



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE

PUBLIQUE

- 2020 -

La responsabilité sociétale des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Groupe n° 15

Charles ARANDEL

Mathilde BOURGET

Smahane EL FAHM

Alexandra HAUDIDIER

Michelle LORAND

Ophélie SALAM

Aynoudine SALIME

Magali THOMAS

Animateurs :

Estelle BAURÈS

Fernand Le DEUN

Remerciements

L'ensemble des membres du groupe du Module Interprofessionnel n°15 « La responsabilité sociétale des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux » tient à exprimer sa gratitude à l'égard des professionnels qui ont accepté de se rendre disponibles pour échanger sur notre thématique de recherche. Nous remercions ces nombreux interlocuteurs qui nous ont fait part de leur riche expérience au travers d'entretiens tant à distance que dans leur structure malgré une période sanitaire toute particulière.

Nous souhaitons remercier les animateurs du groupe, Estelle BAURÈS, Chargée de mission développement durable et responsabilité sociétale à l'EHESP et Fernand LE DEUN, Responsable de formation des D3S à l'EHESP, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur implication tout au long de notre travail.

Nous tenons enfin à remercier l'EHESP, et plus particulièrement Emmanuelle DENIEUL et Christophe LE RAT, chargés de l'organisation du module interprofessionnel de santé publique, de nous avoir donné l'opportunité de travailler en équipe tout en développant une collaboration interprofessionnelle, et de nous avoir fourni les moyens logistiques qui nous ont permis de mener à bien nos recherches.

Sommaire

Introduction	3
Méthodologie	6
1 Avant la crise de la Covid-19, la RSE des EHPAD est apparue comme un moyen de soutenir l'accompagnement des résidents en favorisant l'inclusion de ces citoyens à la société, en améliorant les conditions de travail des soignants et en dynamisant l'implantation de l'établissement sur son territoire.....	8
1.1 La RSE est un levier d'action pour favoriser l'autonomie du résident	8
1.2 La RSE est un outil qui permet de dynamiser les ressources humaines et donc d'améliorer l'accompagnement des résidents	12
1.3 La RSE est un moyen de s'ouvrir sur l'extérieur, d'améliorer son implantation territoriale et donc d'améliorer l'inclusion des personnes âgées	15
2 Pendant la crise de la Covid-19, les EHPAD possédant une politique de RSE ont su mieux soutenir l'accompagnement des personnes âgées grâce à une prise en compte et une forte implication de toutes les parties prenantes	18
2.1 De nouvelles démarches de RSE à destination des personnes âgées ont permis de maintenir du lien social et de lutter contre l'isolement des résidents durant la crise sanitaire.	18
2.2 De nouvelles mesures de RSE à destination des personnels ont permis de faciliter la gestion de la crise de la Covid-19 en établissements	20
2.3 Une relation forte entre les EHPAD et les parties prenantes extérieures a permis de maintenir les liens sociaux des résidents et de soutenir les équipes mobilisées durant la crise de la Covid-19.....	22
3 Pour une politique de RSE en EHPAD efficace en situation de crise sanitaire exceptionnelle : propositions et recommandations	25
3.1 La politique de RSE en EHPAD fait face à de nombreux obstacles et freins	25
3.1.1 Tant en situation « normale »	25
3.1.2 ... que pendant l'épidémie de la Covid-19.....	25
3.2 Préconisations de mise en œuvre.....	26

3.2.1	... d'une politique générale de RSE en EHPAD	26
3.2.2	... d'une politique de RSE en EHPAD, notamment bénéfique en situation sanitaire exceptionnelle	27
	Conclusion.....	29
	Bibliographie.....	31
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : calendrier de travail du groupe MIP n°15.....	II
	Annexe 2 : grille d'entretien à destination des Directeurs d'EHPAD.....	IV
	Annexe 3 : liste des personnes rencontrées en entretien	VII

Liste des sigles utilisés

ADD'AGE : Action Développement Durable au service du grand AGE

ADEME : Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Énergie

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANESM : Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASH : Agent des Services Hospitaliers

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CCNE : Comité Consultatif National d'Éthique

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

DREES : Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHESP : Ecoles des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FEDER : Fonds Européen de Développement Régional

FNAQPA : Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées

FSE : Fonds Social Européen

GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale

GRI : Global Reporting Initiative

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

ISO : *International Standard Organisation* (Organisation Internationale de Normalisation)

MAIA : Méthodes d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MIP : Module InterProfessionnel de santé publique

PTA : Plateformes Territoriales d'Appui

QVT : Qualité de Vie au Travail

RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises

RSO : Responsabilité Sociétale des Organisations

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Introduction

Depuis l’allocution du président de la République du 12 mars 2020 et conformément aux mesures applicables à la population générale, en application du décret du 16 mars 2020, les visites dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) étaient interdites, afin de limiter la propagation du coronavirus chez les personnes âgées, plus fragiles face à la Covid-19. Néanmoins, cette situation difficile pour les personnes âgées et leurs proches a été dénoncée par plusieurs associations. Ainsi, le Comité national consultatif d’éthique a été missionné par le gouvernement pour travailler sur les mesures de protection des résidents des EHPAD. Il a rendu son rapport le 30 mars 2020 recommandant d’autoriser à nouveau les visites. En ce sens, le ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé le 19 avril 2020, lors d’une conférence de presse, le rétablissement d’un droit de visite en EHPAD selon les préconisations du rapport Guedj du 18 avril 2020, qui élabore des recommandations visant à « *concilier nécessaire protection des résidents et rétablissement du lien avec les proches* ».

Ainsi, durant cette période de confinement, la responsabilité sociétale des EHPAD a été fortement engagée par la conciliation de plusieurs enjeux : protection des résidents face au virus, lutte contre l’isolement de ce public fragile et continuité de l’accompagnement par le personnel des établissements.

La responsabilité sociale des entreprises est la traduction directe de l’anglais *corporate social responsibility*. Elle désigne la prise en compte volontaire par les entreprises des enjeux sociaux de leurs activités (activités de production, relations internes et externes) (TOMA, 2019). La RSE regroupe l’ensemble des pratiques ayant pour but de produire des progrès au sein des trois piliers du développement durable : environnemental, social et économique. Dans la littérature française dédiée à la RSE, la traduction de l’expression « *corporate social responsibility* » n’est pas fixée et alterne entre responsabilité sociale ou sociétale. Le terme « *sociétal* » est en réalité un anglicisme, « *societal* » signifiant en langue anglaise « qui se rapporte à la société ». Pour cette raison, le terme « *sociétal* » est de plus en plus utilisé pour englober l’ensemble des aspects de la démarche RSE. Nous avons choisi de centrer l’axe de recherche de notre Module interprofessionnel de santé publique (MIP) sur la dimension sociale de la RSE.

Au niveau européen, la Commission européenne en 2001 a établi un livret vert intitulé « Promouvoir un cadre européen pour la RSE », mais c’est en 2011 qu’elle définit plus clairement la RSE comme un « *processus destiné à intégrer les préoccupations en*

matière sociale, environnementale, éthique, de droits de l'homme et de consommateurs dans [les] activités commerciales et [la] stratégie de base » et comme « la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société ».

La France s'est dotée d'un cadre législatif et réglementaire pour formaliser la RSE. Ainsi l'article 116 de la loi relative aux nouvelles régulations économiques de 2001 a imposé aux sociétés cotées de publier dans leur rapport annuel des informations relatives aux conséquences sociales et environnementales de leurs activités. Ensuite, les lois Grenelles I et II (loi du 3 août 2009 de programmation relative à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement et loi du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement) ont étendu ces obligations aux entreprises non cotées et élargissent les exigences de publication en matière de RSE. La loi 17 août 2015 relative à la transition énergétique pour la croissance verte et son décret d'application du 19 août 2016 ont également renforcé les obligations de *reporting* en matière environnementale. Enfin, le décret du 9 août 2017 a substitué le rapport RSE à une déclaration de performance extra-financière, intégrant ainsi davantage d'aspects de la RSE. Récemment, la loi du 22 mai 2019 dite loi Pacte permet de mettre en œuvre des entreprises « à missions » qui définissent leur raison d'être, leurs objectifs et les moyens de les atteindre.

Ainsi, les établissements sanitaires et médico-sociaux, et au premier titre les EHPAD, sont des acteurs incontournables en termes de responsabilité sociale, d'une part par leur missions (soins, accueil et accompagnement) et d'autre part, du fait de leur impact économique et social sur leur territoire (emplois, relations avec des acteurs extérieurs) (ORSAY, 2019). Selon l'enquête nationale Action développement durable au service du grand âge (ADD'AGE) en 2014, près de 40 % des dirigeants d'EHPAD de France étaient engagés dans une stratégie RSE. En effet, les démarches de RSE apparaissent comme une opportunité et un levier en matière d'attractivité, de performance et d'image de ces établissements (RICARD, 2019).

Toutefois, durant la pandémie de la Covid-19, les missions de ces établissements ont été fortement impactées et les parties prenantes ont toutes été concernées, notamment durant la période de confinement du 17 mars au 11 mai. Les résidents ont été isolés dans leur établissement, voire dans leur chambre fragilisant ainsi le rôle qu'a l'établissement en termes d'inclusion et de participation des personnes âgées à la vie en société. Les personnels ont été fortement mobilisés, les conditions de travail ont été modifiées (port du masque, réorganisation des tâches, absences de personnels, ...). Enfin, par des dons et des

missions de bénévolat notamment, les partenaires du territoire ont été très actifs en cherchant à améliorer les conditions de vie et de travail en EHPAD) pendant cette situation sanitaire exceptionnelle.

Une situation sanitaire exceptionnelle, au sens de la circulaire ministérielle du 27 juin 2013¹, s'entend comme la survenue d'un événement émergent, inhabituel et/ou méconnu qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité ou de son caractère médiatique et pouvant aller jusqu'à la crise. La pandémie de la Covid-19 est une crise sanitaire, considérée comme une situation sanitaire exceptionnelle.

Durant cette crise sanitaire, les démarches de responsabilité sociale des EHPAD ont pu être mobilisées et notamment les éléments du volet social de la RSE. Cela s'est observé au travers des démarches de maintien pour les résidents du lien avec l'extérieur (par l'utilisation d'applications de visioconférence, par exemple), mais aussi par des changements d'organisation du travail des soignants ou encore par la mobilisation des relations extérieures aux établissements sous forme de dons, par exemple. En ce sens, notre travail s'attardera sur cet aspect de la RSE et ne traitera pas des aspects économiques et environnementaux. Ainsi, le terme RSE sera entendu ci-après comme la responsabilité sociale des EHPAD selon le pilier social du développement durable.

