

INTRODUCTION

Cet ouvrage est en grande partie inspiré par une revue de littérature rédigée dans le cadre du projet ADD'AGE – Action développement durable au service du grand âge –, porté par la Fédération Nationale Avenir et Qualité de vie des Personnes Agées, avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'AGIRC-ARCCO (voir annexes). Ce projet a permis d'étudier et d'expérimenter la RSE en tant qu'axe stratégique du projet d'établissement ou de service des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile). Le volet empirique auquel ont contribué différents organismes (Université Lyon 1, C2DS¹ et Gerontim²) a consisté à initier des démarches RSE au sein de 15 établissements et services médico-sociaux d'une part, et à dresser le panorama des pratiques, des leviers et des freins aux stratégies RSE grâce à une enquête par questionnaires au sein de près de 500 organisations médico-sociales d'autre part.

L'objectif est ainsi, à terme, de proposer une démarche innovante, adaptée à l'environnement complexe des organisations, permettant la formalisation d'objectifs ambitieux en termes de RSE, avec pour parties prenantes centrales les personnes accueillies, mais également les femmes et les hommes qui les accompagnent et en prennent soin.

Pour appréhender le concept de RSE, l'introduction propose une analyse des mutations du secteur social et médico-social, explique l'intérêt ancien et croissant pour la RSE, ainsi que ses enjeux pour les services et établissements sociaux et médico-sociaux.

1. <http://c2ds.eu/>

2. <http://www.gerontim.fr/>

1. LES MUTATIONS DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

Les dépenses de santé représentent 247,7 milliards d'euros en 2013, soit 11,7 % du produit intérieur brut (Le Garrec et Bouvet, 2014) et les secteurs sanitaire, social et médico-social embauchent plus de 3 millions de personnes.

Notre pays dispose de 36 000 services et établissements sociaux et médico-sociaux (ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015) et « en 2010, 6,7 % des actifs occupés, en France, travaillent dans le secteur social et médico-social » (Nahon, 2014). En dépit de ces chiffres importants, le champ de la santé est peu investigué par les chercheurs français en sciences humaines et sociales (Vinot, 2010) et ce constat est d'autant plus vrai s'agissant du secteur social et médico-social (Bertezenne, 2013). Les services et établissements sociaux et médico-sociaux prennent en charge des publics aux problématiques très différentes³, mais ils relèvent tous du Code de l'action sociale et des familles (article L. 312-1). Le secteur regroupe essentiellement (ministère de l'Écologie, ministère du Travail, ministère de la Jeunesse et des Solidarités actives, 2010) :

- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD) ;
- les centres thérapeutiques résidentiels (CTR) ;
- les centres thérapeutiques communautaires (CTC) ;
- les appartements de coordination thérapeutiques (ACT) ;
- les foyers de jeunes travailleurs (FJT) ;
- les services mettant en œuvre des mesures de protection des majeurs ;
- les services mettant en œuvre des mesures d'aide à la gestion du budget familial ;
- les établissements de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ;
- les établissements de l'enfance handicapée et inadaptée :
 - les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP),
 - les instituts médico-éducatifs (IME),
 - les instituts médico-psychologiques (IMP),
 - les instituts médico-professionnels (IMPRO),

3. Les sources de financement de ces établissements et services ne sont pas toujours identiques. Selon leur raison d'être, ils sont financés exclusivement par l'assurance maladie (par exemple, les SSIAD), ou exclusivement par l'Etat (par exemple les CHR et les ESAT), ou bien exclusivement par l'aide sociale (comme l'aide sociale à l'enfance – ASE). Le financement peut également provenir des trois sources de financement (c'est par exemple le cas des foyers de jeunes travailleurs), ou encore de deux d'entre elles (pour les FAM par exemple).

- les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP),
- les services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD),
- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP),
- les établissements et services d'aide par le travail (ESAT),
- les centres de réadaptation, de réorientation et de rééducation professionnelle (CPO, CRP) ;
- les établissements et services pour personnes handicapées et pour personnes âgées :
 - les foyers d'accueil médicalisés (FAM),
 - les maisons d'accueil spécialisées (MAS),
 - les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
 - les services de soins spécialisés à domicile (SSAD),
 - les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS),
 - les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH),
 - les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS),
 - les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
 - les foyers logements,
 - les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

La prise en charge de la dépendance (liée à la question du vieillissement de la population) et du handicap, ainsi que la croissance des dépenses de santé, sont des problématiques majeures pour notre pays qui ont notamment conduit les pouvoirs publics à restructurer l'organisation et la régulation de l'offre avec la mise en place :

- d'une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) dont les principales missions sont de fournir aux établissements et services « les conditions pour que l'évaluation de leurs activités et de la qualité de leurs prestations soient mises en œuvre et que les autorités qui les ont autorisées soient destinataires de ces résultats⁴ » ;
- d'Agences régionales de santé (ARS) pour harmoniser le pilotage du système de santé en région et accroître son efficacité pour mieux répondre aux besoins ;
- de schémas régionaux chargés de la planification.

