

**PLACER LA DEMARCHE QUALITE
AU CŒUR DE L'ACCOMPAGNEMENT DES RESIDENTS
D'UN EHPAD DANS UN CONTEXTE DE TRANSFERT DE GESTION**

Julie GARLENQ

2018

Remerciements

Je tiens à remercier :

- Emmanuelle ALBERT et l'ensemble des salariés de l'EHPAD les Aiguerelles pour m'avoir accompagnée durant toute ma période de stage puis de prise de poste, je suis en particulier très reconnaissante de l'engagement bienveillant et professionnel dont ils font preuve quotidiennement auprès des personnes âgées accueillies.
- Pascale FINIELZ, ma tutrice de mémoire, qui a su faire preuve de souplesse et de patience pour pouvoir me faire aboutir dans mes cheminements intellectuels.
- Claudy JARRY, Directeur Régional PACAC de la Croix-Rouge française, qui a su, en premier lieu, me faire confiance en me proposant ce terrain de mémoire, puis m'aider à chaque étape de la réalisation de ce travail en confrontant nos points de vue autour d'échanges toujours respectueux, engagés et professionnels.
- Les collaborateurs de la filière « Personnes Agées » de la Direction des métiers de la Croix-Rouge française qui m'ont transmis tous les outils métiers et avec qui j'ai pu échanger sur les enjeux actuels de nos établissements et les chantiers prioritaires pour la filière concernée.
- L'ensemble des directeurs d'EHPAD que j'ai sollicité durant ce travail d'investigation puis de mise en œuvre concrète, je pense en particulier à Pascal SEGALT, Delphine DESSON, Laurence VAINÉAU, Marie STELHY, Hélène MEILHAC, Isabelle DEVILLERS, Philippe LEFORT et Jean-Yves PALLU DE LESSERT.
- Les collègues de promotion, professeurs et personnels pédagogiques de l'Institut Régional de Travail Social (IRTS) de Montpellier pour la constance et l'efficacité de leurs soutiens sur un chemin de 30 mois de formation.
- Le Professeur Jean-Jacques ELEDJAM – Président de la Croix-Rouge française, qui me donne toute sa confiance depuis plus de huit années maintenant et qui me permet de réaliser ce projet de formation.
- L'ensemble de ma famille et tout particulièrement, Nicolas, mon compagnon et Félix, mon fils, qui ont accepté ces absences nombreuses, ces vacances studieuses, ces humeurs changeantes pour l'aboutissement d'un projet professionnel qui me tenait personnellement à cœur.

Sommaire

Introduction	1
1 ANALYSE CONTEXTUELLE DE L'EHPAD LES AIGUERELLES FAVORISANT LE LANCEMENT D'UNE DEMARCHE QUALITE	3
1.1 Les grandes évolutions de la prise en charge des personnes âgées	3
1.1.1 Notions clefs du secteur « personnes âgées dépendantes »	3
1.1.2 Les politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes	5
1.1.3 Comparaison avec d'autres politiques publiques étrangères	7
1.1.4 La mission des EHPAD aujourd'hui : un sujet d'actualité nationale.....	10
1.2 L'EHPAD associatif les aiguerelles : un établissement historique et familial de qualité	12
1.2.1 Les caractéristiques structurelles de l'établissement	12
1.2.2 Des professionnels bienveillants suivis par un management du quotidien.....	14
1.2.3 Un acteur gérontologique connu mais peu intégré dans son environnement....	17
1.3 Le projet de reprise par la Croix-Rouge française : les impacts sur l'établissement	19
1.3.1 Un mouvement caractéristique dans le secteur	19
1.3.2 Les différentes étapes : du mandat de gestion à la reprise effective.....	22
1.3.3 Les conséquences à court /moyen terme de ce processus de rapprochement.	25
2 LES ENJEUX DE LA DEMARCHE QUALITE AUPRES DE L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES DE L'ETABLISSEMENT	30
2.1 La qualité : genèse et actualité dans le secteur	30
2.1.1 La notion de qualité – de l'origine à nos jours.....	30
2.1.2 La qualité dans le secteur sanitaire puis médico-social	31
2.1.3 Les spécificités de la démarche qualité en EHPAD : histoire et actualité	33
2.2 Les enjeux pour la direction : piloter les risques réglementaires, manageriaux et économiques	37
2.2.1 Respecter le cadre réglementaire	38
2.2.2 Evaluer la qualité de l'accompagnement et les priorités d'amélioration	39
2.2.3 Préparer l'avenir et anticiper les risques économiques.....	41

2.3	Les enjeux pour les résidents et leurs familles : adapter l’offre de l’établissement aux évolutions des publics accueillis	42
2.3.1	Répondre à l’évolution permanente des besoins des résidents.....	42
2.3.2	Un enjeu de co-construction avec les résidents et leurs familles.....	44
2.3.3	Proposer une offre de service globale sur le territoire melgorien.....	46
2.4	Les enjeux pour les salariés : faciliter et améliorer leurs interventions auprès des résidents	47
2.4.1	Piloter une coopération interdisciplinaire.....	48
2.4.2	Questionner les conditions de travail	48
2.4.3	Mobiliser à long terme les salariés à la démarche.....	49
2.5	Les enjeux pour le repreneur : piloter la qualité – un préalable important à une transition réussie.....	50
2.5.1	La construction d’une relation de confiance avec les financeurs publics	50
2.5.2	Le respect de la politique qualité nationale de la Croix-Rouge française.....	51
2.5.3	Un outil de communication externe	52
3	LA MISE EN OEUVRE D’UNE DEMARCHE QUALITE COLLECTIVE – UN LEVIER POUR ACCOMPAGNER LES ACTEURS AU CHANGEMENT DE GESTIONNAIRE.....	54
3.1	Faire de la démarche qualité une ambition structurante et collective	54
3.1.1	L’importance du positionnement fort de la direction.....	54
3.1.2	Présentation synthétique de la méthode	59
3.1.3	La place centrale de la communication	60
3.2	Les différentes étapes et l’organisation mise en oeuvre	62
3.2.1	Description du déroulé détaillé de la démarche.....	62
3.2.2	Les moyens mis en œuvre dans la réalisation de ce projet.....	66
3.2.3	L’évaluation de la démarche : effets attendus, méthode et critères	67
3.3	Les premières réalisations de la démarche qualité lancée.....	70
3.3.1	Etat des lieux de la démarche qualité au sein de l’établissement.....	70
3.3.2	Analyse des enquêtes d’évaluation de la satisfaction des résidents / familles..	75
3.3.3	Analyse des enquêtes terrain auprès des salariés sur la qualité	79
	Conclusion.....	81
	Bibliographie.....	82
	Liste des annexes.....	87

Liste des sigles utilisés

AAP : Appel A Projet
ACT : Autorité de Contrôle et de Tarification
AFNOR : Association Française de NORmalisation
AFORM : Association FOyer Résidence Mauguio
AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Etablissements en Santé
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale
ANGELIQUE : Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASH : Agent de Service Hospitalier
AS : Aide-Soignant
ASV : Loi N°2015-1776 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement (dite ASV)
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CD : Conseil Départemental
CH(R)U : Centre Hospitalier (Régional) Universitaire
CODIR : COmité de DIRection
COPIL : COmité de PILotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRf : Croix-Rouge française
CS : Conseil de Surveillance
CTP : Convention Tripartite Pluriannuelle
CVS : Conseil de la Vie Sociale
DUD : Document Unique de Délégation
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes
EIG : Evènement Indésirable Grave
ESA(D) : Equipe Spécialisée Alzheimer (à Domicile)
ESMS : Etablissement Social et Médico-Social
ESS : Economie Sociale et Solidaire
ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupes Iso-Ressources
GMP : GIR Moyen Pondéré
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Loi N°2009-879, loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (dite HPST)
IDE(C) : Infirmier Diplômé d'Etat (Coordinateur)
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IRP : Instance Représentative du Personnel
MEDEC : MEDEcin Coordinateur
PAQ : Plan d'Actions Qualité
PASA : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PATHOS : Outil d'évaluation des besoins de soins techniques pour les personnes âgées
PMP : PATHOS Moyen Pondéré
PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PSGA : Plan Solidarité Grand Age
RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles
RH : Ressources Humaines
SAAD : Service d'Aide et d'Accompagnement A Domicile
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
UHR : Unité d'Hébergement Renforcé
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

Du fait des progrès de la médecine, la proportion des personnes âgées augmente de manière significative et constante (en France, les personnes de plus de 80 ans représenteront 4 millions en 2020 et 7 millions en 2040 – soit trois fois plus qu’en 2000¹). A cela s’ajoute l’évolution des solidarités familiales et la volonté des séniors de rester le plus longtemps possible à leurs domiciles. Ainsi, les Etablissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) accueillent des personnes de plus en plus âgées, dépendantes et atteintes de plusieurs pathologies chroniques dont la prise en charge s’avère complexe. En conséquence, les politiques publiques à l’attention de ce public ont profondément évolué, depuis la fin des années 1990, par des réformes structurantes.

Dans ce secteur comme ailleurs, rien n’est plus archaïque que la notion de qualité, ce souci de bien faire pour l’homme, cet état d’esprit, cette dynamique quotidienne de progrès. Dans les EHPAD en particulier, la qualité s’est peu à peu structurée et imposée aux directeurs comme aux gestionnaires. La réforme de la tarification de 1999² a institué la démarche qualité dans les EHPAD, en introduisant la notion « d’amélioration continue de la qualité des services rendus aux bénéficiaires ». Puis, la loi du 02 Janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale, a renforcé deux principes fondamentaux de la démarche qualité : la promotion du droit des usagers et l’évaluation des activités des structures et de la qualité des prestations délivrées par elles³. Enfin, plus récemment, les négociations autour de la réforme de la tarification courant 2017, centrées sur la question des moyens mis au service de l’accompagnement des personnes, ont mis les EHPAD sur le devant de la scène politique et médiatique, entraînant une certaine défiance du grand public devant les difficultés de prise en charge. Ainsi, pour rétablir la confiance, il est indispensable d’objectiver la qualité des prestations délivrées aux résidents en EHPAD par le déploiement d’une démarche évaluative continue qui positionne les résidents au cœur des problématiques de l’établissement.

De ces profondes mutations, à la fois sociétales et politiques, procèdent de nécessaires évolutions de l’offre d’accompagnement à destination des personnes âgées en perte d’autonomie. Et, dans le paysage des gestionnaires d’EHPAD, qui compte à la fois, des institutions séculaires, mais également de « nouveaux » gestionnaires, c’est sans doute pour ces premières que les bouleversements induits sont les plus importants. C’est le cas

¹ Mickael BLANQUET, « Atlas des séniors et du grand âge en France », Presses EHESP, 2017, p.7.

² Décret n°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

³ Conformément à l’article L.312-8 du Code de l’Action Sociale et des Familles (CASF).

de l'EHPAD « Les Aiguerelles », ancien foyer-logement associatif, implanté depuis près de 85 ans à Mauguio aux portes de Montpellier (34), cette structure associative accueille 86 résidents en hébergement permanent. Depuis plusieurs années déjà, elle connaît des difficultés liées notamment à la vétusté et l'inadaptation des locaux à l'évolution de la dépendance du public accueilli. C'est dans ce contexte, que le conseil d'administration a souhaité se rapprocher en 2013 de la Croix-Rouge française (CRf) pour envisager une reprise. Un important projet architectural comprenant 18 mois de travaux de construction / rénovation est envisagé une fois le transfert de gestion effectif. En attendant ces changements, au vu des enjeux multiples, la question est de savoir dans quelles mesures, le projet de transfert de gestion de l'EHPAD « les Aiguerelles » peut-il constituer un levier à l'amélioration de l'accompagnement via le lancement d'une démarche qualité continue ? En tant que directrice de la structure, comment puis-je impulser, formaliser et surtout mobiliser les équipes durablement à la mise en place d'une démarche progrès, qui constituera un socle structurant aux différents projets et échéances majeurs à venir ?

Après avoir analysé le contexte global et local dans lequel évolue l'EHPAD « les Aiguerelles » dans une première partie, je détaillerai, dans une seconde partie, les enjeux liés au lancement d'une démarche collective d'amélioration de la qualité pour les acteurs de l'établissement. Enfin, je présenterai la démarche projet retenue dans l'ensemble de ses différentes composantes et j'exposerai les premiers résultats d'un processus au long cours.

1 ANALYSE CONTEXTUELLE DE L'EHPAD LES AIGUERELLES FAVORISANT LE LANCEMENT D'UNE DEMARCHE QUALITE

1.1 LES GRANDES EVOLUTIONS DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

1.1.1 Notions clefs du secteur « personnes âgées dépendantes »

Au Moyen Age, les institutions de bienfaisance accueillait tous les publics exclus sans ressource dont les personnes âgées. Puis, tout au long du XX^{ème} siècle, se développent des « hospices pour vieillards », héritiers de la tradition asilaire, définis par Louis XIV dans un édit royal comme « des lieux de relégation pour des cohortes de vieillards contraints de se livrer à une mendicité tapageuse et socialement difficilement supportables ». Ce n'est que dans les années 60, quand se pose la question de la « rationalisation de la gestion de la vieillesse » que sort le rapport Laroque qui modifie l'appréhension de la vieillesse. Il pose le fait « qu' il est nécessaire d'assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société et de permettre à chacun d'occuper, à tout moment, la place qui lui assure l'épanouissement le plus complet de sa personnalité, dans son intérêt propre comme dans l'intérêt de la communauté elle-même, compte tenu tant de l'âge que des autres éléments qui déterminent cette personnalité »⁴. Le rapport met également l'accent sur trois axes fondateurs : la prévention du vieillissement, l'aide à domicile et l'amélioration des lieux de vie collectifs. C'est à cette époque que le concept de « foyer logement » voit le jour. L'année 1975 marque la reconnaissance officielle des « maisons de retraite » en tant qu'établissements médico-sociaux, tandis qu'en 2002, la terminologie d'Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) prend naissance du fait de la nécessaire médicalisation des foyers logements.

La notion de dépendance : la dépendance n'est pas spécifique à l'âge, nous sommes tous interdépendants à tous âges, simplement les personnes âgées ont de moins en moins les moyens d'exprimer et de satisfaire à cette dépendance. « La dépendance est une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réel ou idéal, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ou d'un désir⁵ ». Dans le secteur des personnes âgées, la dépendance appelée également « perte d'autonomie » est définie comme le besoin d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne pour les personnes de plus de 60 ans. Elle est évidemment liée à l'état de

⁴ Rapport LAROQUE Pierre, Commission d'étude des problèmes de vieillesse, Paris, La Documentation française, 1961, p.4.

⁵ Albert MEMMI, « Le buveur et l'amoureux, le prix de la dépendance », Arlea, 1998.

santé mais aussi à l'environnement matériel. Par exemple, une personne ayant des difficultés à se déplacer sera d'autant plus dépendante qu'elle habitera un étage dans un immeuble sans ascenseur. De manière très factuelle, les degrés de dépendance et de besoins en soins sont évalués par 2 méthodes complémentaires :

- **La grille AGGIR** (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources) qui mesure l'autonomie à partir de l'observation de 10 activités et détermine le niveau de dépendance (du GIR 6 au GIR 1 – dépendance croissante).
- **La modèle PATHOS** qui identifie les pathologies du résident à partir de situations cliniques observées et permet de déterminer les soins médico-techniques requis pour assumer la prise en charge médicale nécessaire.

Ainsi, la somme des Groupes Iso-Ressources (GIR) des personnes présentes dans l'établissement à un instant "t" donne un Gir Moyen Pondéré (GMP), qui est le niveau moyen de dépendance des résidents. Cette variable conditionne les moyens alloués à la structure par les Autorités de Contrôle et de Tarification (ACT).

Les structures se trouvent face à une évolution continue du degré de dépendance des publics accueillis. Selon les projections du modèle de micro-simulation « Destinie⁶ », utilisé par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), le nombre de personnes dépendantes augmenterait de 50% entre 2000 et 2040 pour atteindre 1 230 000 personnes, la durée moyenne de la dépendance serait de 4,4 ans pour un âge moyen de 83 ans. Les EHPAD ont dû se spécialiser autour de la dépendance.