Quelle politique RSE en EHPAD pour soutenir l'accompagnement des résidents en situation de crise sanitaire exceptionnelle ?

Avant la crise sanitaire de la Covid-19 les démarches RSE mises en œuvre dans les EHPAD ont prouvé leur efficacité dans le soutien à l'accompagnement des résidents (I). La crise a montré que les établissements qui avaient déjà entamé de telles démarches ont su mieux soutenir l'accompagnement des personnes âgées durant cette période particulière (II). Néanmoins, certaines pistes de réflexions peuvent être ouvertes afin de pérenniser ces démarches et faciliter l'accompagnement des résidents en période de crise sanitaire (III).

¹ INSTRUCTION N° DGS/DUS/CORRUS2013/274 du 27 juin 2013 relative à l'organisation territoriale de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Méthodologie

Le MIP est une opportunité pour les élèves fonctionnaires de l'EHESP de mener un travail de recherche tout en permettant aux différentes filières de partager leurs savoirs et leurs approches sur des questions de santé publique. Dans ce cadre, le groupe MIP n°15 a réuni huit élèves de l'EHESP (une élève Attachée d'administration hospitalière, deux élèves Directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social, trois élèves Directeurs d'hôpital et deux élèves Directeurs des soins) autour du sujet de « la responsabilité sociétale des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux ».

Notre équipe a fonctionné selon un mode participatif, basé sur l'échange de connaissances et en valorisant les compétences de chacun. Notre calendrier de travail (Annexe 1) présente plus en détails l'organisation du groupe (organisé en 4 binômes). Nous nous sommes réunis régulièrement grâce à des outils de visioconférence et nous avons partagé sur Teams nos différentes avancées : recherches dans la littérature, comptes-rendus d'entretiens et productions écrites. Les données récoltées par les sous-groupes et selon les différents moyens (recherches bibliographies, entretiens) ont été confrontées et analysées par sous-thématique et par binôme.

Ainsi, après avoir mené des recherches bibliographiques et recentré le sujet initialement proposé sur l'analyse de l'aspect « social » de la responsabilité sociétale des EPHAD durant la crise sanitaire, nous avons déterminé notre méthode d'investigation. Considérant le contexte sanitaire régnant durant notre travail, nous avons fait le choix de réaliser des entretiens en présentiel si possible, et à distance sinon, car nous avons estimé que les établissements disposaient de peu de temps pour répondre à un questionnaire exhaustif sur le sujet. Ainsi, par crainte d'obtenir peu de réponses à un questionnaire qui nous aurait apporté des données quantitatives, nous avons opté pour un recueil d'informations qualitatives.

Avant de réaliser les entretiens semi-directifs, l'ensemble de l'équipe a réalisé une grille d'entretien (Annexe 2) qui permet de répondre à la problématique précédemment posée, et grâce au recueil bibliographique, plusieurs thèmes ont été identifiés (la participation des résidents malgré la crise de la Covid-19, la réorganisation des plannings du personnel, l'engagement des parties prenantes...) et des questions associées ont été rédigées. Le choix a été fait de se centrer sur trois acteurs du volet social de la RSE des EHPAD : les résidents, les personnels et les partenaires du territoire. Dans le but, de mieux

comprendre la politique RSE des EHPAD en lien avec ces trois acteurs nous avons décidé de mener des entretiens auprès des directions des établissements, car ce sont elles qui impulsent la politique RSE et ont une vision transversale des actions menées. Nous avons également décidé de mener un entretien auprès d'un médecin coordonnateur qui agit au plus près du terrain et est à même d'observer l'influence d'une politique de RSE sur l'accompagnement des résidents, que ce soit en temps « normal » ou en temps de crise sanitaire.

Du 24 mai au 3 juillet, les membres du groupe MIP n°15 ont réalisé six entretiens auprès de cinq directeurs d'EHPAD et/ou de Service de Soins et de Réadaptation (SSR) et d'un médecin coordonnateur (Annexe 3). Les personnes rencontrées ont été choisies dans le but d'avoir un panel d'établissements diversifié (public, privé, hospitalier, autonome) et avec différentes politiques RSE (politique RSE affirmée ou actions RSE mais sans affichage). La majorité des personnes rencontrées nous a demandé d'anonymiser les propos, ainsi nous avons préféré anonymiser l'ensemble des entretiens.

Les entretiens semi-directifs ont été très enrichissants car ils ont permis le recueil de pratiques concrètes, ce qui n'aurait pas pu être le cas avec des questionnaires. Cela nous a également permis d'analyser et d'appréhender les éléments de communication non-verbaux de nos enquêtés, ce qui nous a servi pour identifier les éléments les plus importants de leur discours.

Néanmoins le recueil d'informations par une méthode qualitative fait preuve de certains biais, notamment étant donné que quelques membres de l'équipe MIP ont une relation privilégiée avec l'enquêté (par exemple : maître de stage, connaissance personnelle, etc.). De plus, le recueil d'informations par entretien n'a permis de recueillir que quelques données chiffrées qui auraient, si elles avaient été plus nombreuses, pu davantage appuyer nos propos. Enfin, globalement l'équipe MIP n°15 a fait face à des difficultés pour rencontrer des directeurs d'établissement durant cette période de crise où ils ont été très sollicités, ceci explique le nombre d'entretiens que nous avons réalisés.

1 Avant la crise de la Covid-19, la RSE des EHPAD est apparue comme un moyen de soutenir l'accompagnement des résidents en favorisant l'inclusion de ces citoyens à la société, en améliorant les conditions de travail des soignants et en dynamisant l'implantation de l'établissement sur son territoire

1.1 La RSE est un levier d'action pour favoriser l'autonomie du résident

L'élaboration d'une stratégie de RSE au sein d'un EHPAD prend tout son sens lorsqu'elle intègre les principales parties prenantes primaires² (CLARKSON, 1995) et externes³ (CARROLL et NÄSI, 1997), c'est-à-dire les résidents.

Les EHPAD, domicile des personnes âgées hébergées, ont pour mission de préserver leur dignité et leur autonomie. Ils doivent leur permettre d'évoluer dans un cadre respectueux de leurs libertés individuelles et de conserver une vie sociale active malgré la diminution de leurs capacités physiques et cognitives. Le résident est, et doit être considéré comme un citoyen à part entière.

En ce sens, l'article L311-3 du code de l'action sociale et des familles garantit le respect des libertés individuelles des résidents, y compris leur liberté d'aller et venir, ainsi qu'une prise en charge favorisant à la fois leur autonomie et leur insertion.

L'application de la RSE à la prise en charge des résidents couvre donc un large champ, qui recoupe l'ensemble des questions relatives à leur bien-être, à leur autonomie et à leur citoyenneté. Le tableau 1 présente de manière synthétique les critères qui sont retenus par différentes approches de la RSE et pouvant être appliqués à l'accompagnement des résidents en établissement :

Tableau 1. Différents aspects sociaux et sociétaux selon trois approches de la RSE

Approches de la RSE	Critères sociétaux retenus pour analyser la RSE
<i>Global reporting initiative (GRI)</i> ⁴	<ul style="list-style-type: none">• GRI 412 : politique de respect des droits fondamentaux (évaluation, formation du personnel),• GRI 418 : respect de la vie privée des résidents,

² C'est-à-dire les parties prenantes qui ont une relation contractuelle et formelle avec l'organisation, selon CLARKSON, 1995.

³ Les parties prenantes externes sont, selon la typologie de CARROLL et NÄSI, 1997, des personnes et groupes de personnes externes à l'organisation, il s'agit notamment des consommateurs.

⁴ ANAP (2015), Actes Journée nationale responsabilité sociétale des établissements de santé et médico-sociaux, pp.24-31.

	<ul style="list-style-type: none"> • GRI 419 : conformité aux réglementations en vigueur, notamment les chartes relatives aux droits des résidents. Plaintes associées au non-respect des droits et libertés des résidents
Norme ISO 26 000⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Droits de l'homme • Respect des résidents en tant qu'utilisateur, loyauté des pratiques • Engagement sociétal et implication dans la communauté locale
Stratégie RSE du Groupe Korian⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la vie en établissement (rénovations des chambres, espaces verts), • Programme du <i>positive care</i> (rechercher l'autonomie des résidents tout au long de l'évolution de leur accompagnement, privilégier les traitements non-médicamenteux, qualité de l'alimentation), • Qualité de l'animation, • Respect des recommandations de bonnes pratiques éthiques de la HAS, • Enquêtes de satisfaction auprès des familles et des résidents, • Plaintes et réclamations, • Innovation et numérique pour maintenir le lien social des résidents (réseau social adapté aux résidents), • Evènements sociaux ouverts aux personnes extérieures, • Charte éthique.

La mise en place de la RSE en EHPAD à destination des résidents a dû s'adapter à l'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en établissement. Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2017), l'âge moyen d'entrée en EHPAD en 2015 était de 85 ans et 8 mois, et la durée moyenne de séjour de 2 ans et 5 mois, avec un niveau de dépendance élevé et une augmentation des troubles cognitifs et des pathologies multiples.

Ces évolutions ont abouti à une médicalisation accrue des EHPAD qui sont amenés de ce fait à se concentrer davantage sur la prise en soin que sur l'accompagnement des

⁵ Site IOS, [en ligne : <https://www.iso.org/fr/iso-26000-social-responsibility.html> consulté en mai 2020].

⁶ GROUPE KORIAN (2018), Document de référence 2017, pp. 55-78.

résidents. Face au risque que fait peser sur la vie sociale en EHPAD la médicalisation de ces établissements, la RSE est mobilisée comme une réponse à cette problématique par les acteurs selon trois dimensions :

- La RSE comme un instrument de valorisation de l'implication citoyenne des résidents (développement durable, vie civique, etc.) (DRUMARE, 2018) ;
- La RSE comme une incitation supplémentaire à prêter une attention accrue au respect des droits des résidents (SAVIN, 2017) ;
- La RSE comme un outil de conduite du changement, face à des enjeux nouveaux : attentes accrues des résidents et de leurs familles, irruption du numérique⁷.

Le triptyque équipe/famille/résident n'a jamais été aussi fort qu'aujourd'hui. Les familles et représentants des usagers œuvrent au quotidien pour améliorer le cadre de vie de leurs aînés. Ces trois dimensions sont par ailleurs autant de gages d'attractivité pour les EHPAD, en ce qu'ils cherchent à améliorer le bien-être social et la satisfaction de leurs résidents par cette démarche.

Les établissements vont alors chercher à s'appuyer sur un management plus participatif, des relations sociales plus apaisées, par la promotion de la bientraitance des résidents et de la bienveillance des acteurs à leur égard au sein de l'établissement.

