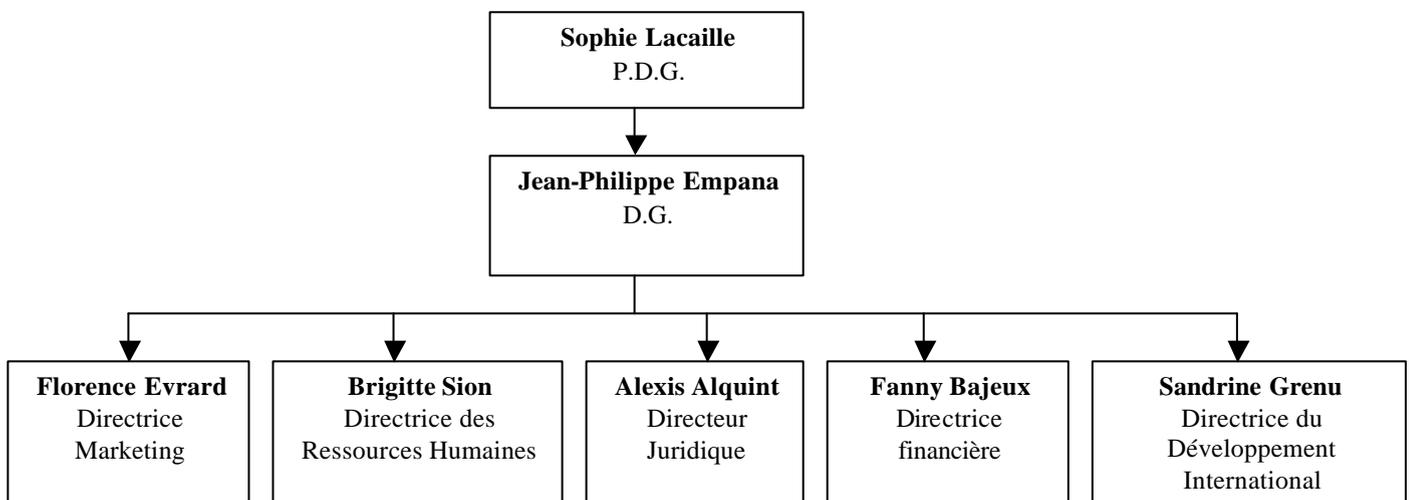


## Le cas MAD : Quelle stratégie de développement dans le domaine de la santé ?

Grégory GAMOT  
IAE de Lille

**Préambule :** *La scène se passe en avril 2003 au siège social de la société Maintien à Domicile (MAD) présidée par Sophie Lacaille qui a demandé à Jean-Pierre Kmita, consultant en stratégie, de bien vouloir assister à une réunion avec l'équipe dirigeante de la société.*



**Sophie Lacaille, P.D.G. :** Nous accueillons aujourd'hui Jean-Pierre Kmita, consultant en stratégie pour tenter de faire le point avec lui sur une possibilité de développement pour notre entreprise. J'ai reçu dernièrement un courrier du Ministère de la Santé nous demandant si nous avons des projets relatifs à des formes d'accueil ou de soutien pour les malades Alzheimer. Un groupe de travail ministériel est actuellement chargé de «*définir les besoins des personnes atteintes et de leurs proches*» et de «*promouvoir une offre de services et d'hébergement innovantes*». Le sous-secrétaire d'Etat aux personnes âgées a déjà déclaré à la presse qu'il entendait développer l'accueil de jour dans des «*établissements dédiés*» à ces maladies et «*multiplier les gardes itinérantes*» pour permettre aux familles de bénéficier d'un professionnel sur un simple appel. Evidemment, je pense que les grands acteurs privés de la santé vont faire en sorte qu'un financement public plus important soit mis en place avant tout pour leurs établissements ! Pouvons-nous cependant ne rien proposer ? Monsieur Kmita j'ai demandé à mes principaux collaborateurs d'y penser et de préparer des propositions pour cette réunion. J'ai souhaité que vous y assistiez car vous aurez d'emblée une idée assez riche de la situation. J'aimerais que vous nous présentiez votre avis sur le sujet la semaine prochaine. Avez-vous des questions préalables ?

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Oui, pouvez-vous me dépeindre rapidement la situation de votre entreprise ?

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : Vous avez raison, je vais peut être un peu vite avec vous ! Voilà tout d'abord nos résultats consolidés sur les trois dernières années :

**Tableau 1 : Résultats consolidés de MAD sur 3 ans**

En M€	30/9/2000	30/09/2001	30/09/2002
Chiffre d'affaires	119	154.5	165
Résultat d'exploitation	18.4	18.1	11.9
Bénéfice net	9.5	3.3	4.8
<i>BN/CA (%)</i>	<i>8.0</i>	<i>2.1</i>	<i>2.9</i>
Capitaux propres	48.1	44.5	40
Endettement financier (1)	89.1	95.2	105.6
Trésorerie	25.5	25.3	14.4
Capacité d'autofinancement	15.8	16.5	13.5
Effectifs	820	795	1.131

*(1) Hors découverts bancaires.*

Nous sommes présents dans 3 pays : la France bien sûr, mais cela va peut être vous étonner puisqu'elle représente 40% de notre chiffre d'affaires, contre 48% pour le Royaume-Uni et 12% pour l'Allemagne. Notre premier métier historique est l'assistance respiratoire à domicile qui représente aujourd'hui 66% de notre chiffre d'affaires français. Les pathologies qui nécessitent une thérapie respiratoire à domicile sont nombreuses. Il s'agit le plus souvent de bronchites chroniques, mais aussi d'asthme à dyspnée, d'emphysème, de myopathie, d'apnées du sommeil ou de mucoviscidose. Ces différentes pathologies sont traitées par une assistance respiratoire à domicile, fournie par un prestataire comme nous qui installe chez les patients le matériel approprié répondant à une ordonnance établie par le médecin. Ce métier, par définition, ne subit aucune saisonnalité. Je vois que vous avez déjà une question :

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie** : Oui en effet, car je suppose que cette activité est très réglementée. Quels sont les agréments nécessaires ?

**Alexis Alquint, Directeur Juridique** : Depuis une loi en date du 29 janvier 1996, les services d'aide à domicile peuvent être gérés par des associations, des Centres Communaux d'Action Sociale<sup>1</sup> (CCAS) ou également par des entreprises privées. Un décret en a précisé les modalités:

- un agrément simple, délivré par le préfet de région, permet d'intervenir au domicile des particuliers considérés comme pleinement autonomes,
- un agrément qualité (que nous avons obtenu), délivré par le préfet du département, est nécessaire pour toute intervention auprès de publics dits fragilisés, à savoir les personnes âgées de plus de 70 ans, les personnes handicapées et/ou dépendantes, et les enfants de moins de 3 ans. Chaque demande d'agrément qualité fait l'objet d'un examen par les Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), les Directions Départementales du Travail et de l'Emploi (DDTE) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), avant avis du préfet.

Nos diverses prestations font l'objet d'une inscription sur la Liste des Prestations et Produits Remboursables (LPPR) distincte de celle des soins. Cette inscription permet au patient de

---

<sup>1</sup> Le CCAS est un établissement public géré par un Conseil d'Administration, présidé par le Maire. Il a un rôle d'animation et de coordination de l'action sociale dans la Commune. Il est chargé d'instruire les dossiers d'aide sociale légale relevant de la compétence de l'Etat ou du Conseil Général. Il a également pour vocation d'attribuer des aides facultatives, dans des domaines variés en fonction des besoins.

financer l'intervention d'un prestataire, en étant remboursé par les organismes d'Assurance Maladie<sup>2</sup>. Un plafond limite le montant du remboursement, le reste est à la charge du patient ou de son organisme d'assurance maladie complémentaire. Les matériels que nous vendons ou que nous louons sont pris en charge par exemple au taux normal de 65%. Toutefois, 90 % des malades bénéficiant des appareillages de la LPPR sont exonérés du ticket modérateur<sup>3</sup>. A ce titre, ils sont pris en charge à 100%, remboursés sur la base du prix inscrit sur la LPPR Une prescription médicale est nécessaire avant l'intervention du prestataire de l'appareillage.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Comment vous faites-vous connaître auprès des patients ?

**Alexis Alquint, Directeur Juridique :** Selon le Code de la Santé Publique, le patient ne peut en aucun cas être démarché en direct ! Nos relations avec les médecins qui sont nos prescripteurs sont en outre encadrées par la loi dite "anti cadeaux"<sup>4</sup>. Nos équipes chargées du développement rendent visite à nos prescripteurs pour les renseigner sur les services que propose la société, pour les tenir informés sur les dernières évolutions technologiques des matériels et pour les informer sur le suivi des traitements par les patients. Nos prescripteurs sont essentiellement des médecins spécialistes<sup>5</sup> : Pneumologues, Anesthésistes Réanimateurs, Praticiens Hospitaliers des Services de Pneumologie, Neurologues, ORL, Cancérologues, Gastro-entérologues, Diabétologues,...

