements au tarif le plus élevé sont situés à Paris, deux dans les Hauts-de-Seine, et deux dans les Bouches-du-Rhône. À l'opposé, l'établissement au tarif le moins élevé est l'Unité d'accueil de jour « L'intermède », située à Saint-Germain-du Corbeis (Orne) à 1 048 euros par mois⁷⁴. La médiane étant inférieure à la moyenne, les valeurs les plus élevées contribuent à la dispersion des tarifs. Il n'y a effectivement qu'une centaine d'euros mensuels d'écart entre le premier décile et la médiane, alors que le 9^e décile est supérieur de 50 % à la médiane et que la valeur maximale est elle-même plus de deux fois supérieure au 9^e décile. Dans l'ensemble, la distribution des tarifs mensuels est fortement étirée par les valeurs supérieures à la moyenne (Graphique 3).

⁷³ L'établissement « Villa Lecourbe », situé dans le 15^e arrondissement de Paris, annonce un tarif de 7 319 € mais cet établissement ne déclare pas la clientèle « Personnes âgées dépendantes » et a été exclu du champ de l'étude.

⁷⁴ Bien que la raison sociale de cet établissement indique « Accueil de jour », il remplit tous les critères retenus ici pour le classer parmi les Ehpad (codification comme Ehpad dans Finess ; accueil pour personnes âgées ; personnes âgées dépendantes ; hébergement internat). La logique de construction de la base impose donc de conserver les quelques établissements dont le tarif mensuel pratiqué s'établit autour de 1 100€.

Graphique 3. Distribution du tarif mensuel pratiqué par les Ehpad en France



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Seuls 150 établissements annoncent un tarif mensuel inférieur à 1 680 euros et trois seulement un tarif inférieur à 1 400 euros. Environ deux tiers des établissements annoncent un tarif compris entre 1 680 et 2 320 euros mensuels. La distribution est beaucoup plus étirée du côté des valeurs les plus élevées, puisque 137 établissements déclarent un tarif mensuel supérieur à 4 000 euros (dont 22 qui déclarent un tarif mensuel supérieur à 5 000 euros).

La question est alors de savoir autour de quelles variables la dispersion des tarifs pratiqués s'organise. Une première hypothèse consiste à considérer que le statut juridique des établissements joue un rôle, les établissements privés lucratifs étant supposés pratiquer des tarifs plus élevés que les établissements à but non-lucratif.

Tableau 41. Description des tarifs mensuels par statut juridique

Indicateur	Public hospitalier	Public autonome	Privé non-lucratif	Privé commercial
Moyenne	1 961	1 985	2 177	3 083
Médiane	1 943	1 963	2 105	2 994
Ecart-type	217	194	331	647
Minimum	1 443	1 482	1 085	1 518
1 ^{er} décile	1 747	1 775	1 853	2 019
1 ^{er} quartile	1 828	1 857	1 967	2 663
3 ^e quartile	2 060	2 078	2 334	3 369
9 ^e décile	2 168	2 206	2 565	3 857
Maximum	4 006	3 057	4 780	6 926

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Le tarif moyen des établissements du secteur privé commercial est environ 50% plus élevés que ceux pratiqués dans les autres secteurs. Le tarif moyen des établissements publics est inférieur à 2 000€, assez proche de celui des établissements du secteur privé non lucratif à 2 177€. Les écarts de tarif entre secteurs se jouent au niveau des tarifs les plus élevés. Il y a moins de 300€ d'écart entre le premier décile du tarif pratiqué par les établissements des secteurs publics et celui du secteur privé commercial, mais environ 1 700€ d'écart pour le neuvième décile. Sur 925 établissements affichant un tarif mensuel supérieur ou égal à 3 000€, six sont de statut public hospitalier et 1 de statut public autonome, soit moins de 1% du total, et 56 sont de statut privé non lucratif. Les établissements privés lucratifs représentent ainsi plus de 90% de ceux qui affichent un tarif mensuel supérieur ou égal à 3 000€.

Une deuxième hypothèse permettant de rendre compte des écarts de tarification entre Ehpad est d'ordre géographique. Les questions d'accès au foncier, par exemple, expliqueraient que les tarifs soient plus élevés dans les espaces centraux que dans les espaces périphériques. On peut ainsi observer la distribution des tarifs pratiqués par les établissements selon leur localisation (Tableau 42).

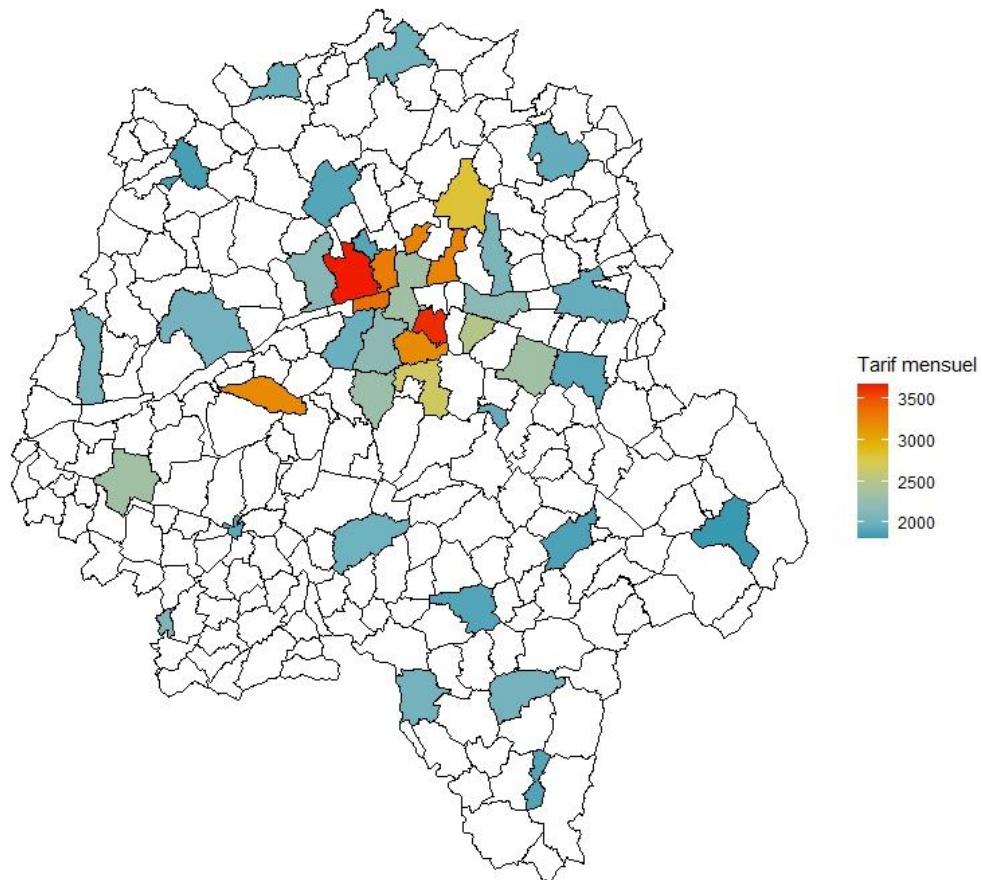
Tableau 42. Description des tarifs mensuels par zonage géographique

Indicateur	Centre	Pôle	Périurbain	Rural
Moyenne	2 314	2 732	2 234	2 022
Médiane	2 081	2 482	2 075	1 953
Ecart-type	636	748	481	297
Minimum	1 160	1 647	1 231	1 085
1 ^{er} décile	1 805	1 968	1 812	1 766
1 ^{er} quartile	1 916	2 163	1 927	1 853
3 ^e quartile	2 548	3 201	2 405	2 079
9 ^e décile	3 158	3 831	2 954	2 351
Maximum	6 926	6 888	6 300	4 191

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

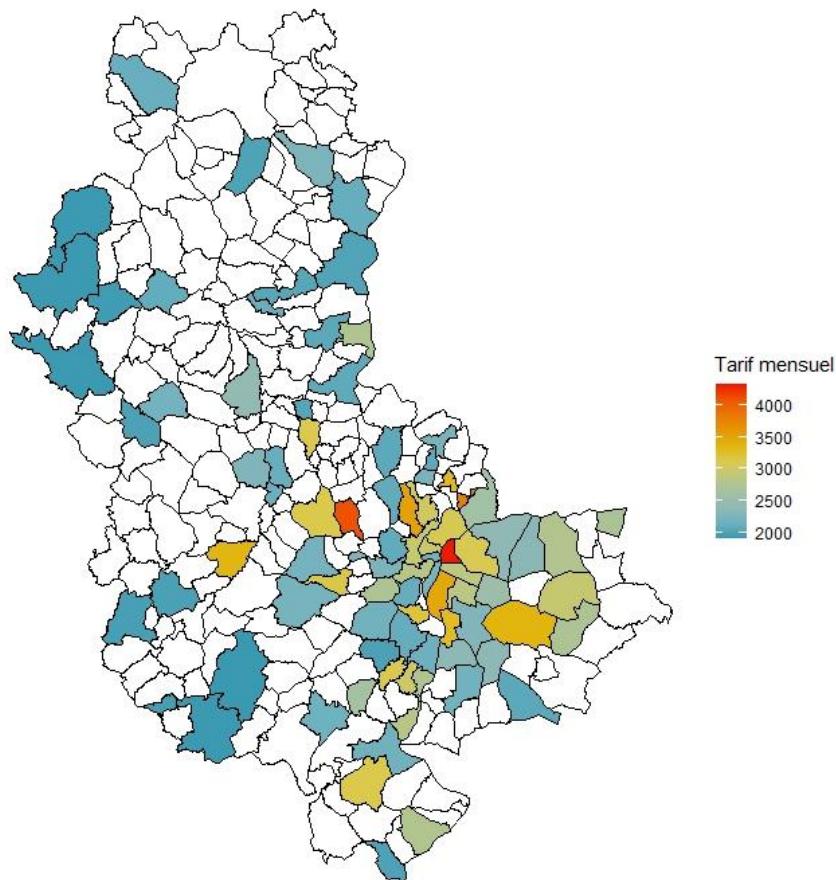
Au sein de chaque département, la représentation des tarifs moyens pratiqués à l'échelle de chaque commune se superpose dans l'ensemble avec la répartition des établissements par statut (Figure 12; Figure 15). En Indre-et-Loire (Figure 19) comme dans le Rhône (Figure 20), la carte des tarifs se superpose à celle de la répartition des établissements par statut.

Figure 19. Tarif mensuel moyen pratiqué par commune en Indre-et-Loire



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Figure 20. Tarif moyen pratiqué par commune dans le Rhône



Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

On constate en effet que les tarifs moyens les plus élevés correspondent aux communes dont on a pu voir qu'elles comptent des établissements de statut privé commercial. Au contraire, les espaces périphériques sont à la fois caractérisés par l'absence du secteur privé commercial et par des tarifs moyens particulièrement bas. La cartographie des tarifs reprend donc la cartographie des établissements et des capacités selon le statut telle qu'on a pu la décrire (Tableau 36 et Tableau 37).

Le fait que plusieurs dimensions se recoupent ainsi invite à dépasser les simples tris croisés et à adopter un mode de raisonnement toutes choses égales par ailleurs (TCEPA). Les frontières en type d'établissements, notamment en termes de statut juridique, sont mobiles et l'organisation de l'offre d'hébergement dans les territoires étudiés ne se limite pas à des associations simples entre espace et statut. Les établissements peuvent donc entretenir des relations de concurrence et de coopération d'autant plus complexes que l'offre de places d'hébergement n'est pas homogène sur le plan spatial : la taille, le statut, le type fonctionnel, le prix des établissements entretiennent des liens croisés. Il est ainsi par exemple difficile en première analyse de savoir si le tarif plus élevé des établissements de statut privé lucratif est lié au statut lui-même ou à leur localisation ou encore à leur taille ou au type de public accueilli.

Pour dépasser ce constat, on peut procéder à une analyse « toutes choses égales par ailleurs » des tarifs pratiqués par établissement. L'analyse toutes choses égales par ailleurs consiste à modéliser une variable d'intérêt en la décomposant en différentes variables explicatives qui sont, par construction du modèle, indépendantes les unes des autres. Comme toute forme de modélisation, ce raisonnement a une dimension expérimentale et donc en partie irréelle puisqu'il isole et distingue ce qui est en fait lié. Il a cependant la vertu de neutraliser les interactions entre les différentes variables et de mesurer, pour chacune des variables explicatives, un effet propre et indépendant des éventuels liens entre variables tels qu'on a pu les identifier plus haut.

On peut ainsi associer à chaque caractéristique des Ehpad (statut, capacité, localisation, organisation fonctionnelle...) un coefficient permettant d'identifier si le fait de présenter cette caractéristique augmente (coefficient positif) ou diminue (coefficient négatif) le tarif pratiqué par un établissement (Tableau 43).

Tableau 43. Analyse toutes choses égales par ailleurs du niveau de prix des Ehpad en France

	Coefficient	Valeurs prédictives (en euros)
Constante	7,59 ***	1 971
Statut juridique		
Public hospitalier	Ref	1 971
Public autonome	0,02 ***	2 009
Privé non lucratif	0,08 ***	2 126
Privé commercial	0,35 ***	2 804
Capacité		
60 places ou moins	Ref	1 971
61-80 places	0,01 ***	1 993
81-100 places	0,02 ***	2 001
Plus de 100 places	0,01 ***	1 995
Option de tarification soins		
Globale	Ref	1 971
Partielle	-0,01 ***	1 959
Habilitation aide sociale		
Oui	Ref	1 971
Non	0,06 ***	2 095
Pharmacie à usage interne		
Oui	Ref	1 971
Non	0,01 ***	1 986
Nombre de disciplines déclarées		
Une	Ref	1 971
Deux	0,01 ***	1 997
Trois ou plus	0,00 **	1 977
Nombre de modes d'accueil déclarés (ref = un)		
Un	Ref	1 971
Deux ou plus	-0,02 ***	1 963
Nombre de clientèles déclarées (ref = une)		
Un		1 971
Deux ou plus	0,02 ***	2 013
Niveau du Gir moyen pondéré		
Bas	Ref	1 971
Moyen	0,01 ***	1 986
Elevé	0,00 ***	1 972
Niveau du Pathos moyen pondéré		
Bas	Ref	1 971
Moyen	0,02 ***	2 007
Elevé	0,03 ***	2 022
Localisation (ref = centre d'un pôle urbain)		
Centre d'un pôle urbain	Ref	1 971
Banlieue d'un pôle urbain	0,02 ***	2 016
Couronne périurbaine	-0,02 ***	1 929
Hors aire d'attraction des villes	-0,03 ***	1 911
Département		
Indre-et-Loire	Ref	1 971
Rhône	0,10 ***	2 153

*** : significatif au seuil de 1 % ou moins ; ** : significatif au seuil de 5 % ;

* : significatif au seuil de 10 % ; ns : non-significatif

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Notes : Modélisation par régression linéaire généralisée avec distribution de Poisson.

*La modalité « autres » des variables décrivant le mode de tarification, l'habilitation à l'aide sociale et la présence d'une PUI est associée à un coefficient de -0,15 (***)) non reporté dans le tableau. Le fait de ne pas avoir de PMP et de GMP déclaré est associé à un coefficient de 0,01 (***))*

Le modèle contrôle l'effet des cent départements de France avec l'Indre-et-Loire comme département de référence. Pour des raisons de lisibilité, seul le coefficient associé au Rhône est représenté ici.

Lecture : Un coefficient positif (respectivement : négatif) indique que le fait de présenter cette caractéristique plutôt que la caractéristique de référence augmente (respectivement : diminue), toutes autres caractéristiques égales par ailleurs, le tarif mensuel pratiqué par un établissement par rapport à ceux qui présente la caractéristique de référence.

La valeur prédite indique pour chaque variable le niveau de tarification attendu d'un établissement présentant comme caractéristique cette modalité et l'ensemble des modalités de référence pour toutes les autres variables. Par exemple : le tarif mensuel d'un établissement de statut public hospitalier est, selon le modèle, de 1 971 euros par mois contre 2 804 euros par mois pour un établissement du secteur privé commercial à toutes autres caractéristiques égales et fixées aux valeurs de référence (Ehpad situé en Indre-et-Loire, dans le centre d'un pôle urbain, déclarant un seul type de clientèle, etc.)

Toutes les modalités de toutes les variables employées dans le modèle ont un effet significatif sur le prix mensuel fixé par les établissements, mais la grande majorité des coefficients ont une valeur proche de zéro. L'effet marginal de ces modalités sur le tarif mensuel est donc faible et rarement supérieur à quelques dizaines d'euros. L'effet de la capacité d'accueil, de la localisation ou des variables décrivant l'organisation de l'activité (nombre de disciplines, nombre de modes d'accueil, nombre de clientèles) n'influencent que très peu le tarif mensuel d'un établissement. Par exemple, à toutes autres caractéristiques fixées aux valeurs de référence, un Ehpad ayant choisi la tarification partielle verrait son tarif mensuel fixé à 1 959 euros contre 1 971 pour un établissement ayant choisi l'option de tarification globale des soins. Le profil des résidents a lui aussi un effet significatif très faible sur le tarif mensuel : à toutes autres caractéristiques fixées aux valeurs de référence, un établissement dont le GMP serait classé comme « élevé » verrait son tarif mensuel fixé à 1 972 euros contre 1 971 euros pour un établissement au GMP bas. Concernant le PMP, le tarif mensuel serait de 2 022€ contre 1 971 euros pour le tarif de référence.

La seule variable présentant des coefficients nettement plus élevés est le statut juridique de l'établissement. Toutes choses égales par ailleurs, un établissement du secteur privé commercial présentant toutes les caractéristiques de référence du modèle pratiquerait un tarif mensuel supérieur de 834 euros à celui d'un établissement du secteur public hospitalier présentant les mêmes caractéristiques (2 804€ contre 1 971€). Cet écart peut correspondre à des facteurs qui ne sont pas explicités par le modèle (comme par exemple la rémunération du capital propre au secteur privé commercial), mais aussi par un niveau de prestation « hébergement » (confort des chambres, qualité du bâti, animations, restauration...) supérieur. Il reste que cet écart est de loin le plus important à être constaté par le modèle. Ce ne sont pas les propriétés fonctionnelles des établissements qui expliquent les écarts de tarification.

Les variables de localisation infradépartementales (type d'espace auquel appartient la commune dans laquelle est située l'Ehpad) ont un effet certes significatif mais faible sur le niveau de prix. Mais le département d'implantation a, lui, un effet plus marqué. Alors qu'un établissement présentant toutes les caractéristiques de référence, dont le fait d'être situé en Indre-et-Loire, est associé à un tarif mensuel de 1 971 euros, le fait d'être situé dans le Rhône fixerait ce tarif à 2 153 euros. Les effets les plus forts sont associés au fait pour un établissement d'être situé à Paris (2 946 euros), dans les Hauts-de-Seine (2 683 euros) ou dans un département d'Outre-mer (2 664 euros en Guadeloupe, 2 637 euros en Guyane, 2 389 euros en Martinique). D'autres départements sont associés à un niveau de tarification plus bas. Toutes autres caractéristiques fixées aux valeurs de référence, un établissement situé dans la Drôme (1 864 euros), la Haute-Vienne (1 863 euros) ou l'Orne (1 855 euros) présenterait un tarif mensuel inférieur à celui d'un établissement situé en Indre-et-Loire (Tableau 44).

Tableau 44. Analyse toute chose égale par ailleurs du niveau de prix des Ehpad – effet des départements

département	coefficient	département	coefficient	département	coefficient	département	coefficient
75	0,40	31	ns	76	-0,01	66	-0,06
92	0,31	25	ns	51	-0,01	19	-0,06
971	0,30	59	ns	05	-0,01	18	-0,06
973	0,29	35	ns	02	-0,01	17	-0,06
972	0,19	72	ns	84	-0,02	10	-0,06
78	0,19	09	ns	46	-0,02	61	-0,06
2A	0,12			45	-0,02	87	-0,06
74	0,11			34	-0,02	26	-0,06
93	0,10			33	-0,02	36	-0,07
94	0,09			83	-0,03	40	-0,07
974	0,09			82	-0,03	80	-0,07
69	0,09			71	-0,03	44	-0,07
06	0,08			56	-0,03	85	-0,07
91	0,06			49	-0,03	65	-0,07
38	0,05			41	-0,03	62	-0,08
90	0,04			39	-0,03	81	-0,08
21	0,04			04	-0,03	53	-0,08
95	0,03			86	-0,04	08	-0,08
77	0,03			68	-0,04	43	-0,09
13	0,03			60	-0,04	64	-0,09
2B	0,03			54	-0,04	52	-0,09
73	0,02			30	-0,04	23	-0,09
				27	-0,04	22	-0,09
				14	-0,04	16	-0,10
				01	-0,04	32	-0,10
				89	-0,05	24	-0,10
				67	-0,05	88	-0,11
				63	-0,05	79	-0,11
				58	-0,05	42	-0,11
				57	-0,05	07	-0,11
				47	-0,05	48	-0,12
				28	-0,05	50	-0,12
						12	-0,13
						11	-0,13
						29	-0,13
						03	-0,14
						55	-0,16
						70	-0,16
						15	-0,18

Source : enquête Multiconc (2024), données Finess et CNSA

Parce qu'elle sépare l'effet de différentes variables dont on a vu qu'elles sont liées, comme le statut juridique et le type d'espace dans lequel sont installés les établissements, l'analyse TCEPA permet de faire la part de chaque caractéristique sur le tarif des Ehpad. Mais parce qu'elle sépare les différentes variables pour en isoler les effets, elle ne permet pas de représenter la façon dont le champ des Ehpad s'organise. Pour ce faire, il est nécessaire de mener une analyse multivariée qui, elle, permet d'étudier la façon dont les différentes variables qui structurent ce champ s'articulent et s'organisent.

2.1.5 Cartographie concurrentielle multidimensionnelle

La description du secteur des Ehpad fait apparaître des logiques de polarisation multiples par statut, fonction ou localisation. La tarification, elle, est largement dépendante du statut juridique des établissements et des positionnements concurrentiels qu'ils engagent. Dans un dernier temps, il est possible d'étudier la façon dont ces facteurs de différenciation se superposent et s'articulent pour constituer une cartographie concurrentielle multidimensionnelle du secteur des Ehpad.

Pour ce faire, on a procédé à une ACM (Analyse des Correspondances Multiples) sur l'ensemble des variables utilisées pour décrire le secteur des Ehpad. L'ACM est une méthode d'analyse multivariée adaptée aux variables qualitatives. Elle permet d'analyser la dispersion totale (l'« inertie ») au sein d'une population en mesurant la façon dont le profil de chaque individu (ici, chaque établissement) contribue à cette dispersion. L'ACM propose de décomposer cette dispersion selon des axes factoriels construits de manière à exprimer le plus d'information possible tout en étant strictement indépendants les uns par rapport aux autres.

On a procédé ici à une ACM dont le paramétrage est présenté dans le Tableau 45.

Tableau 45. Paramétrage de l'analyse des correspondances multiples

Variable	Rôle
Statut juridique	Active
Capacité	
Tarif « soins »	
Habilitation HAS	
Présence d'une PUI	
Nombre de disciplines	
Nombre de modes d'accueil	
Nombre de clientèles	
Catégorie d'espace	
Tarif mensuel	
Département	Illustrative
GMP	
PMP	

Les trois premiers axes représentent respectivement 16,5, 11,9 et 10,8% de l'inertie, à savoir de l'ensemble des forces statistiques qui contribuent à rapprocher et à distinguer les différents Ehpad en France (Tableau 46)

Tableau 46. Décomposition de l'inertie de l'analyse des correspondances multiples

Valeur singulière	Inertie principale	Khi-2	Pourcentage	Pourcentage cumulé	0	5	10	15
0.56008	0.31369	34756	16.51	16.51				
0.47557	0.22617	25059	11.90	28.41				
0.45212	0.20441	22649	10.76	39.17				
0.36093	0.13027	14434	6.86	46.03				
0.32486	0.10554	11693	5.55	51.58				
0.32209	0.10374	11495	5.46	57.04				
0.31854	0.10147	11242	5.34	62.38				
0.31469	0.09903	10972	5.21	67.60				
0.30999	0.09609	10647	5.06	72.65				
0.29624	0.08776	9723	4.62	77.27				
0.28878	0.08339	9240	4.39	81.66				
0.27157	0.07375	8171	3.88	85.54				
0.25006	0.06253	6928	3.29	88.83				
0.22454	0.05042	5587	2.65	91.49				
0.21111	0.04457	4938	2.35	93.83				
0.20441	0.04178	4630	2.20	96.03				
0.18514	0.03428	3798	1.80	97.84				
0.15380	0.02365	2621	1.24	99.08				
0.13217	0.01747	1936	0.92	100.00				
1.90000	210518		100.00		Degrés de liberté = 784			

Chacun de ces axes est construit par une combinaison spécifique des modalités actives utilisée par l'ACM. Chaque modalité contribue plus ou moins à définir chaque axe. L'examen des modalités qui contribuent le plus aux trois premiers axes permet de les interpréter (tableau 47).

Tableau 47. Description des trois premiers axes de l'analyse des correspondances multiples

	Coordonnées	Contributions
Axe 1 (62,2%)		
Présence d'une PUI	1,44	0,12
Statut public hospitalier	1,47	0,11
Statut privé commercial	-1,16	0,10
Pas d'habilitation HAS	-1,29	0,10
Tarif mensuel > 2 500 €	-1,08	0,09
Tarif soins « global »	0,82	0,07
Axe 2 (21,7%)		
Une seule clientèle déclarée	-0,86	0,13
Deux modes d'activité ou plus	0,88	0,13
Une seule discipline déclarée	-0,76	0,11
Deux clientèles ou plus	0,60	0,09
Capacité < 60 places	-0,90	0,09
Un seul mode d'activité déclaré	-0,53	0,08
Trois disciplines ou plus	1,07	0,07
Axe 3 (14,8%)		
Statut public hospitalier	1,25	0,12
Présence d'une pharmacie	1,10	0,11
Statut public autonome	-0,84	0,10
Statut privé commercial	0,91	0,10
Tarif mensuel > 2 500 €	0,87	0,09
Pas d'habilitation HAS	0,95	0,08
Tarif soins « global »	0,63	0,07
Statut privé non lucratif	-0,56	0,05

Note : les contributions à l'inertie sont calculées avec ajustement de Benzecri

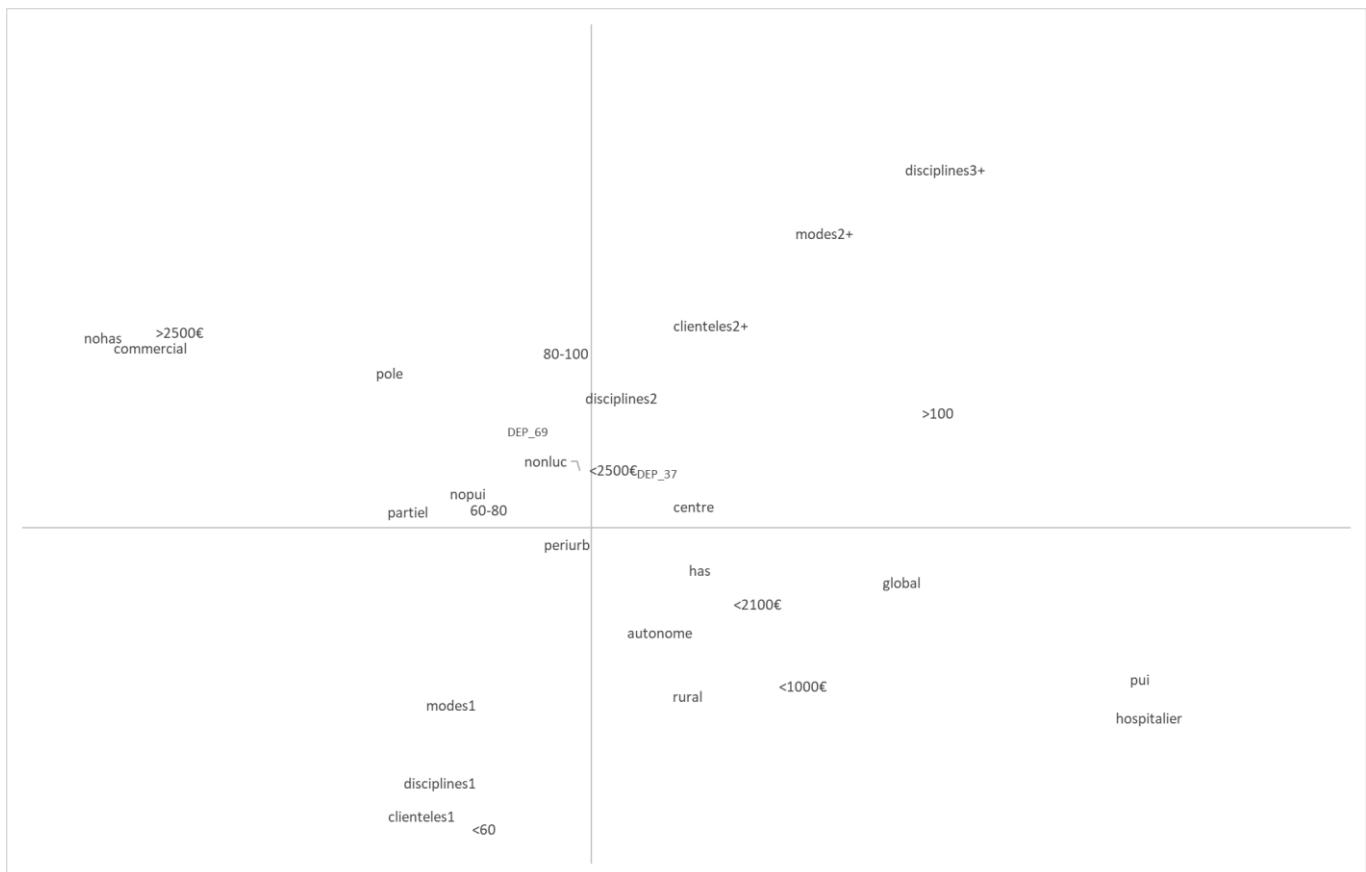
Le premier axe exprime 62,2 % de l'inertie totale corrigée. Les modalités qui contribuent le plus à l'information exprimée par cet axe sont la présence d'une PUI et le statut hospitalier (à droite de l'axe) ainsi que la non-habilitation à l'HAS et le statut privé commercial (à gauche de l'axe). À droite de l'axe, les autres modalités contributrices sont la taille de l'établissement (plus de 100 places d'hébergement) et la différenciation fonctionnelle (deux modes d'accueil ou plus déclarés, trois disciplines ou plus déclarées). À la gauche de l'axe, on trouve les tarifs mensuels élevés (supérieurs à 2 500 euros par mois) et le choix de la tarification partielle.

Le deuxième axe représente 21,7% de l'inertie totale corrigée. Il est organisé par l'opposition des modalités correspondant à une activité diversifiée en haut de l'axe (deux modes d'accueil ou plus, deux clientèles ou plus, trois disciplines ou plus) aux modalités correspondant à une activité peu diversifiée en bas de l'axe (une seule discipline, une seule clientèle, un seul mode d'accueil, capacité d'hébergement inférieure à 60 places).

Le troisième axe représente 14,8% de l'inertie totale corrigée. Il apporte une information supplémentaire à celle apportée par les deux premiers axes, à savoir la distinction entre les établissements de statut public autonome et privé non lucratif d'une part, et les établissements privés lucratifs et publics hospitaliers (associés à leurs propriétés respectives telles qu'elles étaient exprimées par l'axe 1) d'autre part.

On peut ainsi représenter sur un axe factoriel croisant l'axe 1 et l'axe 2 l'espace des Ehpad et par leurs caractéristiques (Figure 21).

Figure 21. Plan factoriel de l'analyse de correspondances multiples (axe 1 * axe 2)



Le plan factoriel synthétise 83,9 % de l'inertie totale de la base de données. L'ACM permet de synthétiser l'ensemble des statistiques descriptives et notamment des tris croisés réalisés plus haut. Un premier principe de structuration est bien l'opposition entre les établissements hospitaliers et les établissements du secteur privé commercial, mais cette opposition se joue autour de deux caractéristiques structurantes : la présence d'une PUI, signal de l'ancrage hospitalier d'un établissement d'une part, et la non-habilitation à l'HAS (et donc une politique tarifaire élevée) d'autre part.

La dimension fonctionnelle n'apparaît que dans un second temps et s'exprime par l'axe 2. Elle oppose des établissements diversifiés en haut du graphique à des établissements spécialisés situés en bas. S'il faut garder à l'esprit que l'axe 1 et l'axe 2 sont statistiquement construits comme indépendants, on constate que les modalités décrivant le caractère spécialisé ou non de l'activité sont organisées selon une direction allant du bas et de la gauche vers le haut et la droite. On peut en conclure que la différenciation fonctionnelle recoupe en partie la distinction statutaire exprimée par l'axe 1.

Le plan factoriel permet aussi d'identifier certaines proximités entre modalités décrivant les Ehpad. On peut par exemple constater que le statut « public autonome » est proche de la modalité « commune rurale » alors que le statut « privé non lucratif » est proche de la modalité « commune-centre d'un pôle ». Les capacités supérieures à 100 places sont situées

à droite et légèrement en haut de l'espace, la taille de l'établissement étant à la fois une propriété du secteur public hospitalier et un corollaire de la diversification fonctionnelle. Le Rhône et l'Indre-et-Loire sont situés de part et d'autre du centre du plan factoriel, mais ne font pas partie des départements aux coordonnées les plus extrêmes. Les départements franciliens⁷⁵ sont concentrés à gauche du plan, à proximité des modalités correspondant au secteur privé lucratif. On en déduit que l'Île-de-France concentre des logiques concurrentielles plus marquées que ce qui peut avoir lieu dans d'autres régions. Certains départements d'Outre-Mer se distinguent (la Guyane est située en bas à droite du plan) par leur position. Le Territoire-de-Belfort est situé à l'extrême droite du plan, les propriétés des établissements qui y sont situés étant particulièrement propres à ce département de petite taille. D'autres départements sont situés sur un arc allant du quadrant bas et droit au cadran haut et gauche, à savoir l'Indre, la Haute-Saône, la Haute-Marne et la Haute-Vienne. Au final, l'analyse multivariée révèle la façon dont les différents facteurs étudiés au fil de cette partie se combinent pour constituer un champ concurrentiel spécifique. Chaque établissement est pris dans une organisation concurrentielle plus large, elle-même structurée par de grandes oppositions (hospitalier vs privé lucratif ; spécialisé vs diversifié). C'est dans ce cadre structural que les comportements et les stratégies des directions d'établissement s'inscrivent, et c'est dans ce cadre que les relations de coopération et de concurrence entre établissements s'organisent.

2.2 Les Ehpad : cloisonner la concurrence

L'un des résultats prégnants de cette enquête est le cloisonnement concurrentiel des Ehpad vis-à-vis de leurs résidents. Si la division du travail entre les organisations n'est pas formelle, elle n'en est pas moins forte.

Les niches sont avant tout géographiques (voir *Tableau 36* et *Tableau 37* au niveau national, *Tableau 39* pour l'Indre et Loire et le Rhône). Concrètement, les Ehpad (ainsi que leurs concurrents) recrutent leurs résidents sur un territoire local, très resserré. La zone géographique de recrutement des résidents est circonscrite et ne recoupe que très rarement celle d'un concurrent. Alors que l'on aurait intuitivement pu poser l'hypothèse selon laquelle les Ehpad privés à but lucratif ont une zone de chalandise plus large que celle des Ehpad publics ou associatifs, venant potentiellement interférer sur les territoires de recrutement de ces derniers, il n'en est rien : cette zone ne dépend pas non plus du statut juridique. Lorsqu'on interroge les directrices sur l'origine géographique des résidents, leur réponse est systématiquement locale :

« Comme je vous ai dit tout à l'heure : « les [habitants de G.] veulent venir à [nom de l'établissement] », souvent, de toute façon, c'est ce qu'on entend dans la ville : « moi, mes vieux jours se passeront à [nom de l'établissement] ». (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

⁷⁵ Ainsi que les Alpes-Maritimes.

« Si on se penche un peu plus sur les résidents : d'où viennent-ils ?

À 90 %, à 20 kilomètres autour de l'établissement.

Donc vous avez peu de demandes, même en rapprochement familial par exemple ?

Très peu. Là, j'ai reçu une famille hier, mais assez peu. Ça reste des gens qui habitent en local s'ils viennent ici (...). Vous avez vu comment on fait pour venir ici ? On est sur la route de rien (...). Soit vous venez ici, soit vous ne venez pas ! On n'a pas de bus (...). Vu le casse-tête que c'est pour venir de Lyon, ça n'a pas d'intérêt. Ici, ce sont des gens qui sont d'ici. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

« D'où viennent vos résidents ?

Soit ils viennent du 7^e [arrondissement], soit c'est leur famille qui est du 7^e grossso modo. On a du rapprochement familial, mais c'est vraiment à la marge. Je dirais 5, quelque chose comme ça. Sur 80, ça ne représente vraiment pas grand-chose. En fait ils sont ici parce qu'il va y avoir 3 ou 4 enfants et c'est le point de ralliement pour faciliter les visites des 3 ou 4 enfants qui sont autour. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

La plupart du temps, aucune catégorie administrative n'est avancée pour justifier du périmètre de recrutement. Le canton peu éventuellement être mentionné dans le cours de l'entretien, mais cette catégorie est surtout utilisée pour illustrer le localisme, plus qu'un périmètre administratif incontournable pour juger de l'étendue du bassin de recrutement :

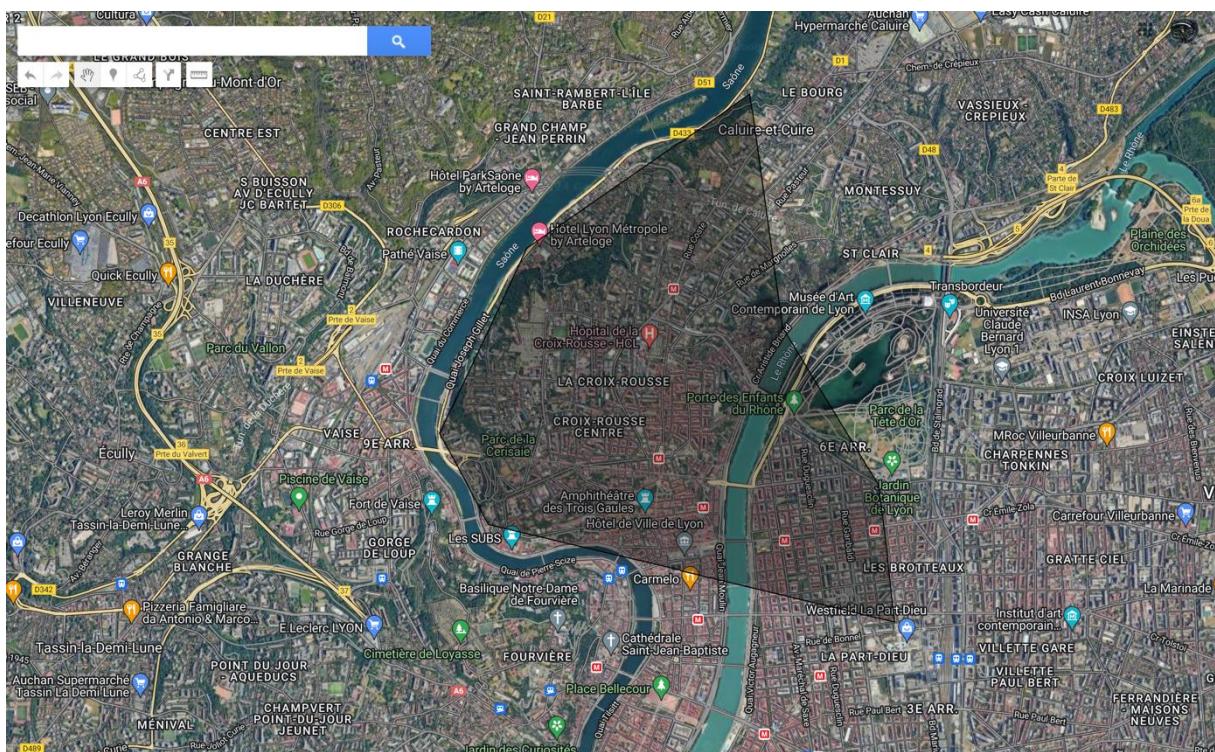
D'où viennent vos résidents géographiquement ? Ils viennent de très loin ?

De très près (...). C'est vrai qu'on a un secteur géographique, un bassin, entre guillemets, de recrutement qui est vraiment très restreint, on a beaucoup, beaucoup de résidents qui viennent de [notre commune], d'autres qui viennent de C., P., I. [communes dans un rayon de 7 km], mais on ne va pas plus loin (...). Grosse modo, ça correspond à l'ancien canton de [notre commune]. (Directrice 36, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Les cartes ci-dessous ont été construites à partir des réponses des directrices quant à leur zone de recrutement. Elles permettent surtout d'illustrer la façon dont ces dernières se représentent leur territoire, tous très étroits, ramassés, à peine plus larges en territoire rural (environ 20 kms) qu'en territoire urbain (où la zone peut être restreinte jusqu'à quelques rues).

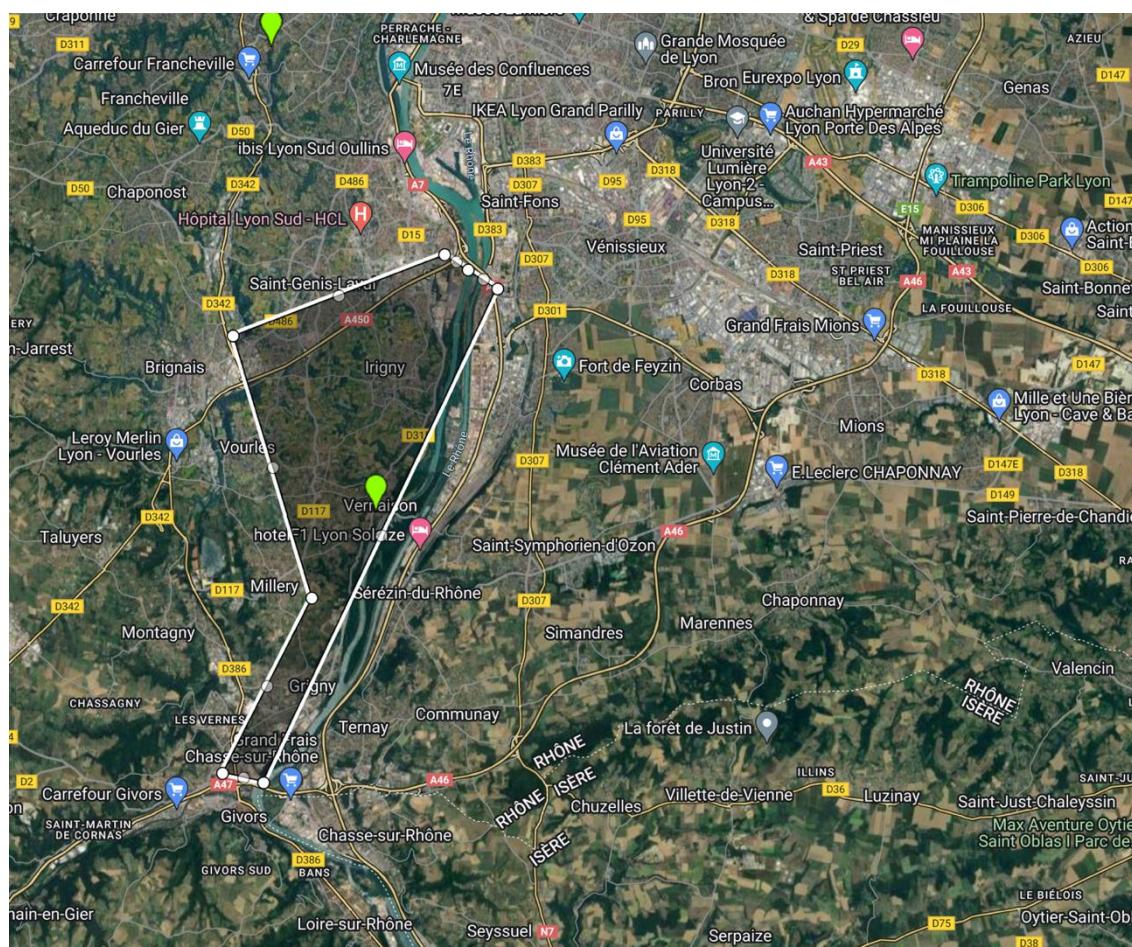
« Le territoire de l'Ehpad, ça fait Croix-Rousse, premier [arrondissement], Caluire et sixième [arrondissement] un petit peu, un petit peu du trois [troisième arrondissement]. C'est vraiment plutôt vers le Triangle d'Or, vous voyez ? C'est plutôt vers les quais (...). Je n'ai pas d'autres résidents d'ailleurs. Sinon, c'est des rapprochements de domicile où les résidents vivent dans la Drôme, dans le Sud et là, par contre, les enfants habitent sur Croix-Rousse et principalement dans la rue à côté. » (Directrice 32, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Figure 22. Carte zone de recrutement Ehpad associatif 1, Rhône



*Carte orientée Nord
Échelle : 1 : 50 000*

Figure 23. Carte zone de recrutement Ehpad associatif 2, Rhône



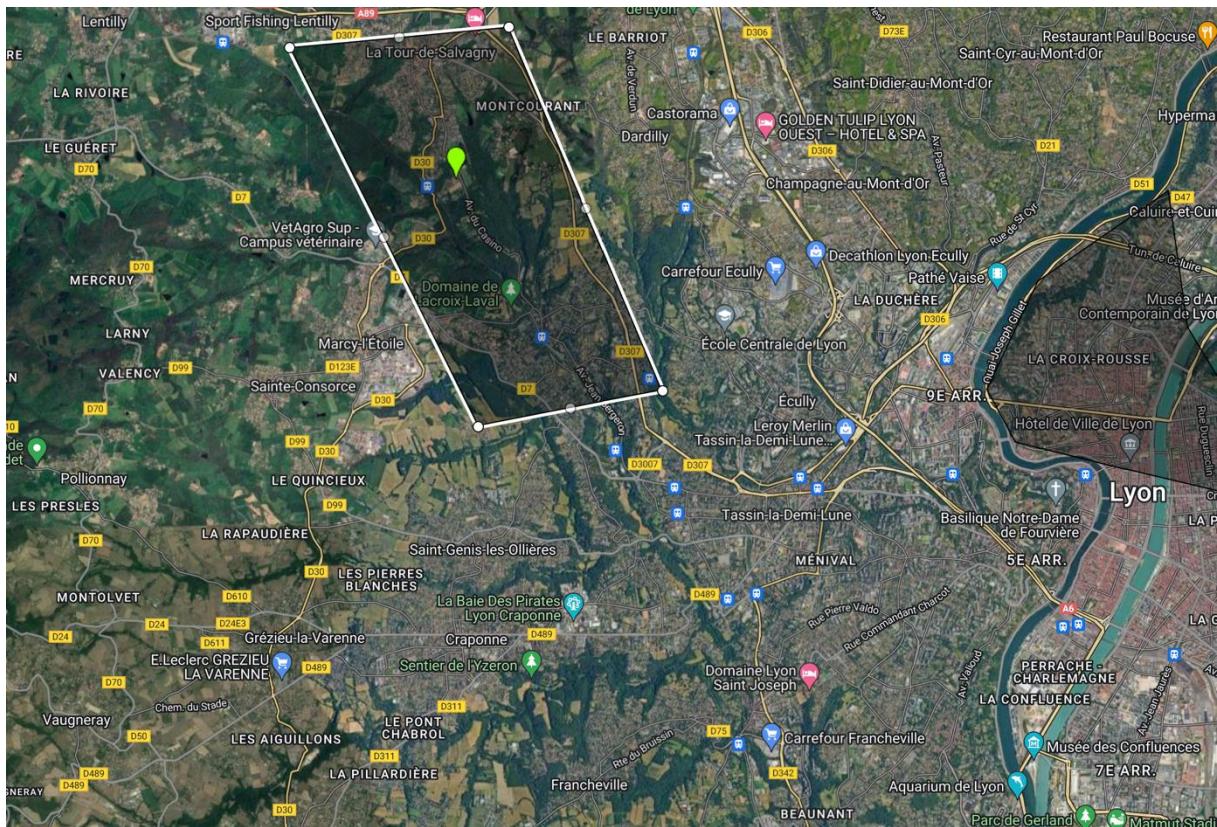
Carte orientée Nord.
Échelle : 1 : 100 000

« Là où je remplis bien, c'est toutes les personnes qui viennent de [la commune]. C'est vraiment du très local, les gens qui habitent [la commune] ou qui habitent C. [la commune voisine, à 5 kilomètres]. On est un peu l'EHPAD de référence (...). Mais s'ils viennent de T. [commune à 10 kilomètres à l'est, plus proche de la métropole], ils vont plutôt aller vers d'autres établissements.

Quand vous dites le secteur ouest-lyonnais, qu'est-ce que serait la limite du territoire ?

B. [commune à 20 kilomètres à l'ouest] c'est la limite, parce qu'on rentre en concurrence avec eux. On représente un concurrent important pour B., on savait quand on s'est installés ici qu'on marchait sur leurs plates-bandes, donc c'est un peu délicat (...). On ne pourrait pas remplir l'établissement qu'avec des gens de [notre commune], mais effectivement quand on a des gens de [la commune] ou de C. ils vont d'abord aller vers nous voir si on a de la place. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

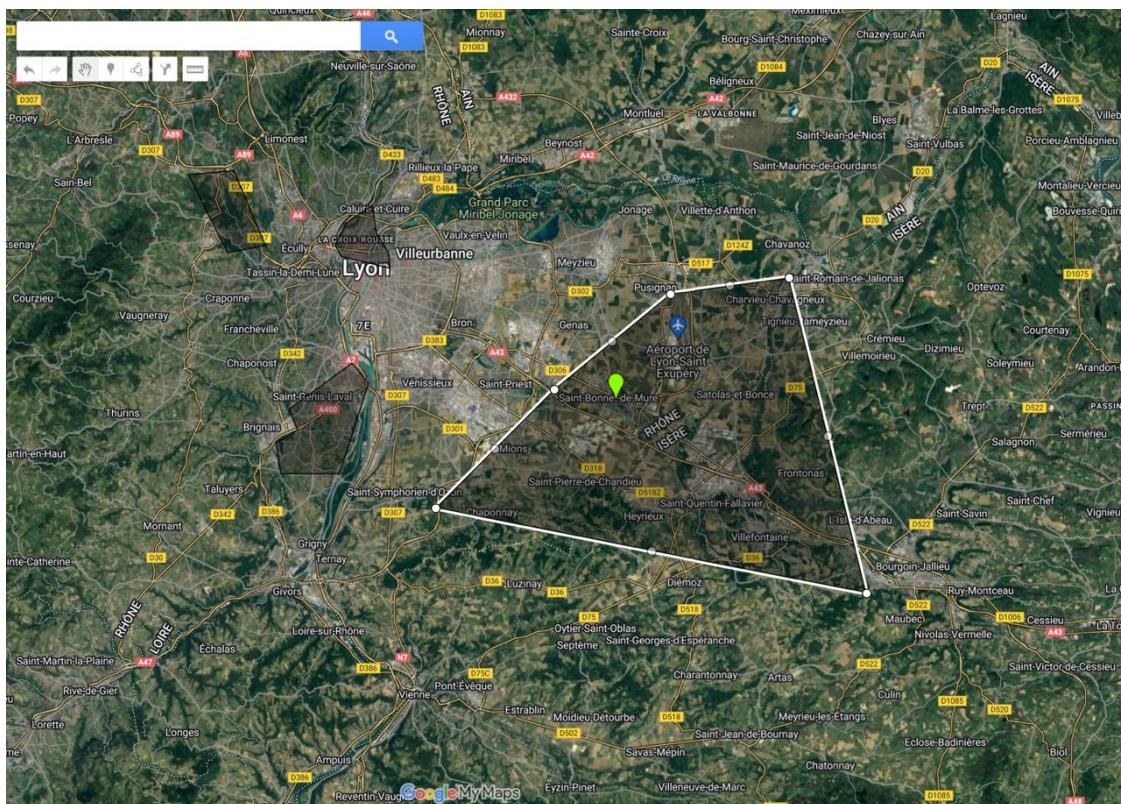
Figure 24. Carte zone de recrutement Ehpad privé à but lucratif 1, Rhône



*Carte orientée Nord
Échelle : 1 : 200 000*

Même lorsque la directrice d'un Ehpad rural explicite son territoire de recrutement de façon très large...

Figure 25. Carte zone de recrutement Ehpad privé à but lucratif 2, Rhône



Carte orientée Nord
Échelle : 1 : 500 000

... elle restreint rapidement le périmètre à la commune :

« Nous, on est quand même pas mal en semi rural, donc on touche vraiment proximité. On n'a pas beaucoup de personnes qui viennent de Lyon (...). C'est beaucoup des résidents qui sont proches alentour, de la commune. On en a quand même quelques-uns qui viennent de Lyon même, qui étaient en appartement et qui se rapprochent parce que la famille est ici, mais on reste quand même beaucoup sur du semi-rural. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

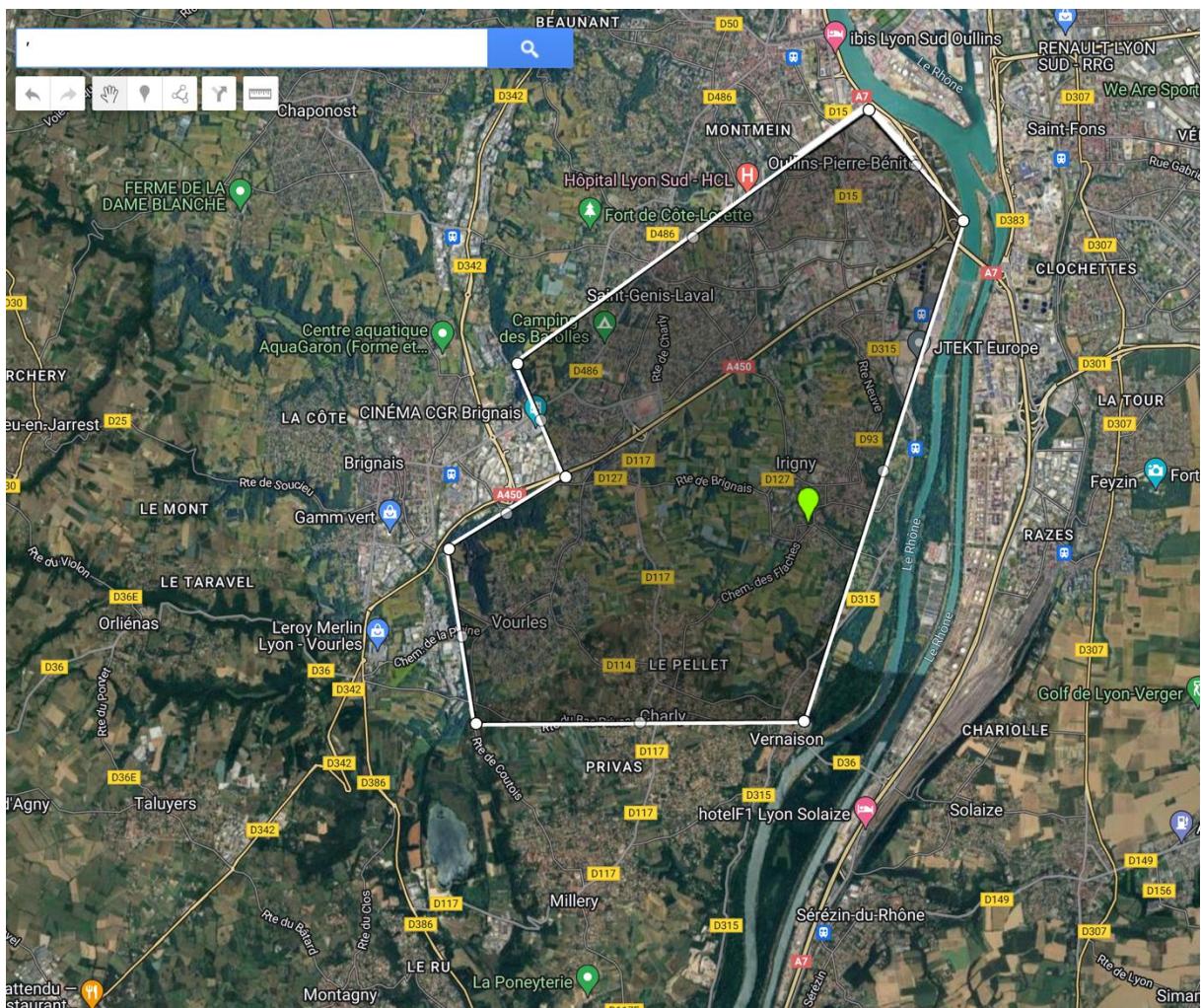
Cependant, l'étroitesse des périmètres géographiques n'est pas suffisante pour éviter que les niches se recoupent, à l'exemple de la zone de recrutement de cet Ehpad qui déborde clairement sur celle de la Figure 23 :

« D'où viennent vos résidents ?

Alors il y en a beaucoup de [la commune] et après sur les communes alentour, L., Pierre-Bénite, Oullins, Vourles, Charly, parce qu'ici, il y a un EHPAD sur [la commune], il y a deux EHPAD sur V., donc il y a [l'Ehpad de la directrice 36], qui est un établissement associatif (...). Comme nous, ils sont monogestionnaires. [Il y a aussi] [nom de l'Ehpad], [qui est] Korian, donc [c'est un] un privé commercial. Donc on a deux EHPAD sur V. Ensuite, on continue la route, on va arriver sur G. [à 8 kilomètres], vous allez avoir [nom de l'Ehpad], qui est associatif. [C'est une] petite association, ils ont, je crois, deux maisons, ils doivent avoir deux MECS, donc une petite association, là, c'est plutôt autour

d'une cinquantaine de places (...). Et sur G. également, vous allez avoir [nom de l'Ehpad] qui, est un privé commercial, DomusVi je crois. Après, juste au-dessus, à C., vous avez [nom de l'Ehpad], c'est un privé commercial. (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Figure 26. Carte zone de recrutement Ehpad privé à but lucratif 2, Rhône



Carte orientée Nord
Échelle : 1 : 100 000

Pour autant, la directrice, qui liste les établissements présents au sein de sa zone de recrutement, réfute clairement toute concurrence (au sens de conflit direct) : les Ehpad ne se volent pas les résidents et « ne se marchent pas sur les pieds ».

« Les gens, L., I., ça leur parle, les familles sont du secteur et il y a un secteur proximité et facilité géographique. Après, ils sont libres de choisir un autre EHPAD, ça peut être nous, ça peut être [Ehpad de la directrice 36] aussi à V., mais on ne se pique pas les dossiers, entre guillemets, il n'y a pas de souci à ce niveau-là. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Si cette absence de recouplement s'explique en partie par l'état de la demande, ce dernier facteur n'explique pas la formation de niches. Le critère géographique se double, se triple voire se quadruple de critères qui assurent le cloisonnement, c'est-à-dire la non-contiguïté des zones de recrutement : le prix, le type de résidents, le type de spécialités offerts (cf.

Figure 21 : le prix est présent sur l'axe 1 de l'ACM alors que le type de spécialités est présent sur l'axe 2 : les directrices mettent au même niveau des logiques qui sont morphologiquement indépendantes ; en d'autres termes la cartographie montre que la distinction des établissements par les prix est statistiquement indépendante de la distinction par l'activité)). Selon les directrices, ces trois critères se combinent au critère géographique pour neutraliser tout conflit direct. Selon la configuration locale et surtout, selon la nécessité, ces trois critères ne se surajoutent pas systématiquement au critère géographique : un seul peut suffire à différencier la zone de recrutement. Les directrices qui décrivent la zone de recrutement de leur Ehpad commencent donc systématiquement par une description du zonage géographique, puis enchaînent sur l'explicitation d'un ou plusieurs de ces trois critères (lorsqu'ils sont présents) pour différencier leur structure des autres dont le bassin pourrait potentiellement recouper le leur. Les directrices s'adaptent ainsi localement au cadre structural général décrit ci-dessus, en privilégiant selon le contexte telle ou telle combinaison de critères pour se différencier les unes les autres.