La notion de troubles cognitifs : La dépendance est une des conséquences des troubles cognitifs qui peuvent affecter la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. Ces affections, regroupées sous le terme de « démence », sont causées par un ensemble de maladies qui touche principalement le cerveau comme la maladie d'Alzheimer ou l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Ces pathologies sont l'une des causes principales de handicap et de dépendance de la personne âgée. Les troubles cognitifs sont éprouvants, non seulement pour les malades, mais aussi pour les familles et les soignants. Les symptômes principaux sont les suivants :

- perte de repères spatio-temporels
- difficulté à reconnaître ses proches et ses amis
- perte des gestes quotidiens comme par exemple les soins d'hygiène
- ataxies (troubles de la coordination des mouvements d'origine neurologique)
- altération des comportements et agressivité envers un environnement ou une personne perçue comme hostile.

⁶ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380833>.

Actuellement, il n'y a pas suffisamment de structures spécialisées permettant d'accompagner les personnes âgées dépendantes souffrant de troubles cognitifs de manière adaptée à leurs besoins. Les équipes en EHPAD sont quotidiennement en difficulté devant l'augmentation de ces troubles, par manque de formation, d'encadrement et de structures adaptées même si l'Etat a déployé plusieurs plans dédiés à cette population spécifiquement.

1.1.2 Les politiques publiques en faveur des personnes âgées dépendantes

Les politiques publiques, à l'attention des personnes âgées dépendantes, ont profondément évolué par des réformes structurantes du secteur autant à domicile qu'en établissement collectif. Ainsi l'objectif est de développer une palette d'offres de services entre le domicile, les établissements (EHPAD, logements-foyers, etc.) et les solutions intermédiaires ou séquentielles (accueil de jour, accueil de nuit, hébergement temporaire, Services de Soins Infirmiers à Domicile - SSIAD, etc.) avec le plus de fluidité possible avec le secteur sanitaire également (Unité de Soins de Longue Durée - USLD, Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique - SSR, hôpital local....). Il est essentiel de garder en tête les questions majeures de « libre choix » de la personne mais aussi d'accessibilité financière. De manière synthétique, voici les politiques publiques, spécifiques aux établissements pour personnes âgées dépendantes ayant façonné le secteur, sur le sujet de la prise en charge des personnes accueillies :

- Les adaptations de l'offre collective par rapport aux évolutions des publics :

L'état, par ses divers plans successifs mais aussi par des mesures propres aux établissements collectifs, a fait évoluer l'offre du secteur. Voici quelques illustrations :

- Médicalisation et contrôle des établissements d'hébergement à partir de 1997 via l'obligation de conventionnement pluriannuel avec les autorités de tarification⁷ ;
- Fixation d'un panier de prestations obligatoires des EHPAD pour offrir des prestations de qualité à leurs résidents⁸ ;
- Développement des EHPAD grâce à différents plans nationaux «Plan Solidarité Grand Age (PSGA)» sur deux décennies jusqu'en 2010 puis ensuite via des plans nationaux ciblés comme le plan Alzheimer 2008-2012 et le plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019 ;
- Diversification de l'offre de services en EHPAD par la création de nouveaux services : Pôles d'Activités et de Soins Adaptés - PASA, accueil de jour, unité de vie protégée, Equipe Spécialisée Alzheimer – ESA, Unité d'Hébergement Renforcé – UHR,...

⁷ Loi du 24 Janvier 1997 N°97-60.

⁸ Arrêté du 26 Avril 1999.

- Enfin, la loi du 28 Décembre 2015⁹ relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement dite loi ASV, définit les prestations sociales minimales à fournir et met l'accent sur une plus grande transparence des prix, une meilleure information des usagers et le soutien au développement de solutions intermédiaires.
- **Une territorialisation du pilotage des structures** : les lois de décentralisation des années 1982-1983¹⁰ comme la loi HPST du 21 juillet 2009¹¹ créant les Agences Régionales de Santé, ont donné naissance à une organisation majoritairement décentralisée mais également particulièrement éclatée, segmentée et complexe (Voir annexe 1)¹². D'autre part, l'une des particularités des EHPAD est de relever d'une compétence conjointe Agence Régionale de Santé (ARS) / Conseil Départemental (CD) imposant ainsi une contractualisation tripartite entre l'établissement et les autorités de tarification. En effet, depuis la loi du 20 Juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, une Convention Tripartite Pluriannuelle (CTP), doit être conclue entre l'établissement, le directeur de l'ARS et le Président du Conseil Départemental, qui fixe, pour cinq ans, les objectifs de qualité de la prise en charge et les dotations de fonctionnement. Depuis la loi ASV du 28 décembre 2015, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) remplace de manière obligatoire le CTP à partir du 01 Janvier 2017.
 - **Vers une individualisation de l'accompagnement des personnes** : la loi N°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales faisait naître la notion même de « secteur social et médico-social » se dissociant ainsi du secteur sanitaire et instaurait le principe « d'autorisation » scellant les dispositifs dans leurs missions. A l'inverse, la loi 2002-02 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale acte le début d'un processus de « désinstitutionnalisation » de la prise en charge collective au profit d'une notion de parcours individualisé de l'utilisateur en fonction de ses besoins et sans rupture dans l'accompagnement. L'enjeu pour les acteurs est de développer un travail en réseau permettant à chaque besoin identifié, de pouvoir y apporter les réponses, dans la complémentarité de chaque acteur. C'est une inversion de l'approche, l'angle de vue n'est plus par rapport à un établissement mais par rapport à une somme de besoins à satisfaire individuellement.

⁹ Loi N°2015-1776 du 28 Décembre 2015 relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement.

¹⁰ Loi N°82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, Loi N°82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi N°82-213 du 2 mars 1982 et la Loi N°83-8 du 07 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.

¹¹ Loi N°2009-879, loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (dite loi HPST) du 21 Juillet 1999.

¹² Annexe 1 : Architecture territoriale des politiques et dispositifs du secteur des personnes âgées.

De manière appliquée, voici quelques éléments sur les politiques gérontologiques dans l'Hérault : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter de + 44% entre 2010 et 2030¹³. Deux raisons à cette évolution : le vieillissement naturel de la population, en particulier des générations du baby-boomers et l'arrivée de séniors venus d'autres régions de France, le département ayant le plus fort solde migratoire en France. Le taux d'équipement départemental en structures pour personnes âgées est aujourd'hui proche de celui de France métropolitaine¹⁴ suite à un rattrapage fort ces dix dernières années. Dans le département, il faut compter : 11 003 places installées en EHPAD réparties de la manière suivante : 89% en hébergement permanent, 8% en unités Alzheimer, 1% en hébergement temporaire et 2% en accueil de jour ; concernant les dispositifs spécifiques aux personnes âgées souffrant de troubles cognitifs : 4 UHR pour 49 places et 27 PASA pour 448 places. Cette offre est largement insuffisante, le nouveau Schéma Départemental Autonomie du CD de l'Hérault 2017-2022¹⁵, malgré tout, priorise son engagement auprès des personnes handicapées et préconise au niveau des personnes âgées :

- Augmenter le nombre de PASA par création / mutualisation de places
- Analyser les besoins et créer des UHR à destination des personnes atteintes de troubles psychiques sévères et/ou de troubles du comportement graves
- Créer des places d'accueil spécialisé pour personnes avec troubles cognitifs

Des politiques territoriales ciblées pour répondre le mieux aux besoins des publics, d'autres pays ont fait ce choix depuis de nombreuses années déjà.

1.1.3 Comparaison avec d'autres politiques publiques étrangères

La plupart des pays occidentaux affiche clairement la priorité donnée à un soutien à domicile de qualité et diversifié (pour citer les principaux : la Suède, la Finlande, le Danemark, la Norvège, l'Australie et plus récemment l'Allemagne, le Royaume-Uni et le Canada) et a adopté une double stratégie :

- une désinstitutionnalisation de la prise en charge avec une stabilisation du parc d'établissements d'hébergement ;
- un renforcement des dispositifs liés à la prise en charge à domicile.

¹³ Guide séniors – Conseil Départemental de l'Hérault – Septembre 2017.

¹⁴ ARS Languedoc Roussillon, « Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) 2012-2017 », Schéma p.97.

¹⁵ Conseil Départemental Hérault, « Schéma Départemental Autonomie 2017-2022 », p.97-99.

	Buts politiques
Allemagne	Maintenir les personnes à domicile autant que possible Réduire la demande de places en établissement Alléger les demandes aux régimes de l'aide sociale Libérer les parents et enfants d'une lourde responsabilité financière Stimuler les réseaux sociaux Donner une reconnaissance professionnelle aux soins informels
Australie	Promouvoir le <i>community care</i> et le maintien à domicile <i>Carer payment</i> – reconnaître qu'il s'agit d'un travail <i>Carer allowance</i> – compenser (très partiellement) le coût des soins
Autriche	Maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Faire preuve de solidarité sociale envers les personnes en perte d'autonomie Elargir la palette de choix des services Inciter le recours aux soins informels
Danemark	Proposer un congé familial Maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Stimuler les réseaux sociaux
Finlande	Maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Réduire la demande de place en établissement <i>Omaisloidon</i> – compenser l'aidant pour la perte du revenu <i>Elkensaajien Hoiotuki</i> – compenser le coût de la dépendance
Pays-Bas	Proposer un congé familial <i>Loopaandonderbreking</i> – créer des emplois, réduire le taux de chômage <i>Persoongebonden budget</i> – maintenir les personnes âgées à domicile autant que possible Réduire la demande de places en établissement Réduire les coûts
Royaume-Uni	Maintenir les personnes âgées à domicile – <i>Community Care</i> Stimuler les réseaux sociaux Inciter à l'utilisation des soins informels <i>Attendance Allowance</i> – pour l'achat des services <i>Invalid Care Allowance</i> – compenser le revenu perdu

Les objectifs des politiques publiques aux personnes âgées en perte d'autonomie¹⁶

Si au Danemark et au Royaume-Uni, la tendance est à la réduction des places en établissement, on observe parallèlement une nette tendance à la spécialisation de leurs institutions d'hébergement : la création de petites unités de soins et d'encadrement spécialisés, destinées principalement aux personnes atteintes de troubles cognitifs, en est la marque. En Australie, les services d'hébergement sont limités à deux grandes catégories : les maisons de retraite pour personnes autonomes / en légère perte d'autonomie (en réduction depuis 1997) et les maisons de soins infirmiers pour personnes non autonomes dont les programmes sont constants. Pour faciliter la solidarité intergénérationnelle, plusieurs pays (Espagne, Australie, Irlande, Royaume-Uni, Suède et Canada) ont introduit des systèmes d'allocations aux aidants leur permettant de

¹⁶ Jane JENSON, « D'un régime de citoyenneté à un autre : la rémunération des soins » in Claude Martin (dir.), La dépendance des personnes âgées - Quelles politiques en Europe ?, Editions ENSP, 2003, p.75.

compenser en partie la perte de revenu résultant d'un arrêt ou d'une réduction de leur activité professionnelle. Nombreux sont les pays ayant mis en place des dispositifs de « répit » pour les aidants, membres de la famille de la personne âgée dépendante. D'autre part, sur la question des moyens, parallèlement à la priorité donnée au maintien à domicile, de nombreux pays ont fait le choix de la décentralisation de leurs systèmes d'aides. Voici quelques illustrations concrètes :

- **le concept de *Group living / Cantou*** : particulièrement développé en Europe du Nord, cette prise en charge est fondée sur un hébergement dans des habitats particuliers regroupant autour d'un espace à vivre commun 7 à 12 chambres personnelles. La vie est organisée autour des activités domestiques par une maîtresse de maison. La structure n'est pas « techniquement » médicalisée. La solution, parfois décriée pour sa non-médicalisation, apparaît cependant comme la structure qui soulage le plus la charge des aidants, sans augmenter les sentiments de dépression et d'isolement social des personnes âgées dépendantes. En France, la plupart des cantou, comme décrit plus haut ont pris la dénomination « d'Unité de vie protégée spécialisée Alzheimer ».
- **le programme « *Community Aged Care Package* » en Australie** offre des « places d'hébergement » à domicile. Ce pays a développé une large gamme d'habitats intermédiaires car ces formats semblent répondre au besoin de sécurité de la personne et rompent l'isolement des personnes âgées tout en améliorant l'accessibilité pour les services de maintien à domicile.
- **la décentralisation complète du système d'aide aux personnes âgées dépendantes en Suède** : cette gestion de proximité permet, en effet :
 - d'organiser des équipes d'évaluation des besoins de façon plus efficace
 - de prendre des décisions plus rapides (circuits de décision raccourcis)
 - de financer un suivi adapté sur la base de référents locaux valables.

Ainsi, la France n'est pas isolée dans ses réflexions actuelles mais l'Etat semble suivre plutôt que d'initier des expérimentations innovantes par rapport à nos voisins étrangers. Pour preuve, la loi ASV du 28 Décembre 2015 met en avant, d'une part, l'aide aux aidants et d'autre part, les résidences autonomes et les habitats intermédiaires. Cependant, la dualité EHPAD – Domicile restent encore profondément ancrées, les français sont particulièrement attachés à la notion de propriété – donc assez logiquement de domicile, le principe de domicile « partagé » restent effectivement peu démocratisé dans la culture française (colocation, habitat collectif, baluchonnage...). Or, le modèle de l'EHPAD français connaît des difficultés profondes et multiples qui ont fait l'objet d'une médiatisation récente.

1.1.4 La mission des EHPAD aujourd'hui : un sujet d'actualité nationale

Depuis le début des années 2000 et, en particulier, suite à l'épisode de la canicule de 2003, se pose la question du financement du risque « dépendance ». Le système existant montre d'inquiétants signes de fragilité et, malgré de nombreux rapports concordants, du fait des contractions budgétaires, les gouvernements successifs repoussent cet important débat de société délicat. Parler de nos aînés nous confronte à nos propres angoisses existentielles et notamment la déchéance physique, intellectuelle et la mort. Ainsi, l'Etat propose plutôt des mesures à la marge bien loin d'une loi, qui se devrait être ambitieuse. La dernière en date, est la loi ASV du 28 décembre 2015 (à travers ses amendements car le projet de loi excluait ces mesures pour les EHPAD). Elle impacte particulièrement les EHPAD sur 2 points :

- L'obligation des CPOM en remplacement des CTP à compter du 1^{er} Janvier 2017
- La réforme de la tarification des prestations vers une convergence d'ici 2023 pour tous les établissements publics, associatifs ou commerciaux.

L'entrée en vigueur de la loi a donné lieu à un mouvement social inédit, fin 2017 et début 2018, regroupant les salariés mais également les directeurs et les gestionnaires publics comme privés. Cet épisode a mis en évidence, sur la place publique, les difficultés préexistantes et en particulier financières des EHPAD mais également les conditions d'exercice pour les salariés, et d'accueil pour les résidents. Les EHPAD peuvent donner le sentiment que les résidents y sont négligés, abandonnés, voire maltraités. Les médias ont multiplié les témoignages de salariés épuisés. Pour preuve, l'indice de fréquence des accidents du travail est deux fois supérieur à la moyenne nationale toutes activités confondues, supérieur même au secteur du bâtiment et des travaux publics. Au-delà de l'abrogation de la loi, les revendications portaient sur l'application d'un ratio d'encadrement d'un professionnel par résident, contre 0,6 en moyenne actuellement.

Il s'en est suivi une avalanche de rapports pour citer les principaux :

- **Avis N°128 du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)** : « Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles dans les établissements dits d'hébergement ? », (Février 2018)
- **Rapport d'information de B.BONNE pour le Sénat** sur la situation dans les EHPAD (Mars 2018)
- **Avis du Conseil Economique, Social et Environnement (CESE)** : « Vieillir dans la dignité » par M.O.ESCH (Avril 2018)
- **Rapport de la mission d'information sur les EHPAD par M.IBORRA et C.FIAT à l'Assemblée nationale** : 31 propositions pour répondre à la crise actuelle et repenser le « modèle même de l'EHPAD », (Mars 2018)
- **Rapport de P.RICARDEAU de l'Inspection Générale des Affaires Sociales – IGAS** : 17 propositions pour réformer le système de tarification (Avril 2018).