Sinon, nos liens avec la Sécurité Sociale consistent en une adhésion à la Convention Nationale régissant les rapports entre l'Assurance Maladie et les prestataires délivrant des dispositifs médicaux, produits et prestations associées inscrits sur la LPPR. Tous nos établissements sont ainsi « conventionnés » par l'intermédiaire d'une adhésion à cette convention auprès de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie dont ils dépendent. L'intérêt de cette adhésion est évidemment pour nous de pouvoir pratiquer le tiers-payant<sup>6</sup>. Les tarifs de chaque prestation sont fixés dans le cadre de la LPPR qui définit de manière très précise toutes les prestations à travers la mise en place de différents schémas thérapeutiques valorisés sous forme de forfaits hebdomadaires. Par exemple, pour l'assistance respiratoire existent les forfaits suivants :

---

<sup>2</sup> Il faut bien évidemment que le patient soit affilié à un organisme social : Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), Mutuelle Sociale Agricole (MSA), travailleurs non salariés non agricoles, etc...

<sup>3</sup> La part restant à la charge de l'assuré est appelée ticket modérateur ; cet apport financier demandé au malade a pour but de limiter les excès de consommation.

<sup>4</sup> « Est interdit le fait, pour les membres des professions médicales mentionnées au présent livre, de recevoir des avantages en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, procurés par des entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Est également interdit le fait, pour ces entreprises, de proposer ou de procurer ces avantages » Article L4113-6, Code de la Santé Publique, Journal officiel du 5 mars 2002.

<sup>5</sup> Début 2002, on recensait 253.000 professionnels de santé libéraux en France : 60.949 omnipraticiens, 53.293 spécialistes, 36.691 chirurgiens-dentistes, 1.726 sages-femmes et 100.082 auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes,...) selon « *L'Assurance Maladie : Chiffres et Repères* », avril 2003.

<sup>6</sup> Système de paiement des honoraires médicaux et des frais pharmaceutiques, de prothèse ou d'hospitalisation assumé par l'assureur et non par le malade.

Forfait 1 : oxygénothérapie à long terme en poste fixe, 50,46 €
Forfait 2 : oxygénothérapie à long terme intensive ou de déambulation, 114,49 €
Forfait 3 : oxygénothérapie à court terme, 48,78 €
Forfait 4 : ventilation assistée pour trachéotomisés, 106,56 €
Forfait 5 : ventilation assistée supérieure ou égale à 12 heures, 72,72 €
Forfait 6 : ventilation assistée inférieure à 12 heures, 64,33 €
Forfait 7 : ventilation assistée pour réhabilitation respiratoire, 23,32 €
Forfait 8 : trachéotomie sans ventilation, 45,43 €
Forfait 9 : traitement des apnées du sommeil par appareil de ventilation par pression positive continue, 24,54 €

Le matériel d'assistance respiratoire que nous installons chez nos patients est acquis en location financière (sur une durée de 24 à 48 mois) auprès d'un grand nombre de fournisseurs vis-à-vis desquels nous n'avons aucun lien de dépendance. Notre politique consiste à avoir toujours plusieurs sources d'approvisionnement pour un même type de produit. Par exemple, nous avons 4 fournisseurs d'extracteurs et de réservoirs d'oxygène liquide, 5 fournisseurs de matériel de ventilation, 3 d'aérosols, ... Le prix moyen d'acquisition de ce matériel varie de 457€ à 4.268€ selon le type d'appareillage.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Quelles sont les caractéristiques de ce marché ?

**Sophie Lacaille, P.D.G. :** Le marché de la thérapie respiratoire à domicile représente aujourd'hui en France plus de 300 M€ (selon les derniers chiffres communiqués par la CNAMTS<sup>7</sup>). Cependant, une détection plus précoce des affections susceptibles d'être traitées par assistance respiratoire à domicile permettrait de prendre en charge un nombre beaucoup plus important de patients, tout en évitant une hospitalisation beaucoup plus onéreuse qui devient nécessaire à un stade plus avancé. A titre d'exemple, le coût d'une journée d'hospitalisation classique "tout compris" est en moyenne de 457 € alors que le coût d'une prise en charge à domicile par un prestataire pour une ventilation assistée s'élève 72,72 € par semaine (cf. le cinquième forfait présenté par Alexis), soit 10,38 € par jour. A l'heure actuelle, j'estime à 10% la progression du marché français de l'oxygénothérapie à domicile. On peut raisonnablement supposer que cette progression se poursuivra durant les 5 ans à venir au minimum, compte tenu de l'allongement de la durée de vie et de la détection plus précoce des maladies respiratoires.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Et la concurrence ?

**Sophie Lacaille, P.D.G. :** La concurrence revêt une certaine particularité dans la mesure où il faut distinguer le secteur associatif de la concurrence privée. Les acteurs les plus importants sont les Associations d'Insuffisants Respiratoires (AIR). L'ANTADIR (Association Nationale pour le Traitement et l'Assistance à Domicile des Insuffisants Respiratoires) regroupe plusieurs associations. Une association dissidente a été créée il y a deux ans, le GARAD (Groupement des Associations Régionales d'Assistance à Domicile) qui regroupe huit associations. Les AIR ont connu un fort développement à partir de 1981, ce sont des associations loi de 1901 dites à but non lucratif, de prescripteurs et non pas de malades. Pendant 20 ans, elles ont bénéficié d'un statut particulier : tarifs conventionnels négociés avec les CRAM et différents de la LPPR, fiscalité particulièrement avantageuse (en plus des possibilités de collecte de dons attachés à ce type de structure). Aujourd'hui, leur fiscalité et leur approche les rendent proches de l'activité des entreprises privées.

<sup>7</sup> Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

L'ensemble des AIR représente 40 à 45 % du nombre de patients appareillés à domicile. La position des AIR est en voie de recul régulier ce qui les a incitées à se positionner sur d'autres activités telles que la nutrition entérale à domicile, la perfusion, l'insulinothérapie par pompe voire pour certains (ARAIR à Tours) à adopter la même gamme d'activités que nous !

Dans le secteur privé, la concurrence est composée de trois grands acteurs de taille nationale:

- Air Gazeux Santé<sup>8</sup> avec deux structures : Vital Air et Yrkon ;
- La Bastille, cotée au Second Marché depuis 1997, qui a un chiffre d'affaires de 44.7 M€ un résultat d'exploitation de 3.2 M€, un résultat net de 1.5 M€ pour un effectif de 428 équivalents temps plein ;
- Health Inc., qui appartient au groupe anglais Unic et annonce un chiffre d'affaires français de 60.5 M€ et un résultat net de 2.2 M€ pour 600 collaborateurs.

Ces trois acteurs offrent la même gamme de prestations que nous. La structure du chiffre d'affaires n'est cependant pas identique. Si Health Inc. a à peu près la même que nous, l'oxygénothérapie ne représente par exemple que 32% du chiffre d'affaires de La Bastille, alors que 58% est consacrée à la vente de matériel (fauteuils roulants, matelas, déambulateurs,...). Le mode de distribution diffère aussi : Vital Air vend en direct comme nous, Yrkon fait un mix de direct et de pharmacie<sup>9</sup>, Health Inc. ne travaille qu'en pharmacie, alors que La Bastille dispose de 55 magasins de vente et d'exposition implantés dans toute la France (de surface comprise entre 160 et 300 m<sup>2</sup>). Plus de 500 autres acteurs existent mais ils sont essentiellement présents sur une ville ou un département et beaucoup de ces intervenants ne sont pas spécialisés dans le traitement des maladies respiratoires. Depuis trois ans, la concentration s'intensifie. Nous sommes cependant en deuxième position sur ce marché derrière Air Gazeux qui dit avoir accompagné 250.000 patients à domicile dans le monde ! Le groupe ne détaille pas la ventilation de son chiffre d'affaires, mais je l'estime au niveau mondial dans le domaine des soins à domicile à environ 530 M€<sup>10</sup> (correspondant à 80% à de l'oxygénothérapie), dont 70 M€ sur le marché français de l'oxygénothérapie. Nous sommes aussi en concurrence avec eux sur nos autres segments.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie : Quels sont vos autres métiers ?**

**Sophie Lacaille, P.D.G. :** Nous nous sommes lancés en 1997 dans la perfusion à domicile (qui concerne différents types de traitement prescrits à domicile et pris en charge par l'Assurance Maladie : chimiothérapie, antibiothérapie, traitement de la douleur, traitement du sida, nutrition parentérale sous gravité,...), en 2000 dans la nutrition entérale<sup>11</sup> et en 2001

---

<sup>8</sup> La branche Santé du groupe Air Gazeux (coté sur le premier marché, 5.400 salariés dans le monde) a réalisé un chiffre d'affaires de 1.178 M€ en 2002 pour un résultat d'exploitation de 199 M€. Le groupe considère que les soins à domicile – un segment de cette branche santé- ont connu une bonne progression en Europe et en France (croissance organique de +7% par rapport à 2001) : « Cette évolution est due à l'augmentation du nombre de patients du fait de l'allongement de la durée de vie, mais aussi à de nouvelles applications thérapeutiques. Nous développons également des solutions au-delà du traitement des maladies respiratoires » (Rapport de Gestion 2002, p.7).