La plupart du temps, l'Ehpad est différencié par le type de spécialité. Les établissements sont ici directement couplés à un certain type de population accueillie, que la catégorie soit formelle ou non :

« C'est un établissement qui date de 1989, qui a toujours été un EHPAD 100 % Alzheimer ou maladies apparentées, qui a eu un début d'existence comme une cure médicale. C'était considéré comme une cure médicale. Qui était en tarif global avec PUI ensuite pendant quelques années et qui est passé en tarif global sans PUI depuis le passage CPOM. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« À un moment on en avait deux [résidents], c'était hyper impressionnant. Ils étaient au sol une bonne partie de la journée. [Certains] n'arrivaient pas à dormir dans un lit, on leur mettait des matelas par terre, ils ne dormaient que par terre (...). On a des anciens SDF qui n'acceptent pas un lit, qui dormaient dans les bois. Ça nous fait rire, parce qu'on ne peut qu'en rire. Après on a une certaine approche, on a l'habitude. Ce n'est pas qu'on est caustiques, on est habitués. On est limite UHR. En fait, l'ARS aurait souhaité et nous a parlé plusieurs fois de déclarer une UHR. Le problème, c'est que nous n'avons pas les locaux adaptés. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Ces spécialités sont présentées comme des moyens d'attirer un certain type de population et donc de solidifier des niches :

« Le but d'avoir créé cette spécialité, c'est d'attirer une certaine typologie de résidents puisque sur une période, on a eu quand même du mal à remplir l'établissement. Donc on s'est spécialisé sur la gérontopsychiatrie qui est une branche qui n'est pas courante (...). Donc on a développé une unité spécifique pour ces résidents-là avec toute une prise

en charge, donc psychologues, psychomotriciens, on a un docteur en psychiatrie aussi (...) qui intervient régulièrement (...). » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

La relation entre population accueillie et type de spécialité offerte est donc ambiguë : il s'agit autant de répondre aux besoins locaux pour adapter les structures de l'organisation, que de créer une spécialité pour attirer une nouvelle population. Ce dernier point met potentiellement en cause le premier critère géographique, dans la mesure où les spécialités construites ne correspondent pas forcément à l'état de la demande locale ; la construction d'une telle spécialité étend alors le bassin géographique de recrutement. Dans tous les cas, construire une spécialité vise cependant à différencier l'Ehpad en différenciant le type de population accueillie.

Le type de population accueillie est donc un critère qui se rajoute à celui de la spécialité, en sus du critère géographique. La plupart des directrices connaissent évidemment de façon très fine le profil des personnes âgées de leur établissement. Interrogées sur cet enjeu, la plupart évitent de décrire cette population en termes généraux ou génériques et mettent au contraire en avant ses particularités. Il s'agit ici moins d'une description technique (par exemple, en termes de GIR), à laquelle on aurait éventuellement pu s'attendre, qu'une valorisation de la spécificité de leur Ehpad et donc de sa différentiation.

« On a même une personne actuellement qui est en arrêt maladie, qui n'est pas à la retraite (...). Il a des arrêts maladie de son médecin (...) qui sont renouvelés tous les 6 mois jusqu'à ce qu'il ait un âge où on peut faire une demande de dérogation pour qu'il soit considéré personne âgée et qu'il puisse avoir sa retraite et qu'il puisse rentrer dans la dépendance (...). On a aussi beaucoup de séquelles ischémiques (...). Ils ne peuvent pas et ne veulent pas non plus être en service handicap. Donc il n'y a que chez nous [qu'ils peuvent aller] et en même temps ils sont trop jeunes. Et donc là on n'est pas du tout dans le schéma [Nom du groupe] à visite classique quand vous avez le parent qui a 80 ans qui vient pour placer son fils ou sa fille. On va aller jusqu'à 54 ans. Et là c'est un schéma qui déroge à la règle. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Au-delà du discours bien balisé sur l'alourdissement de la prise en charge (voir partie précédente), certaines directrices mettent en avant la spécificité du public qu'elles accueillent, et donc de leur Ehpad, en insistant sur la dépendance particulièrement marquée de leurs résidents :

« Ce sont deux structures qui sont assez similaires parce que ce sont des Ehpad rattachés à des centres hospitaliers, à des hôpitaux, structures publiques de surcroît, qui donc jouent un rôle quand même un peu de filet de sécurité que les établissements autonomes ou associatifs n'auraient pas trop envie de recevoir. Ce sont des résidents assez lourds. Donc on a effectivement des résidents qui sont très dépendants. » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

Une autre façon de mettre en avant la façon dont se différencie la population accueillie est d'insister sur les capacités de financement des résidents : les Ehpad attirent des populations aux revenus homogènes.

« Sur la Croix-Rousse, la spécificité, je dirais quand même que c'est des personnes qui ont un certain niveau de vie. Ça reste des personnes aisées, qui n'ont pas du mal à payer et qui du coup sont quand même dans une certaine exigence au niveau hébergement. Je suis directrice d'appui, j'interviens sur d'autres Ehpad qui sont en difficulté, par exemple sur un autre territoire qui est Bron ou Lyon 8e et du coup ce n'est pas la même chose, je n'ai pas les mêmes familles qui postulent. » (Directrice 32, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Dans ce dernier cas, le critère du prix se combine indirectement au critère de description du profil des résidents. La plupart du temps, le critère de différentiation par les prix est associé au statut juridique des établissements : les établissements privés à but lucratif seraient plus chers, les établissements publics moins chers, et les établissements associatifs oscillerait entre les deux. Remarquons cependant que l'argument de la différentiation par les prix n'est finalement jamais évoqué en premier : ce n'est pas le critère discriminant de différentiation. Si les critères de distinction des Ehpad sont d'abord géographiques, la différentiation joue également en fonction des résidents accueillis, des spécialités, voire du prix. Cette diversité des combinaisons de critères est le signe du travail stratégique de la part des directrices.

2.3 Un cloisonnement alimenté par des stratégies organisationnelles de captation

Nous soutenons ici que les stratégies organisationnelles de captation développées par les directrices d'établissement alimentent ce cloisonnement concurrentiel. Le point de départ de cette proposition est le constat selon lequel la grande majorité des directrices ne connaît que très peu de difficultés à remplir leur établissement : il n'y a pas de problème de demande. La crise des Ehpad semble toute relative. Bien évidemment, la situation n'est pas homogène : certains Ehpad ont plus de mal à remplir que d'autres. Cependant tous les établissements visités sont pleins ou quasi-pleins. Si les directrices peuvent mentionner des difficultés locales, celles-ci restent la plupart du temps conjoncturelle, dépendantes par exemple de la fin de « la crise du Covid » et de la fin des retombées médiatiques de la publication du livre de V. Castanet. Aucune de ces difficultés n'est présentée comme insurmontable.

Ce constat peut être enrichi de deux précisions. Tout d'abord, les listes d'attente ne sont pas un bon indicateur de la demande. Alors que l'on pouvait s'attendre soit à ce que les Ehpad qui n'ont pas de mal à remplir aient de longues listes d'attente (et réciproquement), soit – reprenant ainsi le discours des directrices – à l'existence d'un continuum entre d'un côté des Ehpad privés à but lucratif supposément plus chers qui n'ont pas ou peu de liste d'attente, de l'autre des Ehpad publics qui ont une liste d'attente très longue (avec, au centre du continuum, l'habituel flou de la position des Ehpad associatifs qui courraient le long des deux extrêmes et leurs listes d'attente associées), ce n'est pas le cas. En réalité, la

construction et la mobilisation des listes d'attente est très variable. Certains établissements vont construire des listes d'attente énormes :

« *Sur la concurrence avec les autres EHPAD par rapport aux résidents, je pense que je ne vais pas avoir énormément de choses à dire parce que j'ai la chance d'avoir une liste d'attente énorme et d'avoir des mois d'attente pour que les gens rentrent [dans mon Ehpad]. La réputation n'est pas à faire, quasiment tous les habitants de [nom de village], lorsqu'ils vieillissent, veulent entrer à [nom de village].* » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« *On a énormément de demandes, sur ViaTrajectoire, je dois avoir à peu près 500 ou 600 dossiers en attente.*

Ah oui, d'accord, je ne pensais pas que c'était dans ces proportions-là.

Je sais que pour certains, leur stratégie c'est : tout dossier qui arrive aura une réponse, positive ou négative. Ici, je suis très honnête, ils n'auront pas tous une réponse » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

D'autres vont avoir des listes d'attente très restreintes, voire pas de file d'attente :

« *On n'a pas de file d'attente en tant que telle (...). Franchement on est dans une situation où on a parfois des gens qui disent (...). « Ne vous inquiétez pas, ce n'est pas urgent, je vais me mettre en liste d'attente », en fait on se rend compte que quand ils postulent en Ehpad, c'est que la situation s'est largement dégradée à domicile. Et donc souvent ça ne tient pas le temps qu'il faut pour attendre une disponibilité dans notre établissement. Et dans la plupart des autres cas on est sur des placements d'urgence, c'est-à-dire qu'on sort de l'hospitalisation, on dit à la famille « ça ne va pas être possible que votre maman retourne à domicile toute seule, il va falloir trouver une solution » donc ils postulent dans les Ehpad, on les reçoit en préadmission, on leur dit « oui, mais on n'a pas de place, on va vous mettre sur liste d'attente » et puis en fait ils sont pressés par l'hôpital pour sortir et trouver une place. Donc qu'est-ce qui se passe ? Soit ils rentrent chez nous en hébergement temporaire, mais on leur dit : « attention une fois que vous êtes rentré en hébergement temporaire on ne vous reprendra pas en permanent, ce n'est pas du systématique, loin de là ». (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)*

L'étroitesse de la liste peut même être l'indicateur d'une grande sélectivité des résidents :

« *Actuellement, je dois avoir une quinzaine de résidents sur liste d'attente (...). Je me suis organisée différemment que ma prédécesseuse, c'est-à-dire que j'ai des petites pochettes grises comme ça avec le nom du résident sur le devant, la visite de présentation, elle a été faite quand, est-ce que l'entrée est programmée, oui, non. Dans mon bureau, j'ai des petits post-it que je mets là, 1, 2, 3, 4. Il m'arrive des fois de changer l'ordre de cette liste (...). Je regarde par rapport au caractère d'urgence (...). Si jamais il y a une personne qui a fait une chute et que, finalement, ce n'est pas pour tout de suite parce qu'elle a été hospitalisée, il peut m'arriver de la mettre un petit peu en dessous*

et faire passer quelqu'un au-dessus parce qu'il n'y a qu'un mari qui aide et que c'est compliqué à domicile. » (Directrice 36, Ehpad privé non-lucratif, 69)

On le voit, la longueur de la liste d'attente ne dépend ni du statut juridique de l'établissement concerné, ni même de son taux de remplissage. Ces listes d'attente, lorsqu'elles existent, sont plutôt considérés comme des outils volatiles, inadaptés à l'évolution de la demande ou aux exigences des futurs résidents :

« Moi je n'y crois pas, aux listes d'attente. Quand quelqu'un veut rentrer, il veut rentrer. Il veut une place maintenant (...). Parfois les gens pensent sur Viatrajectoire à valider le fait qu'ils sont rentrés ailleurs. Mais parfois ils ne le mettent pas. Ou ils ne disent pas qu'ils sont décédés. Donc vous avez une liste d'attente, quand vousappelez [on s'entend dire] : « Papa est mort il y a 3 mois », « Papa est rentré à Machin ». » (Directrice 4, Ehpad privé commercial, 69)

Seconde précision, l'abondance de demande concerne également les établissements concurrents, qui restent cependant plus contraints que les Ehpad. Au moment des demandes d'admissions, les directrices de résidences autonomie et Marpa mettent généralement en avant les critères suivants : un critère d'âge (à partir de 60 ans), une autonomie suffisante (avec éventuellement un étayage d'aides à domicile et/ou de soignants libéraux), une proximité géographique suffisante (soit du futur résident soit de sa famille). La liste d'attente est souvent construite par ancienneté de la demande, même si quelques directrices mentionnent prendre en compte « l'urgence » de la situation (isolement, logement inadapté, épuisement de l'aïdant). Les troubles cognitifs et/ou démentiels installés sont systématiquement présentés comme un critère discriminant : dans la mesure où ces structures sont « ouvertes », contrairement aux Ehpad, elles ne sont pas adaptées pour un public qui risque de déambuler, le risque étant la mise en danger de soi et des autres. De même, les personnes qui nécessitent des soins de nuit ou grabataires sont souvent écartées.

« La dépendance, ça dépend de quelle dépendance. Nous, aujourd'hui, quelqu'un qui est vraiment très désorienté, qui relève d'une structure fermée, c'est non. C'est sûr. Après, on a quand même des gens, on étudie en fait la dépendance. On a même des gens qu'on a pu accueillir alors qu'on savait qu'ils étaient en fin de vie. Et que c'était un vrai choix, que le domicile n'était plus possible. Pour autant, mourir à l'hôpital était inenvisageable pour eux. Donc on a pu faire des accueils très courts comme ça. C'est à la marge, mais en fait on étudie, c'est une histoire de rencontres. Les gens, on adapte. Après, la déambulation d'Alzheimer, parce que quelqu'un qui se mettrait en danger, nous on est à côté d'un petit étang, il y a la voie ferrée. La gare n'est pas loin. Il y a des routes. Non. La mise en danger, nous, c'est ça qui est compliqué, la personne qui est incapable de se gérer elle-même. Et puis après, nous, on a beaucoup de demandes de gens qui n'ont pas les moyens aussi. Même si on est dans des tarifs très concurrentiels, il y a quand même des gens qui ont des petites retraites donc on étudie les situations. » (Directrice 55, résidence services privée lucrative, 69)

De manière générale, cette abondance de demande laisse à penser que les établissements sélectionnent leurs résidents parmi l'ensemble des candidats. Les directrices, cadres de santé, infirmières et médecins coordinateurs en Ehpad sont unanimes : ils peuvent choisir leurs résidents, et ils les choisissent. Tous mettent en avant des critères de sélection de leurs résidents ou usagers. Comment donc se structure cette captation ?

Après avoir identifié les moyens de sélection utilisés par les acteurs (2.3.1), nous serons à même d'identifier les critères de sélection qui définissent le « bon » résident (2.3.2). Nous terminerons par l'étude des déterminants des stratégies concurrentielles (2.3.3) qui construisent les niches et cloisonnent la concurrence au sujet des résidents.

2.3.1 Moyens de sélection : entre des règles informelles stables et l'utilisation stratégique d'un outil technique

Chronologiquement et formellement, l'opération de captation opère dans un premier temps grâce à un outil technique qui est rapidement détourné de sa visée première. Face aux limites de l'outil, ce détournement n'est cependant pas suffisant pour construire à lui seul une économie de niche.

Viatrajectoire s'est largement imposé comme l'outil de référence pour construire la file active des Ehpad. L'outil est public, accessible aux professionnels de santé, aux médecins libéraux et aux usagers. Il propose quatre modules :

- Un module sanitaire, qui concerne les patients nécessitant des soins de suite et de réadaptation ou une prise en charge en hospitalisation à domicile (les services MCO initient et suivent les demandes d'admission en SSR et en HAD jusqu'à la sortie du patient) ;
- Un module personnes âgées ou « grand âge », qui assure la dématérialisation et le suivi des demandes d'admission en hébergement pour personnes âgées ;
- Un module personnes en situation de handicap, qui assure le suivi d'orientation en ESMS (Établissements et Services Médico-Sociaux) accueillant des personnes en situation de handicap (les MDPH (Maisons Départementales des Personnes Handicapées) remplissent Viatrajectoire avec la liste des décisions d'orientation des usagers, les ESMS répondent). Les usagers ne peuvent pas encore déposer de dossier d'admission pour solliciter les ESMS de leur choix et suivre les décisions, mais cette possibilité est progressivement mise en place ;
- Un module concernant la prise en charge précoce des TND (Troubles du NeuroDéveloppement) pour les enfants de 0 à 6 ans. Ce module assure la dématérialisation de la grille de repérage des TND, transmise à la PCO (Plateforme de coordination et d'orientation) du territoire (si des TND sont suspectés, les médecins de première ligne peuvent se connecter à Viatrajectoire pour remplir la grille, puis transmettre la demande à la PCO du territoire qui se prononce sur l'entrée de l'enfant dans le parcours).

Viatrajectoire permet donc d'orienter les personnes en identifiant les établissements et les services d'accueil, et donc les Ehpad. Concrètement, le module 2 de l'outil se présente comme un annuaire, consultable par tous :

- Les Ehpad remplissent la description de leur établissement, notamment leur capacité d'accueil, leur éventuel niveau de spécialisation, et le prix de leur chambre ;
- Les potentiels résidents renseignent leurs informations fiscales ;
- Les médecins remplissent la partie médicale en décrivant les pathologies du futur résident ;
- Les potentiels résidents envoient leurs demandes auprès des Ehpad en cliquant sur une liste. Le dossier est transmis en temps réel.

L'outil remplace donc l'envoi des dossiers d'admission papier. Il est censé être neutre en fluidifiant les entrées et en améliorant la transparence sur le secteur. Or, il est surtout utilisé par les directrices comme un moyen de cartographier le territoire en consultant les demandes opérées dans d'autres établissements :

« Ça permet d'avoir une vue de ce que la personne cherche. Est-ce qu'il cherche dans tout le département ? Ça veut dire qu'il ne sait pas ce qu'il veut. Est-ce qu'il a visé un truc spécial ? Est-ce que ça a été refusé, est-ce que ça a déjà été accepté ? On veut vraiment l'utiliser en tant qu'outil commercial, on peut être stratégiques. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Mais l'outil n'est pas simplement détourné pour observer les demandes des résidents vers les autres établissements – dans ce cas, le détournement vis-à-vis de l'objectif initial de l'outil resterait minime, il sert d'abord et avant tout à observer ses concurrents sur le territoire :

« Viatrajectoire est un outil de veille concurrentielle (...). C'est un outil qui vous sert pour dégainer le plus vite. Quand vous êtes plusieurs établissements, celui qui va être vraiment en recherche de taux d'occupation va appeler en premier. Ça permet de savoir que les autres ont été demandé ou pas. Ça permet de savoir si les autres l'ont refusé et pourquoi. Ça permet d'avoir une idée vraiment globale sur un dossier. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« Régulièrement, il y a des petites études de marché [qui sont faites pour] savoir combien sont vendues les chambres à droite à gauche, pour savoir comment on se positionne. [Grâce à] [Viatrajectoire. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

La mobilisation de Viatrajectoire permet ainsi d'estimer la demande et de comparer les prix : c'est un outil d'observation panoramique qui alimente le cloisonnement des établissements, offrant la possibilité à ces derniers d'adapter leur offre et leur prix à leurs observations en temps réel, mais surtout de sélectionner les résidents...

« Au départ, c'était un tiers de nos dossiers, même pas. Et là, aujourd'hui, c'est 95 %, parce que c'est pratique. Et en même temps, je pense que [Viatrajectoire] permet aussi la concurrence parce que vous voyez combien de demandes [les potentiels résidents] ont fait (...). On sait qu'ils ont demandé dans 15 établissements, on sait surtout qui a [été] refusé. Et là on se dit... « Est-ce qu'on s'y met ? Il a été refusé dans 14 [Ehpad] ». (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

... et de se les répartir :

« Ça vous permet d'avoir un regard très précis sur la recherche des personnes. Ça vous permet d'être réactif, mais aussi de voir la réactivité des autres. Et de la même façon, quand je vois qu'un dossier a été demandé et chez moi et à [nom d'un Ehpad] qui est du même groupe, [...] on ne va pas tous les appeler. Donc j'appelle [nom de l'Ehpad], je lis le dossier, je leur dis « Pour moi c'est plus pour nous que pour vous, vous n'appelez pas, c'est moi qui appelle ». Ou alors « Je vois que c'est plus pour vous que pour moi, je n'appellerai pas, vous appelez et vous me dites si je me suis trompée et je vais les appeler ». » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Cependant, l'efficacité de ce détournement reste imparfaite. L'observation panoramique reste difficile à mettre en œuvre, car les informations saisies sur Viatrajectoire sont unanimement présentées comme lacunaires, imprécises, voire fausses⁷⁶ :

« En fait ça peut être mille choses, ça peut être le médecin traitant qui a rempli le dossier mais qui n'a pas vu la résidente ou le résident depuis 1 an, donc il va se baser sur ce qu'il a vu en 10 minutes de consultation, on sait aujourd'hui que les médecins sont complètement débordés et qu'ils peuvent passer à côté de certaines choses. Ça peut être des personnes qui se retrouvent en situation d'hospitalisation : on va avoir le bilan d'hospitalisation qui va être très bien, très complet, pas de sujet là-dessus, mais par contre pas d'antécédent parce que pas de médecin traitant depuis 10 ans. Donc on n'a pas accès à l'historique des soins de la personne. Et puis, des fois, ça va être des incohérences, c'est-à-dire qu'on va nous dire que la personne, je dis n'importe quoi, n'a pas de troubles du comportement, mais par contre, peut être agressive, ou n'a pas de troubles du comportement mais déambule. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

Cette imprécision s'explique déjà par la rigidité de l'outil, qui ne prend pas en compte certaines caractéristiques des résidents :

⁷⁶ Notons par ailleurs que ce problème de renseignement est redoublé dans le cas des résidences autonomies, qui reçoivent des demandes de résidents potentiels ne relevant pas de leurs publics :

« Il y a un gros besoin, c'est de mieux former et informer les professionnels de soin, comme les hôpitaux. Puisqu'on est sur ViaTrajectoire et j'ai trois quarts des demandes pour des GIR 1 à 4. Or ce n'est pas du tout notre profil. Donc là, je pense qu'il y a vraiment besoin de travailler avec les hôpitaux qui sont en charge de l'orientation de leurs patients, des médecins, également des médecins traitants qui ne connaissent pas bien nos limites de prise en charge et avec qui, parfois, c'est compliqué de travailler sur une orientation Ehpad. » (Directrice 33, résidence autonomie publique, 69)

« Il faudrait [que l'outil] évolue un petit peu parce qu'il y a quand même des orientations qui ne sont pas très claires. Je pense par exemple à la maladie de Parkinson, on a dans *ViaTrajectoire* la possibilité de marquer « soins techniques médicaux lourds », on a la possibilité de marquer « maladie d'Alzheimer ou apparenté », mais on n'a pas la possibilité de marquer « maladie de Parkinson ou apparenté », alors que c'est une vraie spécificité et ça génère des contraintes de prises en charge qui peuvent être particulières. » (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)

En outre, l'outil ne fournit finalement qu'une photographie de l'état du résident. Or, le niveau de dépendance peut évoluer rapidement avec le changement d'environnement, ce qui limite sa précision qui ne prend finalement (et ironiquement) que peu en compte la trajectoire du futur résident :

« On se rend compte que les gens quand ils arrivent ici, entre le GIR qui est donné à la maison, mais sur des gens qui vivent tout seuls et parfois isolés et le GIR qui va être ici, ils sont très stimulés, dans un environnement très sécurisant ; on a des gens qui vont retrouver de l'autonomie. » (Directrice 17, Ehpad privé non-lucratif, 37)

« Ceux qui sont évalués, c'est GIR 4. GIR 3, on discute avec les référents APA, parce qu'un GIR 3 à domicile peut être un GIR 4 en établissement. Donc GIR 3, on se pose la question. GIR 2, on ne se pose pas la question. » (Directrice 7, résidence autonomie publique, 37)

Cependant les seules limites de l'outil n'expliquent pas son imprécision. Certains médecins ne savent pas remplir *ViaTrajectoire* ; en outre la diversité des pratiques de remplissage du module opacifie encore un peu plus les résultats affichés :

« *ViaTrajectoire* parfois est très mal renseigné, volontairement ou involontairement. Il y a des médecins qui ne savent toujours pas remplir une grille GIR, ils écrivent « décence bien évoluée » et en même temps ils disent que la personne fait ses courses. Donc là vous vous dites qu'il y a une petite incohérence, alors vousappelez et vous avez son assistante sociale. Vous lui dites « Expliquez-moi, il y a un truc qui ne colle pas ». Elle vous dit : « Il s'est trompé », ou « il ne sait pas trop, c'est un jeune médecin », ou « c'est l'interne ». Des fois, juste avec l'histoire de vie je sais que ce n'est pas un GIR 5, c'est un GIR 3. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« Il y en a qui ne maîtrisent pas le sujet. Ils remplissent un peu au pifomètre ou même sans voir [le potentiel résident], ou selon ce que la famille a dit. Il y en a, ils disent : « Mais vous savez, moi je fais juste son renouvellement d'ordonnance ». Et quand vous leur dites « Mais sa femme a dit qu'il avait dépavé toute la terrasse et qu'il s'enfermait dans les toilettes tous les jours », « Je n'avais pas ça ». Ou alors ils les voient en urgence. Et là vous avez un GIR qui est complètement faussé. Parce que sur une décompensation, des fois ils sont hospitalisés suite à une infection et ils vont vous faire un GIR

complètement dément. Et puis en fait ce n'est pas ça, ils étaient juste en crise. »
(Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« Il y a des médecins qui sont plus doués que d'autres. Non, il y a des médecins traitants qui savent très bien remplir un dossier ViaTrajectoire, certains non. Et vice-versa à l'hôpital [...]. Ils peuvent mal sélectionner. C'est-à-dire que nous, on est spécialité UVP. S'ils ne cochent pas UVP, ils n'ont pas du tout accès à nous. Des fois ils nous appellent et ils nous disent « vous ne nous avez pas répondu », je dis « mais je n'ai pas votre dossier ». « Il faut faire comment ? ». En fait, ils n'ont pas coché la case. S'ils ne nous sélectionnent pas, on n'aura jamais la vue. Il faut les guider... Parfois, on dit « envoyez-le-moi par dossier », des fois c'est les médecins qui sont un peu vieux et qui ne savent pas faire. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

En outre, et comme le soulignent implicitement certains extraits précédents, les directrices ne sont pas les seules à utiliser Viatrajectoire de façon stratégique. Les médecins (médecins traitants ou hospitaliers) détournent également l'outil :

« En fait, quand on se fait bananer, quelques fois, ça arrive, c'est quand les médecins essaient de nous les caler. C'est les hôpitaux. Ils disent : « Ça va, il n'est pas agité, vous recevez » et puis en fait, [le résident] boxe tout le monde. Ou alors, il n'est pas sevré. L'alcool non sevré, nous on ne les prend pas. Ça, c'est clair, c'est non, ce n'est pas du tout adaptable. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« Certains médecins traitants ne connaissent pas toute la vie de leurs patients, ils les voient peut-être une fois par mois, ils les voient peut-être au cabinet et pas à domicile, ils ont parfois la vision du proche qui n'est pas forcément la vraie vision... Mais des fois c'est volontaire. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

« On s'est fait avoir plusieurs fois où les dossiers n'étaient pas correctement remplis. Ils avaient beaucoup édulcoré l'état du patient... Ça, c'est très fréquent. Quand ils ont besoin de lits, parfois, il manque un peu de détails dans la description de l'état du résident. »

Quand vous dites « ils », c'est les médecins des hôpitaux, c'est... ?

Oui. Parfois, le dossier n'est pas rempli avec suffisamment de détails et de précisions pour qu'on puisse se rendre compte du vrai état du résident. Il nous est arrivé d'avoir un résident qui est arrivé le jour J, il est reparti tout de suite à l'hôpital (...). Il nous est arrivé aussi, en provenance de X, qu'une dame arrive et qu'elle meure dix minutes après son arrivée. Mais peu importe, il faut libérer des lits. Bon, c'est un concept. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

Enfin, l'observation panoramique est également limitée par les pratiques stratégiques des directrices elles-mêmes, dans la mesure où certaines jouent sur les stratégies d'affichage de

leur prix dans l'outil, par exemple en n'affichant que le tarif le plus bas des chambres disponibles :

« Normalement, sur Viatrajectoire, tous les tarifs sont paramétrés, affichés. Mais après, dans ce tarif affiché, tout n'est pas expliqué. Il n'y a pas vraiment d'obligation : on doit afficher le tarif à la journée, mais après, vraiment ce qui est compris dedans, forfait, hors forfait, ce n'est pas encadré. Certains marquent le tarif d'appel, en fait, le premier prix et on s'aperçoit que, finalement, c'est double : il n'y a pas ça, il n'y a pas ci, il n'y a pas le marquage du linge... Il y en a qui proposent des séjours temporaires alors qu'ils n'ont pas l'habilitation, ça existe aussi, il y a de tout ». (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

Pour terminer, notons que les directrices doivent également gérer l'arrivée de dossiers en parallèle de Viatrajectoire. Outre certains dossiers papiers qui continuent d'arriver de façon éparse, mais qui rajoutent une charge de travail aux directrices, ces dernières mentionnent l'arrivée, en amont de la captation, d'ODP (Organismes de placement) qui ont tendance à multiplier les informations à traiter, plutôt qu'à les simplifier. Ceux-ci font l'objet d'un rejet quasi unanime par les directrices : présentés comme des organisations prédatrices, ces ODP se placeraient en intermédiaire entre l'Ehpad et le résident potentiel sans pour autant faire le travail de collecte et de transmission de l'information auprès de l'un ou de l'autre :

« Comme ils sont commissionnés au nombre de gens qu'ils arrivent à placer, ils nous envoient tous azimuts. On n'aime pas travailler avec eux, dans le jargon chez nous du flux non qualifié (...). J'ai fait une première expérience chez Korian il y a quelques années, et des fois ils m'envoyaient des gens d'Aix-en-Provence [dans le Cher]. Je [demandai au résident] : « Vous avez demandé [le Cher] ? » « Non, non. » Ils balancent partout n'importe comment. » (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

« Quand vous allez sur Internet pour chercher « places en Ehpad disponibles » ou « places en Ehpad », vous avez automatiquement un truc qui se met sur Google. Et [ces ODP] captent les clients. Les gens qui sont en face les appellent tout de suite : « Voilà, vous êtes en recherche, OK, je connais des Ehpad qui auraient de la place (...). Ces organismes sont très actifs puisque les gens [...] sont payés à la comm, c'est-à-dire qu'ils sont uniquement payés s'il y a une entrée ; et ces gens-là travaillent jour, nuit, dimanche parce qu'ils sont très très mal payés et, en général, ils ne travaillent pas en France. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

L'opacité de leur fonctionnement est ainsi vivement déplorée :

« Moi, j'ai suspendu parce que dans la région, ils sont très agressifs, du coup tous les gens venaient d'un ODP quelconque, même s'ils avaient mis leurs dossiers sur Viatrajectoire, que je n'avais pas pris contact avec eux, à un moment donné : « Si ! C'est moi qui vous l'ai adressé ! – Oui, enfin bon... » Donc j'ai un peu stoppé. Mais on sait que typiquement, les ODP dans la région orientent principalement sur [deux Ehpad].

Et pourquoi ?

Je ne sais pas. Je n'ai jamais su pourquoi (...). On ne sait pas vraiment comment ils fonctionnent. Je ne les ai jamais rencontrés. On leur a transmis, quand on est arrivés chez [nom du groupe], une fiche signalétique de l'établissement, mais est-ce qu'ils font par géographie ? Je n'en sais rien (...). Ça peut être intéressant, mais là, c'était trop une usine à gaz. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

Cette opacité des ODP, couplée à la nécessité de rémunérer lorsqu'un résident est finalement placé dans l'Ehpad, incite à la méfiance, d'autant plus grande que les ODP entrent en concurrence avec Viatrajectoire, mais également avec les assistantes sociales au sein des hôpitaux. Les données traitées par les directrices sont donc très redondantes et la plus-value des ODP est largement remise en question, d'autant que ces derniers adressent des dossiers qui ne sont pas forcément adaptés aux Ehpad concernés, ce qui engage un surplus de travail non négligeable pour gérer l'arrivée des dossiers :

« On a un portail avec tous les dossiers qui nous sont envoyés par les organismes de placement, mais c'est des centaines et des centaines. Donc il y en a un paquet qui sont obsolètes, enfin, qui ne correspondent à rien, parce qu'ils arrosent un maximum (...) pour avoir le plus de chances possibles d'envoyer des dossiers. Mais du coup, on est submergés et on perd un temps fou. Je crois que sur le nombre de dossiers qu'on reçoit en organismes de placement, on n'en fait rentrer que 4 %. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

« Ça nous demande une charge de travail considérable et surtout de faire le tri, c'est-à-dire qu'on va avoir vingt contacts dans la journée et sur les vingt contacts qu'on va avoir il y en a dix qui vont nous dire « lâchez-moi la grappe, j'en ai ras le bol, vous êtes le dixième établissement à m'appeler dans la journée, je n'en peux plus », « OK, je suis vraiment désolée ». Donc nous, c'est un peu dur à vivre parce que la commercialisation, on la vit plutôt au sens où on va montrer notre établissement, ce qu'on fait, etc. Là, non, on est vraiment dans du démarchage où c'est limite on met le pied dans la porte. Ce n'est pas du tout la même démarche pour nous, on n'a pas la fibre, on n'aime pas ça. » (Directrice 38, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Si Viatrajectoire est un outil qui alimente la concurrence inter-organisationnelle et le cloisonnement des Ehpad, les problèmes de renseignement qu'il pose, problèmes en partie liés à la conception de l'outil, en partie liés à des problèmes de formation et à des jeux stratégiques, limitent à la fois le processus d'identification du « bon » résident et l'efficacité de son détournement à des fins concurrentielles pour la construction d'une économie de niche. L'outil ne suffit pas : il s'agit donc pour les directrices de vérifier et de compléter les informations avant l'admission.

2.3.2 Critères de sélection : identifier le bon résident

Si Viatrajectoire alimente indirectement la forme de la concurrence, l'utilisation orthodoxe de l'outil ne suffit pas à sélectionner, tandis que son utilisation détournée ne suffit pas non

plus à cloisonner. Trois pratiques complémentaires, inégalement investies, sont utilisées pour pallier les défauts de l'outil, sélectionner les « bons » résidents et solidifier le cloisonnement entre Ehpad.

2.3.2.1 *S'adresser aux adresseurs*

La première stratégie complémentaire consiste à s'adresser aux prescripteurs et aux adresseurs, qu'ils soient médecins traitants, hospitaliers, voire aidants. Pour compléter les informations, les directrices d'Ehpad multiplient les contacts :

« *Ça peut arriver [que le dossier soit mal rempli].*

C'est là où vous vérifiez ViaTrajectoire finalement ?

C'est ça, exactement. Déjà dans l'échange qu'on va avoir avec l'interface, parce c'est rarement le résident lui-même qu'on a au téléphone, avec la personne référente on se fait réexpliquer la demande. On a une vraie interview avec la personne, qui va au-delà bien entendu de son état de santé. Dans quel environnement vit la personne, est-ce qu'elle est aujourd'hui entourée, est-ce qu'il y a un dispositif d'aide quand c'est quelqu'un qui a de l'aide à domicile, ou est-ce que c'est une personne qui est relativement isolée ? Qu'est-ce qu'elle aime ? Qu'est-ce qu'elle aimait faire ? Est-ce qu'elle avait un métier ? Est-ce qu'elle a des enfants ? Quel est le tissu familial ? Voilà, il y a tout cet échange qui a lieu lors de la première prise de contact et il y a forcément des informations qui vont nous parvenir par ce biais-là aussi. (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

« Il y a toujours une prise de contact avec la personne qui a rempli le dossier, enfin le professionnel ou la professionnelle médicale qui a rempli le dossier, pour voir si on est en capacité de pouvoir accompagner en soins de manière qualitative la personne (...). Je vais prendre contact avec le référent ou la référente. Ça peut être le proche, ça peut être le tuteur, ça peut être l'assistante sociale, pour connaître un petit peu la situation, les projets pour la personne et voir aussi quel est le niveau d'information qu'a la personne concernée de cette démarche d'admission en Ehpad. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

Cependant, cette stratégie n'est pas mobilisée de façon systématique, dans la mesure où celle-ci ne neutralise pas les comportements opportunistes de la part des médecins (ou leur méconnaissance de leur patient) et encore plus des aidants⁷⁷.

⁷⁷ Une façon de contourner la difficulté est d'organiser des visites à domicile :

« *On fait ce qu'on appelle une « visite à domicile », donc on va rencontrer le potentiel résident là où il est, à son domicile, à l'hôpital, pour le rencontrer dans son environnement, pour aussi s'assurer – alors je trouve ça très prétentieux, aujourd'hui, de parler de consentement d'admission en Ehpad mais plutôt on va parler d'adhésion au projet – pour voir comment il se situe, et puis déjà pouvoir recueillir un panel d'informations sur ses habitudes, ses besoins en termes de soins. » (Lambert_Korian)*

Ce cas reste cependant très rare.

2.3.2.2 La CPA et ses trois critères de sélection

Deuxième stratégie complémentaire : les commissions d'admission, censées avoir été remplacées par Viatrajectoire, restent centrales. Ces commissions sont largement structurées de la même manière : le médecin coordinateur (ou par défaut l'IDEC) évalue le volet médical, la cadre de santé juge du volet organisationnel, la directrice examine le volet financer et apprécie l'ensemble du dossier. Ces commissions d'admission ne sont pas forcément formelles : tous les Ehpad n'organisent pas de réunions dédiées. Mais la division du travail est tellement claire qu'il n'est pas forcément besoin de se rencontrer physiquement pour discuter des dossiers ; elle est tellement stricte que la décision ne prête finalement pas à discussion.

« Les commissions d'admission sont plutôt simples, il n'y a pas de grandes discussions ?

Pas du tout, pas du tout. On reçoit leur dossier sur Viatrajectoire, on les valide sur liste d'attente avant, donc on reçoit la famille, le résident s'il y a possibilité, il visite la structure, il valide son choix, dès l'instant où lui a validé son choix, on fait une validation médicale, avec le médecin coordinateur, et administrative, on valide le dossier, on met en attente, dès l'instant où on a une place, c'est la médecin coordinateur ou la cadre de santé qui appelle la famille en disant : « on a une place, l'entrée, c'est dans deux jours ». » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Les désaccords sont finalement très rares :

« Il y a des désaccords, des fois, entre l'IDEC et le médecin co. ?

Pour le moment, non.

Et entre eux et vous ?

Non. Parfois, je prends des décisions, quand je n'ai pas de méd. Co., mon IDEC me dit : « En charge de travail, ça va. », comme je suis kiné à la base, j'ai quelques infos et j'en parle aux infirmiers et je dis : « OK, on prend » parce que là, on a des chambres de libres, ce n'est pas quelqu'un qui me semble très lourd, on y va. Mais sinon, non, il n'y a pas de désaccords. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

La décision d'entrée suit donc une logique de cliquet : le dossier du résident doit passer chaque étape, ce qui neutralise toute négociation trop coûteuse en temps.

« J'ai un méd. Co. J'envoie le dossier à l'infirmière-cadre qui me dit si, en charge de travail, c'est acceptable, au médecin Co. qui me dit si, en pathologie, c'est acceptable. Si les deux sont OK, je dis à la famille : « Oui, vous rentrez » et au niveau des délais d'entrée, je n'en ai pas puisque j'ai toujours des chambres de libres. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

La règle est donc celle de l'unanimité, ce qui paradoxalement empêche toute discussion :

« Si notre médecin, si [la cadre] nous dit : « on n'y va pas », d'ailleurs, elle ne nous le dit même pas dans ces cas-là, elle clique « non », on ne va pas plus loin.

Ah oui, ce n'est pas discuté ?

Non, moi, je lui fais confiance et j'ai toujours fait confiance au médecin coordinateur et je n'ai pas d'exemple en tête d'avoir pris une décision contre le médecin coordinateur, je n'ai jamais eu le besoin. » (Directrice 36, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« *Ici, on est toujours partis du principe que quand il y en avait un de nous trois qui disait non, on refusait le dossier parce qu'on a cette possibilité d'avoir énormément de dossiers.* » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

L'unanimité de la décision d'admission ne doit donc pas masquer le travail et l'organisation sociale qui permettent d'y accéder : elle n'est en aucun cas mécanisée. Ce travail et cette organisation laissent d'ailleurs voir les réels critères de sélection des dossiers, dessinant en creux le « bon résident ». À ce titre, trois critères sont décisifs.

Le premier critère, comme on peut s'y attendre, est géographique : la sélection est d'abord et avant tout locale. Les exemples abondent et sont très redondants :

« *Il y a quand même un point d'ancrage qui est la Croix-Rousse. L'identité de la Croix-Rousse est forte et souvent, c'est des personnes qui ont vécu sur la Croix-Rousse (...). Elles connaissent la Croix-Rousse et c'est important pour elles de se situer rue Hénon en face de l'école, pas loin du collège, à côté de la place Flammarion, l'environnement est important (...). Moi, l'un des critères de sélection parce qu'il faut bien que j'en aie, en tout cas c'est le lieu de résidence, c'est là où ils habitent quand ils postulent.* » (Directrice 32, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Et le premier critère d'entrée, qui est discuté en commission d'admission, ce serait quoi ? Ce serait le niveau de dépendance ?

Non, nous, vraiment, on a tellement de demandes que notre premier critère d'entrée, c'est le lieu d'habitation (...). Déjà, ça, c'est notre premier filtre.

Et ça, ça vous enlève combien à peu près ?

La moitié des demandes. » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« *On regarde aussi la proximité géographique, c'est le deuxième critère parce qu'il y a un engagement avec la municipalité, le Rhône.* » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« *Tout est étudié en CPA avec un médecin qui étudie le dossier. Alors, notamment on va être pointus pour notre UVP, notre UHR. Là, ça doit répondre à des critères très précis et il y a un médecin. Après, on n'est pas très sélectifs. Notre seule sélection c'est d'appartenir à Belleville ou à Beaujeu ; on va prioriser la proximité ou éventuellement*

le rapprochement familial, mais on ne va pas aller prendre quelqu'un qui habite Lyon 7e, ça n'a pas de sens. » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

Ce qui est considéré comme « local » est une zone d'autant plus restreinte que l'établissement est situé dans une zone de forte densité humaine. Comme vu précédemment, les Ehpad situés dans la métropole lyonnaise disent généralement recruter principalement au sein de quelques arrondissements ou d'une partie de la métropole, tandis que les établissements en zone rurale décrivent un bassin de chalandise qui s'élargit de quelques dizaines de kilomètres au plus. Les vœux formulés par les demandeurs sont d'ailleurs souvent locaux, ce qui facilite d'autant plus la sélection :

« On est plutôt bien ancré sur notre territoire, on est assez connu. La réputation de l'Ehpad n'est pas à faire, en tout cas, moi, quand je suis arrivée, elle n'était pas à faire, les [habitants de B.] veulent venir à [nom de l'établissement], ils ne veulent pas quitter B. [...] C'est ce qu'on entend dans la ville : « moi, mes vieux jours se passeront à [nom de l'établissement] » (...). On est la seule offre d'Ehpad sur B., ce qui nous aide. [Et] la majorité des professionnels qui travaillent ici habitent B., donc tout le monde se connaît. » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« ViaTrajectoire, vous savez, vous pouvez préciser plusieurs structures. Vous avez ceux qui en mettent 50 parce qu'ils drainent toute la France entière et puis vous en avez certains qui ne mettent que [notre établissement] parce que de toute façon, ça sera [notre établissement] et rien d'autre. » (Directrice 11, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« La réflexion qu'on a en commission des admissions : est-ce que c'est pertinent d'avoir la personne chez nous alors que la famille où il avait ses habitudes sont à 30, 40, 50 kilomètres, et au risque de ne pas voir ses proches parce qu'on est trop loin ? Donc il y a toujours cette réflexion à poser en commission des admissions. » (Directrice 24, Ehpad public, 37)

Cette préférence pour le local n'émane pas seulement des résidents et des établissements eux-mêmes, mais aussi en partie des modes de financement et des institutions dont ces derniers dépendent (notamment pour les établissements publics).

« Il y a tout de même un souci dans le fonctionnement du financement des Ehpad, c'est cette fameuse départementalisation du financement de la dépendance. Quand on accueille quelqu'un qui n'est pas de notre département, un jour où l'autre, ça finit par nous pénaliser s'il décède et qu'on le remplace par quelqu'un du département et qu'on n'est donc plus financé pendant plusieurs mois sur cette dépense. Ce mode de financement fait qu'on a quand même des blocages sur les mouvements interdépartementaux. » (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« *On a pour mission d'accueillir tous les [habitants de la ville de G.], prioritairement, puisque c'est le CCAS de la ville de G.* » (Directeur 40, Ehpad public, 37)

Le deuxième critère est purement organisationnel. Ce critère est aussi décisif que le premier, sinon plus : il s'agit de l'équilibre local de la charge de travail. Le GIR fournit bien sûr une première approximation, cependant il n'est jamais suffisant. En tant que critère de décision, le GIR est toujours accompagné de justifications organisationnelles :

« *[Si on ne prend pas que des GIR1 et 2], c'est surtout [parce] qu'on s'attache à rester un lieu de vie, c'est-à-dire qu'on veut aussi qu'il y ait de l'animation, qu'il y ait de la vie, qu'il y ait quelque chose qui se passe (...). Et si on ne prend que des GIR 1, 2, on n'a plus cette dynamique-là. Clairement, on n'a plus besoin d'animateurs ou si peu que, finalement, on perd un peu cette notion-là, et du coup on en devient Ehpad hôpital de soin. Et ce n'est pas vraiment ce à quoi aspirent les professionnels qui travaillent ici. On ne pourrait pas travailler aujourd'hui avec les effectifs qu'on a que sur des GIR 1, 2. On épuiserait complètement le professionnel et en fait, ça ne les intéresserait plus. Donc là, c'est aussi cette capacité à ajuster le tir. Alors, prendre des GIR 5, 6, ça n'a pas plus de sens non plus, parce que d'abord, ça correspond très peu à la demande : les seuls GIR 5, 6 qu'on a aujourd'hui, malheureusement, sont des gens qui présentent des troubles psychiatriques importants ou qui sont adultes handicapés, mais en fin de structure. Et là, ça pose un autre souci, c'est-à-dire qu'il me semble que c'est important pour nous de faire en sorte que la communauté vive bien. Quand on a trop d'écart d'âge, c'est compliqué de (...) prendre des gens qui sont très jeunes, sur les structures qu'on a aujourd'hui.* » (Directrice 14, Ehpad public, 37)

« *Sur tout l'équilibre d'une unité, si vous ne vous retrouvez qu'avec treize résidents déambulant, le personnel va exploser, les troubles du comportement vont s'accentuer. Donc pour une unité grabataire, on peut se retrouver en difficulté, d'une aide totale à chaque fois. Donc c'est justement tout ce travail des équipes et le savoir-faire des équipes, c'est de se dire : « Quel est le seuil de tolérance, d'acceptabilité par le professionnel aussi de terrain. »* » (Directeur 41, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Cet équilibre local de la charge de travail est difficile à définir, car il dépend, par définition, de l'adéquation toujours changeante entre des contraintes organisationnelles (présence ou non d'un médecin coordinateur, d'une équipe d'IDE et d'AS plus ou moins complète et stable) et du niveau de dépendance, lui-même évolutif, de résidents dont le taux de turnover a tendance à s'accélérer.

« **L'avis du médecin co se fait par rapport au GIR ?**

C'est par rapport au GIR oui, mais c'est surtout aussi par rapport à la pathologie, ça peut être l'âge, ça peut être le poids, ça peut aussi si c'est plutôt un homme ou une femme en fonction des troubles du comportement. C'est vraiment l'évaluation de la charge en soins et comment on va pouvoir prendre soin de cette personne, donc ça, c'est vraiment l'avis médical. Il y a aussi les traitements, le matériel médical, tout ça, ça compte.

Donc il prend quand même en compte l'état de l'organisation, en quelque sorte ?

Oui. » (Directrice 32, Ehpad privé non-lucratif, 69)

À certaines périodes, les directrices vont ainsi accueillir des GIR 1 ou 2 qu'elles ne peuvent se permettre d'intégrer 6 mois plus tôt ou plus tard :

« En fait, on peut prendre des troubles du comportement, mais en toute connaissance de cause. C'est-à-dire qu'on sait sur quoi on se lance. On peut en accueillir un, parce qu'on sait qu'on n'en a pas d'autre en même temps. Mais le monsieur de 54 ans qui va boxer tout le monde, il faut être sûr de pouvoir [l'accueillir] (...). C'est au bon moment par rapport à qui on a actuellement. Il y a des moments où on dit, « on ne veut plus d'hommes ». On ne peut pas l'écrire sur Viatrajectoire parce que c'est de la discrimination, mais nous, on sait qu'actuellement on a trop d'hommes, trop d'agressions, c'est trop physique, donc on va dire, « on ne veut plus d'hommes », mais on ne va pas l'écrire, parce qu'on peut être attaqués. Mais en même temps, c'est pour la sécurité et le bien-être de tout le monde. Ça, on ne peut pas l'écrire parce que les gens ne comprendraient pas [et nous diraient : « Mais vous n'avez pas le droit. » (...). On dit qu'on n'a pas le bon étage. Donc on en appelle à l'étage, on dit qu'on n'a pas la disponibilité qu'il faut et puis c'est tout, que la prise en charge n'est pas disponible. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

La décision d'accueillir une personne âgée peut donc être tout à fait déconnectée de son GIR. En revanche, elle est toujours connectée aux contraintes organisationnelles de l'établissement :

« Donc premier critère géographique, deuxième critère, le niveau de dépendance quand même, finalement, on pourrait dire ça ?

D'abord, son lieu, où est-ce qu'il est, est-ce qu'il est hospitalisé ou pas, sa provenance et en troisième, son niveau de dépendance par rapport à la disponibilité que j'ai, parce que je ne vais pas privilégier les personnes généralement plus dépendantes. Il y a des personnes qui vont privilégier des GIR 1-2 parce qu'à la fin, ça fait augmenter le GMP et ça offre des possibilités de financement autres. Moi, ce n'est pas ça qui m'intéresse, c'est juste d'être cohérente avec mon étage. Si j'ai besoin, si j'ai une place au deuxième étage et que, mes résidents du deuxième sont en train de vieillir et d'être un peu plus dépendants, je vais chercher un GIR 4, mais peu importe, je ne cherche pas à augmenter mon GMP, il est bien. » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Du coup, vous faites un tri par rapport au GIR ?

Non (...). [Le] GIR, ce n'est pas un souci en soi. Je ne sais pas exactement vous dire parce que le médecin coordonnateur va avoir ses propres critères de sélections, [il va me] dire « ça non, ce n'est pas possible parce qu'en ce moment on a déjà beaucoup de personnes qui ont tel type de pathologie et donc ça va être compliqué, etc. » ou alors « on a telle pathologie qui est décrite avec tel trouble du comportement, aujourd'hui dans notre établissement ça ne va pas être possible d'accueillir ça » et dernier exemple, on me

demande une entrée en unité de vie Alzheimer, un monsieur, le médecin me dit « typiquement il relève bien de l'unité de vie Alzheimer », mais il y a des troubles du comportement, la désinhibition, notamment sexuelle, qui fait que dans notre unité avec des femmes qui en ce moment (...) ont des troubles du comportement, c'est-à-dire qu'on ne peut pas les approcher, ça va être compliqué... Donc elle me dit « non, ça ne va pas être possible » parce qu'on va mettre le feu dans notre unité et les patients qui sont déjà présents vont se retrouver en difficulté, donc si c'est pour mettre tout le monde sous calmant dans une unité de vie Alzheimer ce n'est pas le but, ça, c'est par exemple, typiquement un refus médical. » (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Je dirais que ni le niveau de dépendance, ni l'aspect financier ne contingentent nos décisions, ça vient après. » (Directrice 36, Ehpad privé non-lucratif, 69)

La décision d'admission repose ainsi sur un travail organisationnel plus que médical, qui s'acquiète avec l'expérience, qui est réactivé à chaque demande et qui génère une imprévisibilité pour qui ne participe pas à la commission. Ces compétences organisationnelles reposent bien sûr sur une connaissance fine et quotidienne de « l'état » de l'équipe, de son évolution, mais également sur un travail de catégorisation des résidents et du « savoir-faire » acquis par la directrice :

« Après on essaie d'équilibrer un petit peu au niveau (...) des démences. Il y a des démences qui sont beaucoup plus difficiles à accompagner, la démence à corps de Lewy, donc celle-ci, on sait qu'on peut en avoir une, deux dans l'établissement, mais pas plus parce que c'est très lourd et c'est compliqué à accompagner. Donc après, on catégorise, entre guillemets, toutes les démences fronto-temporales un peu productives avec des troubles du comportement, on ne peut pas avoir que ça à l'unité de vie protégée.

Oui, un équilibrage.

Oui, un équilibrage, la charge en soins, comment va l'équipe aussi. Les veilles d'été, au mois de juin, on ne fait pas rentrer non plus des résidents trop, trop compliqués, trop, trop lourds, on sait qu'on aura besoin de nos partenaires parce qu'au mois d'août, la France s'arrête, donc il faut quand même que ce soit un peu lisse. Après, dans l'année, on sait aussi que le mois d'août et du 15 au 30 décembre, on ne fait pas d'admission parce que les gens sont en vacances, c'est les fêtes, etc. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

L'application de ce second critère n'est d'ailleurs pas sans poser problème vis-à-vis des concurrents (au sens non-Ehpad), dont la population cible peut se voir captée par les Ehpad environnants, remettant ainsi en cause le cloisonnement – non pas entre Ehpad, mais entre les Ehpad et leurs concurrents. Dans ce cas, le GIR vient opportunément justifier la stratégie de recrutement :

« Je ne prends qu'à partir de GIR 4. C'est-à-dire que les gens en GIR 3, je ne les accepte pas (...). Un début de GIR 3, on sait très bien qu'on a 1 an, voire 2 ans devant nous, ce qui implique une réorientation précoce et rapide. Et je me dis changer deux fois de lieu

de vie en peu de temps, c'est quand même perturbant pour une personne de cet âge-là. (...) [Les Ehpad] ont dit clairement qu'on leur piquait leur public le moins dépendant. Et donc on est passé par une visite en disant « Venez voir, on ne fait pas du tout le même travail déjà parce qu'à la base nous n'avons pas de médical ». Donc la différence est franche et nette, nous on fait de l'accompagnement social. On ne fait pas de l'accompagnement sanitaire. On ne fait pas d'actes de soins (...). On a compris qu'ils préféraient aussi avoir des GIR 3 parce que c'est des prises en charge beaucoup plus light pour eux et pour leurs équipes. Mais fondamentalement je ne suis pas persuadée que ce soit leur place. Je défends peut-être ma structure, mais je ne comprendrais pas ce que ferait quelqu'un en GIR 4 de chez moi là-bas. (Directrice 39, résidence autonomie publique, 37)

Si l'application de ce second critère renforce ainsi le cloisonnement concurrentiel des Ehpad, il remet ainsi en question les frontières de ces établissements avec les établissements connexes (résidence autonomie notamment).

Troisième et dernier critère : l'aspect financier joue sur la décision d'admission, même s'il n'est pas forcément décisif, surtout lorsqu'on le pondère vis-à-vis des deux premiers. Alors qu'on aurait pu s'attendre à ce que ce critère soit le premier filtre, celui-ci n'intervient finalement qu'assez peu, et la plupart du temps à la toute fin du processus de décision. Ce critère est rapidement écarté par les établissements qui sont habilités à l'aide sociale :

« En tant que service public, on ne peut pas se permettre de faire le tri, surtout quand on a une file active qui n'est pas énorme. On est obligé. Après, quand je regarde, je dis : « Zut, ils n'ont pas d'argent. Tant pis. » Mais on est service public. » (Directrice 24, Ehpad public, 37)

« Le prix de journée, ici, on est à 65 euros, je vous passe les centimes, mais grossso modo, c'est 65 euros, vous rajoutez le ticket modérateur qui doit être à 5,52 euros, 71 euros, repas et entretien du linge compris, on n'a pas de forfait linge en plus, c'est vraiment tout inclus. Donc l'enjeu financier, si vous voulez, les familles savent que quand elles viennent chez nous, il y a quand même la raison financière, et nous, ici, les 72 lits sont habilités à l'aide sociale. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Ce sont surtout les établissements privés lucratifs qui mentionnent pratiquer une sélection sur le niveau de revenu...

« L'aspect financier est quand même un des aspects principaux qui va déterminer aussi bien si on vient ici ou pas, ou si on transfère ou si on fait quelque chose de permanent ou temporaire, ça reste quand même, on ne va pas se le cacher, une des premières préoccupations. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

« Sur la partie admission, on passe par ViaTrajectoire pour réceptionner les dossiers. On fait une vérification financière, on est obligé de sélectionner les dossiers qui vont

correspondre au coût du séjour. C'est la particularité, comme on est un Ehpad privé à but lucratif, on a quand même une partie hébergement qui est assez importante, donc on soit s'assurer, malgré tout, de la capacité financière de la personne pour qu'elle ne soit pas en difficulté. Il y aurait beaucoup de dossiers qu'on pourrait intégrer et au bout de trois, quatre mois, il n'y a plus de fonds, donc ça, ça met en difficulté les personnes qui ont justement besoin (...) d'être en long séjour jusqu'à la fin de vie. Donc on ne souhaite pas mettre en difficulté ni les résidents, ni les familles. C'est pour ça qu'on étudie en amont le dossier pour être sûr que c'est une personne qui pourra rester plusieurs années sur la résidence.

Comment vous faites, justement, pour identifier les potentiels bons payeurs et mauvais payeurs ?

On demande les justificatifs financiers, vraiment, ça va de l'avis d'imposition, aux relevés d'épargne, assurance-vie, s'ils sont propriétaires, on demande un cautionnement solidaire aussi aux enfants. Ça, c'est obligatoire, après ils peuvent le refuser, mais on s'assure vraiment que le coût du séjour peut être honoré sur une période donnée. On voit à peu près en fonction de la moyenne de la durée de séjour. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

Le critère financier [est important], clairement. Parce que l'objet, même si on est lucratif, ce n'est pas de mettre à terre les gens. En tout cas, ce n'est pas la stratégie du groupe (...), et ce n'est certainement pas la mienne non plus. (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

Mais le critère est également pris en compte par les directrices des Ehpad publics et associatifs :

Comment vous arrivez à identifier un dossier potentiellement insolvable ?