Ces rapports ont tous concouru à donner lieu à l'annonce d'un énième plan gouvernemental le 30 Mai 2018 par Agnès BUZYN – Ministre des solidarités et de la Santé du plan Grand Age et Autonomie. Voici les principales mesures pour les EHPAD : l'accélération de la médicalisation et des crédits associés ; la mise en place des IDE de nuit et le gel, au moins momentanément, de la convergence tarifaire négative. Cet effort ne semble pourtant pas à la hauteur des maux. Nous pouvons noter en particulier l'absence de mesures immédiates pour les professionnels. C'est ainsi, une nouvelle fois, un pansement à l'endroit même où une réforme en profondeur est nécessaire, pour construire un modèle d'accompagnement de la perte d'autonomie et plus particulièrement du modèle de l'EHPAD. En effet, il faut dénombrer 7 200 EHPAD qui accueillent quotidiennement 600 000 personnes avec 400 000 professionnels qui œuvrent avec un taux de croissance annuel moyen du nombre de personnes résidant en EHPAD d'environ 2,2%¹⁷. La difficulté est de trouver un modèle qui réponde aux trois enjeux majeurs suivants, eu égard aux contraintes fortes de l'environnement (prise en charge plus médicalisée, multiplication des normes, renforcement de la pression économique et évolution des besoins des résidents) :

- La qualité de l'accueil et des services proposés
- La viabilité économique du modèle
- L'image de marque sur un marché concurrentiel¹⁸

Personnellement, j'ai trouvé les attaques portées sur le travail réalisé dans les EHPAD particulièrement injustes pour les équipes de professionnels qui s'occupent quotidiennement de nos aînés avec des moyens contraints. Cette situation conforte ma conviction d'ouvrir les portes de l'EHPAD, de présenter les budgets aux familles, pour sensibiliser le plus grand nombre à la mission indispensable mais aujourd'hui délicate de ce type de structures. Les équipes de professionnels sont en permanence confrontées à des questions éthiques comme : la notion du consentement, les directives anticipées, les soins palliatifs et la mort, la liberté d'aller et venir versus l'obligation de soins et de sécurité mais aussi des préoccupations concernant la citoyenneté, la vie, le plaisir car comme disait Victor Hugo dans les Misérables « Il y a on ne sait quelle aurore dans une vieillesse épanouie ». Effectivement, l'EHPAD est très souvent la dernière demeure (75% des résidents décèdent à l'EHPAD¹⁹) mais une demeure où il fait bon vivre.

L'association mono-établissement AFORM défend cette ambition, portée par les professionnels de l'EHPAD « les Aiguerelles » mais qui sont rattrapés par des locaux inadaptés, un encadrement en deçà des besoins et une faible ouverture vers l'extérieur.

¹⁷ DRESS – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère des Affaires Sociales, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et Résultats, N°1015, Juillet 2017.

¹⁸ KPMG, « EHPAD : vers de nouveaux modèles ? », Décembre 2015, p.33.

¹⁹ Office National de la Fin de Vie (ONFV), « La fin de vie en EHPAD », Paris, 2013.

1.2 L'EHPAD ASSOCIATIF LES AIGUERELLES : UN ETABLISSEMENT HISTORIQUE ET FAMILIAL DE QUALITE

1.2.1 Les caractéristiques structurelles de l'établissement

D'une initiative communale, l'association AFORM (Association FOyer Résidence Mauguio) a créé en 1932 un établissement pour répondre, d'une part à l'accueil d'anciens combattants vieillissants, mais aussi plus largement pour proposer une prise en charge adaptée aux aînés de la commune. La structure a été transformée en « Foyer Logement » dans les années 60 en réponse à l'évolution des besoins des résidents : cette offre couplait des studios indépendants, accessibles et autonomes, assortis d'équipements et de services collectifs (restauration, blanchisserie, animations...). Les foyers logements ont été construits à l'époque pour des personnes âgées autonomes (GIR 5 à 6). Cependant le vieillissement de la population accueillie et l'arrivée tardive en foyer de personnes moins autonomes, a nécessité l'évolution de l'établissement vers un EHPAD. D'importants travaux ont été nécessaires et l'association AFORM a ainsi obtenu le 22 décembre 1989 l'arrêté d'autorisation pour une durée de 15 ans sur 86 places d'hébergement permanent (moyenne de 61 places sur l'Hérault²⁰) 100% habilitées à l'aide sociale. Cette autorisation vient d'être renouvelée pour 15 ans en Février 2018. Dès 2002, l'association a signé sa première CTP avec les ACT concernées, la 3^{ème} CTP a été signée en décembre 2015 pour 5 ans définissant ainsi les conditions de fonctionnement de l'établissement sur les aspects quantitatifs et qualitatifs ainsi que les objectifs prioritaires.

L'état vétuste et inadapté du bâti : en 1982, la structure s'est installée sur un site remarquable de 8 000m² mis à disposition par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), en plein cœur du village de Mauguio à proximité immédiate de tous commerces et activités. Très bien pensé à l'époque sur le format foyer-logement, le bâtiment avait été alors construit sur mesure : sur 4 niveaux, avec de petits couloirs donnant accès à de spacieuses chambres, majoritairement individuelles de 33m², munies de kitchenettes ainsi qu'à des espaces collectifs nombreux, conviviaux et agréables, sans oublier les espaces extérieurs accessibles et aménagés. Aujourd'hui, le bâtiment dénombre :

- 80 chambres individuelles spacieuses et 3 chambres doubles ;
- au rez de chaussée, l'accueil, le salon, le restaurant, la buanderie, des bureaux et des chambres ;
- par étage, le long de petits couloirs, des chambres et certains services (infirmierie, salon de coiffure, salle de kinésithérapie et bureaux administratifs).

²⁰ ARS Languedoc Roussillon, « Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) 2012-2017 », p.66.

Cependant au fil des années, l'entretien du site a été très limité (à la charge du propriétaire, le CCAS de Mauguio) et l'état du bâtiment s'est peu à peu dégradé, cumulé à l'aggravation du niveau de dépendance des personnes accueillies, le bâtiment est maintenant totalement inadapté à l'activité. En effet, les grosses réparations s'enchaînent (infiltrations par le toit, pannes ponctuelles des ascenseurs, alarme incendie obsolète, problématique importante d'isolation des fenêtres). Malgré tout, depuis 2011, différents travaux comme la suppression des chambres doubles mais également l'agrandissement de la salle de restauration et la réfection des salles de bains ont pu voir le jour. Ces aménagements ont eu pour conséquence de complexifier le quotidien des professionnels et la prise en charge des résidents car ils ont entraîné : la suppression de la salle d'animation (les animations se font dans le grand salon d'entrée) et l'éclatement des bureaux administratifs dans les étages. La dernière visite de conformité en date du 12 Novembre 2011 avait déjà relevé des anomalies en particulier sur le volet maintenance. D'ailleurs, lors d'un contrôle en Octobre 2017, l'Office Français d'Ingénierie Sanitaire (OFIS) a pointé une teneur en légionnelle anormale du fait d'un réseau d'eau vétuste et a exigé la réalisation de travaux qui n'ont toujours pas été réalisés par le bailleur, le CCAS, qui attend le transfert de gestion de l'établissement. En effet, la structure comme le bailleur, sont dans l'incapacité de faire les travaux nécessaires, évalués au total à 2 600 k€, soit dans le détail :

- 1 600 k€ pour la partie « travaux règlementaires ou/et urgents » : changement des portes intérieures, réfection de la cuisine, changement de toutes les menuiseries extérieures, remplacement des 2 ascenseurs, changement des revêtements au sol, étanchéité des balcons, réfection de toutes les peintures...
- 1 000 k€ pour l'amélioration du bâtiment : ravalement de façade, changement de la chaufferie, aménagement des extérieurs, réaménagement de la salle à manger et du hall...



Photos de l'EHPAD « Les Aiguerelles » – Mauguio (34)

Une gouvernance para municipale : comme 34% des EHPAD du département²¹, l'établissement EHPAD « les Aiguerelles » est géré par une association privée à but non lucratif régie par la loi du 1er Juillet 1901, l'« AFORM » (Association FOyer Résidence Mauguio). Cette association mono-établissement, créée dans les années 30, a pour objet social la gestion de l'EHPAD « les Aiguerelles » ainsi que la réalisation de toute œuvre sociale au bénéfice des personnes âgées de Mauguio. Dès son origine, les relations entre l'association et la municipalité de Mauguio ont toujours été très étroites, pour preuve, les élus du conseil municipal et du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) doivent représenter plus de la moitié des membres du conseil d'administration, soit une majorité décisionnaire. Ainsi actuellement, le conseil d'administration est présidé par Madame X, également Présidente du CCAS et adjointe à la Mairie de Mauguio en charge des Affaires Sociales de la ville. Cette structure est également étroitement liée aux associations d'anciens combattants de la collectivité, ce public et leurs familles étant prioritaires à l'admission (encore 25% des personnes accueillies en moyenne sont des anciens combattants ou conjoints).

En définitive, l'EHPAD a longtemps été assimilé à une structure municipale avec les risques de collusions que cela implique par des interventions directes d'élus, par exemple pour le recrutement de personnels ou l'admission de résidents. Pourtant, les membres du conseil d'administration ne sont pas particulièrement investis dans la vie institutionnelle de l'établissement, ils ne participent que très ponctuellement aux conseils d'administration avec des difficultés régulières pour atteindre le quorum et ne sont généralement pas présents aux réunions annuelles plénières de l'EHPAD. De la même façon, la commune a fait le choix de gérer « à l'économie » cet établissement, mettant l'accent ces dernières années sur d'autres dépenses prioritaires (ex : les jeunes et la petite enfance). D'autant que la compétence « Séniors » est maintenant l'attribut de la Communauté d'Agglomération du Etang de l'Or (représentant 7 communes pour 40 000 habitants), ainsi la municipalité ne souhaite plus porter en propre cette offre « séniors ». La dégradation de l'état du bâtiment illustre parfaitement « l'implication relative » de ses responsables. Malgré cela, les professionnels s'efforcent de proposer un accompagnement de qualité.

1.2.2 Des professionnels bienveillants suivis par un management du quotidien

« Accueillir la personne et l'aider à se positionner face aux évolutions physiques et psychiques auxquelles elle est confrontée et l'accompagner dans le cadre de son nouvel environnement en faisant en sorte qu'elle continue à avoir prise sur sa vie », voici la mission première décrite par le dernier projet d'établissement en 2011. Ces principes transparaissent véritablement dans la prise en charge la plus individualisée possible des

²¹ Conseil Départemental de l'Hérault, « Liste des établissements pour personnes âgées autorisés », Juin 2018.

personnes accueillies dans une ambiance familiale, bienveillante et conviviale. En voici quelques illustrations :

- **La richesse et diversité du programme d'animation** : l'animation n'est pas vue comme la capacité de proposer des activités de loisirs aux résidents mais comme un moyen de maintenir au maximum l'autonomie et de lutter contre l'isolement en entretenant des relations sociales entre résidents mais aussi vers l'extérieur. Ainsi, une animatrice à temps plein coordonne l'ensemble des activités d'animation quotidienne alternant temps collectifs et groupes plus restreints. Cet encadrement est très insuffisant, c'est pour cela que l'animatrice a développé d'importants liens avec de nombreux intervenants extérieurs (musicothérapie, gymnastique douce, prévention des chutes, coiffeurs, musiciens, exposants ...) et des bénévoles (lecture, ateliers, jeux de société). Un minibus acheté récemment permet également des sorties. Le projet d'animation 2016-2020 préconise de créer une salle d'animation, des lieux fermés à chaque étage et une salle sensorielle sans oublier le projet d'aménagement du parc boisé. Mais tout cela reste en sommeil dans l'attente de la réalisation des travaux nécessaires.
- **La dynamique des Projets de Vie personnalisés** : consécutive à la loi N°2002-2 du 02 Janvier 2002, cette démarche illustre parfaitement les valeurs véhiculées au sein de l'établissement : chaque résident est suivi, dès son arrivée, par un tuteur salarié référent, tous métiers confondus, qui accompagne la personne en lien avec sa famille et en fonction des priorités établies de son projet personnalisé. Une rencontre annuelle, en présence d'une grande partie des professionnels, est assurée et permet un regard croisé interdisciplinaire riche et efficace au service des personnes accueillies. C'est une mission particulièrement reconnue par l'ensemble des salariés de l'établissement, portée par la psychologue de l'établissement, qui forme les professionnels aux écrits professionnels, à l'accompagnement et s'assure du suivi de la mise en œuvre des priorités établies.
- **La méthode Montessori adaptée aux personnes âgées ayant des troubles cognitifs** : cette approche permet, en contournant les déficits et en s'appuyant sur les habiletés préservées, de faire réapprendre des gestes quotidiens aux personnes concernées. Elle est portée par la psychologue qui forme en continu l'ensemble des professionnels et crée des ateliers spécifiques régulièrement.
- **La lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse** : les professionnels défendent collectivement l'usage de thérapeutiques alternatifs en particulier dans la prise en charge des troubles du comportement (cris réguliers, errements, comportements inappropriés de manière répétitive, agitations) et privilégient la gestion des troubles du comportement par une approche comportementaliste à l'annihilation médicamenteuse de ces troubles, pourtant le plus souvent perturbateurs pour le

collectif et épuisants pour les professionnels. Ces effets secondaires sont généralement les conséquences des neuroleptiques prescrits pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. Ceci étant dit, certains résidents, souvent les plus valides, se disent gênés par ces comportements, se pose alors toute la question des libertés individuelles dans les lieux collectifs où la cohabitation quotidienne est nécessaire mais pesante.

Dans les années 2000, cet établissement a pris le virage de la médicalisation, ce qui a particulièrement modifié la morphologie de l'organisation en doublant les effectifs (passant de 20 à 44 Equivalent Temps Plein – ETP hors remplacements) et en internalisant des fonctions « soins » par le recrutement de 5 Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) à temps plein et 0,5 ETP d'un Médecin Coordinateur (MEDEC). Ainsi, l'établissement est passé d'une structure familiale à une structure professionnelle où l'encadrement n'a pas su s'organiser de manière efficace. Tout cela a concouru à une gestion plutôt quotidienne et à un manque de travail prospectif.

Aujourd'hui, l'accompagnement des résidents est assuré par l'implication forte d'une équipe de 44 ETP hors remplacements sous la Convention Collective Nationale - CCN 51²² avec une équipe de direction restreinte (voir Annexe 2)²³, fortement féminisée et un recrutement de proximité. Cela porte le taux d'encadrement à 0,58, ce qui dans la moyenne départementale, puisque le niveau moyen pour les EHPAD privés de l'Hérault en 2009²⁴ est à 0,56 et que celui des EHPAD publics est à 0,59. Une des problématiques en EHPAD est une difficulté à constituer une équipe de direction forte, incluant des cadres intermédiaires. Ici en l'occurrence, à part l'IDE Coordinatrice (IDEC), la plupart des professionnels est sous ma hiérarchie directe de directrice d'établissement, soit une vingtaine de salariés, tous métiers confondus. Aujourd'hui, le Comité de Direction (CODIR) est composé de : le MEDEC, l'IDEC, la psychologue, l'ergothérapeute et moi-même. Les indicateurs Ressources Humaines (RH) sont plutôt bons : une ancienneté moyenne de 6 ans, un niveau d'accident du travail moyen dans un secteur très exposé (6 % des salariés ont eu un accident de travail en 2017), un climat social clément avec un fonctionnement fluide entre les IRP (Instances Représentatives du Personnel) et la direction. L'établissement accueille régulièrement des stagiaires : IDE, Aide-Soignant (AS) et Agent de Service Hospitalier (ASH) ce qui représente environ un stagiaire toujours présent en continu (tous métiers confondus) et des contrats aidés (jusqu'à peu 2 Contrats d'Accompagnement dans l'Emploi – CAE avant la suppression du dispositif) étaient en

²² Convention Collective Nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 Octobre 1951 dite « CCN 51 ».