Dans ce cadre, de nombreux établissements se sont inscrits dans les recommandations de bonnes pratiques de l'ex-Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en mettant en place l'évaluation de la satisfaction, par exemple au travers du référentiel Angélique (21 questions pour évaluer le respect des droits des résidents en EHPAD).

Il va aussi s'agir pour les établissements de former leurs équipes à un accompagnement du résident garantissant la bientraitance à son égard. La Haute autorité de santé (HAS) définit la bientraitance comme « *une démarche collective pour identifier l'accompagnement le meilleur possible pour l'utilisateur, dans le respect de ses choix et dans l'adaptation la plus juste à ses besoins* »⁸.

On retrouve alors à travers cette démarche l'objectif de promouvoir l'autonomie des personnes vulnérables en leur permettant d'être actrices de leur accompagnement. À cet effet, différentes formations pour les équipes voient le jour comme par exemple

⁷ ANAP (2015), Actes Journée nationale responsabilité sociétale des établissements de santé et médico-sociaux, pp.24-31.

⁸ HAS, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, 01/07/2008, [en ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre, consulté en mai 2020].

« Humanitude » (DEFRESNE, 2012), et les établissements peuvent à cette condition être labélisés.

Outre le champ règlementaire et de recommandations de bonnes pratiques, les EHPAD disposent de marges de manœuvre pour proposer différentes formes d'implication des résidents dans la vie de l'établissement et dans des activités relatives à des sujets de société.

Les Actes de la journée nationale « Responsabilité sociétale des établissements de santé et médico-sociaux » de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) publiés en 2015 permettent de dresser un premier inventaire des initiatives qui peuvent rentrer dans cette acception de la RSE.

L'étude de ces exemples montre que nombre de ces initiatives menées dans les EHPAD rentrent dans le cadre de la RSE, sans pour autant être labellisées de la sorte. Cette conception extensive de la RSE appliquée aux résidents s'observe dans l'exemple du projet d'entretien des pelouses par le libre pâturage de moutons développé par l'association Emmaüs dans certains établissements qu'elle gère. Si cette initiative semble *a priori* éloignée de la considération d'améliorer la vie sociale des résidents, elle a en réalité permis de dégager du temps pour le personnel qui a pu le consacrer à l'accompagnement individualisé des résidents, tout en fournissant une présence animale à ces derniers.

Enfin, cette acception de la RSE acquiert une importance nouvelle dans le cadre de la crise de la Covid-19, qui a donné lieu à un certain nombre de mesures restrictives de liberté dans les EHPAD. Cette crise fait donc ressortir de manière plus saillante la dimension éthique des modalités d'organisation de la vie en EHPAD, déjà soulignée dans un rapport récent du Comité consultatif national d'éthique qui met en exergue la relégation sociale induite par un recours trop systématique à l'institutionnalisation de la dépendance en France.⁹ Dans cette perspective, la politique de RSE des établissements peut être perçue comme un instrument permettant de soulever la question du respect des droits des résidents et celle de leur implication dans la société et leur environnement local.

⁹ Comité consultatif national d'éthique, avis n° 128, « Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ? », mai 2018.

1.2 La RSE est un outil qui permet de dynamiser les ressources humaines et donc d'améliorer l'accompagnement des résidents

Encouragée à la fois par la réglementation européenne et le droit français, tout comme par des « *soft laws* » (l'Agenda 21 des Nations Unies, le Pacte Mondial des Nations Unies en faveur de la RSE, le livret vert de l'Union Européenne...), la RSE en EHPAD permet notamment de déployer un panel d'actions en faveur du personnel. Répondant à des enjeux d'attractivité, de fidélisation et de qualité de vie au travail, ces actions, mêmes simples et peu coûteuses à mettre en œuvre, peuvent se révéler fédératrices des équipes, mais surtout un moyen efficace d'améliorer la qualité de l'accompagnement des résidents. Une politique RSE en EHPAD engage à développer un management qui prend soin de ceux qui accompagnent les résidents.

Mises en exergue par le rapport Libault portant sur le grand âge et l'autonomie, les conditions de travail en EHPAD s'avèrent difficiles et peu attractives. Le vieillissement est dans notre société mal perçu et les carrières s'y rattachant sont dévalorisées. Des constats sur la situation sont posés et partagés. Tout d'abord, l'absentéisme en EHPAD est important soit de 8,1%¹⁰, le *turnover* moyen est de 52% pour les infirmiers et de 48% pour les aides-soignants¹¹ avec des taux beaucoup plus élevés dans le privé. Mais il existe également un manque de reconnaissance, un « travail empêché » (PETIT & DUGUÉ, 2013), un manque de compréhension des objectifs et d'adhésion aux valeurs de l'établissement (DREES, 2016). Fernand LE DEUN, dans la tribune « Directeurs, tenez le cap ! » du 7 mars 2018, explique que les risques psychosociaux peuvent être liés à des conflits de valeurs, une souffrance éthique, un état de mal-être ressenti par le personnel lorsque les missions qui lui sont attribuées ou les conditions de leur réalisation (temps, moyens) sont en opposition avec ses normes professionnelles, sociales ou subjectives.

Face à ces difficultés, la RSE peut se révéler être un levier de performance, en la considérant comme un processus permettant d'améliorer la qualité de vie au travail du personnel (BOWEN, 1953). En agissant sur la qualité de vie, elle favorise également la réduction du *turnover* (LUETKENHORST, 2004). Une politique RSE, développée en tant que réel outil de ressources humaines, permet en effet de fidéliser le personnel en octroyant

¹⁰ DE LACOUR Geneviève, Absentéisme : La FHF promeut son kit Phares auprès des EHPAD, *Gerontonews*, 26/06/2017, [en ligne : https://www.gerontonews.com/absenteisme-la-fhf-promeut-son-kit-phares-aupres-des-ehpad-NS_CZ2ORUN1L.html, consulté en juin 2020].

¹¹ CHARLES Éric, Comment réduire le *turnover* du personnel en EHPAD ? *Hospimedia*, 20/08/2014, [en ligne : <https://abonnes.hospimedia.fr/fiches-pratiques/20140820-ressources-humaines-comment-reduire-le-turnover-du-personnel>, consulté en juin 2020].

une place prépondérante au capital humain et organisationnel, avec une forte reconnaissance du personnel et une cohésion sociale en interne (BERTÉZENE, 2016).

En reconnaissant mieux son personnel, la RSE a un impact bénéfique sur l'image et la réputation de l'établissement, perçues positivement à la fois par les personnels, mais aussi par les usagers. La structure devient ainsi une zone d'attractivité. Aussi, une plus grande considération du personnel entraîne un accompagnement plus performant et responsable, au bénéfice des résidents (DRUMARE, 2018). Dans le même sens, selon Patricia SAVIN dans son article de 2017, la RSE renforce le respect des individus et de leurs droits (agents & usagers). La démarche RSE est une démarche volontaire et inclusive. Elle permet aux professionnels de prendre part aux décisions concernant l'organisation du travail et de mieux en comprendre les rouages. Ainsi, ils peuvent être force de propositions. Par exemple, inclure des aides-soignants en EHPAD dans la réflexion du maintien à l'emploi en cas d'inaptitude offre un regard pragmatique, alors les options proposées sont réalistes, réalisables et facilitées dans leurs mises en œuvre.

La RSE peut également être source de réduction de dépenses futures. En effet, les établissements font de plus en plus face à une internalisation des coûts sociaux, économiques et environnementaux qu'elles génèrent. Ainsi, selon Sophie DE MENTHON, dans le rapport « La responsabilité sociétale des entreprises » de 2011, investir en RSE permettrait de limiter des dépenses évitables notamment liées aux risques psychosociaux.

Enfin, HAM en 2003 avertit que le personnel doit être préparé face aux changements, notamment s'il considère que les changements proposés ne seront pas bénéfiques à l'utilisateur. Pour une mise en œuvre réussie, il est donc nécessaire que le personnel accepte le changement apporté par une politique RSE, qu'il adhère aux actions proposées et idéalement, qu'il en devienne acteur.

Agir en faveur des personnels par une politique RSE est envisageable par plusieurs leviers d'action, illustrés par de nombreux exemples d'application.

Afin de lutter contre l'absentéisme, l'absence de motivation, le manque de compréhension des objectifs et d'adhésion aux valeurs de l'établissement, il est nécessaire d'agir sur la qualité de vie au travail (TOMA, 2019). La qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins. Celle-ci est d'ailleurs incluse au manuel de certification depuis 2009¹². L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) accompagne les établissements dans leurs démarches, en menant par exemple

¹² Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (2014), Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS.

une analyse de l'absentéisme, en rencontrant les professionnels concernés et en proposant des actions de prévention (ACHACHE, BRIAND et al., 2016).

Le Guide Add'age, 2015 présente plusieurs actions de RSE dans son volet social, telles qu'une étude du climat social, une enquête sur le bien-être au travail, sur la satisfaction des personnels, le projet d'établissement, l'évaluation des risques professionnels... Un ensemble d'acteurs est mobilisable pour mener ces projets : ARS, régions (avec les fonds FEDER, FSE), l'ADEME (appel à projets), ANAP, ANESM (outils), Agence de l'eau, Add'âge... Les établissements peuvent être accompagnés par des acteurs compétents mais aussi bénéficier de ressources, en répondant à des appels à projets ou en bénéficiant d'outils notamment.

Le secteur médico-social présente plusieurs exemples d'actions RSE en faveur du personnel. L'ANAP en recense notamment quelques-uns en 2015 dans ses Actes de la journée nationale responsabilité sociétale des établissements de santé et médico-sociaux¹³. Pour exemples, l'association Emmaüs a mis en place d'un garage à vélo, des ruches, des ateliers santé-saveurs, des maisons de retraite vertes. L'EHPAD de Massy-Vilmorin à Massy a installé un tableau « je donne/je vends/je cherche », ce qui a ouvert un dialogue et répondu aux besoins des agents qui perçoivent de petits salaires. Par la suite, des actions spontanées ont été directement proposées par le personnel : covoiturage, participation à des courses à pieds entre collègues... et des projets professionnels favorisant le bien-être au travail (postures, thérapies non médicamenteuses, etc.). L'impact positif de ces actions a pu être mesuré par un indicateur : en deux ans, le *turnover* est passé de 20% à 6%¹⁴. Le Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) Palaios dans l'Aveyron a mis en place un management participatif, favorisé l'insertion sociale et professionnelle de personnes en difficulté, pour qui l'action auprès des résidents est re-valorisante. Afin de favoriser l'attractivité du secteur, le résident est considéré comme une ressource, en développant les liens avec les écoliers et les étudiants, en favorisant le partage de savoirs. La qualité des conditions de travail est ainsi améliorée. La mise en œuvre collective d'une politique RSE valorise, crée du lien avec les résidents, décroïsonne et favorise la solidarité entre équipes.