Dans ViaTrajectoire ils doivent nous donner, quand même, leurs ressources de pensions, si possible imposition, etc. (...). Quand on a un vrai doute, on peut passer un petit coup de fil « voilà, on voudrait comprendre comment vous allez financer l'Ehpad ? ». Le plus risqué c'est quand on a des personnes qui ont des obligés alimentaires [...] et là, on sait que ça va être compliqué parce que (...) la Métropole va se tourner vers les obligés alimentaires, et si on sait qu'il y a un conflit familial et qu'en fait ils ne s'entendent pas avec les enfants, qu'ils n'ont absolument pas l'intention de mettre la main à la poche pour maman ou papa, eh bien, ça va mal se terminer, donc dans ces cas-là je refuse. Le problème est que c'est un risque budgétaire pour l'établissement et (...) l'association n'est pas non plus là (...) pour financer des séjours de gens pas solvables. » (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Même si on est un Ehpad public il faut quand même qu'on garantisse que la personne puisse nous payer ce qu'elle doit à la fin du mois, ou en tout cas qu'on ait tous les éléments qui permettent de faire un dossier d'aide sociale pour qu'on soit payés. Il y a des gens qu'on ne prend pas parce, on sait que le dossier d'aide sociale va être une galère sans nom (...). C'est ce qui nous fait vivre aussi, on ne peut pas se permettre de

ne prendre que des dossiers où il n'y aura pas de finances derrière. » (Directrice 16, Ehpad public, 37)

Au final, ces trois critères de sélection dessinent en creux le type de refus auquel les potentiels résidents font face. Le premier type de refus découle d'un dossier mal rempli sur Viatrajectoire :

« C'est un critère de refus quand ViaTrajectoire n'est pas suffisamment bien rempli pour qu'on sache qui on accueille, pas qu'on ait de mauvaises surprises. » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

« Le médecin Co le voit tout de suite. Par exemple, vous avez des pathologies et vous avez une grille de dépendance qui n'est pas du tout en corrélation. Donc vous avez des résidents avec des démences et vous avez quelqu'un qui est GIR 5-6, il y a un truc qui n'est pas rempli correctement. Donc là, soit on se donne les moyens parce qu'il y a une famille qui est dans la proximité géographique, etc., de dire : « il faut réévaluer, il faut refaire le dossier. Est-ce qu'il y a un gériatre, un neurologue qui est dans la bouche pour avoir quelques comptes rendus ? » ou alors non, et on refuse le dossier (...). Il y a des dossiers qui sont refusés peut-être un peu trop rapidement et facilement parce qu'ils ne sont pas complétés correctement ou alors il manque des infos. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Mais le principal type de refus est relatif à la charge de travail qui déséquilibrerait potentiellement l'organisation de l'Ehpad, ce qui souligne l'importance décisive du deuxième critère :

« Parfois, il me manque le poids. Quelqu'un, même en fauteuil roulant, avec un poids important ou très important, il faut l'avoir en tête. Parce que si je n'ai pas de matériel adéquat, ce n'est pas bon. On a quelques [chambres avec des rails plafonniers], mais toutes ne sont pas équipées. On a reçu un monsieur, on m'a dit « Il est de forte corpulence ». J'ai dit « Ça veut dire quoi forte corpulence ? ». « Oui, il fait 110 kilos. » « OK, il fait 110 kilos. Est-ce qu'il peut mettre un pied devant l'autre ou pas du tout ? » Parce que ça veut dire que si je n'ai pas la chambre avec le rail plafonnier, accident de travail derrière, je ne prends pas. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial +, 69)

« Les motifs de refus, c'est [par exemple une] pathologie jugée trop lourde en regard de nos ressources (...). Je vais vous donner un exemple : personne en obésité morbide nécessitant des soins particuliers. Là, on va se dire : « D'une part, on n'a pas de médecin, donc si jamais cette personne présente des difficultés spécifiques à sa pathologie, on va être coincés mais en plus, dans le cas d'obésité morbide, on n'a pas de rails, par exemple, chez nous. » Donc c'est une personne qui va être difficile à manipuler. En regard des places qu'on a de disponibles, aujourd'hui, aux étages, on a déjà des étages où on a des personnes qui sont assez lourdes au niveau de la prise en charge. Les étages où on aurait de la place (...), on a des soignants qui sont soit vieillissants, soit qui ne sont pas en super forme avec qui ça ne va pas être possible. Donc vous voyez, on étudie un

peu la question comme ça. Autre exemple : demande d'un monsieur, 64 ans. Déjà 64 ans, en Ehpad, c'est compliqué parce qu'ils se font chier (...). On n'y va pas très favorablement. Et en plus de ça, un monsieur qui présente des pathologies diverses relevant plutôt de la psy. Alcoolisme, coché. Fumeur, coché. Stupéfiants, en cours de sevrage. Là, c'est pareil, on n'est pas forcément équipés pour accueillir un profil comme celui-là. » (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

Ainsi, les profils de fugueurs, de déambulateurs qui théoriquement entrent dans le cœur de cible, mais qui alourdissent la charge de travail des équipes, sont refusés la plupart du temps :

« Les résidents que je ne peux pas prendre, ce sont les fugueurs, parce que la physionomie de mon établissement ne me permet pas de sécuriser complètement la sortie, à l'extérieur en tout cas. Si vous avez des familles qui sortent et qui ne font pas attention, n'importe quel résident peut sortir avec ; j'ai un système anti-fugue qui n'est pas opérationnel. Et le deuxième type de résidents qu'on n'accepte pas, ce sont les résidents qui dérangent beaucoup les autres, c'est-à-dire des résidents qui crient ou qui déambulent beaucoup et qui vont dans les autres chambres. On a déjà eu, de par l'évolution des pathologies, ce genre de résidents et quand on fait des tris de dossiers, déjà, quand il y a ce genre de pathologies, on ne les accepte pas. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

2.3.2.3 *La visite de pré-admission*

La troisième et dernière stratégie complémentaire consiste à organiser des visites de pré-admission, qui s'avèrent être un impondérable de l'entrée en établissement. Celles-ci ne sont pas tant à destination du futur résident ou des aidants, qu'à destination des équipes elles-mêmes. Elles constituent ainsi un véritable guichet d'entrée complémentaire à Viatrajectoire :

« Si on a un doute, on va recevoir la personne pour voir ce qu'il en est vraiment (...). Quand on reçoit la personne, il y a toujours au minimum la cadre de santé, le médecin co, et s'il y a une problématique cognitive, il y a la psychologue aussi. » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« On organise ce qu'on appelle « une visite de préadmission », où là, c'est la personne qui vient chez nous. Cette visite de préadmission, c'est quelque chose qu'on peut reproduire x fois en fonction du profil, des besoins. Ça peut être : la personne vient, déjà, elle passe notre porte – franc succès – ça peut être visiter la chambre, ça peut être venir déjeuner, ça peut être venir passer une après-midi, ça peut être venir passer la journée, et c'est un exercice qu'on peut reproduire 1 fois, 2 fois, 12 fois, en fonction du profil de la personne. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

« On voit vite si la personne et sa famille correspondent ou pas un petit peu à ce qu'on peut proposer. Il est possible qu'on dise : « finalement, non, ça ne va pas du tout, cette

famille, on ne la sent pas, ça ne va pas fonctionner, l'accompagnement, ça va être difficile », souvent, ce n'est pas tant avec le résident, c'est des fois plus dans les relations famille. » (Directrice 36, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« 99 % du temps, on tient à rencontrer le résident et un membre de sa famille. On a pu s'apercevoir que sur les dossiers que nous n'avions pas vus en présentiel, il y a toujours un écart entre la personne que l'on voit et le dossier papier, pour plusieurs raisons. Soit parce qu'il y a une méconnaissance du médecin à compléter une grille AGGIR, à ne pas forcément noter quand ce sont des médecins à l'hôpital, ils ne connaissent pas forcément tous les tenants et les aboutissants, et d'autres fois il y a une volonté aussi de ne pas tout noter sur le dossier pour faire passer le dossier. Et là, c'est pire que tout pour nous [...]. J'ai toujours maintenu le fait que je voulais rencontrer les résidents pour ne pas qu'il y ait de mauvaises surprises. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

La visite de pré-admission finalise ainsi le processus de définition du bon résident et le processus de captation. Cette visite est ainsi l'outil et le marqueur de la fermeture de la captation.

Nous conclurons cette section sur trois points principaux. Tout d'abord, et au regard du discours des directrices sur les critères de sélection des résidents, on voit se dessiner un portrait-type du candidat idéal, qui est finalement similaire d'un Ehpad à l'autre : une personne au niveau de dépendance moyen (GIR 3 ou 4), sans trouble démentiel ou du comportement (comme de l'agressivité, un trouble psychiatrique, de l'alcoolisme, etc.), et sans pathologie chronique (qui nécessiterait des soins réguliers y compris de nuit par exemple), qui habite à proximité de l'Ehpad ou éventuellement dont les enfants habitent à proximité. Autrement dit, un résident potentiel suffisamment dépendant pour avoir besoin de l'Ehpad, mais suffisamment peu pour ne pas représenter une « charge trop lourde » pour les équipes soignantes, même s'il est attendu que son niveau de dépendance va s'élever progressivement⁷⁸. Mais ce profil-type est trompeur : selon l'équilibre de la charge locale, les exceptions sont courantes, ce qui rend toute prédiction au cas par cas imprévisible. Les entrées sont donc labiles, extrêmement dépendantes du travail de sélection mis en œuvre par les directrices et leurs équipes.

Ensuite, le processus de captation est à la fois réglé et variable. Si Viatrajectoire n'est pas un outil suffisant pour sélectionner les bons résidents, les directrices construisent des critères de sélection (la localisation géographique, l'équilibre de la charge de travail, l'aspect financier) et des processus (visite de pré-admission) complémentaires pour pallier les défauts de Viatrajectoire, sélectionner les « bons » résidents et « construire » la population accueillie.

⁷⁸ Notons que ce portrait-type est assez similaire au profil recherché par les résidences autonomie ou senior, à ceci près qu'elles visent un public peu dépendant (GIR 5 ou 6) ou disposant d'un étayage suffisant pour que la dépendance ne pèse pas sur la structure.

Enfin, c'est précisément par les marges de la population accueillie que se construit le cloisonnement concurrentiel. Plus précisément, les Ehpad n'accueillent pas les mêmes profils de résidents – ce qui, par définition, décloisonnerait la concurrence inter-organisationnelle. C'est ainsi le travail des directrices, et notamment leur travail consistant à équilibrer quasi quotidiennement la charge de travail de leurs équipes, qui participe du cloisonnement en différenciant la population accueillie de leur Ehpad des autres.

2.3.3 Des stratégies de captation organisationnelles

Nous avons vu que les Ehpad se permettent de choisir les « bons » résidents, alimentant en retour le cloisonnement concurrentiel. Ce cloisonnement est consolidé par trois stratégies supplémentaires : des stratégies de différentiation par les prix, des stratégies concurrentielles de captation horizontales, des stratégies concurrentielles verticales de filières (ici, l'enquête qualitative vient compléter l'approche par la cartographie concurrentielle qui dessine en creux des profils de résidents (voir *Figure 21* : les résidents les plus modestes bénéficiant de la HAS sont captés par des établissements situés à droite, alors que les résidents qui ne bénéficient pas de la HAS sont captés par des établissements situés à gauche ; de même les résidents au profil le plus proche du cœur de mission des Ehpad sont captés par des établissements situés en bas du plan factoriel, alors que les résidents au profil plus diversifié sont captés par des établissements situés en haut ; cependant la cartographie ne permettait pas d'appréhender le profil des résidents qui apparaît de façon mieux dessinée dans le discours des directrices)

2.3.3.1 Des stratégies de différenciation par les prix à la marge

Les Ehpad déclarent souvent avoir peu de marge de manœuvre sur leurs prix, dont les variations dépendent exclusivement de l'hébergement. Le prix des chambres est ainsi souvent présenté comme un donné, lié aux caractéristiques du bâti et aux coûts de fonctionnement. C'est notamment le cas pour les Ehpad ayant des places habilitées à l'aide sociale, puisque le prix de ces places sont déterminées par le département.

« Étant habilité à l'aide sociale, on est sous tutelle, sous contrôle (je n'aime pas le mot « tutelle ») de la métropole. C'est elle qui nous fixe nos tarifs. C'est une différence majeure avec les établissements non habilités (...). Ils encadrent les tarifs, c'est aussi simple que ça. » (Directrice 36, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Les différences de prix sont présentées comme la conséquence de différences de statut et de prestation, notamment en matière d'hôtellerie. En effet, le public, le privé non-lucratif et le privé commercial s'adresseraient à des publics différents : le public capterait les personnes les plus dépendantes ou malades et les plus pauvres, le privé commercial s'adresserait à une clientèle aisée et proposerait des prestations d'hôtellerie plus haut de gamme, le privé non-lucratif se situerait entre les deux.

« Aujourd'hui, il y a une grande disparité sur les prestations des Ehpad, et notamment des tarifs, et encore plus depuis la covid, donc ça reste de la concurrence parce qu'on

va proposer les mêmes prestations, mais pas au même niveau. Nous, on va plutôt être haut de gamme, tout en étant dans des résidences privées, je parle d'Ehpad privés, on a du haut de gamme, très haut de gamme et on a des résidences qui proposent du très bien aussi à des tarifs raisonnables. On a des Ehpad qui sont totalement publics, associatifs, qui proposent de l'aide sociale. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

« On a beaucoup d'établissements sur le secteur ouest-lyonnais, notamment des établissements chers (...). Après, on a quelques établissements publics, mais ce n'est pas la majorité, on a aussi pas mal d'associatifs et on a du privé commercial, on a du Korian, on a un peu de tout, on a de l'associatif et donc du coup ce n'est pas les mêmes tarifs entre du public, de l'associatif et du privé commercial. On n'est pas sur les mêmes tarifs, on n'est pas non plus, forcément, sur les mêmes prestations. Après, tout dépend de ce que veut le résident, finalement. Là, c'est vrai qu'on va proposer plus des prestations un peu haut de gamme parce qu'au niveau hôtelier on est ++, ici, on a des belles chambres, on a un service avec nappage, on a un serveur, d'où un tarif un peu plus cher. Donc c'est normal qu'ils aient ce type de prestations qu'ils n'auront pas dans l'associatif. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

« Korian, c'est cher parce que tout le monde va dire que c'est cher (...), mais à côté de ça, ils ont une belle présentation dans l'assiette, ça donne envie de manger, c'est coloré (...), ils font beaucoup du fait maison (...). Sauf que le fait maison, ça coûte plus cher, la matière première va coûter plus cher, ça demande plus de temps, donc plus de collaborateurs, donc tout va coûter plus cher (...). Je ne dis pas que c'est mieux chez Korian, c'est différent. Nous, on est un peu moins cher (...), on a rénové nos chambres, le mobilier, mais on a un psychologue à temps plein. Chez Korian, ils n'ont pas un psychologue à temps plein. Je ne sais pas comment l'expliquer, on fait avec les moyens qu'on a. Aujourd'hui, on a des chariots et ce sont des collaboratrices ASH qui passent entre les tables pour donner à manger aux résidents, ce ne sont pas des serveurs qui servent à table dans des assiettes. C'est aussi pour ça qu'on est moins cher (...). Après, pour le public, je n'ai pas visité d'établissements publics (...), ils n'ont pas les mêmes moyens non plus, et ça se voit. Je ne juge pas, je suis factuelle, ça se voit. » (Directrice 12, Ehpad privé commercial, 37)

Dans ce cadre particulièrement fixe, les possibilités de jeu sont très limitées. Les Ehpad privés à but lucratif semblent avoir une marge de manœuvre supérieure :

« Quand vous dites que Korian baisse les prix en ce moment : les prix sont aussi volatiles que ça ?

Oui [...], on peut être amenés à faire des prix si vraiment c'est la catastrophe. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

« Est-ce que vous avez aussi une latitude sur les prix offerts ?

J'ai une latitude de 10 % (...). Je peux l'activer si vraiment je sens que la personne a très envie de venir chez moi et qu'il lui manque juste un petit peu pour avoir son budget et qu'elle peut tenir sur la durée. Mais le cas se présente assez peu en fait.

Dans ces cas-là, vous demandez à la direction régionale ? Ou vous décidez seule ?

Alors moi à ma main, j'ai une certaine latitude de 10 % et pour le reste je demande à la direction régionale. » (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

« Souvent si on a des difficultés commerciales, le siège nous tombe dessus. Donc on a des visios avec le service commercial et on voit ce qu'on peut mettre en place comme actions. Moi, par exemple, les actions mises en place [consistaient à] louer les chambres doubles en chambre simple et [à] réduire le prix des chambres simples de 10 €.

Et ça, c'est le service commercial de DomusVi qui vous a suggéré ces solutions ?

C'est ça, mais ça doit être validé par le chef et le chef du chef, etc., on n'a pas la main dessus (...). C'est vraiment pour les établissements en difficulté. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

... mais les Ehpad associatifs peuvent également baisser le tarif hébergement ponctuellement :

« On a mené une expérience de fait, cet été, très claire. Mon prix d'hébergement tourne autour de 100€ (...). Cet été, des Ehpad privés type Orpéa, ou même Korian, avaient des tarifs qui commençaient à casser. Du coup notre siège nous a dit : « On passe de 100 à 70€ » en prix d'hébergement. C'était vraiment énorme comme remise, tarif promotionnel. En nombre d'entrées, de janvier à juin, on a fait neuf entrées, de juin à fin août, on a fait vingt-et-une entrées. » (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

La baisse des prix peut être ciblée sur un certain type de chambre, ce qui nécessite une connaissance fine de son organisation par la directrice, couplé à une acceptation de la part du siège ou du groupe. Dans ce cas, la stratégie de baisse des prix se traduit par la proposition de multiples tarifs :

« On peut aussi faire des propositions stratégiques (...). Toutes les chambres étaient au même prix, sauf que j'avais des chambres qui étaient en bout de couloir, pointues. [J'ai dit au siège] : « Là, je n'arrive plus à vendre, parce qu'il y avait déjà [un Ehpad] concurrent. Donc j'ai dit : « Est-ce qu'on ne pourrait pas mettre un pouillème de plus sur les chambres qui sont bien, et on fait deux autres prix sur celles qui sont doubles et celles qui sont [en pointe] (...) ? Ils m'ont dit : « Faites-nous une variation de ce qui paraît possible ». Ça a été accepté [...]. La stratégie que je propose pour l'année prochaine, c'est d'arrêter de facturer 7 euros de plus sur l'hébergement temporaire, de faire en sorte que le prix temporaire ne prenne pas les 5 ou 6 % qu'on s'apprête à annoncer aux gens l'année prochaine. Du coup que le permanent augmente un peu plus, parce que justement ma concurrence locale fait que j'ai encore un peu de marge. » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Au-delà de la baisse directe de prix, finalement rare quel que soit le statut de l'établissement, les directrices peuvent également jouer à la marge. Une possibilité consiste à proposer différents prix, en général en fonction des caractéristiques des chambres (individuelle ou double, ou plus rarement en termes de qualité).

« On a [plusieurs] gammes de prix (...). Sur chaque gamme on a deux prix, si la salle de bains est récente ou non (...). Et donc on a une différence de prix. Alors c'est assez paradoxal, les chambres doubles ne sont pas recherchées, les gens ont peur de la chambre double parce qu'il n'y a pas un espace privé. Et en même temps elles sont recherchées parce que c'est moins cher (...). Ça fait qu'il y a 4 gammes de prix. (Directrice 34, Ehpad lucratif, 69)

« On a deux tarifs différents entre [nom d'Ehpad], qui est le site un petit peu excentré et [nom d'un autre Ehpad]. Mais par contre, il n'y a que deux tarifs, que ce soit chambre double ou chambre simple ce sont les mêmes tarifs. Par contre à [nom de ville] il y a deux tarifs, un tarif chambre simple, un tarif chambre double. » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

Cependant, la plupart des établissements disent ne pas pouvoir faire varier leurs prix, principalement parce que les conditions ne sont pas réunies (taux d'occupation trop faible, bâtiment ancien, prix du foncier, accord du siège ou du groupe, etc.).

« L'établissement [est] très vieux, très vieux, c'était [un organisme religieux], donc avec des chambres doubles, avec aucune pièce de vie principale. La salle de restaurant sert aussi pour les animations, [c'est] un établissement sur lequel on a eu des infiltrations d'eau, des problématiques diverses et variées de chauffage, les fenêtres qui sont hors d'usage et que l'OPAC a eu du mal à accepter de changer... » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Le côté positif dans le nouvel établissement, c'est d'avoir des chambres particulières, le côté négatif, c'est qu'on va faire augmenter le prix de journée au regard des travaux (...). Effectivement, on reste l'un des moins chers du département parce qu'on n'a pas augmenté nos prix [...]. Sauf que demain, on va augmenter nos prix, on va être au même niveau tarifaire que [d'autres établissements du territoire], donc ça peut avoir un impact sur des résidents qui sont issus du rural, qui ont très peu de revenus, qui ont le minimum vieillesse, qui sont habilités à l'aide sociale. Donc là, ça peut être très compliqué pour les familles dans la mesure où on va se retrouver avec un tarif où on va être au-dessus, et le risque, on en discute beaucoup avec le président du conseil d'administration, c'est de se dire : augmenter les tarifs, oui, mais est-ce qu'on va remplir l'établissement parce qu'on aura augmenté nos tarifs ? » (Directrice 24, Ehpad public, 37)

« Les tarifs sont fixés par le groupe. Après, on peut échanger parce que moi, je connais bien quand même le secteur au niveau de la concurrence, pour le coup. On a aussi notre regard et on peut appuyer pour que ce soit moins cher. Mais les tarifs sont fixés par le groupe. » (Directrice 1, Ehpav privé commercial, 69)

Les Ehpav déclarent donc peu jouer sur les prix pour capter des résidents : le tarif hébergement est souvent présenté comme une donnée exogène qui ne peut varier que marginalement, en fonction des caractéristiques de la chambre ou des directives éventuelles de la hiérarchie. Dans ce cas, le cloisonnement n'est pas travaillé : c'est un donné.

2.3.3.2 Des stratégies concurrentielles de captation horizontales

Les stratégies concurrentielles de captation horizontales sont beaucoup plus efficaces que les stratégies de différenciation par les prix, qui restent finalement marginales et dont la structure solidifie déjà le cloisonnement.

Nous l'avons vu précédemment, Viatrajectoire est un premier outil d'observation panoramique, utilisé de façon systématique par toutes les directrices. Le portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches⁷⁹, voire les coups de téléphones déguisés permettent de compléter les investigations, notamment sur le prix des concurrents, particulièrement scrutés :

« J'avais fait un recensement via le portail « personnes âgées », il y a 18 mois, deux ans, pour le conseil d'administration, dans un rayon, alors je ne sais plus si c'était cinq ou dix kilomètres, on était quatorze. Quatorze, et nous nous positionnions, en termes de tarif, exactement au milieu. » (Directrice 36, Ehpav privé non-lucratif, 69)

« Nous très régulièrement c'est : « Bonjour ! », on entend très bien la stagiaire qui vous appelle pour sa grand-mère et que la seule question qu'elle veut est le prix. » (Directrice 6, Ehpav privé commercial, 69)

Au-delà du prix, c'est l'ensemble des prestations des Ehpav environnants qui est épié. Il s'agit alors plus globalement de comparer la « qualité » de l'Ehpav :

« Vous parlez de « visites mystères », c'est-à-dire que vous faites quoi ?

Disons qu'on se positionne comme une famille qui veut intégrer... Et on va faire une visite comme si on était une personne lambda.

Le but, c'est d'obtenir les tarifs ?

Pas spécialement, c'est les prestations, l'approche aussi avec la famille. Au niveau argumentaire commercial, et c'est là que je suis étonnée, parfois, on est très mal reçus. On n'est pas informé, voire on n'est pas considéré du tout, vous pouvez vous présenter,

⁷⁹ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

il n'y a personne (...). Il ne faut pas que ce soit malveillant, en tout cas, nous, quand on les fait, ce n'est pas pour aller argumenter auprès des familles, « cet EHPAD est nul, n'y allez pas », c'est vraiment [pour] se dire : « qu'est-ce qui nous démarque, nous, par rapport à eux ? Sur quel point d'amélioration on peut travailler ? », toujours pour aller vers le haut, le but, ce n'est pas vraiment d'avoir cette concurrence, c'est qu'est-ce qu'on peut faire pour se démarquer et être les meilleurs, qu'est-ce qu'on a de mieux à offrir pour les résidents. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

Toutes les directrices disent ainsi effectuer une « étude de marché » à leur arrivée, étude peu formalisée, mais qu'elles actualisent régulièrement pour positionner leur Ehpad au plus fin et pour le différencier de leurs concurrents. Dans ce cadre, l'expérience et la connaissance personnelle du secteur sont déterminants pour savoir quand, comment et surtout qui recruter :

« Je connais quand même beaucoup de secteurs, ayant été cadre de santé et ayant fait des visites à domicile, voire des visites sur d'autres établissements. Ce qui fait que lorsque des familles me disent « On a visité un tel, un tel », je sais où ils sont allés, déjà. Ça me permet de dire si j'ai des forces à mettre en avant par rapport à ces établissements, ou des faiblesses. Je comprends ce qu'ils cherchent très rapidement. S'ils me disent « On est allés [à X], on est allés à [Y] », je dis « OK ». « Donc vous cherchez quoi ? De l'urbain ou du rural ? Vous cherchez de l'individuel ou des chambres doubles ? Vous cherchez du tarif ou du soin ? » En fait je comprends et par rapport à leurs difficultés aussi, je leur dis « Allez-y, allez visiter parce que je pense qu'il faut le faire ». Mais soit je me dis « OK, ils ne reviendront pas parce que ce qu'ils veulent c'est ça », soit je leur dis « Allez-y, mais on se reverra la semaine prochaine ». Et je ne me trompe jamais. Mais la force que j'ai, je pense que je connais ma concurrence, mais je les connais vraiment (...). Je sais qui ils sont, je sais s'ils ont des infirmiers de nuit. Je sais s'ils ont un turnover de personnel important. Je sais s'ils ont une bonne réputation ou pas (...). Et je pense que le fait que je connaisse vraiment les établissements, il y en a même où je suis allée, je connais les bâtiments, je connais le directeur, c'est une grande force. Je ne vais jamais dire « Ils sont nuls » parce qu'il ne faut pas, ils font des trucs très bien. Mais je sais pourquoi ils sont bien ou pourquoi ils sont moins bien que moi. Donc je sais s'il faut que je fasse ou pas. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Au-delà de la simple observation panoramique, le cloisonnement est également alimenté par des pratiques *a priori* paradoxales : l'adressage direct de résidents, les opérations de mutualisation et de coopération visent en réalité à cloisonner la concurrence.

Le cas le plus intéressant est certainement celui des refus d'admission. Si la moitié environ des directrices de notre corpus d'entretiens disent ne pas spécialement réorienter suite à un refus, une autre moitié redirige les demandes d'admission. La réorientation est ici cruciale pour comprendre comment la concurrence se cloisonne, non seulement parce qu'elle dénoté un travail d'observation panoramique préliminaire de la part des directrices (pour savoir où adresser, il faut connaître les Ehpad alentours), mais aussi parce que les cibles sont mûrement réfléchies. Dans la plupart des cas, le potentiel résident est réorienté vers un

établissement de l'association ou du groupe, bien sûr au-delà de la frontière géographique définie par la zone de recrutement de l'Ehpad en question :

« Si vous refusez l'entrée, est-ce que vous conseillez un autre Ehpad ?

Oui tout à fait.

Quel Ehpad vous conseillez ?

Là en l'occurrence on conseille ceux de notre groupe non-concurrents. C'est là où je vous disais on est à la fois concurrents et complémentaires. Par exemple, là j'ai mes deux collègues qui viennent de rentrer d'une visite à domicile chez un couple dont les deux personnes sont en recherche d'hébergement (...). Ma collègue de [X, du même groupe] ne peut pas les accueillir parce que c'est des personnes qui, aujourd'hui, ont les moyens de payer sur leurs propres fonds pendant à peu près 1 an mais pour lesquels, après, il y aura une demande d'aide sociale. Et elle a une liste d'attente qui va au-delà d'1 an. Donc elle ne peut pas s'engager à les prendre. Elle nous dit « Est-ce que vous avez la capacité à les prendre ? », donc on est allés les voir. Et moi je fais pareil dans le cas de collègues. Par exemple je vous parlais de certains patients avec un profil vraiment psy où on ne se sent pas en capacité de les accueillir, je vais les envoyer vers ma collègue de [Y]. Ou éventuellement vers une clinique SSR. Mais plutôt du groupe. » (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

« Quand refusez l'entrée d'un résident, vous le redirigez quelque part ?

Ça dépend. J'ai une bonne connaissance de mon réseau Korian, donc je sais si je peux lui proposer une orientation vers un autre établissement ou pas.

Donc de préférence vers du Korian ?

Oui, parce que je ne peux pas faire de l'orientation vers d'autres Ehpad, parce que je ne connais pas leur disponibilité, je ne connais pas leur tarif, je ne connais pas tout ça. Donc je vais faire de l'orientation plutôt sur le réseau Korian. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

« On se connaît, on finit par se connaître (...). On va orienter vers des autres du groupe. Ça m'est déjà arrivé, par exemple, quelqu'un qui venait du Sud de Tours (...), on lui a dit : « Nous, ça fait un peu loin, n'hésitez pas à aller voir [X]... ». » (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

« C'est vrai que B. n'a pas [d'unité protégée] et donc du coup quand ils ont une personne fugueuse ils nous l'envoient. C'est pratique, ils nous l'ont déjà fait plusieurs fois, mais par exemple, l'établissement T. à [nom de la ville] ce n'est que des UP, c'est un établissement qui est spécialisé dans Alzheimer donc ils ont, je ne sais plus, quatre-vingt-onze lits [exclusivement] UP (...). On est pas mal en lien aussi [parce qu'on est du même groupe], on leur envoie les dossiers, quand on ne peut pas les accueillir on leur envoie et on travaille bien en lien, entre établissements [du groupe] on travaille vraiment en lien les uns avec les autres. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

« Après, si j'ai une personne qui va être en recherche d'une place aide sociale, soit je sais que sur mon réseau [nom du groupe], le collègue là-bas il a une place aide sociale, donc je vais lui envoyer le dossier, je vais lui dire toutes les infos que j'ai, il rencontre la famille, etc., soit je sais que je n'ai pas de disponibilité, donc je vais plutôt orienter les personnes en leur disant : « centrez vos recherches plutôt sur de l'Ehpad public, plutôt sur tel type d'Ehpad, vers quel acteur, retournez-vous vers le CCAS pour avoir les informations, pour pouvoir monter un dossier ». (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

Cette forme labile de coopération peut même aller jusqu'à la mutualisation : certains Ehpad d'un même groupe vont ainsi mutualiser leur place d'aide sociale et s'adresser les demandes en fonction de leur taux d'occupation :

« On a des places d'aide sociale que l'on a en commun avec [X], on est dans le même pôle. Avant c'était aussi avec [Y]. On a une vingtaine de places d'aide sociale que l'on se mutualise. C'est-à-dire qu'on pourrait en avoir 11 d'un côté et 9 de l'autre ou vice-versa. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Cette règle de la redirection des demandes au sein du même groupe connaît quelques exceptions : certaines directrices orientent directement vers des concurrents qui n'appartiennent pas au même groupe. C'est ici une volonté stratégique de coopération « par le bas » qui émerge : la réorientation d'un résident inadapté vers un concurrent garantit que ce dernier, confronté à la même situation, fasse la même chose en retour, ou contribue simplement à la bonne réputation de l'établissement.

« Oui, je m'adresse à des concurrents. Parfois les familles, OK, elles ont mis leur parent chez un concurrent, mais après elles vont se souvenir de moi pour quelqu'un d'autre qui correspond mieux à sa demande. Il faut un peu semer des petits cailloux et c'est du long terme. Et ça parfois, dans des moments un peu de commercialisation difficiles, parfois le groupe a du mal à l'entendre. [Le fait] Que je peux ne pas être aussi incisive et que je puisse adresser à des gens hors groupe. Et [je] leur [réponds] : « Mais attendez, on va gagner à long terme ». Parce que là on va gagner sur notre réputation en disant « Ce n'est pas des loups, ils ne sont pas là à vouloir absolument signer un contrat ». Je suis persuadée de ça. Mais par contre il faut du temps. C'est-à-dire qu'on sème vraiment un esprit de confiance avec les familles. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Enfin, même si cette situation est rare, il peut arriver qu'un résident en Ehpad change d'établissement, soit pour rapprochement familial, soit en raison d'une évolution de son état qui nécessite une prise en charge différente de celle que peut supporter son établissement d'accueil. Dans le même ordre d'idées, plusieurs directrices d'établissements privés non-lucratifs ou publics affirment que des résidents hébergés en établissements privé commercial demandent un transfert dans des établissements moins onéreux.

« *On s'appelle entre directrices. Je me souviens, on [avait] un monsieur, un résident avec qui ça se passait mal ici. En fait on avait des difficultés sur la prise en soins, parce qu'il était très lourd et [parce qu'] on n'avait pas les capacités pour, donc on a dit à la famille qu'on ne pouvait plus garder la personne. On allait même vers un UHR, il fallait vraiment qu'il aille vers quelque chose de renforcé. La famille avait du mal à l'accepter et à chercher d'autres EHPAD. Du coup j'ai la directrice de l'EHPAD de [X] qui m'a appelée pour me demander « je vois que cette personne est chez vous, comment ça se passe ? etc. ». Ça, c'est quelque chose qu'on a assez souvent. »* (Directrice 38, Ehpard privé commercial, 69)

« *Un collègue de l'association [X] sur Tours m'avait demandé un placement d'un de ses résidents au sein de l'unité parce qu'il était en difficulté ; on le fait en très bon esprit et en échange de bonnes pratiques professionnelles. »* (Directeur 4, Ehpard public, 37)

« *J'ai des demandes d'admission de gens qui sont chez Korian ou qui sont dans le privé aujourd'hui puis qui ne peuvent plus tenir au niveau... Pour le coup, la totalité des lits sur les deux établissements sont habilités à l'aide sociale. »* (Directrice 14, Ehpard public, 37)

Quelques directrices mentionnent également la construction de partenariats ponctuels, lorsqu'un résident ne peut pas être admis immédiatement.

« *On essaie d'expliquer très clairement qu'il y a déjà deux dossiers devant, que je vais faire tout ce que je peux, et c'est là où après je dis : « Si vraiment c'est urgent, R. [un autre Ehpard], ça vous intéresse en attendant ? ». Et après ce que j'ai fait en interne, avec la validation du groupe, c'est qu'on fait un contrat date à date sur R., et dès que j'ai une place ici, je m'engage par écrit à ce qu'il soit transféré ici dès qu'on a une possibilité. »* (Directeur 19, Ehpard privé non-lucratif, 69)

« *Sur les résidents, si on ne parle que de l'EHPAD, là, on travaille en bonne intelligence avec différentes structures. Dans le privé commercial, effectivement, des fois, ils accueillent, en temporaire, des personnes parce qu'en sortie d'hospitalisation, des personnes qui ont peu de revenus, ils nous appellent en disant : « franchement, cette personne ne va pas pouvoir rester chez nous, financièrement, elle ne va jamais tenir », donc ils la renvoient vers nous et si on a de la place, on les prend sans problème. »* (Directeur 20, Ehpard privé non-lucratif, 37)

Pour conclure, les stratégies de captation horizontales passent par deux types de pratiques : l'observation panoramique et la réorientation, qui alimentent l'une comme l'autre (et pour la seconde pratique, de façon paradoxale) le cloisonnement inter-organisationnel.

2.3.3.3 Des stratégies concurrentielles verticales

Enfin, les directrices des Ehpads sélectionnent leurs résidents et cloisonnent leur territoire en construisant des stratégies verticales qui consistent à accompagner l'évolution de la dépendance des (potentiels) résidents. Cette stratégie passe par une spécialisation de l'Ehpad et/ou par la constitution d'une filière. En effet, certains établissements proposent des « parcours » d'accompagnement en s'alliant avec d'autres types de services ou de structures à destination des personnes âgées, ou en couplant plusieurs offres.

Une première forme de stratégie concurrentielle verticale consiste à spécialiser l'organisation sur un certain type de public. Cette stratégie, très commune, n'est que très rarement complète : il s'agit plutôt de créer des petites unités spécialisées, combinées avec un accueil plus classique :

« On a une spécialité dans la résidence. Le but, c'est [d'] attirer une certaine typologie de résidents puisque sur une période, on a eu quand même du mal à remplir l'établissement. Donc on s'est spécialisé sur la gérontopsychiatrie qui est une branche qui n'est pas courante, qui n'est pas forcément en EHPAD. On a développé une unité spécifique pour ces résidents-là avec toute une prise en charge : psychologues, psychomotriciens, on a un docteur en psychiatrie aussi (...) qui intervient régulièrement (...). On a également une unité de vie protégée de 14 résidents au rez-de-chaussée, donc pour des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés, une unité de vie protégée assez classique. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

« Lyon est quand même très bien doté en termes de lits d'Ehpad. Ce qui nous différencie de tous ces établissements-là, c'est notre filière. Aujourd'hui, la géronto-psy, dans [nom de ville], on est les seuls à le faire. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

« Initialement l'établissement était dédié aux maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées, et au fil du temps, du fait de nos partenariats avec les hôpitaux psychiatriques, on a accueilli une patientèle atteinte de troubles psychiatriques (...). On est complètement atypique (...). On se pose comme structure d'aval des hôpitaux psychiatriques. » (Directeur 41, Ehpad privé non-lucratif, 69)

La spécialisation progressive des Ehpads dessine ainsi une myriade d'établissements articulés à des unités spécialisées, voire des établissements :

« La résidence EHPAD [X] qui est ici à [nom de ville], c'est à la fois un EHPAD de 54 lits, et un foyer d'accueil médicalisé pour personne en situation de handicap mental âgé. Ensuite, ici, un EHPAD [Y] de 82 lits avec une résidence autonomie de 54 appartements, et donc 18 appartements en habitat inclusif, un centre de soins infirmiers à domicile, implanté dans la résidence [Z], qui intervient chez des personnes âgées, autour ou dans les domiciles, les appartements des résidents de la résidence autonomie quand ils le souhaitent, sans exclusivité bien sûr, parce que n'importe quel cabinet infirmier peut intervenir. » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

La stratégie de filière vise quant à elle à capter directement des résidents en accompagnant l'évolution de la dépendance. Elle n'est pas réservée aux grands groupes : *a minima*, il peut s'agir pour des structures pluri-établissements dont un seul est doté de places en unité protégée de proposer en priorité ces places à des résidents déjà entrés dans l'un des établissements. Cette stratégie de filière peut se déployer en s'appuyant sur les trois branches des services fournis en Ehpad : par le soin (partenariat ou diversification de l'offre avec des hôpitaux ou des SSIAD), par la dépendance (partenariat avec des SAAD) ou par l'hébergement (partenariat ou diversification de l'offre avec des résidences autonomie notamment). Elle peut passer par une filière internalisée, en proposant plusieurs types de services ou d'hébergement. Par exemple, les quelques Ehpad qui proposent des places d'hébergement temporaires, celles qui ont un accueil de jour ou qui ont une résidence autonomie peuvent les considérer comme un point d'entrée dans l'Ehpad.

« L'avantage de notre établissement [c'est qu'] avec la résidence services, on peut assurer un parcours du résident, une entrée en résidence services et un accueil en fonction des besoins et de l'évolution (...). Souvent notre EHPAD de 50 lits (...) est pourvu au fur et à mesure par les résidents qui évoluent soit de la résidence services, soit de l'EHPA qui évolue. Si leur accueil est compatible, si on peut les accueillir dans de bonnes conditions au niveau de l'EHPA, on leur propose les services de [nom d'un SAAD appartenant à un groupe privé non-lucratif] qui peuvent permettre une entrée plus rapide dans l'établissement et d'avoir une priorité sur l'EHPAD ou une priorité sur la résidence services parce qu'il y a des résidents qui veulent rentrer en résidence services, mais on n'a que dix logements et ils ne tournent pas beaucoup, donc on leur dit : « vous pouvez rentrer en EHPA et vous serez prioritaire sur la résidence services, ça vous permettra aussi de connaître un petit peu la maison, les résidents ». (Directeur 3, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« [le deuxième Ehpad] n'est spécialisé que dans la prise en charge de personnes présentant des troubles cognitifs. Donc en fait, on trouve un équilibre entre nos deux établissements. Si on a quelqu'un qui a trop de problèmes cognitifs dans le premier établissement, il bascule automatiquement dans l'autre. » (Directrice 43, Ehpad public, 69)

Cette stratégie est évidemment facilitée par la structuration en groupe...

« On parle de filière médico-sociale pour les hôpitaux de B. et de C. parce que ce sont deux structures, deux entités juridiques différentes, donc l'utilisation du mot « filière » nous paraissait le plus logique. Cette filière est composée de deux Ehpad, un rattaché à l'hôpital de B. et l'un rattaché à l'hôpital de C (...). Ensuite, chacun des établissements dispose d'un accueil de jour de 8 places chacun et chaque établissement dispose également d'une autorisation de lits d'hébergement temporaire (...). Et enfin, une plateforme d'accompagnement et de répit qui est co-portée par les 2 établissements (...). On est beaucoup en relation avec [directrice 29], parce que d'abord c'est la directrice de la filière, qu'elle est également directrice des Ehpad de l'hôpital de G., et

qu'on a un lien très fort avec l'hôpital de G. qui est un adresseur important de nos deux établissements (...). On a régulièrement des demandes du territoire de G. dans nos Ehpad, alors que théoriquement ce n'est pas notre territoire, donc ça fait l'objet d'un échange. Quand on a des bed blockers, c'est la même chose : est-ce qu'on les répartit sur les Ehpad de [directrice 29], est-ce qu'on les répartit sur les miens ? » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

« Je suis en charge depuis son ouverture de cet Ehpad (...). Et ensuite, je suis aussi responsable de la résidence autonomie D (...). Et dans cette résidence autonomie j'ai un centre de soins infirmiers qui intervient à domicile (...). Sur l'agglomération on a deux EHPAD, dont celui-ci. On a une résidence autonomie, un foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées vieillissantes. Et après, sur le territoire, on a un EHPAD à F., une résidence autonomie aussi à F. Un autre EHPAD de 70 lits à B. C'est un territoire un peu plus reculé. Et on a un autre établissement à V., c'est le nord du département du Rhône (...). Moi, j'exerce la fonction de directeur d'établissement et aussi directeur de pôle territorial. C'est-à-dire qu'en fait, sans autorité hiérarchique, puisque chaque établissement a un directeur, je suis, sur ce territoire, chargé de fluidifier le parcours des personnes âgées, rechercher des dossiers éventuellement ou attribuer, ou envoyer les dossiers à des établissements qui sont un peu moins receveurs de demandes d'admission, orienter les personnes en fonction des meilleures possibilités d'accompagnement (...). S'ils sont à la résidence D., ils ont une place de droit [dans notre Ehpad] s'ils le souhaitent. » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

... mais pas exclusivement : quelques Ehpad disent travailler avec d'autres structures du territoire pour qu'elles leur adressent des résidents potentiels. Il peut tout aussi bien s'agir des résidences autonomies...

« On travaille aussi beaucoup avec les résidences autonomie de G (...). En tout, ça fait 110 logements (...). Il y a un lien privilégié, c'est-à-dire que quand il y a des demandes, ils nous adressent un petit mail et on les traite un peu en priorité (...). Donc là, on va accueillir, par exemple, cette semaine, une dame qui était en résidence autonomie depuis un peu plus d'une dizaine d'années, sur une maladie de Parkinson très évoluée ». (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Ceux avec qui on échange, c'est la résidence seniors [X] d'en face. On a rencontré le directeur et ses collaboratrices il y a 15 jours. Là pour le coup on est complémentaires. On a d'ailleurs une résidente chez nous dont le mari est chez [X]. Et chez [X] par exemple ils nous expliquaient qu'eux se trouvaient aujourd'hui dans une situation où leurs résidents vieillissent. Leurs locataires, on va dire. Et où ils vont se trouver face à un nombre important de personnes qui ne vont plus pouvoir rester chez eux (...). Ça, c'est des clients potentiels pour nous, donc on a intérêt à nouer des liens. Pas sans cynisme mais on est en face, c'est des gens qui connaissent le quartier, qui ont pu développer un réseau et qui peuvent être intéressés pour traverser la rue et puis venir chez nous avec un accompagnement plus poussé. » (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

... que des hôpitaux locaux...

« La Com com de C. est assez grande et assez étendue, avec plein de petits hameaux répartis à droite, à gauche. On a plutôt de bonnes relations, voire même de très bonnes relations avec les différents acteurs. On est vraiment à pouvoir échanger, discuter, être dans la recherche de solutions d'accompagnement pour un résident ou une personne en particulier qui correspondrait plus à l'un ou l'autre. On ne va pas aller se tirer la bourre pour se dire : « Non, je veux qu'il vienne chez nous. » On va vraiment essayer de trouver la meilleure des solutions. On a des conventions signées avec les différents acteurs, évidemment. Voilà, il y a comme une filière gériatrique, qui aujourd'hui n'est pas totalement formalisée (...). Ça marche bien, il y a une coordination gérontologique qui se réunit quasiment tous les mois. Les assistantes sociales de l'hôpital, on les a très souvent au téléphone pour trouver des solutions d'accueil pour les résidents qui sont dans leurs différents services de soin, par exemple. » (Directeur 5, Ehpad privé non-lucratif, 37)

... voire des services d'aide à domicile :

« On est quatre EHPAD sur le Rhône, chez X. Ces quatre EHPAD sont couverts par [une structure d'aide à domicile], donc ça nous a paru intéressant de les rencontrer un peu plus (...). On a rencontré le président et la coordinatrice qui coordonnaient toutes les petites agences sur le secteur. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Dernier élément permettant de décrire les stratégies de captation des résidents, les établissements visités ont ainsi tendance à construire des filières qui stabilisent la pérennité des flux de population accueillie. Cette tendance s'articule à une logique de spécialisation, qui alimente encore le cloisonnement concurrentiel.

2.4 Des stratégies de captation labiles ?

Quelles sont les variables explicatives des stratégies de captation déployées par les Ehpad ? Avant même que de pouvoir les identifier, il convient de mettre à distance trois lieux communs : les stratégies de captation ne se règlent pas en fonction du statut, ni des tutelles, ni même des organisations concurrentes, qui utilisent les mêmes indicateurs et déploient les mêmes stratégies que les Ehpad pour capter leurs usagers ou leurs résidents.

2.4.1 Un impact du siège relativisé

Tous les Ehpad, qu'ils soient publics, privé commercial ou non-lucratif, mobilisent ces stratégies concurrentielles. Intuitivement, on aurait pu s'attendre à ce que les établissements privés lucratifs sélectionnent moins en raison d'un objectif de TO plus élevé que les établissements publics ou privés non-lucratifs, ou que les établissements qui appartiennent à des groupes (privés lucratifs ou non-lucratifs) subissent une pression de leur siège pour remplir leur établissement. C'est d'ailleurs la seule dimension organisationnelle

mobilisée par la littérature sur la marchandisation (voir par exemple (Braun *et al.* 2021 ; Dewatripont 2023 ; Gérard et Lemaire 2024)) ou la littérature ESS (voir par exemple (Chauvière 2017 ; Laville 2005, 2009)), qui ont pour point commun de dénoncer l'irruption et les dérives de ces pratiques censément issues du privé commercial au sein du secteur associatif et public, les politiques publiques étant taxées de porter ces mesures.

À ce titre, l'étude de l'impact des sièges sur les pratiques concurrentielles des Ehpad privés à but lucratif, mais également privé à but non lucratif (en tout cas, des « gros » Ehpad associatifs, comme les catégorisent les acteurs eux-mêmes) est censé constituer un révélateur des mécanismes de marchandisation à l'œuvre : ces sièges pousseraient à la captation en exerçant des pressions sur les directrices. Cependant, les effets des sièges sont tellement ambigus, qu'il est impossible de conclure à un impact direct et univoque.

D'un côté, certaines directrices, principalement affiliées à des Ehpad privés à but lucratif, insistent effectivement sur cette « pressurisation » du siège qui les force à la reddition de compte :

« Au niveau commercialisation de Korian, on est tracés. On doit répondre sur 24 heures. Même le week-end. On doit répondre, favorablement ou pas ce n'est pas la question, on doit avoir un contact pour toute demande sous 24 heures. Korian nous l'impose. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« Tous les reportings qu'on va remonter au siège, ça va plutôt être sur la partie gestion budgétaire, gestion de la qualité et situations de soins (...). Je trouve que dans le groupe, la marge de manœuvre des directeurs est quand même assez réduite, très très réduite. Ça fait 7 ans que je suis dans ce groupe-là, j'ai vu ma marge de manœuvre se réduire progressivement en avançant dans les années avec différentes choses qui sont mises en place au sein du groupe. À certains moments, j'ai le sentiment d'être une super secrétaire (...). Donc peu autonome. » (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

« Et quand vous dites que [le groupe] a une politique commerciale définie, c'est quoi ?
Très définie, c'est-à-dire que vous avez un schéma de visites qui est déjà organisé. Vous avez un discours qui est organisé.

Des éléments de langage ?

Des éléments de langage. Il faut qu'au premier appel téléphonique vous parliez de certaines choses, que vous ne parliez pas de certaines choses. Il faut que vous répondez que toute demande d'admission est traitée sous 24 heures. C'est vraiment très normé. Certains établissements [qui ont plus de 80 lits] ont ce qu'ils appellent des RFF, Responsables Relations Familles (...). C'est une personne qui traite tout ce qui est réclamation relations familles et qui traite les demandes d'admission et le commercial (...). C'est très normé et les RFF sont très formatées. Elles ont le discours, elles sortent le catalogue. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

[Dans les visios avec le groupe,] on a systématiquement un point commercial, taux d'occupation des établissements, démarches commerciales on va dire. On a des attendus, on doit avoir un certain nombre de contacts avec nos prescripteurs potentiels. Évidemment on a des objectifs de taux d'occupation, on a des objectifs de chiffre d'affaires (...). Donc on fait un point à ce sujet-là. Et puis après on va aborder des problématiques RH. Là vous voyez par exemple on est en période de ce qui s'appelle EAP. C'est des Entretiens Annuels Professionnels (...). Typiquement le mois dernier on nous a parlé de la conduite et de la planification des EAP en nous réexpliquant comment ça allait fonctionner. On a également en ce moment l'attribution pour les cadres des augmentations de salaire et des bonus. C'est pareil, on nous a réexpliqué comment est-ce qu'on procède, sur quels outils on va devoir intervenir (...). On a des audits qualité aussi par exemple (...). On a des audits qualité interne, des audits 360. Là au mois de février il y a eu toute une vague d'audits 360 ». (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

Le rythme de cette reddition de compte est régulier et fréquent :

« La réunion régionale avec le Koreg est hebdomadaire. Il y a énormément de « bilatérales » chez Korian. C'est du face-à-face, à deux personnes. En plus de cette réunion Koreg moi j'ai toutes les semaines une bilatérale de 30 minutes avec ma directrice régionale pour parler exclusivement de mon établissement. » (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

Le contrôle s'exerce bien sûr au niveau du taux d'occupation de l'Ehpad...

« Vous disiez le « bon taux d'occupation », c'est combien ?

Eux, c'est 100 %. Chez [le groupe X], c'est 100 % : on ne rigole pas. Là, j'avais un lit de vide depuis des jours ; tous les matins : « Emelyne, c'est quoi ton plan d'action ? – Le même que hier. Le même qu'avant-hier... » Ils sont assez – plus que Korian ! Korian l'était déjà, je trouve. Mais Colisée, sur un lit vide, ils ne lâchent pas. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

... Mais il couvre également d'autres domaines, comme le budget et la qualité :

« La construction budgétaire chez [nom du groupe] se fait de cette façon-là, c'est-à-dire que quand on monte le budget de l'année on va avoir ce qu'on appelle une « lettre de cadrage » qui nous fixe nos objectifs pour l'année. Donc on va pouvoir faire notre construction budgétaire en lien avec cette lettre de cadrage pour pouvoir atteindre les objectifs de résultats qui nous sont demandés. Avant on avait vraiment la possibilité de pouvoir faire des choix stratégiques directement en lien avec notre construction budgétaire, choix qu'aujourd'hui on ne fait plus. C'est-à-dire qu'on va avoir une lettre de cadrage qui est tellement cadrante qu'on n'a pas 36 solutions pour rentrer dedans. Et puis, si jamais on vient sur la partie salaire, aujourd'hui, je suis dans l'obligation de demander une validation à ma directrice régionale, à mon contrôleur de gestion de me valider la proposition salariale avant que je la fasse au collaborateur que je veux recruter. » (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

« *Cette autonomie et cette marge de manœuvre, on la perd complètement sur certains points. Je pense typiquement à la gestion budgétaire, il y a des choses sur lesquelles je n'ai pas du tout la main (...). Après, là, l'établissement, on est dans le déploiement de la norme ISO 9001 depuis janvier 2022, ça fait 1 an. Ça, je n'ai pas le choix, [notre groupe] a choisi ce référentiel de qualité là, je n'ai pas le choix d'en choisir un autre.* » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

Le siège vient ainsi cadrer l'action des directrices et les constraint à respecter le cloisonnement concurrentiel :

« *Comme [l'Ehpad X] de [nom de village]. À un moment je me suis dit « C'est un 100 % Alzheimer, on va travailler ensemble ». C'est quand même l'idéal. Je me suis dit [...] : « on va travailler ensemble ». Donc (...) on a travaillé, on faisait des conférences au public, [on a] expliqué [ce qu'est] un EHPAD d'Alzheimer, [ce que sont] les thérapies non médicamenteuses. On avait travaillé sur une année avec plusieurs événements ouverts au public (...). [Mais] Quand on a expliqué [à Korian] qu'on allait travailler ensemble sur des événements publics, alors là on s'est vraiment pris des plombs par nos directions générales qui ont dit « Mais vous ne pouvez pas mettre vos deux logos sur la même affiche. »* » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Cette division verticale du travail resserre l'espace d'action des directrices, les confine à des tâches délimitées et les pousse ainsi à mobiliser de façon intensive les stratégies de captation décrites ci-dessus. Cependant, cette présence forte n'est pas réservée au privé commercial, comme en témoigne un des directeurs appartenant à un grand groupe privé non-lucratif :

« *Vous arrivez à faire cette proposition, il faut l'étayer dans un budget, il faut la soutenir. En plus de ça, on commence à avoir des fichiers commerciaux d'étude de la concurrence (...). Parfois le conseil d'administration n'accepte pas certaines évolutions, parfois [ils] disent : « Non, ça fait trop. »* » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

D'un autre côté, les directrices, qu'elles dirigent un établissement privé commercial ou non, parviennent très régulièrement à se dégager des marges de manœuvre. La présence du siège peut ainsi être vécue comme une opportunité. Tout d'abord, la multiplication des opérations de reddition de compte, qui se traduit par la tenue de réunions fréquentes et régulières où participent les directrices, sont plutôt appréciées. Par exemple, les réunions régionales sont souvent décrites positivement ; elles constituent une occasion de se rencontrer entre pairs du groupe. De même, le siège peut être appréhendé comme fournissant un cadre utile pour décharger en partie la directrice.

« *Vous vous rencontrez entre directeurs [du groupe]. Ils sont tous là (...). On se voit une fois par mois entre directeurs, on est sur la région Rhône-Alpes, on est quatorze établissements et on se connaît vraiment très bien, [directrice 28] je la connais, enfin, je l'aie toutes les semaines au téléphone, ma collègue de M. aussi, enfin on est très*

proches. Du coup on essaye de ne pas se marcher les uns sur les autres, d'avoir des projets qui soient différents, donc chacun avec sa propre identité (...). On essaye d'être différents les uns des autres et de proposer des choses qui peuvent plaire à chacun. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

« L'activité est donc régie par 29 processus. C'est la base du fonctionnement de l'activité. Vous avez des rails. Alors ça peut paraître contraignant, ça l'est. Mais en même temps, encore une fois je me place de mon point de vue avec mon expérience toute jeune, c'est appréciable dans le sens où on a tellement de travail (...). J'ai beaucoup de boulot, et c'est vrai que le boulot de directeur d'Ehpad chez Korian - parce que justement on a tout ce qui relève du groupe en plus, c'est énorme. C'est beaucoup de travail mais en même temps ça me donne beaucoup de cadre (...). C'est plutôt rassurant, d'une certaine manière. » (Directrice 37, Ehpad privé commercial, 69)

Ensuite et surtout, les directrices parviennent à se dégager des marges de manœuvre, même si l'étendue de ces dernières peut différer d'un groupe à l'autre, voire d'un Ehpad à l'autre en fonction notamment de leur expérience. Certaines parviennent à mettre à distance les demandes du siège quand elles estiment que celles-ci ne sont pas adaptées, au nom de leur expérience ou d'un taux d'occupation suffisant. La plupart insiste finalement sur la latitude dont elles disposent pour développer l'Ehpad comme elles le souhaitent :

« Sur notre établissement, on peut mettre notre identité, nos envies (...). On a la main là-dessus. Nous, par exemple, c'est le jardin thérapeutique, c'est notre cœur de projet, donc on a développé un jardin thérapeutique, on a un séchoir solaire. Nous, en tant que Codir, ce qu'on veut développer pour notre établissement c'est beaucoup de douceur et de thérapies non médicamenteuses et donc le jardin thérapeutique rentre pleinement là-dedans, comme notre séchoir solaire qui nous permet de faire nos propres tisanes et voilà, tout ça, ça rentre dans ces thérapies non médicamenteuses, on prend soin de l'autre par autre chose qu'un médicament en fait. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

« Vous disiez que chaque EHPAD a sa spécificité ?

Ça émane du projet d'établissement, de l'état des lieux qui est fait en amont, des appétences aussi, des uns et des autres, du cadre de santé, du médecin coordinateur, ça dépend énormément aussi du personnel, suivant les formations, l'historique, le parcours, les envies, et aussi de l'étude des besoins de la population. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

Concrètement, des marges de manœuvre sont trouvées vis-à-vis du discours « officiel » :

« Je leur dis « Si vous venez [dans notre établissement], vous venez pour le soin, vous ne venez pas pour l'hébergement » (...). Je leur dis « On maintient l'établissement de façon plutôt correcte, on fait des travaux, on va acheter du mobilier, mais ne venez pas pour avoir la télé dans la chambre, pour avoir le petit salon bien, vous ne venez pas pour ça,

clairement ». Dans notre plaquette commerciale qu'on doit remettre, j'ai une plaquette « La restauration comme chez vous », je la fais sauter. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

D'autres sont trouvées vis-à-vis des potentiels partenariats, remettant ainsi en cause très localement le cloisonnement :

« J'imagine que vous ne pouvez pas répondre à toutes les injonctions ?

On essaie, et puis après c'est qu'est-ce qu'on décide, parce que ça peut nous arriver d'être dans des situations opérationnelles complexes. Donc il y a des moments où je décide que l'on ne fait pas. Ou au contraire, je décide de me saisir d'une opportunité territoriale, parce que je pense que c'est quelque chose qui est bénéfique pour l'établissement. Je prends un exemple, on a signé récemment un partenariat avec la Fondation Dispensaire Général de Lyon pour avoir le passage et la présence d'un médecin traitant une fois par semaine sur l'établissement pour prendre en charge les résidents qui n'en ont pas. Ça typiquement c'est une initiative purement personnelle et individuelle. » (Directrice 35, Ehpad privé commercial, 69)

« Je passe beaucoup moins de temps de parler du groupe, des cliniques, du soin à domicile qu'il faudrait. Je ne leur parle pas du prix dès que je les ai au téléphone. Voilà, il y a des choses, je trouve que ce n'est pas ça. Moi, une visite, je laisse parler la personne. Je leur demande de me raconter pourquoi ils sont venus me voir. Donc je les laisse libre cours de leur conversation. Et après je vais enrichir par des discussions, je vais poser des questions pour préciser certains éléments. Alors que logiquement il y a vraiment un schéma. Il faut parler de la restauration, il faut parler de l'hôtellerie. Moi, je me dis, il y a des éléments qui ne les intéressent pas, par contre il y a des éléments où il faut plus creuser parce que c'est ça l'important. Par exemple je prends du temps pour leur expliquer la protection juridique, plus que ce qui est prévu (...). Je leur explique l'habilitation familiale, la curatelle, la mise sous tutelle. C'est un élément sur lequel je vais plus appuyer que peut-être un collègue lambda. Et oui je vais peut-être les adresser à des « concurrents » hors Korian, parce que je me dis qu'en fait c'est ce qui leur correspond et c'est ce qu'ils cherchent (...). Et je pense que ce qui parfois fait défaut, c'est que le fait d'être très normé ne correspond pas vraiment au terrain. Une RFF toute jeune sur le terrain va essayer de répondre à ce qu'on lui a dit d'apprendre. Et après, peut-être que les familles sont déçues en fait. Elles sont mécontentes parce qu'elles disent « Oui, vous m'avez vendu un super discours... ». Parce que ce n'est pas de ça dont ils ont besoin. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Ces marges de manœuvre dépendent surtout de l'expérience de la directrice et du taux d'occupation de l'Ehpad :

« Je peux me le permettre, et puis je me dis qu'il ne faut pas être trop incisif. Des gens qui sont déjà dans une détresse psychologique, financière, ils se demandent comment ils vont payer, [s']ils vont vendre la maison... Si en plus vous leur mettez la pression... Je sais que c'est le discours qu'on nous demande, mais ce n'est pas ce que j'applique parce

que je me rends bien compte que ce n'est pas comme ça que ça marche. C'est normal qu'ils aient une politique commerciale définie parce qu'il y a beaucoup de jeunes sur le marché. Jeunes directeurs ou de jeunes commerciales qui ne savent pas faire. Si vous ne leur donnez pas un cadre, ils ne savent pas faire et ça, c'est normal. Après je pense que l'expérience fait que, en tout cas, moi je m'arrange avec la règle (...). Après, je suis très carrée avec ça et ma N + 1 est au courant. Et parfois je lui dis « Votre règle, votre procédure, je prends et je laisse et je la fais à ma sauce ». Quand elle voit les résultats, elle ne dit rien. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

Si le siège cadre les pratiques des directrices, ces dernières assurent ainsi pouvoir se dégager des marges de manœuvres aux frontières des pratiques normées, sous condition d'expérience suffisante et de TO satisfaisant.

2.4.2 Des tutelles mises à distance

La mobilisation des stratégies ne dépend pas non plus directement de l'action des tutelles. Ce constat est plus hétérodoxe qu'il n'y paraît, dans la mesure où il remet en question l'impact supposé des pouvoirs publics quant à l'imposition de normes issues du secteur privé commercial. Non seulement l'action des tutelles est très critiquée, mais leur action est détournée stratégiquement aux marges de la norme.

La métropole (pour le département du Rhône) et le département apparaissent peu dans les entretiens et ne semblent pas des interlocuteurs pour les Ehpad. Les ARS quant à elles sont critiquées : lentes, éloignées du terrain, formulant des demandes déraisonnables...