²³ Annexe 2 : organigramme de l'EHPAD les Aiguerelles – Juillet 2018.

²⁴ Sylvia MAILLE, « Etablissements pour personnes âgées 2007-2009 », DRASS Languedoc Roussillon, Décembre 2009, p.11.

permanence dans les effectifs afin d'ouvrir l'établissement à l'extérieur, de questionner les équipes dans leurs pratiques professionnelles et bien entendu de recruter (dans un secteur qui a des difficultés importantes pour attirer des profils du fait du bas niveau de salaire et des difficiles conditions de travail. Effectivement, la structure connaît des difficultés à pérenniser et à recruter certains postes comme les AS et les IDE.

Le personnel de cet établissement constitue un atout indéniable même si actuellement aucune Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPEC) n'a été mise en œuvre qui permettrait pourtant de travailler sur la fidélisation des salariés dans un secteur si éprouvant et où le turnover et les arrêts maladie nuisent au fonctionnement optimal d'une structure pourtant implantée sur une zone géographique en tension.

1.2.3 Un acteur gérontologique connu mais peu intégré dans son environnement

L'établissement est situé en plein cœur du village de Mauguio, comptant 17 000 habitants (7^{ème} ville de l'Hérault) situé à 11km de Montpellier, la ville préfecture, au cœur de l'aire métropolitaine Est Héraultais, zone très densément peuplée. A l'image de la démographie locale, la densité d'EHPAD est importante sur la zone. J'ai réalisé une étude²⁵ en mai 2018 sur un périmètre de 10km autour de Mauguio (voir Annexe 3)²⁶ qui permet de dégager certaines spécificités :

- L'établissement est le seul EPHAD privé non lucratif habilité aide sociale de la zone ce qui, de fait, va orienter vers la structure des résidents à faibles revenus éligibles. Cela peut constituer un avantage concernant le taux de remplissage mais également un risque concernant le paiement des créances clients.
- A l'inverse de ses voisins, l'établissement n'a pas diversifié son offre de service pour répondre à l'évolution des besoins des résidents : aucun accueil de jour, PASA ou Unité Spécifique Alzheimer ce qui est un point faible quand nous regardons les dispositifs des structures voisines. L'établissement n'a pas candidaté ou su convaincre les ACT au moment des diffusions des Appels A Projets (AAP) dédiés.
- Enfin, concernant son reste à charge (sur la base du socle de prestations minimales défini par la loi ASV du 28 Décembre 2015 : administration, accueil hôtelier, restauration, blanchissage et animation de la vie sociale), nous pouvons constater que l'établissement se situe plutôt dans la fourchette basse des « reste à charge » (coût total à la charge du résident et familles, déduction faite des différentes prises en charge par les autorités de tarification) à 66,55€ tandis que la moyenne sur la zone est à 74,08€. Ainsi, le prix ne sera pas un facteur discriminant à l'admission ce qui est adapté à son statut « habilitation aide sociale ».

²⁵ Origine des données : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>.

²⁶ Annexe 3 : Analyse concurrentielle des EHPAD dans un rayon de 10km – Mai 2018.

Le taux d'occupation de la structure est de l'ordre de 97 % du fait d'une rotation naturelle et consécutivement à un travail partenarial important auprès de prescripteurs de proximité (clinique du Parc à Montpellier, clinique mutualiste Jean Léon à la Grande Motte et le Centre gérontologique Antonin Balmes du Centre Hospitalier Universitaire – CHU de Montpellier), qui orientent plutôt des dossiers que l'on pourrait définir comme « sociaux » (faibles ressources, situations sociales délicates) ou par proximité géographique. D'ailleurs, aujourd'hui, 70% des admissions proviennent de Mauguio ou alentours, c'est donc un recrutement de proximité du fait de son histoire et de ses liens également avec le CCAS de la ville. C'est donc un EHPAD généraliste de proximité, c'est aussi ce qui fait sa faiblesse car d'un ancien foyer logement accueillant des personnes âgées autonomes, l'établissement aujourd'hui reçoit des pathologies très diversifiées, généralement très dépendantes et il est impossible de satisfaire tous les besoins spécifiques de chacun. Face à cette difficulté, l'établissement s'est particulièrement ouvert vers l'extérieur et a développé de nombreuses relations partenariales traduites par des conventions avec de nombreuses entités pour permettre un accompagnement de qualité quand l'établissement atteint ses propres limites. Nous pouvons noter par exemple :

NOM DE LA STRUCTURE	OBJET DE LA CONVENTION
Centre Hospitalier Universitaire (CHU)	Optimiser la prise en charge des résidents entre l'EHPAD et le CHU pour accompagner les hospitalisations.
Clinique mutualiste Jean Léon	Optimiser la continuité de la prise en charge des patients relevant d'une admission en EHPAD pour accompagner les hospitalisations
Equipe Mobile Soins Palliatifs de la Clinique du Mas du Rochet	Définir les modalités d'intervention de l'équipe de soins palliatifs de la clinique du Mas du Rochet au sein de l'EHPAD (évaluations géronto-psy principalement)
Equipe Mobile de Géronto-psychiatrie du Centre de Gérontologie Antonin Balmes	Déterminer les conditions d'intervention au sein de l'établissement et sur le centre hospitalier
3 structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) : APARD, OC Santé et CHU	Déterminer les conditions d'intervention des équipes HAD au sein de l'EHPAD
ARS	Contractualisation sur le projet de Télémedecine

Par contre, nous pouvons constater jusque-là, une absence de partenariat avec la filière gérontologique en amont de l'EHPAD (domicile en particulier). Au-delà des relations partenariales avec les médecins de ville, traitants des résidents et les kinésithérapeutes intervenant à l'EHPAD ainsi que de l'accueil ponctuel sur demande de personnes âgées extérieures à l'EHPAD pour le déjeuner, il n'existe pas encore de coordinations fortes avec les SSIAD et les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD) voire même le CCAS du territoire (et le CIAS Pays de Lor) pour proposer des services (portage de repas,

télésurveillance, astreintes de nuit, accueil de jour voir hébergement temporaire) pour faciliter une certaine fluidité dans les dispositifs et faire du lien entre le domicile et l'entrée en établissement.

L'EHPAD « les Aiguernelles » possède de nombreux atouts (humain, géographique, foncier et capacitaire) mais ses limites actuelles (vétusté et inadaptation des locaux, retrait de la gouvernance, manque de capacité financière, isolement d'une association mono-établissement, faible ouverture filière amont) incitent l'association gestionnaire à envisager son transfert de gestion.

1.3 LE PROJET DE REPRISE PAR LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE : LES IMPACTS SUR L'ETABLISSEMENT

1.3.1 Un mouvement caractéristique dans le secteur

Depuis les années 2000 environ, le secteur médico-social est traversé par un mouvement structurel de concentration, consécutif aux lois du 02 janvier 2002 portant rénovation du secteur médico-social et du 21 juillet 2009 dite HPST. Dans un souci de rationalisation de l'offre et de performance des activités, l'Etat pose une « quasi-injonction » aux acteurs du secteur de se rapprocher sous différentes formes de coopérations. Cette recomposition est d'autant plus complexe dans un secteur particulièrement cloisonné, fragmenté et porté par des valeurs institutionnelles fortes. Le secteur des EHPAD, sans faire exception à cette tendance, possède cependant une certaine spécificité avec trois types de structures juridiques différentes :

- d'abord les **établissements privés associatifs** historiquement représentés par les congrégations religieuses soucieuses d'évoluer par rapport à la tradition des œuvres hospitalières ou philanthropiques,
- puis les **établissements publics** (hôpitaux et municipalités via les CCAS) qui désirent s'extraire de la gestion des seuls hospices,
- et dans les années 80, les **établissements privés lucratifs** qui cherchent à répondre à une population soucieuse d'échapper au caractère social des établissements existants, privilégiant une « hostellerie du troisième âge », économiquement viables.

Il y a bien entendu, d'importantes différences d'approches entre un EHPAD géré par le CCAS d'une localité et un EHPAD dirigé par un groupe privé lucratif internationalement reconnu. Afin d'avoir une idée plus précise de la répartition des structures qui se côtoient sur un même territoire, voici une première approche des évolutions constatées :

Type de structures	2004 - National ²⁷	2011 – National ²⁸	2017 – National ²⁹	2018 - Hérault ³⁰
Public	54%	49%	45%	32%
Privé associatif	30%	29%	31%	34%
Privé lucratif	15%	21%	24%	34%

Evolution de la répartition des EHPAD en fonction de leurs structures juridiques

Après une phase de croissance forte dans les années 2000, du fait d'une nécessité de « rattrapage » pour proposer une répartition plus homogène et adaptée des équipements type EHPAD sur le territoire, nous sommes maintenant dans une phase de maturité du marché et l'on observe un certain gel des autorisations de créations de places en EHPAD. Aussi, cumulé à une pression croissante des contraintes réglementaires et économiques, les gestionnaires d'EHPAD (tous statuts confondus) privilégient aujourd'hui trois stratégies adaptatives³¹ :

- **La concentration** par une croissance externe (regroupement de mono-établissements et petites entités) pour former des groupes de taille critique permettant le pilotage par un siège expert et la mutualisation de fonctions supports.
- **Le développement d'une offre diversifiée territorialisée** (maintien à domicile, résidences services, cliniques SSR, cliniques psychiatriques, HAD...) permettant une prise en charge continue du domicile à l'institution.
- **Le développement à l'international** pour les grands groupes privés lucratifs (Italie, Allemagne, Belgique, Espagne et Suisse mais aussi la Chine).

Le secteur privé lucratif dominé par cinq groupes principaux (Korian-Médica, Orpéa, Le Noble Age, Domusvi et Colisée) impose une concentration au pas de course et une politique ambitieuse de développement externe. Le secteur privé non lucratif, profite également de la dynamique favorable de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS) pour sortir son épingle du jeu et certains acteurs prennent des positions importantes sur le marché suite à une dynamique de croissance externe forte (Fondation Partage et Vie, Groupe SOS Séniors et ARPAVIE par exemple). Ces mouvements de regroupement reconfigurent le secteur : alors que la force publique cherchait à diminuer la fragmentation du marché pour en faciliter son pilotage, l'émergence de grands groupes reconstitués modifie, de fait, le rapport de force avec les ACT. En terme de prospective, cette répartition s'équilibrerait, à

²⁷ INSEE, « Répartition des acteurs de l'accueil des personnes âgées en EHPAD », SIRENE, 2004.

²⁸ DREES, Etudes et Résultats, N°877, Février 2014.

²⁹ MULLER Marianne, « l'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », les Dossiers de la DREES N°20, Septembre 2017.

³⁰ Conseil Départemental de l'Hérault, Liste des établissements pour personnes âgées autorisés, Juin 2018.

³¹ Les Echos Etudes, « L'avenir du secteur privé des EHPAD », Edition 2017.

horizon 2030, une nette progression des opérateurs privés devrait être observée au détriment d'un recul important du secteur public. L'enjeu sociétal primordial est que le secteur privé non lucratif parvienne à maintenir sa position dans un souci d'accessibilité financière de l'offre auprès du plus grand nombre mais aussi de possible pilotage de l'offre par la puissance publique via les ARS.

Nous retrouvons cette tendance nationale sur le plan territorial : le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) Languedoc Roussillon 2015 décrit un effort accru ces cinq dernières années pour la création de places d'EHPAD dans l'Hérault, alors particulièrement déficitaire. Ainsi, aujourd'hui, ce département n'est pas prioritaire et les modalités d'extension à la marge ou de regroupements de structures sont à privilégier. Plus précisément, sur les 145 EHPAD recensés³² sur le département, il existe une très forte présence des établissements privés lucratifs (34% contre 24% au niveau national – voir tableau plus haut), la présence modérée de grands groupes (entre 3 et 5 établissements pour les groupes comme Korian Médica, Orpéa ou Domusvi) et une très forte représentation historique du secteur mutualiste qui compte 50% des acteurs privés non lucratifs (Languedoc Mutualité et Mutuelle Nationale du Bien Vieillir – MBV). Ainsi, du point de vue stratégique pour la Croix-Rouge française, cette reprise consolidée permettrait de constituer un maillage quasi équivalent aux groupes nationaux (Korian, Domusvi principalement) avec 3 EHPAD (répartis de manière équilibrée sur le territoire : (Ouest, Centre et Est Hérault) et 187 places 100% habilités aide sociale sur le département de l'Hérault. L'aide sociale à l'hébergement se traduit par une convention entre l'établissement et le Conseil Départemental permettant de prendre en charge une partie ou la totalité du coût de l'hébergement d'une personne résidant dans l'établissement sous conditions de revenus et récupérable sur succession. Les établissements peuvent être habilités à l'aide sociale sur l'ensemble de leurs places (habilitation totale) ou sur une partie de celle-ci seulement (habilitation partielle). Pour la CRf, cette notion d'habilitation aide sociale est un prérequis indispensable pour répondre à la mission première, sociale, de l'association.

Du point de vue de l'EHPAD « les Aiguerelles », sa situation est caractéristique d'une association mono-établissement quasiment « para-municipale » ayant des besoins de financement pour un projet de rénovation du bâti. Ainsi, un rapprochement avec un groupe de taille supérieure pourrait permettre de bénéficier des compétences d'expertise, de la force de frappe d'un grand ensemble, d'un accès aux financements publics et à l'emprunt bancaire. Voyons maintenant comment le processus de reprise va se mettre en place.

³² Conseil Départemental de l'Hérault, Liste des établissements pour personnes âgées autorisés, Juin 2018.

1.3.2 Les différentes étapes : du mandat de gestion à la reprise effective

Depuis 2013 maintenant, l'association gestionnaire AFORM s'est rapprochée de l'association nationale Croix-Rouge française (CRf) pour envisager une reprise. En effet, les administrateurs, du fait des enjeux financiers liés aux nécessaires travaux, souhaitent transférer les autorisations à un autre opérateur. Le conseil d'administration a conscience que la fusion avec une telle association permettra de bénéficier de supports plus importants (RH, qualité, juridique, immobilier) mais aussi d'une capacité de négociation certaine auprès des ACT pour enrichir l'offre de services proposée et ainsi lancer les projets nécessaires à l'adaptation de la structure aux besoins actuels.

Les caractéristiques du repreneur : la Croix-Rouge française (CRf), association humanitaire fondée en 1864, a pour objectif de venir en aide aux personnes en difficulté en France et à l'étranger, au travers de plusieurs missions fondamentales qui sont : le secourisme, l'action sociale, la formation, la santé et l'action internationale. Engagée dans l'économie sociale et solidaire, la CRf gère plus de 600 établissements et emploie environ 18 000 salariés agissant dans le domaine sanitaire, médico-social et de la formation, répartis sur l'ensemble du territoire français. En 2017, via une réforme statutaire importante, l'association a fait le choix d'une organisation régionalisée, ainsi l'EHPAD « Les Aiguerelles » serait rattaché à la Direction Régionale Occitanie, sous l'autorité managériale du Directeur Régional muni d'un support national dans de nombreux domaines (RH, financier, juridique, immobilier, qualité...). Preuve de l'aboutissement de cette régionalisation, suite à un diagnostic régional, un Contrat Stratégique Régional Occitanie a été conclu en Novembre 2017 pour 5 ans, entre le siège et le Comité Exécutif régional (composé de bénévoles élus et de salariés). Il précise les grandes priorités d'action et de développement de la CRf sur ce territoire (voir Annexe 4)³³.

La reprise de l'EHPAD « les Aiguerelles » illustre cette complémentarité entre stratégie nationale et réalité régionale : la filière « personnes âgées » à la CRf, et plus particulièrement des EHPAD, représente 33 EHPAD soit près de 3 000 places sur le territoire français et outremer. Après un travail national important de retour à l'équilibre des établissements existants, la CRf conduit un développement ciblé et piloté nationalement (10 dossiers étudiés par an en moyenne entre les AAP, les reprises et mandats de gestion). Le renforcement de la filière « Personnes Agées » fait partie des priorités nationales votées dans le cadre de la stratégie 2020 par le conseil d'administration du 15 Octobre 2015. Toutefois, elle ne se met en œuvre que sur des territoires où la CRf est déjà présente pour ainsi permettre une complémentarité pertinente dans l'offre de service proposée (ex :

³³ Annexe 4 : Schéma organisationnel de la Croix-Rouge française – Aout 2018.