¹³ Notamment dans la partie : Bilan des pratiques dans les EHPAD et SSIAD, p.24-31.

¹⁴ LEVRAY Nathalie (2016), La nouvelle dynamique RSE fait sens à l'EHPAD Massy-Vilmorin, *La Gazette SantéSocial.fr*.

1.3 La RSE est un moyen de s'ouvrir sur l'extérieur, d'améliorer son implantation territoriale et donc d'améliorer l'inclusion des personnes âgées

Mettre en place une politique de responsabilité sociétale dans un EHPAD, c'est aussi améliorer son implantation territoriale et entretenir des liens étroits avec les parties prenantes extérieures. Le terme de « partie prenante » est traduit de l'anglais « *stakeholder* » (partie pris, voire partie intéressée) (GARNIER, 2017). Les EHPAD sont d'importants acteurs territoriaux à divers titres : employeurs, consommateurs, producteurs de services, offreurs de soins, comme l'explique le Guide RSE à l'usage des établissements pour personnes âgées de l'Agirc-Arrco de 2016. Ils dépendent aussi directement de ce territoire puisque les résidents y vivent et y vivaient sûrement avant leur entrée. Mais cela concerne également les familles et les salariés qui vivent souvent dans un périmètre proche de l'établissement. Chaque région a ses particularités, et chaque établissement doit prendre la mesure de son impact sociétal.

C'est au travers d'une réflexion sur l'implantation territoriale, que l'on peut comprendre que la place des EHPAD dans le bassin de population dépasse largement la simple présence des résidents et des murs de l'établissement sur son territoire. C'est aussi et surtout de l'emploi local non délocalisable, c'est de créer du bien-être, tisser des liens sociaux, et en communiquant sur la démarche RSE auprès des dizaines de fournisseurs et sous-traitants, ils pourront à leur tour aussi adopter leurs propres pratiques éthiques.

Grâce à un dialogue durable avec les parties prenantes du territoire, les EHPAD participent également à l'expression de la citoyenneté des personnes âgées et à la promotion des métiers de l'accompagnement.

Par ailleurs, il n'existe aucune obligation réglementaire à mettre en place une politique de responsabilité sociétale en faveur d'un dialogue durable, éthique, et responsable avec les partenaires extérieurs. Il s'agit d'une démarche volontaire, qui semble n'avoir *a priori* que des effets bénéfiques pour les établissements. Cependant, et comme évoqué précédemment, la loi sur les nouvelles régulations économiques du 15 mai 2001 prévoit la rédaction d'un rapport présentant les engagements sociétaux en faveur de la RSE et les actions menées pour considérer les impacts sociaux et environnementaux des activités. Ce rapport comprend un chapitre sur les « engagements sociétaux » (impact territorial, économique et social de l'activité de la société, relations entretenues avec les

personnes ou les organisations intéressées par l'activité de la société, sous-traitance et fournisseurs, loyauté des pratiques).

En effet, les partenaires jouent un rôle crucial dans le processus d'amélioration de la qualité de l'accompagnement au sein des EHPAD. Ils constituent un levier important pour la mise en œuvre pérenne de la démarche de RSE dans ces lieux de vie (Figure 1).

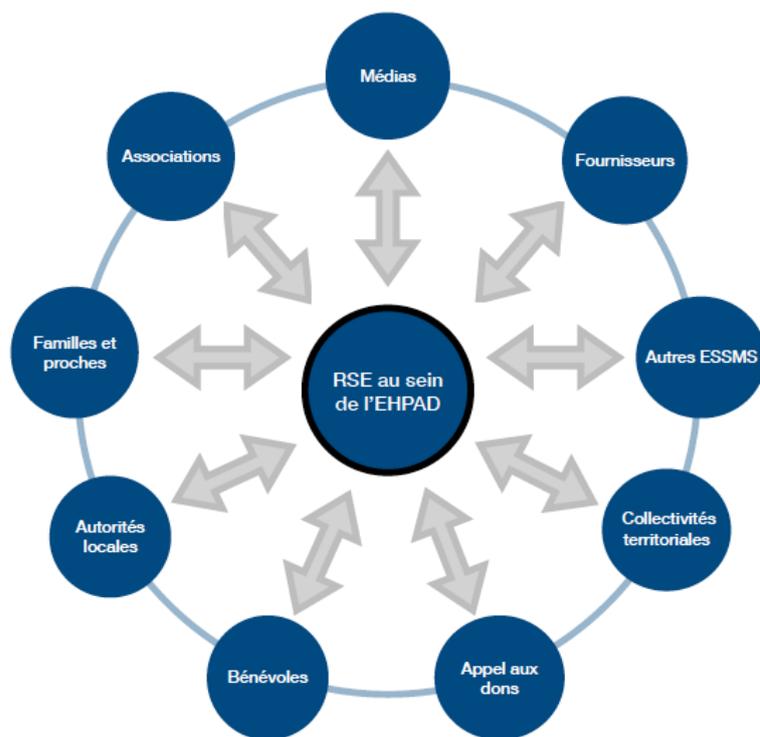
Les parties prenantes externes à l'établissement sont principalement des acteurs locaux. Ce sont par exemple des associations et des bénévoles qui interviennent régulièrement au sein des établissements. Les collectivités locales sont également très importantes parce que les EHPAD inscrivent leurs actions au sein de la coordination gériatrique locale : Centre communal d'action sociale (CCAS), Centre local d'information et de coordination (CLIC), mairie, Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), Plateformes territoriales d'appui (PTA), etc.

Les prestataires extérieurs à l'établissement, tels que l'ensemble des fournisseurs, qui interviennent régulièrement jouent aussi un rôle primordial. Ils contribuent à la vie de l'établissement au niveau de la restauration, de la blanchisserie, des dispositifs médicaux et paramédicaux, de l'informatique, de l'électricité, etc...

Les autorités de tutelle (ARS et Conseil départemental) sont, quant à elles, des partenaires essentiels pour l'EHPAD puisqu'elles détiennent un rôle de financeur, mais ont aussi des missions de contrôle et d'autorisation.

De plus, d'autres parties prenantes, influencent ou peuvent être influencées par l'activité de l'établissement et on peut notamment citer : les professionnels de santé libéraux, les tuteurs ou curateurs de certains résidents, les riverains des EHPAD ou encore les médias. Enfin, les familles et proches des résidents participent activement au développement de la RSE au sein des EHPAD par leurs actions et leurs propositions.

Figure 1. Parties prenantes extérieures identifiées dans le volet sociétal de la RSE (liste non exhaustive)



Pour ce volet de la RSE, le *Global Reporting Initiative*, qui a pour mission depuis 1997, de développer les directives internationales en matière de RSE, propose différents indicateurs de mesures applicables aux EHPAD, dont voici quelques exemples, ces derniers sont tirés de la revue de littérature de BERTEZENE, VALLAT et BAYART de 2016, qui concerne en partie l’ancrage territorial et les parties prenantes extérieures :

- Les programmes d’éducation, de formation, de conseil, de prévention et de maîtrise des risques mis en place pour aider les salariés, leur famille ou les membres des communautés locales en cas de maladie grave,
- La nature, la portée et l’efficacité de tout programme et pratique d’évaluation et de gestion des impacts des activités de l’EHPAD ou du SSIAD, à tout stade d’avancement, sur les communautés,
- L’affichage politique, la participation à la formulation des politiques publiques et le lobbying.

Ainsi mener une politique RSE au sein d’un EHPAD, c’est aussi et surtout se saisir de l’enjeu de faire vivre le territoire par l’économie locale, et cela par les partenariats avec diverses associations et bénévoles de la région. Des partenariats qui s’avèrent très utiles en situation de crise sanitaire exceptionnelle.

Pour conclure cette analyse, la démarche de RSE favorise l’autonomie des résidents en leur permettant d’agir pleinement en tant que citoyen, elle permet d’améliorer les conditions de travail des personnels ce qui induit *in fine* un meilleur accompagnement des

personnes âgées et enfin, elle est un moyen de dynamiser les relations avec les parties prenantes extérieures et donc d'améliorer l'ancrage territorial des établissements ce qui facilite les partenariats en faveur de l'amélioration des conditions de vie et d'accueil des résidents.

Néanmoins, la crise sanitaire de la Covid-19 a été une épreuve pour les établissements, leurs résidents et leurs personnels, puisqu'elle est venue modifier les modes d'organisation des EHPAD et les modes de vie des résidents. Cependant, les établissements munis d'une démarche de RSE forte ont pu agir plus rapidement dans la gestion de cette crise puisqu'ils avaient déjà développé de nombreux outils pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées, les conditions de travail des personnels et les relations avec les parties prenantes extérieures.

2 Pendant la crise de la Covid-19, les EHPAD possédant une politique de RSE ont su mieux soutenir l'accompagnement des personnes âgées grâce à une prise en compte et une forte implication de toutes les parties prenantes

2.1 De nouvelles démarches de RSE à destination des personnes âgées ont permis de maintenir du lien social et de lutter contre l'isolement des résidents durant la crise sanitaire

Dans le cadre de la crise de la Covid-19, l'ensemble des chefs d'établissements interrogés ont été confrontés à un risque d'isolement social induit par les mesures de lutte contre l'épidémie. L'analyse de l'enquête qualitative menée auprès de ces cadres dirigeants montre que la majeure partie des établissements ont continué à s'inscrire dans une démarche RSE, en adaptant ou en réinventant les dispositifs de participation sociale existants.

La crise de la Covid-19 a perturbé le fonctionnement quotidien des établissements. Ceux-ci ont ainsi été forcés de concilier principe de précaution, respect des règles nationales et régionales visant à protéger les résidents, et maintien indispensable de la vie sociale au sein de la structure. Malgré un socle commun de mesures prises en cette période, des réactions institutionnelles différentes ont pu être appréciées, tenant en partie du contexte épidémique local qui a pu contraindre les chefs d'établissement à prendre des mesures plus ou moins radicales.

La fermeture des établissements aux familles a constitué une des premières mesures de protection face au virus. Cette fermeture s'est ensuite accompagnée du confinement des résidents en chambre pour la quasi-totalité des établissements. Ces mesures, vécues comme des privations de liberté, ont contraint les structures à réinventer les formes de participation sociale exercées par les usagers. Ainsi, divers dispositifs ont pu être mis en place. A titre d'exemples, il est possible de citer d'autres formats de visite des familles, d'animations, ou encore d'interactions entre les équipes et les résidents. Il faut souligner que les chefs d'établissements sollicités déclarent avoir noté un choc psychologique important induit par les mesures de distanciation sociale.