« Très récemment, j'ai reçu une relance dans lequel on me demandait de justifier pourquoi on n'ouvrirait pas les lits d'hébergement temporaire et pourquoi on avait près de 30 lits de fermés sur les deux établissements alors qu'ils [savent] qu'on fait des travaux (...). On me demande de justifier pourquoi j'ai des lits de fermés alors qu'on les alerte très régulièrement qu'on n'a pas d'infirmiers et pas d'aides-soignants. Je ne sais pas ce qu'ils attendent, si c'est de maintenir des lits ouverts en donnant très peu de qualité de prise en charge... Parce que le problème c'est que prendre en charge des personnes sans personnel, ça veut dire des personnes âgées qui ne sont pas levées (...), qui ne sont pas lavées, des repas donnés à grande vitesse parce qu'on reçoit quand même beaucoup de personnes qui ne sont plus en mesure de manger toutes seules, donc il faut savoir ce qu'on veut (...). On a l'impression quand même qu'il y a une méconnaissance du terrain qui est inquiétante. On perçoit un peu une espèce de déconnexion. » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

« Les ARS (...) sont arrivés avec une mission qui était donnée par le ministère des pouvoirs publics qui était une gestion entièrement comptable de la santé et on leur a dit « l'idée c'est de faire des économies » (...). Les ARS, ça a été beaucoup ça, beaucoup de serrage de vis. Après on peut serrer la vis, mais (...) la souffrance des soignants et de tous les professionnels de santé vient aussi de là (...). Les projets régionaux de santé, ce n'est rien, ce sont des coquilles vides, [ça consiste à] dire : « Il faut faire de la qualité », il faut faire ceci, il faut faire cela. C'est de l'incantation, mais des projets de soins, il n'y

en a pas, c'est de la rerépartition de lits, on ferme des lits là, pour les remettre là (...). Les établissements, et notamment les Ehpad, sont arrivés à la corde, à la corde des organisations. C'est-à-dire qu'ils se sont organisés comme ils ont pu et ils sont arrivés au bout du bout et il n'y a rien de pire que d'aller voir une équipe aujourd'hui, dans un Ehpad et de dire « il faudrait peut-être qu'on travaille les organisations ». Là, ça réveille tout le monde, parce que ce n'est plus le sujet. Mais c'est vrai qu'évidemment, ça a changé les pratiques, c'est-à-dire que tous les soignants vous diront qu'ils n'ont pas le temps, qu'ils n'ont pas le temps pour s'occuper des personnes âgées, que tout est minuté, qu'ils sont sous la pression permanente de l'horloge. » (Directeur 46, ancien directeur d'Ehpad privé non-lucratif, directeur d'hôpital public, 69)

« L'exemple est : il [y] avait un horaire de repas qui était à 18h00. C'était trop tôt. C'est un grand sujet sur lequel on travaille en EHPAD et donc à force de travailler, de revoir l'organisation du personnel, le passage chez Colisée lui a permis d'embaucher des collaborateurs supplémentaires, ce qui fait qu'il a pu passer à 18h30. Pour le coup, c'est quand même une belle avancée. Ce n'est pas encore parfait, mais aujourd'hui en EHPAD, je ne connais pas un EHPAD qui fait le service après 18h30. On fait la réunion de présentation au mois d'août avec l'ARS et le département, et la responsable de l'ARS qui lui dit : « Non, mais en fait ce n'est toujours pas bon pour le jeûne. » À un moment donné, je lui dis : « En fait madame, vous connaissez quand même des EHPAD qui servent le dîner après 18h30 ? Parce que nous, on est preneurs s'il y en a qui savent faire. Puis on n'est pas plus cons que les autres si vous nous dites. » Elle a été dans son rôle de contrôleur plutôt que d'aidant. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

Couplé à l'argument de la déconnexion, le reproche bureaucratique est paradoxalement souvent associé :

« Par exemple, quelles sont les demandes qui émanent de l'ARS ?

C'est surtout démarche qualité, process, procédure bientraitance évidemment. Mais aujourd'hui, c'est beau d'avoir des beaux process, mais il faut les mettre en action et il faut du monde pour les appliquer. Ce que je trouve aujourd'hui avec les ARS, les tutelles ou en global c'est qu'on nous demande plein de procédures, elles ne sont pas du tout appliquées parce que c'est impossible, ça ne sert absolument à rien et c'est complètement has been. Il faudrait revoir tout le processus. C'est beau de dire à l'ARS qu'on a la procédure contention par exemple, mais c'est surtout beau de l'appliquer (...). Ça a beaucoup contribué à dégoûter les professionnels du soin. On nous demande plein d'écrits, de procédures, c'est inutile. » (Directrice 44, Ehpad privé non-lucratif, 37)

« On est rentré dans une démarche beaucoup plus administrative, avec des trucs à rendre, des rapports, des « machins », des dossiers, des choses à faire et du contrôle. Alors, c'est bien, ce n'est pas bien ? Je n'en sais rien, je ne serai pas là pour juger, c'est comme ça. » (Directeur 5, Ehpad privé non-lucratif, 37)

L'opposition vient notamment des directrices d'Ehpad public, et cette opposition peut être frontale :

« [Quand] la directrice de l'ARS est venue visiter l'établissement, elle m'a dit « si vous ne savez pas faire des économies, on vous apprendra à en faire ». L'établissement était en équilibre, j'ai dit « ça m'étonnerait parce que je crois que notre collaboration va s'arrêter là », et voilà (...). C'est un indicateur majeur, tous les médecins de santé publique ont fichu le camp, ils ont tous pris leurs jambes à leur cou et ils n'ont que des postes vacants (...), ils ne font plus de santé publique. » (Directeur 46, ancien directeur d'Ehpad privé non-lucratif, directeur d'hôpital public, 69)

Notons que cette opposition porte notamment sur les stratégies de l'ARS qui visent à décloisonner la concurrence en forçant aux coopérations et mutualisations :

« Quand les ARS sont arrivées, ils nous ont dit : « non seulement vous allez faire des économies, mais vous allez faire des économies en mieux vous organisant, vous êtes mal organisés ». Donc il faut mutualiser, il faut ci, il faut là... Bref... » (Directeur 46, ancien directeur d'Ehpad privé non-lucratif, directeur d'hôpital public, 69)

De même, les CPOM sont souvent évacués rapidement lors des entretiens : ils sont présentés au mieux comme une coquille vide qui n'a introduit aucun changement, au pire comme un outil contraignant. Pour la plupart des Ehpad, quel que soit le territoire et le statut, les CPOM restent lettre morte. Nous retrouvons ainsi le même reproche ambigu adressé aux ARS. D'un côté, les CPOM sont dépréciés, car leur mise en œuvre est déconnectée de la réalité de terrain :

« Ça vous apporte quoi le CPOM ?

Pas grand-chose (...). Le CPOM, il n'a pas été vraiment travaillé à l'époque. Donc on a fait un CPOM à quatre EHPAD, il n'y a rien de commun, on a juste groupé les réunions de chaque établissement... Le CPOM, ce qui est dit quand même, c'est : « on vous donne une grosse enveloppe et le siège vient un peu arbitrer pour chaque EHPAD ». Pas du tout, le CPOM, ce sont quatre dossiers compilés dans un même document de 250 pages et chaque établissement a son propre budget de fonctionnement (...), chacun fait bien sa petite vie dans son coin avec ses enveloppes budgétaires (...). Il n'y a pas eu de travail en amont, on a juste rempli les tableaux, on s'est conformés à ce qu'ils nous ont demandé. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Le CPOM, est-ce que ça change quelque chose pour vous, pour l'établissement ?

Non. On l'a eu à [X], mais ça ne change rien, parce qu'ils ne donnent pas de moyens, ils nous demandent de faire des trucs, mais ils ne nous donnent pas les moyens, donc ça ne change rien. » (Directrice 44, Ehpad privé non-lucratif, 37)

« Ce CPOM, je le ressens plutôt comme quelque chose d'enfermant et de difficile à réaliser (...). Parce les nouvelles activités qui ont été demandées et qui ont été accordées (...), j'ai un peu de mal à saisir où les mettre. On n'a pas les unités pour, on n'a pas les bâtiments pour. L'accueil de jour de [X] était passé de 6 places à 8 places. On avait un

taux d'occupation qui était mauvais à 6, il est encore plus mauvais à 8 et je ne sais pas où aller chercher les personnes (...). L'hébergement temporaire : on me demande de mettre une activité en place, sauf qu'on n'a pas de chambres simples. Quand on dit aux tutelles que ça va être dans des chambres doubles, je me fais engueuler, sauf qu'ils avaient notion de tout ça avant. » (Directeur 45, Ehpad public, 69)

D'un autre côté, le CPOM est considéré comme un instrument bureaucratique et contraignant :

« On a plutôt l'impression que l'ARS est aux abonnés absents. Ça, c'est difficile. Et parfois, on se dit : en fait, ils se réveillent, et on a l'impression qu'on fait tout mal. Sauf qu'on se dit : mais s'ils nous l'avaient peut-être dit avant, s'ils nous avaient donné leurs attentes avant, peut-être que ça aurait été plus facile (...). Je les vois un peu comme des gendarmes, très clairement. On se dit : ils vont arriver, ils vont nous dire qu'on fait tout mal et puis voilà. Ce n'est pas un esprit d'échanges et d'accompagnement (...). Quand ils viennent pour le CPOM, ils visitent l'établissement, et là, ils débarquent en disant : ça, ça ne va pas, ça, ça ne va pas. Oui, d'accord, c'est bien, il faut se l'entendre dire, c'est normal. Maintenant, ça aurait été bien aussi que ça n'arrive pas tout d'un coup et qu'on puisse en échanger au préalable. » (Directrice 10, Ehpad public, 37)

« Il faut surtout bien expliquer aux équipes qu'il faut beaucoup transmettre. Faire plein de transmissions pour justifier (...). « Comme d'habitude Madame Unetelle s'est déshabillée dans le couloir 15 fois par jour ». Ce qui est un peu difficile [vis-à-vis] des équipes, c'est de leur dire « OK, vous avez l'habitude, c'est tous les jours, mais il faut le tracer parce que quand on va avoir notre contrôle CPOM, notre coupe pathos, on va nous demander, ils vont ouvrir un dossier. Et s'il n'y a de trace nulle part, même si ça fait 12 ans qu'elle fait la même chose, elle n'a plus de troubles cognitifs ». Donc en fait c'est [de] la justification. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

La contrainte joue d'abord sur le GMP, dont la fixation réduit la marge de manœuvre des directrices quant à la sélection de leurs résidents :

« Vous jouez sur votre GMP avant la signature du CPOM ?

Si évidemment, il faut faire attention parce que s'il y a 5 ans on a validé un GMP très haut et qu'entre temps on a baissé le niveau de dépendance, on risque de perdre un soignant ou deux. L'enjeu est important, donc il faut toujours maintenir un niveau de GMP constant, un niveau de PMP constant.

L'idée c'est de maintenir constant ? Parce qu'on pourrait se dire, théoriquement, : le GMP baisse et puis juste avant la signature du GMP vous remontez ?

(...) sur un instant t, si on voit que le GMP est vraiment trop élevé on va se calmer, on va plutôt différer les entrées plutôt que de prendre des gens trop dépendants. Et puis il ne faut pas descendre trop bas, parce qu'on sait que derrière on ne va pas réussir à remonter le jour où. On a validé à 806 et là, on est à 784, donc on a baissé notre GMP, mais notre PMP de l'époque était très bas. On va l'augmenter, parce qu'on a beaucoup

d'actes de soin qu'on n'avait pas avant. Ça s'équilibre, l'un dans l'autre. » (Directrice 38, Ehpad privé commercial, 69)

Un des seuls intérêts directs de la mise en œuvre des CPOM est le jeu sur les sections tarifaires, qui permet à certaines directrices de mieux ajuster la composition de leurs équipes ou de créer des partenariats et des postes communs lors d'une signature conjointe à plusieurs établissements.

« [Le CPOM] est ce qui m'a permis de recruter le kiné, par exemple. Avant, avec la convention tripartite, les effectifs étaient actés dans la convention. Maintenant ce n'est plus le cas, maintenant c'est plus un objectif qu'on doit atteindre. L'objectif est moyen comme son nom l'indique. Et en fait, ça nous permet vraiment d'être plus libres. À nous de gérer le budget. On est plus libres dans la façon de gérer le budget. On aimerait toujours avoir plus, évidemment, mais ce que j'apprécie, c'est que si je décide d'avoir 12 soignants au lieu de 9, je peux le faire. Après, je me débrouille (...). [Ça] m'a permis, en enlevant les kinés libéraux, de recruter une kiné salariée qui me coûtait moins cher et à côté de rajouter des soignants dans l'équipe (...). » (Directrice 1, Ehpad privé commercial, 69)

« Ça vous apporte quoi la signature du CPOM ?

(...) une facilité de gestion (...), On peut gérer le budget, les enveloppes de manière un peu plus libre. On a aussi pu réorganiser les hébergements temporaires, qui étaient très disparates d'un établissement à l'autre et on a vu, finalement, à la signature du premier CPOM, qu'on avait vraiment des besoins temporaires sur beaucoup de résidences, mais pas forcément beaucoup d'hébergements temporaires, donc on a un peu disséminé les hébergements temporaires sur plusieurs résidences du CPOM métropole (...). On a réorganisé un petit peu les enveloppes des auxiliaires de vie, ce qui nous a permis aussi d'[en] avoir plus, puisqu'on a pris une partie sur l'hébergement plus importante. C'est cette souplesse. Organiser nos effectifs, ne pas demander l'autorisation avant d'ouvrir un poste. Si on arrive à se financer un poste supplémentaire, sur un soignant, sur un hébergement, c'est en interne du réseau. Ça offre cette souplesse-là quand même, et ça nous permet d'avoir un meilleur taux d'encadrement. » (Directrice 42, Ehpad privé commercial, 69)

« Est-ce que [le CPOM] vous permet de jouer sur les sections tarifaires?

(...) Oui, effectivement. Là, on est dans nos clôtures budgétaires, grossso modo, on a notre résultat par section, mais après on mutualise nos trois sections (...). Le Ségur est pour tous les professionnels, mais par exemple, l'équipe hôtelière est sur la section « hébergement dépendance » et elle est financée par du soin, donc nous, tout a été réparti un peu dans les sections. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Ce jeu reste cependant marginal (très peu de directrices disent l'employer), d'autant plus qu'il rencontre des limites bureaucratiques immédiates :

« Il y a eu un montant, ici, on a eu 11 000 euros par rapport à l'inflation, donc on leur a dit : « l'inflation, pour nous, c'est l'électricité, la nourriture, etc. » et ils nous ont dit : « attention, ce qui vous est versé ne doit rester que dans la section de soins ». Donc le côté un peu sections tarifaires qui se croisent, etc., a ses limites (...). Avant, on ne posait pas la question, on faisait. Mais je pense qu'ils commencent à regarder un peu plus, et ils nous ont dit : « ce qui est versé par l'ARS reste dans la section soins ». Donc là, on commence à avoir une section soins excédentaire et une section hébergement, métropole de Lyon, qui est beaucoup... enfin qui ne finance pas ce qu'il y a à financer au niveau des charges fixes, clairement. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Au-delà de l'enjeu de conserver le même Pathos ou de jouer entre les sections tarifaires, les directrices peuvent cependant instrumentaliser le CPOM en se dégageant des marges de manœuvre. De cette façon, l'ARS en général, et les CPOM en particulier, sont mis à distance, voire font l'objet de jeux sur la règle. Plusieurs types de jeux sont observés.

Le CPOM offre tout d'abord un moyen pour alimenter l'observation panoramique entre directrices au gré des réunions organisées. Surtout, il est l'occasion d'un double jeu sur les GIR et sur la temporalité de la signature du contrat pour optimiser le GMP et la dotation :

Je suis à la moitié [du CPOM] et j'arrive à maintenir quelque chose qui est correct (...). Là, aujourd'hui, je ne suis absolument pas en recherche ni de baisser, ni d'augmenter mon GMP. Par contre, un an avant le CPOM, je vais regarder où j'en suis. Au moment de la signature du nouveau CPOM, je vais chercher à retrouver le GMP qui avait été validé [avec l'ancien] CPOM. Il me semble que mon GMP validé, il est à 738, alors aujourd'hui, à 780, ça ne me pose pas de souci, par contre, je pense que je vais rechercher à redescendre avant...

Un an avant, dans trois ans ?

Voilà, pour retourner sur quelque chose de normal. » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« *Le moment de la signature CPOM est important par rapport aux tutelles, parce que là vous [calez] vos budgets sur 5 ans. Donc votre pathos, vous le travaillez, là. Disons que nous, l'objectif, c'est de ne pas perdre. On avait un pathos qui était haut. Et l'idée c'est de le défendre de la même façon pour ne pas perdre de dotations en effectifs. Et de réactualiser surtout la tarification. Le moment du CPOM, ça nous a permis de renégocier nos tarifs aide sociale et ça nous a permis de maintenir nos effectifs. L'objectif, ce n'était pas de gagner plus, c'est de ne pas perdre (...). On a eu peur parce qu'avec le Covid on a eu un gros turnover d'un coup. C'est-à-dire vous avez beaucoup de GIR 1 et GIR 2 qui sont morts et vous rentrez des GIR 4, GIR 3. Et là vous vous dites...*

Ça risque d'être compliqué ?

Ça risque d'être compliqué. Heureusement, ça ne s'est pas fait tout de suite et on était remontés en TO à ce moment-là. Et après il faut bétonner les dossiers pour justifier au moment du CPOM que votre pathos n'a pas diminué.

En fait l'enjeu c'est de rentrer plein de GIR 1 et de GIR 2 1 an avant [la négociation du] CPOM ?

Oui. » (Directrice 34, Ehpad privé commercial, 69)

« *On n'est pas censés chercher à augmenter son GMP. Notre GMP, en EHPAD, il doit être entre 700 et, normalement, 780. Moi, je suis déjà bien, et je suis à ce chiffre-là parce que j'ai une moyenne de séjour qui est déjà supérieure à la moyenne nationale, donc je suis juste assez élevée parce que mes résidents restent longtemps et que je les accompagne jusqu'au bout. Par contre, ça ne va pas être normal si vous avez un directeur qui vous dit : « moi, je ne cherche qu'à faire rentrer des GIR 1-2 » parce que là, ce qu'il cherche, c'est à augmenter sa dotation soin. Et souvent, l'argent n'est pas spécialement investi dans les soins, il va être investi dans l'hôtellerie, dans d'autres choses, qui ne sont pas forcément mal, mais qui ne correspondent pas forcément à ce à quoi c'est censé correspondre (...). Par contre, la mission du directeur, c'est quand même de gérer son GMP (...). Ça veut dire le gérer de sorte que notre nombre de professionnels corresponde aux besoins en termes de soin des résidents et qu'on ait suffisamment de financement pour répondre. C'est un équilibre à trouver, en sachant que nos GMP et nos financements sont réévalués au moment du CPOM. Dans les textes, on est censé réévaluer à deux ans et demi post-signature du CPOM, ce n'est pas fait, ce n'est pas vrai, ce sont les textes, ça, mais ce n'est pas vrai, ça, ce n'est absolument pas recalculé. Donc dès l'instant où c'est calculé, c'est pendant cinq ans. Donc si vous avez un directeur qui dit : « tiens, je vais augmenter mon GMP, mais mon CPOM est dans quatre ans », il n'a pas réfléchi. Il n'a pas réfléchi parce que, là, il va augmenter sa dépendance, il ne va pas pouvoir augmenter son nombre de professionnels (...). Pendant quatre ans, il va se retrouver en difficulté. Donc on pourrait faire ça, peut-être qu'il y a des raisons, je n'en sais rien, moi, si, demain, j'ai envie de négocier un nouveau poste d'infirmière, aujourd'hui, avec mon GMP, je ne peux pas le négocier, par contre, demain, je le veux absolument, oui, je vais aller chercher à augmenter mon GMP, mais je vais m'y prendre peut-être neuf mois avant la signature de mon nouveau CPOM, à m'y prendre maintenant. »* (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Le jeu sur la temporalité pour optimiser le GMP et la dotation peut par ailleurs être redoublé d'un jeu sur les frontières géographiques :

« *Ça, c'est ce qui est cadré dans le CPOM. Dans la vraie vie, ce n'est pas évident d'avoir un GIR 1, dix-neuf GIR 2 parce que vous avez ceux qui vont rentrer, ceux qui vont évoluer aussi, etc. (...). Le côté pervers du système, c'est que quand ils viennent faire la coupe, c'est vraiment sur les résidents présents, les résidents décédés et les résidents hospitalisés ne seront pas pris en compte (...). Pour ruser un peu, au moins au niveau de la dépendance, c'était de se dire que je prends des hors département, donc mon soixante-douzième résident, je le prends sur un autre département et on le facture à l'autre département.*

Je ne connaissais pas cette technique.

C'est la métropole de Lyon qui me l'a glissée tout doucement pour ne pas être pénalisée, parce que si j'accueille un soixante-douzième résident du département du Rhône ou de la métropole de Lyon, je n'ai rien, parce que quand je rends mes chiffres une fois par an à la métropole, je dois les rendre sur la base de 71 résidents, donc on le

met sur un autre département. Ce sont des petites techniques. » (Directrice 23, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Au final, les tutelles cadrent finalement moins l'action stratégique des directrices que ce à quoi nous aurions pu nous attendre. Ces dernières sont en effet capables de lever leur dépendance localement. En d'autres termes, les tutelles sont mises au même niveau que les sièges.

2.4.3 Des concurrents marginalisés

De la même manière, la mobilisation des stratégies de captation des résidents par les directrices d'Ehpad dépend peu des organisations concurrentes. Par concurrents, nous entendons ici les établissements hors-Ehpad, notamment les résidences autonomies et les services de soins à domicile.

Les autres acteurs de l'accueil des personnes âgées apparaissent peu dans le discours des directrices d'Ehpad. Quand ils sont mentionnés, c'est le plus souvent dans le cadre d'un partenariat ponctuel ou dans le cadre d'une stratégie de filière mise en place par l'établissement ou le groupe. Ceux-ci se plaignent souvent de ne pas être davantage considérés par les Ehpad, notamment les résidences autonomie. De même, si les accueils de jour ou les SSIAD affirment jouer un rôle d'informations auprès des familles qui sortent du dispositif et d'adressage auprès des Ehpad, ces dernières ne les mentionnent pas parmi leurs prescripteurs.

« Les Ehpad ne s'intéressent pas à nous. Ce serait logique, par exemple, quand on a une entrée qui est vraiment urgente, ce serait sympa qu'ils nous prennent le résident, comme on fait. Moi, je le fais avec... On travaille beaucoup avec le centre gérontopsy d'A. Quand ils ont une entrée, je leur prends en priorité. Parce que je sais qu'il faut qu'ils libèrent un lit. Moi, je regarde sur mes entrées. Là, je n'ai pas de liste d'attente folle et de toute façon, j'ai toujours fait comme ça. Avec le C. aussi, on travaille pas mal (...). Enfin, voilà, j'ai toujours travaillé comme ça. Mais les Ehpad, non. Non, non, les Ehpad, ils ont leur liste. Après, je ne sais pas du tout comment ils procèdent [pour] leur admission, etc., mais on n'a jamais été prioritaire et je n'ai jamais eu d'appui. » (Directrice 47, résidence autonomie privée non-lucratif, 69)

« La convention a été signée [avec cet Ehpad], mais dans la douleur. C'est-à-dire que la date a dû être reportée 20 fois. Moi j'ai mis un peu un stop en disant « Soit vous voulez, soit vous ne voulez pas, mais sinon je me tournerai vers d'autres établissements ». » (Directrice 39, Marpa publique, 37)

De fait, les Ehpad jouent dans le champ de l'accueil des personnes âgées un rôle d'étalon/reposoir : ils sont la norme par rapport à laquelle les autres services et établissements se positionnent, à la fois pour capter et refuser des usagers ou des résidents, pour attirer des professionnels et plus largement pour affirmer leurs spécificités.

« Mes équipes, je les entends [souvent] dire : « Non, nous ne sommes pas un Ehpad. Non, ce n'est pas des chambres, c'est des appartements et c'est une résidence pour seniors autonomes. » Parce qu'il y a encore deux-trois choses, mais ça, ça a tendance à changer aussi vis-à-vis de l'Ehpad. Moi, c'est des vrais apparts. » (Directeur 9, résidence services privé lucrative, 69)

Ce positionnement est d'ailleurs inscrit de longue date dans l'histoire des institutions pour personnes âgées : le développement de la politique vieillesse de maintien à domicile depuis les années 1970 délégitime le fonctionnement collectiviste des hospices, tout en constituant l'hébergement collectif comme une solution de dernier recours quand les limites du maintien à domicile ont été atteintes (Capuano 2021). De même, dans les rapports politiques récents (Bonne 2018 ; Iborra et Fiat 2018), l'Ehpad continue à être pensé comme une solution de dernier recours, tout en étant envisagé comme un acteur incontournable pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes ayant besoin de soins, besoins qui risquent d'aller croissant au cours des années à venir. Cette hégémonie se traduit également dans la place qu'occupe les Ehpad en termes d'hébergement des personnes âgées en institution : fin 2019, plus de 80 % des résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées résidaient en Ehpad (Balavoine 2022). 4 % des résidents sont hébergés en résidence autonomie et 4 % des personnes âgées accompagnées ont bénéficié de places en hébergement temporaire ou en accueil de jour.

À ce titre, les structures concurrentes positionnent souvent leurs résidents ou usagers par rapport à un public d'Ehpad, en particulier les résidences autonomie et senior qui sont les plus proches de l'Ehpad en tant que structures d'hébergement. La différence principale selon eux est le niveau de dépendance et surtout l'étayage qui est mis en place autour de la personne âgée : tant que ses besoins peuvent être assurés, soit par la structure elle-même soit par des aidants (rémunérés ou familiaux), la personne âgée peut être maintenue dans la structure.

« Nos critères d'entrée sont au nombre de trois, c'est : avoir plus de 60 ans ou avoir une dérogation handicap, adulte handicapé ; être autonome ou en perte d'autonomie, c'est-à-dire GIR 5, 6 normalement à l'entrée – je vous dis bien normalement, parce qu'on finit par accéder à du 4 souvent. Après, le critère habiter [la ville] ou avoir de la famille, rapprochement familial, c'est un critère qui existait (...). »

À l'inverse, est-ce qu'il y a des choses qui sont discriminantes ? Des choses où vous vous dites : « Non, cette personne-là, on ne pourra pas la prendre. » ?

Nous, ça va vraiment se jouer sur l'autonomie. Il faut que la personne soit en capacité de descendre au restaurant, d'aller dans sa chambre. Bien évidemment, ponctuellement, on va aider une personne qui ne va pas bien. Par contre, il faut qu'elle soit en capacité de faire certaines choses à l'entrée, parce que je n'ai pas de personnel paramédical à proprement dit. Je n'ai que l'équivalent – on va dire – d'auxiliaires de vie, donc elles ont un rôle un peu polyvalent de restauration, d'entretien et d'animation, mais elles ne sont pas soignantes (...). Après, on travaille avec des libéraux. Mais le reste de la journée, ils ne sont pas là, donc il faut que les personnes soient quand même en

capacité de faire encore certaines choses. Sinon, ça relève de l'Ehpad. (Directrice 51, résidence autonomie publique, 69)

« Le public à l'Ehpad, c'est quand le maintien à domicile n'est plus... C'est la différence en tout cas qu'on doit faire entre le public Ehpad et le public accueil de jour, c'est qu'on a cette limite du maintien à domicile (...) : de pouvoir au maximum, en tout cas, maintenir les personnes. » (Directeur 48, accueil de jour privé non-lucratif, 37)

Comme mentionné ci-dessus, un critère est systématiquement présenté comme discriminant : les personnes atteintes de troubles cognitifs et/ou démentiels installés sont refusées. Puisque ces structures sont « ouvertes » (contrairement aux Ehpad), elles ne sont pas adaptées pour un public déambulant, le risque étant la mise en danger de soi et des autres. De même, les personnes qui nécessitent des soins de nuit ou grabataires sont souvent écartées.

« Ça va être quoi les critères de refus ? Un besoin de soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre, des pathologies de type démence, maladie d'Alzheimer, des déambulations ?

Alors ça, on ne prend pas. On n'est pas équipés. La résidence n'est pas fermée, donc ça, on ne peut pas. Tout ce qui est maladies psychiques, c'est très compliqué. Par contre, si on a quelqu'un qui rentre, qui est autonome et qui développe une pathologie de ce style, on essaie de la garder le plus longtemps possible, jusqu'au moment où la personne se met en danger. Donc là, il faut trouver d'autres solutions (...). S'il est alité, s'il est en GIR 3, ça va être compliqué. Mais si c'est de l'assistance respiratoire, on le prend. En fait, il faut que la personne arrive à se gérer, ou avec un étayage extérieur, comme si elle était à son domicile (...). [Le passage en Ehpad,] c'est une fois que l'étayage n'est plus suffisant. Ça peut être un début de démence ou d'Alzheimer, une maladie qu'on ne peut pas gérer parce que la résidence n'est pas fermée. » (Directrice 50, résidence autonomie publique, 69)

« C'est pour ça que, pour nous, la prévisite est importante. C'est-à-dire que c'est surtout l'échange avec la famille, avec le résident qui va définir le GIR (...). Le GIR est basé quand même sur une évaluation des capacités physiques, mais tout ce qui est psychique n'est pas pris en compte, pas suffisamment (...). Du coup, quand [je dis au] département : « il me faut quelqu'un pour une aide aux repas, etc. », on me dit : « Non, mais elle marche. Je suis passée chez eux, tout va bien, etc. ». Je lui dis : « Mais madame, si on ne lui dit pas de manger, elle ne mange pas. Oui, elle est capable de manger, mais s'il n'y a pas une stimulation, il ne se passe rien. Donc comment on fait ? Mettez-lui quelqu'un. » [Ce à quoi on me répond] « Non, parce qu'elle est en GIR 5, donc elle ne peut pas. » » (Directeur 49, résidence autonomie privée à but non-lucratif, 69)

La position de référence des Ehpad (qui sont les seuls établissements aptes à accueillir tout type de personnes âgées quel que soit leur niveau de dépendance) leur assure un flux constant de résidents potentiels. Les établissements concurrents (et en particulier les

accueils de jours et les résidences autonomies et services) sont par conséquent parfois amenés à accepter ou à maintenir dans la structure des résidents ou des usagers dont la charge excède les capacités théoriques de la structure :

« Dans l'idéal, [pour la résidence autonomie,] on devrait avoir un public très autonome, avec peu de soins et peu d'interventions. Mais aujourd'hui, notre marge de manœuvre est assez restreinte, puisque quelqu'un qui est globalement en bonne santé reste chez lui, il ne va pas vers une structure d'hébergement. C'est évident (...). Je serais tenté de dire : quand je suis arrivé en 2010, on avait encore des personnes âgées qui venaient nous voir et qui voulaient rentrer parce qu'elles ne voulaient plus rester chez elles toutes seules, elles voulaient avoir un cadre sécuritaire. Et elles étaient en pleine forme. Aujourd'hui, on n'a plus du tout ce type de publics-là. » (Directeur 52, directeur de pôle dans un groupe privé non-lucratif, 37)

Les structures concurrentes qui accueillent les personnes âgées développent ainsi des stratégies pour permettre le maintien dans la structure d'un résident dont la dépendance s'est aggravée, à la fois pour le bien de ce dernier et parce qu'il peut être difficile de trouver un Ehpad où le transférer.

« Quand on parle du parcours de la personne âgée, il faut penser Ehpad derrière quand on n'a plus les moyens de les maintenir. C'est une vraie problématique, puisque nous, en moyenne, ils ont 1 400 euros par mois de revenu. Et quand on connaît les montants des Ehpads, c'est tout de suite une orientation sur des dispositifs aides sociales. Ce qui peut parfois être problématique, parce qu'on n'a pas beaucoup de places sur la commune (...). On travaille le processus dès l'admission. Dès l'admission, on insiste auprès des personnes sur le fait que très certainement, ils ne finiront pas leurs jours chez nous. » (Directrice 30, résidence autonomie publique, 69)

« On n'aime pas les envoyer en Ehpad. On sait bien que les Ehpads maintenant, c'est GIR 1 à 3 donc on sait très bien qu'ils vont glisser. On essaie de trouver les moyens de les garder le plus longtemps possible à domicile. » (Directrice 53, résidence autonomie privée à but non-lucratif, 37)

« Notre politique c'est de garder les personnes le plus longtemps possible chez nous, tant que leur sécurité peut être conservée et la sécurité du bâtiment aussi, parce que parfois, quand il y a des troubles cognitifs ça devient compliqué. C'est ça notre limite. Du coup, on a une convention avec un service de HAD et on a eu plusieurs HAD effectivement en place sur notre structure. En fait, [à partir] du retour de tous les membres du personnel [et de] la famille, à un moment donné on se questionne et on se dit « ouhlàlà, là, il commence à se passer quelque chose ». Là, c'est vraiment le rôle de l'infirmière, qu'est ce qui se passe, qu'est-ce qu'on peut mettre en place ? Et c'est elle qui va évoquer ces solutions-là auprès des familles, auprès des résidents. Ensuite, soit la famille est présente et du coup on donne tout ça à la famille qui va s'occuper de mettre en place l'APA. Si personne isolée, c'est l'infirmière qui gère ça et puis en fonction du degré de trouble, que soit ça peut être physique ou cognitif, on conseille de préparer

un dossier pour l'Ehpad. Bien souvent, même quand on fait ça, les familles ont du mal à le faire parce qu'ils investissent énormément la résidence autonomie. Que ce soit les résidents ou les familles, ils considèrent vraiment que c'est chez eux. Du coup l'Ehpad fait peur, il y a un petit déni quand même de l'état des résidents, de leurs parents. Donc parfois ça se passe très bien, ils comprennent que c'est une sécurité d'avoir ce dossier en Ehpad (...). Voilà. On est vraiment dans ce schéma-là : dès qu'il y a des petits troubles, et qu'on sent que c'est pas très bon, on invite à faire un dossier en Ehpad [pour] préparer l'entrée. » (Directrice 47, résidence autonomie privé non-lucratif, 69)

Ainsi, les établissements concurrents se présentent généralement comme des dispositifs avant l'Ehpad, dont l'objectif est de repousser ou de prévenir l'entrée en établissement, décrite comme une solution de dernier recours. Cette position de « bout de chaîne » des Ehpad leur permet paradoxalement de choisir en partie leur public parmi les personnes âgées les plus dépendantes, mais aussi parmi celles ayant un niveau de dépendance intermédiaire, ce qui impose aux structures concurrentes (en particulier les résidences autonomie et senior et les accueils de jour) une sélection accrue pour cibler le « bon » public. Or, dans cette sélection, ces structures mobilisent les mêmes critères que les Ehpad (en particulier la grille AGGIR) et sont donc confrontés aux mêmes difficultés d'approximation dans l'évaluation que les Ehpad (GIR sous- ou surestimé, classification imprécise, etc.), tout en n'étant peu ou pas médicalisés (et donc n'étant pas en mesure de compenser si la charge que représente le résident ou l'usager est plus lourde qu'envisagée).

Pour conclure cette partie, nous avons montré que les directrices d'Ehpad déploient un ensemble de stratégies pour sélectionner le « bon » public, alimentant en retour le cloisonnement concurrentiel de leur établissement.

Pour sélectionner le public, les Ehpad s'appuient largement sur l'outil ViaTrajectoire, en dépit de ses imprécisions dans l'évaluation du niveau de dépendance réelle du résident potentiel. Les imprécisions de l'outil ont des effets ambigus : d'un côté, elles ouvrent des opportunités stratégiques qui alimentent encore un peu plus le cloisonnement (l'observation panoramique est facilitée), de l'autre, elles nécessitent la construction de mesures complémentaires pour que le « bon » résident soit bien sélectionné, comme les visites de pré-admission.

D'autres stratégies complémentaires, qui relèvent cette fois d'une dimension purement organisationnelle plus que de l'organisation du travail, sont mises en place pour identifier le « bon » résident, principalement des stratégies concurrentielles horizontales et des stratégies verticales de captation.

Nous conclurons sur deux points supplémentaires. Tout d'abord, les directrices des Ehpad pondèrent bien évidemment ces différentes stratégies en fonction du contexte local.

Cependant, toutes sont activées, quel que soit le statut juridique de l'Ehpad. Les sièges peuvent par exemple être mis à distance par les directrices. En outre, les tutelles ne parviennent finalement pas à complètement cadrer l'espace d'action des directrices, dont l'action stratégique déborde la règle en permanence ; de la même manière, les stratégies des concurrents se calquent sur celles des Ehpad, plus que l'inverse.

Enfin, ces stratégies de captation sont d'autant plus efficaces, que les directrices ont la capacité de verrouiller la captation. D'un côté, le public accueilli est captif une fois qu'il est sélectionné. En quelque sorte, ce caractère se durcit au fur et à mesure que le temps passe et donc que la dépendance augmente. La fermeture de la captation est définitive. D'une manière générale, 69 % des sorties d'Ehpad sont dues à des décès (Balavoine 2022). D'un autre côté, les directrices d'Ehpad peuvent se permettre de terminer la captation en faisant exceptionnellement sortir un résident, principalement lorsqu'une pathologie a été mal évaluée (voir plus haut), ou lorsque la personne concernée rencontre un problème de financement. Les directrices d'Ehpad rencontrées en Indre-et-Loire et dans le Rhône ne mentionnent jamais de retour au domicile, mais reconnaissent qu'il arrive parfois qu'un résident soit transféré dans un autre établissement, pour cause de rapprochement familial ou en cas d'aggravation de la dépendance (notamment, le développement de troubles démentiels si l'Ehpad n'a pas de place en unité protégée) ou éventuellement de problème de financement (obtention d'une place habilité à l'aide sociale dans un autre établissement, transfert vers un établissement moins cher). Dans ce cas qui reste rare, le résident est réorienté vers un Ehpad qui peut l'accueillir, dans une logique qui vient à la fois recouvrir et redoubler le cloisonnement concurrentiel en alimentant encore un peu plus le processus d'observation panoramique et surtout en étant réorienté vers un établissement du même groupe, si possible aux frontières géographiques de l'Ehpad initial :

« En général, quand ils y rentrent, ils y restent, en tout cas, chez nous, quand ils rentrent, ils y restent jusqu'au bout. Je crois que depuis cinq ans, j'ai fait une sortie à domicile, et un transfert vers un autre EHPAD pour un rapprochement familial, indépendamment de nous. Donc ça, c'est vraiment rare. » (Directrice 54, Ehpad public, 37)

3 Des stratégies de captation des professionnels contraintes mais ambiguës

Si le diagnostic d'une crise d'attractivité du secteur des Ehpad pour les salariés est aujourd'hui solidement implanté, tant dans le discours public ou médiatique que dans celui des équipes de direction, l'objet de ce rapport n'est pas de le tenir pour acquis mais bien de l'interroger et de le confronter aux conditions de travail et d'emploi telles qu'elles peuvent être objectivement établies et telles qu'elles sont subjectivement vécues. Le portrait statistique des travailleurs du secteur des Ehpad dévoile l'organisation socioprofessionnelle particulière de ce secteur (3.1). L'enquête qualitative auprès des directions montre comment le diagnostic d'une « pénurie » de professionnels est construit comme un discours d'impuissance (3.2). Face à ce diagnostic, les établissements mettent en œuvre des stratégies reposant sur différentes formes de bricolage (3.3). Nous terminerons par l'identification des déterminants de ces stratégies (3.4).

3.1 Travailler en Ehpad : un segment à part du salariat peu qualifié

Pour décrire le profil sociodémographique et socioprofessionnel des personnes travaillant dans le secteur des Ehpad, on mobilise l'enquête Emploi en continu produite par l'INSEE. L'enquête Emploi en continu (EEC) est aujourd'hui la déclinaison française de l'enquête « Labour Force Survey » définie au niveau européen. Créée en 1950 pour fournir une mesure régulière de l'emploi et du chômage, elle a connu plusieurs évolutions au fil des années. Depuis 2003, l'enquête Emploi est réalisée de manière continue tout au long de l'année. Son questionnaire est remanié en profondeur en 2009 puis en 2013 et en 2021, notamment pour la mettre en conformité avec les attentes de la statistique publique européenne⁸⁰. L'enquête Emploi présente plusieurs qualités qui en font une source pertinente pour étudier des segments spécifiques de l'emploi :

- Un protocole stable sur plusieurs années, le questionnaire n'ayant été rénové que deux fois depuis 2009 ;
- Un échantillon de grande taille avec environ 80 000 logements chaque trimestre dans les itérations les plus récentes de l'EEC⁸¹ ;
- Des informations d'une grande finesse sur la profession occupée par les individus et sur leur secteur d'activité (code profession détaillée à quatre chiffres et NAF à 732 postes).

⁸⁰ Une présentation détaillée de l'enquête Emploi est disponible sur le site internet de l'Insee (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/operation/s2127/documentation-methodologique>)

⁸¹ Soit 348 964 enregistrements et 744 variables pour l'enquête 2022

Les limites de l'enquête Emploi sont d'abord la difficulté à localiser finement les individus, la construction aérolaire de l'échantillon n'étant pas adaptée à des traitements géographiques précis. Par ailleurs, les changements de méthodologie créent des ruptures de série qui ne peuvent pas toujours être corrigées et qui doivent être prises en compte dans l'établissement de séries longues. Les changements de nomenclature peuvent aussi occasionner des ruptures de série : c'est le cas par exemple de la révision de la nomenclature des professions et catégories sociales en 2020, révision qui s'est accompagnée de nouvelles définitions et de nouvelles catégorisations des professions détaillées. Enfin, l'enquête Emploi a souffert comme les autres enquêtes de la statistique publique d'un contexte de réalisation perturbé en 2020.

Nous mobilisons ici l'enquête Emploi de deux façons :

- Nous procédons à la description du profil sociodémographique et socioprofessionnel des professionnels travaillant dans le secteur des Ehpad ainsi qu'à la description de ce profil de 2009 à 2022 (soit trois vagues d'enquête avec un changement de méthodologie en 2013 et en 2021) quand les données sont disponibles dès 2009 ou de 2013 à 2022 sinon ;
- Nous analysons plus en détail les questions relatives aux conditions de travail et au rapport au travail des professionnels en mobilisant les enquêtes des années 2021 et 2022 qui contiennent des informations particulièrement détaillées sur ces points. Afin de renforcer l'échantillon disponible, on traitera ces deux années de manière simultanée tout en isolant les éventuels effets liés à l'année d'enquête.

Ces deux temps sont eux-mêmes organisés autour d'un fil directeur : comparer systématiquement les informations obtenues sur les professionnels travaillant dans le secteur des Ehpad avec celles obtenues sur les professionnels travaillant d'une part dans d'autres secteurs de la santé et de l'action sociale et d'autre part dans un autre secteur économique. La construction de ces trois catégories est faite à partir du code NAF de l'établissement employeur des individus ayant répondu à l'enquête Emploi⁸² :

- Sont considérés comme travaillant dans le secteur des Ehpad les individus dont l'établissement employeur est classé dans la catégorie d'activité « 8710A : Hébergement médicalisé pour personnes âgées » ;
- Sont considérés comme travaillant dans le secteur Santé humaine et action sociale hors Ehpad les individus dont l'établissement employeur est classé dans la catégorie NAF « Q : Santé humaine et action sociale »⁸³ mais pas dans la catégorie 8710A ;

⁸² La NAF (« nomenclature d'activité française ») permet de classer les activités économiques productives en France. Un code NAF est notamment attribué par l'INSEE à chaque établissement identifié dans le répertoire Sirene (Système d'identification du répertoire des entreprises) et à chaque association déclarée au Répertoire national des associations. Crée en 2003, elle a été révisée en 2008 et est stable sur la période étudiée ici (2009-2022). Une nouvelle nomenclature millésimée 2025 est prévue pour être déployée à partir de 2026.

⁸³ Elle-même séparée en deux sous-catégories : « QA : Activités pour la santé humaine » et « QB : Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement ».

- Tous les individus dont l'établissement employeur est classé dans un autre secteur sont considérés comme travaillant dans un secteur hors santé.

Parmi les précautions d'usage à respecter, il est important de garder à l'esprit que les catégories proposées par l'enquête Emploi ne permettent pas d'aligner finement le traitement de celle-ci sur les choix méthodologiques autour desquels la base de données sur les établissements a été construite dans notre enquête. D'une part, le fait qu'un établissement soit classé dans la catégorie 8710A ne garantit pas qu'il respecte les trois conditions restrictives que nous avons adoptées pour identifier les Ehpad⁸⁴. D'autre part, certaines définitions ne sont pas assez détaillées pour être harmonisées avec la base de données construite sur les établissements : on peut par exemple identifier les établissements de statut public et les établissements de statut privé, mais pas distinguer les établissements à but lucratif et non-lucratif.

Par ailleurs, les rénovations du questionnaire en 2013 et en 2020 peuvent occasionner des ruptures de série, notamment quand la formulation des questions ou les nomenclatures utilisées évoluent⁸⁵. L'enquête Emploi présente aussi des limites qui lui sont propres : limitation des données diffusées dans les fichiers « Production et recherche » pour des questions d'anonymat ; évolution des modules complémentaires ou ad-hoc du questionnaire pouvant occasionner la disparition de variables historiquement présentes dans l'enquête comme le module de questions portant sur la situation un an avant l'enquête ; inadéquation du plan de sondage aréolaire à la mesure de certains phénomènes géographiques et spatiaux malgré l'augmentation de la taille de l'échantillon⁸⁶...

Il reste que ces limites n'invalident pas l'intérêt particulier que revêtent les enquêtes Emploi pour étudier le profil des individus travaillant dans le secteur des Ehpad, mesurer l'évolution de ce profil, et comparer ce profil à celui des individus travaillant dans d'autres secteurs selon des découpages ad-hoc. L'objectif de ces traitements et analyses est double.

Premièrement, il s'agit d'établir le profil du monde du travail que représentent les Ehpad. Les travailleurs y présentent-ils un profil spécifique ? Ces éventuelles spécificités sont-elles alignées à ce que peuvent en dire les directeurs et les directrices interrogés dans le cadre de l'enquête de terrain d'une part, et au discours médiatique tel que nous l'avons analysé dans la première partie d'autre part ? Deuxièmement, il s'agit de mesurer d'identifier ce que le rapport au travail peut avoir de spécifique dans les Ehpad. Les conditions de travail sont-elles

⁸⁴ À ce titre, et pour éviter les confusions avec la méthodologie retenue dans la première partie, on parlera ici des « personnes travaillant dans le secteur des Ehpad » et non des personnes travaillant en Ehpad.

⁸⁵ Ces ruptures de séries ne sont qu'en partie corrigées par l'introduction de pondérations rétropolées entre 2009 et 2013.

⁸⁶ La nature des données disponibles a conduit à renoncer à deux phases de traitements statistiques prévus dans le plan de recherche initial. La disparition du module « situation un an avant l'enquête » et du calendrier rétrospectif d'activité interdit de suivre les individus étant entrés dans le secteur des Ehpad ou l'ayant quitté. Par ailleurs, l'absence d'informations précises sur l'articulation entre lieu de vie et lieu de travail ne permet pas d'interroger l'organisation des bassins d'emploi dans lesquels recrutent les Ehpad. L'absence de données suffisamment détaillées sur le secteur d'activité des individus dans d'autres sources statistiques, comme les extractions spécifiques du Recensement de la population portant sur les mobilités domicile-travail, font qu'il n'a pas été possible de compenser ce manque.

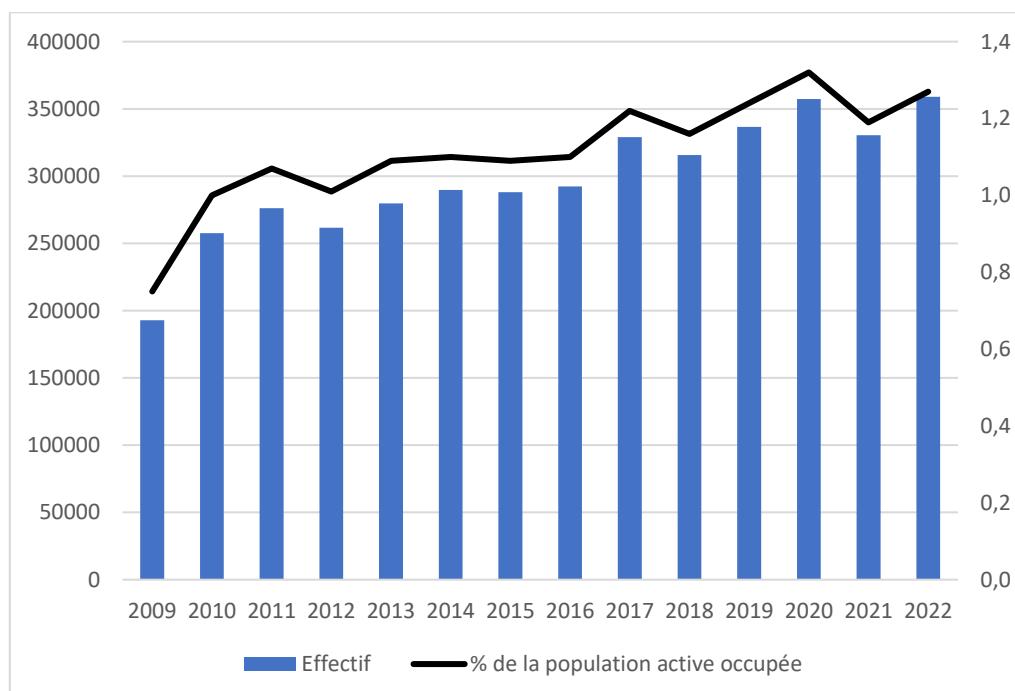
particulièrement dégradées ? Les individus qui travaillent dans les Ehpad formulent-ils des insatisfactions plus prononcées que dans d'autres secteurs ? Il s'agit aussi de confronter le discours dominant d'une « crise des vocations » et d'une « crise du recrutement » généralisés dans les Ehpad à un portrait sociodémographique et socioprofessionnel complet et nuancé de ceux et celles qui y travaillent.

On notera que les intérimaires étant classés dans le secteur d'emploi de l'établissement utilisateur, et non dans le secteur du travail intérimaire. Ils sont donc bien identifiés par le code NAF de l'établissement dans lequel ils travaillent effectivement. Par ailleurs, les données de l'enquête Emploi ne permettent, par construction, d'identifier que les individus travaillant effectivement dans un Ehpad. Elles ne permettent pas de travailler sur les individus qui choisiraient de ne pas travailler dans un Ehpad ou qui auraient à un moment donné de leur vie professionnelle décidé de quitter ce secteur. L'enquête Emploi ne permet pas non plus d'identifier les emplois non-pourvus ou les difficultés de recrutement que pourraient exprimer les établissements.

3.1.1 Un secteur d'emploi en expansion

En 2022, on compte 360 000 individus travaillant dans un établissement classé dans la catégorie 8710A, soit 1,3 % de la population active occupée en France. La stabilité de la nomenclature d'activité permet de suivre l'évolution de cet effectif et de cette proportion depuis 2009 (Graphique 4).

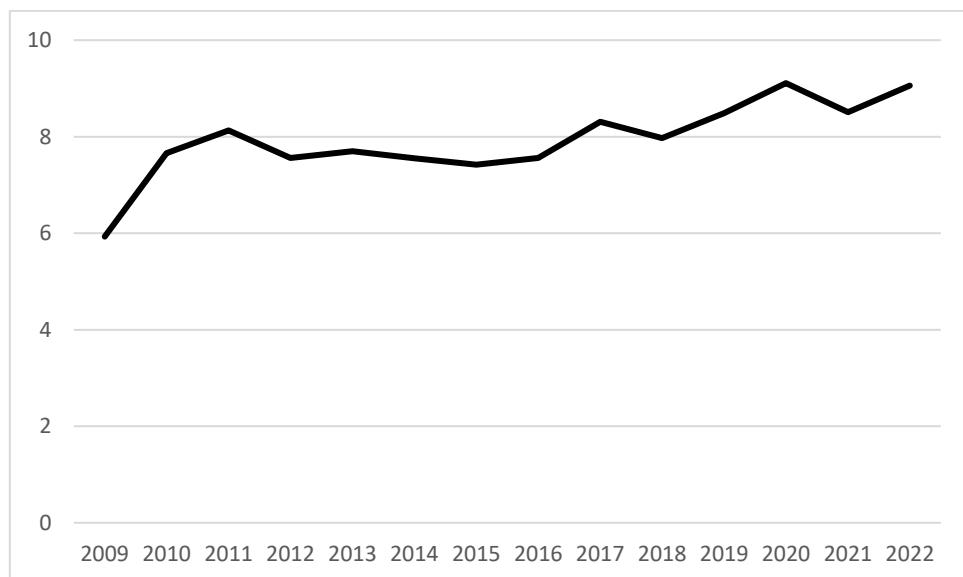
Graphique 4. Évolution du nombre d'actifs occupés dans le secteur des Ehpad (2009-2022)



Source : enquêtes Emploi 2009-2022, INSEE
Champ : ensemble des actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

Depuis 2009, le nombre de d'actifs occupés dans le secteur des Ehpad a connu une forte augmentation en passant d'environ 190 000 à 360 000 personnes en 2022. Cette augmentation de 90 % a représenté autant de recrutements supplémentaires à organiser pour les établissements et on peut penser que les candidats à l'emploi dans ce secteur se sont trouvés en position plus avantageuse face aux employeurs. La part de personnes travaillant dans le secteur des Ehpad dans l'ensemble de la population active occupée est passé de 1 % à 1,3 % entre 2009 et 2022. La part de personnes travaillant dans le secteur des Ehpad dans l'ensemble des salariés est, elle, passée de à 0,8 % à 1,5 % sur la même période. L'augmentation du nombre d'actifs occupés dans le secteur des Ehpad a connu un palier au début des années 2010 avant d'augmenter à nouveau depuis 2017 et de connaître une évolution plus heurtée depuis. L'année 2021 a vu le nombre de personnes travaillant dans le secteur des Ehpad diminuer de 7,5 % avant d'augmenter à nouveau. L'augmentation du nombre de personnes travaillant dans le secteur des Ehpad depuis 2009 se traduit aussi par une augmentation de leur poids dans l'ensemble des professions de la santé et de l'action sociale (Graphique 5).

Graphique 5. Part des emplois en Ehpad dans l'ensemble du secteur de la santé et de l'action sociale, en % (2009-2022)



Source : enquêtes Emploi 2009-2022, INSEE

Champ : ensemble des actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

En 2009, les actifs occupés dans le secteur des Ehpad représentaient 6 % de l'ensemble des emplois du secteur de la santé et de l'action sociale. Ils en représentent 9 % en 2022. Le nombre d'emplois dans les Ehpad a augmenté bien plus rapidement que dans les autres établissements de la santé et de l'action sociale depuis 2009 (+90 % contre +18 %). Les Ehpad représentent donc un secteur d'emploi en expansion qui occupe une place de plus en

plus importante dans les emplois de la santé et de l'action sociale. Le diagnostic d'une « crise » du recrutement et de l'attractivité des emplois dans le secteur des Ehpad est aussi à jauger à l'aune de l'expansion des besoins en main d'œuvre dans ce secteur. Cette place est aussi spécifique du fait d'une composition socioprofessionnelle particulièrement peu qualifiée par rapport aux salariés en général et aux salariés du secteur de la santé et de l'action sociale en particulier (tableau 48).

Tableau 48. Répartition des emplois salariés en Ehpad par PCS, en % (2021-2022)

	Ehpad	Santé et action sociale hors Ehpad	Autres secteurs
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4,2	13,1	25,7
Professions intermédiaires	20,2	36,9	25,5
Employés	70,8	44,9	25,2
Ouvriers	4,9	5,0	23,6

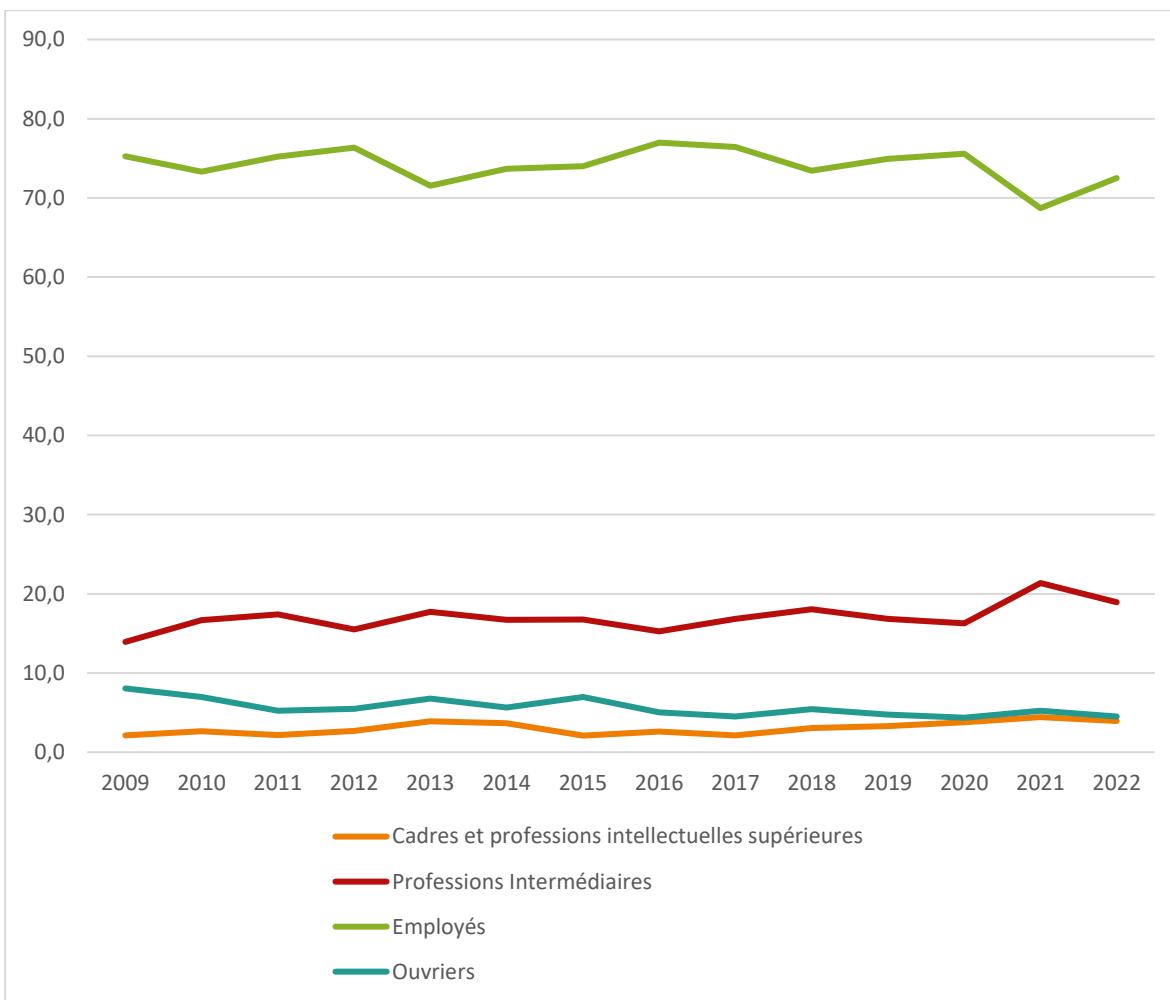
Source : enquêtes Emploi 2021-2022, INSEE

Champ : ensemble des actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

Les emplois peu qualifiés sont largement majoritaires dans les Ehpad, où ils représentent les trois quarts des emplois. C'est nettement plus que dans les autres secteurs de la santé et de l'action sociale et que dans les autres secteurs d'activité (50 % environ). La part de cadres et de professions intellectuelles supérieures est particulièrement basse puisque cette catégorie rassemble moins de 5 % des emplois salariés en Ehpad contre 13 % dans les secteurs de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et 25 % dans les autres secteurs.

Le poids des emplois peu ou pas qualifiés dans les Ehpad est globalement stable depuis 2009 (Graphique 6).

Graphique 6. Évolution de la répartition des emplois dans le secteur des Ehpad par groupe socioprofessionnel, en % (2009-2022)



Source : enquêtes Emploi 2009-2022, INSEE
Champ : ensemble des actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

L'année 2021, qui voit la part d'employés chuter de 7 points et celle de professions intermédiaires augmenter de 5 points, est là encore particulière. Si ce mouvement a été en partie corrigé en 2022, le nombre de salariés appartenant au groupe socioprofessionnel des employés a diminué de 43 000 personnes en 2021. Cela peut être en partie dû aux effets du changement de nomenclature socioprofessionnelle opéré pour l'enquête Emploi 2021 mais aussi au tarissement de certains recrutements durant la période de crise sanitaire. Au-delà de l'année 2021, on constate une très légère tendance à la baisse de la part des employés parmi les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad, tendance insuffisante pour invalider le constat d'une très faible qualification des salariés dans ce type d'établissements.

Avec 4,2 % de cadres et moins de 25 % d'emplois qualifiés (cadres et professions intermédiaires réunis), les Ehpad se situent en-dessous des niveaux du secteur « Hébergement médico-social et social et action sociale sans hébergement » (respectivement 4,7 % et 31,33 %). Le niveau de qualification des emplois en Ehpad est comparable à celui de secteurs d'activité caractérisés par une forte proportion d'emplois

non qualifiés comme « Agriculture, sylviculture et pêche » (5,9 % de cadres et 18,6 % d'emplois qualifiés) et « Hébergement et restauration » (7,4 % et 23,4 %).

En observant plus en détail les professions exerçant en Ehpad, deux professions sont majoritaires à elles deux : les aides-soignants et les agents de service des établissements de santé (Tableau 49).

Tableau 49. Professions les plus représentées dans le secteur des Ehpad, en % (2021-2022)

Profession détaillée	CS2	Ehpad	Santé hors Ehpad
Aides-soignants	52	39,0	21,6
Agents de service des établissements de santé	52	22,3	11,6
Infirmiers en soins généraux salariés	43	10,9	24,6
Aides médico-psychologiques et professions assimilées	52	5,2	4,4
Cuisiniers et ouvriers qualifiés de la restauration	63	3,7	1,5
Auxiliaires de vie sociale	56	3,3	8,3
Animateurs socio-culturels et de loisirs	43	2,5	1,8
Directeurs et cadres du travail social et de l'animation socio-culturelle	43	2	4,1
Employés de la fonction publique (secrétariat, gestion, comptabilité)	52	1,9	4,9
Médecins salariés hospitaliers	34	1,8	7,0
Cadres de santé	43	1,6	2,7
Employés polyvalents de la restauration, aides de cuisine	56	1,4	0,9
Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non médecins)	31	1,3	2,8
Agents d'accueil et de guichet des administrations publiques	52	1,1	0,8

Source : enquêtes Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés dans le secteur des Ehpad, salariés, France entière (logements ordinaires)

CS2 : catégorie socioprofessionnelle à deux chiffres. Le premier chiffre correspond au groupe professionnel (3x Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4x Professions intermédiaires ; 5x Employés ; 6x Ouvriers)

Ces deux professions représentent près de 55 % des emplois en Ehpad, une proportion comparable à ce qui peut être observé sur la période 2014-2020 (Tableau 50).