EHPAD adossé à un SSR ; AAP résidence autonomie sur le territoire d'un EHPAD existant...). Or justement, la reprise consolidée, objet de ce mémoire, permettra de compléter l'offre proposée en Occitanie avec 7 EHPAD soit 1/5 de l'offre nationale. Il y a bien une concordance entre les priorités nationales et les réalités locales qui ont conduit la CRf à se positionner sur ce projet de reprise.

Une première étape – le mandat de gestion temporaire : Après de nombreux échanges avec les différents acteurs du projet (administrateurs de l'association, Mairie de Mauguio, CD et ARS) pour envisager les modalités possibles d'une reprise, la CRf a fait le choix de proposer un mandat de gestion temporaire, qui court actuellement jusqu'au 31 Décembre 2018. Ce type de format juridique est un contrat mixte, comportant à la fois l'accomplissement d'une prestation et d'un mandat. Le mandat permet de conférer à une personne (le mandataire – la CRf) le pouvoir de représenter l'association (le mandant – Association AFORM) pour la réalisation de certains actes. L'association AFORM confie à la CRf toutes ses responsabilités concernant l'établissement, voici d'ailleurs des extraits dudit mandat : « gérer et administrer pour son compte et en son nom toutes les affaires relatives à l'EHPAD « les Aiguerelles » [...], plus particulièrement la gestion des ressources humaines, la gestion économique, financière et le contrôle de gestion, la gestion des relations avec les acteurs du secteur et l'accompagnement des équipes ». L'organisme gestionnaire conserve sa responsabilité d'employeur (pouvoir disciplinaire en particulier), délègue au mandataire la gestion opérationnelle de son personnel et lui confère l'autorité hiérarchique. Par contre, la délégation de pouvoirs, consentie au directeur, est maintenue mais subdéléguée à la Croix-Rouge française, le mandant. Le mandant s'engage à respecter les formalités administratives et réglementaires et à rendre compte au mandataire.

Cette première étape permet de rentrer dans la gestion quotidienne de l'établissement pour mieux le connaître et ainsi mieux évaluer le potentiel et les conditions de reprise. D'autre part, ce temps « d'approche » permet de formaliser un premier engagement et laisse du temps à la CRf pour travailler à un projet plus global. Effectivement, cette reprise ne se limite pas à un transfert de gestion in-extenso. Elle a donné lieu à un important travail de la CRf avec les ACT pour convaincre d'un projet plus large sur le site afin de proposer une offre de service diversifiée pour répondre aux besoins des personnes et pour s'assurer d'une plus grande viabilité économique.

Ainsi, ce nouveau pôle gérontologique serait composé de :

- **une résidence autonomie de 50 places** (appel à projet remporté en Juin 2018) : alternative au domicile, ce dispositif offre des logements adaptés aux personnes âgées autonomes en proposant des prestations minimales, individuelles ou collectives qui concourent à la prévention de la perte d'autonomie
- **un accueil temporaire de 3 places** (accord tacite de l'ARS en attente de confirmation lors de la reprise effective)
- **un PASA de 12 places** (en projet selon les AAP ARS à venir)

La prochaine étape – la reprise effective : la reprise serait pour le 1^{er} Janvier 2019 une fois que les modalités suivantes seront actées entre les deux associations :

- entente sur les montants du foncier et du bâti
- entente sur le format de la reprise des activités
- respect du formalisme pour chaque association
- autorisation de transfert des autorisations par les ACT.

D'autre part, étant donné la complexité de la situation de l'association AFORM (association loi 1901 ayant cependant des liens de proximité et de dépendance importants avec la Municipalité/CCAS) mais également de la CRf (association à rayonnement local mais personne morale unique avec un conseil d'administration national), le format de transfert doit être mûrement réfléchi de part et d'autre à tous les niveaux : financier, comptable, fiscal, patrimonial, juridique.... Concernant le foncier, il s'agira d'un acte notarié, distinct de l'acte de reprise de l'activité. Sur le reste, la loi sur l'économie sociale et solidaire du 31 juillet 2014 est venue encadrer les différents modes opératoires des rapprochements entre acteurs de ce secteur. Dans le cas concret, nous devrions aboutir :

- soit à un Traité d'Apport Partiel d'Actifs (TAPA) consistant en la reprise de la branche autonome d'activité complète (intégralité des éléments d'actif et de passif), qui se distingue d'une fusion-absorption par l'absence de reprise de l'entité juridique portant l'activité cédée, et qui exige que l'actif soit supérieur au passif ;
- soit une convention de cession d'éléments d'actifs, qui entraîne la reprise de l'actif et du seul passif social (congrés payés ...).

Dès maintenant, dans le cadre du mandat de gestion, et jusqu'à la reprise, les impacts sont importants à de nombreux égards.

1.3.3 Les conséquences à court / moyen terme de ce processus de rapprochement

Les incidences à court terme : il est primordial de revenir sur le temps nécessaire de ce rapprochement, qui a impacté de manière significative le bon fonctionnement et l'évolution de l'établissement. En effet, les premières discussions entre l'association AFORM et la CRf ont commencé en 2013. Il a fallu cinq ans pour parvenir à prendre une décision, temporaire certes, mais un engagement de la part de la CRf. Cette durée est anormalement longue et se justifie pour plusieurs raisons :

- des difficultés internes à la CRf pour convaincre sur le bienfondé du projet,
- une négociation complexe (portage des murs par le CCAS, maîtrise foncière par la Mairie et portage de l'autorisation par l'association AFORM),
- un montage immobilier nouveau : le portage des murs sera assuré par l'Entreprise Sociale pour l'Habitat (ESH) nommée Croix-Rouge Habitat créée en 2017,
- un équilibre économique reposant sur la création d'une résidence autonomie dont l'appel à projet n'est sorti officiellement qu'en Décembre 2017.

Ceci étant dit, pendant ces années, l'établissement s'est trouvé dans une situation quasi gelée où les investissements nécessaires n'étaient pas réalisés (ex : le changement des ascenseurs) par souci d'économie de part et d'autre. Ainsi, l'établissement a continué à fonctionner au quotidien mais dans l'impossibilité de se projeter clairement dans l'avenir. A cela s'est rajouté l'anticipation d'une organisation cible : malgré l'absence effective de la CRf, petit à petit, sa présence s'est renforcée de manière officieuse, dans le renouvellement des contrats de sous-traitance par exemple (en particulier produits d'hygiène et restauration), dans les négociations auprès des ACT mais aussi dans l'organisation même du travail sur place. A titre d'exemple, la CRf, considérant l'équipe de direction trop importante, a souhaité faire tendre l'établissement vers les standards CRf en supprimant deux postes de direction : celui de gouvernante puis celui de responsable administratif et technique. Ces décisions ont nécessité des ajustements nécessaires et délicats dans la répartition des tâches et une fragilisation de l'équipe de direction. Au-delà de l'opérationnel, la CRf, suite à ses relations de proximité entretenues avec les ACT, a pu faire reporter la dynamique institutionnelle par rapport à l'actualisation du projet d'établissement, à l'évaluation externe comme interne, prorogeant ainsi l'exercice à la reprise effective par la CRf. Ainsi, l'établissement est en « sommeil », bercé par un quotidien intense au long duquel il a fallu s'adapter, sans pouvoir se projeter concrètement et mobiliser également les équipes vers l'avenir.

Les principales incidences à moyen terme :

- **La nouvelle gouvernance mise en place** : c'est l'échelon régional qui va valider le périmètre et la composition du futur Conseil de Surveillance (CS) qui constitue l'entité de gouvernance pour les établissements. En terme de mission³⁴, cette instance exerce trois missions principales :
 1. accompagner la vie de l'établissement en veillant à la qualité des services rendus aux usagers et à la rigueur de la gestion tout en s'inscrivant dans une vision prospective,
 2. veiller à la coordination entre l'établissement et les délégations, unités et antennes, et promouvoir le bénévolat au sein des établissements.
 3. nourrir la réflexion en matière d'orientations stratégiques nationales et régionales de l'association et de schémas des autorités de contrôle et de tarification.

Dans ce cadre, il contribue à la réflexion, examine et émet un avis motivé dans les domaines suivants : projet d'établissement, règlement de fonctionnement, projets divers, partenariats, construction du CPOM, activité de bénévolat en établissement et actions dans le champ de la qualité.

Le comité exécutif de la délégation régionale peut constituer un conseil de surveillance compétent pour chaque établissement ou pôle d'établissements, en raison des liens existants ou à développer entre ces établissements. Dans le cas de figure de la reprise de l'EHPAD « les Aiguerelles » et de la naissance à moyen terme d'un pôle gérontologique composé de l'EHPAD et de la Résidence Autonomie, 3 options sont possibles :

- soit la CRf fait le choix du respect du périmètre du CPOM prévu en 2020 et rassemble ainsi sous un même conseil de surveillance les 3 pôles gérontologiques de l'Hérault (3 EHPAD et 2 résidences autonomies à Mauguio, Courmonterral et Nissan lez Ensérune) avec la difficulté de représenter les autorités locales et ancien gestionnaire → CS « personnes âgées de l'Hérault » ;
- soit la mise en place d'un Conseil de Surveillance reprenant les 2 établissements EHPAD et Résidence Autonomie sur le même site de Mauguio → CS « pôle gérontologique Mauguio » ;
- soit la mise en place de 2 Conseils de Surveillance, un sur chaque structure → CS de l'EHPAD de Mauguio et CS de la Résidence Autonomie.

³⁴ Croix-Rouge française, « Règlement intérieur des Conseils de Surveillance des Etablissements de la Croix-Rouge française », Mai 2017.

Tout dépend des choix politiques en terme de niveau d'implication des acteurs externes (Municipalités, CD, ARS, associations partenaires locales...) et du niveau d'analyse recherché (de proximité ou calqué sur les périmètres des financeurs). Dans tous les cas, le travail autour du CPOM obligera les équipes des 3 pôles gérontologiques à travailler ensemble. Cependant dans le cadre de la reprise, il pourrait être stratégique de garder une représentation forte des acteurs locaux (en particulier la municipalité) en fonction des enjeux. La question est donc celle de l'appréciation de la bonne échelle d'étude. Etant donné les enjeux de reprise qui sont de l'ordre du métier « personnes âgées », de l'ordre de l'ancrage territorial puis ensuite de l'ordre financier avec le CPOM, je préconise de passer à un conseil de surveillance unique sur les trois sites dès le début.

- **Le management délégataire de l'établissement par la Croix-Rouge française :** En application du décret du 19 février 2007, dans le prolongement de la loi N°2002-2, un Document Unique de Délégation (DUD) est obligatoire et doit préciser les compétences et les missions confiées par délégation à un directeur d'établissement dans les métiers précités. La DUD en vigueur à la CRf (voir en annexe 5)³⁵ témoigne de la complexité de la fonction de directeur. Il demeure certes le responsable principal mais il doit faire valider (pour avis conforme) un grand nombre de directions au siège (qui n'ont aucun lien hiérarchique avec le directeur d'établissement). La principale conséquence de cette organisation complexe s'illustre par une certaine force d'inertie à tous les niveaux. Au vu de la DUD existante à l'EHPAD « les Aiguerelles », en tant que directrice, au moment de la reprise, je vivrai un changement certain, en devant rendre compte de manière plus systématique à mon supérieur hiérarchique (le directeur régional) et en m'appuyant de manière systématique sur les avis des fonctions supports et métiers du siège (RH, Qualité, Contrôle de Gestion...). A titre d'exemple, la fonction métier du siège nommée « Direction des Métiers et de la Formation » (DMF) a un rôle d'appui fonctionnel et d'accompagnement à la déclinaison des politiques publiques au niveau des établissements. Voici ses priorités actuelles pour les EHPAD :
 - Soutien des taux d'occupation (objectif 98%)
 - Travail spécifique sur la gestion des plannings et sur l'optimisation de l'outil métier
 - Travail sur le cahier des charges immobilier pour les EHPAD
 - Développement de projets d'EHPAD à domicile et modélisation économique
 - Soutien au développement des CPOM et à la réforme de la tarification
 - Accompagnement sur le déploiement des Résidences Autonomie (modélisation)

³⁵ Annexe 5 : Document Unique de Délégation – Croix-Rouge française.

Les chantiers sur la question de la gestion des plannings, du soutien au CPOM comme du projet de Résidence Autonomie semblent entrer complètement dans l'actualité de l'EHPAD « les Aiguerelles ».

- **La transposition des contrats de travail et l'organisation du travail** : A la reprise, les contrats de travail seront automatiquement transférés avec maintien des conditions, avantages et usages pendant 15 mois maximum (3 mois de préavis + 12 mois de période de survie). Pendant cette période transitoire, tant qu'aucun « accord de substitution » n'est conclu, l'EHPAD « les Aiguerelles » se trouvera dans une situation de concours d'accords collectifs où il convient d'appliquer la disposition la plus favorable de chacun des accords (comparaison collective et non au cas par cas). A l'issue des périodes évoquées ci-dessus, à défaut d'accord de substitution, les salariés conservent les avantages individuels dont ils ont bénéficié avant la modification de la situation juridique de leur entité. Il y a effectivement un enjeu de changement de convention collective, de la Convention Collective Nationale 51 à la Convention Collective Croix-Rouge française. Par contre, tous les nouveaux contrats de travail, à compter de la reprise, rentreront dans le cadre de la convention CRf. Au-delà de la transposition, dans le cadre de sa DUD, le directeur a toute latitude sur l'organisation du temps de travail souhaitée, dans la mesure où les propositions ne dépassent pas les effectifs autorisés par les ACT. Ainsi, l'établissement vient de mettre en place, depuis le mois de Mai 2018, un passage aux 7h (fonctionnement antérieur en 12h). C'est justement une réflexion en cours au niveau de la CRF et un audit doit rendre ses conclusions en septembre 2018 pour envisager éventuellement des demandes d'assouplissement à venir par rapport à la Convention Collective CRf. Là encore, l'EHPAD « les Aiguerelles » partage les mêmes problématiques que celles des autres établissements de la CRf et bénéficiera du support national.
- **Les impacts sur la vie des résidents et leurs familles** : ce public est directement concerné par la qualité des soins, le bon fonctionnement de l'établissement et le prix des prestations, autant d'éléments qui peuvent être modifiés à l'occasion de la reprise. Même s'il est délicat de prendre la parole avant la reprise, via la direction en place, il est important de présenter la CRf et les grandes lignes du projet de reprise dans un souci d'information. C'est cependant à la reprise effective, qu'un accompagnement progressif, par le biais de réunions, de courriers ou via le conseil de la vie sociale, sera mis en place pour présenter les évolutions éventuelles de la prise en charge (la mise en place de nouveaux tarifs par exemple).

Même si ces aspects sont particulièrement importants et structurants dans la réussite de la reprise, c'est volontairement que je ne souhaite pas aller plus dans le détail des démarches à entreprendre car ce n'est pas l'objet du présent mémoire. En effet, l'appropriation de nouveaux process et modes de fonctionnement, la mise en œuvre d'une culture Croix-Rouge au sein de l'établissement prendront plusieurs mois voire plusieurs années.