<sup>9</sup> Selon les statistiques de l'ordre national des pharmaciens (au 1<sup>er</sup> janvier 2003), il existait 22.697 officines en France en 2002.

<sup>10</sup> La société Air Gazeux Santé Domicile ne dépose pas ses comptes annuels au Greffe en contravention avec les dispositions du code de commerce.

<sup>11</sup> Via l'introduction dans le tube digestif d'une alimentation liquide au moyen d'une sonde.

dans l'insulinothérapie (relative au traitement du diabète). Ces activités représentent aujourd'hui 26% du chiffre d'affaires du Groupe en France, qui se traduit par plus de 10.000 cures réalisées au cours de l'exercice. Ce sont des métiers très proches de l'assistance respiratoire à domicile en termes de savoir-faire et de prise en charge des patients.

Je m'explique : tout comme dans l'assistance respiratoire, nous avons développé un concept de prestation qui repose sur le service apporté aux patients et aux prescripteurs. Au-delà de notre mission technique et logistique d'appareillage à domicile, nous assurons la coordination des prestations paramédicales chez le patient : en ce qui concerne la perfusion à domicile, c'est notre infirmière conseil interne qui évalue la prestation la plus adaptée à la prescription, sur simple appel téléphonique. Elle planifie et coordonne ensuite l'ensemble des opérations en relation avec le médecin prescripteur et l'infirmière libérale chargée d'effectuer les perfusions chez le patient. Si le patient n'a pas d'infirmière libérale, nous nous chargeons de rechercher les infirmières les plus proches de son domicile susceptibles de pouvoir le prendre en charge. L'infirmière conseil assure la formation de l'infirmière libérale à l'utilisation et à la programmation des matériels le cas échéant.

Pour la nutrition entérale à domicile, c'est cette fois notre diététicienne interne qui est le relais entre l'équipe hospitalière, le patient et son entourage. Nous avons une équipe technique disponible 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7, qui assure la mise en place du matériel à domicile et participe à l'éducation du patient et de ses proches. Mais j'insiste là-dessus, notre personnel technique et nos infirmières conseil n'effectuent aucun acte médical ou paramédical. Le patient traité par perfusion, nutrition entérale ou insulinothérapie à domicile est placé sous la responsabilité de son médecin traitant et de l'infirmière libérale qui le prend en charge le cas échéant. Je pense que nous avons vraiment acquis des compétences dans ces différents domaines : 100% de notre chiffre d'affaires au Royaume-Uni est réalisé dans la perfusion / nutrition entérale.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Quelques mots sur le marché et la concurrence ?

**Sophie Lacaille, P.D.G. :** Le marché de la perfusion à domicile est un marché émergent dont le potentiel est considérable mais dont aucune donnée statistique n'est disponible à ce jour. Selon les professionnels du secteur, la nutrition entérale à domicile concernerait plus de 9.000 patients en France et près de 7.000 patients bénéficieraient d'insulinothérapie par pompe. Quant à la concurrence, pour la perfusion à domicile, outre les 3 grands acteurs que j'évoquais précédemment, nous devons faire face aux services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) (Santé Service à Paris, l'HAD de l'Assistance Publique à Paris, Soins et Santé à Lyon...), qui ont l'avantage de coordonner les soins et les traitements à domicile en étroite collaboration avec les centres anti-cancéreux.

En ce qui concerne la nutrition entérale à domicile et l'insulinothérapie, on retrouve toujours nos trois principaux concurrents ainsi que «Nestlé Homecare». Nestlé dit que ce segment a affiché une croissance supérieure à la moyenne du groupe en 2002 (qui était de +5.3%), mais grâce à son expansion sur de nouveaux marchés géographiques. Je ne connais pas leur chiffre d'affaires français. Nestlé a contractualisé avec un réseau de soins «Référence santé» pour délivrer les soins, mais est également fournisseur en nutriments pour les services hospitaliers, détenant environ 50% des parts de ce marché (les autres principaux fournisseurs sont Nutritia, Abbott ou Novartis).

Enfin, nous avons une activité « maintien à domicile » qui représente aujourd'hui 8 % de notre chiffre d'affaires en France. C'est une activité complémentaire qui permet de répondre à l'ensemble des besoins des patients dans le cadre de leur traitement à domicile. On retrouve ainsi dans la gamme du maintien à domicile, des produits ayant trait à la mobilité, l'hygiène, la chambre et la prévention des escarres. Pour nous, l'appareillage médical dans le cadre du maintien à domicile va plus loin que la simple location / vente de matériel puisque nos activités vont de la définition des besoins du patient en collaboration avec le médecin prescripteur afin de mettre en place le matériel le plus adapté, à si nécessaire, des essais du matériel à domicile, de l'information et de l'éducation du patient et de son entourage à l'utilisation du matériel, de la maintenance régulière du matériel en location et service après-vente de qualité, du nettoyage et de la désinfection du matériel en location.

Je devance votre question. Selon une étude récente de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), le matériel de maintien à domicile concerne une population potentielle de plus de 150.000 personnes et cette population devrait augmenter dans les années à venir compte tenu du vieillissement de la population et du transfert de l'hospitalisation vers le domicile. Le syndicat professionnel estime la croissance de ce marché à 10 % par an. Nous avons aussi comme concurrents sur ce segment de nombreux petits acteurs locaux (magasins de location/vente de matériel médical) et des pharmacies d'officine qui ont développé leur propre activité ou qui sous-traitent à des prestataires spécialisés.

**Florence Evrard, Directrice Marketing** : Tu oublies les maisons de retraite. D.Medica par exemple a été acquise par le groupe Medidep<sup>12</sup> un groupe français spécialisé dans la prise en charge globale de la dépendance, qui détenait, en avril 2002, 89 établissements de santé spécialisés dans les soins de suite et l'hébergement des personnes âgées (6.878 lits). Le groupe a entamé depuis 2000 une stratégie de constitution d'un ensemble d'établissements de santé spécialisés et de développement d'un réseau de coordination de services et d'aides au maintien à domicile sur l'ensemble du territoire. Cette stratégie lui permet de conjuguer divers relais de croissance. Medidep a créé une filiale destinée à proposer aux personnes peu dépendantes, personnes âgées essentiellement, des prestations à domicile, complémentaires de celles fournies dans ses établissements. Cette activité comprend la fourniture de produits et la prestation de services d'ordre sanitaire à domicile. La société souhaite développer la vente et la location de matériel médical, de façon complémentaire à son offre globale de « maintien à domicile ». C'est en fonction de cet objectif que D'Medica a été rachetée. Elle réalise près de 60% de son chiffre d'affaires avec les pharmaciens (vente et location de matériel, produits de soins et d'hygiène). Et D. Medica c'est quand même 21 M€ de chiffre d'affaires, 11 agences et 135 employés !

D'autres maisons de retraite se positionnent aussi sur le marché des services de soins à domicile, proposant ces prestations comme des activités annexes, aux personnes âgées ne souhaitant pas entrer en établissement. Ce positionnement leur permet également de mieux rentabiliser leurs investissements, voire de générer des économies d'échelle, tant dans l'emploi des personnels soignants que dans le fonctionnement : certains établissements proposent par exemple de préparer et livrer des repas aux personnes à domicile, repas préparés en même temps pour les résidents. Il présente encore un avantage : un établissement

---

<sup>12</sup> Son chiffre d'affaires 2002 était de 199.7 M€, son résultat d'exploitation de 25.1 M€ et son résultat net de 12.2 M€. L'activité « maintien à domicile » contribue au chiffre d'affaires à hauteur de 20.4 M€ et au résultat d'exploitation de 2 M€. Le groupe a un effectif de 3.557 équivalents temps plein et prévoit un chiffre d'affaires en 2003 de 250 M€ sur la base du périmètre actuel.

de santé déjà reconnu est susceptible d'obtenir plus facilement qu'une entreprise privée les agréments nécessaires pour exercer des prestations d'aide au maintien à domicile.