Tableau 50. Professions les plus représentées dans le secteur des Ehpad, en % (2013-2020)

Profession détaillée	CS2	Ehpad	Santé hors Ehpad
Aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé)	52	37,0	17,8
Agents de service hospitaliers (de la fonction publique ou du secteur privé)	52	28,6	13,5
Infirmiers en soins généraux, salariés	43	9,8	20,7
Aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales	56	6,6	22,3
Cuisiniers et commis de cuisine	63	4,3	1,6
Aides médico-psychologiques	52	3,8	2,6
Animateurs socioculturels et de loisirs	43	1,8	2,2
Cadres infirmiers et assimilés	43	1,5	2,8
Adjoints administratifs de la fonction publique (y,c, enseignement)	52	1,5	5,6
Assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, aides de techniciens médicaux	52	1,3	2,7
Cadres de l'intervention socio-éducative	43	1,2	1,8
Médecins hospitaliers sans activité libérale	34	1,0	5,1
Ouvriers qualifiés d'entretien général des bâtiments	63	0,8	0,6
Employés des services comptables ou financiers	54	0,8	0,8

Source : enquêtes Emploi, INSEE, 2013-2020

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

CS2 : catégorie socioprofessionnelle à deux chiffres (3. Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4. Professions intermédiaires ; 5. Employés ; 6. Ouvriers)

Note : Le changement de nomenclature opéré en 2021 ne concerne pas les aides-soignants, les agents de services hospitaliers, les infirmiers en soins généraux. Pour ces professions précises, et centrales dans le fonctionnement des Ehpad, les proportions sont directement comparables entre la période 2021-2022 et la période 2013-2020.

D'autres professions fortement représentées dans les Ehpad ont été redessinées, comme les « aides à domicile, aides ménagères, travailleuses familiales » (2013-2020) qui sont séparées en deux professions à partir de 2021 (« Auxiliaires de vie sociale » et « Autres employés d'aide à domicile et accueillants familiaux »)

La structure socioprofessionnelle dans le secteur des Ehpad est donc celle d'une pyramide à très large base. Les aides-soignants (employés qualifiés) et les agents de service hospitalier (employés non qualifiés) représentent plus de la moitié des emplois contre moins d'un tiers dans les autres secteurs de la santé. Le poids des infirmiers en soins généraux, au travail duquel celui des aides-soignantes est en grande partie subordonné, est deux à deux fois et demi plus élevée dans les secteurs de la santé hors Ehpad que dans le secteur des Ehpad. Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont très nettement sous-représentées dans le secteur des Ehpad, notamment du fait que la présence médicale est limitée aux médecins coordinateurs eux-mêmes rarement salariés à temps plein des établissements. Les cadres de santé, qui jouent un rôle central d'encadrement de proximité dans les établissements, ne représentent que 1,6 % des emplois dans les Ehpad en 2021-2022 contre 2,7 % dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad. Enfin, les cadres supérieurs occupant des positions de direction administrative (cadres administratifs et techniques de la fonction publique et cadres des services administratifs et commerciaux des entreprises) ne

représentent en 2021 et 2022 que 2,6 % des emplois dans le secteur des Ehpad contre 6,5 % dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et 11,9% dans les secteurs hors santé.

Du fait de la sous-représentation des échelons supérieurs et intermédiaires du salarial dans le secteur des Ehpad, les segmentations se jouent moins entre travailleurs très qualifiés et travailleurs peu ou pas qualifiés qu'au sein même des catégories regroupant des emplois d'exécution. Dans le contexte des Ehpad, il est important de bien distinguer les fractions les plus qualifiées des emplois peu qualifiés des autres. Ainsi, les aides-soignants sont bien des employés qualifiés (Amossé et Chardon, 2003) contrairement aux agents de service hospitaliers. Depuis 2021, l'enquête Emploi permet d'ailleurs d'identifier les employés « qualifiés » des « peu qualifiés » (Tableau 51).

Tableau 51. Part d'employés selon le niveau de qualification dans le secteur des Ehpad, en % (2021-2022)

	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
Employés qualifiés	43,7	21,1	13,5
Employés peu qualifiés	26,9	23,3	9,2

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

Les employés qualifiés représentent 61,9 % des employés travaillant dans le secteur des Ehpad, une proportion légèrement supérieure à celle constatée dans les secteurs hors santé (59,5 %) et dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad (47,5 %). Le rôle joué par les employés qualifiés comme échelon à part entière de la hiérarchie socioprofessionnelle est une spécificité du secteur des Ehpad par rapport aux autres secteurs de la santé.

A l'issue de ce premier tableau socioprofessionnel, il apparaît indispensable d'étudier le secteur des Ehpad en le considérant pour ce qu'il est, à savoir un segment particulier de l'emploi peu qualifié dans lequel le travail subordonné est largement majoritaire. Les caractéristiques sociodémographiques des personnes travaillant dans le secteur des Ehpad reflètent aussi la nature des emplois qu'elles y occupent.

3.1.2 Portrait sociodémographique

Les professions qui composent le monde professionnel des Ehpad sont essentiellement des professions très majoritairement occupées par des femmes. A ce titre, il n'est pas surprenant de constater que l'écrasante majorité des professionnels du secteur des Ehpad sont des professionnelles (Tableau 52).

Tableau 52. Part de femmes parmi les actifs occupés salariés par secteur d'emploi, en %
(2009-2022)

Année	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
2009	86,1	81,6	44,6
2010	86,7	80,5	44,7
2011	88,6	80,8	44,6
2012	86,0	80,8	44,7
2013	87,9	81,3	44,4
2014	87,8	82,0	44,4
2015	88,4	82,1	44,4
2016	87,4	81,3	44,5
2017	86,5	80,6	44,2
2018	87,1	80,5	44,7
2019	84,5	80,6	45,1
2020	85,6	80,0	45,0
2021	84,8	80,4	45,7
2022	86,4	80,7	45,6

*Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022
Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)*

Le secteur des Ehpad compte de 84,5 % à 88,6 % de femmes sur la période étudiée (2009-2022) soit environ deux fois plus que dans les secteurs hors santé mais aussi de 6 à 11 points de plus que dans les secteurs de la santé et de l'action sociale hors Ehpad. Ces écarts peuvent s'être légèrement resserrés d'une année sur l'autre mais restent remarquables sur l'ensemble de la période.

Très féminisée, la population des individus travaillant dans le secteur des Ehpad est aussi légèrement plus jeune que dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad (Tableau 53).

Tableau 53. Âge moyen des actifs occupés par secteur d'emploi, en années (2009-2022)

Année	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
2009	39,7	41,3	39,7
2010	40,7	41,6	39,9
2011	41,3	41,9	40,1
2012	40,6	42,0	40,5
2013	40,8	42,3	40,6
2014	41,8	42,6	40,7
2015	42,2	42,7	40,8
2016	41,6	42,6	41,0
2017	41,3	42,8	41,0
2018	41,4	42,5	41,1
2019	41,5	42,5	41,2
2020	42,0	42,6	41,5
2021	43,2	43,0	41,8
2022	43,0	43,2	41,6

Source : Enquêtes Emploi, INSEE, 2009-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Sur l'ensemble de la période étudiée, l'âge moyen des salariés du secteur des Ehpad est inférieur à celui des salariés du secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad. On note cependant que les écarts se resserrent, jusqu'à s'inverser en 2012. Les salariés des secteurs de la santé, Ehpad et hors Ehpad, sont dans l'ensemble plus âgés que les salariés des secteurs d'emploi hors santé.

Enfin, la population des salariés travaillant dans le secteur des Ehpad peut aussi être caractérisée par les configurations familiales dans lesquelles elles vivent (tableau 54).

Tableau 54. Composition familiale du ménage des actifs occupés par secteur, en % (2009-2022)

Année	Familles monoparentales			Couples avec enfants		
	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
2009	9,8	9,4	7,0	50,5	51,7	53,1
2010	11,2	9,7	7,2	50,7	51,5	52,5
2011	13,4	9,9	7,2	49,4	50,7	51,9
2012	12,1	9,8	7,1	49,2	50,8	52,1
2013	11,8	10,0	7,2	48,6	48,9	51,6
2014	10,6	10,9	7,7	53,5	48,7	51,7
2015	12,0	10,7	8,1	49,2	48,6	51,7
2016	11,6	10,7	8,1	50,3	49,0	51,3
2017	12,9	10,6	8,2	50,1	47,9	51,3
2018	12,7	11,3	8,7	48,3	47,3	50,1
2019	12,3	11,7	8,8	45,6	46,8	49,6
2020	14,3	11,7	8,9	47,0	46,6	49,5
2021	12,5	11,4	9,0	45,4	43,3	46,6
2022	14,4	10,9	8,9	46,2	44,1	47,0

Source : enquête Emploi, INSEE, 2009-2022

Champ : actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

Sur l'ensemble de la période, à l'exception de l'année 2014, les personnes vivant en couple avec enfants sont légèrement sous-représentées dans le secteur des Ehpad par rapport aux autres secteurs. Par contre, les personnes vivant en famille monoparentale sont sur-représentées dans le secteur des Ehpad par rapport au secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad, et encore plus par rapport aux secteurs hors santé. Au total, les personnes travaillant dans le secteur des Ehpad sont plus nombreuses à vivre dans des configurations familiales qui sont plus susceptibles de soulever la question de la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Une troisième dimension qui caractérise la population des salariés travaillant dans le secteur des Ehpad est le type d'espace dans lequel ils résident (Tableau 55).

Tableau 55. Type d'espace de résidence des actifs occupés par secteur, en % (2013-2022)

Année	Commune n'appartenant pas à un pôle urbain (périurbain ou espace rural)			Commune rurale		
	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
2013	37,3	33,2	31,7	9,1	3,4	3,1
2014	41,0	32,7	31,9	7,3	3,2	3,2
2015	45,3	32,7	33,1	7,6	3,7	3,1
2016	44,1	32,8	33,0	9,1	4,1	3,4
2017	44,8	34,0	32,9	9,7	3,8	3,3
2018	40,2	33,2	32,5	10,6	3,2	3,3
2019	40,2	32,4	32,2	7,3	3,7	3,4
2020	37,5	33,2	31,4	10,2	4,3	3,2
2021	51,8	45,3	42,1	12,2	6,2	5,7
2022	46,4	45,3	42,0	11,7	5,8	5,1

Source : enquête Emploi, INSEE, 2013-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Note : Les données de localisation détaillées ne sont pas disponibles avant 2013 et le changement de nomenclature occasionne une rupture de série en 2021.

En effet, la part de salariés résidant dans une commune située dans un espace périphérique, qu'il soit périurbain ou rural, est supérieure dans le secteur des Ehpad à celle qui est constatée dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et dans les secteurs d'emploi hors santé. Si l'écart, notamment avec le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad, n'est que de quelques points concernant la part de salariés résidant dans une commune périurbaine, la part de salariés résidant dans une commune rurale est de deux à trois fois plus élevée parmi les salariés des Ehpad que parmi les salariés des autres secteurs. Les salariés du secteur des Ehpad sont donc recrutés dans des espaces plus souvent périphériques, ce qui peut être autant lié à la situation particulière des Ehpad (dont on a vu qu'ils étaient, tous statuts confondus, répartis de manière assez uniforme entre les différents types d'espaces) qu'aux choix résidentiels propres à la population qui compose ces salariés du secteur des Ehpad.

Le portrait socioprofessionnel et sociodémographique des salariés du secteur des Ehpad dégage des lignes de force claires mais qui restent liées les unes aux autres. La part importante de femmes dans cette population est liée à la surreprésentation des employés, catégorie socioprofessionnelle majoritairement composée de femmes, elle-même liée à des niveaux de qualification bas par exemple. Une analyse toutes choses égales par ailleurs de la probabilité de travailler en Ehpad plutôt que non permet distinguer ce qui relève de l'effet des différentes variables qui permettent de décrire cette population (Tableau 56).

Tableau 56. Modélisation toutes choses égales par ailleurs de la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad (2021-2022)

	Modèle 1 ref= santé hors Ehpad	Modèle 2 ref= hors santé
Constante	ns	ns
Âge (ref= 40-49 ans)		
Moins de 30 ans	0,24***	0,08**
30-39 ans	ns	0,11***
50-59 ans	ns	ns
60 ans ou plus	-0,15***	ns
Sexe (ref= Homme)		
Femme	0,15***	0,78***
Configuration familiale du ménage (ref= Personne seule)		
Famille monoparentale	0,22***	0,17***
Couple sans enfant	-0,08**	ns
Couple avec enfant(s)	ns	ns
Autre	ns	ns
Lien à la migration (ref=Ni immigré, ni descendant d'immigré)		
Immigré	0,23***	0,32***
Descendant d'immigré	-0,16***	-0,20***
Groupe socioprofessionnel (ref = Professions intermédiaires)		
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	ns	ns
Cadres et professions intellectuelles supérieures	ns	ns
Employés	ns	ns
Ouvriers	ns	ns
Diplôme (ref= Baccalauréat ou équivalent)		
Diplôme supérieur long (bac +3 et supérieur)	-0,47***	-0,53***
Supérieur court (bac +2)	-0,51***	-0,35***
CAP, BEP ou équivalent	0,34***	0,79***
Aucun diplôme, CEP ou brevet des collèges	-0,21***	ns
Non réponse	1,01***	0,49**
Tranche de taille de l'unité urbaine de la commune de résidence (ref = 20 000 à 199 999 habitants)		
Commune hors unité urbaine	ns	ns
Unité urbaine de 2 000 à 19 999 habitants	ns	ns
Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants	ns	ns
Unité urbaine de Paris	ns	ns
Catégorie de la commune de résidence (ref = commune-centre d'un pôle)		
Commune appartenant à la banlieue d'un pôle	0,14***	0,10**
Commune de la couronne	-0,18***	-0,19***
Commune hors attraction des villes	0,16***	0,22***
Année (ref= 2022)		
2021	ns	-0,04***

Champ : ensemble des actifs occupés, France entière (logements ordinaires)

Source : enquête Emploi, INSEE, version FPR, 2021 et 2022

Modélisation par régression logistique généralisée, pondération normalisée par année.

Un coefficient supérieur à zéro (respectivement : inférieur à zéro) indique un effet positif (respectivement : négatif) sur la probabilité de présenter la caractéristique modélisée plutôt que la valeur de référence.

******* : coefficient significatif au seuil de 1 % ; ****** : coefficient significatif au seuil de 5 % ; ***** : coefficient significatif au seuil de 10 % ; **ns** : coefficient non significatif

*Lecture : le fait d'être une femme plutôt qu'un homme augmente la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un secteur hors santé (coefficient de 0,78 ***) et, mais dans une moindre mesure, la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad (0,15 ***)*

On a modélisé ici d'une part la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un autre secteur de la santé (modèle 1) et d'autre part la probabilité de travailler dans un Ehpad plutôt que dans un secteur hors santé (modèle 2). Les résultats des deux modèles sont globalement comparables : les caractéristiques ayant un effet significatif, qu'il soit positif ou négatif, sur la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un secteur hors santé ont aussi un effet significatif, de la même nature, sur la probabilité de travailler dans un Ehpad plutôt que dans un autre secteur de la santé. Tout au plus peut-on constater que les coefficients sont plus ou moins élevés d'un modèle à l'autre.

On constate ensuite que ni la catégorie socioprofessionnelle ni la taille de l'unité urbaine à laquelle appartient la commune de résidence n'ont d'effet significatif toutes choses égales par ailleurs sur la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un autre secteur. Le potentiel effet de ces variables est neutralisé par la prise en compte du diplôme pour l'une, et du type d'espace pour l'autre.

Toutes choses égales par ailleurs, plusieurs caractéristiques ont un effet significatif sur le fait de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un autre secteur, qu'il s'agisse d'un secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad ou d'un secteur hors santé. C'est le cas d'être immigré, d'être adulte dans une famille monoparentale, de vivre dans une commune de la banlieue d'un pôle urbain ou dans une commune rurale, de détenir un diplôme d'un niveau inférieur au baccalauréat ou encore d'être une femme. On note par ailleurs que, malgré l'élévation de l'âge moyen des salariés du secteur des Ehpad, le fait d'être âgé de moins de 30 ans a un effet positif sur la probabilité de travailler dans ce secteur plutôt que dans un autre. Ces résultats confirment dans les observations tirées des statistiques descriptives produites sur ces mêmes variables. On peut en conclure qu'il s'agit bien là des caractéristiques centrales de la population des individus travaillant dans le secteur des Ehpad.

Enfin, certaines caractéristiques ont un effet négatif sur la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un autre secteur de la santé, mais pas sur la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad plutôt que dans un secteur hors santé. C'est le cas du fait d'être âgé de 60 ans, de vivre dans un ménage composé d'un couple sans enfants ou encore de présenter le plus bas niveau de diplôme. Ces caractéristiques permettent donc de distinguer particulièrement la population des personnes travaillant en Ehpad et celle des personnes travaillant dans d'autres secteurs de la santé.

Les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad présentent donc un profil sociodémographique et socioprofessionnel spécifique confirmé par l'analyse toutes choses égales par ailleurs : plutôt jeune, féminin, peu qualifié, en famille monoparentale, immigré, résidant en banlieue ou dans l'espace rural. L'ensemble de ces caractéristiques contribue à dessiner les contours d'une fraction particulièrement subordonnée voire fragile du salariat. La question est maintenant de savoir si les salariés du secteur des Ehpad connaissent des conditions d'emploi particulières ou non.

3.1.3 Conditions d'emploi

Tout d'abord, nous pouvons examiner la part d'individus occupant un CDI parmi les salariés du secteur des Ehpad (Tableau 57).

Tableau 57. Part de salariés occupant un emploi en CDI par secteur d'emploi, en % (2009-2022)

Année	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
2009	75,8	87,2	87,4
2010	75,2	87,1	86,7
2011	79,6	87,8	86,2
2012	76,7	87,6	86,3
2013	79,5	87,5	86,4
2014	77,5	87,4	86,2
2015	77,7	86,2	85,5
2016	75,5	86,2	85,3
2017	74,0	85,9	84,6
2018	78,5	85,4	84,7
2019	76,8	85,3	85,0
2020	76,8	85,4	86,1
2021	77,3	84,4	84,5
2022	75,3	84,2	83,3

Source : enquête Emploi, INSEE, 2009-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Note : la catégorie « CDI » inclut les fonctionnaires

Avec moins de 80% de salariés occupant un emploi stable (CDI ou fonctionnaire) depuis 2009, le secteur des Ehpad se distingue particulièrement du secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad où ce taux, certes en légère baisse depuis 2009, s'établit encore à plus de 84 % en 2022.

Si les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad sont moins souvent en CDI que dans les autres secteurs, ils sont aussi largement plus souvent à temps partiel que dans les secteurs hors santé (Tableau 58).

Tableau 58. Part de salariés en temps partiel par secteur d'emploi, en % (2009-2022)

Année	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
2009	26,1	28,0	16,7
2010	30,0	29,5	17,0
2011	28,3	29,0	17,0
2012	28,9	29,4	16,9
2013	31,6	31,6	17,3
2014	30,3	31,3	17,3
2015	28,9	31,9	17,2
2016	28,3	32,5	17,1
2017	30,7	31,6	17,4
2018	27,3	30,1	16,7
2019	27,0	30,0	16,6
2020	27,0	28,0	15,7
2021	26,6	28,9	16,0
2022	25,4	28,0	15,3

Source : enquête Emploi, INSEE, 2009-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

De fait, on peut compter plus de 30% de salariés du secteur des Ehpad à temps partiel en 2010, 2013, 2014 et 2017 alors que la part de salariés à temps partiel dans les secteurs hors santé s'établir entre 15,3 % et 17,4 %. Il reste que le temps partiel est presque systématiquement et légèrement sous-représenté parmi les salariés du secteur des Ehpad par rapport au secteur de la santé hors-Ehpad.

La spécificité des situations d'emploi à temps partiel dans le secteur des Ehpad est plutôt à aller chercher dans la liste des motifs sélectionnés par les individus pour expliquer le fait qu'ils travaillent à temps partiel (Tableau 59).

Tableau 59. Raison principale invoquée pour travailler à temps partiel par secteur d'emploi, en % (2021-2022)

	Ehpad	Santé hors Ehpad	Hors santé
N'a pas trouvé d'emploi à temps complet	31,2	24,8	26,7
Pour s'occuper de ses enfants ou d'un proche	26,7	27,6	22,1
Pour raison de santé ou de handicap	15,4	11,3	9,3
Pour avoir du temps libre	13,6	16,6	14,7
Autres (pour suivre des études ou d'une formation, pour disposer d'un revenu d'appoint, pour avoir du temps libre)	10,1	12,4	21,4
Exerce une autre activité professionnelle	3,0	7,2	5,8

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021 et 2022

Champ : actifs occupés, salariés, travaillant à temps partiel, France entière (logements ordinaires)

Les raisons invoquées pour travailler à temps partiel par les personnes travaillant dans le secteur des Ehpad expriment des formes de contrainte qui s'imposent à elles. Ces contraintes peuvent être d'ordre privé : les raisons de santé ou de handicap sont nettement surreprésentées dans le secteur des Ehpad par rapport au secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad comme des secteurs hors santé (15,4 % contre respectivement 11,3 % et 9,3 %) et le fait de pouvoir s'occuper de ses enfants ou d'un proche (26,7 %) est situé à peine inférieur à celui du secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad (27,6 %) et supérieur à celui du secteur hors santé (22,1 %). La part d'individus citant comme motif « n'a pas trouvé d'emploi à temps complet » est aussi nettement supérieure dans le secteur des Ehpad (31,2 %) à celle qui est mesurée dans les autres secteurs, ce qui invite à interroger la nature des emplois effectivement proposés aux salariés dans le secteur des Ehpad. Les motifs correspondant à des situations de temps partiel pouvant être interprétées comme plus choisies, comme le fait de chercher à avoir du temps libre ou les motifs regroupés dans la catégorie « autres » sont au contraire sous-représentés parmi les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad.

La situation des salariés du secteur des Ehpad dans l'emploi peut aussi être approchée par leur ancienneté (Tableau 60).

Tableau 60. Part de salariés ayant moins d'un an d'ancienneté dans leur emploi par secteur d'emploi, en % (2021-2022)

Année	Ehpad	Santé	Hors santé
2009	15,3	11,4	11,1
2010	16,8	11,1	11,2
2011	14,2	10,5	11,9
2012	16,5	11,2	11,8
2013	16,0	10,1	11,1
2014	12,8	9,5	11,1
2015	12,3	9,9	11,4
2016	14,8	10,0	12,1
2017	14,1	10,6	13,0
2018	11,1	11,1	13,6
2019	16,9	12,0	14,9
2020	14,9	12,0	13,5
2021	16,6	14,4	16,2
2022	19,5	14,7	18,0

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021 et 2022
Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Sur l'ensemble de la période, mise à part une année 2018 atypique, la part de salariés déclarant une ancienneté inférieure à un an est nettement supérieure dans le secteur des Ehpad à ce qu'elle est dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad. L'écart est de 4,8 points en 2022 et atteint 5,9 points en 2013. La part de salariés ayant moins d'un an d'ancienneté a suivi une tendance à la baisse de 2009 à 2018 avant d'augmenter de 2018

à 2022. En parallèle, la part de salariés ayant moins d'un an d'ancienneté a légèrement diminué de 2009 à 2014 dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et est restée stable sur la même période dans les secteurs hors santé, avant d'augmenter dans ces deux secteurs à partir de 2014. Au final, l'augmentation de la part d'individus déclarant une ancienneté inférieure à un an est commune à tous les secteurs d'emploi. Si, en niveau, elle est supérieure dans le secteur des Ehpad à ce qu'elle peut être dans d'autres secteurs, cet écart s'inscrit depuis 2018 dans une tendance à la hausse partagée par tous les secteurs. Le plus grand turn-over dans le secteur des Ehpad se décline de manière différente dans les professions les plus représentées du secteur (Tableau 61)

Tableau 61. Ancienneté comparée des professions les plus représentées dans le secteur des Ehpad (2021-2022)

Profession	Part dans l'emploi du secteur des Ehpad (en %)	Part de salariés déclarant une ancienneté inférieure à un an (en %)	
		Ehpad	Santé hors Ehpad
Aides-soignants	39,0	16,9	10,7
Agents de service des établissements de santé	22,3	21,4	15,6
Infirmiers en soins généraux salariés	10,9	16,6	12,3
Aides médico-psychologiques et professions assimilées	5,2	12,8	14,0
Cuisiniers et ouvriers qualifiés de la restauration	3,7	19,1	11,7
Auxiliaires de vie sociale	3,3	26,5	14,9
Animateurs socio-culturels et de loisirs	2,5	30,4	28,2
Directeurs et cadres du travail social et de l'animation socio-culturelle	2,0	11,2	7,5
Employés de la fonction publique	1,9	13,6	8,5
Médecins salariés hospitaliers	1,8	10	5,7
Cadres de santé	1,6	7,3	6,3
Employés polyvalents de la restauration, aides de cuisine	1,4	23,7	16,5
Psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes	1,3	18,6	9,4
Agents d'accueil et de guichet des administrations publiques	1,1	12,2	13,6

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés, salariés, travaillant dans le secteur de la santé, France entière (logements ordinaires)

La part de salariés déclarant une ancienneté inférieure à un an est plus élevée dans le secteur des Ehpad que dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad pour toutes les professions les plus représentées dans le secteur des Ehpad, à l'exception des aides médico-psychologiques et des agents d'accueil et de guichet. Elle est plus élevée de 60 % pour les aides-soignants mais aussi les cuisiniers, de 40 % pour les agents de service, et jusqu'à 80 % pour les auxiliaires de vie sociale et les médecins salariés hospitaliers voire 100 % pour les psychologues. Dans l'ensemble, les établissements du secteur des Ehpad semble donc avoir des difficultés, ne serait-ce que relativement aux autres secteurs de la santé et de l'action, sociale, à fixer dans l'emploi les salariés des professions les plus

représentées dans le secteur. L'examen des conditions de travail dans les Ehpad pourrait éclairer cette instabilité.

3.1.4 Conditions de travail et rapport au travail

L'enquête Emploi fournit un certain nombre de variables qui permettent d'identifier les conditions de travail des salariés mais aussi le rapport que ceux-ci peuvent entretenir avec leur travail. On peut ainsi calculer la part de salariés déclarant travailler le dimanche, dans le secteur des Ehpad comme dans les autres secteurs (Tableau 62).

Tableau 62. Part de salariés déclarant travailler le dimanche par secteur d'emploi, en % (2009-2022)

Année	Ehpad	Santé	Hors santé
2009	82,0	45,4	24,5
2010	78,4	45,1	24,9
2011	79,5	44,5	25,8
2012	80,2	44,4	25,5
2013	68,5	32,1	15,3
2014	67,3	32,2	15,6
2015	68,8	31,8	15,9
2016	68,9	32,9	16,1
2017	68,8	32,3	16,5
2018	70,3	31,8	16,2
2019	70,4	33,1	16,5
2020	69,5	31,4	14,3
2021	75,1	35,0	17,0
2022	73,4	34,2	18,1

Source : enquête Emploi, 2009-2022, INSEE

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Note : la formulation de la question a changé en 2013 puis en 2020, occasionnant deux ruptures de série.

Deux ruptures de série en 2013 et 2020 rendent difficile de mesurer l'évolution dans le temps du fait de travailler le dimanche. Il reste que la part de salariés concernés par le travail le dimanche est, sur l'ensemble de la période, environ deux fois plus élevée dans le secteur des Ehpad que dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et de trois à presque cinq fois plus élevée que dans les secteurs hors santé. En 2021 et 2022, trois quarts des salariés travaillant dans le secteur des Ehpad déclarent avoir travaillé le dimanche au cours des quatre dernières semaines. Il s'agit d'un des taux les plus élevés relevé parmi tous

les secteurs d'activité⁸⁷. Travailler le dimanche est donc un trait caractéristique saillant du travail en Ehpad.

Une autre forme d'organisation du travail qui peut caractériser les conditions de travail des actifs occupés est le travail de nuit (Tableau 63).

Tableau 63. Part de salariés déclarant travailler de nuit (entre minuit et cinq heures du matin) par secteur d'emploi, en % (2009-2022)

Année	Ehpad	Santé	Hors santé
2009	21,4	20,8	14,4
2010	20,0	20,2	14,4
2011	18,8	19,9	14,8
2012	19,3	20,2	14,6
2013	12,5	12,4	8,6
2014	11,5	12,2	8,8
2015	14,5	11,6	8,8
2016	13,3	12,9	9,0
2017	12,3	11,1	8,7
2018	13,6	11,5	8,7
2019	12,0	13,2	8,9
2020	13,3	12,6	7,3
2021	10,9	13,6	9,2
2022	11,3	14,8	9,8

Source : enquête Emploi, 2009-2022, INSEE

Champ : actifs occupés, salariés, France entière

Note : la formulation de la question a changé en 2013 puis en 2020, occasionnant deux ruptures de série.

La question permettant d'identifier le travail de nuit a elle aussi changé en 2013 et 2020, occasionnant deux ruptures de séries qui rendent délicate la mesure d'une évolution sur l'ensemble de la période étudiée. Jusqu'en 2021, la part de salariés déclarant travailler la nuit se situe à des niveaux globalement comparables dans le secteur des Ehpad et dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad, niveaux nettement supérieurs à ce qui est mesuré dans les autres secteurs d'activité. En 2021 et 2022, la prévalence du travail de nuit dans le secteur des Ehpad reste légèrement supérieure à celle qui est mesurée dans les secteurs hors santé mais devient inférieure à celle qui est mesurée dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad. Le travail de nuit joue donc un rôle moins net que le travail le dimanche pour caractériser les conditions de travail dans le secteur des Ehpad. A partir de 2021, il est possible de mesurer plus finement les conditions de travail des salariés dans le secteur des Ehpad d'une part en mobilisant de nouvelles questions intégrées au

⁸⁷ Seuls les secteurs de l'élevage, des secteurs associés aux loisirs (casinos, campings...) ou aux transports ainsi que la catégorie « sage-femmes et infirmiers » déclarent des taux de travail le dimanche supérieur à ceux constatés dans le secteur des Ehpad.

questionnaire, d'autre part en introduisant une distinction entre Ehpad publics et Ehpad privés⁸⁸. On peut ainsi décliner les variables décrivant les conditions de travail (Tableau 64).

Tableau 64. Conditions de travail par secteur d'emploi détaillé, en % (2021-2022)

	Secteur d'emploi détaillé			
	Ehpad publics	Ehpad privés	Santé hors Ehpad	Hors santé
Occuper un emploi précaire	26,4	21,2	15,7	16,1
Travailler à temps partiel	25,7	26,3	28,4	15,6
Travailler la nuit	12,8	9,2	13,3	9,9
Travailler le dimanche	76,4	71,7	34,7	20,5
Avoir moins d'un an d'ancienneté	13,9	22,2	13,7	16,2
Cumuler au moins deux emplois	2,6	3,3	8,2	3,9
Être employé ou ouvrier en situation d'encadrement	16,1	14,6	10,3	18,5

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Introduire le statut de l'établissement employeur révèle d'importants écarts entre le secteur des Ehpad publics et celui des Ehpad privés. La part d'emplois précaires (CDD, stage, intérim...), le travail de nuit, le travail le dimanche sont plus représentés dans le secteur des Ehpad publics que dans celui des Ehpad privés. Le fait d'être un employé ou un ouvrier en situation d'encadrement (« superviser le travail d'autres salariés ») est aussi plus fréquent dans les Ehpad publics (16,1 %) que dans les Ehpad privés (14,6 %) et dans les Ehpad en général que dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad (10,3 %). La part de salariés travaillant à temps partiel est comparable entre le secteur des Ehpad privés et publics, et légèrement inférieure à celle du secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad. Malgré tout, c'est dans le secteur des Ehpad privés que la part de salariés ayant moins d'un an d'ancienneté est la plus élevée. De plus, les salariés sont plus nombreux à exprimer une volonté de mobilité externe dans le secteur des Ehpad privés que dans celui des Ehpad publics (Tableau 65).

⁸⁸ Les données disponibles dans l'enquête Emploi ne permettent pas de distinguer le secteur privé non-lucratif et le secteur privé commercial.

Tableau 65. Recherche ou souhait d'un autre emploi par secteur d'emploi détaillé, en %
(2021-2022)

	Secteur d'emploi détaillé			
	Ehpad publics	Ehpad privés	Santé hors Ehpad	Autres
Recherche active ou souhait d'un autre emploi				
Oui	4,7	9,1	7,7	7,3
Démarches actives de recherche d'emploi				
Oui, en remplacement de son emploi	3,2	4,1	4,0	4,4
Oui, en complément de son emploi	0,6	0,9	1,5	0,9
Oui, en remplacement ou en complément de son emploi	0,6	1,1	0,9	0,8
Souhait d'un autre emploi (si recherche active d'un autre emploi= « non »)				
Oui en remplacement de son emploi	13,1	14,8	13,4	13,3
Oui en complément de son emploi	0,7	1,4	3,1	1,7
Oui en remplacement ou en complément de son emploi	1,1	2,3	1,1	1,1

Source : enquête Emploi, 2021-2022, INSEE

Champ : actifs occupés, salariés, France entière

En effet, les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad publics sont moins nombreux que ceux de tous les autres secteurs à chercher activement ou souhaiter chercher un autre emploi (4,7 % contre 9,1 % dans le secteur des Ehpad privés, 7,7 % dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad, 7,3 % dans les autres secteurs d'emploi). Les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad privés ne sont cependant pas particulièrement nombreux à chercher activement un autre emploi (4,1 % contre 4 % dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et 4,4 % dans les autres secteurs), mais la part de ceux qui souhaitent chercher un autre emploi, notamment en remplacement de leur emploi actuel, est nettement plus élevée que dans tous les autres secteurs (14,8 %). Si cette variable peut raisonnablement être interprétée comme un indicateur d'insatisfaction au travail et de tensions sur les conditions de travail et d'emploi, elle révèle que celles-ci sont particulièrement concentrées dans les Ehpad publics.

Afin de distinguer l'effet de chaque secteur d'emploi sur les indicateurs de conditions de travail et d'emploi, et de neutraliser les effets liés aux éventuelles différences de profil des salariés qui y travaillent, on a procédé à une série d'analyses toutes choses égales par ailleurs (Tableau 66).

Tableau 66. Effet toutes choses égales par ailleurs du fait de travailler dans le secteur des Ehpad sur les conditions de travail et rapport au travail (2021-2022)

	Secteur d'emploi détaillé (ref= secteur hors santé)		
	Ehpad publics	Ehpad privés	Santé hors Ehpad
Travailler la nuit (ref= non)	0,19 ***	-0,09 ***	0,39 ***
Travailler le dimanche (ref= non)	1,22 ***	1,00 ***	-0,61 ***
Occuper un emploi précaire (ref= occuper un CDI)	0,41 ***	ns	-0,26 ***
Travailler à temps partiel (ref= à temps plein)	-0,10 ***	-0,11 ***	0,30 ***
Cumuler au moins deux emplois (ref= occuper un seul emploi)	-0,87 ***	-0,26 ***	0,90 ***
Chercher ou souhaiter un autre emploi (ref= non)	-0,39 ***	0,28 ***	0,07 ***
Avoir moins d'un an d'ancienneté (ref= un an ou plus)	-0,32 ***	0,31 ***	-0,05 ***

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Modélisation par régression logistique, pondérations normalisées

Les variables de contrôle introduites dans le modèle sont l'âge, le sexe, le lien à l'immigration, le niveau de diplôme, le temps de travail (sauf pour la ligne « travailler à temps partiel »), la catégorie d'espace de la commune de résidence, l'année d'enquête

Le secteur des Ehpad publics et des Ehpad privés se distinguent en matière de conditions de travail. Toutes choses égales par ailleurs, le fait d'y travailler, plutôt que dans un secteur hors santé, a un effet négatif sur la probabilité d'être à temps partiel ou de cumuler au moins deux emplois. Par ailleurs, si le fait de travailler dans chacun de ces secteurs plutôt que dans un secteur hors santé a un effet positif fort sur la probabilité de travailler le dimanche, seul le secteur des Ehpad privés a un effet positif sur la probabilité de travailler de nuit. De même, le fait de travailler dans le secteur des Ehpad publics a un effet positif sur la probabilité d'occuper un emploi précaire mais pas le fait de travailler dans le secteur des Ehpad privés. Au final, le fait de travailler dans le secteur des Ehpad publics plutôt que dans un secteur hors santé diminue toutes choses égales par ailleurs la probabilité de chercher ou souhaiter un autre emploi comme d'avoir moins un an d'ancienneté, alors que le fait de travailler dans le secteur des Ehpad privés a un effet positif sur ces deux probabilités. Les conditions de travail en Ehpad sont donc fortement différenciées entre le secteur public et le secteur privé.

3.1.5 Des rémunérations moins problématiques qu'il n'y paraît ?

Les conditions de travail et d'emploi sont indissociables de la question de la rémunération. Le niveau de rémunération dans le secteur des Ehpad est souvent mis en avant comme un des facteurs explicatifs de la crise de recrutement que traverserait le secteur. Il est donc important d'objectiver le niveau de rémunération dans le secteur des Ehpad publics et privés et de pouvoir le comparer avec celui des autres secteurs d'activité (Tableau 67)

Tableau 67. Salaire mensuel net des salariés dans l'emploi principal par secteur d'emploi, en % (2021-2022)

Indicateurs	Secteur d'emploi détaillé			
	Ehpad publics	Ehpad privés	Santé hors Ehpad	Hors santé
Premier décile	1 180	1 100	700	929
Premier quartile	1 460	1 300	1 200	1 400
Médiane	1 700	1 580	1 607	1 800
Troisième quartile	2 000	1 825	2 021	2 465
Neuvième décile	2 300	2 260	2 637	3 400
Moyenne	1 766	1 701	1 773	2 095

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Le salaire mensuel net moyen est nettement inférieur dans les secteurs des Ehpad publics (1 766 €) et privés (1 701 €) comme dans le secteur de la santé (1 773 €) par rapport aux autres secteurs (2 095 €). Le même constat peut être fait, avec des écarts légèrement resserrés, pour le salaire mensuel net médian. Seul le premier décile se situe à un niveau plus élevé dans le secteur des Ehpad publics et privés que dans les autres secteurs. La rémunération dans le secteur des Ehpad privés est inférieure à celle mesurée dans les Ehpad publics, notamment en ce qui concerne le premier quartile. Enfin, plus les niveaux de salarie sont élevés et plus la faiblesse des rémunérations dans les Ehpad est notable par rapport à celles mesurées dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad et, surtout, dans les autres secteurs d'emploi.

Il reste que la rémunération dépend largement des caractéristiques socioprofessionnelles des salariés. On a vu que le secteur de la santé en général et celui des Ehpad en particulier se caractérise par des emplois peu qualifiés et un salariat très féminisé, autant de facteurs qui sont associés à des rémunérations en moyenne plus faibles. Afin d'isoler l'effet de chaque secteur d'emploi sur les rémunérations, on a là aussi procédé à une analyse toutes choses égales par ailleurs (Tableau 68).

Tableau 68. Effet toutes choses égales par ailleurs du fait de travailler en Ehpad sur le salaire mensuel net des salariés selon le secteur d'emploi détaillé (2021-2022)

	Secteur d'emploi détaillé		
	Ehpad public	Ehpad privé	Santé
Niveau de rémunération (ensemble)	0,13 ***	0,09 ***	0,04 ***
Effets marginaux – profil « aide-soignante »	+224 €	+158 €	+63 €
Effets marginaux – profil « infirmière »	+299 €	+211 €	+84 €
Effets marginaux – profil « direction »	+477 €	+337 €	+134 €
Effet marginal en %	+13,4%	+9,4 %	+3,7%

Source : enquête Emploi, INSEE, 2021-2022

Champ : actifs occupés, salariés, France entière (logements ordinaires)

Modélisation par régression linéaire généralisée avec distribution de Poisson, pondérations normalisées

Lecture : toutes choses égales par ailleurs (sexe, âge, type de ménage, lien à l'immigration, ancienneté, temps de travail, statut dans l'emploi, travail du dimanche, type d'espace de résidence, taille de l'unité urbaine de résidence, année d'enquête), un individu présentant le profil « aide-soignante » gagnerait 224 € de plus dans un Ehpad public que dans un secteur d'emploi hors santé.

L'examen des effets marginaux (Encadré 1) réalisé ici consiste à évaluer l'effet du fait de travailler dans le secteur des Ehpad par rapport à un ensemble de caractéristiques de référence qui peuvent paraître assez irréelles (emploi en CDI, à temps plein, etc.)

Encadré 1. Analyse toutes choses par ailleurs et mesure des effets marginaux

Les effets marginaux correspondent à l'écart attendu de la valeur prise par la variable dépendante d'un modèle d'analyse toutes choses égales par ailleurs pour un jeu de caractéristiques précis.

Ici (Tableau 68), les effets marginaux correspondent à l'écart de rémunération en euros attendu pour une personne travaillant dans chaque secteur d'emploi (Ehpad public, Ehpad privé, Santé hors Ehpad) plutôt que dans un secteur hors santé.

Les effets marginaux sont détaillés pour trois profils-type :

- Profil « aide-soignante » : employés titulaires d'un diplôme CAP, BEP ou équivalent,
- Profil « infirmière » : professions intermédiaires titulaires d'un diplôme de niveau « supérieur court » (bac +2)
- Profil « direction » : cadres et professions intellectuelles supérieures titulaires d'un diplôme de niveau « supérieur long » (bac +3 ou supérieur)

Les autres caractéristiques de référence sont communes aux trois profils :

- Femme ;
- 40-49 ans ;
- En couple avec enfant(s) ;
- Ni immigrée ni descendante d'immigré ;
- Ayant de 1 à 4 ans d'ancienneté ;

- Travaillant à temps plein ;
- En CDI ou fonctionnaire ;
- Travailler le dimanche ;
- Résidant dans une commune-centre d'un pôle ;
- Résidant dans une unité urbaine de 20 000 à 199 999 habitants ;
- Ayant répondu à l'enquête Emploi 2022.

Ainsi, un individu présentant le profil « aide-soignante » ainsi que l'ensemble des caractéristiques de référence gagnerait 224 € de plus dans un Ehpad public que dans un secteur d'emploi hors santé soit un écart de +13,4 %

Les coefficients associés au fait de travailler dans le secteur des Ehpad publics et dans le secteur des Ehpad privés plutôt que dans un secteur d'emploi hors santé sont légèrement positifs et fortement significatifs. Ils sont par ailleurs plus élevés que le coefficient associé au fait de travailler dans le secteur de la santé et de l'action sociale hors Ehpad plutôt que dans un secteur hors santé. Toutes choses égales par ailleurs, le fait de travailler dans le secteur des Ehpad a donc un effet positif sur le niveau de rémunération des salariés. Les résultats de modèle, qui contrôle l'effet des caractéristiques socioprofessionnelles et sociodémographiques des salariés, retournent donc les conclusions qui pouvaient être tirées de la simple description des niveaux de rémunération.

Cette modélisation toutes choses égales par ailleurs du niveau de rémunération mensuel des salariés doit être interprétée avec prudence. Premièrement, le niveau de rémunération dans le secteur des Ehpad est ici modélisé avec pour référence celui des secteurs de la santé hors Ehpad. Connaissant les caractéristiques sociodémographiques et socioprofessionnelles qui distinguent les salariés du secteur des Ehpad, on peut penser que le niveau de salaire correspondant à ce que ces mêmes personnes pourraient trouver dans un secteur hors santé constitue une référence particulièrement basse⁸⁹. Par ailleurs, ces niveaux de salaires estimés par un modèle de régression sont calculés en prenant pour référence un ensemble de caractéristiques qui ne correspondent pas à la réalité des conditions d'emploi dans ce secteur : les salariés travaillant dans le secteur des Ehpad publics ou privés seraient effectivement mieux payés que dans un secteur hors santé s'il leur étaient proposés notamment des emplois en CDI et à temps plein, ce qui ne correspond pas à la réalité des conditions de travail et d'emploi dans ces secteurs⁹⁰. Enfin, le fait que le fait de travailler dans le secteur des Ehpad a toutes choses égales par ailleurs un effet légèrement positif sur le niveau des rémunérations ne signifie pas que le salaire de ceux et celles qui y travaillent peut être considéré ou ressenti comme juste : il faut par exemple l'apprécier à l'aune des conditions d'emploi, d'organisation de travail, ou encore de pénibilité qui ne sont pas intégrés au modèle. Il reste que l'objectivation des niveaux de rémunération invalide l'idée

⁸⁹ C'est d'ailleurs un raisonnement que les directrices emploient explicitement (voir *infra*)

⁹⁰ Le modèle contrôle par contre du fait de travailler le dimanche, qui peut avoir une influence sur le niveau des rémunérations.

que les salariés seraient comparativement moins bien payés dans les Ehpad que dans d'autres secteurs.

3.2 Une pénurie généralisée des professionnels ?

Les Ehpad, comme de nombreux établissements médicaux ou médico-sociaux, subissent depuis quelques années une difficulté à attirer et à garder leurs professionnels, notamment des professionnels de santé ou apparentés (infirmières, aides-soignantes, ASH). Fin 2015, 44 % des Ehpad déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, dont 63 % affirment avoir des postes non-pourvus depuis plus de 6 mois (Bazin, Muller, 2018).

Interrogés sur leurs personnels, les directrices de structures (Ehpad et concurrents) sont unanimes : il serait aujourd’hui très difficile de pourvoir les postes vacants, à plus forte raison les postes de titulaires (CDI pour les structures privées, fonctionnaires ou CDI pour les structures publiques). Cette pénurie concernerait tous les types de professionnels puisqu’en fonction des établissements, différentes catégories sont mentionnées : les médecins coordinateurs, les cadres de santé ou les infirmières coordinatrices, le personnel de restauration, etc. Cependant, les deux professions qui manquent le plus sont les soignantes qualifiées (les aides-soignantes et les infirmières) qui comptent parmi les effectifs les plus importants en termes de personnel puisqu’elles représentent 50 % des salariés travaillant dans le secteur des Ehpad en 2021 et 2022.

Ces difficultés de recrutement concernent tous les établissements, dans les deux départements, indépendamment de leur situation géographique ou de leur statut juridique. Les résidences autonomie et services et les accueils de jour cependant se disent un peu moins concernés, parce que ces structures proposent des conditions d’emploi favorables pour le secteur (horaires de jour, peu ou pas de soins d’hygiène et de confort à réaliser) et qu’elles fonctionnent avec des équipes plus réduites.

Pour expliquer ces difficultés de recrutement, trois types d’explications sont mises en avant :

- Une « crise des vocations » parmi les (jeunes) professionnels de santé
- Des conditions de travail peu attractives
- Des rémunérations trop faibles

3.2.1 Une « crise des vocations » parmi les professionnels de santé

La majorité des directrices de structure attribuent leurs difficultés de recrutement à une « crise des vocations » qui serait le fait des jeunes générations. Dans le discours des directrices d’Ehpad apparaît souvent une opposition implicite entre les « mauvaises » soignantes et les « bonnes ». Portant sur le « sérieux » des professionnelles et leur dévouement, cette dichotomie distingue les nouvelles entrantes sur le marché de l’emploi de la soignante « idéale », sans cependant se réduire totalement à un conflit générationnel ou que l’ensemble des néo-arrivantes soient considérées comme de « mauvaises » professionnelles.

Ces néo-arrivantes sont notamment réputées pour refuser de « s'engager » dans une structure, privilégiant l'intérim ou des contrats courts à des contrats à durée indéterminée (perçus comme garants d'un investissement de long terme dans la structure).

« [Les soignants] ne choisissent pas [un établissement]. Ils choisissent surtout le CDD et c'est pour ça qu'on est en difficulté. Et ils choisissent de papillonner d'un Ehpad à un autre. Moi, j'ai un peu du mal avec le principe. Parce que je me dis « Si on fait ce métier, c'est aussi pour apporter quelque chose aux résidents et que papillonner d'un Ehpad à un autre, on n'apporte rien en fait, on apporte juste la technique ». Et on ne connaît pas les résidents et je trouve ça dommage. On butine l'emploi maintenant. On a affaire à des abeilles qui butinent. » (Directrice 1, Ehpad privé commercial, 69)

Parfois assimilées à des « mercenaires », ces soignantes préféreraient toucher les primes de précarité et avoir un salaire nominal supérieur à celui qu'elles gagneraient en optant pour le CDI, tout en préservant leur liberté de se faire un planning de travail « à la carte » et de partir en vacances quand elles le souhaitent.

Dans les discours des directrices, l'avidité et la volonté de privilégier sa « liberté » sont souvent entremêlés. Les choix opérés par les « mercenaires du soin » sont appréhendés comme une menace pour l'institution, en raison du coût pour l'institution des contrats courts et de la déstabilisation des soins que ces derniers entraînent. En effet, il faut non seulement former ces personnels qui ne resteront que de manière temporaire dans la structure (ce qui représente une contrainte supplémentaire pour les équipes en place, déjà sous pression) et qui ne connaissent pas les résidents, mais en plus il faut composer avec leurs désiderats de ne pas travailler de nuit, ou le weekend, ou pendant les vacances scolaires, etc. Or, ces exigences en termes de planning de travail et/ou de salaire posent des problèmes d'équité avec l'équipe en CDI, qui ne bénéficient pas des mêmes avantages et qui se fatiguent en compensant les « manquements » des néo-arrivantes :

« On a maintenant de plus en plus des personnes qui arrivent et qui disent « Moi, tel soir ou tel jour je ne peux pas ». Qui posent (...) des conditions. [Certains] viennent en disant « Moi, je veux bien, mais je ne veux pas de week-ends ». Ça devient extrêmement compliqué. J'ai eu récemment « Le jeudi soir, ce n'est pas possible parce que j'ai cheval » (...). C'est clair, ça s'est inversé. Aujourd'hui les structures s'adaptent quand même à ce que le marché de l'emploi propose. Ce n'est pas toujours simple (...). Noël dernier, grippe, Covid, vacances (...), 12 arrêts en même temps. Et là, vous avez la jeune professionnelle qui colle l'arrêt parce qu'elle n'a pas eu son Noël (...). Là clairement, à côté on a une ancienne qui vient avec 39 de fièvre en disant « Je ne peux pas laisser ». » (Directrice 2, Ehpad public, 37)

Ce changement se traduirait également par des négociations accrues de la part des candidats au recrutement, notamment concernant les salaires et les plannings. Cette préférence perçue des jeunes soignantes pour le salaire, pour le court terme et pour la liberté est présenté par les directrices d'Ehpad comme le résultat d'un rapport au travail

déficient : les néo-arrivantes n'auraient pas le « goût » de s'occuper des personnes âgées et auraient un rapport « alimentaire » au travail.

« [Il y a] des gens qui font ce métier, mais qui le font juste pour l'argent (...). Malheureusement, on ne peut pas faire ce métier si on n'a pas un minimum d'empathie pour les personnes et si on n'aime pas un minimum son métier. C'est des métiers qui sont terriblement difficiles, si on n'aime pas, je comprends qu'on n'ait pas envie de se lever pour venir bosser, c'est la difficulté. On a quand même beaucoup de jeunes (...) qui ne sont pas très motivés par leur boulot. On n'a pas forcément la qualité de soins. » (Directeur 3, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Il y a une forme de détachement vis-à-vis de l'accompagnement de la personne âgée qui n'existe pas auparavant. À certains égards, ça peut être bien parce que ça évite de se faire manger totalement par la situation quand il y a un décès, mais sur la question du sens au travail, pour certains ça reste un job alimentaire. Pour certains (...) c'est un job alimentaire. » (Directeur 4, Ehpad public, 37)

« La santé de manière générale, c'est un secteur où vous avez besoin de monde 24h24, 365 jours par an pour vous occuper des résidents, des patients, des personnes que vous accompagnez. 7 jours sur 7, c'est-à-dire également les week-ends, c'est-à-dire également les jours fériés, c'est-à-dire également les vacances scolaires (...). À un moment le travail était l'élément qui organisait la vie personnelle et donc on faisait en fonction de son travail. Aujourd'hui, le curseur... Peut-être qu'il était poussé trop loin, mais aujourd'hui, le curseur est en train de tourner dans l'autre sens et le travail est une composante parmi d'autres de sa vie personnelle. Donc si vous ne rentrez pas dans ce secteur ou dans ce métier par vocation, par passion parce que c'est quelque chose qui vous tient à cœur, mais que vous venez (...) par obligation, ou au mieux en vous disant : « Je ne sais pas trop, je vais essayer. », il y a suffisamment de contraintes quotidiennes dans le travail et de lourdeurs physiques et psychiques dans le travail pour que ça finisse par ce que le rapport au boulot fasse que... Et on se retrouve avec de grosses difficultés en termes de gestion du personnel. » (Directeur 5, Ehpad privé non-lucratif, 37)

Les jeunes générations ne feraient ainsi pas preuve de la dévotion attendue dans les métiers du soin, non seulement en termes de qualités humaines, mais aussi en faisant passer le travail avant leur vie privée. Plusieurs managers dénoncent ainsi une « inversion des valeurs » :

« Alors bien sûr je ne vais pas vous dire que le salaire n'est pas important, loin de moi cette idée. Il n'empêche que la valeur travail se perd complètement, en plus sur des métiers où il y a un don de soi ; dans le service, il y a un don de soi (...). Ce sont des métiers d'humains à humains, d'aide, d'entraide et de prendre soin, donc forcément (...), ça peut déborder, il faut être souple. Et ça, ça n'existe plus. « Si je suis en poste : je

suis en poste. Et puis il ne faut pas en demander trop au début et à la fin : je suis fatiguée. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

Ce changement de priorités est d'ailleurs présenté comme commun à l'ensemble de la jeune génération, comme en témoignent les difficultés de recrutement dans les secteurs de la restauration et du bâtiment.

« Sur les entretiens d'embauche, on est face à des gens qui nous disent de plus en plus « Moi, je veux travailler de 9h à 16h, pas le mercredi, pas les vacances scolaires, pas les week-ends. » Mais en même temps, ça se constate dans tous les corps de métier, donc c'est ça qui me rassure, c'est que ce n'est pas que dans notre corps de métier. C'est partout (...). Il y a des problèmes de recrutement, parce que je crois qu'on insiste trop sur la notion de loisirs et pas assez sur la notion de travail. Le loisir doit être le résultat du travail et ça, on ne le dit plus assez aux jeunes (...). On a perdu cette notion que le loisir est le résultat du travail. » (Directrice 7, résidence autonomie publique, 37)

« Nos difficultés de recrutement et d'effectif peuvent être partagées à l'extérieur avec une entreprise du BTP, par exemple. Et qu'en fait, ce n'est pas l'Ehpad qui, aujourd'hui, est en crise, c'est le monde du travail qui l'est (...). J'ai l'impression que la crise des vocations est un peu partout, parce que quand on voit que le restaurant local qui est un restaurant étoilé n'arrive pas à recruter en service, en aide-cuisine, etc., que le plombier du coin n'arrive pas à trouver non plus de professionnels. » (Directrice 10, Ehpad public, 37)

Certaines directrices affirment par ailleurs que les candidates potentielles témoignent d'un manque de professionnalisme : non-présentation aux entretiens d'embauche ou à son poste sans prévenir à l'avance, manque de « savoir-être », etc.

« Dans Indeed il y a tout et son contraire. Sur les sept postes que j'ai eus... J'ai enlevé tous ceux qui n'étaient pas diplômés, expliqué à ceux qui avaient postulé sur trois autres catégories en disant « Vous êtes sûrs que vous avez bien postulé ? », parce qu'il y en a qui postulent je pense pour des recherches d'emploi, pour justifier la recherche d'emploi. J'ai eu un seul entretien sur sept candidatures qui m'a répondu... sauf qu'elle était en suspension par rapport à l'obligation vaccinale (...). Arrêtez de postuler en sachant que vous ne donnerez pas suite. Arrêtez de me demander des justificatifs par mail de rendez-vous quand je sais que vous ne viendrez jamais. Parce que ceux qui vous demandent ça, c'est ceux qui ne se pointent jamais (...). Parce qu'il y en a certains : « Je pars au pays et le CDI, je le signerai après » et après, vous ne les revoyez jamais. Au lieu de me dire : « Écoute, en fait, je n'ai plus envie de bosser. » » (Directrice 11, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Aujourd'hui, les valeurs ont changé, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de respect. Les gens ne viennent pas à un rendez-vous, à un entretien (...). On peut prévenir, en disant : « j'ai

trouvé autre chose ». Il n'y a plus de respect et on fait passer notre vie perso bien avant la vie professionnelle (...). Parfois c'est même du je-m'en-foutisme, c'est : « je dois travailler parce qu'il faut que j'aie un salaire » et encore, combien de fois, on m'a dit : « non, avec les aides de l'État, j'ai le même salaire, donc pourquoi je viendrais me faire chier à travailler ? » (...). Il y a des collaborateurs qui viennent me voir en disant : « j'ai fait ça, ça, ça, il faut me payer plus ». « En fait, vous avez fait votre travail, c'est tout », « non, j'ai fait plus que mon travail », « non, vous êtes rémunéré pour une mission, pour une tâche. Même si vous faites plus, c'est quoi faire plus ? ». Pour moi, c'est parfois de la conscience professionnelle. Ou alors : « ce n'est pas dans ma fiche de poste », alors ça aussi, ça m'énerve (...), aller chercher le résident qui est sur le parking, qui est un peu perdu, ça ne fait pas partie de votre fiche de poste (...) ? Alors aujourd'hui, on ne peut plus faire le tri dans les CV. On prend les CV, on les appelle tous. On le sent [le savoir-être] au téléphone, quelqu'un qui répond « ouais, ouais, ouais, d'accord »... [Parmi celles qui vont venir] au rendez-vous, il y [en] a qui vont être très bien assises, et il y a celles qui seront complètement avachies sur leur chaise. Ça dénote quand même quelque chose (...). On a plus souvent des mauvaises surprises, on pense que la personne a l'air d'être bien, et du jour au lendemain, elle nous plante, et là, on ne comprend pas, on essaie de les appeler, elles ne nous répondent pas. » (Directrice 12, Ehpad privé commercial, 37)

Les difficultés de fidélisation rencontrées par les directrices d'Ehpad (et leurs concurrents) sont donc largement attribuées à une cause exogène : un changement sociétal d'ampleur, qui se traduirait par une préférence des jeunes générations pour le loisir et la liberté plutôt que pour l'engagement professionnel et le souci de prendre soin. Les directrices regrettent l'évolution des rapports de force, qui sont (estiment-ils) en leur défaveur et les oblige à composer avec les demandes des personnels qualifiés ou accepter d'embaucher des personnes peu compétentes ou motivées pour le poste. Or, ce changement dans l'appétence des nouvelles entrantes semble découler de l'augmentation importante du besoin de soignantes dans les Ehpad au cours des dernières années (Graphique 4), obligeant les structures à « ratisser plus large » en matière de recrutement.

3.2.2 Des conditions de travail peu attractives

Ce manque de goût pour le travail n'est cependant pas la seule explication avancée par les directrices d'Ehpad. Une petite partie d'entre eux soulignent des conditions de travail difficiles, dans un secteur où on est responsable de prendre soins des personnes et on est confronté au vieillissement et au décès.

« Je dirais : crise de recrutement en gériatrie. Parce que je pense pas que ça soit vraiment beaucoup plus dur à l'Ehpad qu'en SSR ou en médecine gériatrique. La vraie difficulté, c'est la gériatrie. Là aussi, un grand non-dit du système, c'est que les gens qui font des formations pour être soignants ne veulent pas s'occuper de personnes gériatriques. C'est tabou parce qu'on est encore dans l'éthique bonnes sœurs qui

prennent en charge tout le monde (...). Mais en fait, les personnes âgées, très âgées, ça rebute. » (Directeur 13, Ehpad public, 37)

« En Ehpad, quand on est jeune, c'est dur parce qu'on est confronté à la mort, à la souffrance, à tout ce qu'on sera quand on sera âgé (...). Pour l'avoir vécu, en plus, quand on arrive, on est naïf (...). Beaucoup ont vécu dans le cocon familial, ils sortent des études, ils ont fait la fête, même s'ils font des stages, qu'ils ont vu certaines choses, ce sont des stages, il n'y a pas un engagement. Quand ils arrivent (...) sur un vrai poste et qu'ils ont de vraies responsabilités, qu'ils ne sont plus en doublon, (...) des fois, c'est la douche froide (...), et donc ils arrêtent. Il faudrait plus de monde pour pouvoir les accompagner au quotidien, faire des points très réguliers, voire journaliers avec eux, sur la prise en charge, etc.. Sauf qu'aujourd'hui, personne n'a le temps de le faire, que ce soit en Ehpad ou ailleurs. On n'a pas le temps de le faire, les soignants se sentent seuls et ils arrêtent. » (Directrice 12, Ehpad privé commercial, 37)

Les directrices sont par ailleurs bien conscientes de la dégradation des conditions de travail de leurs équipes, largement attestée par la littérature (Chenal *et al.* 2016). À ce titre, certains soulignent la difficulté à recruter et surtout à fidéliser des personnels qui ne peuvent pas travailler dans de bonnes conditions du fait de la cadence imposée par l'institution.