Concernant le recueil des attentes des résidents en cette période de confinement, nous avons noté que la préexistence ou non d'une politique de RSE qui intègre la participation sociale des résidents semble avoir une influence sur les pratiques de recensement des besoins et des envies des résidents (par exemple, à propos de la question du maintien ou non du conseil de la vie sociale). Les différents entretiens menés révèlent que ces pratiques étaient renforcées dans les établissements ayant formé leur personnel au regard du label « Humanitude ».

Malgré l'engouement des équipes autour de la participation sociale des résidents, l'analyse des entretiens laisse percevoir des stratégies différentes déployées pour contrer les effets d'isolement physique et social induits par la Covid-19. Ainsi, la question du confinement des résidents a été abordée de manière diverse, de même que les contacts permis avec les intervenants extérieurs.

Concernant la restriction de la liberté de déplacement des résidents, la majorité des établissements a fait le choix de prioriser de manière absolue la sécurité des résidents quitte à mettre de côté les interactions liées à la participation sociale durant quelques semaines. Dans ce cas-là, la seule solution envisageable a été le confinement des résidents en chambre. Certains chefs d'établissements ont fait le choix de ne pas opter pour un confinement drastique du fait de l'absence locale de contaminations, et au prix d'un contrôle draconien de son personnel.

Le maintien de l'animation en établissement a, en revanche, donné lieu à des stratégies différentes. Certains établissements ont choisi de mettre en suspend partiel ou total les activités d'animation, qui pouvaient notamment exposer les résidents à des intervenants extérieurs (associations de bénévoles, par exemple Les petits frères des

pauvres, des artistes, etc.). Ce choix semble d'autant plus s'effectuer pour les établissements disposant d'une offre d'animation plus réduite. Si les EHPAD s'inscrivant dans cette stratégie ont cherché à relancer une animation résiduelle et individuelle, l'établissement SSR inclus dans notre échantillon qui attribue un poids plus minime aux animations en temps normal a pris la décision de ne pas les relancer.

Une autre stratégie a été déployée et consistait à compenser l'absence de liens sociaux et physiques par une nouvelle forme de dynamique sociale. Une plage d'animation quotidienne a été instaurée et son amplitude horaire étendue. La balance entre la sécurité physique des résidents et leurs besoins d'animation sociale a été ainsi plus équilibrée, en comparaison avec la première stratégie exposée. Les résidents ont exprimé néanmoins le souhait de ne pas être sur-sollicités, de retrouver une forme de routine.

Enfin, certains établissements ont fait part de leur volonté d'inscrire de manière pérenne dans leur politique de responsabilité sociale plusieurs des dispositifs mis en place dans l'urgence de la situation, par exemple : les visioconférences par Skype ou le réseau social Famileo.

La vigueur et la formalisation d'une politique de RSE intégrant le cadre de vie des résidents semble être une des clefs de voûte de la qualité du maintien de la vie sociale en établissement pendant la crise. Ce résultat peut être néanmoins tempéré par d'autres facteurs explicatifs, au premier rang desquels figure le contexte épidémique local. Enfin et dans l'ensemble, la crise de la Covid-19 semble avoir permis de faire émerger parmi les établissements des idées nouvelles quant à la manière d'animer la participation sociale des résidents.

2.2 De nouvelles mesures de RSE à destination des personnels ont permis de faciliter la gestion de la crise de la Covid-19 en établissements

Avec la pandémie de la Covid-19, la charge de travail du personnel des EHPAD a augmenté. Durant la période de confinement, cette charge supplémentaire a relevé de plusieurs dimensions : elle a été psychologique, physique et mentale (questions éthiques, décès, mises à jour fréquentes des procédures, mesures barrières et distanciation physique, sectorisation de l'EHPAD parfois). La charge de travail a augmenté avec une modification de l'organisation du travail au sein de tous les établissements : mesures d'hygiène, horaires renforcés pour le ménage ou externalisation d'une partie du bionettoyage, personnel supplémentaire (aides-soignantes, IDE, animateurs pour renforcer les animations

individuelles dans les chambres, kinésithérapeutes libéraux), taux d'encadrement revu pour assurer le meilleur accompagnement possible, formation de personnel (exemple : formation d'ASH du service sur le travail en EHPAD en intégrant l'accompagnement des résidents), chambres libérées laissées inoccupées, etc. Des mesures de protection des agents ont été mises en place (équipements de protection individuelle et collective).

Afin de s'adapter à cette situation nouvelle et difficile, le personnel a pu bénéficier d'une gamme de services proposés par les établissements (aides humaines, matérielles, logistiques, etc.), avec le soutien de nombreux acteurs, sujet que nous développerons plus loin. Ces aides ont permis de partager la surcharge de travail liée au confinement et aux mesures barrières. Grâce au renfort en personnel (professionnels, étudiants, etc.), le ressenti de l'augmentation de la charge de travail a été amoindri. Paradoxalement, il a été constaté dans plusieurs EHPAD publics que nous avons visités, une baisse de l'absentéisme (pas de cas positifs de la Covid parmi le personnel) avec un taux d'absentéisme à moins de 5%.

En effet, des actions de qualité de vie au travail (QVT) ont été proposées au personnel : hébergement sur place, recrutement d'animateurs à temps plein pour la garderie ouverte aux enfants du personnel, vente de paniers en circuits courts, mise en place en cours d'un marché biologique et d'une école de musique (pédibus depuis l'école primaire) dans les locaux de l'EHPAD par exemple. Face à la complexité des choix à opérer, des soutiens ont été mis en place : psychologiques (de groupe, en consultation individuelle ou par appel téléphonique), la présence d'une sophrologue bénévole, la présence importante de l'équipe de direction auprès des professionnels y compris le soir, le weekend et même parfois la nuit. Avant la crise, un établissement avait saisi l'opportunité de la direction commune pour mettre en place 0,2 ETP de psychologue pour des groupes de parole pour les professionnels, avec l'objectif de leur redonner une place dans l'institution (décloisonner les unités) et de donner du sens à leur travail. Cette action de RSE mise en place avant la crise a été bien utile.

Parfois, les professionnels ont été à l'origine des initiatives : un lipdub a été organisé par le personnel pour remercier les personnes qui les ont aidé, les aides-soignants ont proposé spontanément d'améliorer la qualité du service des repas en chambre (nappes dans les chambres, service en assiette sur la table). La crise a montré l'inventivité et la créativité des professionnels. Il est à souligner que dans certains établissements, les professionnels n'ont été à l'origine d'aucune nouvelle action. Cette absence d'initiative

amène à questionner la réunion effective des conditions nécessaires à leur participation à la gestion de crise.

Dans l'un des établissements, les choix ont été faits de façon collégiale (équipe, direction et résidents). Une cohésion et un esprit d'entraide ont été retrouvés au sein des équipes, qui ont renforcé le sens donné à leur mission. Dans cet EHPAD, le concept « d'Humanitude » (DEFRESNE, 2012) est appliqué depuis deux années, à la demande des professionnels et porté par les cadres qui ont présenté le projet à la direction : « *L'EHPAD est un lieu de vie, un lieu d'envie* »¹⁵. L'humanitude a eu un accueil favorable de la part des professionnels, qui voient désormais leurs métiers plus positivement, qui se sentent valorisés. Dans l'ensemble des entretiens, le sens de la solidarité a été souligné. Les salariés et agents ont également apprécié travailler à l'EHPAD, leur travail leur donnant un semblant de vie « normale », dans une société à l'arrêt.

Les liens entretenus dans le cadre des instances avec les représentants du personnel et les organisations syndicales ont été différemment gérés selon les établissements rencontrés. Dans un premier EHPAD, deux réunions par mois ont été organisées avec les organisations syndicales, qui ont toujours été sollicitées pour participer au projet stratégique de l'établissement, tout comme les acteurs du territoire, les résidents et les familles, les associations et les élus. Dans un autre EHPAD, avant la crise, les relations avec les organisations syndicales étaient quasi-inexistantes. Le minimum règlementaire était respecté. Pendant la crise, les réunions ont été suspendues, car elles n'étaient pas considérées par la direction comme une priorité. Les organisations syndicales venaient néanmoins chaque jour à la rencontre des professionnels. Aujourd'hui, la nouvelle direction en place souhaite instaurer des échanges plus réguliers avec les organisations syndicales, en les impliquant davantage.

2.3 Une relation forte entre les EHPAD et les parties prenantes extérieures a permis de maintenir les liens sociaux des résidents et de soutenir les équipes mobilisées durant la crise de la Covid-19

La crise sanitaire de la Covid-19 a mis en lumière l'importance des parties prenantes extérieures dans le fonctionnement des EHPAD. Que ce soit sous la forme de dons, de bénévolat ou de démonstration de soutien, les partenaires ont démontré qu'ils

¹⁵ Propos recueillis auprès d'un médecin coordonnateur d'un EHPAD de près de 220 lits.

pouvaient se mobiliser. Le fait d'avoir une politique de responsabilité sociale bien ancrée n'a fait que faciliter la mise en œuvre d'un travail conjoint avec les partenaires existants et a également permis de créer un lien avec de nouveaux partenaires.

Durant les entretiens qui ont été réalisés avec les différents établissements, les directeurs et responsables ont spontanément évoqué les dons lorsque la question sur la nature des relations entretenues avec les partenaires durant la crise a été soulevée. « *Des partenaires ont apporté leur aide spontanément pendant la crise : repas préparés par un chef étoilé, blouses cousues par des bénévoles...* »¹⁶. Des dons de toutes natures ont été faits à ces établissements : vitres plexiglas, masques, visières, surblouses, tablettes, décoration de jardin, fleurs, nourriture, téléphones portables, bons carburant, stocks d'équipements de sécurité apportés par des entreprises, etc. Des appels aux dons ont également été réalisés quand la pénurie était alors effective, et ils ont eu des échos favorables auprès des associations, collectivités et entreprises locales (ex : dons de matériel du Lions Club sur un appel au don). Les dons ont principalement été faits par :

- Les associations qui étaient souvent des partenaires antérieurs,
- Les collectivités avec des mairies très préoccupées par les difficultés des établissements sociaux et médico-sociaux de leur territoire,
- Les entreprises locales qui ont spontanément proposé leur aide : « *Une société nous a mis à disposition des téléphones portables en grande quantité avec un petit forfait pour les résidents qui n'en avaient pas* »¹⁷.

Les particuliers ont également, à leur échelle, participé à l'effort collectif en offrant des boîtes de dix masques, en cousant des masques et des surblouses, etc...