Enfin, je souhaiterais attirer l'attention de Monsieur Kmita sur le fait que nous sommes positionnés avant tout sur l'assistance à domicile. Le tableau suivant liste en quelque sorte les « services professionnels ou bénévoles qui viennent à domicile » :

**Tableau 2 : Services professionnels ou bénévoles qui viennent à domicile.**

Activités	Services
Tâches ménagères, d'entretien et de gestion (activités instrumentales de la vie quotidienne)	Services d'aide ménagère Services d'aide aux personnes (mandataire ou prestataire) Portage de repas Services de petites réparations Travailleurs sociaux
Soins personnels d'hygiène (activités de la vie quotidienne)	Services de soins infirmiers Services d'aide aux personnes (mandataire ou prestataire d'auxiliaires de vie) Infirmiers libéraux
Soins techniques (injections, rééducation,...)	Services de soins infirmiers Infirmiers libéraux Kinésithérapeutes Pédicures,..
Surveillance	Gardiens Gardes malades Téléalarmes
Socialisation	Visiteurs bénévoles
Amélioration de l'habitat	Associations d'amélioration de l'habitat

Source : « Vieillesse, grand âge et santé publique », *Henrard et Ankré, Editions ENSP, 2003, p.154.*

Si nous voulons conserver notre positionnement actuel comme spécialiste du maintien à domicile, je pense qu'il nous faut absolument travailler sur ce tableau en nous demandant ce qu'il conviendrait éventuellement d'ajouter comme activité complémentaire. C'est pourquoi je vous le dis tout de suite, je ne suis pas favorable à ce que nous nous lancions dans une forme d'aide à domicile qui serait spécifique aux malades Alzheimer. D'autres voies de développement me paraissent prioritaires et...

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : Florence, je te coupe, mais tu sais bien que je suis sensible à cette représentation du marché mais que d'autres perspectives existent ! Il est peut-être temps d'aller droit au but. Jean-Philippe, quelle est ta position par rapport aux malades Alzheimer ?

**Jean-Philippe Empana, Directeur Général** : Avec Sandrine, nous serions d'avis de saisir l'occasion pour migrer progressivement vers des activités d'accueil de jour. Je m'explique brièvement. Le potentiel est immense, Sandrine vous rappellera les principales données à notre disposition. Mais, j'ai la conviction qu'il nous serait très difficile de proposer des services uniquement à domicile pour cette catégorie de malades, alors qu'il nous serait très facile de mettre au point une formule d'accueil de jour, les familles déposant leurs malades durant quelques heures de la journée, un peu sur le modèle des haltes-garderies. L'objectif des accueils de jour est de (re)socialiser la personne âgée, d'aider les familles à souffler, et d'offrir une étape à mi-chemin entre le domicile et l'hébergement collectif. Il ne nous sera pas difficile d'obtenir les agréments, et je pense que les politiques sont plutôt en attente de telle solution qui permet d'éviter les hospitalisations lourdes beaucoup plus coûteuses.

**Alexis Alquint, Directeur Juridique** : Je pense que vous sous-estimez certaines difficultés d'obtention des agréments mais nous pourrions y revenir par la suite.

**Sandrine Grenu, Directrice du Développement International:** Selon l'enquête épidémiologique «*Personnes Agées, Quid ?* » (PAQUID) menée par l'Inserm<sup>13</sup> de Bordeaux entre 1988 et 2003, 17.8% des personnes de plus de 75 ans sont atteintes de la maladie ou des maladies apparentées, soit 765.000 personnes. Deux tiers des malades sont des femmes, et environ deux tiers ont plus de 85 ans. 135.000 nouveaux cas se déclarent par an, alors que 100.000 personnes meurent chaque année de ces pathologies. Un malade sur deux est diagnostiqué, un malade sur cinq est traité ! 432.000 personnes ont développé un stade modéré à sévère de la maladie. 60.2% vivent à domicile et 39.8% en institution. Je devance un peu les questions : selon un recensement effectué par la Fondation Médéric Alzheimer<sup>14</sup> en 2003, il existe 392 lieux de diagnostic de la maladie, 289 accueils de jour et hôpitaux de jour spécialisés et sur les 10.552 établissements d'hébergement collectif existant en France, 54% ont déclaré accueillir des malades d'Alzheimer. Il en ressort clairement que ces structures sont largement insuffisantes et que de plus, l'immense majorité peine à recevoir ces malades qui s'intègrent très mal aux autres.

La maladie d'Alzheimer est très coûteuse pour la collectivité. Selon la Direction Générale de la Santé<sup>15</sup> (DGS), bien qu'il n'existe pas de traitement réellement efficace, les dépenses liées à cette maladie ont été évaluées à 4,5 milliards d'€ le coût annuel par malade étant estimé à 15.200 € à domicile et 20.800 à 24.400 € en institution, selon que celle-ci est médicalisée ou non.

**Alexis Alquint, Directeur Juridique** : Les médicaments vendus actuellement ne sont pas efficaces ?

**Sandrine Grenu, Directrice du Développement International:** Non, en effet, même si cela peut apparaître incroyable. Un premier médicament contre la maladie d'Alzheimer est apparu en 1994; il n'est pratiquement plus prescrit depuis l'arrivée en 1998 et 2001 de trois autres médicaments mieux tolérés, mais qui concernent les stades légers à modérés de la maladie. Ils apportent cependant, selon les experts de la commission de la transparence, une amélioration minime des tests psychométriques par rapport au placebo. Leur coût dépasse pourtant 1.200 € par an, sur une durée médiane de quatre ans à partir du diagnostic. Un médicament ancien, utilisé dans d'autres indications, a été autorisé par l'agence européenne du médicament en mai 2002, malgré une évaluation médiocre, parce qu'il est indiqué dans les formes modérément sévères à sévères de cette maladie et qu'aucun médicament n'existait pour le stade sévère. Ce médicament est maintenant commercialisé en France doublant ainsi le coût d'au moins une partie des traitements anti-Alzheimer (soit environ 2.400 € par an).

Selon une étude récente, la maladie d'Alzheimer est de loin la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé, la cause principale d'entrée en institution, mais aussi une cause majeure de décès. La maladie a également un retentissement majeur sur les proches, époux ou enfants

---

<sup>13</sup> Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

<sup>14</sup> Cette fondation a pour vocation la promotion des actions sociales et médico-sociales destinées à aider les familles, les bénévoles et les professionnels.

<sup>15</sup> Chiffres repris par la Cour des Comptes dans son rapport public sur «Santé et couverture maladie des personnes âgées », Rapport annuel au Parlement sur la Sécurité Sociale, septembre 2003.

en particulier, en raison de son caractère particulièrement éprouvant, de la gêne liée aux troubles du comportement et de sa durée d'évolution. Le retentissement sur l'aidant est autant physique (on constate une mortalité accrue de plus de 50 % par rapport à la moyenne des personnes) que psychologique et financier. Les structures d'accueil de jour ont d'ailleurs pour principale fonction de soutenir les aidants en leur offrant la possibilité d'avoir un peu de répit. Ces structures sont pour l'instant quasiment exclusivement des structures publiques, mais il nous semble possible d'y faire du profit.

Une des raisons en est la mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en janvier 2002 que nous connaissons bien, car elle permet de financer des aides (auxiliaire de vie, aide ménagère, repas au domicile, mais aussi transports, aménagements du domicile,..) pour favoriser le maintien du domicile des sujets dépendants relevant des groupes GIR 1 à 4 quel que soit le niveau de leurs ressources. Mais l'APA peut aussi être versée aux sujets admis en Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et dans ces centres d'accueil.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie : Groupes GIR ?**

**Sandrine Grenu, Directrice du Développement International:** Groupes Iso-Ressources. En fait, une grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne :

- <sup>16</sup>« Le premier GIR comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes : D'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante; D'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices. Le déplacement à l'intérieur est possible mais la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. Ainsi, la toilette et l'habillage ne sont pas faits ou partiellement. De plus, l'hygiène de l'élimination nécessite l'aide d'une tierce personne.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. La plupart s'alimentent seules ; ce groupe comprend aussi des personnes sans problèmes de locomotion mais qu'il faut aider pour les activités corporelles et les repas.
- Le GIR 5 est composé des personnes autonomes dans leurs déplacements chez elles qui s'alimentent et s'habillent seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne ».

J'ai trouvé un tableau qui montre assez bien l'incidence du GIR sur le lieu de résidence :

---

<sup>16</sup> « L'Allocation Personnalisée d'autonomie au 30/9/2002 », Etudes et Résultats de la DREES, N°205, décembre 2002.