Le concept même d'EHPAD actuel est aujourd'hui questionné du fait des difficultés organisationnelles, financières et humaines consécutives à une évolution du profil des résidents accueillis, plus dépendants et nécessitant une adaptation et une diversification de l'offre. Or l'EHPAD « les Aiguerelles », malgré son expérience de plus de 35 ans, n'a pas su prendre ce tournant, s'ajoute à cela l'état de vétusté de son bâti, qui ne permet pas, malgré un professionnalisme certain des équipes, un accompagnement de qualité. Ainsi, le projet de rapprochement avec un repreneur potentiel, la Croix-Rouge française, pourrait servir non seulement de prétexte mais aussi de levier pour permettre à l'établissement de rattraper son retard sur la démarche qualité mais aussi de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'établissement à co-construire ensemble l'avenir de l'établissement. J'ai effectivement la conviction que la meilleure voie pour rassembler autour de ce projet de reprise est de parler « qualité de l'accompagnement ». En effet, d'une part, parce que cette dernière est un dénominateur commun à l'ensemble des parties prenantes de l'établissement (salariés, résidents, familles, intervenants externes), et d'autre part parce que la structure est loin des attendus réglementaires et de toute démarche collective de progrès. Après avoir tracé l'historique de la qualité dans le secteur et plus spécifiquement dans les EHPAD, je décrirai les enjeux du lancement d'une démarche qualité pour chacune des parties prenantes, actrices de l'EHPAD « les Aiguerelles ».

2 LES ENJEUX DE LA DEMARCHE QUALITE AUPRES DE L'ENSEMBLE DES PARTIES PRENANTES DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA QUALITE : GENESE ET ACTUALITE DANS LE SECTEUR

2.1.1 La notion de qualité – de l'origine à nos jours

De manière générale, la volonté de bien faire son travail, l'idéal de fabrication d'un produit de qualité satisfaisant son utilisateur, anime la plupart des hommes depuis bien des siècles. Comme le précise la citation suivante : « des milliers d'hommes et de femmes ont fait et font de la qualité, certains sans le savoir, beaucoup en le sachant, presque tous en le souhaitant »³⁶.

D'un point de vue historique cependant, nous trouvons les premières traces de norme européenne sur une stèle de la Grèce antique. Excepté dans les domaines militaire et de l'armement, pour le grand public, ce n'est cependant qu'au moment de la révolution industrielle, au début du XX^{ème} siècle, que le terme prend ses lettres de noblesse, dans un premier temps, à travers les notions de contrôle et de normalisation. Effectivement, la division du travail par poste, couplée à l'utilisation de chaînes de production mécanisées, induit un suivi attentif de la conformité des produits à certains standards pour éviter de ne bloquer les unités de production. D'ailleurs, l'Association Française de Normalisation (AFNOR) a été créée en 1926 tandis que l'International Standardisation Organisation (ISO) réunissant un réseau de 147 instituts de normalisation nationaux en 1947.

Ce n'est qu'à partir des années 60, que la qualité s'invite dans le management, en particulier à travers les courants japonais. Petit à petit, la notion de qualité a pris une place essentielle dans le secteur privé, comme étant un véritable avantage concurrentiel par rapport aux autres acteurs du marché, le but étant de proposer un produit de qualité, répondant à des besoins, à un prix juste et adjoint à un service de qualité. D'ailleurs, l'AFNOR donne une définition générique de la qualité comme étant : « l'ensemble des caractéristiques d'un produit ou service qui lui confère l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites ». Les entreprises, tous secteurs confondus (industriels comme agricoles ou services), ont développé des directions dédiées au Customer Relationship Management (CRM), c'est-à-dire toute la relation clientèle en vue de satisfaire et surtout de fidéliser sa clientèle.

³⁶ Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales », 2008, p.9.

Définition de la démarche qualité selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Etablissements en Santé (ANAES) : « démarche progressive visant l'obtention d'améliorations sur des problématiques prioritaires de l'établissement. Elle correspond à un effort ciblé, justifié par l'importance d'une problématique et la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre une solution »³⁷. C'est une démarche qui va essaimer dans de nombreux secteurs, en premier lieu dans les politiques publiques elles-mêmes. En voici quelques illustrations :

- le décret N°90-92 du 22 Janvier 1990 qui organise un dispositif d'évaluation des politiques publiques et inscrit l'évaluation des politiques publiques au répertoire des missions de l'administration.
- le dispositif de Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) du 1^{er} Aout 2001 qui définit les objectifs et l'évaluation des résultats et des performances des politiques publiques.
- la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP) débutée en 2007 et remplacée en 2012 par la Modernisation de l'Action Publique (MAP) qui consiste en une analyse des missions et actions de l'État et des collectivités, suivie de la mise en œuvre de scénarios de réformes structurelles, avec comme but la réforme de l'État, la baisse des dépenses publiques et l'amélioration des politiques publiques.

Logiquement, l'Etat a reporté cette évaluation sur les secteurs dont il a la charge, la santé via le secteur sanitaire puis ensuite le médico-social.

2.1.2 La qualité dans le secteur sanitaire puis médico-social

Alors que les années 1970, voient la scission entre le sanitaire et le médico-social, en terme de qualité, c'est le secteur sanitaire qui ouvrira toujours la voie suivi ensuite par le médico-social. Le secteur sanitaire entre de plein pied dans la démarche qualité à travers deux lois structurantes et caractéristiques de la réforme imposée par l'Etat :

- **La loi N°91-748 du 31 Juillet 1991 portant réforme hospitalière** fixe une obligation législative pour garantir une certaine qualité de prise en charge des patients. Elle sera complétée par l'ordonnance du 24 Avril 1996 (Ordonnance N°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée) qui impose une procédure d'évaluation externe menée par des professionnels de santé dans le but « d'accréditer » les établissements pour « s'assurer que les conditions de sécurité, de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement³⁸».

³⁷ ANAES, « Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé », Avril 2002, p.36.

³⁸ ANAES, « Manuel d'accréditation des établissements de santé », septembre 2004, p.8.

- **La loi N°2004-810 du 13 Aout 2004 relative à l'assurance maladie** crée une instance indépendante, la Haute Autorité de Santé (HAS), en remplacement de l'ANAES, qui a pour missions principales de certifier les établissements de santé et d'accréditer les praticiens de certaines disciplines médicales.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité, née dans le secteur industriel puis développée dans le secteur sanitaire, s'invitera durablement et de manière accélérée dans le secteur social et médico-social et cela pour plusieurs raisons :

- Les évolutions économiques et en particulier la raréfaction des finances publiques
- La démarche d'évaluation des politiques publiques (voir plus haut)
- Les dispositions de la loi N°2002.2 du 02 Janvier 2002 qui fixe en particulier comme objectif :
 - **L'affirmation de la place de l'usager** : elle place l'usager au cœur de la prise en charge par une quête pour répondre à ses besoins, ses demandes et ses attentes. Pour ce faire, elle impose un certain nombre d'outils (le livret d'accueil, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, le Conseil de la Vie Sociale - CVS, la charte des droits et libertés de la personne accueillie et la rédaction d'un projet d'établissement qui définit les objectifs d'évaluation des activités et de qualité des prestations).
 - **L'évaluation de la qualité des activités** : la loi prévoit l'obligation d'un dispositif d'évaluation très précis alternant évaluation interne, évaluation externe, projet d'établissement et négociation tarifaire pluriannuelle pour renouveler un CTP.

De cette initiative, l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) va d'ailleurs voir le jour en 2007. La qualité devient alors un sujet incontournable pour le secteur car elle met en jeu les autorisations de fonctionner et l'attribution des fonds alloués.

Définition de la qualité : « La qualité est l'aptitude d'une organisation à répondre aux besoins exprimés, implicites et potentiels de l'usager, de sa famille et des acteurs avec lesquels elle entre en coopération, en vue de maintenir ou d'améliorer sa santé, son autonomie sociale et sa dignité d'être humain³⁹ ». C'est une démarche méthodologique qui se déroule à partir de la démarche évaluative, avec d'une part l'autoévaluation de l'organisation et de son fonctionnement, et d'autre part l'évaluation de la satisfaction des usagers. Ainsi, l'évaluation se base sur une description quantitative et qualitative d'une situation observée, qui est analysée par rapport à un référentiel puis interprétée pour donner lieu à des propositions concrètes d'amélioration.

³⁹ Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, op. cit. p.129.

L'ANESM rejoint l'HAS : Depuis le 1er avril 2018, le périmètre de la HAS s'est élargi aux champs social et médico-social avec l'intégration de l'ANESM. La HAS envisage ainsi la santé dans sa globalité. Elle a trois grandes missions :

- évaluer les produits de santé en vue de leur remboursement
- recommander les bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé, du social et du médico-social et des politiques de santé publique
- mesurer et améliorer la qualité des soins dans les hôpitaux et cliniques et des accompagnements dans les établissements sociaux et médico-sociaux

Cette fusion a pu, de prime abord, inquiéter les professionnels du secteur qui défendent l'approche relationnelle singulière et complexe, l'interaction entre un professionnel et un usager qui, ensemble, vont s'engager dans une construction sociale. La spécificité réside dans l'implication des professionnels, en tant que sujet dans leur activité (de la part de l'intime, de la subjectivité, de l'imprévisible et de l'inattendu). Cette dimension est essentielle dans le management de la démarche qualité car les protocoles et modes opératoires ne sont pas suffisants : « travailler auprès d'un usager, c'est l'entendre tel qu'il vient et non pas tel qu'il est prévu⁴⁰ ». Ce qui pourrait expliquer le rejet de certains professionnels qui décrivent les difficultés qu'ils rencontrent pour décrire précisément ce qui est fait et pour identifier les corrélations entre une action et ses effets notamment pour ce qui concerne leur relation singulière avec la personne accompagnée.

2.1.3 Les spécificités de la démarche qualité en EHPAD : histoire et actualité

Du fait de leurs liens étroits avec le secteur sanitaire mais aussi d'un tissu d'acteurs polymorphes (associatif, public et privé lucratif), les EHPAD ont été les premiers, dans le secteur médico-social à être concernés par l'exigence qualité. D'ailleurs, le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) introduit juridiquement dans la première version de son article L.312-8 en 2000, la notion d'évaluation pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées avant de l'étendre ensuite à tous les établissements du secteur à partir de 2002 consécutivement à la loi du 02 Janvier 2002.

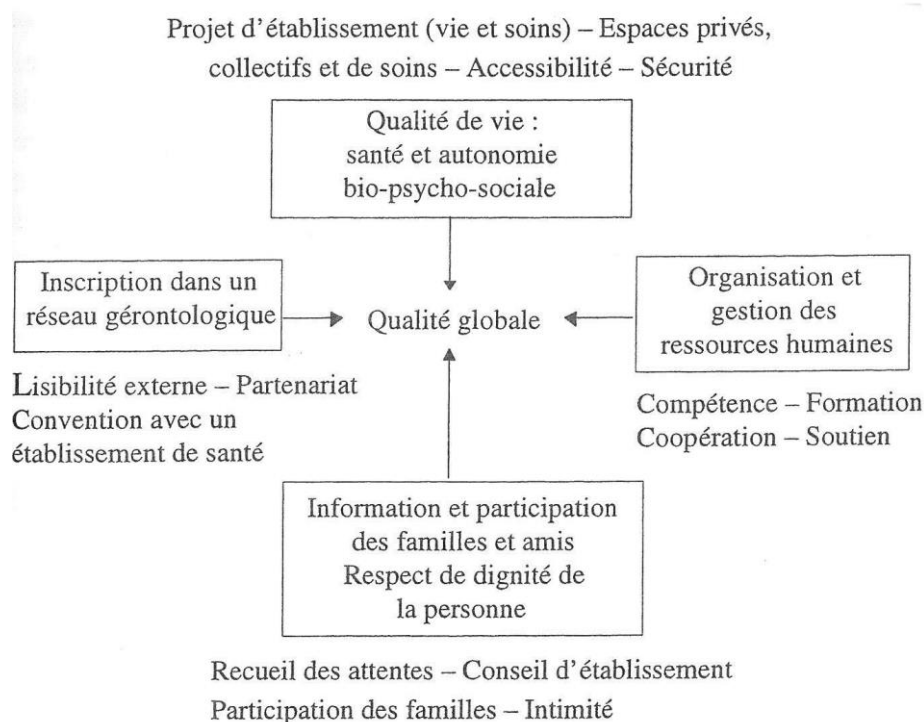
En effet, **l'arrêté du 26 Avril 1999⁴¹** fixe le premier référentiel qualité en EHPAD à conclure dans le cadre de la Convention Tripartite Pluriannuelle (CTP). Concrètement, les établissements doivent respecter un cahier des charges en réalisant une auto-évaluation suivant un référentiel dédié nommé ANGELIQUE (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de la Qualité pour les Usagers des Etablissements).

⁴⁰ Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, op. cit. p.145.

⁴¹ Fixe le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi N°75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

L'enjeu est de fixer des standards de qualité dans quatre champs complémentaires :

1. la qualité de vie des résidents,
2. la qualité des relations avec les familles et les amis des résidents,
3. la qualité des personnels en exercice
4. la qualité de l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique.



Récapitulatif des quatre champs du référentiel qualité ANGELIQUE⁴²

Définition de la qualité en gérontologie : c'est accueillir et accompagner des personnes âgées en institution en recherchant quotidiennement leur bien-être et en favorisant leur autonomie. Les enjeux de la démarche qualité pour un EHPAD :

- Un enjeu social pour répondre au mieux aux besoins des résidents
- Un enjeu managérial pour améliorer les pratiques et les conditions de travail
- Un enjeu économique sur les moyens alloués et l'autorisation de fonctionnement
- Un enjeu idéologique sur le sens de la mission et un questionnement sur les pratiques
- Un enjeu culturel sur les valeurs véhiculées et la culture institutionnelle
- Un enjeu technique concernant les outils de cette démarche

La démarche qualité – un sujet d'actualité ? Après la 1^{ère} vague des évaluations externes de 2015 (25 000 Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux - ESMS étaient soumis à la même échéance), la question à se poser est de savoir dans quelle mesure la démarche qualité demeure un sujet d'actualité pour un directeur en 2018. De mon point de

⁴² Colette EYNARD Colette (dir.), Conduire le changement en gérontologie, Dunod, 2009, p.80.

vue, la réponse est évidente et motivée par les raisons suivantes :

- **La question de l'animation au long cours de la démarche qualité** : dans l'absolu, pour un établissement respectant la démarche, il se trouve en continu en mode projet, entre les évaluations externe / interne et l'actualisation du projet d'établissement. Mais les deux logiques ne sont pas synchrones a priori : la logique économique de rendre compte de l'argent public (selon un calendrier précis) et la logique de service qui pousse l'établissement sans cesse à adapter ses pratiques pour répondre aux besoins évolutifs des bénéficiaires (selon un calendrier plus souple). La question est de savoir comment faire vivre au long cours la démarche qualité et selon quelle méthode.
- **L'actualité pousse à améliorer les conditions de travail dans les EHPAD** : le cri d'alarme récent des personnels soignants en EHPAD revendiquant davantage de moyens et d'effectifs a relancé un débat récurrent sur les conditions de travail pour les salariés. Ainsi, améliorer la qualité de travail des salariés garantira une meilleure prise en charge des résidents – un cercle vertueux.
- **L'évolution du dispositif qualité au sein des ESMS** : un premier bilan a été partagé à travers certains rapports comme l'ancien ANESM (avis du conseil scientifique du 12 Mars 2015) ou la société savante – la Société Française d'Evaluation (SFE), l'IGAS⁴³ ou encore par l'Assemblée Nationale⁴⁴. Il y a un consensus sur l'intérêt de conserver les dispositifs existants d'évaluations externe et interne instaurés par la loi de 2002, tout en l'améliorant l'évaluation externe car de nombreux dysfonctionnements ont été aussi pointés comme le caractère chronophage, l'insuffisance financière des structures, la qualité et l'objectivité relative des évaluateurs.

Ainsi, le rapport IGAS porté par Catherine HESSE et Thierry LECONTE formule 12 recommandations dont le but est de simplifier les évaluations, d'apporter plus de souplesse et de cohérence en faisant le lien entre évaluations et CPOM. Parmi lesdites recommandations, pour le secteur des EHPAD, j'aimerais souligner les suivantes :

- La professionnalisation et l'indépendance des évaluateurs
- Le calage du calendrier sur celui de la contractualisation en faisant précéder chaque signature d'un CPOM d'une évaluation interne
- La volonté de transparence des rapports d'évaluation à travers leurs publications La création d'un référentiel national unique et simplifié par la HAS : il consisterait à enrichir l'actuel tableau de bord de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) comportant 43 indicateurs de gestion, par des indicateurs relatifs à la qualité des prestations de l'EHPAD, à

⁴³ Catherine HESSE, Thierry LECONTE, « Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Rapport de l'IGAS, Juin 2017.