Ces dons ont alors permis d'alimenter les stocks de fournitures, d'apporter un soutien moral aux équipes avec les dons de bons d'achats, de chocolats et de repas, par exemple ; mais aussi d'améliorer la qualité de vie des résidents avec les téléphones portables et les tablettes permettant de maintenir le lien avec leurs proches. Parmi les établissements, un seul n'a reçu aucun don. Il n'avait ni partenariat, ni relation avec les associations locales.

Le bénévolat a lui aussi permis aux établissements de pallier certaines difficultés rencontrées durant la crise. Des étudiants ont notamment proposé leur aide aux EHPAD : « *La stagiaire psychologue s'est proposé pour faire des prises de contact à distance avec les*

¹⁶ Propos recueillis auprès d'un directeur de trois EHPAD dans le Centre Val-de-Loire (établissements publics autonomes de près de 70, 75 et 80 lits).

¹⁷ Propos recueillis auprès d'une directrice de deux EHPAD dans le Pas-de-Calais (établissements publics hospitaliers de près de 120 et 130 lits).

résidents »¹⁸. Un établissement interrogé a parlé de bénévoles venus chaque jour animer des activités et faire des achats en ville quand les recommandations sanitaires nationales le permettaient, par exemple : « *l'association 'les blouses roses' vient faire des lectures aux résidents* »¹⁹. Un directeur a également abordé le fait que deux représentants de la commission des usagers sur trois ont proposé leur aide même si l'établissement n'a finalement pas eu à les solliciter. Les élèves fonctionnaires de l'EHESP ont pour la plupart été eux aussi bénévoles au sein des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, dont de nombreux EHPAD. Tisser des liens pérennes avec les associations apparaît alors comme une véritable ressource en situation de crise.

Enfin, au-delà des dons et des bénévoles, les partenaires extérieurs ont été d'un grand soutien émotionnel pour les personnels et résidents des EHPAD face à cette situation inédite. Cela a amélioré en partie la qualité de vie des résidents et la qualité de vie au travail des personnels. Les enfants des écoles primaires environnantes ont envoyé des dessins de soutien et de remerciement, qui ont pu être affichés au sein des établissements, ou directement dans les chambres des résidents pour ceux qui ont accepté. Cela a permis une continuité du lien intergénérationnel qui était déjà établi pour un EHPAD interrogé : « *les enfants viennent habituellement à l'EHPAD ou bien les résidents vont à l'école raconter leur expérience sur un sujet* »²⁰. Ces correspondances et ces dessins ont ainsi valorisé le travail des soignants et des personnels des établissements, en rendant visible la reconnaissance du bassin de population aux établissements et à leurs résidents.

Ainsi, pour conclure cette analyse et selon les propos de Francesco Bellino, directeur associé au Boston Consulting group, recueillis par Béatrice HÉRAUD, dans son article « La crise du Covid-19, Stress test grandeur nature de la RSE » du 15 avril 2020, « *Les entreprises qui portaient une forte attention au social, notamment avec un solide dialogue avec les parties prenantes, ont pu agir plus rapidement, et de façon coordonnée avec leurs collaborateurs* ». Il semble dès lors intéressant pour les EHPAD de développer des politiques de RSE afin d'améliorer les conditions de vie des résidents, les conditions de travail des professionnels et les relations avec le territoire, et donc *in fine* de faciliter la gestion d'une crise sanitaire exceptionnelle. Les éléments présentés ci-avant ainsi que les entretiens réalisés permettent d'établir des pistes de propositions à cette fin.

¹⁸ *Ibid*

¹⁹ *Ibid*.

²⁰ Propos recueillis auprès d'une directrice de deux EPHAD dans les Yvelines (établissements publics hospitaliers de près de 120 et 200 lits).

3 Pour une politique de RSE en EHPAD efficace en situation de crise sanitaire exceptionnelle : propositions et recommandations

3.1 La politique de RSE en EHPAD fait face à de nombreux obstacles et freins

3.1.1 Tant en situation « normale » ...

Un ensemble de freins à la mise en œuvre d'une politique RSE en EHPAD ont été identifiés²¹. En voici les principaux :

- Le manque de moyens financiers (vision court terme, manque d'évaluation sur le retour sur investissement),
- Le manque de temps (pour se réunir, se former),
- Le manque de compétences (face à l'ampleur de la démarche RSE ou la complexité de certaines thématiques),
- La petite taille de la structure (notamment lorsque l'accessibilité aux ressources – moyens, compétences - dépend de leur mutualisation),
- La faiblesse de l'évaluation (des besoins, de la démarche dans un but de valorisation des actions),
- Le manque de conviction de la gouvernance (politique d'affichage),
- L'investissement relatif des parties prenantes (manque de temps pour s'investir, mauvaise compréhension des enjeux, manque d'adhésion).

3.1.2 ... que pendant l'épidémie de la Covid-19

L'imprécision et l'instabilité des consignes sanitaires ont été un obstacle majeur, qui a fait peser sur les chefs d'établissement le poids de l'incertitude relative aux risques sanitaires associés aux décisions qu'ils ont été amenés à prendre. Cette incertitude explique notamment que la sécurité des résidents ait été, dans un premier temps, érigée comme une priorité absolue, au risque de les isoler.

Au sujet de la gestion des dons en période de crise, un premier frein serait de ne pas être assez à l'écoute pour repérer les partenaires potentiels et de manquer d'une

²¹ Rapport Add'âge, LE DEVELOPPEMENT DURABLE, UN AXE D'AVENIR POUR LES PROJETS D'ETABLISSEMENTS ET DE SERVICES DU SECTEUR PERSONNES AGEES, novembre 2015

communication dédiée. En effet, afin de se faire connaître comme acteur public en demande, il est nécessaire de communiquer sur les actions et les différents acteurs engagés. Du temps pour gérer les relations est à dégager : temps d'échange, temps d'organisation logistique, temps dédié aux remerciements. Le manque d'outils peut également s'avérer être pénalisant (visioconférences quotidiennes résidents/familles, avec les associations de représentants des usagers, et les élus, ... lettre d'information pour associer les acteurs à la gestion de crise, etc.). De plus, un obstacle à la mise en œuvre d'une politique de RSE en EHPAD serait de ne pas savoir dire non quand le don crée une balance gain-perte défavorable (exemple d'un don d'huitre pour tout le personnel mais dont le stock était impossible et le risque sanitaire difficile à maîtriser). Enfin, il est important de rester vigilant au lobbying et aux conflits d'intérêts.

3.2 Préconisations de mise en œuvre

3.2.1 ... d'une politique générale de RSE en EHPAD

- En premier lieu, la gouvernance doit impulser la dynamique de la politique RSE (SAVIN, 2017).
- Il faut aussi structurer un pilotage efficient en nommant un référent/pilote RSE avec un mandat clair, un comité de pilotage, des groupes de travail thématiques, en intégrant les parties prenantes (TOMA, 2015).
- Former les porteurs du projet RSE (si nécessaire) (DRUMARE, 2018).
- Identifier les ressources à disposition et les acteurs mobilisables : ARS, Région (fonds FEDER, FSE), ADEME (appel à projets), ANAP, HAS (outils), Agence de l'eau, Add'âge...
- Réaliser un état des lieux (selon les différents plans, certifications : étude du climat social, enquête sur le bien-être au travail, satisfaction des personnels et des usagers, évaluation des risques professionnels...) et l'analyser.
- Elaborer un plan d'actions concrètes et apporter les éléments d'une compréhension commune et susciter l'adhésion au projet de transformation par un dialogue (BESSION, BRIANÇON-MARJOLLET et al. 2019).
- Commencer par ce qui fait faire des économies pour investir ensuite dans les mesures qui demandent des moyens.
- Penser la RSE sur le long terme (TOMA, 2015).

- Effectuer une évaluation partagée (BESSION, BRIANÇON-MARJOLLET et al. 2019).
- S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue (BESSION, BRIANÇON-MARJOLLET et al. 2019).
- Valoriser les résultats, communiquer.

3.2.2 ... d'une politique de RSE en EHPAD, notamment bénéfique en situation sanitaire exceptionnelle

L'équipement préalable des établissements en outils numériques et en connexion internet de qualité a été un atout majeur pour pallier le manque de contact physique grâce à des télécommunications. Ainsi, il semble nécessaire d'assurer le virage numérique des établissements, de manière à pouvoir compter sur ces outils en cas de barrière physique empêchant la participation sociale normale des résidents.

Au regard de la variété des réponses développées par les établissements face à la crise, il semble important de suivre attentivement les retours d'expérience et les évaluations des effets somatiques et psychologiques des mesures d'isolement et de confinement des résidents. Ces évaluations permettront d'enrichir l'analyse des différentes stratégies par l'introduction d'un rapport bénéfice / inconvénient.

Une crise peut aussi être l'occasion de faire apparaître un ensemble d'actions et de démarches positives : dons de ressources matérielles (gain financier), ressources humaines bénévoles (exemple du déménagement d'un EHPAD avec 300 bénévoles mobilisés, fêtes organisées dans un autre), amélioration du lien avec les associations locales, ancrage territorial renforcé, amélioration de l'image de l'établissement grâce à une politique de communication maîtrisée, amélioration de la coopération entre acteurs locaux (associations, collectivités, entreprises,...) et acteurs publics. Afin d'en tirer le maximum de bénéfices, un ensemble de préconisations peut être suivi :

- Formaliser les relations avec les associations par une convention qui permettra de pérenniser les actions conjointes encouragées,
- Instaurer dans la mesure du possible un projet d'équipe territoriale avec les autres EHPAD (exemple d'un télé-staff EHPAD Covid pour quatorze établissements²²),
- Proposer une journée de rencontre avec les associations du territoire,
- Favoriser les circuits courts dans les démarches d'approvisionnement,

²² Exemple présenté par un directeur de trois EHPAD dans le Centre Val-de-Loire (établissements publics autonomes de près de 70, 75 et 80 lits).

- Ne pas oublier de remercier les donateurs : « *nous avons fait des photos au fur à mesure et nous les avons transmises aux personnes concernées. Nous avons recensé tous les donateurs et un courrier (une carte) de remerciement leur a été envoyé. C'est un résident qui a fait le dessin sur la carte et d'autres résidents ont validé le choix* »²³.
- Adopter une politique de communication adaptée (presse locale, réseaux sociaux, site internet...) pour valoriser les initiatives locales et « *valoriser le 'NOUS'* »²⁴.
- Associer très tôt les acteurs (élus, usagers...) à la cellule de gestion de crise (une fois par semaine),
- Identifier les ressources du territoire,
- Territorialiser la démarche RSE pour la pérenniser.