4. http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=108

Cette volonté d'évolution s'est également traduite par deux réformes majeures :

- en 1997, la loi a rendu obligatoire la signature de conventions tripartites dans le secteur médico-social (établissement/DDASS/conseil général alors, établissement/Agence régionale de santé/conseil général aujourd'hui) de manière à identifier les objectifs à atteindre et les moyens alloués pour cela ;
- puis en 2002, la réforme de l'action sociale et médico-sociale (Jaeger et Bauduret, 2005) a rendu obligatoire la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue au sein des organisations, en vue d'évaluations internes⁵ et externes⁶ de la qualité.

L'évaluation est un véritable défi pour les établissements sociaux et médico-sociaux, tant du point de vue de la construction de connaissances qu'il faudra s'approprier de manière pertinente, que de la régulation et du contrôle externe qu'elle suggère (Jaeger *et al.*, 2006).

Dans ce contexte, quelle peut être la place de la responsabilité sociale dans le management des services et des établissements sociaux et médico-sociaux ? Le point suivant montre justement l'intérêt ancien et croissant pour cette question qui concerne aujourd'hui autant le secteur social et médico-social que les autres secteurs de l'activité économique.

2. L'INTÉRÊT ANCIEN ET CROISSANT POUR LA RSE

La responsabilité sociale des entreprises ou des organisations (RSE ou RSO) suscite un intérêt croissant tant dans le monde économique que dans le monde académique. Les fonds de pension et les grandes entreprises cotées en bourse investissent massivement dans la RSE (Welford, 2002), ce qui favorise la diffusion du concept dans le monde des affaires, de même que les dossiers de presse, les ouvrages professionnels, les sites internet ou encore

5. Les résultats de l'évaluation interne doivent être transmis tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation à fonctionner ; les résultats de cette évaluation peuvent être également transmis lors de la révision du contrat pluriannuel pour les services et établissements concernés. Il existe une dérogation pour les services et établissements autorisés et ouverts avant le 22 juillet 2009. Les organisations qui sont dans ce cas doivent, en effet, communiquer leurs résultats au plus tard trois ans avant la date du renouvellement de leur autorisation à fonctionner.

6. Les services et établissements doivent procéder à deux évaluations externes entre la date d'autorisation et son renouvellement. La première évaluation a lieu, au plus tard, 7 ans après la date de l'autorisation. La seconde a lieu, au plus tard, 2 ans avant le renouvellement. Le calendrier des évaluations peut être prévu dans le contrat pluriannuel le cas échéant. Une dérogation est prévue pour les services et les établissements autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi du 21 juillet 2009. Les organisations qui sont dans ce cas effectuent au moins une évaluation externe, au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation.

les associations⁷ qui y sont consacrés. Les débats, les expérimentations et les cas⁸ qui en sont issus font l'objet de nombreuses publications. Pour illustrer ce propos, la base de données Google Scholar affiche⁹ 1 860 000 résultats lorsqu'une recherche avec les mots-clés « *corporate social responsibility* » est lancée, 70 300 avec les mots-clés « responsabilité sociale des organisations », 66 300 avec les mots-clés « responsabilité sociale de l'entreprise », 23 700 avec les mots-clés « responsabilité sociétale des organisations » et enfin, 22 500 résultats avec les mots-clés « responsabilité sociétale des entreprises ».

Le concept de responsabilité sociale (ou sociétale) des entreprises (ou des organisations) semble proche d'autres concepts tels que ceux de citoyenneté des organisations (notamment au regard de la citoyenneté des personnes vulnérables – Jaeger *et al.*, 2011 – que sont les personnes âgées dépendantes ou encore les personnes handicapées), d'éthique des affaires, de gestion des parties prenantes, ou encore de développement durable et de performance sociale. Tous ces concepts semblent en effet peu à peu intégrés à celui de RSE (Schwartz et Carroll, 2008), d'autant que ce dernier est en constante évolution. La naissance de l'association CSR International¹⁰ en 2009 en est l'illustration. Cette organisation a comme ambition d'initier une transition vers une « nouvelle » RSO, même si, comme le signalent Carroll et Shabana (2010), la preuve de cette nouveauté reste à faire.

3. LES ENJEUX DE LA RSE POUR LES ORGANISATIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

Selon la théorie de la contingence (Burns et Stalker, 1961 ; Woodward, 1965 ; Lawrence et Lorsch, 1967), l'environnement impacte l'organisation comme cela est le cas des services et établissements sociaux et médico-sociaux qui évoluent dans un contexte incertain (Callon *et al.*, 2001).