« De la maltraitance, il y en a partout (...). De toute façon on n'a pas un soignant pour un résident, donc il y a des résidents qui veulent aller aux toilettes qui sont obligés d'attendre, des personnes qui chutent qu'on n'entend pas parce que c'est à côté de l'appel malade (...). Il y a des ASH qui font le boulot des AS... (...) Les glissements de tâches, c'est une réalité. On essaie de les contenir et de faire au mieux. Mais il y a aussi la réalité de terrain (...). Nos modèles d'Ehpad sont au bout du bout. Ils ne répondent plus aux besoins. Financièrement, le modèle est obsolète. » (Directrice 2, Ehpad public, 37)

« L'Ehpad d'aujourd'hui n'est pas la maison de retraite d'il y a 20 ans. En fait, ce qui n'a jamais bougé, c'est le modèle. C'est-à-dire que contrairement au secteur du handicap, on n'a jamais eu des ratios de soignant par personne âgée. C'est un fait, c'est établi depuis longue date, alors que dans le handicap, on a considéré que pour une personne handicapée, il y avait un soignant. Et ça a fonctionné très longtemps, sauf qu'aujourd'hui nos personnes âgées sont nettement plus requérantes de soins et ont besoin de temps beaucoup plus importants pour les accompagner dans la vie quotidienne. C'est ce qu'il n'y avait pas avant et en fait, les effectifs ne travaillent pas moins bien ou autre, mais elles sont obligées (...) d'accélérer (...) le rythme et d'avoir moins le temps pour l'échange (...). C'est ce temps-là qu'on est obligés de renier petit à petit, parce que plus leur dépendance augmente, plus on a de moins en moins de temps à leur accorder (...). Ce qui leur manque, [c'est] le temps au-delà du soin : le temps d'écoute, d'accompagnement (...). Alors, je dirais que la seule pression (...) aujourd'hui,

elle ne vient pas tellement des directeurs pour le coup, mais elle vient des familles. Par contre, elle va croissante. C'est un peu la même évolution que dans la société civile avec la judiciarisation (...). Alors, on n'a pas de procès, [mais] on a de plus en plus de rendez-vous parce que la douche n'a pas été donnée à telle heure, ou hier la toilette était à telle heure, ou elle est descendue trop tard et finalement elle n'a pas aimé le goûter. Ça oui, c'est pesant pour les équipes. ». (Directrice 14, Ehpad public, 37)

« On n'a pas su faire évoluer les ratios de personnel par rapport à l'évolution de la lourdeur des prises en charge (...). Il y a peut-être l'aspect formation, il y a l'aspect ambiance générale, il y a l'aspect aussi, à un moment, elles ont toujours l'impression de courir, de ne pas pouvoir faire correctement leur métier. Ça, c'est vraiment démobilisateur, de se sentir impuissant devant ce qui arrive (...). Ils méritent d'être mieux payés, je le dis (...), mais si déjà ils avaient le sentiment de pouvoir venir le matin et de se dire : « Je vais pouvoir accomplir ma mission parce que je vais avoir le temps de le faire, parce que j'ai les compétences pour le faire dans un bon état d'esprit. » » (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

La tension entre lieu de soins et lieu de vie apparaît à nouveau : l'attractivité de l'Ehpad par rapport à d'autres établissements sanitaires serait de permettre aux soignantes un accompagnement de long terme aux résidents, ce qui n'est pas possible dans les conditions de travail actuelles et avec l'arrivée des résidents de plus en plus âgés et dépendants, pour des séjours plus courts.

« Il y a le manque de personnel, mais il y a aussi les organisations à retravailler, parce que l'air de rien, on embauche des infirmiers, des aides-soignantes, des ASH qui ont une culture hospitalière. C'est en nous, on calque une organisation qui est une organisation hospitalière et pas une organisation de lieu de vie. [O]n nous dit : « il faut que vous soyez des lieux de vie, il faut que vous soyez comme ci, comme ça, accueillants, machin » et en même temps on nous dit « il faut des procédures, il faut des protocoles... » OK, mais il y a un moment on ne peut pas, il y a des injonctions un peu paradoxales, entre une finalité annoncée de lieu de vie, une réalité qui est qu'on a des gens extrêmement dépendants, qui ont besoin de beaucoup de soins, donc forcément ça appelle la technique et ça appelle la médicalisation, donc ça nous rapproche du versant sanitaire plus que du versant lieu de vie. » (Directrice 16, Ehpad public, 37)

De manière secondaire, bien que les directrices affirment avoir fréquemment des postes en CDI ou de titulaire à pourvoir sans trouver preneuse, on peut aussi s'interroger sur les types d'emploi effectivement proposés (Agnoux, 2023). Ainsi, une directrice mentionne à titre d'exemple avoir des difficultés à fidéliser une recrue jugée fiable faute d'un volume horaire d'emploi suffisant à proposer par exemple.

« Les remplacements, c'est quand même de la précarité. Il y a tellement de boulot ailleurs en CDI et de demandes que si moi je leur propose un 50 % de remplacement,

elles vont me dire « Désolée, je vais travailler ailleurs », ce qui s'entend. On avait une petite jeune qui était super, qui faisait des remplacements avec nous. Elle m'a dit « J'ai trouvé un remplacement plus long à la Chartre-sur-le-Loir, désolée mais je vais y aller. » Je comprends. Elle a un temps plein en remplacement, moi je ne lui proposais qu'un 50 %. Je comprends qu'elle aille ailleurs. » (Directrice 17, Ehpad privé non-lucratif, 37)

3.2.3 Des rémunérations trop faibles

Selon la majorité des directrices d'Ehpad, le montant des rémunérations n'est pas en cause dans les difficultés de recrutement (voir section 3.1.5). Beaucoup estiment que la mise en place de la prime Ségur a permis de faire disparaître les inégalités antérieures, ou que les rémunérations proposées sont supérieures à celles auxquelles les candidates pourraient prétendre ailleurs (surtout en ce qui concerne les ASH). Ce diagnostic est partagé par le rapport de la Cour des comptes (2022b), qui souligne l'ampleur et l'étendue inhabituelle de ce dispositif (augmentation entre 10 % et 15 % de la rémunération des aides-soignantes).

« Elles ont des primes quand même maintenant, je veux dire à l'hôpital, pour moi ils ont des salaires corrects, ils n'ont plus à se plaindre. Il y a eu le Ségur avec 185 euros nets de plus chacun. Ça, c'est pour tout le monde. Mais non, là maintenant... Quand on voit, je ne sais pas, une personne qui a peut-être des Bac+2 ou 3 et qui travaille chez Gifi, 1400 euros nets par mois, et une ASH qui n'a aucun bagage, pas de bac, rien, elle va avoir 1800 euros net par mois. Donc elle est bien payée. Maintenant à l'hôpital et dans les Ehpad, elles sont bien payées. » (Directrice 18, Ehpad public, 37)

« Aujourd'hui sur nos structures dans le public, on débute son diplôme à des salaires qui ne sont quand même pas négligeables. On est à 1 600 euros net, pas de brevet, pas de qualification. Je dis ça, en faisant un peu d'heures supp, en faisant un dimanche, en ayant les indemnités, mais ce qui est quand même le cas pour la plupart des ASH. Après, l'évolution est plus limitée, évidemment, mais ce n'est quand même pas 1 200. » (Directrice 2, Ehpad public, 37)

Le Ségur est ainsi présenté comme un facteur d'attractivité par rapport aux autres structures médico-sociales qui n'en bénéficient pas :

« Je crois que si on est soignant en personnes âgées, ça touche autre chose, mais malheureusement en ce moment je récupère des soignants qui viennent d'où ? Du secteur du handicap. Historiquement, ça ne m'était jamais arrivé, je n'avais jamais vu ça, c'est-à-dire que quelqu'un qui est aide-soignant... En handicap, ils ont des jours trimestriels, les salaires sont plus importants, ils sont un pour un, ils les emmènent au cinéma à deux l'après-midi. J'ai ma fille qui travaille dans un truc de handicap, elle me raconte ça, je lui dis : 'Chez nous, on ne pourrait jamais faire ça.' Et donc aujourd'hui, ils viennent parce qu'ils n'ont pas le Ségur. » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Cependant, quelques-uns déclarent que les faibles rémunérations sont en cause (d'autant que le Ségur a été absorbé par l'inflation), notamment pour les directrices d'Ehpad privés qui déclarent subir des conventions collectives trop peu attractives.

« En étant Ehpad associatif, oui, on a une convention et on n'est pas très attractif financièrement (...). Effectivement, je pense qu'en moyenne, on a 100, 150 euros de différence avec un Ehpad privé. » (Directeur 20, Ehpad privé non-lucratif, 37)

« Aujourd'hui, cette année avec l'augmentation du SMIC, les aides-soignants sont payés au niveau du SMIC, donc il n'y a pas de valorisation du diplôme. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

« On a une convention collective qui est la CCU, au niveau du groupe, je crois que tous les groupes sont dans cette logique-là, on essaie d'améliorer, pour les infirmières et les ASD, il y a des lignes supplémentaires, une ASD a 150 euros de plus que la convention, au moins, et une infirmière, 250. C'est vrai qu'il y a eu le Ségur qui a quand même mis pas mal de beurre dans les épinards à un moment, mais avec l'inflation, le bénéfice du Ségur, je pense qu'il est déjà complètement absorbé. » (Directeur 3, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Pour les établissements qui dépendent d'une convention collective, la seule marge de manœuvre serait la reprise d'ancienneté :

« On est sur la convention 51, on reste dans l'associatif, c'est-à-dire que, nous, les salaires supraconventionnels, ce n'est pas notre quotidien, loin de là. Notre marge de manœuvre est sur la reprise d'ancienneté, clairement, si on se base sur la convention 51, on reprend 30 % de l'ancienneté, aujourd'hui, ça ne nous laisse pas une grande marge de manœuvre, reprendre 30 % d'ancienneté. » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« C'est une convention 51 qui est quand même beaucoup plus intéressante. Par contre, on est quand même limités sur la reprise d'ancienneté mais je sais que par exemple, je n'ai pas trop de mal à refuser des salaires délirants en fait. [...] Il voulait 100 % de l'ancienneté (...). J'ai dit : « À un moment donné, je ne suis pas là... ». On sait que des groupes privés le font parce qu'on sait qu'ils reprennent même au-delà de l'ancienneté de jeunes diplômés. » (Directrice 11, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Ainsi, si le salaire n'est jamais considéré comme le seul facteur en cause dans le manque d'attractivité des Ehpad (ni même pour la plupart d'entre eux le principal), les directrices regrettent souvent la surenchère perçue des candidats quant au salaire, à laquelle elles peinent à répondre.

Les directrices d'Ehpad estiment donc faire face à une crise du recrutement : peu de CV leur parviennent quand ils diffusent des offres d'emploi, et les profils qui se présentent sont souvent (selon eux) soit inaptes à assurer la charge de travail qui est attendue d'eux, soit trop exigeants en termes de salaire ou de conditions de travail. Si cette inadéquation entre

recrues potentielles et exigences du métier est souvent mise sur le compte d'une transformation générationnelle, plusieurs directrices mettent aussi en avant le rôle des conditions d'emploi difficiles dans le secteur ou la faiblesse des rémunérations.

3.3 Des stratégies concurrentielles de captation des professionnels contraintes et bricolées

Les directrices estiment avoir peu de marge de manœuvre pour attirer et fidéliser les professionnels, dans la mesure où les contraintes budgétaires qui pèsent sur eux sont fortes. Le salaire serait un levier déterminant sur lequel ils auraient peu la main, même s'il est possible de jouer sur l'ancienneté et le coefficient pour les organismes privés ou sur la rémunération des heures supplémentaires par exemple. A ce titre, il ne leur reste que des solutions organisationnelles classiques et l'espoir que les équipes compensent les difficultés organisationnelles (d'où le discours sur la dévotion).

3.3.1 Des solutions organisationnelles classiques

Face à cette pénurie de professionnels, les directrices témoignent passer par tous les canaux possibles pour trouver des recrues potentielles : Pôle Emploi, sites d'offres d'emploi en ligne ou réseaux sociaux, salons de « *job-dating* », bouche-à-oreille local, partenariats avec les IFSI et les IFAS, contrats d'apprentissage et accueil de stagiaires, etc. Quelques-uns mentionnent également travailler sur l'image des métiers en Ehpad. Par exemple, une des directrices rencontrées mentionne : « *On a fait des vidéos sur YouTube, en essayant de mettre en lumière la fonction d'aide-soignante en Ehpad* » (Directrice 14, Ehpad public, 37).

« *Ça dépend du niveau de recrutement. Si c'est les infirmières, effectivement, ça va être les IFSI (...). On mise sur les réseaux sociaux, beaucoup. Les infirmières, on va être plutôt sur LinkedIn. On est quand même sur Facebook, parce que ça marche bien. Et pour tous les emplois un peu moins qualifiés, c'est Facebook. Là, ça marche du tonnerre. Le problème c'est qu'il faut se mettre au goût du jour. Je ne suis pas vieille, mais bon... Je sais que TikTok, ça marche bien, mais c'est de la vidéo, donc je ne sais pas trop encore comment on peut faire. Du coup, on développe notre communication via les réseaux sociaux. Ça marche plus que le reste, clairement.* » (Directrice 10, Ehpad public, 37)

Cependant, ces relais sont présentés comme insuffisants pour attirer et surtout conserver ce personnel perçu comme volatile. Quelques directrices dénoncent les pratiques de confrères qui essaieraient de leur « voler » leur personnel :

« *Un Ehpad, là, à Tours, je connais très bien le directeur, et il m'appelle en me disant : « ça ne va vraiment pas (...), je n'ai plus d'infirmière ». Et il m'a dit : « est-ce que tu ne peux pas me dépanner quelques jours, est-ce que tu pourrais demander à une infirmière ou deux, si elles peuvent venir me dépanner, là, j'ai une semaine, je ne sais pas comment je vais faire pour donner le traitement aux gens ». Je dis : « bon, bah écoute, je vois ». Et puis là, en fait, à ce moment-là, tout ça allait, donc on s'est débrouillé, j'ai envoyé deux infirmières qui chacune ont fait 48 heures. En revenant, les deux m'ont dit que*

l'infirmière coordinatrice là-bas avait essayé de les débaucher. » (Directeur 22, Ehpad privé non-lucratif, 37)

Pour les personnels les plus qualifiés, à savoir les médecins et les médecins coordinateurs, quelques établissements du Rhône ont mis en place un suivi « à distance » :

« C'est très nouveau, il y a des avantages et des inconvénients (...). On marche avec un contrat de prestations, ce sont des médecins gériatres, médecins coordonnateurs, donc il y a des compétences par rapport à d'autres médecins qu'on a pu avoir ici en interne. Ils vont donner leur avis sur toutes les admissions des résidents, j'ai un lien avec l'équipe infirmière en visio une fois par semaine. C'est sur les problématiques du quotidien, il a un accès à notre logiciel de soins, donc il peut prescrire, donner son avis, etc. Il dispense des formations auprès des équipes soignantes. » (Directrice 23, 'Ehpad privé non-lucratif, 69)

Pour les soignantes, cinq leviers possibles sont mentionnés :

- La formation du personnel
- L'adaptation des rythmes de travail
- L'amélioration des conditions de travail, notamment via l'investissement dans du matériel
- L'attention à « l'ambiance de travail », la mise en place d'un management de proximité
- L'argument de la QVT

Ainsi, beaucoup de directrices expliquent pallier le manque de personnel compétent en accompagnant les professionnelles qui le souhaitent dans une formation et en proposant des perspectives d'évolution dans des métiers qui en proposent peu.

« En termes d'évolution, il y a la formation où on évolue en termes de compétences. On fait des formations qui peuvent être qualifiantes. Par exemple, une ASH, on va la former, elle va être aide-soignante, après elle va être, peut-être, AES (...). En soi, il y a peu d'évolution de changement de poste, mais il y a une évolution en termes de compétences, mais sur le même type de métier. » (Directrice 12, Ehpad privé commercial, 37)

« C'est aussi la construction de parcours, c'est-à-dire comment accompagner les personnes sur le long terme, « je suis aide-soignant, comment je peux évoluer », « je suis infirmière, comment je peux évoluer ». Pour les infirmières, c'est plus simple, on peut devenir infirmière coordinatrice par exemple, on peut devenir cadre de santé, il y a des passerelles pour faire un master 1 ou un master 2 sur un autre sujet, pourquoi pas sur une fonction plus administrative, ça existe. Aide-soignant ou aide-soignante c'est plus compliqué, il n'y a pas vraiment de passerelle. On peut devenir accompagnant éducatif et social, on peut devenir AMP, on peut devenir aussi infirmier mais c'est le parcours du combattant. » (Directeur 22, Ehpad privé non-lucratif, 37)

Un des leviers les plus mentionnés découle de l'obligation de continuité des soins. En effet, les plannings des soignantes peuvent être organisées en plages de 7 heures, 10 heures ou 12 heures de travail, ou encore être modulées en fonction des préférences de chacune. Or, chaque volume horaire a ses partisanes et ses opposantes : des journées de travail plus longues permettent de limiter les trajets domicile-travail et d'avoir davantage de jours de repos (et sont souvent plébiscitées par les intérimaires), mais elles sont plus fatigantes pour les personnels. Quelques rares établissements proposent ainsi plusieurs « options » horaires afin de maximiser leurs chances de fidéliser le personnel, ou ont changé de formule à la demande des soignantes titulaires ou pour attirer plus facilement du personnel temporaire. Par ailleurs, faire des horaires « à la carte » satisfait les personnels, mais présente un casse-tête organisationnel pour les cadres de santé, si bien qu'elles sont souvent réservées aux personnels temporaires.

« Il y a eu le travail sur les plannings. C'est important parce que c'est des métiers qui sont difficiles, c'est des horaires qui sont compliqués. Il faut travailler ça avec elles, même si on sait que très bien qu'elles voudraient des trucs qui sont infaisables. Il faut être pédagogue, elles se rendent bien compte qu'il faut qu'il y ait tant de personnel le soir au coucher, qu'on a besoin de beaucoup de monde le matin et le soir et pas en milieu de journée. C'est aussi travailler les organisations avec elles, les faire participer, les impliquer. » (Directeur 3, Ehpad privé non-lucratif, 69)

« Là, avec mon cadre, on en est à : « On va faire des plannings à la carte. » Parce que c'est le seul moyen d'être attractif au niveau des infirmières (...). J'essaie de voir la disponibilité, comment on avance sur les horaires, et d'avoir cette souplesse. On peut faire du douze heures, on peut faire du sept heures trente (...). Effectivement, c'est un changement de paradigme, parce que je sais que j'ai mes représentants du personnel qui refusent les douze heures, et quand on a eu les infirmières qui ont voulu faire du douze heures, on l'a fait valider en CTE, elles ont dit : « Mais nous, on refuse. » J'ai dit : « Vous ne pouvez pas refuser, c'est la demande des infirmières. « Nous, on refuse. » Je dis : 'Mais c'est des infirmières, vous n'allez pas refuser. Moi, c'est comme ça que j'arrive à les recruter. Je n'impose pas à tout le monde d'être en douze heures, mais s'il y en a qui veulent faire du douze heures, je l'accepte.' Aujourd'hui, j'ai pris conscience qu'on en est à la carte. C'est compliqué de faire des plannings à la carte, mais si on veut vraiment être attractif pour expliquer, aujourd'hui avec le coût du gazole, il y en a qui nous disent : 'Si c'est du douze heures, je viens. Si ce n'est pas du douze heures, je ne viens pas.' Donc vous avez aussi pris du gazole qui intervient ici dans le recrutement. Je sais que quand j'ai eu des soucis d'infirmières, j'ai recruté, il y en a une qui faisait une heure de route aller, une heure de route retour, je lui payais une heure supplémentaire, je lui dis : 'Je vais vous payer votre gazole.' Parce que moi, j'avais envie qu'elle vienne. » (Directrice 24, Ehpad public, 37)

« Alors les 12h, c'est une grande question. Parce que ça peut faire économiser du temps, et parce que pour certains professionnels, ça peut être intéressant, parce qu'en gros on travaille plus que trois jours par semaine. Mais ça, déjà ça plaît pas aux syndicats, ça plaît pas aux plus anciens, ça attire vraiment que les jeunes et puis le retour d'expérience, c'est quand même au bout de quelques années, ça casse les gens (...). Enfin, si les gens le font, c'est pour avoir plus de jours de libres. Dans ces jours de libres, y a des jours de repos qui, à mon sens, sont pas vraiment [rire] utilisés comme des jours

de repos. Enfin ça permet à des femmes de continuer la double vie et donc de s'occuper du judo de Kevin, de l'équitation de Lucie et je sais pas quoi... Et du coup elles se tuent à la tâche et trois ans plus tard, elles explosent. Ici je vous cache pas que récemment, on réfléchissait à passer en 12h le week-end à la fois pour gagner du temps mais aussi parce que du coup, ça permettrait de donner moins de... Qu'il y ait moins de week-end dans les plannings. Ça pourrait être un gros facteur d'attractivité. » (Directeur 13, Ehpad public, 37)

« Les salariés, notamment les jeunes, n'ont pas envie de passer cinq jours par semaine au travail. Donc en fait, j'ai fait un peu de démagogie, j'ai fait venir les salariés en disant : 'Il y en a qui s'en vont parce qu'ils veulent du dix heures ailleurs, il y en a qui nous rejoignent par contre en disant : "Je ne veux plus bosser en dix heures". Qu'est-ce que vous en pensez ? Qui voudrait du dix heures ? Qui voudrait du sept heures ?' On a tout remis à plat, et on a dit : 'Si on faisait deux cycles de travail.' Donc j'ai des gens en sept heures, qui travaillent en dix heures le week-end seulement, un week-end sur deux, et les autres qui sont 100 % en dix heures, et ça veut dire que souvent j'ai deux postes vacants, un en sept et un en dix, donc quand je vois une aide-soignante, je lui donne le choix. » (Directeur 19, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Quelques directrices d'établissement mentionnent l'investissement dans le matériel comme un levier pour conserver le personnel.

« Les équipements, c'est important. Toute la démarche de prévention des risques professionnels. On a quand même bien appuyé aussi là-dessus et on a équipé nos chambres de rails de chambre. Et c'est vrai qu'aujourd'hui c'est presque indispensable dans les établissements de santé (...). Chariot Snoezelen, jardin thérapeutique, les équipements qui plaisent aux salariés. On a acheté aussi des fauteuils de douche Carino, des choses. On essaie en tout cas de se moderniser petit à petit. L'établissement part de loin en termes d'investissements (...). On n'a pas beaucoup de fonds d'investissement, mais on essaie de répondre à beaucoup d'appels à projets ou de formes de subventions et d'aides possibles. Et on a déposé des dossiers par exemple pour acquérir des moteurs de chariot. Ça paraît tout bête, mais des chariots qui servent le repas sur trois étages où on pousse et on se tue le dos et les épaules, quand c'est motorisé (...). Et voilà, c'est toutes ces petites choses qu'on achète petit à petit pour nos équipes. » (Directrice 25, Ehpad public, 37)

Comme dans l'extrait précédent, beaucoup de directrices mettent en avant leur vigilance à préserver une « bonne ambiance » ou à pratiquer une politique de la « porte ouverte » pour prévenir les mécontentements éventuels (et donc les départs de titulaires) ou pour donner envie aux recrues temporaires de se fixer dans l'établissement.

« L'ambiance générale qu'on peut essayer de mettre en place, la relation avec les professionnels entre la direction et les équipes d'encadrement, etc. : ça finit par jouer aussi. Sans leur jeter la pierre, mais par rapport à ce qu'on peut entendre de l'hôpital, avec toutes les difficultés qu'ils ont, on en a quand même pas mal... enfin, quelques-unes qui ont quitté l'hôpital pour venir travailler ici. C'est ce qu'elles disent, elles disent : 'On était des numéros, on était des pions là-bas. On nous balançait d'un service

à l'autre du jour au lendemain, ce n'était plus possible.' Donc même si tout n'est pas parfait, évidemment et que ça peut encore s'améliorer en interne, on essaye de jouer là-dessus pour tenter autant que possible de fidéliser le personnel et d'avancer sur un bout de chemin avec eux. » (Directeur 5, Ehpad privé non-lucratif, 37)

Pour faire face au manque de personnel (difficulté à pourvoir les postes de titulaires et à trouver des remplaçants en cas d'absence), les directrices jouent sur des leviers classiques de fidélisation du personnel, en s'efforçant de leur donner envie de rester en faisant attention à l'ambiance et aux besoins des équipes, en améliorant les conditions de travail et en investissant dans les personnels (en leur proposant des formations et des évolutions en interne, notamment pour ce deuxième point pour les directrices d'Ehpad appartenant à un groupe, qu'il soit privé commercial ou non-lucratif ou public hospitalier ou dans le cadre d'un CCAS).

3.3.2 Pallier l'urgence

Les solutions présentées précédemment visent à fidéliser des professionnels sur le long terme, mais elles ne permettent pas de faire face aux situations critiques auxquelles les directrices sont confrontées de manière récurrente. En effet, la « crise du recrutement » dont témoignent les directrices tient autant à une difficulté à recruter des personnels pérennes (postes de titulaires vacants sur le long terme, turn-over) qu'à s'assurer au jour le jour d'assurer la continuité des soins face à des professionnels (présentés comme) régulièrement absents. De fait, le taux d'absentéisme est élevé en Ehpad, avec une médiane nationale de 10 % selon l'Agence nationale d'appui à la performance contre 5,1% tous métiers confondus selon le Baromètre de l'absentéisme et de l'engagement, voire 20 % en 2019 par la Cour des comptes (2022b). Cependant, il est en partie imputable aux risques professionnels qui expliquent 19 % des journées d'absence dans les établissements médico-sociaux pour personnes âgées. Les arrêts maladie de durée moyenne (entre six jours et six mois) représentent 25 % des journées d'absence dans le secteur du grand âge (2022c). La dénonciation de « l'égoïsme » des professionnelles par les directrices de structure apparaît à ce titre comme la sanction d'un manque supposé « d'éthique de la dévotion » attendue des soignantes, qui viendraient au travail indépendamment de leur situation de santé personnelle. Quelques directrices opposent ainsi les « jeunes » qui se mettraient en arrêt les weekends et des « anciennes » qui viennent au travail même lorsqu'elles ont une forte fièvre.

Plusieurs directrices mentionnent leurs difficultés à remplacer les personnels en cas d'absentéisme, en particulier l'absentéisme « perlé », c'est-à-dire des arrêts ponctuels et courts, peu anticipables.

« L'absentéisme perlé, c'est : 'J'en ai ras le bol du boulot, je m'arrête.' C'est compliqué. Comme je disais, les absences longues, c'est facile. Les absences de dernière minute, de deux, trois jours, c'est ce qui a de plus déleterie pour les équipes. Quand on sait qu'on en a pour quinze jours d'arrêt, on va trouver, on va réussir, on va anticiper, mais du jour pour le lendemain... C'est vraiment ces arrêts de dernière minute qui usent les équipes. On le voit dans les équipes, il y a des agents qui sont très perso, qui vont n'en avoir rien

à faire de leurs collègues, et qui vont se mettre en arrêt pour un oui ou pour un non. »
(Directrice 24, Ehpad public, 37)

Cet absentéisme important est souvent présenté comme le signe de ce qui est désigné comme « l'égoïsme » de certaines soignantes en particulier quand il survient au moment des fêtes de fin d'année ou pendant l'été (soit deux périodes pendant lesquelles les obligations familiales se font le plus sentir pour les salariées), mais aussi comme la conséquence de conditions de travail difficiles et usantes pour les professionnelles :

« Nous avons des arrêts de maladie liés à l'état physique et psychologique des personnes : physique parce que mine de rien, même si on met en place des équipements, on a tendance à casser les aides-soignantes ; c'est une réalité. Moi qui ai travaillé dans le privé commercial pendant des années, je n'ai jamais fait autant de licenciements pour inaptitude médicale à cause de ça (...). Il y a aussi le côté psychologique, parce que des personnes qui ont des troubles du comportement, parfois ça reste sympathique, ils vont dire quinze fois la même chose dans la journée, mais quand c'est lié à l'agressivité verbale ou autre, ça peut être pesant. C'est compréhensible d'avoir des arrêts de maladie aussi. » (Directeur 26, Ehpad public, 37)

« On est sur des métiers où on a énormément de maladies professionnelles, d'arrêts de maladies longs, d'accidents du travail qui durent, on fait beaucoup trop régulièrement du licenciement pour inaptitude, donc tout ça, ça fait un bruit de fond d'absentéisme important. Et il faut rajouter par-dessus l'absentéisme ponctuel, maladie, etc., l'absentéisme impromptu, nos salariés fantômes 'je viens, je ne viens pas, je viens, je ne viens pas et je ne reviens pas... ah ! Il est là, il est arrivé à 18h au lieu de venir à 9h'. » (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Face à l'obligation d'assurer la continuité des soins, les directrices déploient un ensemble de stratégies (classées par ordre de désirabilité) :

- Rappeler les professionnelles pour qu'elles fassent des heures supplémentaires
- Constituer un pool de vacataires ou utiliser les outils Werecruit et Hublo pour trouver des professionnelles disponibles
- Recourir à l'intérim
- Passer en mode dégradé

Le meilleur moyen selon les directrices de faire face à un manque d'effectif est de rappeler les professionnelles de repos ce jour-là pour qu'elles fassent des heures supplémentaires, sur la base du volontariat :

« Chaque établissement bricole, fait du sur-mesure. Quelquefois on a recours à l'intérim, mais on essaie de faire attention à ça. En interne, nous, on a développé depuis peut-être deux bonnes années un système où entre l'équipe soignante, l'équipe blanchisserie et l'équipe hôtelière, on permet à nos agents de se suppléer eux-mêmes en s'inscrivant auprès de nous, si je puis dire, en tout cas en se proposant pour faire des heures supplémentaires sur la base du volontariat. Évidemment, ces agents sont payés.

Ils vont par exemple faire une journée en soins et puis accepter de faire 3, 4 heures d'hôtellerie derrière. Ce sont des heures qui leur seront payées en heures sup. Pour eux ça permet d'arrondir les fins de mois. Ils sont contents. Nous, on les connaît. Plutôt que d'aller chercher des gens qu'on ne connaît pas et qu'on n'arrive pas à recruter de toute manière (...). C'est un mécanisme qu'on a développé, qui maintenant fait vraiment partie de notre culture, cette polyvalence sur la base d'heures supp. Ça a un prix. Mais cela dit, on remplacerait l'agent absent par un CDD à qui on donnerait 25 heures, 30 heures, au final, ça revient au même. Il faut qu'on veille, nous, à ce que les gens qui sont volontaires pour rentrer dans ce dispositif ne se fatiguent pas trop quand même, ne tirent pas trop sur la corde. » (Directrice 25, Ehpad public, 37)

Cette solution est considérée comme la moins coûteuse pour l'organisation, à la fois en termes monétaires et en termes d'organisation des soins, puisque les soignantes connaissent déjà la structure et les résidents. Cependant, cet outil est à manier avec parcimonie, parce qu'il contribue à l'usure des équipes.

« Ce qui est difficile (...), c'est l'absentéisme de dernière minute. Les équipes souffrent qu'on les appelle tous les quatre matins, elles en ont ras le bol. Donc moi, je suis parti sur le statu quo où dès que j'ai un arrêt, à 18h, je n'appelle plus, c'est terminé. On sera en sous-effectif, mais pour le bien-être des équipes, on arrête (...). Je ne vais plus passer une heure, deux heures de mon temps à essayer de remplacer. Ça a été compliqué pour elles de l'entendre, mais en même temps on entend qu'elles ne supportent plus d'être appelées, donc on trouve quoi comme juste milieu ? » (Directrice 24, Ehpad public, 37)

À ce titre, la constitution d'une équipe de vacataires mobilisables en renfort (et susceptibles d'être titularisés à terme) est présentée comme un bon compromis, car cela permet de mobiliser des professionnelles qui sont opérationnels rapidement. Ce pool de remplaçants peut être informel ou constitué via des plateformes spécifiques comme Hublo ou Werecruit (surtout mentionnées par les Ehpad urbains).

« Les remplaçants sont un peu stables (...). Il y a des gens qui sont remplaçants depuis des mois et des années ici. En soi ce n'est pas grave, au contraire c'est bien quand on arrive à avoir ce pool de remplacement. Mais quand on arrive à 4, 5 postes vacants, 6 arrêts longs, 3 arrêts maladie, 6 personnes parties en vacances... »

Et ce que vousappelez ce pool habituel de remplacements, c'est des gens que vous connaissez, que vousappelez la veille pour le lendemain ?

Alors il y a 2 choses, il y a ceux qui sont effectivement connus, avec lesquels oncale un planning autour du 15 du mois pour le mois suivant et ce, de mois en mois et tout ce pool-là il est prévenu et convenu qu'effectivement on peut les appeler parce qu'on a un besoin immédiat parce qu'il y a un absent ce jour-là. On a déployé un outil qui s'appelle Hublo c'est un outil, une appli, on demande à nos remplaçants et à nos salariés qui veulent faire des remplacements d'être inscrits dessus et on fait ce qu'on appelle « on poste une mission » et à ce moment-là, ça envoie le besoin à tout notre pool de remplaçants inscrits sur cette plateforme, ça, ça facilite beaucoup les choses.

Et c'est au niveau de l'Ehpad ou du groupe ?

Le groupe a déployé ça pour l'ensemble de ses Ehpad, mais c'est chaque Ehpad, chaque établissement qui a son pool et qui gère son univers de remplaçants. En fait, c'est un système ouvert où effectivement on peut se faire concurrence entre établissements parce les remplaçants peuvent demander à rentrer dans le pool de remplaçants de tel ou tel établissement et à partir de là, ils ont visibilité sur tout ce qui peut se faire.

Du coup, vous pouvez vous faire concurrence à l'intérieur du groupe ?

Oui, complètement, tout à fait. De toute façon, on sait qu'il y a pas mal de salariés qui sont multi-établissements et qu'ils font des remplacements là et là, c'est le jeu. » (Directrice 27, Ehpad privé non-lucratif, 69)

À l'inverse, le recours à l'intérim est présenté comme une solution de dernier recours, car elle est coûteuse et déstabilisatrice pour l'organisation.

« Pour les AS, on prend de l'intérim via une seule boîte d'intérim qui nous coûte une fortune (...). Elle s'appelle DFI, c'est une boîte d'intérim dont le patron est un ancien aide-soignant qui a flairé le truc. C'est un génie, il a monté une boîte d'intérim qui envoie, de toute la France, des gens dans les Ehpad, quelle que soit votre demande : jour, nuit, week-end. C'est la seule boîte d'intérim où jamais je n'ai des gens qui ne se présentent pas. Ils sont tous là et, globalement, ils sont tous compétents. Ils sont extrêmement bien payés, j'ai des centaines de milliers d'euros d'intérim. L'année dernière, c'était 400 000 euros d'intérim sur un budget de 4 millions (...). Ils nous coûtent très très cher parce qu'ils font venir les gens de très loin, les gens acceptent de faire du chemin, ils acceptent de prendre une chambre d'hôtel mais tout ça, c'est moi qui le paye. Donc pour vous donner une idée, une journée d'infirmière peut me coûter jusqu'à 1200, 1300 euros. C'est hors de prix. Mais eux sont sérieux. Par contre, j'ai des boîtes d'intérim qui me facturent le même prix, mais les gens ne viennent pas. Après, ils n'ont personne pour remplacer derrière. Ils me font des propositions qu'ils ne peuvent pas tenir. Donc j'ai dit : « On arrête avec ces boîtes-là. » Je paye, donc je veux le service, c'est normal ». (Directrice 28, Ehpad privé commercial, 69)

« Parmi les directeurs que j'ai rencontrés, l'intérim n'était pas forcément plébiscité...

Alors, il y a un coût. Au-delà du coût, parfois c'est pire que d'avoir personne. Non mais je vais être tout à fait honnête, on a des super professionnels intérimaires, et il y en a d'autres, c'est pas tout à fait ça. Loin s'en faut. Il y a même des gens qui arrivent, ça nous est arrivé plusieurs fois, qui font le tour et puis au moins d'une heure, ils vont voir l'infirmier et ils disent ça me plait pas ici, je m'en vais (...). En tout cas, l'intérim n'est pas très plébiscité, parce que le niveau des intérimaires est parfois catastrophique, ça coûte cher, et en plus, un intérimaire qui ne connaît pas l'établissement, c'est aussi une charge de travail pour les équipes en place. Donc on évite. On évite quand on peut, mais parfois on n'a pas d'autres possibilités. » (Directeur 22, Ehpad privé non-lucratif, 37)

Les directrices estiment avoir peu de marge de manœuvre concernant les taux d'encadrement, les modes de financement rendant difficile l'ouverture de poste de soignant supplémentaires :

« Aujourd’hui il y a des postes de soins qui sont financés par l’hébergement (...). C’est vrai que [le privé commercial] a cette possibilité-là, ils ont la liberté de choisir le prix de l’hébergement, donc à un moment ils se disent : ‘Je monte de 2 euros, ça va me financer une soignante.’ [Dans l’Ehpad où je travaillais avant, qui était habilité à 100 % à l’aide sociale], je ne pouvais pas. L’hébergement, c’est fixé par le Conseil départemental, la dépendance, c’est fixé par le Conseil départemental, le soin, c’est fixé par l’ARS. Qu’est-ce que vous voulez que je fasse ? » (Directeur 15, Ehpad privé commercial, 37)

Si tout le reste a échoué et qu’il y a effectivement un manque de personnel qui ne peut pas être comblé, la structure passe en « mode dégradé », c'est-à-dire que la charge de travail va être allégée pour que l'équipe présente puisse effectivement faire face.

« Quand vous avez trop d’absentes (...), on bosse en mode dégradé... Il manque quelqu’un : on le sait, on a l’habitude ; elles s’organisent pour et des choses qui sont mises de côté sont reprises le lendemain. Voilà, donc il y a encore – même si on peut râler régulièrement – une bonne volonté pour une bonne partie des équipes, donc elles continuent à pallier et à faire ce qu’il faut pour. Mais est-ce que ça durera dans le temps ? Si le rapport au travail continue à évoluer comme on le voit aujourd’hui, est-ce que la bonne volonté suffira ? Je ne pense pas. Il y a un moment où ça finira par ne plus être possible. » (Directeur 5, Ehpad privé non-lucratif, 37)

« Il y a deux modes dégradés. Il y a le mode dégradé où on a un arrêt qu’on ne peut pas remplacer, et dans ce cas-là j’allais dire, c’est du quotidien. Et on a le deuxième mode où on ne peut pas du tout recruter de personnes, parce qu’il y a une pénurie. Ça nous est arrivé en début d’année... Donc là, il y a un travail qui a été fait avec les organisations syndicales, la direction des soins, moi, cadres supérieurs de santé et toute la direction pour trouver la meilleure des solutions. Et la meilleure des solutions c’est de demander aux infirmières de passer en douze heures. En passant en douze heures, effectivement, on diminue leur nombre de fait. C’est presque mathématique. Donc il y a vraiment les deux, il y a le quotidien où on a un mode de dégradation, et après il faut voir quel mode de dégradation on choisit, est-ce qu’on choisit, on touche aux soins, on touche à l’animation, on touche à quelle partie, parce qu’on n’est pas non plus... » (Directrice 29, Ehpad public, 69)

Le manque de personnel constraint les directrices à recourir à des solutions coûteuses pour l’organisation :

- Coûteuse pour la santé des personnels quand ils appellent des membres de l’équipe en repos
- Coûteuse financièrement et pour l’organisation des soins quand ils recourent à des personnels temporaires (CDD, intérim), qu’ils cherchent généralement à fidéliser

De plus, la rareté perçue de ces travailleuses temporaires (et la conscience de ces dernières de leur valeur et leur capacité à négocier leurs rémunérations et leurs conditions de travail) induit un déséquilibre entre soignantes titulaires et temporaires et le risque de l’inéquité. En effet, les directrices se sentent contraintes de céder aux exigences des « mercenaires du soin » pour avoir une équipe suffisante pour assurer la bonne marche de l’Ehpad, mais cela

induit des inégalités (en termes de rémunérations ou de plannings) par rapport aux titulaires, qui seraient lésées alors que c'est sur elles que repose l'organisation.

3.3.3 Bricoler les rémunérations ?

Bien que les directrices se présentent majoritairement comme n'ayant que très peu de levier concernant les rémunérations (faute de fonds et par équité entre titulaires et temporaires, ou entre anciennes et nouvelles), et déclarent être tenus par les conventions collectives ou les grilles de salaire, quelques-uns « bricolent » afin de jouer sur le niveau de rémunération. Ces pratiques sont dénoncées par d'autres, en ce qu'elles seraient responsables d'une surenchère des salaires avec laquelle tous ne peuvent pas rivaliser.

« La convention collective détermine le plancher, pas le plafond. Donc nous avons la possibilité d'aller au-delà des mesures prévues dans la convention collective. Après, on a les moyens ou pas de le faire. Parce qu'à l'échelle [d'un groupe], ça va vite. Mais voilà, c'est un plancher, il faut le raisonner et le penser comme ça. Ça ne veut pas dire qu'on n'est pas en mesure de faire plus. » (Directeur 22, Ehpad privé non-lucratif, 37)

Bien que les budgets des Ehpad soient fortement encadrés concernant les forfaits soins et dépendance (ainsi que l'hébergement pour ceux habilités à l'aide sociale), certains directrices trouvent une marge de manœuvre, par exemple en puisant dans l'hébergement pour abonder les postes de soignantes.

« Notre marge de manœuvre est sur la reprise d'ancienneté, clairement, si on se base sur la convention 51, on reprend 30 % de l'ancienneté, aujourd'hui, ça ne nous laisse pas une grande marge de manœuvre, reprendre 30 % d'ancienneté, donc on a la chance d'avoir une DRH qui ne vient pas regarder trop notre travail sur ça, on joue sur les anciennetés, moi, ça m'est déjà arrivé de prendre 20 ans d'ancienneté alors que la personne est diplômée depuis cinq ans. »

Voilà, c'était ça ma question implicite d'ailleurs.

« Mais oui, on a une marge de manœuvre qu'on prend, en fait, on s'octroie des droits qu'on n'a pas, mais aujourd'hui, on n'a pas le choix, moi, si je ne le fais pas, je ne recrute pas. » (Directrice 21, Ehpad privé non-lucratif, 69)

Les directrices présentent donc une grande homogénéité dans les styles de management, puisque les solutions mobilisées pour faire face à la pénurie de personnel et pour fidéliser les équipes sont similaires indépendamment des structures et des parcours des directrices, contrairement à ce que constatait Romain Sibille (Sibille 2015).

3.4 Les déterminants des stratégies concurrentielles de captation des professionnels

Ce discours hégémonique du manque de marges de manœuvre des directrices et de la pénurie de personnel masque les leviers éventuels de long terme (comme l'augmentation du forfait hébergement pour rémunérer des postes de soignantes par exemple, ou

l’investissement à destination des personnels visant à limiter les absences, comme la mise en place de crèches d’entreprise ou l’achat de matériel pour limiter les maladies professionnelles) et les disparités au sein du groupe des soignantes.

En effet, si les directrices parlent souvent « des soignantes » (ou des « jeunes ») comme un groupe homogène, elles distinguent souvent en pratique le recrutement de personnels diplômés (infirmières, AS) de personnels non-qualifiés (ASH) (Agnoux 2023). De fait, l’analyse des trajectoires des professionnelles d’Ehpad montre une différence nette en fonction du niveau de qualification.

3.4.1 Des trajectoires professionnelles marquées par le niveau de qualification

L’analyse des trajectoires des professionnelles révèle que « les soignantes » ne forment un bloc homogène. En particulier, les parcours des professionnelles diplômées et non-diplômées diffèrent.

Les professionnels moins diplômés (ASH, AS qualifiées par validation des acquis professionnels ou VAE) décrivent souvent leur parcours professionnel comme guidé par des hasards et des changements de carrière en fonction des opportunités et de leur vie privée (naissances, trajectoire professionnelle de leur conjoint). Peu ou pas diplômées, elles ont commencé à travailler en Ehpad parce qu’un établissement proche de chez elles recrutait à un moment où elles étaient en recherche d’emploi. Dans notre corpus, elles ont rarement travaillé dans un autre Ehpad que celui où ils travaillent actuellement.

« C'est un peu par hasard que je suis venue en Ehpad, par quelqu'un qui m'a dit : 'Il y a du travail' Je suis arrivée comme ça et pas forcément pour m'occuper de résidents, ça aurait pu être le ménage aussi, et puis, tout de suite, on m'a proposé de m'occuper des résidents, et ça a été vraiment un coup de cœur. J'ai aimé ce que je faisais et après, ils m'ont proposé d'être en CDI et de me former en tant qu'aide-soignante. » (AS 1, Ehpad A privé commercial, 69)

À l’inverse, les professionnels diplômés (AS en formation initiale, infirmières) présentent le parcours comme davantage guidé par les envies et la possibilité de choisir. Notons que cette mise en cohérence de leur trajectoire professionnelle peut être un effet rétrospectif (Bourdieu 1986). Elles témoignent de davantage de mobilité géographique et entre différents types d’établissement de santé.

« Je suis infirmière, j'ai aménagé ici dans la région lyonnaise en juin l'année dernière et donc je me suis inscrite sur des boîtes d'intérim qui m'ont fait arriver ici. Ce n'était pas forcément mon choix de travailler en Ehpad, mais je n'étais pas non plus récalcitrante. En gros, je prenais ce qui se présentait et c'est vrai que juillet et août j'ai fait beaucoup de dates ici, donc en vacation et puis finalement je me suis inscrite sur une autre boîte d'intérim qui payait mieux et qui faisait aussi venir des infirmiers ici. En fait j'ai changé de maison, mais je suis restée au même endroit. Je bossais aussi dans (...) d'autres Ehpad. Et puis projet personnel d'achat de maison, donc recherche d'un CDI et logiquement ça s'est porté sur [cet établissement]. Je connais bien la maison, les gens me connaissent, je connais les résidents, j'aurais pu choisir quelque chose de pas plus intéressant professionnellement, mais qui m'attire plus, en tout cas, que l'Ehpad, c'était

peut-être plus le milieu hospitalier, mais j'ai un peu choisi la facilité. Je me suis dit je me sens bien ici, c'est sympa et je connais et puis en parlant avec la directrice, pendant l'entretien qui n'était pas vraiment un entretien, j'ai pu demander certaines choses qui ont été acceptées, donc c'était tout bénéf pour moi. » (IDE 1, Ehpad B privé commercial, 69)

De fait, les soignantes présentent les établissements comme globalement interchangeables entre eux, que ce soit parce qu'elles en ont testé plusieurs avant de s'implanter dans celui dans lequel elles travaillent au moment de l'entretien, soit parce qu'elles échangent avec leurs collègues (y compris les intérimaires) qui les confortent dans l'idée que les Ehpads sont « tous les mêmes » :

« Pour les souvenirs que j'en ai de mes stages de l'époque, je dirais que c'est à peu près pareil. Je n'ai pas l'impression et puis sur le retour qu'on a de nos collègues intérimaires, le travail a l'air d'être à peu près pareil partout. On a l'air d'avoir un bon confort ici au niveau du nombre de soignants. C'est un peu le retour qu'on a de nos collègues, 'Bon ? Mais vous êtes hyper nombreuses'. Donc finalement je trouve que le travail ici est bien. Pour le moment ça me correspond, en fait.

Vous n'avez jamais trop pensé à partir, finalement ? Parce que ce que vous avez ici vous convient ?

Oui, je n'ai pas cherché. On a des collègues qui sont partis et puis finalement qui se sont dit après recul 'Oui, finalement, je n'aurais peut-être pas dû y aller'. Du coup non, je n'ai jamais cherché à aller voir ailleurs, en fait. » (IDE 2, Ehpad C privé non-lucratif, 69)

« Tu vois mon homme il est à E. Bon voilà ça se passe bien. Bon ça va si tu veux, après il a été à L., je n'irais pas, c'est la misère pure là-bas, S., je n'irais pas non plus. M. je pense pas que j'y refoulerais les pieds, [...] je pense que c'est toujours une bonne merde, après c'est tout ce qui est privé, Korian, les établissements à la con, comme ça, donc ça m'intéresse pas. Non franchement je n'ai pas envie de bouger. » (ASH 5, Ehpad G public, 37)

Pour les personnels qualifiés, l'intérim apparaît donc comme un moyen de tester la structure avant de s'engager :

« En fait, en arrivant dans le coin, j'avais travaillé un petit peu pour [nom du groupe] C'était de la vacation, je venais là pour un petit laps de temps. Ça m'a donné un petit aperçu (...). Ici, Je trouve normal de venir, comme ça, essayer de tâter un peu le terrain avant d'attaquer, surtout en étant seul. » (IDE 2, Ehpad A privé commercial, 69)

« Je me suis inscrite [à l'intérim] en septembre parce que j'ai eu un coup de mou au boulot, j'avais envie de changer. Mais avant de changer, je voulais quand même voir d'autres établissements. Donc, en discutant avec un collègue de nuit qui fait déjà de l'intérim, il m'a dit d'essayer pour me rendre compte comment les autres travaillaient aussi (...). Surtout pour voir l'organisation, comment ça se passe dans d'autres endroits, voir le fonctionnement d'un autre Ehpad que je ne connais pas, comme je n'ai pas assez d'expérience ailleurs. » (AS 6, Ehpad F privé non-lucratif, 37)

Un des facteurs déterminants du choix d'un Ehpad où s'installer par les professionnels est sa proximité avec le domicile.

« *Moi j'ai commencé dans la vente (...). Je travaillais chez F., et ensuite j'ai déménagé, donc j'ai travaillé sur Lyon, dans des magasins, plusieurs magasins. Puis après j'en avais un petit peu marre de travailler dans la vente, donc j'ai voulu changer, donc j'ai travaillé, j'ai postulé pour travailler à [nom du groupe] sur Lyon. Je suis restée deux ans. Et puis ensuite j'ai redéménagé pour revenir ici, où j'habite avant, à C. Donc j'ai postulé ici aussi, donc ça fait un an et demi que je travaille ici (...). C., c'est juste à côté, à 5 km de [l'Ehpad].*

Le critère géographique pour vous, c'était important que ce soit à côté ?

[Avec emphase] Ah oui, à côté, j'ai mes enfants à l'école, j'ai mon mari, j'ai ma maison, et puis j'ai le travail à côté, je préférais être à côté, oui. » (ASH 2, Ehpad C privé non-lucratif, 69)

Le choix d'un établissement à proximité fait écho à la volonté des directrices de privilégier les « gens du coin » dans les recrutements : dans la mesure où beaucoup d'Ehpad recrutent, il est souvent facile pour les soignantes de trouver du travail près de chez elles. À l'inverse, candidater dans des établissements éloignés est souvent perçu comme le signe que la professionnelle s'est « grillée » dans les structures proches de chez elles.

« Ces vacataires, principalement, ce sont des gens qui viennent du coin, de la zone géographique ou qui viennent de beaucoup plus loin ?

Quand ils viennent de très loin, c'est suspect. Pourquoi ? Ça veut dire qu'ils ont été grillés (...). Sur certaines populations, on a des gens qui viennent de loin. Typiquement mon poste, celui de l'adjoint, les postes de cadre ou de paramed', psychologue : ce sont des gens qui choisissent où est-ce qu'ils veulent travailler. Le reste des postes, c'est parce que c'est à côté. Principalement. Ou alors des gens qui ont déménagé et qui n'ont pas fait l'effort de chercher un autre travail. Mais globalement la proximité est quelque chose d'important et qui l'est devenue de plus en plus (...).

Et ça c'est surtout pour AS et IDE, j'imagine.

Oui.

Principalement.

Cuisinier. Ça nous servait des gens qui étaient à une demi-heure de route, même de nuit. De nuit, ça peut encore (...). Globalement ce sont des gens...

C'est qu'il y a un truc qui ne va pas !

Il y a un truc qui ne va pas. Et ça se confirme généralement la plupart du temps.

Votre critère comme ça, c'est une demi-heure de voiture ?

Oui, grand max. » (Directrice 6, Ehpad privé commercial, 69)

Les discours des professionnelles permettent donc de prendre le contrepied des critiques formulées par les directrices des « mercenaires du soin ». La période (éventuelle) de mobilité

des professionnelles paraît concerner surtout les personnels diplômés et sur un âge de la vie limité, entre la fin des études et l'installation dans la « vie de famille » (quelques enquêtées mentionnent leurs prêts bancaires ou leurs enfants comme un facteur les ayant incitées à s'installer dans une structure ou les dissuadant de passer en intérim). Notons d'ailleurs que la mobilité n'est pas perçue de la même manière par les directrices en fonction du niveau de qualification : les changements d'établissements des soignantes sont perçus comme un signal négatif, tandis que leur propre mobilité ou celle de leurs médecins coordinateurs est présentée comme attendue, voire une preuve d'ouverture ou d'expérience.

3.4.2 Rester dans un établissement : l'importance des relations au sein de l'équipe

Pour les professionnelles, les conditions de travail sont équivalentes d'un Ehpad à l'autre. De fait, le poids du modèle hospitalier dans l'organisation du travail et l'encadrement du nombre de soignantes par les financements publics contribue à rendre les conditions de travail des personnels similaires d'un Ehpad à l'autre. À ce titre, ce qu'elles valorisent dans l'établissement où elles travaillent (ou ce qui est présenté comme un motif de départ) sont généralement les relations avec la direction et le reste de l'équipe. La question du salaire apparaît peu dans les entretiens : les soignantes estiment généralement être peu payées pour leur travail, mais y trouver leur compte, grâce aux primes (Ségur, primes propres au groupe ou à l'établissement) ou pour quelques-unes la possibilité de faire des heures supplémentaires.

« C'est vraiment si on tombe sur une bonne équipe, c'est vraiment ça, en fait, qui compte. Trouver la bonne équipe, la bonne organisation, c'est vraiment ça le plus important. » (ASG 1, Ehpad D privé non-lucratif, 69)

« Au début ça allait super bien. Avec mon binôme de nuit, on s'entendait super bien. Et ça, ça m'a vraiment permis de rester, parce qu'en fait on n'était que deux la nuit (...). C'est ce qui me tenait, vraiment, parce qu'après, plus ça allait, plus ça se dégradait. Il y a eu pas mal de changements de direction aussi, ça c'était pénible. Ça changeait souvent : tous les 1-2 ans, les directeurs changeaient. Le personnel c'est pareil, ce n'était jamais bien... Mon binôme a démissionné et je suis partie trois mois après. » (AS 2, Ehpad privé commercial, 69)

« [Ce qui me fait rester, c'est] l'équipe, déjà, parce qu'on est quand même une équipe soudée, mine de rien (...). C'est rare qu'il y ait des grosses prises de tête entre collègues ou quoi. De deux, j'ai quand même pu négocier mon salaire, ça a été accepté rapidement. Il a compris tout de suite. Mine de rien, on a un directeur qui est très jeune et qui se met beaucoup à notre place, qui nous comprend. Et que si on a un truc à lui dire, que ce soit négatif ou positif, il nous écoute. Quand j'ai eu mes problèmes personnels, tout de suite, il m'a dit que je pouvais lui parler et tout ça. Oui, que tu pouvais poser des jours, si tu as besoin et tout. Il savait le problème que j'avais, enfin tu sais après la tempête il m'a tout de suite demandé si j'avais besoin de trouver un appartement, il m'aiderait auprès du boulot, Enfin, plein de choses qui font que ça fait plaisir, je me suis senti soutenu ! Y a aussi le 12h, et mine de rien, le plus important, je pense que c'est le matériel. Parce que lui, il est quand même très, très bien équipé (...). Rien qu'avec les rails ça aide ! Puis dès qu'on a besoin d'un matériel, n'importe quoi, des

fois, ça met du temps, mais il achète rapidement ou il loue. » (AS 4, EHPAD F privé non-lucratif, 37)

« Qu'est-ce qui t'a amené à changer après A. ?

Déjà, il y avait plein de problèmes d'équipe, l'équipe était en discorde, donc, déjà pour ça je ne me sentais pas à l'aise, donc je ne me voyais pas rester. » (AS 7, Ehpad G public, 37)

De manière plus ponctuelle, certaines professionnelles valorisent le comité d'entreprise, leurs horaires de travail ou l'équipement de leur établissement.

« On est pas mal équipés en matériel, du coup on a toute l'aide au besoin pour les patients plus dépendants. On a plein de matériel pour nous aider ou nous faciliter tout ce qui est manutention et tout donc ça va.

Vous avez quoi au niveau matériel, par exemple ?

On a des lève-malades, on a des rails plafonniers dans certaines chambres. Pas ici. On a des verticalisateurs, on a quand même un panel d'aides pas négligeable.

Ça a toujours été comme ça ou c'est venu progressivement ?

Alors, pour tout ce qui est matériel lève-malade ça a toujours été. Je l'ai toujours connu. Les rails, ça s'est fait il y a déjà quelques années, mais on va dire que c'est plus récent, même si je pense bien 10 ans qu'on doit avoir ce genre de matériel.

Et ça vous facilite la vie ?

Oui. Pour les patients les plus lourds, c'est vrai que ça aide énormément à la manipulation. On force moins. Même pour eux c'est plus facile. Ça aide bien. » (AVS 1, Ehpad B privé commercial, 69)

« On a beaucoup d'avantages ; on a les places de ciné à moins cher, on a le CE, on a des parfums beaucoup moins chers, on a beaucoup d'avantages avec notre CE... Et les primes font beaucoup aussi, je pense ; 2 fois par an avoir 3 000 euros par mois (...). Il y a beaucoup d'Ehpad où ils n'ont rien ; ils n'ont même pas une place de ciné à moitié prix, ils n'ont rien du tout, même pas une prime, donc on va dire qu'on est plutôt pas mal niveau en plus ; donc, il y en a plein ici, ils sont partis, ils veulent revenir parce qu'ils sont allés voir ailleurs, ce n'est pas pareil ! Je dis que c'est pour ça que beaucoup je reste, c'est aussi ça ; la paye compte beaucoup au jour d'aujourd'hui. » (ASG 2, Ehpad D privé non-lucratif, 69)

3.4.3 L'impact ambigu des organisations concurrentes

Interrogées sur la « crise du recrutement », les organisations concurrentes (hors SAAD et SSIAD) disent le plus souvent se sentir épargnées : les résidences autonomies et services ou les accueils de jours ont généralement de plus petites équipes (si bien qu'il est plus facile d'avoir une équipe complète) et disent proposer de meilleures conditions de travail que les Ehpads (et l'hôpital).

En effet, ces organisations ont également un nombre plus restreint d'usagers, ce qui permet un taux d'encadrement plus important. De plus, les usagers ou résidents sont

(théoriquement) plus autonomes que ceux des Ehpad, ou bénéficier d'un étayage qui fait que les soins d'hygiène et de confort réalisés par les personnels sont limités. Enfin, ces structures n'assurent pas une continuité des soins sur le modèle hospitalier : les horaires des professionnelles sont généralement des horaires de jour, à l'exception des « veilleuses de nuit » en résidences autonomie ou services, qui est un poste à part (et qui n'implique pas de réaliser des soins).

« *J'ai une équipe très stable.*

Je me demandais si vous aviez une difficulté supplémentaire en tant que résidence autonomie, dans la mesure où vous avez des équipes peut-être plus polyvalentes que dans d'autres structures ?