**Tableau 3 : Répartition des bénéficiaires de l'APA  
selon le degré de dépendance de la personne au 30 juin 2002**

	Domicile	Etablissement	Ensemble
GIR 1	7%	22%	13%
GIR 2	25%	38%	31%
GIR 3	25%	16%	21%
GIR 4	43%	24%	35%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

*Source : Enquête trimestrielle de la DRESS*

Comme le gouvernement a récemment décidé de demander aux personnes âgées de payer davantage pour rester à domicile, la formule va devenir moins intéressante. Jusqu'à présent les personnes ayant moins de 949 € de revenus par mois étaient dispensées de participation. Ce seuil tombe à 623 €, soit un tiers de moins. Les personnes qui ont 3.162 € de ressources mensuelles devaient participer jusqu'à 80% du montant de l'APA. Ce seuil est abaissé à 2.483 € et la participation maximale à 90%. Pour chaque GIR, le montant maximal du plan d'aide fait l'objet d'un barème arrêté au niveau national : au 1er janvier 2002, les montants des plans d'aide pour les personnes à domicile étaient plafonnés à 1.090,41 € pour un GIR 1, 1.934,64 € pour un GIR 2, 700,98 € pour un GIR 3 et 467,32 € pour un GIR 4.

Le tableau suivant vous montre assez bien les montants moyens (en 2002, 792 € pour un GIR 1 à domicile) et aussi d'ailleurs la contribution des conseils généraux à cette mesure sociale.

**Tableau 4 : Montant mensuel de l'APA  
selon le degré de dépendance de la personne au 30/09/2002.**

En €	Part Conseil général	Part bénéficiaire	Ensemble
<b>A domicile</b>			
GIR 1	750	42	792
GIR 2	663	32	695
GIR 3	513	25	538
GIR 4	338	14	352
Ensemble	475	25	500
<b>En EHPAD</b>			
GIR 1 et 2	323	111	434
GIR 3 et 4	172	107	279
Ensemble	261	109	370

*Source : Etudes et Résultats, N° 205, décembre 2002,  
de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.*

**Florence Evrard, Directrice Marketing** : Je suis très bien ton raisonnement. Mais il faut que tu signales que l'APA est plus importante pour les personnes à domicile (le montant maximal est de 1.067 € contre 457 €), ce qu'indique d'ailleurs très bien le tableau que tu nous soumetts. L'esprit dans lequel la loi a été conçue était de permettre que le maintien à domicile devienne un produit de substitution temporaire à l'établissement. Alors je ne comprends pas très bien votre projet de monter des structures d'accueil de jour.

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : Si vous le permettez, j'en profite pour donner un peu un cadrage général à Monsieur Kmita. Il faut que vous sachiez qu'autour de la dépendance se joue un

rapport de force entre l'hébergement et le domicile. Bernard Ennuyer<sup>17</sup> l'a très bien montré : la référence médicale pour les gériatres, en ce qui concerne les personnes âgées, est l'hébergement. La conception des outils est une conception issue de l'hébergement, ce qui explique par exemple que l'outil AGGIR ne prend pas en compte dans ses dix variables discriminantes, ni les variables d'environnement fondamentales, ni même des variables instrumentales de la vie quotidienne, puisque ces tâches (faire la cuisine, le ménage, gérer un budget,...) ne sont plus effectuées par les pensionnaires d'établissement !!! AGGIR assigne de ce fait toutes les personnes qu'il évalue à un statut de résidant d'hébergement. Il n'est pas le seul à faire ce constat, Paulette Guinchard-Kunstler, auteur d'un rapport sur les personnes âgées en perte d'autonomie, l'a dit aussi: AGGIR, « *c'est un outil, qui convient en établissement, qui évalue la charge de travail, mais pas suffisamment les besoins de la personne à domicile. Il y avait moyen de créer des outils beaucoup plus larges de compréhension de la situation de la personne âgée, de son environnement, de ses capacités* »<sup>18</sup>. Mais Sandrine, précisez-nous votre idée ?

**Sandrine Grenu, Directrice du Développement International:** Vous savez que ce sont les maisons de retraite (les EHPAD comme je vous le disais précédemment) et les cliniques de soins de suite, de rééducation et psychiatrique, qui dégagent la plus forte rentabilité parmi les établissements de santé, compte tenu de la moindre nécessité d'être dotées en équipements lourds et en personnel hospitalier spécialisé.

Orpéa est un peu le leader sur ce créneau avec ses 96 établissements de long et moyen séjour à fin 2002 et ses 8.134 lits. La société a été introduite en bourse en avril 2002 pour pouvoir racheter d'autres établissements<sup>19</sup>. Sa maison de retraite type de 80 chambres compte environ 35 personnes autour du directeur. Son équipe comprend généralement 2 infirmières, 12 aides-soignantes, 14 auxiliaires de vie, ainsi qu'un secrétariat de 2 personnes, une animatrice et 4 personnes aux cuisines. La facturation des prestations d'hébergement (hôtellerie, restauration, animation des établissements) représente 65 à 70% des recettes. Compte-tenu d'un taux de renouvellement de ses résidents de l'ordre de 25% par an, Orpéa dispose d'une marge de manœuvre régulière dans l'ajustement de ses tarifs, qui sont fixés librement. La facturation de la dépendance et des soins dispensés correspond entre 30 et 35% des recettes.

Au 31/12/2002, le chiffre d'affaires du groupe se monte à 156 M€ son résultat d'exploitation à 21.7 M€ et son résultat net à 10.6 M€ Les achats et charges externes (hors loyers) représentent 33.5 M€ les impôts et taxes, 6.9 M€ et les charges de personnel 74.2 M€

**Fanny Bajoux, Directrice financière :** Leurs résultats financiers sont très bons. Mais vous ne parlez pas des capitaux nécessaires ! De mémoire, les flux nets de trésorerie générés par l'activité se montent à 20 M€ alors que ceux liés aux opérations d'investissements sont de l'ordre de 12 M€ Les investissements sont quand même importants !

**Jean-Philippe Empana, Directeur Général :** Mais les résultats sont très bons ! La différence est nette avec les autres activités de la santé. On le voit bien quand on regarde les résultats

---

<sup>17</sup> « Les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social », Dunod, 2002.

<sup>18</sup> « Pour une prise en charge plus juste et solidaire », Retraite et Société, n°30, 2000.

<sup>19</sup> A chaque fois qu'Orpéa rachète une clinique, le groupe « crée de la valeur » immédiatement. Une fois inscrite dans les comptes, la clinique vaut plus cher car son prix d'achat est fixé sur la base d'une valorisation non cotée, par nature inférieure à celle d'une entreprise cotée, qui est plus « liquide ».

pour l'année 2002 de la société Générale de Santé. L'EBE de ses activités de soins et services aux personnes âgées est de 15.4%, contre 12.7% pour l'ensemble de ses activités de soins et services hospitaliers.

**Fanny Bajoux, Directrice financière :** Moi, ce qui me gêne, c'est que vous prenez comme références des groupes très importants. Orpéa emploie 4.900 personnes. Générale de Santé, c'est plus d'un milliard d'euros de chiffre d'affaires (12.417 lits), dont 130 M€ dans les soins et services aux personnes âgées. Le groupe emploie presque 18.000 personnes, dont 2.500 dans les soins et services aux personnes âgées. Ne croyez-vous pas qu'ils bénéficient ainsi d'économies d'échelle que nous ne pourrions pas obtenir facilement ?