⁴⁴ Anne VIDAL, Rapport d'information parlementaire n° 1214 « l'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation, Assemblée Nationale, Juillet 2018.

l'image des axes recommandés par l'ANESM à l'époque (voir ci-dessous).

Axes d'évaluation	Thèmes	Indicateurs de suivi recommandés
Axe 1 : La garantie des droits individuels et collectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie des droits individuels • Garantie des droits collectifs 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de contention passive • Taux de réponses apportées aux demandes du CVS
Axe 2 : Prévention des risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents	<ul style="list-style-type: none"> • Prévention et prise en charge de la douleur • Prévention et prise en charge des chutes • Prévention et prise en charge des escarres • Prévention et prise en charge de la dénutrition • Prévention et prise en charge des troubles de l'humeur et du comportement • Analyse et maîtrise du risque infectieux • Continuité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux évaluation douleur • Taux de résidents ayant chuté • Taux d'escarres acquises dans Ehpad • Taux de résidents pesés une fois par mois • Taux évaluation troubles humeur/comportement • Taux de chapitres du manuel du GREPHH évalués • Taux d'hospitalisation en urgence
Axe 3 : Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et accompagnement de la situation de dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Maintien des capacités de déplacement et accompagnement des personnes invalides • Maintien des capacités à la toilette et accompagnement des personnes ayant besoin d'une aide totale 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents dont la mobilité a diminué entre deux évaluations • Taux de résidents dont la capacité à faire sa toilette a diminué entre deux évaluations
Axe 4 : Personnalisation de l'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> • Le projet personnalisé • Personnalisation des activités individuelles et collectives • Possibilité du maintien des liens sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement • Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées • Taux de résidents isolés
Axe 5 : Accompagnement de la fin de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement de la personne • Le soutien des proches et des professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de recueil des souhaits relatifs à la fin de vie

Récapitulatif des axes d'évaluation, des thèmes et des indicateurs de suivi recommandés par l'ANESM pour les EHPAD⁴⁵

⁴⁵ Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « L'évaluation interne : repères pour les EHPAD », ANESM, février 2012, p.20.

La HAS s'est d'ores et déjà saisie du sujet et ce n'est, non sans appréhension, de la part des professionnels du secteur, qui craignent une « sanitarisaton » des politiques sociales et médico-sociales. L'ANESM, en plus de 10 années, a largement participé à l'acculturation du secteur social et médico-social à la démarche qualité par la publication de près de soixante recommandations de bonnes pratiques. Cependant, alors que le secteur sanitaire est très homogénéisé par un système unique de certification, le champ médico-social pâtit de l'absence de référentiel unique qui se justifie cependant par une grande hétérogénéité des structures. Actuellement, aux dires de l'HAS elle-même, la question de la certification n'est pas transposable, pour plusieurs raisons :

- **Technique** : incapacité de dupliquer le concept sur les 7 000 EHPAD (contre 3 000 établissements sanitaires) que compte le territoire français ;
- **Humaine** : les EHPAD ne disposent pas de l'encadrement de proximité nécessaire pour mener une démarche de certification ;
- **Idéologique** : les EHPAD sont des lieux de vie plus que des lieux de soins. C'est l'attente de la personne âgée dépendante qui est importante, attentes variables d'une personne à l'autre. Or, la certification sanitaire induirait une trop grande rigidité qui se ferait au détriment de la part de subjectivité liée au ressenti, de la prise en compte des aspirations de la personne accueillie et de l'adaptabilité des établissements.

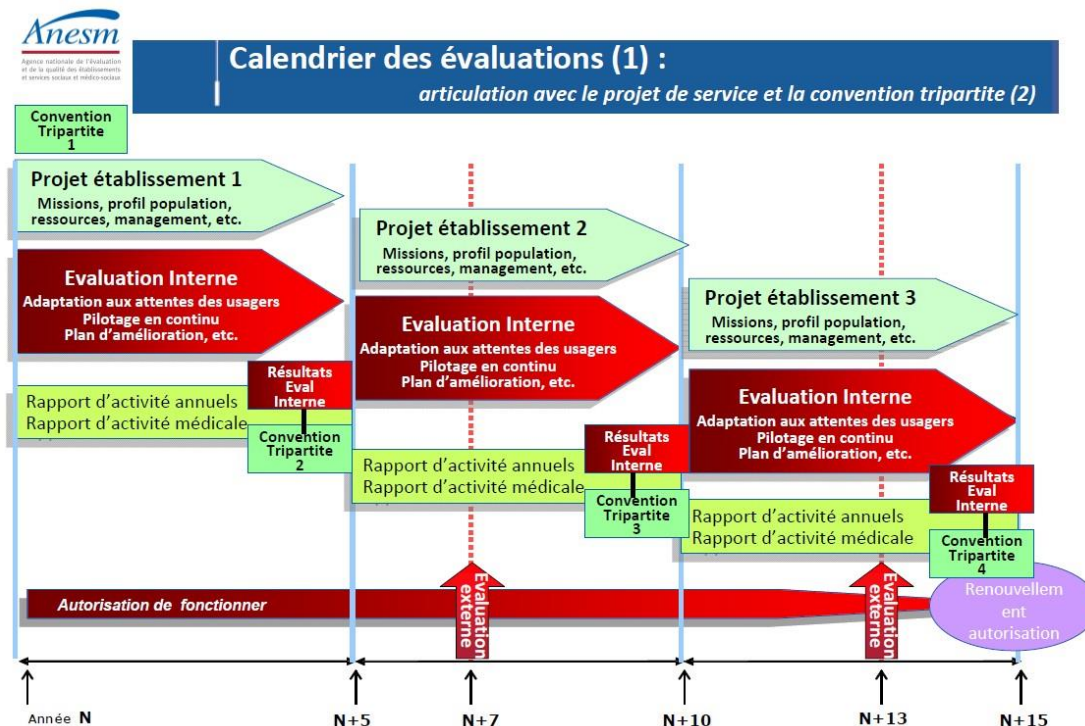
Le pilotage de la qualité est donc au cœur de l'actualité des politiques publiques dans le secteur. Il en est tout autant pour l'EHPAD « les Aiguerelles », et pour la directrice que je suis, étant donné les enjeux actuels et à venir.

2.2 LES ENJEUX POUR LA DIRECTION : PILOTER LES RISQUES REGLEMENTAIRES, MANAGERIAUX ET ECONOMIQUES

En prenant le poste depuis 4 mois, j'ai décidé de porter une démarche programmatique globale étant donné le contexte rencontré sur le plan de la qualité mais aussi des carences managériales et du manque d'implication des salariés sur le projet de reprise. C'est un vrai choix de direction par rapport à d'autres sujets opérationnels, propres à la reprise, qui préoccupent le quotidien comme : les impacts conventionnels, organisationnels, l'accompagnement des salariés, le projet architectural, le format de la reprise....Or, le sujet de la qualité permettra vraiment de reprendre toutes les dimensions du cahier des charges des EHPAD et surtout de mettre en mouvement, collectivement, l'ensemble des acteurs de l'établissement afin de donner un cap clair et rassurant tandis que le transfert de gestion peut questionner (impacts sur le prix de journée et la qualité de service pour les résidents et familles ; impacts sur les conditions et l'organisation du travail pour les salariés). Voyons maintenant, dans le détail, ces grands enjeux de direction.

2.2.1 Respecter le cadre réglementaire

Dans le cadre de la loi N°2002-2 du 02 Janvier 2002, le principe de l'évaluation continue est posé en instaurant une obligation de procéder à une évaluation régulière des activités et de la qualité des prestations délivrées. En définitive, la démarche impose un cycle permanent de suivi de la qualité comme le détaille le schéma suivant :



Calendrier des évaluations pour les établissements ESMS⁴⁶

A ce jour, chaque ESMS est tenu d'effectuer 5 évaluations sur la durée de son autorisation : 1 évaluation interne tous les 5 ans et 2 évaluations externes avant la date de renouvellement. Ces évaluations pourraient servir de leviers d'amélioration de la qualité lors de la conclusion du CPOM à horizon 2020. Je présenterai sur le fond chacun de ces outils réglementaires socles. A ce stade, je souhaite mettre en avant ma responsabilité de directrice et l'urgence d'agir, car les faits attestent du non-respect du cadre réglementaire établi :

- **Evaluation Interne** : la dernière évaluation interne a été faite en 2011, la loi N°2002-2 impose tous les 5 ans soit en 2016 théoriquement.
- **Evaluation externe** : une évaluation externe doit être faite tous les 7 ans suivant l'autorisation ou son renouvellement, et au moins 2 ans avant la date de celui-ci. La dernière évaluation externe en 2013 n'a pas été satisfaisante et le CD demande de réaliser une nouvelle évaluation externe dans les 12 mois après la venue de la CRf.
- **Projet d'établissement** : il doit être actualisé à minima tous les cinq ans. Le dernier couvre la période 2011-2015.

⁴⁶ Catherine HESSE et Thierry LECONTE, « Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Rapport de l'IGAS, Juin 2017, p.20.

Ces non-conformités sont préoccupantes car ces documents demeurent réellement les prérequis indispensables aujourd'hui dans le secteur. Ainsi, la démarche qualité amorcée est un travail préparatoire à la rédaction de ces documents socles. « Le prétexte » de la possible reprise n'est pas une réponse suffisante pour accepter l'immobilisme sur une démarche qualité programmatique car l'établissement, lui, continue à accueillir quotidiennement les 86 résidents. Ainsi, la qualité ne peut être considérée comme un accessoire, qui plus est pendant ces périodes transitoires, mais plutôt un repère pour l'ensemble des salariés.

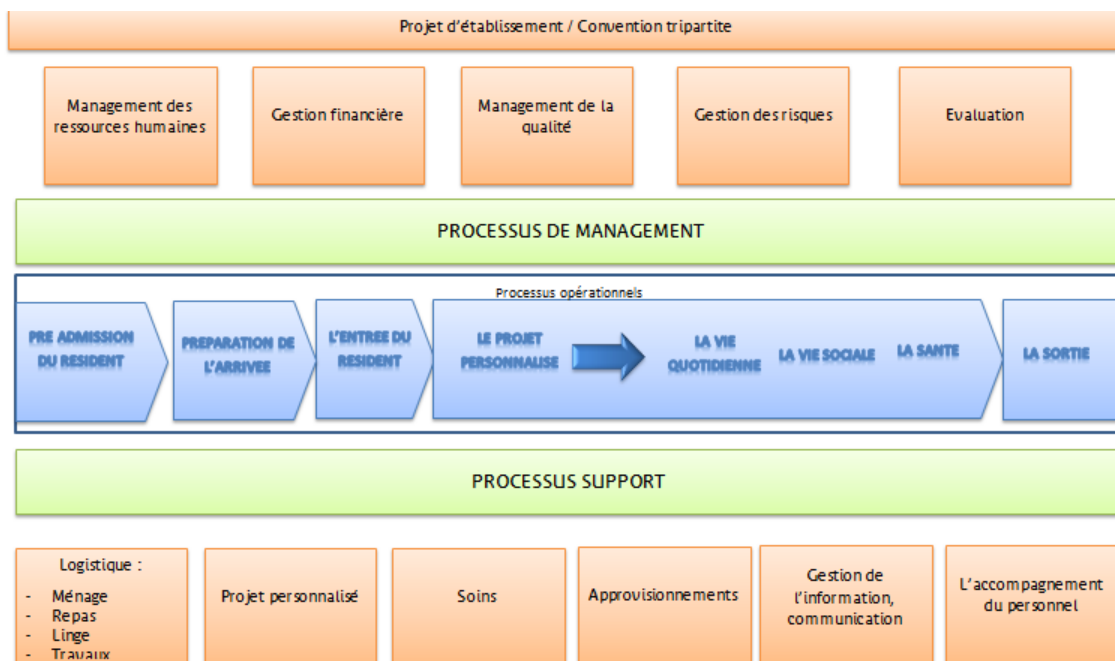
2.2.2 Evaluer la qualité de l'accompagnement et les priorités d'amélioration

Cette démarche va me permettre d'examiner l'ensemble des activités de l'établissement et d'évaluer systématiquement l'écart entre la réalité constatée et la qualité attendue. Ce différentiel, en fonction de sa criticité, devra faire l'objet d'un plan d'actions. Ainsi, en identifiant la qualité de l'accompagnement, je pourrai évaluer les risques encourus au niveau de la structure pour l'ensemble des acteurs étant entendu que ma responsabilité première réside dans la sécurité des biens et des personnes. Je pense en particulier à la gestion des risques (inexistence d'un Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels - DUERP), à la gestion des risques psycho-sociaux, ainsi qu'au respect des protocoles à tous les niveaux (hygiène, Evènement Indésirable Grave - EIG, plans divers....).

Démarche qualité et gestion des risques : ce processus vise à réduire l'ensemble des risques qui peuvent survenir et à assurer la sécurité des personnes. Il concilie la prise de risque avec la maîtrise des dangers qui l'accompagne afin de rendre ce dernier acceptable. Le champ des risques dans l'EHPAD est divers : liés aux soins, à l'environnement (alimentation, déchets, eau, surfaces...), à la technique informatique...

L'approche par processus : afin de développer la démarche qualité, nous avons choisi d'utiliser la méthode d'approche par processus. Le processus se définit comme un ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforment les éléments d'entrée en éléments de sortie. L'activité de l'EHPAD peut être vue comme un ensemble complexe de tâches à réaliser. Ces tâches peuvent être regroupées en "processus" par rapport à un objectif à réaliser. C'est l'approche par "processus" qui caractérise la démarche d'amélioration de la qualité, car elle nécessite une segmentation de l'accompagnement du résident en un certain nombre d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité. Au sein de ce processus complet d'accompagnement, il est possible d'identifier de nombreuses étapes (sous-processus). Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs. L'étude du processus nécessite une approche transversale de l'organisation. L'identification du processus est la première étape

de la démarche d'amélioration continue de la qualité. La seconde étape consiste à décrire le processus. La troisième étape consistera à construire de nouveaux processus et la dernière à améliorer ces processus.



Le processus global d'accompagnement du résident

Je préciserai ce travail par une cartographie des risques plus spécifiquement concernant la sécurité des résidents sur les sujets récurrents comme :

- les risques liés aux comportements des résidents : fugue, agressivité, refus de soins...
- les risques liés aux bâtiments/installations : électriques, ascenseurs, solidité des ouvrages...
- les risques liés aux biens : vétusté, incendie, dégât des eaux....

Il en découlera ainsi un plan d'actions qui mettra en exergue certains risques en fonction du niveau de gravité et d'occurrence. Dans le contexte de l'EHPAD « les Aiguerelles », les sujets suivants seront prioritaires :

- **Sécuriser l'environnement de la personne âgée** : accompagner dès l'arrivée le résident et les familles sur les spécificités de la structure : absence d'unité fermée, établissement ouvert vers l'extérieur, démarche luttant contre l'iatrogénie médicamenteuse...afin que les familles puissent d'ores et déjà prendre leurs dispositions si le projet de l'établissement ne leur correspond pas. De la même manière, il existe des moyens d'accompagner les personnes déambulantes par exemple via l'utilisation de montres géo-localisées, par un travail sur la mémoire procédurale pour conditionner la personne sur un itinéraire repère, par des systèmes de détection divers... dans le respect de la libre circulation des résidents.

- **Sécuriser le bâtiment** : j'identifie un risque fort par rapport à une possible visite de contrôle de la commission de Sécurité et d'Accessibilité (visite périodique de contrôle ou exceptionnelle sur demande du Maire). Dans le cas où la structure ne serait pas conforme aux obligations de sécurité, le propriétaire ou exploitant, peut s'exposer à une fermeture administrative temporaire ou définitive ordonnée par le maire ou le préfet (après avis de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité) ou des sanctions pénales (amende jusqu'à 45 000 € et peine d'emprisonnement).