J'ai recruté l'année dernière une nouvelle auxiliaire de soins qui vient du secteur hospitalier. Et elle m'a dit clairement qu'elle aurait des futures candidates de son ancien hôpital. Chez nous, le travail est ... Elles prennent le temps, elles ont vraiment un confort et des conditions de travail qui sont tout autres. Donc je pense qu'on sera moins confrontés qu'en Ehpad à la difficulté de recruter. Elles font certes des missions assez polyvalentes, mais c'est ce qui plaît aussi. C'est-à-dire de n'être pas sur : je fais des toilettes, je fais de l'entretien. Donc elles font de l'accueil, de l'animation, elles passent aussi du temps à la restauration, ce qui fait qu'une journée est très variée. Et surtout, ce qu'elles me disent, c'est qu'elles ont le temps. Elles sont quatre, elles ont une vingtaine de résidents chacune à surveiller, elles sont référentes d'une vingtaine. Et donc elles peuvent passer une heure au domicile de la personne, discuter, faire l'évaluation de ses besoins ou tout simplement papoter. C'est aussi ce qu'apprécient nos résidents (...). Elles ont très peu de missions de toilette par exemple. Ça va être sur du ponctuel, le temps qu'on mette en place les aides. Ou sur une durée limitée, parce que la personne est fatiguée, on sait que c'est passager. Mais oui, elles n'ont pas de missions trop lourdes physiquement ou psychologiquement. On a quelques situations parfois, mais ça ne va pas durer dans le temps. Donc elles sont beaucoup plus sur (...) la convivialité, le lien social, le collectif. Donc c'est un plus. » (Directrice 30, résidence autonomie publique, 69)

Les SSIAD mettent également en avant la plus grande autonomie et le faible nombre d'usagers pour les infirmières :

« *Le côté positif, c'est le temps. Ce qu'elles disent, ce qu'elles apprécient, c'est le temps au chevet du patient, c'est-à-dire qu'elles ont du temps comparé à l'Ehpad. On en a beaucoup qui viennent d'Ehpad, elles disent 'On prend le temps avec le patient, il y a une infirmière qui répond tout le temps.' On a une ligne d'urgence avec une sonnerie particulière dans les bureaux parce qu'on sait que c'est une aide-soignante qui appelle, donc on lâche tout, on répond. Voilà, il y a toujours quelqu'un qui répond.*

Beaucoup viennent d'Ehpad ?

Oui. Sur les dernières qui arrivent, oui, MAS aussi, Ehpad. Même notre infirmière vient d'Ehpad.

C'est des Ehpad du coin ou ça vient un peu de toute la France ?

Non, du coin.

Elles fuient les conditions de travail ?

Oui. De ce que j'entends, c'est les conditions de travail. Là, effectivement, on a une qualité de vie au travail, donc salaire moindre. » (IDEC 1, SSIAD privé non-lucratif, 69)

Les SAAD quant à eux sont confrontés à des difficultés de recrutement récurrentes, qu'ils tentent de compenser par une flexibilité horaire en s'adaptant aux disponibilités des professionnelles.

« On demande à l'entrée 'Dites-nous tout de suite, qu'il n'y ait pas de souci, dites-nous tout de suite quand est-ce que vous êtes libre et quand est-ce que vous n'êtes pas libre.' En fonction des jours ou des plages horaires, il y en a une, elle est dispo juste de 11 heures à 14 heures, mais du lundi au dimanche, donc on va faire en fonction de ça. Il y a toutes les configurations possibles, mais c'est comme chez Mac Do, vous dites vos disponibilités et on s'adapte. C'est vraiment... de toute façon, si on veut attirer des salariés, c'est ce qu'on doit faire. » (Directeur 31, SAAD privé commercial, 69)

Même si les directrices des résidences autonomies et des SSIAD disent souvent recruter des professionnelles lassées du travail en Ehpad, il semble y avoir peu de circulations entre les types de structures. De fait, les Ehpad mentionnent peu recruter des personnes qui viennent du domicile ou d'un type d'établissement en particulier et leurs doléances concernent davantage les « mercenaires » qui ne s'engageraient dans aucun établissement que des « démissionnaires » qui quitteraient massivement l'Ehpad pour un autre type de structure. De même, les professionnelles interrogées disent envisager plus volontiers une reconversion dans un métier différent que de changer de type de structure ou d'établissement.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de redensifier la figure organisationnelle des Ehpad en les replaçant dans leur cadre structural, en identifiant leurs pratiques concurrentielles, en comprenant l'impact de ces pratiques sur la structuration du secteur et en réinsérant ces pratiques dans leur dimension territoriale. Cette étude s'inscrit dans un contexte particulier qui voit se développer, dans les discours publics et médiatiques mais aussi de la part des acteurs mêmes du secteur des Ehpad, un discours construit autour de ce qui est présenté comme étant le diagnostic d'une crise systémique d'attractivité des Ehpad à l'égard des résidents comme des professionnels. Cette étude a donc aussi pour objectif de contribuer à déconstruire ces discours et à ne pas tenir ces diagnostics, qui transforment les réelles difficultés que rencontre aujourd'hui le secteur de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, comme inaccessibles à l'action des acteurs.

Nous ambitionnions ainsi d'expliciter les stratégies concurrentielles de captation (attraction, sélection, fidélisation) des résidents et des professionnels par les Ehpad en les réinsérant dans leur territoire. Dans la mesure où les Ehpad sont en concurrence pour attirer et sélectionner des résidents sur leur territoire de démocratie sanitaire d'une part, attirer et fidéliser des professionnels sur leur bassin d'emploi d'autre part, il s'agissait donc :

- D'identifier les stratégies de captation des résidents et des professionnels ;
- De comprendre l'impact de ces stratégies sur la concurrence inter-organisationnelle (dans quelle mesure cette double dynamique concurrentielle détermine-t-elle les stratégies de développement des Ehpad) ;
- De montrer comment se construisent des territoires de mise en concurrence inter-organisationnelle par l'articulation des différents niveaux de mise en concurrence.

Nous avions formulé trois hypothèses centrales.

Hypothèse 1. Les stratégies concurrentielles de captation des résidents et des professionnels se déplient selon plusieurs variables :

- Une variable juridique : la concurrence joue entre Ehpad de statut juridique différents, mais également entre Ehpad de statut juridique similaire ;
- Une variable géographique : il existe des disparités très importantes entre départements, voire à l'intérieur de chacun d'eux au niveau des pseudo-cantons ;
- Une variable morphologique : la taille, la spécialisation, la densité et la place occupée dans le paysage des services d'aide et d'accompagnement aux personnes âgées impactent les stratégies de captation des Ehpad

Hypothèse 2. L'inscription territoriale des établissements s'organise selon deux logiques articulées : celle des territoires de démocratie sanitaire et celle des bassins d'emploi. La concurrence entre Ehpad pour attirer et sélectionner leurs résidents, attirer et fidéliser leurs professionnels est plus intense au sein de la zone géographique où se superposent les

territoires de démocratie sanitaire et les bassins d'emploi des différents établissements du secteur.

Hypothèse 3. Pour sortir des zones concurrentielles les plus intenses, les organisations tentent de déstabiliser leur territoire pour gagner en marge de manœuvre vis-à-vis de la captation des résidents et du personnel : ils attirent, sélectionnent et fidélisent en dehors de leur territoire de démocratie sanitaire et en dehors de leur bassin d'emploi. Cette stratégie pose de nouveaux problèmes de mise en concurrence avec des Ehpad qui n'étaient pas en conflit auparavant.

Cette conclusion est organisée en trois temps. Nous mènerons tout d'abord une discussion sur nos hypothèses de départ en reprenant nos principaux résultats de recherche. Dans un deuxième temps, nous reviendrons sur la conception de la concurrence telle qu'elle s'est déployée dans cette étude, avant d'entreprendre une seconde discussion de nos hypothèses à l'aune de cet éclairage. Dans un troisième et dernier temps, nous articulerons les dimensions spatiales et territoriales aux pratiques concurrentielles des Ehpad.

Retour sur les hypothèses : 1^{ère} discussion

Nous pouvons décomposer nos trois hypothèses en huit sous-hypothèses, que nous mettons en regard de nos résultats qualitatifs et quantitatifs (Tableau 69 : discussion des hypothèses).

Tableau 69 : discussion des hypothèses

			Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs
Hypothèse 1	1a	Les stratégies concurrentielles se déploient entre établissements de statuts juridiques différents	Oui, potentiellement : la distinction entre statuts juridiques suit des frontières mouvantes (2.1)	Non : homogénéité des stratégies (2.3)
	1b	Les stratégies concurrentielles se déploient entre établissements aux mêmes statuts juridiques		Non : homogénéité des stratégies (2.3)
	1c	Les stratégies concurrentielles ne sont pas les mêmes selon la localisation géographique	Oui : des conditions structurales d'exercice de la concurrence non-homogènes selon les espaces (2.1.3)	Non : homogénéité des stratégies (2.3)
	1d	Les stratégies concurrentielles sont impactées par la morphologie	Oui, potentiellement : frontières mouvantes (2.1.1)	Non : les Ehpad sont un étalon (2.4.3)
Hypothèse 2	2a	La concurrence entre établissements se joue au niveau du territoire de démocratie sanitaire (captation des résidents)	Non : plus souple que la catégorie administrative (2.1.3)	Non : la captation est principalement locale (2.2)
	2b	La concurrence entre établissements se joue au niveau du bassin d'emploi (captation des professionnels)	Non-concerné	Plutôt non : tendance à vouloir restreindre les profils éloignés (3.3)
	2c	La concurrence est plus intense à l'intersection du territoire de démocratie sanitaire et du bassin d'emploi	Non-concerné	Peu probable
Hypothèse 3		Les Ehpad tentent de se dégager des marges de manœuvre en captant au-delà de leur territoire de démocratie sanitaire et de leur bassin d'emploi	Non-concerné	À la marge (2.3.3 pour les résidents, 3.3 pour les professionnels)

Discussion de l'hypothèse 1

En ce qui concerne la **première sous-hypothèse (1a)**, les résultats sont ambivalents. D'un côté, les Ehpad privés à but lucratifs, privés associatifs et publics sont bien en concurrence les uns avec les autres comme le soulignent les résultats du 2.1.1 et plus généralement ceux du 2.1. Les conditions structurales d'exercice favorisent cette tripartition, comme le montrent les différentes logiques de différenciation mises en avant :

- En termes de différenciation morphologique et institutionnelle, la répartition des Ehpad selon leur statut juridique fait apparaître une distribution équilibrée des capacités d'hébergement, le secteur privé non lucratif représentant 29 % des places contre 21 % pour les établissements publics hospitaliers. Le statut juridique des établissements est lié à plusieurs caractéristiques fortement discriminantes, puisque la grande majorité des Ehpad publics hospitaliers adoptent la tarification globale et bénéficient d'une PUI, au contraire des Ehpad d'autres statuts (2.1.1).
- En termes de différenciation fonctionnelle (2.1.2), il existe un lien significatif entre le statut juridique et le profil fonctionnel, puisque les profils non-diversifiés sont nettement surreprésentés parmi les établissements du secteur privé commercial. En outre, les établissements déclarant un PMP « bas » sont surreprésentés parmi les établissements du secteur public (hospitalier ou autonome) et ceux déclarant un PMP « moyen » sont surreprésentés parmi les établissements du secteur privé commercial. Les établissements déclarant un GMP « élevé » sont nettement surreprésentés parmi les établissements du secteur public hospitalier (41,9 % des établissements de ce secteur contre 34,6 % de l'ensemble des établissements).
- En termes de différenciation territoriale (2.1.3), nous retrouvons cette tripartition structurale, que ce soit au niveau national (la moitié des places en Ehpad public hospitalier se trouvent dans la commune-centre d'un pôle urbain, contre moins de 20 % des places en Ehpad public autonome et environ 30 % des places en Ehpad privé. Les établissements de statut public autonome sont particulièrement présents dans les espaces périphériques qu'ils soient périurbains (47,7 % de leur capacité) ou situés hors des aires d'attraction des villes (22,6 %). La capacité d'accueil des établissements privés obéit à une logique de localisation distincte, leur capacité étant surtout concentrée dans les communes périurbaines pour le privé non lucratif (41 %) et dans les communes de banlieue pour le privé commercial (26,9 %)) ou si l'on raisonne au niveau des départements du Rhône et de l'Indre et Loire, qui se distinguent par des distributions spatiales de la capacité d'hébergement en Ehpad distinctes (le secteur privé commercial est concentré dans le pôle urbain central, à l'exception de quelques établissements installés dans des espaces périphériques du Rhône. Le secteur hospitalier organise des polarités d'accueil en périphérie, polarités qui sont plus intégrées dans un maillage régulier en Indre-et-Loire que dans le Rhône).
- En termes de différenciation tarifaire, les résultats semblent *a priori* converger (2.1.4). Le tarif moyen des établissements du secteur privé commercial est environ 50% plus élevés que ceux pratiqués dans les autres secteurs. Le tarif moyen des établissements publics est inférieur à 2 000€, assez proche de celui des établissements du secteur privé non lucratif à 2 177€. Sur 925 établissements affichant un tarif mensuel supérieur ou égal à 3 000€, six sont de statut public hospitalier et 1 de statut public autonome, soit moins de 1% du total, et 56 sont de statut privé non lucratif. Les établissements privés lucratifs représentent ainsi plus de 90% de ceux qui affichent un tarif mensuel

supérieur ou égal à 3 000€. L'analyse TCEPA confirme que la tarification est largement dépendante du statut juridique : la seule variable présentant des coefficients nettement plus élevés est le statut juridique de l'établissement. Toutes choses égales par ailleurs, un établissement du secteur privé commercial présentant toutes les caractéristiques de référence du modèle pratiquerait un tarif mensuel supérieur de 834 euros à celui d'un établissement du secteur public hospitalier présentant les mêmes caractéristiques (2 804€ contre 1 971€).

Enfin, un des premiers principes de structuration de l'ACM (2.1.5) est bien l'opposition entre les établissements hospitaliers et les établissements du secteur privé à but lucratif. Cette opposition se joue autour de deux caractéristiques structurantes : la présence d'une PUI, signal de l'ancrage hospitalier d'un établissement d'une part, et la non-habilitation à l'HAS (associée à une politique tarifaire élevée) d'autre part.

Ces résultats quantitatifs sont confirmés par les entretiens semi-directifs menés auprès des directrices, pour qui la tripartition est bien présente et détermine non pas leur stratégie de captation des résidents et des professionnels, mais le cadre au sein duquel elles exercent.

Plusieurs éléments viennent nuancer la réponse apportée à cette première sous-hypothèse. Tout d'abord, la tripartition n'est pas une ligne de partage absolue. Les directrices raffinent régulièrement cette tripartition selon le contexte, quelquefois en la réduisant à une bipartition changeante (établissements publics *vs* établissements privés, ou établissements publics-privés associatifs *vs* établissements privés à but lucratif), quelquefois en la développant sur une quadripartition elle-même floue (établissements publics *vs* établissements privés à but lucratifs *vs* « gros » établissements associatifs *vs* les autres établissements associatifs). Selon la spécialisation de l'Ehpad, sa localisation, selon l'expérience de la directrice, la tripartition est donc changeante. Les professionnelles elles-mêmes mettent cette dernière en cause, dans la mesure où les Ehpad sont présentés de façon indifférenciée.

Ensuite, les conditions structurales d'exercice de la concurrence ne suivent pas mécaniquement cette ligne. La présence d'une PUI oppose par exemple les établissements publics hospitaliers aux « autres » types d'établissements. Autre exemple, le fait de ne pas être habilité à l'aide sociale oppose les établissements de statut privé à but lucratif aux « autres ». De manière générale, les caractéristiques morphologiques et institutionnelles des établissements suivent le discours des directrices (et réciproquement).

Enfin, les logiques de différenciation spatiales des Ehpad entre les départements tendent également à nuancer la tripartition et à brouiller les frontières (2.1.3, **sous-hypothèse 3, 1c**). Le maillage différencié (logique de chapelet en Indre et Loire, logique plus concentrée dans le Rhône) suit bien une logique juridique, mais ne peut non plus se réduire à cette dernière.

Les frontières entre les établissements sont donc mouvantes. En un mot, les conditions structurales d'exercice sont impactées par le statut juridique, mais ne peuvent en aucun cas se réduire à ce dernier. Au-delà même des conditions structurales d'exercice, ce sont surtout les pratiques concurrentielles qui permettent de nuancer la **première sous-hypothèse** (1a : concurrence entre statuts juridiques) et la **seconde** (1b : concurrence à l'intérieur des statuts

juridiques) : les résultats qualitatifs montrent une remarquable homogénéité des stratégies concurrentielles. Les directrices tendent en effet à mettre en œuvre des stratégies de captation des résidents très homogènes et à construire une économie de niche en cloisonnant leur Ehpad (2.3 : mêmes critères de sélection, mêmes stratégies de captation organisationnelles). Les stratégies concurrentielles jouent ainsi tout autant entre établissements de statuts juridiques différents, qu'entre établissements de statuts juridiques similaires. Plus précisément, le statut n'est pas une variable décisive de la stratégie de captation des directrices, qui identifient et sélectionnent leurs résidents selon des critères principalement organisationnels. En ce sens, les résultats qualitatifs viennent infirmer la **troisième sous-hypothèse** (1c : les stratégies concurrentielles ne sont pas les mêmes selon la localisation géographique) : quel que soit la localisation, la stratégie de captation repose sur les mêmes ressorts organisationnels. Ce constat vient expliquer la frontière mouvante identifiée par les résultats quantitatifs.

Dans cette optique, la discussion concernant la **quatrième sous-hypothèse** (1d : les stratégies concurrentielles sont impactées par la morphologie) est logiquement ambiguë : d'un côté, la morphologie (le maillage territorial, la répartition des statuts en fonction du type d'espace, etc.) est structurante, dans la mesure où elle dessine les contours du cadre structural dans lequel les directrices construisent leur stratégique, de l'autre, les Ehpad restent un étalon déterminant de la prise en charge du grand âge et les stratégies concurrentielles déployées ne tiennent que peu compte des établissements concurrents (2.4.3).

Discussion de l'hypothèse 2

Au vu de ces éléments, la discussion de l'hypothèse 2 est plus rapide, dans la mesure où cette dernière est globalement rejetée. Tout d'abord, les résultats quantitatifs et qualitatifs infirment clairement l'argument selon lequel la concurrence entre établissements ne se joue pas au niveau du département en tant que territoire de démocratie sanitaire en ce qui concerne la captation des résidents (**sous-hypothèse 2a**). Les résultats quantitatifs indiquent que le maillage territorial est organisé selon des logiques fortement segmentées entre espaces périphériques et centraux (2.1.3). Les résultats qualitatifs viennent préciser ce constat : la captation s'exerce à une échelle spatiale très locale, échelle à laquelle l'offre d'hébergement présente des configurations incomplètes et spécifiques.

Ensuite, les résultats quantitatifs et qualitatifs viennent plutôt contredire l'idée selon laquelle la concurrence entre établissements se joue au niveau du bassin d'emploi (**sous-hypothèse 2b**). Les établissements cherchent d'abord à capter des travailleurs peu qualifiés dont le lieu de résidence est plus souvent périphérique (3.1) alors que les établissements eux-mêmes peuvent, selon leur statut et leurs caractéristiques morphologiques, être concentrés autour des pôles urbains centraux. Les résultats qualitatifs montrent en effet la préférence des directrices pour des profils de soignants locaux (3.3), même si la situation de pénurie tend à assouplir cette exigence.

La sous-hypothèse 2c n'est pas infirmée, mais elle s'avère être principalement théorique. D'un côté, nous avons montré que la concurrence pour les résidents est très cloisonnée

(2.2). De l'autre, la concurrence pour les professionnels tend à s'élargir (3.2) : théoriquement, la superposition des deux stratégies peut intensifier la concurrence. Cependant, et dans la mesure où le territoire de démocratie sanitaire n'est pas une catégorie opérante pour les directrices, cette sous-hypothèse n'a que peu d'intérêt. Les capacités d'hébergement, comme invitent à le penser les exemples de l'Indre-et-Loire et du Rhône, suivent une organisation infradépartementale essentiellement déterminée par la façon dont s'organisent les espaces centraux et périphériques selon des configurations propres à chaque département.

Discussion de l'hypothèse 3

À la lumière de la discussion des hypothèses 1 et 2, on conçoit que cette dernière hypothèse doit être reformulée. Les directrices ne tentent pas de se dégager des marges de manœuvre en captant au-delà de leur territoire de démocratie sanitaire et de leur bassin d'emploi. Plus précisément, elles ne tentent pas non plus de se dégager des marges de manœuvre en captant au-delà de leur niche, que ces stratégies concernent les résidents (où leur marge de manœuvre reste élevée) ou les professionnels (où leur marge de manœuvre est, au contraire, très réduite). En ce qui concerne les résidents, leur marge de manœuvre reste très élevée (voir 2.3) : elles n'ont donc quasiment pas besoin d'en dégager. En ce qui concerne les professionnels, elles ne peuvent se le permettre et doivent se rabattre sur des solutions organisationnelles classiques, du bricolage ou des solutions improvisées en permanence. Dans tous les cas, ces marges de manœuvre relèvent du niveau organisationnel : voir 2.3.3 pour les résidents (stratégies de captation horizontales et verticales), 3.3 pour les professionnels.

Retour sur la concurrence et seconde discussion des hypothèses

Avant de rediscuter les hypothèses, il nous faut tout d'abord expliciter la conception de la concurrence (Cret 2022) qui permet de relire nos résultats. La concurrence est un concept qui est moins investie par la sociologie que ce qu'on pourrait attendre :

- Elle n'est pas considérée comme un objet à part entière par la discipline (par exemple, il n'existe pas d'entrée « concurrence » dans le dictionnaire critique de la sociologie (Boudon et Bourricaud 2002), la littérature portant sur le marché est pléthorique, alors qu'il n'existe que très peu d'études portant directement sur la concurrence) ;
- La concurrence reste principalement étudiée dans le cadre de relations marchandes, comme si le marché avait le monopole de la concurrence ;
- La plupart des sociologues se positionnent vis-à-vis du modèle économique de la concurrence parfaite pour le socialiser.

Dans ce cadre, décrire la concurrence revient à décrire le marché (et inversement), à tel point que des auteurs aussi diversifiés que P. Bourdieu, M-F Garcia ou S. Dubuisson-Quellier (Bernard de Raymond 2003 : 86 ; Bourdieu 1997 ; Boyer 2013 : 53 ; Dubuisson-Quellier 2013 : 785 ; Garcia 1986) parlent de « marché parfait » : il existe une confusion entre marché et concurrence. À partir de ce constat, il est possible de resubstantialiser sociologiquement la notion de concurrence en construisant un modèle analytique qui permet d'en analyser ses formes sociales (Simmel 1999). Ce modèle analytique repose sur

plusieurs dimensions, dont nous pouvons mobiliser la plupart des dimensions dans le cadre de ce rapport de recherche :

- La concurrence ne se réduit pas au modèle du marché et il existe une pluralité de lieux où elle s'exprime ;
- Elle est une activité conflictuelle indirecte ; des chaînes d'interaction singulières rendent possible l'apparition de cette activité qui produit elle-même du lien social.

Il convient notamment de déplier cette dernière dimension, très inspirée de la sociologie de G. Simmel, qui distingue forme pure et impure de la concurrence. La forme pure de la concurrence correspond à deux éléments. D'une part, la concurrence pure est un conflit indirect et parallèle. L'exemple est celui de la course de vélo : dans ce cadre pur, les participants ne se touchent jamais et n'essaient pas de se faire tomber. Cette caractéristique est plus hétérodoxe qu'il n'y paraît, dans la mesure où la conception habituelle de la concurrence est celle d'un conflit direct (les acteurs en concurrence n'hésitent pas à mettre en œuvre des stratégies plus ou moins agressives les uns vis-à-vis des autres) et darwinien, ou du moins social-darwinien (seuls les meilleurs survivent). D'autre part, et surtout, ce conflit particulier crée du lien social. Plus précisément, la concurrence crée deux types de lien social :

- Une pratique d'observation panoramique entre participants (les coureurs cyclistes, par exemple, vont d'autant plus vite qu'ils s'observent mutuellement, qu'ils ont conscience que d'autres pédalent pour le même objectif) ;
- De la création de lien social vers un acteur tiers (les commerçants en concurrence doivent par exemple séduire le consommateur).

De manière réciproque, les formes impures de la concurrence correspondent à tout ce qui vient briser le caractère indirect et parallèle de la lutte et fait baisser la « *valeur sociale objective* », c'est-à-dire la valeur du lien social créé par la concurrence : l'absence d'observation réciproque, le conflit direct, mais également (et de façon paradoxale) toutes les formes de coopération.

Si l'on accepte ce cadre d'analyse, notre argument général se déroule comme suit : les stratégies concurrentielles de captation des résidents et des professionnels alimentent des formes de concurrence pure et impure qui se déploient dans des configurations spatiales et territoriales spécifiques. D'une part, les stratégies des directrices alimentent des formes pures de concurrence. Le caractère indirect et parallèle du conflit se manifeste dans le cloisonnement concurrentiel constaté en partie 2 avec le travail de cloisonnement du territoire de recrutement des résidents par les directrices. Le « vol » de résidents est une pratique interdite. Ce cloisonnement repose sur une logique de statut juridique puisque les Ehpad privés à but lucratif, les Ehpad publics et les Ehpad associatifs présentent des traits morphologiques qui leur font capter des résidents différents. Mais il dépasse celle seule tripartition puisque la logique de partage s'exprime jusqu'à l'intérieur des groupes, ou à l'intérieur d'un groupe, ou à l'intérieur d'un micro-territoire. Le cloisonnement organisationnel et le cloisonnement géographique, couplés aux stratégies de captation des directrices, alimentent ainsi le cloisonnement et la concurrence pure déployée entre les Ehpad, considérés individuellement. D'autre part, ce conflit produit du lien social. Il génère

d'abord des pratiques d'observation panoramique intenses : nous avons montré que les directrices détournent le logiciel Viatrajectoire pour observer leurs concurrents, qu'elles observent leurs potentiels changements de prestations et variations de prix, voire, plus simplement, en un mot qu'elles engagent des stratégies de (re)connaissance de leurs pairs. Mais ce conflit génère également du lien social vers un acteur tiers, ou plus précisément vers différents acteurs tiers : les autorités de financement, mais également les organisations partenaires comme les résidences seniors, les résidences autonomie, etc. Remarquons que dans les deux cas, il s'agit pour les directrices de se dégager des marges de manœuvre vis-à-vis de ces deux acteurs (voir l'exemple du positionnement des directrices vis-à-vis du CPOM en 2.4.2, voir le positionnement des Ehpad comme étalon en 2.4.3).

D'autre part, les stratégies des directrices viennent également alimenter des formes impures de concurrence. L'absence d'observation réciproque découle paradoxalement de la construction d'une forme de concurrence pure. Dans la mesure où les territoires et les publics sont cloisonnés, tous les concurrents n'ont pas forcément besoin de s'observer les uns les autres. On constate ainsi des situations d'absence totale de coopération entre Ehpad pourtant distants de quelques centaines de mètres. Encore une fois, cette absence d'observation va au-delà du statut et ne caractérise pas spécialement un type d'établissement (concrètement, il n'y a pas que les Ehpad publics qui n'observent pas).

Le conflit direct, c'est-à-dire le vol direct de résidents, est quasiment banni. En revanche, les formes de coopération entre Ehpad, quel que soit le statut encore une fois, sont monnaie courante : cela prend la forme d'un adressage direct de patient comme on l'a vu, de partenariats entre Ehpad pour mutualiser des places, etc. Surtout, les stratégies concurrentielles des directrices vis-à-vis des professionnels alimentent des formes de concurrence impure. Ces stratégies correspondent en effet à des pratiques qui d'une part font entrer les Ehpad en conflit direct (dans un contexte de pénurie, les directrices cherchent à attirer les mêmes professionnels : par exemple, toutes les directrices d'Ehpad vont visiter les mêmes écoles d'infirmières pour les attirer) ou en coopération (par exemple, *via* la création de pools de remplacements communs).

En déployant une lecture spatialisée des relations de concurrence et de coopération entre établissements, nous proposons de mettre en œuvre une grille de lecture attentive à la façon dont ces formes de concurrence « pure » et « impure » se déploient dans des cadres spatiaux spécifiques. Le secteur privé commercial, notamment, est peu ou prou absent des espaces périphériques dans le Rhône comme en Indre-et-Loire. La typologie des établissements est toujours localement incomplète (le secteur privé lucratif est concentré dans la banlieue de Tours ; le secteur public hospitalier est quasiment absent du centre du pôle urbain de Lyon). Les stratégies mises en œuvre par les directions d'établissements se déploient donc toujours dans des segments incomplets du marché de l'hébergement des personnes âgées dépendantes. Parce que le recrutement des résidents et des professionnels se fait à une échelle très locale, le département (qui est retenu dans les cas étudiés ici par les ARS comme échelon pertinent pour définir les territoires de démocratie sanitaire) ne forment pas des territoires concurrentiels complets sur le plan morphologique et fonctionnel mais sont fragmentés en petits marchés très localisés et peu articulés les uns aux autres.

Nous pouvons alors reprendre nos trois hypothèses à l'aune d'une grille de lecture qui situe l'organisation des relations de concurrence dans ses territoires spécifiques.

Discussion de l'hypothèse 1

Nous avons montré que la concurrence joue tout autant entre les statuts juridiques, qu'entre établissements de même statut juridique. Les stratégies concurrentielles sont mobilisées aussi bien par les Ehpad privés lucratifs, que les Ehpad privés associatifs et publics.

La concurrence joue selon une variable géographique :

- D'une part, les Ehpad captent les résidents et les professionnels sur un territoire local, restreint (ce qui alimente leur cloisonnement),
- D'autre part, les difficultés de captation des résidents sont plus élevées en milieu urbain qu'en milieu rural (les Ehpad ruraux parviennent facilement à noyauter les résidents de leur environnement) les difficultés de captation des professionnels sont plus élevées en milieu rural qu'en milieu urbain.
- La concurrence ne joue pas selon une variable morphologique. Plus précisément : les Ehpad déterminent les règles du jeu concurrentiel.

Discussion de l'hypothèse 2

Cette hypothèse n'est pas vérifiée : les Ehpad captent les résidents et les professionnels sur des micro-territoires très circonscrits.

- En ce qui concerne la captation des résidents, il ne semble y avoir que peu de conflits directs entre Ehpad, plutôt une logique de cloisonnement. L'enjeu est donc plutôt de compartimentaliser, de neutraliser les conflits potentiels sur des petits territoires. Les stratégies de captation des résidents alimentent des formes de concurrence pure, comme nous l'avons mentionné ci-dessus.
- En ce qui concerne la captation des professionnels, les conflits directs (vols de professionnels) et les processus de coopération (constitutions de pools, « prêts » de professionnels entre Ehpad, etc.), donc des pratiques qui viennent alimenter des formes de concurrence impure qui se développent à l'échelle de ces micro-territoires.

Une question se pose alors : dans quelle mesure les pratiques alimentant les formes de concurrence impure au sujet des professionnels viennent-elles déstabiliser la concurrence pure sur résidents ? A priori, ces stratégies semblent finalement peu connectées : les pratiques concurrentielles alimentant les formes pures de concurrence n'impactent pas celles qui alimentent les formes impures, et réciproquement.

Discussion de l'hypothèse 3

Paradoxalement, les stratégies qui alimentent les formes pures et impures de concurrence ont la même finalité : il s'agit dans les deux cas de se dégager des marges de manœuvre.

Les premières visent à alimenter directement le cloisonnement entre Ehpad pour s'assurer un flux choisi de résidents et de professionnels. Les secondes, qui par définition font « se toucher » les établissements (pour reprendre un terme simmelien) à travers les conflits directs et les pratiques de coopération, les liant ainsi les uns aux autres, visent à lever la

dépendance de chaque établissement par rapport à leur canal de captation habituel. La réponse à l'hypothèse ne peut donc qu'être ambiguë : les directrices tentent à la fois de stabiliser leur territoire pour gagner en marge de manœuvre, et de le déstabiliser pour lever leur dépendance.

Bibliographie

Articles

- Adriaenssens, Jef, Ambre Hamelink et Peter Van Bogaert. 2017. « Predictors of occupational stress and well-being in First-Line Nurse Managers: A cross-sectional survey study », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 73: 85-92.
- Amossé, Thomas et Chardon Olivier. 2006. « Les travailleurs non qualifiés : une nouvelle classe sociale ? », *Economie et statistique*, n°393-394 : 203-229.
- Cusin, François, Hugo Lefebvre et Thomas Sigaud. 2016. « La question périurbaine. Enquête sur la croissance et la diversité des espaces périphériques », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 4 : 641-679.
- Agnoux, Perrine. 2023. « La précarité, une norme imposée aux jeunes femmes des classes populaires rurales », *La Nouvelle Revue du Travail*, n° 23.
- Arborio, Anne-Marie. 2023. « Faire fonction ou faire illusion ? Autour des postes d'aides-soignantes en Ehpad », *Gérontologie et société*, 45 / 172, n° 3 : 69-77.
- Arborio, Anne-Marie. 1995. « Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, vol. 13, n° 3 : 93-126.
- Argoud, Dominique. 2020. « La politique de soutien aux aidants en France : une articulation non aboutie avec le milieu associatif », *Enfances Familles Générations. Revue interdisciplinaire sur la famille contemporaine*, n° 36.
- Argoud, Dominique. 2017. « Territoires et vieillissement : vers la fin de la politique vieillesse ? », *Lien social et Politiques*, n° 79 : 17-34.
- Argoud, Dominique. 2016. « L'isolement des personnes âgées. De l'émergence à la construction d'un problème public », *Gérontologie et société*, vol. 38 / 149, n° 1 : 25-40.
- Argoud, Dominique. 2010. « Approche historique des dispositifs gérontologiques en France », *Gérontologie et société*, 33 / 132, n° 1 : 103-110.
- Aubry, François. 2012. « Une histoire de vocation ? Comment les aides-soignantes occultent le processus de transmission de leurs compétences professionnelles. », *Émulations - Revue de sciences sociales*, n° 11 : 111-121.
- Aubry, François. 2010. « La place du groupe de pairs dans l'intégration des nouvelles aides-soignantes dans les EHPAD », *SociologieS*.
- Avril, Christelle. 2008. « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude », *Retraite et société*, vol. 53, n° 1 : 49-65.
- Badey-Rodriguez, Claudine. 2003. « Psychologue en maison de retraite. Une fonction au cœur des enjeux relationnels », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 69-79.
- Balard, Frédéric, Vincent Caradec, Michel Castra, Aline Chassagne, Gaëlle Clavandier, Pauline Launay, Cherry Schrecker et Hélène Trimaille. 2021. « Habiter en Ehpad au temps de la Covid-19. Les logiques sociales des expériences du premier confinement », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 141, n° 4 : 31-48.
- Balard, Frédéric, Françoise Le Borgne-Uguen, Clément Desbruyères, Germain Bonnel, Vincent Caradec et Michel Castra. 2022. « Les équipes de direction face à l'incertitude : la gestion de l'épidémie de COVID-19 dans les maisons de retraite en France », *Frontières*, vol. 33, n° 2.

- Barbier, Pascal. 2012. « Travailler à contretemps : Vendre le soir, le dimanche et les jours fériés dans les grands magasins », *Temporalités*, n° 16.
- Baronnier, Marion et Cindy Arnold. 2021. « Bouleversements des soignants confrontés à la Covid-19 en Ehpad », *Jusqu'à la mort accompagner la vie*, vol. 145, n° 2 : 119-129.
- Basson, Jean-Charles et Martial Vallereau. 2020. « Jours tranquilles à la maison de retraite. Velléités de changements autour du projet de création d'un parcours de santé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Empan*, vol. 118, n° 2 : 73-80.
- Belorgey, Nicolas. 2021. « Nouvelle gestion publique dans les hôpitaux : les raisons du tri », *Sociétés contemporaines*, vol. 123, n° 3 : 23-50.
- Béroud, Sophie, Cristina Nizzoli et Camille Noûs. 2021. « Parler du travail en EHPAD pour mettre à distance la maltraitance », *Mots*, n° 126 : 91-108.
- Berthe, Bénédicte, Nathalie Dedessus-Le-Moustier et Marc Dumas. 2021. « Le présentisme du personnel soignant et son traitement par le droit », *Revue française des affaires sociales*, n° 2 : 215-236.
- Bessin, Marc. 2014. « Présences sociales : une approche phénoménologique des temporalités sexuées du care », *Temporalités*, n° 20.
- Billaud, Solène et Jingyue Xing. 2016. « « On n'est pas si mauvaises ! » Les arrangements des aides-soignantes en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) face aux épreuves de professionnalité », *SociologieS*.
- Bourdieu, Pierre. 1986. « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, vol. 62, n° 1 : 69-72.
- Brami, Gérard. 2013. « Les paradoxes de l'évolution des Ehpad », *Empan*, vol. 91, n° 3 : 56-61.
- Braun, Robert Tyler, Hye-Young Jung, Lawrence P. Casalino, Zachary Myslinski et Mark Aaron Unruh. 2021. « Association of Private Equity Investment in US Nursing Homes with the Quality and Cost of Care for Long-Stay Residents », *JAMA Health Forum*, vol. 2, n° 11.
- Bruyère, Christelle et Nelly Massard. 2021. « Le management bienveillant peut-il être un levier de gestion de la crise Covid-19 ? Le cas d'un EHPAD associatif », *Gestion et management public*, 9 / 4, n° 4 : 133-138.
- Bungener, Martine, Marie-Eve Joël et Pascale Roussel. 1986. « Quel coût pour le secteur médico-social ? », *Sciences sociales et Santé*, vol. 4, n° 3 : 119-146.
- Carrère, Amélie. 2023. « Perte d'autonomie des personnes âgées en France : pourquoi y a-t-il des différences territoriales ? », *Revue économique*, vol. 74, n° 3 : 345-372.
- Carrère, Amélie. 2021. « Vivre en établissement pour personnes âgées dépendantes ou rester à domicile : le rôle du contexte territorial », *Population*, vol. 76, n° 2 : 327-357.
- Carrère, Amélie. 2020b. « Vivre à domicile ou en institution : quels sont les déterminants de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ? », *Regards*, vol. 57, n° 1 : 127-139.
- Catherin-Quivet, Agnès. 2005. « Évolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre (1962-2004) », *Annales de démographie historique*, vol. 110, n° 2 : 185.
- Caudron, Jean-michel. 2003. « Les emplois jeunes en gérontologie », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 249-264.
- Chaboissier, M. 2007. « D'une pénurie à l'autre, quelles évolutions pour la profession infirmière », *Soins cadres de santé*, vol. 64 26-30.
- Chamkhi, A., F. Lainé et N. Prokovas. 2020. « Les métiers de l'action sociale et de la santé : quelles sont les compétences mobilisées, quelles sont les pratiques de recrutement ? », *Eclairages et synthèses*, n° 59.

- Chauvin, Karine et Isabelle Donnio. 2003. « Confrontation de deux logiques dans le champ de l'aide et du soin : celle des usagers et celle des professionnels », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 171-193.
- Chevillard, Guillaume, Véronique Lucas-Gabrielli et Julien Mousques. 2018. « "Déserts médicaux" en France : état des lieux et perspectives de recherches », *L'Espace géographique*, vol. 47, n° 4 : 362-380.
- Colin, Gerald, Bénédicte Colson, Catherine Lecru, Jean-Luc Noël et Justine Thellier. 2003. « Travailler auprès de patients déments », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 81-89.
- Collet-Berling, Marilys. 2020. « Les pratiques concurrentielles au regard des EHPAD et des résidences autonomie », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 191-212.
- Cottet, Isabelle, Graziella Marion et Pascal Dreyer. 2010. « Plaisir de manger et refus d'alimentation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, 33 / 134, n° 3 : 207-215.
- Cresson, Geneviève et Nicole Gadrey. 2004. « Entre famille et métier : le travail du care », *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 23, n° 3 : 26-41.
- Cret, Benoit et Nicolas Guilhot. 2016. « Le secteur du handicap, un marché en construction ? Stratégies concurrentielles et stabilisation du champ (1944-2010) », *Revue Française des Affaires sociales*, vol. 4 : 193-223.
- Cret, Benoit, Magali Robelet et Guillaume Jaubert. 2013. « La (dé)construction politique des associations gestionnaires d'établissements », *Terrains & travaux*, vol. 23, n° 2 : 39-58.
- Croff, Brigitte et Micheline Mauduit. 2003. « Travailler auprès de personnes âgées. Une chance pour repartir dans la bonne direction », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 231-247.
- Cusin, François, Hugo Lefebvre et Thomas Sigaud. 2016. « La question périurbaine. Enquête sur la croissance et la diversité des espaces périphériques », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 4 : 641-679.
- Degois, Marc, Aurélie Grillot, Elife Boyraci, Valérie Saillard, Anne-Charlotte Jandard, Laetitia Prévalet-Courlet, Esmaël Ngamba, Fanny Faivre, Olivier Barrandon et Régis Aubry. 2015. « Les pratiques des soins palliatifs en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Santé Publique*, vol. 27, n° 2 : 199-204.
- Delouette, Ilona et Laura Nirello. 2017. « La régulation publique dans le secteur des Ehpads : Quelles conséquences pour l'avenir des établissements de l'ESS ? », *RECMA*, N° 344, n° 2 : 58-72.
- Delouette, Ilona et Laura Nirello. 2016. « Le processus de privatisation du secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 34, n° 7 : 387-408.
- Deshayes, Jean-Luc. 2013. « L'employeur territorial, une notion utile pour comprendre la (dé)structuration de l'emploi », *Travail et Emploi*, vol. 136 : 69-80.
- Devetter, François-Xavier, Annie Dussuet, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. 2022. « Les collectifs de travail dans les métiers auprès des personnes âgées : fragiles, fragilisés mais indispensables », *Journal de gestion et d'économie de la santé*, vol. 4, n° 4 : 250-274.
- Devetter, François-Xavier et Emmanuelle Puissant. 2018. « Mécanismes économiques expliquant les bas salaires dans les services à la personne », *Travail et emploi*, n° 155-156, n° 3 : 31-64.
- Devigne, Michel, Johanna Habib, Cathy Krohmer et Brami Laurent. 2014. « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 32, n° 1 : 63-80.

- Dewatripont, Mathias. 2023. « Quel statut juridique et quelles missions pour des EHPAD à visage humain ? », *Revue d'économie financière*, vol. 152, n° 4 : 113-123.
- Dieudonné, Maël, Patrick Castel et Magali Robelet. 2024. « L'impossible contrôle consultatif entre pairs. Le cas des relations entre médecins dans les EHPAD », *Sociologie du travail*, vol. 66, n° 1.
- Divay, Sophie. 2014. « Les dessous cachés de la transmission du métier de soignante », *SociologieS*.
- Divay, Sophie. 2010. « Les précaires du Care ou les évolutions de la gestion de « l'absentéisme » dans un hôpital local », *Sociétés contemporaines*, n° 77, n° 1 : 87-109.
- Divay, Sophie et Lucile Girard. 2019. « Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherches en soins infirmiers*, n° 4 : 64-83.
- Djellal, Faridah, Faïz Gallouj et Karim Gallouj. 2004. « La dynamique de l'innovation et du changement dans les services de soins aux personnes âgées », *Revue française des affaires sociales*, n° 3 : 137-169.
- Dariel, Odessa Petit Dit. 2015. « L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? », *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*, vol. 1, n° 4 : 197-204.
- Desjeux, Cyril. 2020. « L'aide à domicile : des dynamiques d'alliance entre concurrence et complémentarité », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 221-236.
- Desport, Mélanie et Maude Vacheret. 2019. « Restaurer la fonction contenante face à la mort en EHPAD : les rites, une voie possible », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 144, n° 4 : 79-86.
- Donnio, Isabelle. 2005. « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », *Gérontologie et société*, 28 / 112, n° 1 : 73-92.
- Douguet, Florence. 2003. « Le vieillissement des personnels hospitaliers. Les effets de l'âge sur la relation soignant-soigné », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 103-114.
- Dussuet, Annie, Laura Nirello et Emmanuelle Puissant. 2017. « De la restriction des budgets des politiques sociales à la dégradation des conditions de travail dans le secteur médico-social », *La Revue de l'Ires*, vol. 91-92, n° 1-2 : 185-211.
- Duyck, Jean-Yves et Natacha Pijoan. 2010. « L'enjeu de la gestion des ressources humaines dans le service aux personnes âgées dépendantes : le cas des établissements d'accueil », *Gérontologie et société*, 33 / n° 135, n° 4 : 187-211.
- Eloi, Mélina et Philippe Martin. 2017. « La personne au centre de la prise en charge en EHPAD : entre règles, pratiques et représentations », *Revue française des affaires sociales*, n° 1 : 21-40.
- Eloire, Fabien. 2019. « 3. La concurrence, un rapport social conflictuel et socialisateur », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 25, n° 2 : 42-49.
- Ennuyer, Bernard. 2013. « Les malentendus de l'"autonomie" et de la "dépendance" dans le champ de la vieillesse », *Le sociographe*, vol. 5 : 139-157.
- Ennuyer, Bernard. 2012. « Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile. Quel bilan après la loi Borloo de 2005 ? », *Gérontologie et société*, 35 / 142, n° 3 : 143-156.
- Ennuyer, Bernard. 2010. « "Territoire gérontologique" ? Quel sens donner à cette locution ? », *Gérontologie et société*, vol. 33, n° 132 : 165-170.
- Ennuyer, Bernard. 2009. « Quelles marges de choix au quotidien. Quand on a choisi de rester dans son domicile ? », *Gérontologie et société*, 32 / 131, n° 4 : 63-79.
- Ennuyer, Bernard. 2007. « 1962-2007 : regards sur les politiques du "maintien à domicile". Et sur la notion de "libre choix" de son mode de vie », *Gérontologie et société*, 30 / 123, n° 4 : 153-167.

- Ennuyer, Bernard. 2004. « Les politiques publiques et le soutien aux personnes âgées fragiles », *Gérontologie et société*, vol. 27, n° 109 : 141-154.
- Ennuyer, Bernard. 2003b. « Les aides à domicile : une profession qui bouge. Un rôle clé dans le maintien à domicile, mais toujours un manque de reconnaissance sociale », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 135-148.
- Ennuyer, Bernard. 1998. « La construction du champ de la vieillesse dépendante. 1973-1997 : le retour en force du modèle biomédical », *Prévenir*, n° 35 : 63-70.
- Fèvre, Raphaël. 2020. « 2. L'évolution du concept de concurrence d'Adam Smith à Friedrich Hayek », *Regards croisés sur l'économie*, n° 25, n° 2 : 24-35.
- Fourques, Catherine. 2021. « Expériences du confinement en EHPAD, du côté des résidents et des soignants », *Cliniques*, N° 21, n° 1 : 176-190.
- Frinault, Thomas. 2005. « La réforme française de l'allocation dépendance ou comment bricoler une politique publique », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 4 : 607-632.
- Gardes, Cyrine. 2023. « La polyvalence dans le commerce et les services. Recomposition de la division du travail et subordination accrue », *La Revue de l'Ires*, vol. 109, n° 1 : 35-60.
- Gérard, Antoine. 2017. « La résidence services seniors, quel rôle dans la gestion du vieillissement ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 4 : 267-284.
- Gramain, Agnès, Laure Lacan, Florence Weber et Jérôme Wittwer. 2005. « Économie domestique et décisions familiales dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De l'ethnographie à la formalisation microéconomique », *Revue économique*, vol. 56, n° 2 : 465-484.
- Gucher, Catherine. 2013. « Le vieillissement des populations et des territoires au prisme d'une ruralité transformée », *Gérontologie et société*, 36 / 146, n° 3 : 11-20.
- Guérin, Laura. 2016. « « Faire manger » et « jouer le jeu de la convivialité » en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : De l'intensification des contraintes de travail pendant le service des repas », *SociologieS*.
- Guérin, Serge. 2010. « Expérience du don et du care, société de service et personnes âgées », *Gérontologie et société*, 33 / 135, n° 4 : 167-186.
- Gueydan, Geneviève et Jean-Robert Jourdan. 2020. « Les appels à projets, une tentative d'articuler régulation de l'offre et projet associatif », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 97-109.
- Goujon Belghit, Anne. 2020. « La gestion du capital humain : maîtriser les risques en EHPAD », *Management & Avenir*, vol. 117, n° 3 : 17-39.
- Gratieux, Laurent. 2016. « Les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées », *Vie sociale*, vol. 15, n° 3 : 187-200.
- Hardy, Jean-Pierre. 2020. « La marchandisation du secteur social : fausses évidences mais vraie doxa du travail social », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 127-141.
- Henrard, Jean-Claude. 2002. « Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées », *Santé, société et solidarité*, vol. 1, n° 2 : 73-82.
- Henrard, Jean-Claude. 1997. « Du rapport Laroque à la loi sur la Prestation spécifique dépendance », *Gérontologie et société*, 20 / 81, n° 2 : 43-57.
- Janvier, Roland. 2020. « Développer l'offre sociale et médico-sociale : l'utopie de la régulation concurrentielle », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 83-96.
- Jeamet, Alexis. 2021. « La part gratuite du travail des infirmières hospitalières menacée par la taylorisation du soin », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 32, n° 2 : 71-84.
- Lagay, Jean-Pierre. 2020. « La fiscalité est-elle source de distorsions entre les trois secteurs (privé lucratif, privé non lucratif et public) dans le domaine des interventions sociales et médico-sociales ? », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 61-81.

- Lahire, Bernard. 2018. « Avoir la vocation », *Sciences sociales et sport*, N° 12, n° 2 : 143-150.
- Lancelle, Alice. 2016. « Mesure et dé-mesure du Care. Une étude de cas à partir des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », *Cahiers du GRM*, n° 10.
- Laroque, Michel. 2020. « Le droit de la concurrence s'applique-t-il aux interventions sociales et médico-sociales ? », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 41-60.
- Laville, Jean-Louis. 2008. « Services aux personnes et sociologie économique pluraliste », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 2, n° 2 : 43-43.
- Le Bihan-Youinou, Blanche. 2010. « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France : Vers la création d'un cinquième risque ? », *Informations sociales*, n° 157, n° 1 : 124-133.
- Le Meur, Nolwenn, Lauric Ferrat, Fei Gao, Frédérique Quidu et Michel Louazel. 2017. « Maillage territorial des établissements de santé : apport des modèles issus de la théorie des graphes », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 35, n° 4-5 : 197-208.
- Le Piolet, Séverine. 2020. « L'offre d'habitat adapté aux personnes âgées au cœur des inégalités dans la vieillesse », *Gérontologie et société*, 42 / n° 162, n° 2 : 217-231.
- Lechevalier Hurard, Lucie. 2014. « Nouveaux dispositifs de prise en charge, nouveaux métiers ? Les dynamiques de professionnalisation pour les soignants de première ligne en milieu spécialisé Alzheimer », *Retraite et société*, vol. 69, n° 3 : 99-120.
- Legros, P. 2020. « L'implication au travail face à la dépendance accrue en EHPAD », *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, vol. 20, n° 118 : 229-239.
- Legros, Patrick. 2018. « Les inégalités d'accès aux établissements pour personnes âgées dépendantes », *Revue de l'Institut de Sociologie*, vol. 88.
- Loffeier, Iris. 2015. « La « norme de sollicitude » jusqu'à l'oubli de soi dans la prise en charge des résidents de maison de retraite », *SociologieS*.
- Loffeier, Iris. 2011. « Fabriquer du « bien-être » Tension entre missions chez les personnels d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en France », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 24, n° 1 : 69-84.
- Loubat, Jean-René. 2020b. « Concurrence et benchmarking moteurs du changement », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 111-125.
- Louchard Chardon, Christine. 2018. « Processus démentiels et enjeux du négatif en gériatrie. De l'idéal soignant au mal-être des professionnels », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, XXIV, n° 59 : 11-26.
- Mallon, Isabelle. 2007. « Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? », *Gérontologie et société*, 30 / 121, n° 2 : 251-264.
- Martin, Cécile et Méline Ramos-Gorand. 2017. « Turnover élevé du personnel soignant dans les Ehpad privés en France : impact de l'environnement local et du salaire », *Econ Stat*, vol. 493 : 53-69.
- Mayen, Michèle. 1972. « La population des hospices et des maisons de retraite », *Population* : 69-82.
- Mercereau, François. 2020. « L'apport des EHPAD privés commerciaux », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 213-220.
- Molinier, Pascale. 2010. « Apprendre des aides-soignantes », *Gérontologie et société*, 33 / 133, n° 2 : 133-144.
- Moras, Delphine. 2017. « Images et relations en maison de retraite », *Images du travail, travail des images*, n° 4.

- Muller, Mariane et Delphine Roy. 2018. « L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 », n° 1094.
- Noguès, Henry. 2020. « La concurrence dans le secteur social et médico-social : un levier pour le progrès ou un pas risqué vers une société dominée par le marché ? », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 21-39.
- Pennec, Simone. 2003. « L'institutionnalisation du salaire filial. A travers la prestation spécifique dépendance et l'aide personnalisée à l'autonomie », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 213-230.
- Periot, Marie-Dominique. 2002. « Réflexions hospitalières : Comprendre la réforme des EHPAD », *Revue Hospitalière de France*, n° 487 : 70-75.
- Petiau, Anne et Barbara Rist. 2022. « Aidantes et aidants rémunérés, entre trajectoire de vie et parcours professionnel », *Informations sociales*, vol. 208, n° 4 : 52-61.
- Petit, Renaud et Véronique Zardet. 2017. « Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management », *@GRH*, vol. 22, n° 1 : 31-54.
- Pichonnaz, David, Alexandre Lambelet et Valérie Hugentobler. 2020. « Désaccords en établissements pour personnes âgées : analyser les concurrences entre métiers aux contours flous », *Revue suisse de sociologie*.
- Planson, Nadège. 2000. « La définition normative des résidents en maison de retraite et le travail de leurs personnels », *Sociétés Contemporaines*, vol. 40, n° 1 : 77-97.
- Plault, Marion, Lisa Triplet et Jingyue Xing-Bongioanni. 2024. « "Affronter ensemble la crise sanitaire" : les effets de l'épidémie de Covid-19 sur les relations de travail en Ehpad », *Vie sociale*, vol. 45, n° 1 : 83-97.
- Plumet, Orianne et Fanny Vincent. 2021. « Se mobiliser et travailler à l'hôpital par temps de Covid », *Mouvements*, vol. 105, n° 1 : 13-26.
- Poujol, Jean-Marie. 2020. « Les distorsions de concurrence entre les intervenants et la qualité des prestations aux personnes en situation de fragilité : un défi à relever ? L'impact de la concurrence sur les établissements et services du secteur social et médico-social confrontés à de nouveaux enjeux », *Vie sociale*, vol. 31-32, n° 3-4 : 301-308.
- Quéméner, G., S. De Bosscher, C. Afonso-Pires et L. Rémy. 2023. « L'effet du sens du travail sur l'intention de quitter des personnels soignants en EHPAD. Quel impact de la satisfaction au travail et de la charge de travail ? », *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 29, n° 1 : 1-13.
- Randon, Sophie, Christophe Baret et Christine Prioul. 2011. « La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale », *Management & Avenir*, vol. 49, n° 9 : 133-149.
- Renaut, Sylvie. 2022. « Sociabilités en Ehpad avant la pandémie de Covid-19 en France. Des résidents plus entourés qu'avant la canicule de 2003 ? », *Gérontologie et société*, 44 / 168, n° 2 : 63-78.
- Rimbert, Gérard. 2006. « Le chronomètre et le carillon. Temps rationalisé et temps domestique en maison de retraite », *Lien social et Politiques*, n° 54 : 93-104.
- Rivière, Audrey, Nathalie Commeiras et Anne Loubès. 2019. « Nouveau Management Public, tensions de rôle et stress professionnel chez les cadres de santé », *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 112, n° 2 : 3-20.
- Roquebert, Quitterie. 2019. « Disparités départementales dans l'accompagnement des personnes âgées fragiles : un état des lieux », *Revue française des affaires sociales*, Hors-série 1, HS : 87-103.

Roudaut, Karine et Benjamin Derbez. 2022. « Proximité et distance dans l'entretien sur l'intime en période de crise sanitaire », *Genèses*, n° 126, n° 1 : 125-139.

Roussillon Soyer, Claude. 2023. « Maintenir les soignants des EHPAD en poste par la satisfaction des besoins fondamentaux », *Revue de gestion des ressources humaines*, vol. 128, n° 2 : 22-38.

Saint-Jean, Oliver et Dominique Somme. 2003. « Taux d'encadrement et médicalisation des établissements d'accueil pour personnes âgées données de l'enquête EHPA », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 13-21.

Saunière, Anne de, Laetitia Bonneau, Valérie Donio, Valérie Godinot, Jean-Philippe Flouzat, Géraldine Bensasson, Christelle Code, Guillaume Galay et Dominique Pige. 2016. « Prise en charge médicamenteuse en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en Île-de-France en 2014 : état des lieux et axes d'amélioration », *Santé Publique*, vol. 28, n° 5 : 623-632.

Schotté, Manuel. 2014. « Les coûts de la vocation », *Genèses*, n° 97, n° 4 : 149-154.

Segrestin, Denis. 2019. « Jean-Daniel Reynaud (1926-2019). Un itinéraire scientifique », *Sociologie du travail*, vol. 61, n° 2.

Sibille, Romain et Marie-Ève Joël. 2016. « Les directeurs d'EHPAD : contraintes, marges de manœuvre et diversité des pratiques », *Revue française des affaires sociales*, n° 4 : 285-306.

Sigaud, Thomas. 2019. « La grande mobilité géographique domicile-travail : l'inscription spatiale des inégalités entre travailleurs », *Travail et emploi*, vol. 160, n° 4 : 75-102.

Simon, Marion. 2023. « Les étudiantes en formation d'infirmière sont trois fois plus nombreuses à abandonner en première année en 2021 qu'en 2011 », *Études et résultats*, vol. 1266.

Sipos, Irène. 2003. « Évolution des différentes fonctions en maison de retraite », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 35-43.

Smida, Ali. 2009. « Segmentation du marché et positionnement stratégique des entreprises de l'hébergement collectif pour personnes âgées », *Management & Avenir*, vol. 26, n° 6 : 142-159.

Suaud, Charles. 2018. « La vocation, force et ambivalence d'un concept « nomade ». Pour un usage idéal-typique », *Sciences sociales et sport*, N° 12, n° 2 : 19-44.

Tessier, Jean-François, Jean-Marie Léger, Eric Charles et Philippe Faugeron. 2003. « La psychiatrie a-t-elle sa place aujourd'hui dans la prise en charge médicale du sujet âgé ? Réflexions faites au travers de l'évolution des pratiques de soins », *Gérontologie et société*, 26 / 104, n° 1 : 45-62.

Theviot, Anaïs. 2021. « Confinement et entretien à distance : quels enjeux méthodologiques ? », *Terminal*, n° 129.

Toffel, Kevin et Amal Tawfik. 2019. « Le New Public Management et la redéfinition de l'activité infirmière. De la fabrique des nouvelles élites professionnelles », *Revue française d'administration publique*, vol. 172, n° 4 : 1077-1091.

Trompette, Pascale. 2005. « Une économie de la captation : les dynamiques concurrentielles au sein du secteur funéraire », *Revue française de sociologie*, vol. 46, n° 2 : 233-264.

Weber, Florence. 2017. « Politiques et sciences sociales de la vieillesse en France (1962-2016): de la retraite à la dépendance », *Genèses*, vol. 1, n° 106 : 115-130.

Weber, Florence. 2010. « Les rapports familiaux reconfigurés par la dépendance », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 7, n° 1 : 139-151.

Xing-Bongioanni, Jingyue. 2021a. « Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : le cas des EHPAD : », *Revue Française de Socio-Économie*, n° 27, n° 2 : 101-120.

Xing-Bongioanni, Jingyue. 2021b. « Les tarificateurs des conseils départementaux aux prises avec les instruments d'action publique : le cas des EHPAD », *Revue Française de Socio-Économie*, vol. 27, n° 2 : 101-120.

Xing-Bongioanni, Jingyue. 2020. « Les rapports entre établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et Agences régionales de santé au prisme de la logique comptable », *Revue française d'administration publique*, vol. 174, n° 2 : 459-473.

Zacklad, Rachel. 2016. « Le drame social du travail dans l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en institution », *Vie sociale*, vol. 2, n° 14 : 141-153.

Ouvrages et chapitres d'ouvrage

Amyot, Jean-Jacques. 2016. *Travailler auprès des personnes âgées*, Paris, Dunod.

Arborio, Anne-Marie. 2009. « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du "sale boulot" », in *Sociologie des groupes professionnels*, Paris, La Découverte : 51-61

Arbuz, Georges et Régis Gonthier. 2022. *Les EHPAD et leur avenir : éléments clés de leur histoire récente et nouvelles perspectives*, Librinova.

Arnal-Capdevielle, Isabelle. 2020. « Introduction », in *Le droit des établissements et services medico-sociaux*, Rennes, Presses de l'EHESP : 7-12.

Aubry, François et Yves Couturier. 2017. « Intégrer une organisation gériatrique comme préposées aux bénéficiaires au Québec : un processus de redéfinition de l'éthique du prendre soin ? », in *Aides-soignantes et autres funambules du soin : entre nécessité et arts de faire*, Québec, Presses de l'Université Laval: 71-88.

Avare, Philippe et Samuel Sponem. 2008. « Le managérialisme et les associations », in Christian Hoarau et Jean-louis Laville (éds.) *La gouvernance des associations : économie, sociologie, gestion*, Paris, Erès: 113-129.

Bauduret, Jean-François. 2017. « Chapitre 1. La constitution d'une identité par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales », in *Institutions sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod : 6-18.

Bernard de Raymond, Antoine et Pierre-Marie Chauvin. 2014. « Chapitre 2. La sociologie des marchés : réseaux, dispositifs et statuts », in *Sociologie économique*, Paris, Armand Colin : 37-64.

Bigot, François et Thierry Rivard. 2003. « 7. L'évolution des modes de prise en charge et des métiers de la dépendance », in Claude Martin (éd.) *La dépendance des personnes âgées*, Presses universitaires de Rennes : 157-174.