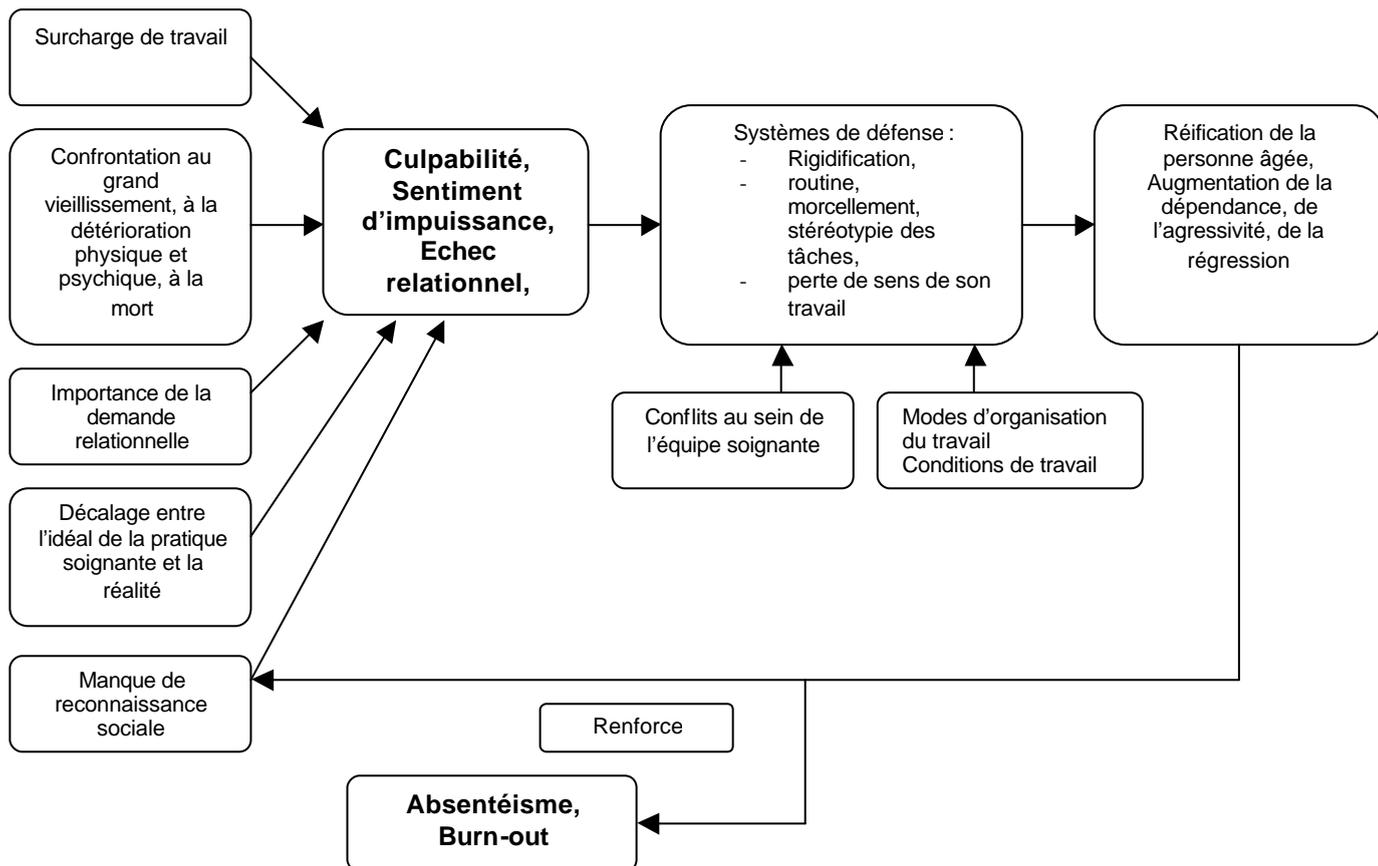
**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines :** Et moi, ce qui m'inquiète, ce sont les défis humains posés par votre projet. Je m'explique rapidement. Le grand public est de plus en plus sensibilisé au problème de la maltraitance des personnes âgées. Le professeur Hugonot<sup>20</sup> y est pour beaucoup avec son réseau national d'écoute des plaintes des personnes maltraitées (Allô Maltraitance des Personnes âgées, ALMA). Il contribue à mieux cerner les multiples formes de maltraitance. Je vous ai apporté copie d'une liste de cas de maltraitance dressée par son association car je pense que cela nous concerne tous (cf. Annexe). Il n'est évidemment pas le seul à les dénoncer. Récemment par exemple, le président de l'Association des directeurs d'établissement d'hébergement pour personnes âgées reconnaissait dans la presse que *«oui, dans les maisons de retraite, on attache les vieux et oui, c'est un scandale. La contention est toujours la pire des solutions, mais elle est la conséquence directe du manque de personnel»*. Vous savez tous comme moi qu'il n'est actuellement pas si facile que cela de recruter en effet du personnel qualifié, mais je pense qu'il ne pousse pas le raisonnement jusqu'au bout.

Pourquoi manque-t-il du personnel ? Parce que ce travail est excessivement difficile et plutôt mal payé. Difficile, parce qu'en gérontologie –je pense qu'il faut généraliser-, l'idéal de la pratique soignante est régulièrement mis à mal. Et chacun risque de se retrouver plus souvent face à ses limites et ses insatisfactions que face à des ressources et des gratifications. Mais ce n'est pas le seul facteur évidemment. La confrontation au grand vieillissement est en elle-même éprouvante, car la vieillesse dans les institutions est le plus souvent difficile, pathologique, marquée par la détérioration physique, psychique, par les pertes, la solitude, l'abandon.... Vous savez que le burn-out – syndrome d'épuisement physique et émotionnel, impliquant le développement d'une vision de soi négative, d'attitudes négatives vis-à-vis du travail et d'une perte d'intérêt et de sentiment vis-à-vis des patients- est un phénomène très courant dans les professions d'aide. Claudine Badey-Rodriguez<sup>21</sup> a bien mis en évidence les mécanismes à l'œuvre :

---

<sup>20</sup> « La vieillesse maltraitée », Dunod, 2<sup>ème</sup> Edition, 2003.

<sup>21</sup> « Les personnes âgées en institutions, vie ou survie », Editions Seli Arslan, 1997. Schéma p.147.



Comment pensez-vous pouvoir faire face à ces mécanismes dans le cas en plus de patients tous atteints de la maladie Alzheimer ?

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Pourquoi dites-vous que le personnel est plutôt mal payé ?

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines :** C'est assez facile à comprendre. Même pour un groupe comme la Générale de Santé, les charges de personnel représentent 49% du chiffre d'affaires ! Le groupe reconnaît qu'il a du faire face en 2001 à une pénurie de personnel soignant et a consenti du coup en 2002 une importante revalorisation des salaires, tout en multipliant les efforts de recrutement et les accords de formation. Au final, les charges de personnel ont progressé de presque 20% d'une année sur l'autre à structure comparable. Une enquête de l'INSEE a bien mis en évidence le décalage de rémunération entre le public et le privé : en mars 2001, les salaires nets dans les hôpitaux publics étaient en moyenne supérieurs de 160 € par mois à ceux observés dans les établissements privés.

Tableau 5 : Salaires moyens déclarés en mars 2001.

En €/mois	Hôpital public	Hôpital privé	Ensemble
<b>Professions administratives et techniques</b>			
Cadre supérieur	2.390	2.350	2.390
Profession intermédiaire	1.600	1.360	1.540
Employé	1.270	1.130	1.220
Ouvrier	1.270	1.170	1.230
<b>Professions de santé</b>			
Infirmier	1.770	1.630	1.740
Autres paramédicaux	1.720	1.590	1.690
Aide-soignant	1.370	1.130	1.330
Agent de service hospitalier	1.110	980	1.080
<b>Ensemble</b>	<b>1.490</b>	<b>1.330</b>	<b>1.460</b>

Source : Enquête emploi de l'Insee, mars 2001.

Mais ceci est plutôt propre aux hôpitaux. Nous privilégions un système de rémunération valorisant les performances individuelles. Sur l'année, le salaire annuel brut moyen s'élève à 25.584 € soit un salaire mensuel moyen de 2.132 € (bien au-dessus de La Bastille par exemple, qui est de 1.604 €). Par ailleurs, le montant de la participation que perçoit le personnel correspond à environ 50 % du salaire de base brut mensuel pour un collaborateur présent sur toute la période. Nous avons fin 2001 procédé à une augmentation du capital exclusivement réservée aux salariés. Chaque collaborateur a pu être ainsi associé au développement du Groupe, à des conditions particulièrement avantageuses.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Vous ne m'avez pas encore parlé des différentes catégories de personnel et avez-vous aussi de l'absentéisme ?

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines :** Le taux d'absentéisme (hors congés payés) pour le Groupe s'élève à 4,3%. Les absences maladies représentent 2,88%, les absences accidents du travail représentent 0,38 % et les absences maternité représentent 1,08%. Dit autrement, les absences maladie représentent 66% du total des absences, les absences maternité 25% et les absences accidents du travail représentent 9 %.

Sinon, notre effectif français se monte à 554 équivalent temps plein : 95 personnes au siège, 85 administratifs, 75 au développement, 26 infirmières conseil, 7 pharmaciens, 8 personnes en charge de nos applications internet et 258 assistants techniques. Le reste se répartit entre l'Allemagne (390 personnes), le Royaume-Uni (180) et l'Espagne (7). Sandrine est mieux placée que moi pour vous parler de nos activités internationales.

**Jean-Pierre Kmita, Consultant en stratégie :** Pouvez-vous brièvement me préciser le travail des «développeurs » et des assistants techniques ?