Enfin, dans l'ensemble des actions, il est essentiel de favoriser l'adhésion et l'implication du personnel dans le projet de RSE.

²³ Propos recueillis auprès d'une directrice de deux EHPAD dans le Pas-de-Calais (établissements publics hospitaliers de près de 120 et 130 lits).

²⁴ Propos recueillis auprès d'un directeur de trois EHPAD dans le Centre Val-de-Loire (établissements publics autonomes de près de 70, 75 et 80 lits).

Conclusion

La politique RSE des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux est spécifique et relève avant tout de la volonté des établissements eux-mêmes d'être engagés pleinement dans cette démarche. Inexistante, parfois méconnue ou mise en pratique à différentes échelles, la politique de la responsabilité sociétale des entreprises a été mise en exergue avec la crise sanitaire de la Covid-19 déferlant sur notre pays. Ainsi, c'est davantage le pan sociétal composant cette politique qui a été mis à l'épreuve à bien des égards. Les pratiques habituelles de ces établissements ont été bouleversées (réorganisation du temps de travail, isolement des résidents, changements des pratiques des partenaires extérieurs...).

Les démarches déjà mises en œuvre dans les EHPAD ont prouvé leur efficacité dans le soutien et l'accompagnement des résidents. Ceux qui ont entamé cette démarche ont su au mieux soutenir l'accompagnement durant cette période particulière. Pour cause, ces établissements sont au carrefour des enjeux de tous les pans de la RSE, la RSE se présente comme un véritable instrument :

- Du point de vue du soutien auprès des résidents : valorisation de l'implication citoyenne des résidents, bienveillance, etc.
- Du point de vue des salariés : management participatif, attractivité, amélioration du climat social, formation ; emportant une dynamique des ressources humaines.
- Du point de vue des parties prenantes : une ouverture sur la ville, les partenariats, les activités, etc.

Ces enjeux sont autant de réflexions lancées pour faire vivre une politique RSE en temps « normal », comme un appui ; une référence, un repère, pour l'accompagnement de ces protagonistes en période de crise.

Assurément, dans une interview sur France Culture le 30 avril dernier, Anne-Laure CHOUIN parle du « *test pour la responsabilité sociale des entreprises* ». En effet, la crise a permis d'approfondir la RSE avec des actions nouvelles, notamment la protection des travailleurs (fabrication de masques, supports psychologiques pour les agents par exemple). Pour d'autres, au contraire, la crise a été le moment d'un « *retour au monde d'avant* » avec au second plan les exigences écologiques récentes au nom de l'action urgence (hausse de l'utilisation de produits jetables, hausses des déchets).

De surcroît, la loi PACTE du 22 mai 2019 avait engagé une RSE élargie permettant désormais aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux la possibilité de se doter d'une « raison d'être », autrement dit « un projet entrepreneurial répondant à un intérêt collectif et qui donne sens à l'action de l'ensemble des collaborateurs » où l'objet de l'établissement ne s'arrête pas à ses performances financières. À juste titre, des groupes privés à but lucratif dans le secteur médico-social affirment clairement leur politique RSE. Néanmoins, la crise de la Covid-19 ne va-t-elle pas ralentir ces projections ? Certainement, la crise de la Covid-19 peut alors dans un sens être un frein menaçant des objectifs initialement louables mais aussi (espérons surtout) un accélérateur de projets sur certains sujets

Bibliographie

Ouvrages

- BOWEN Howard (1953), *Social Responsibilities of the Businessman*, New York, Harper & Brothers.
- DEFRESNE Catherine (2012), « Humanitude », dans : FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana dir., *Les concepts en sciences infirmières*. 2ème édition. Toulouse, Association de recherche en soins infirmiers, Hors collection, p. 312-313.

Articles scientifiques

- ACHACHE Abdel, BRIAND Daniel et al. (2016), La RSE, un levier de la performance en santé, *Gestions Hospitalières*, n°556, p.298. [Disponible en ligne](#)
- BERTÉZÈNE Sandra, VALLAT David et BAYART Caroline (2016), La responsabilité sociétale des EHPAD et des SSIAD. Revue de Littérature. Projet ADD'AGE, *Université Claude Bernard Lyon 1*, 257p. [Disponible en ligne](#)
- BERTÉZÈNE Sandra (2016), La RSE, outil marketing ou levier de performance ?, *Gestions hospitalières*, n°556, p.283. [Disponible en ligne](#)
- BESSON Philippe, BRIANCON-MARJOLLET Marion et al. (2019), La RSE, un levier de performance en santé, *Gestions Hospitalières*, n°590, p558. [Disponible en ligne](#)
- CARROLL Archie B. & NÄSI Juha. (1997), Understanding Stakeholder Thinking: Themes from a Finnish Conference, *Business Ethics: A European Review*, Volume 6, n° 1, pp.46-51.
- CLARK John Maurice (1916), The changing basis of economic responsibility, *Journal of Political Economy*, vol. 24, n°3, pp.209-229.
- CLARKSON Max B.E. (1995), A Stakeholder Framework for analyzing and evaluating Corporate Social Performance, *Academy of Management Review*, vol 20, n° 1, pp.92-117.
- DRUMARE Jean-Edmond (2018), La responsabilité sociétale des entreprises. Intérêts et freins pour les établissements de santé, *Gestions Hospitalières*, n°577, p.368. [Disponible en ligne](#)

- GARNIER Pauline (2017), En quoi la démarche de responsabilité sociétale des entreprises redonne-t-elle du sens aux parties prenantes constitutives d'un EHPAD ? Mémoire de Master 2, Université de Lille 2. [Disponible en ligne](#)
- GRUSON David (2018), La RSE digitale en santé. Levier majeur pour le déploiement responsable de l'IA et de la robotisation, *Gestions hospitalières*, n°575, p.268. [Disponible en ligne](#)
- HAM Chris (2003), Improving the performance of health services: the role of clinical leadership, *The Lancet*, 2003, n°361, pp.1978-1980.
- LUETKENHORST Wilfried (2004), Corporate social responsibility and the development agenda: a case for actively involving small and medium enterprises, *Intereconomics*, pp.157-166.
- MARQUIER Rémy et VROYLANDT Thomas (2016), Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés, *Les Dossiers de la Drees*, DREES, n°5. [Disponible en ligne](#)
- MULLER Marianne (2017), 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015, *Etudes et Résultats*, DRESS, n°1015. [Disponible en ligne](#)
- ORSAY Marie-Hélène (2019), Responsabilité sociétale des établissements sanitaires et médico-sociaux : quelles raisons pour agir. *Techniques hospitalières - La revue des technologies de la santé*, n° 776, pp.17-18.
- PETIT Johann et DUGUE Bernard (2013), Quand l'organisation empêche un travail de qualité : étude de cas, *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [en ligne : <http://journals.openedition.org/pistes/3419>, consulté en juin 2020].
- RICARD Maxime (2019), Ehpads : L'importance de la RSE en établissement. *ASH - actualités sociales hebdomadaires*, n° 3117, pp.6-9.
- SAVIN Patricia (2017), La démarche de RSE dans les établissements de santé, *Techniques Hospitalières*, n°764, pp.14-16. [Disponible en ligne](#)
- TOMA Olivier (2019), Développement durable et RSE/RSO ... Quelle évolution depuis l'an 2000 ? *Gestions hospitalières*, n°590, p.555. [Disponible en ligne](#)

Rapports et avis

- AGIRC-ARRCO et FNAQPA (2016), Guide RSE à l'usage des établissements pour personnes âgées.

- ANAP (2015), Actes de la journée nationale « Responsabilité sociétale des établissements de santé et médico-sociaux », pp.24-31.
- CCNE (2018), avis n° 128, Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?, 68p.
- Commission Européenne (2001), Communication (2001)366, Livret vert : promouvoir un cadre européen pour la responsabilité sociale des entreprises, 35p.
- Commission Européenne (2011), Communication (2011)681, Responsabilité sociale des entreprises : une nouvelle stratégie pour l'UE pour la période 2011-2014, Bruxelles, p.7.
- DE MENTHON Sophie (2011), La responsabilité sociétale des entreprises », Rapport de la mission confiée par Xavier Bertrand, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé en avril 2011, 87p. [Disponible en ligne](#)
- Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (2014), Manuel de certification des établissements de santé V2010, HAS. [Disponible en ligne](#)
- GROUPE KORIAN (2018), Document de référence 2017, pp.55-78. [Disponible en ligne](#)
- GUEDJ Jérôme (2020), Lutter contre l'isolement des personnes âgées et fragiles isolées en période de confinement, Rapport d'étape n°1 et principales recommandations de la mission confiée par Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé en mars 2020, 71p. [Disponible en ligne](#)
- LIBAULT Dominique (2019), Concertation Grand âge et autonomie. Grand âge, le temps d'agir. Rapport de la concertation demandée par le Premier Ministre en septembre 2018, 228p. [Disponible en ligne](#)
- TOMA Olivier, dir. (2015), Guide DD 2015. Des idées pour le développement durable. Maison de retraite (dit Guide ADD'AGE), FNAQPA, 81p. [Disponible en ligne](#)

Articles de presse

- CHARLES Éric, Comment réduire le *turnover* du personnel en EHPAD ? *Hospimedia*, 20/08/2014, [[Disponible en ligne](#), consulté en juin 2020].
- CHOUIN Anne-Laure, Un test pour la responsabilité sociale des entreprises, *France culture*, 30/04/2020, [[Disponible en ligne](#), consulté en juillet 2020]

- DE LACOUR Geneviève, Absentéisme : La FHF promeut son kit Phares auprès des EHPAD, *Gerontonews*, 26/06/2017, [[Disponible en ligne](#), consulté en juin 2020].
- HÉRAUD Béatrice, La crise du Covid-19, stress test grandeur nature de la RSE, Novethic, Groupe Caisse des Dépôts, 15/04/2020 [[Disponible en ligne](#), consulté en juillet 2020].
- LE DEUN Fernand, Directeurs, tenez le cap ! *Directions.fr*, 07/03/2018, [[Disponible en ligne](#), consulté en juin 2020].
- LEVRAY Nathalie, La nouvelle dynamique RSE fait sens à l'EHPAD Massy-Vilmorin, *La Gazette SantéSocial.fr*, 07/11/2016, [[Disponible en ligne](#), consulté en juin 2020].

Sitographie

- HAS, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, 01/07/2008, [en ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835126/fr/la-bientraitance-definition-et-reperes-pour-la-mise-en-oeuvre, consulté en juin 2020]
- Site IOS, [en ligne : <https://www.iso.org/fr/iso-26000-social-responsibility.html> consulté en mai 2020].