Billaud, Solène. 2010. « Partager avant l'héritage, financer l'hébergement en institution. Enjeux économiques et mobilisations familiales autour de personnes âgées des classes populaires », EHESS Paris.

Bloch, Marie-Aline et Léonie Hénaut. 2014a. « Trois figures de coordonnateurs interdépendants pour accompagner les personnes », in *Coordination et parcours*, Paris, Dunod : 207-248.

Bloch, Marie-Aline et Léonie Hénaut. 2014b. « Trois figures de coordonnateurs interdépendants pour accompagner les personnes », in *Coordination et parcours*, Paris Dunod : 207-248.

- Bois, Jean-Pierre. 1989. *Histoire de la vieillesse*, Paris, Presses universitaires de France.
- Boltanski, Luc et Laurent Thévenot. 1991. *De la justification : les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard.
- Capuano, Christophe. 2021. *Le maintien à domicile : une histoire transversale (France, XIXe-XXIe siècle)*, Paris, Rue d'Ulm.
- Capuano, Christophe. 2018a. « Chapitre 1. Choisir une protection sociale pour l'invalidité des personnes âgées », in *Que faire de nos vieux ?* Paris, Presses de Sciences Po: 23-44.
- Capuano, Christophe. 2018b. *Que faire de nos vieux ? Une histoire de la protection sociale de 1880 à nos jours*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Castel, Patrick, Léonie Hénaut et Emmanuelle Marchal. 2016. *Faire la concurrence*, Paris, Presses des Mines.
- Causse, Lise. 2006. « L'univers des aides-soignantes en maisons de retraite médicalisées : un travail dévalorisé et occulté », in *Le bas de l'échelle*, Toulouse, Érès: 67-79.
- Charazac, Pierre. 2023. « Chapitre 12. La Covid-19 et le soin en EHPAD », in *Soin et psychothérapie du grand âge*, Paris, Dunod : 145-158.
- Cochoy, Franck. 2004. *La captation des publics. C'est pour mieux te séduire, mon client*, Presses Universitaires du Mirail., Toulouse, Presses Universitaires du Mirail.
- Combe, E. 2008. *La politique de la concurrence*. Paris : La Découverte, coll. Repères., Paris, La Découverte.
- Cret, Benoit. 2022. « Les formes sociologiques de la concurrence », Habilitation à Diriger des Recherches, Université Lyon II.
- Davis, F. 1975. « Professional Socialisation as Subjective Experience: In Cox and Mead (eds) A Sociology of Medical Practice ».
- Detchessahar, Mathieu, Michel Devigne, Anouk Grevin et Arnaud Stimec. 2012. « Santé et souffrance au travail, le management en question », in *La souffrance au travail : quelle responsabilité de l'entreprise ?* Armand Colin : 293-318.
- Dreyer, Pascal et Bernard Ennuyer. 2007. *Quand nos parents vieillissent. Prendre soin d'un parent âgé*, Paris, Autrement.
- Ennuyer, Bernard. 2014a. « Chapitre 3. Les politiques publiques du maintien à domicile : 1962-2013 », in *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod : 43-94.
- Ennuyer, Bernard. 2014b. « Chapitre 5. Les services qui concourent au maintien à domicile », in *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod : 109-158.
- Ennuyer, Bernard. 2014c. « Chapitre 5. Les services qui concourent au maintien à domicile », in *Repenser le maintien à domicile*, Paris, Dunod : 109-158.
- Ennuyer, Bernard. 2014d. *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.
- Ennuyer, Bernard. 2003a. « 4. Histoire d'une catégorie : « personnes âgées dépendantes » », in Claude Martin (éd.) *La dépendance des personnes âgées*, Presses universitaires de Rennes : 95-114.
- Faure, Olivier. 1982. *Genèse de l'hôpital moderne : Les Hospices Civils de Lyon de 1802 à 1845*Presses universitaires de Lyon.
- Fligstein, Neil. 2002. *The Architecture of Markets: An Economic Sociology of Twenty-First-Century Capitalist Societies*, Princeton., Princeton, NJ.
- Fligstein, Neil et D. McAdam. 2012. *A Theory of Fields*, New York, Oxford University Press.
- Freidson, Eliot, Andrée Lyotard-May et Catherine Malamoud. 1984. *La Profession médicale*, Paris, Payot.

- Gadéa, Charles. 2011. « Cadres de santé, le maillon indispensable du New public management ? », in *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement*, Paris, Armand Colin : 56-64.
- Garden, Maurice. 1982. « Les hospices de vieillards », in Maurice Garden, Jean-Paul Goubert, Arthur-E Imhoff, et Bideau (éds.) *Le Vieillissement*, Presses universitaires de Lyon : 103-107.
- Gérard, Benoît et Célia Lemaire. 2024. « II / Le scandale Orpea : la financiarisation des EHPAD par les politiques publiques ? », Paris, La Découverte : 18-27.
- Haudebourg, Guy. 1998. *Mendiants et vagabonds en Bretagne au XIXe siècle*, Presses universitaires de Rennes.
- Hudebine, Hervé. 2017. *Changements et innovations dans les politiques médico-sociales régionales et locales*.
- Lacour, Clémence. 2012. « La liberté d'aller et venir en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », in *Alzheimer, éthique et société*, Toulouse, Érès : 365-376.
- Laville, Jean-Louis. 2005. *Sociologie des services. Entre marché et solidarité*, Paris, Erès.
- Laville, Jean-Louis et Pascal Glémaint. 2010. *L'Économie Sociale et Solidaire aux prises avec la gestion*, Desclée de., Paris.
- Le Corre, Sébastien. 2010. *La qualité de vie au travail : Une réponse aux difficultés de recrutement et de maintien dans l'emploi des personnels infirmiers*, EHESP.
- Loffeier, Iris. 2017. « Plus invisibles que les invisibles : ASH en maison de retraite », in *Aides-soignantes et autres funambules du soin : entre nécessités et arts de faire*, Presses de l'Université Laval : 11-31.
- Loubat, Jean-René. 2020a. *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod.
- Loubère, Lucie et Pierre Ratinaud. 2014. « Documentation Iramuteq 0.6 alpha 3 version 0.1 ».
- Mallon, Isabelle. 2005. *Vivre en maison de retraite : Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes.
- Méhaut, Philippe, Anne-Marie Arborio, Jacques Bouteiller, Lise Causse et Philippe Mossé. 2009. « De bons emplois, un travail rude : quel modèle d'emploi pour les aides-soignantes et les femmes de chambre des hôpitaux ? », in *Bas salaires et qualité de l'emploi : l'exception française ?* ENS Editions, Rue d'Ulm : 211-267.
- Moine, Alexandre et Nathalie Sorita. 2015. *Travail social et territoire*, Presses de l'EHESP.
- Molinier, Pascale. 2011. « Le care à l'épreuve du travail », in Patricia Paperman et Sandra Laugier (éds.) *Le souci des autres*, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales : 339-357.
- Noguès, Henry, Marc Rouzeau, Yvette Molina, et UNAFORIS. 2011. *Le travail social et ses formations à l'épreuve des territoires*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Perdoncin, Anton, Tristan Poullaouec et Mélodie Renvoisé. 2021. « La première vague a-t-elle épuisé les soignant.es ? », in *Personne ne bouge - Une enquête sur le confinement du printemps 2020*, Grenoble, UGA Editions.
- Priou, Johan et Séverine Demoustier. 2019a. « Chapitre 18. Les professionnels du travail social », in *Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod: 237-261.
- Priou, Johan et Séverine Demoustier. 2019b. « Chapitre 18. Les professionnels du travail social », in *Institutions et organisation de l'action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod: 237-261.
- Reynaud, Jean-Daniel. 1997. *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*, 3e éd., Paris, Armand Colin.

- Sibé, Matthieu et David Alis. 2016. « L'hôpital magnétique : un hôpital « aimant » qui favorise performance et bien-être au travail », *in Stress, burn-out, harcèlement moral : de la souffrance au travail au management qualitatif*, Paris, Dunod.
- Stiker, Henri-Jacques, Catherine Barral et Monique Vial. 1996. *Handicap et inadaptation. Fragments pour une histoire : notions et acteur*, Paris, ALTER.
- Strauss, Anselm L. et Isabelle Baszanger. 1992. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Trépied, Valentine. 2017. « Iris Loffeier, Panser des jambes de bois ? La vieillesse, catégorie d'existence et de travail en maison de retraite : Presses universitaires de France, Paris, 2015, 196 p. », *Sociologie du travail*, vol. 59, n° 4.
- Trépied, Valentine. 2014. « 3 - La détresse psychologique en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : les ambivalences du lien de filiation », *in L'intégration inégale*, Paris cedex 14Presses Universitaires de France : 63-76.
- Villez, Alain. 2005. *Adapter les établissements pour personnes âgées : besoins, réglementation, tarification*, Dunod.
- Zacklad, Rachel. 2018. « Grand âge et perte d'autonomie : la construction sociale d'une politique publique spécifique », *in Barbara Rist et Sylvie Rouxel (éds.) Tous autonomes*, Presses universitaires du Septentrion : 81-92.
- Zanda, J. L. et C. Funès. 2012. « Le champ social et médico-social : une activité en forte croissance, des métiers qui se développent et se diversifient », *Repères & Analyses, études*.

Rapports, dossiers et thèses

- Aubry, Régis, Elodie Cretin et Germain Bonnel. 2021. *COVIDEHPAD : Étude des questions relatives aux confinement, aux fins de vie et à la mort dans les EHPAD, pendant la première vague de l'épidémie de Covid-19 en France*.Centre Hospitalier Universitaire de Besançon.
- Audigé, Thomas, Bertrand Fenoll, Valentine Fournier, Frédéric Laloue, Hervé Léost, Julien Rousselon, Jean-Philippe de Saint Martin, Thomas Espeillac, Amaël Pilven, Gaspard Bianquis, Aude Costa, Louise Mariani, Samuel Monteil, Anne Rossion et Valentine Verzat. 2022. *Mission sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpéa*, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances.
- Beduwé, Catherine, Mireille Bruyère, Brigitte Reynes, Benjamin Saccomanno et Corinne Saint-Martin. 2021. *À quels besoins correspond l'usage intensif de CDD courts ? Approche comparée de l'hôtellerie-restauration et du secteur médico-social*DARES-Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques.
- Balavoine, Angélique. 2022. « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées-premiers résultats de l'enquête ehpaa 2019 », *Études & résultats*, vol. 1237.
- Balavoine, Angélique. 2023. « Résidences autonomie : avant le début de la crise sanitaire, le nombre de places augmentait, mais celui des résidents diminuait », *Études & Résultats*, vol. 1284.
- Bazin, Mahel et Mariane Muller. 2018. « Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad », *Études & Résultats*, n° 1067.
- Bertillot, Hugo et Marie Aline Bloch. 2018. *Transformer l'offre médico-sociale ? Habitats « inclusifs » et établissements « hors les murs » : l'émergence d'accompagnements alternatifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées*, EHESP/CNSA.

Bonne, Bernard. 2018. *Ehpad : quels remèdes ? Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*.

Bonne, Bernard et Michelle Meunier. 2021. *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales*.

Bozio, Antoine, Agnès Gramain, Cécile Martin et André Masson. 2016. « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? », *Notes du conseil d'analyse économique*, vol. 35, n° 8 : 1.

Branch, Christine, Joëlle Voisin, Jérôme Guedj, Didier Lacaze et Stéphane Paul. 2009. *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, IGAS.

Branchu, C., J. Voisin, J. Guedj, D. Lacaze et S. Paul. 2009. *État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*, IGAS.

Brechet, Jean-Pierre, Nathalie Schieb-Bienfait et Caroline Urbain. 2006. « Les mains visibles du marché : Projets des acteurs et régulations dans les services à domicile aux personnes âgées ».

Carrère, Amélie. 2020a. « Prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une analyse des déterminants de l'institutionnalisation ou du maintien à domicile », thèse de doctorat en économies et finances, Université PSL Paris-Dauphine.

Carrère, Amélie, Nadège Couvert et Nathalie Missegue. 2021. « Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées », *Les Dossiers de la DREES*, vol. 88.

Carrère, Amélie, Delphine Roy et Léa Toulemon. 2023. *Vieillir à domicile : disparités territoriales, enjeux et perspectives*Institut des politiques publiques (IPP).

Chenal, Marie, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot, Thomas Straub et Camille Toldre. 2016. *Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*, DREES.

Coutton, Vincent. 2000. « Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance », *Études & Résultats*, vol. 94.

Croguennec, Yannick. 2019. « Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits », *Études & résultats*, vol. 1135 : 1-5.

Desplanques, Charlotte, Laetita Ducoudré et Marie-Hélène Toupin. 2020. *Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018*CNSA.

Edjolo, Arlette. 2014. « L'épidémiologie de la dépendance du sujet âgé. Histoire naturelle, tendances évolutives et déterminants », Université de Bordeaux.

Eenschooten, Martine. 2001. « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus », *Handicaps-Incapacités-Dépendance*: 127.

El Amraoui, Najib, Marie-Hélène Toupin et Céline Moreau. 2017. *La situation des EHPAD en 2016. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*, CNSA.

Esteban, Litti. 2023. « Résidences-services seniors : des résidents au niveau de vie supérieur à celui des seniors en logements ordinaires », *Études et résultats*, vol. 1261.

Fizzala, A. 2017. « Les durées de séjour en EHPAD - Une analyse à partir de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) », *Les Dossiers de la DREES*, n° 15.

Fontaine, R., A. Gramain et J. Wittwer. 2021. « Sur quels principes fonder une nouvelle politique publique de prise en charge des personnes âgées dépendantes ? », in Thomas Barnay, A.-L. Samson et B. Ventelou (éds.) *Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.*, ParisEska.

- Haut Conseil à la Vie Associative. 2021. *Impact de la concurrence lucrative sur le modèle économique associatif et sur la multiplication des exclusions*, Haut Conseil à la Vie Associative.
- Iborra, Monique et Caroline Fiat. 2018. *Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*.
- Jounin, Nicolas et Loup Wolff. 2006. *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santéCEE*.
- Kranklader, Elodie, Christelle Minodier et Nathalie Fourcade. 2013. « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé », *Études & Résultats*, n° 846.
- Kulanthaivelu, Eric. 2020. « Les services à la personne en 2018 – Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires », *Dares résultats*, vol. 11.
- Larbi, Khaled et Delphine Roy. 4. « 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 », *Insee première*, vol. 2019 : 1767.
- Laroque, Pierre. 1962. *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*.
- Leroux, Isabelle. 2022. *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022DREES*.
- Lièvre, Agnès, Florence Jusot, Thomas Barnay, Catherine Sermet, INED Brouard, Jean-Marie Robine, Marie Anne Brieu et Françoise Forette. 2008. *Espérances de vie professionnelle en santé. Méthodes de calcul et application à 13 pays d'Europe*, IRDES.
- Martel, Jean-François de. 2015. « Système d'information et grands chiffres du secteur social et médico-social », in *Réglementation administrative et financière des ESMS*, ParisDunod: 53-62.
- Martin, Cécile. 2014. « Concurrence, prix et qualité de la prise en charge en EHPAD en France », Université Paris-Dauphine.
- Marquier, Rémi. 2013. « Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000 », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 47.
- Marquier, Rémy et Sandra Nahon. 2012. « Les conditions de travail des aides à domicile en 2008 », *Solidarité santé. Études statistiques*, vol. 30.
- Marquier, Rémy, Thomas Vroylandt, Marie Chenal, Pierre Jolidon, Thibaut Laurent, Clémence Peyrot, Thomas Straub et Camille Toldre. 2016. « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », *Les Dossiers de la DREES*, vol. 5.
- Michaud, Diane et Cathy Alegria. 2018. *Les maisons de retraite médicalisées*, Werfi France.
- Miron de l'Espinay, Albane et Delphine Roy. 2020. « Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030 », *Études & Résultats*, n° 1172.
- Moret, Agathe. 2019. « Mediapart scrute “la course aux regroupements” des Ehpad privatisation “à bas bruit” », *Hospimédia*.
- Mouiller, Philippe. 2022. *Exercices de soins à domicile : une offre à développer, une stratégie à bâtir. Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales, sur l'enquête de la cour des comptes relative aux Services de soins à domicile*.
- Muller, Marianne. 2017. « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre. Résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Les Dossiers de la DREES*, n° 20.
- Muller, Mariane. 2017. « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015 », *Études & Résultats*, n° 1015.
- Peille, Flora. 2019. « Le Synerpa domicile veut transposer le modèle de tarification des Ehpad sur le domicile », *Hospimédia*.

- Penneau, Anne. 2022. « Investing in long-term care for improving care efficiency for older adults », Université Paris sciences et lettres.
- Perrin-Haynes, Jacqueline. 2012. « Les locaux et les équipements des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007 », *Dossiers Solidarité et Santé*, vol. 29 : 5-16.
- Ramos-Gorand, Mariane. 2013. « Les disparités territoriales d'équipement en établissement d'hébergement pour personnes âgées », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 36.
- Ramos-Gorand, Mélina. 2013a. « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », *Solidarité santé. Etudes statistiques*, n° 36.
- Ramos-Gorand, Mélina. 2013b. « Migration des personnes âgées entrées en institution », *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 36.
- Ramos-Gorand, Mélina et Sabrina Volant. 2014. « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011 », *Études & Résultats*, n° 891.
- Robillard, Jérôme. 2019. « La FHF Auvergne-Rhône-Alpes entend maintenir une offre p d'Ehpad », *Hospimédia*.
- Roy, Delphine. 2023. *Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ?* DREES.
- Sibille, Romain. 2015. « Modes de gestion des offreurs et déterminants de l'offre dans le secteur des EHPAD », Paris 9.
- Singly(de), chantal. 2009. *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*.
- Solchany, Sarah, Sophie Lochet et Anaïs Clergeau. 2021. *Enquête Accueils de jour 2021* Agence nouvelle des solidarités actives.
- Spaak, Marine. 2017. *Recherche sur les services de santé. Elements de diagnostic du domaine en France entre 2010 et 2015*.
- Villez, Alain. 2007. « EHPAD : La crise des modèles », *Gérontologie et société*, 30 / n° 123, n° 4 : 169.
- Vincent, Fanny. 2021. « Rationaliser la gestion par le temps. L'autre histoire de l'hôpital public », *Sociologie du travail*, vol. 63, n° 2.
- 2022ck. *Les acteurs publics face à la crise ; une réactivité certaine, des fragilités structurelles accentuées* Cour des comptes.
- 2022cl. *Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap* Cour des comptes.
- 2022cm. *Rapport de la Cour des comptes : la prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad* Cour des comptes.
- 2017n. *Baromètre santé 360 : Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement* Odoxa.
- 2017o. *L'absentéisme en milieu médico-social : un guide pour vous aider à agir* ANACT.
- 2017p. *L'absentéisme en milieu médico-social : un guide pour vous aider à agir* Aract Nouvelle-Aquitaine.
- 2015a. *Ehpad : vers de nouveaux modèles ?* KPMG.
- 2015b. *Enquête Ehpad* DREES.

Annexes

Table des annexes

Glossaire des sigles.....	283
Guides d'entretien.....	285
Financement des Ehpad	295
Tableaux récapitulatifs des entretiens.....	297

Glossaire des sigles

ACM : Analyse de Correspondances Multiples

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

ADS : Analyse de Similitudes

AMP : Aide Médico-Psychologique

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASG : Assistant de Soins en gérontologie

ASH : Agent de Service Hospitalier

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CD : Conseil Départemental

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CR : Conseil Régional

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

Ehpa : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

Ehpad : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FHF : Fédération Hospitalière de France

GMP : Gir Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé ou Habilitation à l'Aide Sociale

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IDEC : infirmière coordinatrice

MARPA : Maison d'Accueil Rural pour Personnes Âgées

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés

PMP : Pathos Moyen Pondéré

PSD : Prestation Spécifique Dépendance

PRS : Projet régional de Santé

PUI : Pharmacie à Usage Interne

SAAD : Service d'Aide et d'accompagnement à Domicile

SPASAD : Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suites et de Réadaptation

TCEPA : Toutes Choses Égales Par Ailleurs

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé

USLD : Unité de Soins Longue Durée

UVP : Unité de Vie Protégée

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Guides d'entretien

Deux guides d'entretiens principaux ont été utilisés, le premier pour les directrices d'Ehpad, le second pour les professionnels. Pour les cadres de santé, les infirmières coordinatrices, les médecins coordonnateurs, nous avons adapté ces deux guides.

Guide d'entretien Directeur Ehpad

Partie 1 : L'Ehpad au sein de son territoire

Pouvez-vous me décrire rapidement votre établissement et ses services ?

- Pouvez-vous me décrire les types de places et de prestations de l'Ehpad ?
 - Places Accueil de Jour, PASA, UHR, etc.
 - Services connexes : coiffeurs, ...
- Quelle file active⁹¹, et quelles sont les grandes évolutions ?
- Quelles sont les grandes caractéristiques de vos résidents ?
- Quelles sont les sources de financement de l'Ehpad, quelle est leur évolution ?

Sur le territoire des Ehpad :

- Pouvez-vous décrire le paysage de l'accueil pour personnes âgées sur votre territoire ?
Où s'arrête-t-il (au niveau du département, de la région, etc.)
- Quelles relations entretenez-vous avec ces organisations, ces services au sein de ce territoire ? (*sous-entendu : quelle définition indigène du « territoire », essayer d'identifier les relations avec les autres établissements*). !! Introduire explicitement les termes de concurrence, de partenaires... plus tard.
- Y a-t-il des spécificités à votre territoire ? (*Sous-entendu : quelle définition indigène du « territoire »*)

⁹¹ Nombre de personnes accompagnées par l'ESMS au moins une fois dans l'année (CNSA, « Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », janvier 2019).

Partie 2 : Concurrence pour les résidents (sur les stratégies de captation des résidents)

2.1 Modalités d'entrée des résidents

Nous avons abordé la question de votre positionnement global, j'aimerais maintenant que nous nous focalisions sur les résidents (quels sont les critères de choix, quelles sont leurs caractéristiques, quelle est leur trajectoire).

Pourriez-vous décrire les trajectoires typiques et atypiques de vos résidents ?

- D'où viennent vos résidents (critère géographique) ? Est-ce que vous essayez de recruter sur une zone géographique précise ou pas, est-ce que vous essayez de l'agrandir/de la restreindre ?
- D'où viennent vos résidents (critère institutionnel) i.e. qui sont vos prescripteurs ? Est-ce que vous tentez de les diversifier, d'en « fidéliser » certains, d'augmenter leur nombre ?
- Est-ce qu'il y a une trajectoire typique avant d'entrer dans votre établissement ?
- Est-ce une trajectoire typique : SSR/Accueil de jour/PASA – Ehpad - UHR (unité protégée Alzheimer)/USLD ?

Comment se déroule le processus d'admission des résidents ? [Comment choisissez-vous les résidents qui entrent dans votre établissement ?]

- Fonctionnement interne de l'établissement :
 - o Comment se déroule la commission d'admission des résidents ? (*identifier les discussions, les éventuels conflits, les rapports de force et les compromis/solutions*)
 - Quelles relations avec l'infirmière co et le directeur lorsqu'il y a un avis divergent ? Y-a-t-il des oppositions/des discussions, qui a le dernier mot ?
 - o Comment est construite la file d'attente :
 - qui est inclus, comment ?
 - Quelles procédures sont mises en place (critères retenus),
 - qui a le dernier mot (médecin co, cadre, direction),
 - décrivez les discussions et les compromis

- comment est-elle gérée, concrètement ? (ex : tableau Excel, logiciel, etc.)
- Le logiciel trajectoire a-t-il un impact sur le recrutement des résidents ?
 - qui le remplit ? sous quel délai ?
 - Problèmes ? Solutions ?
- Critères d'entrée
 - Le degré de dépendance de la personne a-t-il un impact sur le recrutement ?
 - Comment identifier les bons/les mauvais payeurs ? (pb de factures, de succession, etc.)
 - Est-ce que le lieu d'habitation du potentiel résident et/ou de sa famille a un impact sur votre choix de recrutement ? Est-ce que vous essayez de recruter sur une zone géographique précise ou pas, est-ce que vous essayez de l'agrandir/de la restreindre ?
- Gestion de la pression à l'entrée
 - Est-ce qu'une famille/un résident potentiel a la possibilité d'agir sur la file d'attente ?
 - Lorsque que vous n'avez pas de places disponibles ou que vous ne souhaitez pas inclure un potentiel résident dans la liste d'attente, que conseillez-vous au résident ou à leur famille ?

2.2 Concurrence avec les autres établissements

Panorama de la concurrence au sujet des résidents

- Quels sont vos concurrents vis-à-vis des résidents ?
 - Pourquoi les considérez-vous comme des concurrents ?
 - Est-ce que ce sont exclusivement des Ehpad (exemple des résidence services séniors qui se développent et qui peuvent attirer de potentiels résidents) ?
 - Quels sont vos concurrents incontournables, quels sont ceux qui pèsent moins ? (hiérarchie des concurrents) ? Selon vous, les Ehpad

publics/lucratifs/associatifs (en fonction de l'Ehpad) attirent-ils plus et plus facilement ?

- Comment situez-vous votre établissement par rapport à vos concurrents ?
- Est-ce que vous coopérez avec d'autres établissements pour vous « répartir » les résidents ?
 - o Comment s'effectue le partage des résidents USLD/Ehpad ? Existe-t-il des contacts entre les directeurs/Ehpad ?

Sur les outils de la concurrence

- Quelle est votre politique tarifaire ?
 - o Quel jeu sur les différentes sections tarifaires (soin, dépendance, hébergement) ?
 - Budget dépendance : quel jeu sur les GIR, sur les GMP ?
 - Budget soin : quel jeu sur le PMP ? Quel jeu sur le tarif global ou partiel ?
 - Budget hébergement : quelle est la stratégie vis-à-vis de l'habilitation à l'aide sociale ?
 - o Une signature CPOM est-elle envisagée ? Est-ce un avantage par rapport aux autres Ehpad ?
 - Est-ce que cela vous permet de basculer d'une section tarifaire à l'autre ? Quels sont les postes budgétaires sur lesquels il est le plus facile de faire des économies ? Qui sont le plus tendus ?
 - Si signature du CPOM, que faites-vous des excédents budgétaires ?
 - o le « comparateur de prix » mise en place par le gouvernement a-t-il changé le positionnement des Ehpad ? ...
 - o ... Et est-ce que ça a un impact sur la stratégie de recrutement ?
 - o Le montant du reste à charge est-il une variable sur laquelle vous jouez et selon vous, est-ce important dans le choix d'un Ehpad ? (comprendre l'enjeu du « reste à charge »)

- Est-ce que les places en accueil de jour, en PASA ou en UHR sont un avantage concurrentiel par rapport autres Ehpads ?
 - o Quelle est l'attractivité des places en accueil de jour, en PASA ou en UHR attirent un certain type de résident (= attractivité)
- Comment définissez-vous votre stratégie concurrentielle ? Qui la définit, comment ? Comment est-elle discutée, par qui ? Comment sont construits les compromis auxquels vous parvenez ?
 - o Est-ce que vous cherchez à éviter la concurrence ? à la neutraliser ?
 - o De manière générale, quels sont vos atouts et vos freins dans cette concurrence ?

Quelle est votre stratégie de prospection commerciale ?

- (*Si mention de la marque employeur, développer*)
- Travail avec des mutuelles, des hôpitaux, des médecins, des assistantes sociales ?
- Jeu sur les tarifs ?
- En quoi la notoriété de votre groupe ou de votre association a-t-elle un impact sur le recrutement de résidents ? Comment travaillez-vous cette notoriété ?

Partie 3 : attirer des professionnels (sur la concurrence entre Ehpads au sujet des professionnels)

Aujourd’hui, qui vient travailler en Ehpad ?

Vous sentez-vous concernés par la crise de recrutement ?

Quelles professions, quels profils sont surtout concernés par vos difficultés ?

Décrivez les différents types de professionnels dans l’Ehpad (nombre, qualification, missions...)

- Pouvez-vous profession par profession décrire les profils de ces professionnels ?
 - o jeunes/vieux, expérimentés ou pas, spécialisation, diversité des professions, niveau de qualification...
- pénurie plus ou moins forte selon le type de professionnels ? quelles sont les solutions ?

Pouvons-nous définir ensemble les conditions d'emploi des professionnels de l'établissement ?

- Recours à l'intérim, CDI, CDD
- TO, Absentéisme,...

Quels sont vos critères de recrutement des différents types de professionnels ?

- Comment est organisé concrètement le processus de recrutement dans votre établissement ?
 - o Comment trouvez-vous / attirez-vous des professionnels (Pole Emploi, interim, communication institutionnelle, coopération avec d'autres établissements, prospection auprès des autres établissements...)
 - o Comment et sur quels critères sont sélectionnés les CV ?
 - o Y-a-t-il des prescripteurs privilégiés (écoles, autres établissements, collègues...) ? Des collaborations ? Est-ce que vous êtes en relation avec les IFAS et les IFSI de votre région ?
 - o Qui sélectionne, la décision est-elle collective ? Si oui, y-a-t-il des désaccords et comment parvenez-vous à des compromis/solutions ?
- Y a-t-il une politique de groupe au niveau des recrutements et des carrières ? Si oui, pouvez-vous la décrire ?
- Quels sont selon vous les freins au recrutement de professionnels ?

Cherchez-vous à fidéliser vos professionnels, comment ?

Guide d'entretien professionnel-le-s

Parcours professionnel

Informations à collecter : Formation, Trajectoire professionnelle : professions exercées et dans quel type d'établissement (pour médico-social), Reconversions (le cas échéant), Parcours de recrutement en EHPAD

Pouvez-vous me raconter comment vous en êtes venu à travailler dans cet EHPAD ?

- Vous aviez exercé d'autres métiers avant d'être [profession actuelle] ? Dans quel type d'établissement ?
 - Si vous ne travailliez pas en EHPAD, vous travailleriez où ?
 - Si vous avez travaillé dans d'autres EHPADs avant celui-ci, en quoi c'était différent ? Qu'est-ce qui vous a amené à changer ?
- Comment vous avez appris qu'un poste était vacant dans cet EHPAD ? Comment vous vous renseignez sur les emplois auxquels vous pourriez postuler quand vous cherchez un emploi, d'une manière générale ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler dans cet EHPAD en particulier plutôt qu'un autre ? Qu'est-ce qui vous a fait privilégier cet EHPAD quand vous avez commencé ?
 - Critère géographique ? Si oui, vous avez cherché sur le département, sur la région ? Aviez-vous une connaissance exhaustive (complète) des Ehpad sur le département/de la région ? À combien de kms habitez-vous de l'Ehpad ? Ça fait longtemps que vous vivez dans le coin ? est-ce que vous pensez que c'est facile d'y trouver du travail ?
 - Critère financier ?
 - Connaissance interpersonnelle, etc. ?
- Comment avez-vous été recruté ? Pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?
 - Description du processus de recrutement : les différentes étapes, les éventuelles difficultés, les solutions pour les résoudre
 - Si besoin : demander si les établissements ont mis en place des démarches pour attirer la personne interrogée, QVT ou marque employeur → à identifier en amont pour voir si les personnes interrogées les mentionnent spontanément)
 - Vous êtes en CDI, CDD ou intérim ? Est-ce également le cas de vos collègues ?

- Être [profession actuelle], c'était un projet de longue date ou c'est quelque chose que vous avez envisagé plus tard dans votre vie ? Qu'est-ce qui vous a incité à vous lancer dans ce métier [= profession actuelle] ?

Comment s'est déroulée votre entrée dans l'EHPAD ?

- Est-ce que vous avez bénéficié d'un accueil particulier ?
- Avez-vous le sentiment qu'on vous a bien accueilli et qu'on vous a donné les outils et les conseils pour bien faire votre travail ?
- Comment se sont passées vos premières semaines de travail dans cet établissement ?

Pour situer un peu, pourriez-vous me décrire rapidement votre établissement et ses services ?

- Types de places et de prestation
- File active
- Organigramme et personnel
- Type ou « profil » de résident-e-s
- Comment trouvez-vous cet établissement ?

Conditions de travail

Informations à collecter sur la situation professionnelle : contenu de travail, conditions d'emploi, contraintes perçues, gratifications perçues à l'exercice de ce travail, par rapport à d'autres métiers ou d'autres établissements

Est-ce que vous pouvez me raconter une journée typique de travail ?

- En quoi cela consiste ? (Cœur perçu du métier)
- Vous vous entendez bien avec les personnes avec qui vous travaillez ?
 - Relations avec le médecin Co ? Cette relation est-elle régulière, fréquente ? À quels problèmes êtes-vous confrontée le plus régulièrement ? Comment les résolvez-vous, comment arrivez-vous à un compromis ?
 - Relations avec le directeur ? Cette relation est-elle régulière, fréquente ? À quels problèmes êtes-vous confrontée le plus régulièrement ? Comment les résolvez-vous, comment arrivez-vous à un compromis ?

- Relations avec les professionnels ? Cette relation est-elle régulière, fréquente ?
Est-ce la même avec toutes les catégories de professionnels ? À quels problèmes êtes-vous confrontée le plus régulièrement ? Comment les résolvez-vous, comment arrivez-vous à un compromis ?
- Relations avec l'infirmière Co ? Cette relation est-elle régulière, fréquente ? À quels problèmes êtes-vous confrontée le plus régulièrement ? Comment les résolvez-vous, comment arrivez-vous à un compromis ?
- Et avec les résident-e-s ? Leurs familles ?
- Quelles sont vos horaires/quel est votre rythme de travail ? Est-ce que cela vous permet de bien vous organiser ? (au travail et dans votre vie)

Est-ce que vous avez l'impression de pouvoir travailler dans de bonnes conditions ?

- Qu'est-ce qui vous semble le plus difficile ou pénible dans votre travail ?
- Quelles sont les compétences attendues pour exercer votre métier ? Et les qualités nécessaires ?
- Est-ce que vous avez l'impression que votre travail est suffisamment reconnu ? (*par qui, qu'est-ce qui est reconnu/pas reconnu*)
- Vous avez l'impression qu'il y a un turn-over important parmi vos collègues ? Si oui, qu'est-ce qui les fait partir, comment résolvez-vous ce problème de TO ?
- Est-ce que vous avez l'impression d'être suffisamment payé-e pour faire ce que vous faites ? Est-ce que votre revenu vous permet d'être à l'aise financièrement ?
- Est-ce que vous connaissez des employeurs qui ont bonne réputation dans votre secteur ? Si oui, qu'est-ce qui fait leur bonne réputation ?
- Ce serait quoi un EHPAD où il fait bon travailler, selon vous ?

Sur la motivation

- Qu'est-ce que vous appréciez le plus dans votre travail ? Est-ce qu'il y a des activités que vous préférez, ou des résident-e-s qui sont plus sympathiques que d'autres, ou des services ou des horaires où il est plus facile de travailler que d'autres ?... Qu'est-ce qui vous motive dans ce métier ?

Sur l'articulation travail/vie privée

- Est-ce qu'il vous arrive souvent d'être débordé au travail/dans votre vie privée ?

- Est-ce que vous avez l'impression que votre travail offre des conditions de vie confortables ? (*note : flou volontaire sur conditions de vie → l'objectif est de voir ce qui est valorisé : salaire, proximité du domicile, horaires, charge de travail, etc.*)
- Est-ce que vous avez parfois l'impression que votre travail prend trop de place dans votre vie ? Au détriment de quoi ?
- Est-ce que vous avez des problèmes de santé ou des contraintes familiales qui impactent votre travail ? Si oui, en quoi ?
- Est-ce que vous trouvez que votre travail a eu un impact sur votre santé ? Si oui, lequel ?

Perspectives d'évolution

- Est-ce que vous trouvez que votre travail a changé depuis que vous avez commencé à l'exercer ? si oui, en quoi ?
- Est-ce que vous avez déjà pensé à quitter cet emploi ? Si oui, est-ce encore le cas ? Qu'est-ce qui vous retient/vous a retenu ? Où pensez-vous aller travailler ? (*si besoin : demander si les établissements ont mis en place des démarches pour retenir la personne interrogée, QVT ou marque employeur → à identifier en amont pour voir si les personnes interrogées les mentionnent spontanément*)
 - Si vous partiez, vous pensez que ce serait difficile de vous remplacer ?
 - Est-ce que vous avez des perspectives d'évolution professionnelles ? Si oui lesquelles ?

Informations à collecter

Profession	
Type de structure	
Formation/niveau de diplôme	
Ancienneté (?)	
Âge	
Niveau de revenu	
Situation familiale	
CDI/CDD/intérim	
Quotité	

Financement des Ehpad

Le financement des Ehpad repose sur trois sources :

Le budget "dépendance", financé par les départements (par l'intermédiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie ou APA), la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et par les résidents ou leurs familles, sert aux prestations d'aide et de surveillance des personnes âgées en perte d'autonomie (aides-soignants, psychologues ...).

L'APA est calculée en fonction du GMP des résidents et versée directement à l'établissement sous la forme d'un « forfait global relatif à la dépendance » (le GMP permet de mesurer le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents de l'établissement, basé sur la grille d'évaluation AGGIR ; la valeur du point GIR, arrêté chaque année par les conseils départementaux et qui correspond au nombre d'euros consacré pour chaque point du GMP de l'établissement, permet donc de calculer le forfait dépendance des établissements) ;

Le budget "soins", intégralement à la charge de l'Assurance maladie, sert à financer le personnel soignant et les équipements médicaux (il correspond donc notamment à l'ensemble des dépenses concernées par l'enveloppe des soins de ville) ;

L'ARS verse à l'établissement un « forfait global relatif aux soins » financé par l'Assurance Maladie. Le forfait est déterminé par établissement en tenant compte du GMPS (Groupe iso-ressources moyen pondéré soins)⁹².

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité du médecin coordonnateur. L'évaluation de la perte d'autonomie est validée par un médecin du Conseil Départemental concerné et un médecin de l'ARS. L'évaluation des besoins en soins requis est validée par un médecin de l'ARS.

Le budget d'hébergement (hôtellerie, restauration, entretien et animation) est à la charge du résident ou de sa famille⁹³ qui, en fonction de sa situation financière, peut percevoir des aides publiques :

- par le Conseil départemental via l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)⁹⁴ ou
- par la Caisse des Allocations Familiales (CAF) via l'APL (Allocation Personnalisée au logement) ou l'ALS (Allocation de Logement Sociale).

⁹² GMPS = GMP + (2,59 x PMP). Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) est un indicateur synthétique des besoins en soins. Il s'obtient par agrégation des besoins en soins des résidents évalués à l'aide de l'outil Pathos : les besoins sont côteés sous forme de points Pathos, puis pondérés en fonction de 8 postes professionnels de soins. L'évaluation des besoins en soins requis est donc opérée à l'aide du référentiel PATHOS, qui permet de coter les besoins sous forme de points « PATHOS », ce qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins (PMP).

⁹³ À l'exception des résidents relevant de l'aide sociale (places attribuées sous condition de ressources, dans les établissements habilités).

⁹⁴ L'ASH vise à prendre en charge une partie ou la totalité du coût de l'hébergement. Elle est versée sous conditions de revenus et récupérable sous succession et elle peut être accordée pour un hébergement en résidence autonomie (par exemple, un logement foyer), en Ehpad ou en USLD.

Plusieurs réformes réalisées dans la seconde moitié des années 2000 ont transformé la régulation étatique des soins médico-sociaux : la réforme portant sur les méthodes de tarification des soins médico-sociaux des Ehpad à l'origine de l'introduction du modèle PATHOS dans le calcul du tarif de soins (2007) et la création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2009, qui juxtaposent la logique de l'État planificateur et celle du nouveau management public, avec l'introduction d'outils et de dispositifs de gestion visant à accroître l'efficience du travail dans les administrations publiques (Xing-Bongioanni 2020). Ces réformes ont été à l'origine de l'introduction de logiciels et d'outils de tarification standardisés pour les Ehpad, ce qui a transformé l'activité de tarification, qui est passé d'un travail multidimensionnel à un travail technique et a introduit une nouvelle division du travail au sein des services publics de tarification. Depuis 2007, la tarification de soins en Ehpad mobilise la méthode GMPS (Groupe iso-ressources moyen pondéré soins), qui s'appuie sur les outils AGGIR et PATHOS : le montant maximal de financement publics de soins d'un Ehpad est déterminé par une équation basée sur les résultats moyens mesurés par ces deux outils et sur une valeur de point fixée annuellement par une circulaire ministérielle. Cette méthode de calcul contribue à une standardisation des pratiques de tarification et donc à réduire la marge de manœuvre des agents tarificateurs, même si un examen plus approfondi de leurs pratiques révèle que certains établissements politiquement et/ou économiquement influents ou appuyés par des politiques obtiennent parfois un financement plus important.

Tableaux récapitulatifs des entretiens

Tableau 70. Liste des Ehpad interrogés

Nom	Statut	Départ.	Zone	Nombre de lits
Directrice 1	Privé commercial	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 2	Public autonome	37	Rural	Plus de 101 (deux établissements)
Directeur 3	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 25 et 50 (un établissement) Entre 51 et 100 (deux établissements)
Directeur 4	Public autonome	37	Urbain	Entre 51 et 100
Directeur 5	Privé non-lucratif	37	Rural	Entre 51 et 100
Directrice 6	Privé commercial	69	Rural	Entre 51 et 100
Directrice 10	Public autonome	37	Rural	Entre 51 et 100 (deux établissements)
Directrice 11	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100 (deux établissements)
Directrice 12	Privé commercial	37	Rural	Entre 51 et 100 (deux établissements)
Directeur 13	Public hospitalier	37	Périurbain	Plus de 101
Directrice 14	Public autonome	37	Rural	Entre 51 et 100 (un établissement) Plus de 101 (un établissement)
Directeur 15	Privé commercial	37	Périurbain	Plus de 101
Directrice 16	Public hospitalier	37	Urbain et rural	Entre 51 et 100 (deux établissements) Plus de 101 (deux établissements)
Directrice 17	Privé non-lucratif	37	Rural	Moins de 25
Directrice 18	Public autonome	37	Urbain	Entre 51 et 100
Directeur 19	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directeur 20	Privé non-lucratif	37	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 21	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directeur 22	Privé non-lucratif	37	Urbain	Entre 51 et 100 (deux établissements)
Directrice 23 Cadre de santé 7 Responsable hôtellerie 2	Privé non-lucratif	69	Rural	Entre 51 et 100
Directrice 24	Public autonome	37	Rural	Entre 51 et 100 (un établissement) Plus de 101 (un établissement)
Directrice 25	Public autonome	37	Périurbain	Entre 51 et 100
Directeur 26	Public autonome	37	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 27	Privé non-lucratif	69	Périurbain	Plus de 101
Directrice 28 IDEC 5	Privé commercial	69	Rural	Entre 51 et 100
Directrice 29	Public hospitalier	69	Rural et urbain	Entre 51 et 100 (quatre établissements) Plus de 101 (un établissement)
Directrice 32	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 34 IDEC 9 Médco 2	Privé commercial	69	Rural	Entre 51 et 100
Directrice 35	Privé commercial	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 36	Privé non-lucratif	69	Périurbain	Entre 51 et 100
Directrice 37 Responsable hôtellerie 1	Privé commercial	69	Urbain	Plus de 101
Directrice 38	Privé commercial	69	Périurbain	Entre 51 et 100
Directeur 40	Public autonome	37	Urbain	Entre 51 et 100
Directeur 41	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100

Directrice 42	Privé commercial	69	Rural	Entre 51 et 100
Directrice 43	Public autonome	69	Urbain	Entre 25 et 50 (un établissement) Entre 51 et 100 (deux établissements)
Directrice 44	Privé non-lucratif	37	Urbain et périurbain	Entre 51 et 100 (un établissement) Plus de 101 (deux établissements)
Directeur 45	Public hospitalier	69	Rural et urbain	Plus de 101 (deux établissements)
Directrice 54	Public hospitalier	37	Urbain	Plus de 101
Directeur 56 IDEC 11	Privé non-lucratif	69	Périurbain	Entre 51 et 100
Directrice 57	Privé non-lucratif	69	Rural	Entre 51 et 100
Directeur 58 IDEC 12	Privé non-lucratif	69	Rural	Plus de 101
Directrice 59	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 60 IDEC 8	Privé commercial	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directeur 61	Privé commercial	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 62	Privé commercial	69	Urbain	Entre 51 et 100
Directrice 63	Public autonome	37	Urbain	Plus de 101
Directeur 64	Privé commercial	69	Rural	Entre 51 et 100
IDEC 2	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
IDEC 3	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
Cadre de santé 4	Privé non-lucratif	69	Périurbain	Entre 51 et 100
IDEC 6	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
IDEC 10	Privé non-lucratif	69	Urbain	Entre 51 et 100
Médco 1	Privé commercial	69		

Tableau 71. Liste des établissements concurrents interrogés

Nom	Type	Statut	Départ.
Directeur 48	Accueil de jour	Privé non-lucratif	37
Directrice 75	Accueil de jour	Privé non-lucratif	37
Directrice 76	Accueil de jour	Privé non-lucratif	37
IDEC 20	Accueil de jour	Privé non-lucratif	37
Directeur 52	Directeur de pôle d'un groupe médico-social	Privé non-lucratif	37
Directrice 7	Résidence autonomie	Public	37
Directrice 30	Résidence autonomie	Public	69
Directrice 33	Résidence autonomie	Public	69
Directrice 39	Résidence autonomie	Public	37
Directrice 47	Résidence autonomie	Privé non-lucratif	69
Directeur 49	Résidence autonomie	Privé non-lucratif	69
Directrice 50	Résidence autonomie	Public	69
Directrice 51	Résidence autonomie	Public	69
Directrice 53	Résidence autonomie	Privé non-lucratif	37
Directrice 67	Résidence autonomie	Public	69
Directeur 68	Résidence autonomie	Privé non-lucratif	69
Directrice 73	Résidence autonomie	Public	37
Directrice 74	Résidence autonomie	Privé commercial	37
Directrice 8	Résidence service	Privé commercial	37
Directeur 9	Résidence service	Privé commercial	69
Directrice 55	Résidence service	Privé commercial	69
Directeur 31	SAAD	Privé commercial	69
Directrice 69	SAAD	Privé commercial	69
Directeur 70	SAAD	Privé commercial	69
Directeur 71	SAAD	Privé commercial	69
Directrice 72	SAAD	Privé commercial	37
IDEC 1	SSIAD	Privé non-lucratif	69
IDEC 15	SSIAD	Privé non-lucratif	69
IDEC 16	SSIAD	Privé non-lucratif	69
IDEC 17	SSIAD	Privé non-lucratif	69
IDEC 18	SSIAD	Public	37
IDEC 19	SSIAD	Privé non-lucratif	37

Tableau 72. Liste des professionnels interrogés

Remarque : le nom de l'établissement est précisé quand plusieurs professionnels du même Ehpad ont été interrogés.

Nom	Statut	Nom de l'établissement	Département
AES 1	Privé commercial		37
AMP 1	Privé non-lucratif	C	69
Animatrice 1	Privé non-lucratif	H	37
Animatrice 2	Privé non-lucratif	H	37
AS 1	Privé commercial	A	69
AS 2	Privé commercial		69
AS 3	Privé non-lucratif	F	37
AS 4	Privé non-lucratif	F	37
AS 5	Public	G	37
AS 6	Privé non-lucratif	F	37
AS 7	Public	G	37
AS 8	Public		37
AS 9	Public	I	37
AS 10	Public	I	37
AS 11	Public		37
AS 12	Privé non-lucratif	D	69
AS 13	Privé non-lucratif	D	69
AS 14	Privé commercial	B	69
ASG 1	Privé non-lucratif	D	69
ASG 2	Privé non-lucratif	D	69
ASH 1	Privé commercial	A	69
ASH 2	Privé non-lucratif	C	69
ASH 3 et 4	Public	G	37
ASH 5	Public	G	37
AVS 1	Privé commercial	B	69
IDE 1	Privé commercial	B	69
IDE 2	Privé non-lucratif	C	69
IDE 3	Privé commercial	A	69
IDE 4	Privé non-lucratif		69
IDE 5	Privé non-lucratif	D	69
IDE 6	Privé commercial	B	69
Psychologie 4	Privé non-lucratif		37
Psychologue 1	Public	A	37
Psychologue 2	Public		37
Psychologue 3	Privé commercial		37
Psychologue 5	Privé commercial et non-lucratif		37
Psychologue 6	Privé non-lucratif	H	37
Psychomotricienne 1	Privé commercial	B	69

Table des tableaux

Tableau 1. Constitution de la base de données concurrentielle – synthèse des sources et des variables.....	32
Tableau 2. Stratégie de clôture de la population des établissements tirés de l'extraction Finess	34
Tableau 3. Liste des entretiens réalisés	38
Tableau 4. Nombre de résidents présents au 31 décembre 2019 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2015	41
Tableau 5. Nombre de structures, places, personnes accueillies et personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées, au 31 décembre 2019	42
Tableau 6. Classement des formes actives par fréquence décroissante pour le corpus « Rapports »	58
Tableau 7. Fréquence et rang des formes actives du corpus « Hospimédia »	62
Tableau 8. Fréquence des formes actives du corpus « Hospimédia »	63
Tableau 9. Analyse de similitudes du corpus « Hospimédia »	64
Tableau 10. Caractéristiques des formes de la classe 5 (corpus "Hospimédia")	66
Tableau 11. Caractéristiques des formes de la classe 6 (corpus "Hospimédia")	68
Tableau 12. Antiprofils de la forme "privé" (corpus "Hospimédia")	69
Tableau 13. Antiprofils de la forme "public" (corpus "Hospimédia").....	70
Tableau 14. Caractéristiques des formes de la classe 4 (corpus "Hospimédia")	71
Tableau 15. Antiprofils de la forme "formation" (corpus "Hospimédia")	72
Tableau 16. Caractéristiques des formes de la classe 3 (corpus "Hospimédia")	73
Tableau 17. Caractéristiques des formes de la classe 1 (corpus "Hospimédia")	74
Tableau 18. Évolution du nombre d'articles « Ehpad » 2006-2022, corpus « Europresse »	75
Tableau 19. Répartition des articles par source (2002-2022), corpus « Europresse ».....	76
Tableau 20. Résumé des caractéristiques du corpus Europresse.....	76
Tableau 21. Classement des formes actives par fréquence décroissante (corpus « Europresse »)....	77
Tableau 22. Catégories d'acteurs en fonction de l'analyse, corpus « Europresse »	82
Tableau 23. Répartition des salaires moyens bruts chargés	91
Tableau 24. Capacités d'accueil des Ehpads en France – statistiques descriptives.....	99
Tableau 25. Répartition des Ehpads par statut juridique des établissements	101
Tableau 26. Répartition des modes de tarification de l'activité selon le statut des établissements....	103
Tableau 27. Répartition de la présence ou non d'une PUI selon le statut des établissements	104
Tableau 28. Répartition de l'habilitation ou non à l'aide sociale selon le statut des établissements ..	105
Tableau 29. Profil fonctionnel des Ehpads en France	106
Tableau 30. Distribution du nombre de disciplines, de modes et de clientèles par établissement.....	107
Tableau 31. Profil d'activité des Ehpads selon leur statut et leur localisation	108
Tableau 32. GIR et Pathos moyen par établissement selon la période d'observation	109
Tableau 33. Détermination des seuils de GMP et de PMP par année	109
Tableau 34. Répartition des établissements par GIR et Pathos moyen selon le statut juridique	110
Tableau 35. Répartition des Ehpads et population de personnes âgées par type d'espace en France	111
Tableau 36. Distribution des Ehpads selon le statut par type d'espace – nombre d'établissements ...	112
Tableau 37. Distribution des Ehpads selon le statut par type d'espace – capacité	112
Tableau 38. Distribution de la capacité d'hébergement selon le statut par type d'espace – Indre-et-Loire et Rhône	113
Tableau 39. Distribution des Ehpads selon le statut par type d'espace – Indre-et-Loire et Rhône	118
Tableau 40. Tarifs mensuels pratiqués par les Ehpads en France – statistiques descriptives	125
Tableau 41. Description des tarifs mensuels par statut juridique.....	127
Tableau 42. Description des tarifs mensuels par zonage géographique	128
Tableau 43. Analyse toutes choses égales par ailleurs du niveau de prix des Ehpads en France	132
Tableau 44. Analyse toute chose égale par ailleurs du niveau de prix des Ehpads – effet des départements	135
Tableau 45. Paramétrage de l'analyse des correspondances multiples	136
Tableau 46. Décomposition de l'inertie de l'analyse des correspondances multiples	137
Tableau 47. Description des trois premiers axes de l'analyse des correspondances multiples	138
Tableau 48. Répartition des emplois salariés en Ehpads par PCS, en % (2021-2022)	207
Tableau 49. Professions les plus représentées dans le secteur des Ehpads, en % (2021-2022)	209
Tableau 50. Professions les plus représentées dans le secteur des Ehpads, en % (2013-2020)	210
Tableau 51. Part d'employés selon le niveau de qualification dans le secteur des Ehpads, en % (2021-2022).....	211

Tableau 52. Part de femmes parmi les actifs occupés salariés par secteur d'emploi, en % (2009-2022)	212
Tableau 53. Âge moyen des actifs occupés par secteur d'emploi, en années (2009-2022)	213
Tableau 54. Composition familiale du ménage des actifs occupés par secteur, en % (2009-2022) ..	214
Tableau 55. Type d'espace de résidence des actifs occupés par secteur, en % (2013-2022)	215
Tableau 56. Modélisation toutes choses égales par ailleurs de la probabilité de travailler dans le secteur des Ehpad (2021-2022)	216
Tableau 57. Part de salariés occupant un emploi en CDI par secteur d'emploi, en % (2009-2022) ..	218
Tableau 58. Part de salariés en temps partiel par secteur d'emploi, en % (2009-2022)	219
Tableau 59. Raison principale invoquée pour travailler à temps partiel par secteur d'emploi, en % (2021-2022)	219
Tableau 60. Part de salariés ayant moins d'un an d'ancienneté dans leur emploi par secteur d'emploi, en % (2021-2022)	220
Tableau 61. Ancienneté comparée des professions les plus représentées dans le secteur des Ehpad (2021-2022)	221
Tableau 62. Part de salariés déclarant travailler le dimanche par secteur d'emploi, en % (2009-2022)	222
Tableau 63. Part de salariés déclarant travailler de nuit (entre minuit et cinq heures du matin) par secteur d'emploi, en % (2009-2022)	223
Tableau 64. Conditions de travail par secteur d'emploi détaillé, en % (2021-2022)	224
Tableau 65. Recherche ou souhait d'un autre emploi par secteur d'emploi détaillé, en % (2021-2022)	225
Tableau 66. Effet toutes choses égales par ailleurs du fait de travailler dans le secteur des Ehpad sur les conditions de travail et rapport au travail (2021-2022)	226
Tableau 67. Salaire mensuel net des salariés dans l'emploi principal par secteur d'emploi, en % (2021-2022)	227
Tableau 68. Effet toutes choses égales par ailleurs du fait de travailler en Ehpad sur le salaire mensuel net des salariés selon le secteur d'emploi détaillé (2021-2022)	228
Tableau 69 : discussion des hypothèses	258
Tableau 70. Liste des Ehpad interrogés	297
Tableau 71. Liste des établissements concurrents interrogés	299
Tableau 72. Liste des professionnels interrogés	300

Table des figures

Figure 1. Superposition théorique des territoires de démocratie sanitaire et des bassins d'emploi pour deux Ehpad.....	29
Figure 2. CHD du corpus « Libault » (dendrogramme)	57
Figure 3. Analyse de similitudes du corpus « Rapports »	59
Figure 4. CHD du corpus « Rapports » (dendrogramme)	60
Figure 5. CHD du corpus « Hospimédia » (dendrogramme).....	65
Figure 6. Analyse de similitudes, corpus « Europresse »	78
Figure 7. CHD du corpus « Europresse » (dendrogramme)	79
Figure 8. Organisation spatiale du Rhône – zonage en Aire d'attraction des villes	114
Figure 9. Organisation spatiale de l'Indre-et-Loire – zonage en Aire d'attraction des villes	115
Figure 10. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par commune en Indre-et-Loire	116
Figure 11. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par communes dans le Rhône	117
Figure 12. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune en Indre-et-Loire	119
Figure 13. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans l'aire urbaine de Tours	120
Figure 14. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans le pôle urbain de Tours	120
Figure 15. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans le Rhône	121
Figure 16. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans l'aire urbaine de Lyon.....	122
Figure 17. Répartition des capacités d'hébergement en Ehpad par statut juridique et par commune dans le pôle urbain de Lyon.....	122
Figure 18. Tarif moyen des Ehpad par départements en France métropolitaine.....	124
Figure 19. Tarif mensuel moyen pratiqué par commune en Indre-et-Loire.....	129
Figure 20. Tarif moyen pratiqué par commune dans le Rhône	130
Figure 21. Plan factoriel de l'analyse de correspondances multiples (axe 1 * axe 2).....	139
Figure 22. Carte zone de recrutement Ehpad associatif 1, Rhône	142
Figure 23. Carte zone de recrutement Ehpad associatif 2, Rhône	143
Figure 24. Carte zone de recrutement Ehpad privé à but lucratif 1, Rhône	144
Figure 25. Carte zone de recrutement Ehpad privé à but lucratif 2, Rhône	145
Figure 26. Carte zone de recrutement Ehpad privé à but lucratif 2, Rhône	146

Table des graphiques

Graphique 1. Date d'observation du GMP et du PMP des Ehpad	35
Graphique 2. Répartition des Ehpad par capacité d'accueil	100
Graphique 3. Distribution du tarif mensuel pratiqué par les Ehpad en France	126
Graphique 4. Évolution du nombre d'actifs occupés dans le secteur des Ehpad (2009-2022)	205
Graphique 5. Part des emplois en Ehpad dans l'ensemble du secteur de la santé et de l'action sociale, en % (2009-2022)	206
Graphique 6. Évolution de la répartition des emplois dans le secteur des Ehpad par groupe socioprofessionnel, en % (2009-2022)	208

II. VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques

1. Liste des articles et communications écrites

Aucun à ce jour. Plusieurs articles sont en cours de rédaction. Six publications dans six revues à comité scientifique sont visées :

- *Revue Française de Sociologie* (Impact Factor : 2.000). Cet article se centrera sur l'explicitation des stratégies concurrentielles des Ehpad pour tenter d'actualiser les apports théoriques sur la notion de concurrence, notamment vis-à-vis des théories de l'Économie Sociale et Solidaire ;
- *Revue Française des Affaires Sociales* (Impact factor : 0.263). Cet article insistera sur les enjeux comparatifs posés par le rapport et se focalisera sur l'articulation des niveaux de concurrence selon les territoires considérés ;
- *Management & Avenir* (H-Index : 8). Cet article proposera d'expliciter la méthode pour identifier les zones de chalandise des Ehpad.
- *Nouvelle revue du travail ou Sociologie du travail* (Impact factor : 0, 286). Cet article s'attachera à discuter le discours sur la crise d'attractivité des Ehpad en explicitant les conditions de travail en Ehpad ;
- *Socio-economic Review* (Impact factor: 3,2). Cet article s'attachera à décrire l'articulation entre les conditions structurales d'exercice de la concurrence et les pratiques des acteurs de terrain.

2. Liste des thèses démarrées, en cours et/ou soutenues en relation directe avec le projet. Aucune à ce jour.

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

- Hervé Cazeneuve, Myriam Chatot, Benoît Cret et Thomas Sigaud, « Des soignant-e-s trop exigeant-e-s ? Regards croisés sur le rapport à l'articulation travail-famille en EHPAD », 10ème congrès de l'Association Française de Sociologie (AFS), RT48, 4-7 juillet 2023
- Hervé Cazeneuve, Myriam Chatot, « Diagnostiquer les difficultés de recrutement en EHPAD – conciliation travail-famille, mobilités et ancrage territorial », journée d'étude *La « crise d'attractivité » des EHPAD en question*, Université de Tours, Tours, 20 juin 2023
- Benoit Cret, Thomas Sigaud, « Les dynamiques concurrentielles au sein du secteur des Ehpad », journée d'étude *La « crise d'attractivité » des EHPAD en question*, Université de Tours, Tours, 20 juin 2023
- Benoit Cret, « Competition and stratégies », *Organization Studies Workshop: Organization, organizing, and Politics: Disciplinary traditions and Possible Futures*, Mykonos, 23-25 mai 2024

- Hervé Cazeneuve, « Les dynamiques concurrentielles au sein du secteur des Ehpad », école d'été francophone en gestion des services de santé, Université de Laval, Québec, « *La gestion des transitions : comment naviguer en eau trouble* », 10-14 juin 2024

4. Liste des éventuelles missions à l'étranger effectuées dans le cadre du projet

Aucune.

Communications au grand public

- Benoit Cret, communication chaire innovation organisationnelle en santé (CERAG) : Ehpad, concurrence et innovations organisationnelles (<https://cerag.univ-grenoble-alpes.fr/fr/actualites/3eme-seminaire-cycle-innovations-organisationnelles-en-sante>)