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines :** Oui, le délégué régional est par exemple un «développeur ». Autonome sur son secteur géographique, il est chargé de promouvoir nos prestations et l'image de l'entreprise, et de construire un véritable partenariat avec les intervenants de notre métier (les médecins, les autorités de tutelle, les fournisseurs, ...). Un assistant technique assure la mise en place et la maintenance du matériel auprès du patient (mise en service, installation, seconde visite, révision, maintenance du matériel, nettoyage désinfection...). Il forme le patient et son entourage au fonctionnement du matériel et aux règles de sécurité. Il assure le soutien psychologique du patient et de son entourage et prend en compte les signes cliniques alarmants lors de ses visites de contrôle.

L'assistant technique assure gardes et astreintes 24h/24 et 7j/7. L'assistante administrative (que l'on range dans les 85 administratifs) est en charge du premier contact avec les prescripteurs ou les patients ; elle assure la gestion et le suivi complet du dossier patient et constitue un relais entre les différents interlocuteurs. Elle décharge le patient de toutes les formalités administratives auprès des différents intervenants de la prise en charge.

**Florence Evrard, Directrice Marketing** : Un petit mot sur notre structure internet qui est assez novatrice. Nous lui avons assigné comme missions de

- répondre à l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux du patient à domicile (appareillage mais aussi portage des repas, auxiliaires de vie...),
- aider les acteurs de santé (professionnels, établissements) et le secteur social à optimiser leurs actions autour et au profit du patient,
- de proposer de nouveaux outils (télé-monitoring, plate-forme d'échange d'information) et de nouveaux modes d'organisation,
- de démontrer la valeur ajoutée sanitaire et économique pour le patient, les acteurs de santé et la collectivité, de cette prise en charge coordonnée.

**Fanny Bajoux, Directrice financière** : Oui, la mise en place de cette plate-forme simplement en recherche et développement nous a coûté près de 227 k€ cette année et je ne parle pas de ses frais de fonctionnement !!!

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : Je remarque quand même que jusqu'à présent, à part la proposition de Jean-Philippe et Sandrine et l'opposition de Florence, vous n'avez pas encore donné votre avis.

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines** : Avec Alexis, nous avons travaillé plutôt sur un concept de service destiné à aider les familles des malades d'Alzheimer. Alexis, veux-tu le présenter ?

**Alexis Alquint, Directeur Juridique** : Non, je t'en laisse le soin... Je pense qu'il sera de plus en plus difficile d'obtenir des agréments à cause du nombre d'établissements déjà existants. Cela amène les Conseils généraux à n'accorder désormais que très rarement de nouveaux agréments, et ce d'autant plus qu'ils sont amenés à participer à la prise en charge du coût d'hébergement de certains pensionnaires, comme le montre d'ailleurs bien le tableau sur l'APA que nous a présenté Sandrine.

**Jean-Philippe Empana, Directeur Général** : Je ne suis pas du tout d'accord avec toi. Je pense que le ministère veut traiter ce problème et qu'il fera pression s'il le faut sur les conseils généraux pour accepter de nouvelles ouvertures, surtout s'il s'agit de centres d'accueil de jour pour les malades Alzheimer.

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : Continue, Brigitte, sinon nous allons manquer de temps !

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines** : Alors je serai rapide. Notre idée est plutôt de proposer un nouveau service destiné aux aidants. Pour reprendre la terminologie employée par la Fondation Nationale de Gérontologie<sup>22</sup>, le terme d'aidant (en anglais «caregiver») désigne plusieurs catégories de personnes participant à la prise en charge de la personne malade : les aidants familiaux, les professionnels et les bénévoles. Les aidants

---

<sup>22</sup> « La galaxie des aidants », Gérontologie et Société, n° 89, 1999/06.

familiaux ainsi que les bénévoles, relèvent de l'aide « informelle », tandis que les aidants professionnels (personnel soignant, paramédical, intervenants sociaux et médico-sociaux, ...), formés et rémunérés, procurent une aide dite « formelle ». Les démences de type Alzheimer affectent les capacités de communication et le comportement des personnes atteintes. Ces difficultés rendent souvent difficile la vie des aidants, notamment des aidants familiaux qui assurent l'essentiel de l'aide apportée à la personne malade. Les aidants consacrent en moyenne 42 heures par semaine à la personne malade (soit 6 h par jour). C'est pour cela que ces aidants ont eux-mêmes besoin de soutien pour avancer aux côtés de la personne malade. Les besoins des aidants familiaux concernent à la fois l'information et l'aide à la décision, le soutien psychologique, les différentes formules qui leur procurent un peu de répit et la formation.

**Jean-Philippe Empana, Directeur Général :** Qu'entends-tu par besoin d'information et d'aide à la décision ?

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines :** Les besoins d'information généralement identifiés couvrent deux grands domaines :

– ce qui relève de la maladie, de sa progression et surtout les conséquences pratiques au quotidien sur l'aidant et son entourage, mais aussi les moyens permettant de maintenir les acquis. Les familles comme les professionnels ont besoin d'explications sur la nature des troubles, leur évolution et les possibilités thérapeutiques. De façon à s'y préparer et à se sentir moins coupables dans la prise en charge quotidienne. Le fait de « savoir » les aide à ne pas interpréter les troubles du malade comme étant la résultante négative de leur propre comportement.

– ce qui relève de la prise en charge au quotidien et des aides disponibles. Familles et professionnels ont besoin d'information sur la nature des aides disponibles sur les plans social, légal et financier. Il y a souvent un manque d'information chez les professionnels eux-mêmes, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou spécialistes (relativement armés sur le plan médical mais très dépourvus sur l'aspect social de la prise en charge), mais aussi des aides à domicile ou des assistantes sociales.

J'en reviens à notre proposition. De nombreuses aides existent déjà mais sont le fait de structures associatives ou publiques. Or, je pense que nous avons des compétences à apporter à ce niveau. Le plus souvent par exemple, les aidants familiaux éprouvent de nombreuses difficultés à remplir les formalités administratives. Il faut dire que le profil type de l'aidant<sup>23</sup> est plutôt une femme (à 58%), ou une fille (à 81% contre 19% de fils), retraitée dans deux cas sur trois et d'âge moyen de 71 ans (52 ans s'il s'agit des enfants).

**Alexis Alquint, Directeur Juridique :** Nous voyons globalement quatre thèmes d'intervention possibles : (1) la connaissance de la maladie, des troubles du comportement et de la perte d'autonomie ; il ne faut pas être médecin pour pouvoir diffuser de l'information à ce niveau ; (2) les méthodes permettant de mieux gérer le stress associé à la prise en charge ; (3) les problèmes de soutien émotionnel et les problèmes conflictuels au sein des familles, (4) le réseau d'aides disponibles à la fois formelles et informelles.

**Brigitte Sion, Directrice des Ressources Humaines :** Oui, mais ces « interventions » pourraient se faire à distance. Florence a précédemment parlé de notre structure internet et bien, pour nous, l'aide aux malades Alzheimer cadre bien avec les missions qui lui sont

---

<sup>23</sup> Selon une enquête menée en 1994 par France Alzheimer, réalisée auprès de 2.679 familles de malades.

assignées. Il nous faudrait certainement coupler cette plate-forme avec un centre d'appel, ce qui techniquement ne doit pas être trop difficile. La maladie est amenée à se développer, la plupart des aidants souhaitent garder ses malades à domicile, nous sommes un spécialiste de l'aide à domicile, donc il nous faut absolument être présent sur ce créneau !

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : Merci Brigitte pour ta concision ! Fanny, tu n'as rien proposé ?

**Fanny Bajoux, Directrice financière** : Pour moi, la problématique essentielle est la rentabilité de ces activités (accueils de jour et services dédiés aux Alzheimer) qui sont toutes les deux très consommatrices d'heures de travail. Alors qu'une partie du coût des prestations est financée par les municipalités ou les conseils généraux pour les structures associatives ou publiques, qui peuvent (mais cela devrait bientôt prendre fin) de surcroît utiliser des emplois jeunes subventionnés, le financement de ce type de services semble plus difficile pour un opérateur privé. Certes l'APA est venu solvabiliser ce marché, mais des changements peuvent encore survenir ! Moi, je suis plutôt d'avis de consolider nos positions actuelles sur nos trois métiers, plutôt que de se lancer dans de nouvelles activités. De plus, nous devons poursuivre notre développement international notamment en développant encore nos activités anglaises et espagnoles.

**Sophie Lacaille, P.D.G.** : J'avoue être aussi plutôt de cet avis. Vous savez tous que j'ai toujours eu un faible pour l'assistance respiratoire à domicile et que j'éprouve déjà beaucoup de difficultés à m'investir dans nos deux autres métiers. Mais évidemment, vous êtes là – entre autres- pour suppléer mes insuffisances ! Quelqu'un souhaite encore ajouter un commentaire ?