L'accompagnement¹¹ et le soin des personnes handicapées, âgées, fragiles de manière générale sont en effet des activités en plein bouleversement :

7. *Business for Social Responsibility* : <https://www.bsr.org/fr/> ; Canadian Business for Social Responsibility : <http://www.cbsr.ca/> ; Maala : <http://www.maala.org/en/home/a/main/> ; Réseau Alliance : <http://www.reseau-alliances.org/le-reseau-alliances/qui-sommes-nous.html> ; ADERSE : <http://www.aderse.org/> ; Ethical corporation : <http://www.ethicalcorp.com/>, etc.

8. Voir notamment, pour les ouvrages en français, la présentation de l'étude de dizaines d'entreprises lancées dans une démarche de RSE : Raufflet E. et Batellier P. (2008), Pluchart J.J. et Uzan O. (2012), ou encore Jonker J. et de Witte M. (eds) (2010).

9. Recherches effectuées à titre d'exemple en février 2015.

10. <http://www.csrinternational.org/>

11. « Comme dans le sens militaire du terme, "accompagner", c'est venir en aide, soutenir, renforcer une position et donner des points d'appui. Resurgit toujours l'aspect moral : le devoir de recul et de prévoyance en faveur de l'autre, sans pour autant le dominer, le subjuguier ou l'asservir. Ce n'est donc point une prise en charge totale pour supplanter quelqu'un ou répondre à sa place. "Accompagner" suppose que l'on fasse un espace minimal dans lequel se manifesterait autrui en tant qu'être de désir et de liberté. » (Geadah, 2006, p. 41-42).

- augmentation incessante du degré de dépendance¹² ;
- introduction de technologies innovantes et coûteuses dans le cadre de l'accompagnement et de la prise en charge (téléphonie, téléassistance, télévigilance, télémedecine, robotique, domotique, géolocalisation, tablettes et autres objets connectés, etc.)¹³ ;
- pénurie de ressources financières et de personnel diplômé ;
- exigences croissantes de la tutelle (Agences régionales de santé – ARS –, conseils généraux, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des services et établissements sociaux et médico-sociaux – ANESM) et du public en matière de qualité et de bienveillance notamment ;
- apparition d'investisseurs issus du secteur privé lucratif conduisant ainsi à l'introduction en bourse de différents groupes d'EHPAD, etc. ;

Dans ce contexte, les dirigeants ont un rôle-clé à jouer (March et Simon, 1993 ; Ansoff, 1984) en prenant en compte dans leur stratégie les éléments de leur environnement incertain et complexe, y compris les attentes des parties prenantes et l'exigence croissante de responsabilité en termes économiques, écologiques, sociaux ou sociétaux. Dans un environnement concurrentiel, comme celui de la dépendance par exemple (Grenier, 2009), soumis à une forte rationalisation budgétaire¹⁴, la RSE pourrait apparaître comme un avantage compétitif d'autant que l'opinion publique est sensible aux questions de maltraitance des personnes âgées, de justice sociale à l'égard des salariés ou encore de protection de l'environnement. Justement pour répondre aux exigences accrues de l'environnement, les dirigeants semblent souhaiter s'engouffrer plus massivement dans des démarches dites « RSE ». Pour mieux comprendre comment les dirigeants et leurs équipes peuvent répondre à la pression des parties prenantes, tout en faisant de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement leur préoccupation première, l'ouvrage propose d'analyser :

- les concepts et outils d'aide à la formalisation de la RSE pour les organisations sociales et médico-sociales ;

12. L'observatoire des EHPAD 2014 de KPMG (p. 18) montre une augmentation de la dépendance au sein de son échantillon entre 2010 et 2012 : « On passe d'une moyenne [GMP] de 639 à 661 sur le secteur privé non lucratif et de 682 à 710 dans les EHPAD Publics ».

13. Voir notamment le site internet de la Silver Economy : <http://www.silvereco.fr/technologies/technologies-pour-lautonomie>

14. Cette rationalisation budgétaire explique en partie les structures financières à peine équilibrées de nombre d'organisations. A titre d'exemple, l'Observatoire des EHPAD de KPMG (2014, p. 64) a considéré un échantillon de 324 EHPAD (publics et privés non lucratifs) au sein duquel « 21 % des EHPAD de l'échantillon présentent une structure financière qu'on pourrait qualifier d'idéale, 72 % présentent une situation d'équilibre normale et 6 % sont dans une situation fragile avec un fonds de roulement et une trésorerie négatifs » (p. 76). Des investissements importants ont été effectués et accompagnés par les financeurs (réhabilitation, etc.) « mais le taux d'autofinancement des investissements est faible et les structures sont très endettées. Cela représente un risque réel pour les structures qui consacrent aujourd'hui une part importante de leur CAF au remboursement des emprunts. Demain, tout déséquilibre au niveau de l'exploitation, évolution des coûts de personnel, fiscalisation se traduira par un déséquilibre financier s'il n'est pas financé » (p. 73).

- les parties prenantes de l'environnement complexe des organisations sociales et médico-sociales et leur place dans la stratégie RSE ;
- le pilotage de la performance sociétale des organisations sociales et médico-sociales pour évoluer dans un environnement complexe.