Liste des annexes

Annexe 1 : calendrier de travail du groupe MIP n°15.....**Error! Bookmark not defined.**

Annexe 2 : grille d’entretien à destination des Directeurs d’EHPAD.....II

Annexe 3 : liste des personnes rencontrées en
entretien.....**Error! Bookmark not defined.**

Annexe 1 : calendrier de travail du groupe MIP n°15

1. Prise de contact entre les membres du MIP et création d'un outil de travail collaboratif interne à l'équipe (Teams) (01/05)
2. Recherches bibliographiques (du 04/05 au 15/05)
3. Réunion de l'équipe MIP avec les deux animateurs (05/05 14h-16h) :
 - Présentation de l'équipe,
 - Explication du sujet par les animateurs,
4. Réunion d'équipe (05/05 16h-18h)
 - Identification des attentes,
 - Réflexions autour de la méthode de collecte de données à utiliser et ciblage du sujet.
 - Mise en accord sur les différents éléments de définition afin d'avoir une vision commune du sujet,
 - Premières propositions de problématiques et de plan,
 - Définition d'un planning de travail détaillé.
5. Réunion avec les animateurs (07/05 11h-12h)
 - Présentation des pistes de travail (ciblage du sujet)
 - Présentation du retroplanning de travail
6. Réunion d'équipe (07/05 13h30-16h30)
 - Choix d'une problématique,
 - Définition du plan,
 - Division des différentes parties de l'analyse à conduire en quatre binômes (patients, personnels, parties prenantes extérieures et équipe structure).
7. Réunion avec les animateurs (15/05 9h-12h)
 - Présentation de la problématique et du plan
8. Réunion d'équipe (15/05 11h-12h)
 - Présentation des premiers travaux de recherches bibliographiques,
 - Proposition de grille d'entretien
9. Réalisation de la grille d'entretien (du 15/05 au 22/05)
10. Rédaction de l'introduction et de la partie I (du 15/05 au 12/06)
11. Réunion d'équipe (22/05 9h30-11h)
 - Présentation des travaux réalisés,
 - Validation par l'équipe du questionnaire et envoi aux animateurs.
12. Réunion avec les animateurs (26/05 18h-19h)

- Validation de la grille d'entretien par les animateurs
13. Réunion d'équipe (26/05 19h-20h)
 - Concertation sur le lancement du processus de recherche de Directeurs volontaires pour répondre à nos questions
 14. Réunion d'équipe (26/06 18h-19h)
 - Retour sur les entretiens : discussions autour des difficultés rencontrées et des principaux apports des rencontres,
 - Définition de la méthode d'analyse des entretiens.
 15. Rédaction de la partie II et III et de la conclusion (du 26/06 au 12/07)
 16. Réunion d'équipe (06/07 18h30-19h30)
 - Mise en commun des derniers entretiens,
 - Envoi de la première partie rédigée aux animateurs,
 - Discussion sur la rédaction des parties 2 et 3 du MIP.
 17. Réunion d'équipe (10/07 16h30-17h30)
 - Mise en commun des travaux de la partie 2,
 - Discussion sur la rédaction de la partie 3 et la conclusion du MIP.
 18. Finalisation du rapport (du 13/07 au 15/07)
 - Relecture du rapport par l'équipe MIP (13/07).
 19. Réunion de finalisation du rapport (15/07 10h30-11h30)
 - Validation du rapport final,
 - Envoi du rapport aux animateurs pour validation finale.
 20. Finalisation du rapport et envoi pour évaluation avant la date butoir fixée au 31/07.

Annexe 2 : grille d’entretien à destination des Directeurs d’EHPAD

Présentation de l’entretien à l’interviewé :

Je vous rencontre aujourd’hui dans le cadre de ma formation à l’Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et je travaille sur un mémoire interprofessionnel consacré au volet social de la politique RSE dans les EHPAD. Dans ce cadre, je souhaite m’entretenir avec vous pour recueillir votre retour sur la politique RSE dans votre établissement et les parallèles qui peuvent être fait avec cette crise Covid-19.

Nous allons contacter plusieurs établissements pour cet échange et je m’engage à garantir la confidentialité et l’anonymat de mes recueils de données, si vous le désirez.

Pour enrichir cette démarche, je vais enregistrer notre conversation, et prendre des notes en simultané. Je m’excuse par avance si cela ralentit un peu nos échanges.

Fiche signalétique (à remplir au fur et à mesure de l’entretien) :

1. Information sur les enquêteurs
 - Nom :
 - Durée entretien :
 - Date entretien :
 - Lieu de l’entretien :
2. Information sur l’enquêté
 - Nom (si accord) / Pseudonyme (sinon) :
 - Métier/rôle :
 - Lieu de travail :
 - Public/privé :
 - Nombre de lits :
 - Autonome/hospitalier :

Questions :

1. Avant la crise :

Sur la politique de RSE dans l’établissement avant la crise :

- Êtes-vous familier avec le concept de RSE ?
 - *Si non, l’enquêteur précisera le concept*
- S’agit-il d’une démarche globale que vous avez institutionnalisée ou bien d’initiatives ponctuelles ?
- Quels sont les axes forts/philosophies de votre politique/de vos actions RSE ?

- Comment la faites-vous vivre au quotidien (communication...) ?

2. Pendant la crise :

Sur la situation générale pendant le confinement et le lien avec la RSE :

- Comment votre politique RSE a été impactée pendant la crise Covid-19 ?
- En quoi avoir mis en place une politique RSE en amont de la crise a t'il aidé dans la gestion de la crise ?

Sur la situation des résidents pendant le confinement et le lien avec la RSE :

- Avez-vous recensé les besoins des résidents avant de mettre en place des actions ?
- Comment s'est manifesté la participation sociale des résidents ?
- Comment les résidents ont-ils vécu la crise ? Se sont-ils sentis isolés, en danger ?
- Quels types d'actions avez-vous priorisées pendant la crise ?
- Certaines ont-elles subsisté ?

Sur la situation des personnels pendant le confinement et le lien avec la RSE :

- Quels liens entretenus dans le cadre des instances ? Avec les représentants du personnel/les organisation syndicales ?
- L'organisation du travail au sein de l'établissement a-t-elle été modifiée ?
- La charge de travail a-t-elle augmenté durant la période de confinement (résident en chambre) ? Comment le personnel a su s'adapter à cette situation ?
- Les professionnels ont-ils été à l'origine d'actions mises en place ?

Sur la situation des partenaires extérieurs (du territoire) pendant le confinement et le lien avec la RSE :

- Des parties prenantes se sont-elles manifestées de leur plein gré auprès de votre établissement pour vous apporter une aide ? (Association, bénévoles...)
- Une convention a-t-elle été établie ?
- Faites-vous un retour/suivi de ces actions ?
- Avez-vous reçu des dons ? Si oui de quelle nature ?
- Avez-vous rencontré des difficultés avec les parties prenantes extérieures (bénévoles, asso) ?
- Des actions entreprises vont-elles être prolongées après Covid-19 ?

3. Ce que vous envisagez pour l'avenir (après-crise) :

Sur les pistes pour l'après-confinement en lien avec la politique globale RSE de l'établissement toujours sur un volet social :

- Cette expérience a-t-elle fait naître chez vous de nouveaux enjeux ou pistes d'amélioration pour la suite de la politique RSE ?
- La crise Covid-19 vous-a-t-elle mis en exergue des compétences particulières ?
- Pensez-vous que ces compétences acquises personnellement ou au sein de l'établissement peuvent être transposables à d'autres projets de l'établissement voire même aux pratiques professionnelles au quotidien ?

Conclusion de l'entretien :

Nous allons mettre fin à cet entretien, avez-vous d'autres choses à ajouter ?

Je vous remercie de votre participation.

Annexe 3 : liste des personnes rencontrées en entretien

Tous les entretiens ont été anonymisés car la majorité des personnes rencontrées ont exprimé le désir de ne pas apparaître nominativement dans notre travail. Les personnes rencontrées occupent les postes suivants :

- Directeur de trois EHPAD dans le Centre Val-de-Loire (établissements publics autonomes de près de 70, 75 et 80 lits),
- Directrice d'un EHPAD dans l'Hérault (établissement public autonome de près de 220 lits),
- Directrice adjointe d'une Clinique SSR dans l'Isère (établissement privé à but lucratif de près de 90 lits),
- Directrice de deux EHPAD dans le Pas-de-Calais (établissements publics hospitaliers de près de 120 et 130 lits),
- Directrice de deux EPHAD dans les Yvelines (établissements publics hospitaliers de près de 120 et 200 lits),
- Médecin coordonnateur d'un EHPAD dans les Yvelines (établissement public hospitalier de près de 220 lits).

Thème n°15 animé par BAURES Estelle, Chargée de mission DD et RSE à l'EHESP et Fernand LE DEUN, Responsable de formation D3S

La responsabilité sociétale des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux

Charles ARANDEL (DH), Mathilde BOURGET (DH), Smahane EL FAHM (D3S), Alexandra HAUDIDIER (DS), Michelle LORAND (AAH), Ophélie SALAM (D3S), Aynoudine SALIME (DS), Magali THOMAS (DH)

Résumé :

La responsabilité sociétale des entreprises est aujourd'hui adoptée par de nombreux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, indépendamment de leur statut (public, privé, associatif). Selon l'enquête nationale Action développement durable au service du grand âge (ADD'AGE) en 2014, près de 40 % des dirigeants d'EHPAD de France étaient engagés dans une stratégie RSE. Exposée en filigrane dans de nombreux textes depuis le début du XXème siècle, c'est véritablement depuis les années 2000 qu'elle trouve écho dans la stratégie des établissements de santé. Pour cause, les établissements sanitaires et médico-sociaux, et au premier titre les EHPAD, sont des acteurs incontournables de la responsabilité sociale, de par leurs missions (soins, accueil et accompagnement) et de par leur impact socio-économique sur le territoire.

Le but de cette étude est de présenter un état des lieux de la politique RSE dans les EHPAD, les pratiques en place et de confronter leurs lignes de conduite face à la crise sanitaire de la Covid-19.

Dans certains établissements, des actions et solutions sont mises en place, les actions du quotidien sont bousculées, discutées voire réinventées pour répondre aux nouvelles normes sanitaires et continuer à assurer le bien-être des résidents, le travail des personnels et l'action des parties prenantes lorsque cela est possible. C'est pourquoi, cette étude propose des pistes de réflexions afin de pérenniser les démarches, de sensibiliser les acteurs et futurs managers en santé qui prendront la décision de s'engager vers une responsabilité sociétale plus responsable pour leurs établissements.

Mots clés : Responsabilité sociétale, sociale, EHPAD, Crise sanitaire, Covid-19,

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.