**Florence Evrard, Directrice Marketing** : Nous ne mettons certainement pas assez l'accent dans notre communication sur la violence de l'entrée en maisons de retraite. Car en général, on peut dire qu'une très faible proportion de résidents a réellement consenti à son entrée en institution, cette proportion étant d'autant plus importante qu'il s'agit d'un établissement de long séjour ou d'une section de cure médicale. Une étude de l'Insee<sup>24</sup> avait montré que c'est la famille qui prend le plus souvent l'initiative du départ des personnes âgées vers les institutions. 76% des entrées dans les sections de long séjour se sont passées ainsi ! De même que 45% des inscriptions en maison de retraite où 2 personnes sur 10 ont pu prendre elles-mêmes la décision. Une enquête rétrospective<sup>25</sup> menée auprès de 80 personnes âgées admises en long séjour avait déjà mis auparavant en évidence que 79% d'entre elles disaient n'avoir pas été prévenues que leur placement était définitif... et pourtant, on sait très bien qu'un placement non consenti entraîne une surmortalité dans les 6 premiers mois du placement.

**Jean-Philippe Empana, Directeur Général** : Moi, je pense, comme tu l'as d'ailleurs évoqué Florence, que les maisons de retraite vont progressivement intégrer des activités à domicile (à l'instar de Medidep) car il y a une réelle logique stratégique derrière cette manœuvre (dont la recherche d'économies d'échelle que tu évoquais, mais les synergies sont évidentes) et que si nous n'opérons pas nous-mêmes une évolution de notre modèle économique, dans quelques années, nous verrons progressivement nos parts de marché décliner au profit de ces établissements ! Medidep a déjà signé plusieurs accords avec des partenaires nationaux qui lui

---

<sup>24</sup> « Les circonstances d'entrée dans les établissements d'hébergement sociaux », Insee Première, n°122, février 1991.

<sup>25</sup> « Consentement et placement des personnes âgées –résultats d'une enquête », Gérontologie et Société, n°53, juillet 1990.

permettent d'offrir une gamme complète de services à domicile (télé-assistance, portage de médicaments et de repas à domicile, centre d'appel,...). Par ailleurs, la tendance générale est à la croissance. Générale de Santé en est un bon exemple avec ses deux axes stratégiques : créer une marque Générale de Santé, synonyme de référence et de qualité (aussi pour promouvoir et fidéliser une communauté médicale d'excellence) et privilégier la croissance, tant par croissance interne qu'externe, que par des diversifications (dans la chirurgie esthétique, en accueillant des patients étrangers,...) et du développement international (dans le sud de l'Europe notamment). Le marché est en croissance, il faut en profiter pour se développer le plus rapidement possible !

**Sophie Lacaille, P.D.G. :** Je pense que nous allons en rester là. Comme vous pouvez le constater Monsieur Kmita, nos avis divergent au sein de l'équipe dirigeante. J'aimerais que vous nous présentiez votre diagnostic de la situation ainsi que vos recommandations la semaine prochaine.

Annexe : **Liste «classée (mais non limitative) de maltraitances diverses tant à domicile qu'en institution ou à l'hôpital rencontrées souvent ou parfois** », tirée du livre de Robert Hugonot, « La vieillesse maltraitée », Dunod, 2<sup>ème</sup> Edition, 2003, p.193-195.

### **Dans le domaine des soins**

- Soins absents, insuffisants, bâclés, retardés,
- Soins effectués de manière brutale, pansements ou sondes posés ou arrachés sans précautions, tant en ce qui concerne la douleur provoquée que l'hygiène des mains ou de la blouse ou des cheveux de l'intervenant (risque de maladie nosocomiale), ou de ses propos «non rassurants », vifs, insultants, grossiers,...
- Malades laissés trop longtemps sur un bassin de lit ; laissés trop longtemps en attente d'un examen, dans un couloir (parfois des heures !).

### **Détérioration de l'état physique par des négligences ou des abus**

- Amaigrissement, malnutrition par manque d'attention aux goûts du malade et à ce qu'il consomme : heures de service du repas trop précoces, rapidité excessive, repas servis froids, retirés non consommés, mal préparés, de mauvaise qualité, de présentation « peu ragoûtante », pain sec, fruits non mûrs.
- Déshydratation par oubli de présentation périodique des boissons nécessaires.
- Troubles du sommeil par bruits venant des couloirs ou des pièces voisines (cloisons trop minces), provenant d'autres malades ou du personnel.
- Hygiène négligée : corps, linge (vêtements et draps), cheveux, ongles, barbe, ..., couches obligatoires, non-respect de l'intimité pour la toilette.
- Réveils intempestifs, fermeture de l'électricité à heures fixes, non-réponse aux appels.
- Oubli d'un lever régulier, ou maintien excessif au fauteuil, aucune attention aux positions vicieuses tant au lit qu'au fauteuil.
- Risques d'hypo- ou d'hyperthermie par insuffisance ou excès de vêtements ou de couvertures, absence de contrôle du chauffage ou de la ventilation de la chambre.
- Risques de brûlures par séjour excessif en plein soleil d'un malade qui ne peut pas se déplacer spontanément.
- Inattention aux difficultés respiratoires.
- Excès de neuroleptiques et/ou somnifères.

### **Violences physiques caractérisées**

Brûlures, piqûres, ecchymoses, contusions diverses, traces de liens, rougeurs, plaies récentes et cicatrices plus anciennes, lésions des parties génitales (agressions sexuelles).

### **Abus psychologiques**

- Humiliations : malade insulté, ridiculisé devant les autres.
- Harcèlement : intimidations, menaces, utilisation d'un langage criard et grossier.
- Rétention ou falsification des informations.
- Absence de considération de ses souhaits, de ses choix ou de ses décisions.
- Animation « abusive », infantilissante.

### **Distorsions sociales**

- Aucune attention portée à l'isolement social de la personne, qui ne reçoit aucune visite, qui ne peut plus sortir de chez elle en raison d'un handicap nécessitant une aide humaine pour sortir ; visites épisodiques et rares de la famille (ou au contraire, présence constante et récriminante), dissensions familiales, attitude désinvolte.
- De la part des soignants naturels (ou professionnels) : attitude protectrice excessive, infantilissante, privant la personne de tout rôle personnel, ou au contraire, mauvais jugement du soignant pensant que la personne peut faire seule ce dont elle est en fait incapable.
- Mauvais jugement du soignant professionnel qui ne sent pas l'atmosphère d'hostilité familiale dans laquelle la personne âgée se trouve plongée.
- Lieu de vie sans respect possible de l'intimité.
- Lieu de vie laissé en désordre et dangereux pour la sécurité (éclairage insuffisant, sol inégal, installation électrique défectueuse, conduites de gaz usagées, ...).

### **Distorsions médicales.**

Médecins négligents, absents, peu ou non formés à la gériatrie, peu ou pas d'information des familles, manque de sens de la communication, thérapies excessives, faux actes, fausses ordonnances, multiplication des actes.

### **Distorsions personnelles des soignants**

- Personnels peu formés, mal formés.
- Facteurs de risque : vie familiale conflictuelle, insuffisants en nombre, absentéisme excessif.
- Attitudes : Non-réponse aux appels (suppression des sonnettes), langage grossier, désinvoltes, mal tenus, sales (blouses, mains, cheveux,...), bruyants, brutaux, abus de cigarettes et/ou d'alcool.

### **Distorsions légales...illégalles.**

- Distorsions financières : mauvais conseils (par ignorance ou prémédités) concernant l'usage de l'argent, des biens immobiliers et mobiliers, le placement des revenus.
- Privation de la personne de toute gestion (ou souhaits concernant la gestion) de ses biens et revenus.
- Exploitation de la personne : vie à ses crochets, utilisation frauduleuse de ses procurations (financières ou politiques).
- Vols divers : d'argent, de biens mobiliers et/ou immobiliers.

### **Distorsions institutionnelles liées au site.**

- Maltraitance géographique : institution éloignée du centre ville, absence de commerces à proximité, en pleine campagne.
- Maltraitance architecturale : couloirs trop longs, sombres, sans indications claires, établissements trop grand, chambres trop nombreuses, mobilier de mauvaise qualité, marches mal placées, plans inclinés trop rapides.

### **Distorsions administratives.**

- Direction absente, peu qualifiée, mauvaise qualité de l'accueil, relations difficiles avec les personnels, les familles.
- Concernant les personnels : changements fréquents de personnel, de surveillants, affectation en gériatrie pour des « raisons disciplinaires ».
- Concernant les résidents : menaces de « mise à la porte », captation de biens, trafic immobilier.

### **Le vieillard maltraitant (dépendant, dément ou caractériel).**

Il épuise la tolérance de son environnement : agressif, violent, insultant, opposant (refus des soins), mécontent permanent. Facteurs liés à la maladie : incontinence (risque), cris, gémissements incessants sine materia, déambulant.