2.2.3 Préparer l'avenir et anticiper les risques économiques

Aujourd'hui, dans la gestion d'un EHPAD, le rendez-vous le plus important et à ne pas rater pour un directeur, du fait des enjeux financiers, constitue la négociation du CPOM. Pour l'EHPAD « les Aiguerelles » actuellement en CTP, le passage en CPOM est prévu pour 2020⁴⁷ et laisse supposer que son périmètre, si la reprise avec la CRf se concrétise, prendra en compte les 3 EHPAD CRf (Nissan lez Ensérune, Cournonterral et Mauguio). Ainsi, ce CPOM fixera les moyens attribués globalisés pour les trois structures en fonction des besoins identifiés. En prévision de la négociation du CPOM, l'ARS Occitanie / CD de l'Hérault ont prévu de définir courant 2019 (avant le 30/06/2019 pour être valable en 2020) « le GIRAGE et la coupe PATHOS » pour l'EHPAD « les Aiguerelles ». Cette procédure consiste à évaluer à un instant T le niveau de dépendance (moyenne des GIR des résidents accueillis = GMP) et les besoins en soins moyens (moyenne des PATHOS des résidents accueillis = PMP) qui entrent en jeu pour la définition des moyens alloués à l'établissement en fonction d'une équation tarifaire. Cette évaluation sera revue ensuite au cours de la 3^{ème} année du CPOM (soit en 2024). Ainsi, le dernier GMP est à 704 et le PMP à 181, chiffres assez élevés pour un EHPAD non spécialisé (pour information, le GMP moyen national est de 699⁴⁸ mais avec d'importantes disparités territoriales). Or, à cela s'ajoute le fait que l'établissement a été sous doté, suite à la précédente « coupe PATHOS » en 2015, dans le cadre du renouvellement du CTP. L'évaluation terrain, le jour de la venue du médecin de l'ARS, n'a pas été à la mesure de la réalité quotidienne, du fait de décès et d'hospitalisations concomitantes. Mon enjeu est de mobiliser l'ensemble des professionnels pour préparer au mieux cette visite. Il est primordial de pouvoir spécifier le plus fidèlement possible le public accueilli et les particularités d'accompagnement de l'EHPAD afin de pouvoir défendre des moyens adaptés.

Ainsi, sous la responsabilité du MEDEC, l'établissement doit former et sensibiliser les professionnels mais aussi les libéraux (kinésithérapeutes prioritairement) pour tracer sur le

⁴⁷ Arrêté conjoint ARS-CD 34 fixant la programmation prévisionnelle pour la période de 2017 à 2021 des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens tripartites des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes de l'Hérault n°2017-093.

⁴⁸ Etude Uni-Santé, « Panorama des EHPAD en France », Avril 2015, p.1.

logiciel métier « TITAN », l'évolution des personnes accueillies en terme de dépendance et de besoins en soins. Tous les professionnels doivent suivre cette procédure dès qu'un évènement est susceptible de faire évoluer le degré d'autonomie ou le besoin en soins d'un résident. L'objectif est de proposer une image fidèle de la réalité de la prise en charge le jour de la venue du médecin de l'ARS. C'est également lors de la négociation du CPOM que l'ARS/CD/Etablissement conviennent de projets de modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire / accueil de jour / PASA / UHR voire accueil expérimental) mais aussi de financement d'actions complémentaires dont la liste est prévue dans le décret⁴⁹ (actions relatives à la prévention, financements liés à des situations sanitaires exceptionnelles, formation des personnels et prise en charge de publics spécifiques). Or, je suis convaincue que l'établissement, du fait du public accueilli, doit être en mesure de pouvoir convaincre les ACT pour l'ouverture d'un PASA. Cependant, au-delà de la conviction et des faits, dans un environnement de plus en plus concurrentiel, où les finances publiques se réduisent, il est indispensable de savoir convaincre nos ACT par des données vérifiables afin que des moyens nécessaires soient octroyés pour adapter notre offre aux besoins des personnes accueillies.

2.3 LES ENJEUX POUR LES RESIDENTS ET LEURS FAMILLES : ADAPTER L'OFFRE DE L'ETABLISSEMENT AUX EVOLUTIONS DES PUBLICS ACCUEILLIS

Dans la continuité de la loi du 02 Janvier 2002, l'enjeu premier de la démarche qualité pour l'EHPAD « les Aiguerelles » est de répondre aux besoins et attentes en perpétuelle évolution des personnes âgées accueillies et de leurs entourages à travers une méthode objective et pérenne d'amélioration continue.

2.3.1 Répondre à l'évolution permanente des besoins des résidents

Ainsi, un des préalables à la démarche est de bien analyser les besoins des résidents et de se doter d'outils qui permettent de suivre les évolutions de ces besoins voire idéalement de les anticiper. D'autant que la non-qualité a un coût multiple : financier porté par les ACT/résident (dans le secteur privé nous parlons de 5-10-15% de rebut) ; humain (impacts possibles sur les conditions de travail et/ou de prise en charge des résidents) et en terme d'image potentiellement. Voici quelques traits caractéristiques de la population accueillie à l'EHPAD « les Aiguerelles » :

⁴⁹ Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

- en majorité féminine (90%),
- de plus en plus âgée (âge moyen d'entrée = 92 ans pour 84,4 ans⁵⁰ nationalement)
- de plus en plus dépendante (le GMP a progressé de 12% en 4 ans entre 2011 et 2015 pour atteindre 704).
- qui réside moins longtemps à l'EHPAD (durée moyenne de séjour = 2 ans alors qu'en 2011 elle était d'environ 4 ans)
- qui décède en grande majorité à l'EHPAD (chaque année, il faut noter que 20 à 25 résidents s'éteignent en moyenne)

Les résidents accueillis connaissent, de plus en plus, de troubles cognitifs et physiques. La grande majorité des résidents est en fauteuil et les sollicitations pour cause de pertes de repères sont plus importantes. De plus, 50% en moyenne des résidents accueillis sont diagnostiqués Alzheimer ou troubles apparentés alors qu'un rapport de l'IGAS⁵¹ montre que seulement 28% de la population malade estimée bénéficie d'un accompagnement à domicile ou en établissement. Ainsi, la majeure partie des résidents accueillis présente des troubles cognitifs évolutifs nécessitant une adaptation et une écoute permanente des professionnels sans pour autant être diagnostiqués. Pour autant, les mesures de protection de type curatelle ou tutelle par exemple, ne concernent que 5 à 10% des résidents accueillis ce qui pose la question de la capacité des résidents liée également à la responsabilité de l'établissement, en cas de fugue par exemple. Les besoins des résidents vont donc vers une prise en charge :

- plus médicalisée (ex : soins palliatifs)
- plus spécifique auprès des résidents présentant des troubles cognitifs sévères
- vers du « nursing » ou « soin relationnel » personnalisé et coordonné entre l'ensemble des professionnels intervenants : l'ensemble des soins infirmiers, d'hygiène et de confort donnés quotidiennement permet de suivre l'état de dépendance et d'évaluer les habitudes et soins de vie à apporter aux résidents.
- plus globale et coordonnée : au-delà des missions de l'EHPAD stricto sensu, la responsabilité de l'établissement est d'éviter tout changement / rupture, pouvant causer une perte de repères. Il est ainsi à éviter les hospitalisations ou consultations à l'extérieur (développement de la télémédecine en expérimentation dans l'établissement par exemple).

Aujourd'hui, l'établissement ne répond pas de manière satisfaisante aux besoins des personnes connaissant des troubles cognitifs sévères, en particulier quand elles sont valides car elles vont déambuler alors que l'établissement n'est pas du tout adapté pour cela. Parfois, l'accompagnement est si difficile que la direction doit prendre la décision, en

⁵⁰ Conseil Départemental de l'Hérault, Le Guide Séniors 2017-2018, p.5.

⁵¹ Joël ANKRI, Rapport d'évaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, IGAS, 2013.

coordination avec les familles, de transférer certains résidents dans des établissements plus adaptés, ayant par exemple des UHR fermées pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cependant, ces décisions sont extrêmement difficiles à prendre car elles désorientent les résidents concernés et culpabilisent fortement les équipes. D'autant plus qu'à chaque décision de ce type, les résultats ont été particulièrement décevants donnant lieu à des décès précoces.

L'enjeu de la démarche qualité sur la réponse à l'adéquation des besoins des résidents, est vraiment un enjeu d'adaptabilité, de souplesse, d'agilité de l'organisation à identifier les besoins et ensuite d'être en mesure d'y répondre. C'est bien cette capacité de détection puis d'adaptation de l'organisation qui fera la réussite de la démarche qualité pour l'EHPAD « les Aiguères ». Par exemple, l'établissement anime une dynamique remarquable sur les projets personnalisés des résidents, il faudra cependant aller plus loin en permettant aux salariés de développer d'autres outils pour identifier les besoins des résidents et surtout des moyens pour y répondre.

Besoins et attentes - des exigences - pour l'établissement : J'ai parlé jusqu'à présent de la notion de besoin, mais une clarification dans la sémantique entre besoins et attentes s'impose : selon moi, le besoin est une obligation tandis que l'attente est plutôt un souhait. En EHPAD, les résidents sont des personnes fragiles dans l'incapacité parfois de formuler des attentes cohérentes et raisonnables. Ainsi, des professionnels interviennent justement pour définir la prestation nécessaire. Par conséquent, la qualité globale des prestations doit par conséquent tenir compte à la fois des besoins (ce qui est nécessaire à la santé, au maintien des activités physiques et cognitives) et des attentes (le plaisir et le bien-être) des résidents. L'ensemble « besoins » et « attentes » pouvant être interprété par l'usage du mot « exigence ». Nous pouvons même aller plus loin en parlant des exigences des parties intéressées pour regrouper les familles des résidents qui sont finalement des usagers indirects. La notion « d'exigences » conforte la vision de Jean-Pierre HARDY⁵² qui aborde la notion de « client-consommateur » mais selon un mode de régulation démocratique et sociale à visée de « l'utilisateur citoyen » : non pour arriver au moindre coût mais au meilleur coût.

2.3.2 Un enjeu de co-construction avec les résidents et leurs familles

L'EHPAD, comme tout établissement régi par la loi du 02 Janvier 2002, doit proposer un accompagnement personnalisé, préserver l'autonomie et promouvoir la citoyenneté des personnes accueillies. Ainsi, un des enjeux du lancement de la démarche qualité est de

⁵² Chantal HUMBERT, « Les usagers de l'action sociale: sujets, clients ou bénéficiaires ? », Quand l'utilisateur est un consommateur. Le cas des résidents dans les établissements accueillant des personnes âgées par Jean-Pierre Hardy, L'Harmattan, 2000, p.187.

tendre vers une co-construction avec les résidents et leurs familles car, par exemple, intégrer les familles à la démarche permettra en premier lieu de leur faire prendre conscience de la complexité de la mission.

Premier point important dans cette quête, les moyens que nous proposons aux résidents/familles, pour exprimer leurs exigences. La première et seule enquête de satisfaction a été réalisée en 2013 et témoigne d'une satisfaction globale : 95% des résidents – familles se disent tout à fait à plutôt globalement satisfaits et 90% des personnes et familles interrogées recommanderaient l'établissement. Cet outil n'a pour le moment pas été réutilisé. De son côté, le Conseil de Vie Sociale (CVS) est constitué et actif, il fait remonter régulièrement des ajustements à faire sur l'ensemble des champs concernés (restauration, appels malades, état des chambres...). A cela s'ajoute également une commission « Restauration » et une commission « Animation » qui permettent des échanges et mesures correctives réguliers entre les résidents, leurs familles et la direction. Pour autant, le paradoxe de la situation est que, dans la plupart des cas, les résidents les plus valides ne souhaitent pas participer à la vie collective mais préfèrent suivre un rythme autonome alors qu'ils sont les plus capables d'exprimer leurs attentes et besoins. Par voie de conséquence, l'établissement développe des activités à l'attention des publics plus dépendants mais qui peuvent avoir des difficultés à exprimer leurs attentes.

Le second point à prendre en compte, étant donné les moyens restreints, est de prioriser les exigences formulées par les résidents. Très peu de familles souhaitent s'investir dans l'intérêt collectif (participer aux instances, participer à des sorties collectives) mais par contre sont très présentes et actives quand il est question de problématiques propres à leur proche résident. Cette réflexion rappelle la notion de vie privée - vie collective, une dichotomie omniprésente et délicate à gérer au sein de l'EHPAD pour des personnes dont le niveau de dépendance impose une vie en collectivité alors qu'elles étaient à domicile jusque-là. Quand l'habitat privé se restreint à la chambre du résident. Ces commentaires faits, il est de ma responsabilité de directrice de parvenir à répondre aux « exigences des personnes intéressées » à la fois de manière personnalisée mais également dans un intérêt collectif. Cette éthique du quotidien n'est pas tâche aisée et les illustrations en sont multiples. Cependant la réflexion est nécessaire pour faire la part des choses dans les exigences formulées.

Il est donc absolument nécessaire d'impliquer les résidents/famille dans la démarche amorcée car cela permettra une meilleure compréhension réciproque (des professionnels vis-à-vis des résidents/familles et des résidents/familles vis-à-vis des professionnels) pour ainsi proposer une palette des possibles adaptés aux besoins sur un territoire de vie.

2.3.3 Proposer une offre de service globale sur le territoire melgorien

L'enjeu de la réussite de cette démarche est de permettre à l'EHPAD « les Aiguerelles » de créer les conditions matérielles, humaines et financières d'un établissement plus agile, plus souple et innovant permettant aux professionnels de répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées, sans cloisonnement entre domicile et EHPAD et en proposant des solutions intermédiaires (résidences autonomie, habitat partagé, colocation...). En effet, les politiques publiques ont fait le choix politique du « logement d'abord » en favorisant autant que possible le maintien à domicile à travers le soutien aux services d'aide et de soins à domicile. Cependant, la vie ne doit pas s'arrêter quand la personne n'est plus en capacité de vivre chez elle, la mort ne doit pas commencer à l'arrivée à l'EHPAD. Les transitions doivent se préparer, des ponts doivent être créés entre le domicile et l'hébergement collectif pour éviter les ruptures de parcours comme par exemple : un hébergement temporaire pour permettre à un résident potentiel de se familiariser avec l'offre proposée sur un temps défini ; les services de repas sur place pour les extérieurs permettant de passer du temps à l'EHPAD ou encore des services de l'EHPAD à proposer à domicile comme le font les « EHPAD à domicile » (télésurveillance, portage de repas, SSIAD...). Le projet de reprise par la CRf va dans ce sens en faisant le choix d'une concentration verticale de la chaîne de valeur de la prise en charge de la personne âgée vers la création d'un parcours résidentiel gériatrique par la création de la résidence autonomie, l'hébergement temporaire voire l'unité de vie Alzheimer. Mais cela ne suffira pas, il faudra proposer d'aller plus :

- en amont en partenariat avec les structures œuvrant dans le domicile,
- vers le sanitaire avec des partenariats type SSR/USLD/psychiatrique
- en aval vers les soins palliatifs également type HAD

Car les avantages sont nombreux :

- Absence de rupture tout au long du parcours (habitudes, repères, entourage, ...)
- Dispositifs adaptés en fonction des niveaux d'autonomie
- Coordination simplifiée entre tous les intervenants
- Transition accélérée entre les différents dispositifs
- Limitation et pérennité du nombre d'interlocuteurs (relation de confiance durable)

Ces évolutions seront un gain formidable pour les personnes âgées, mais encore faut-il pouvoir fidéliser, former et compter sur une équipe de professionnels mobilisés.

2.4 LES ENJEUX POUR LES SALARIES : FACILITER ET AMELIORER LEURS INTERVENTIONS AUPRES DES RESIDENTS

« La qualité, dans le secteur, est d'abord une construction sociale qui sollicite l'attention, l'engagement, la créativité et la coopération des professionnels qui constituent la compétence fondamentale des institutions »⁵³. Or pendant longtemps, la pensée dominante a été de croire qu'il était impossible d'objectiver la qualité du fait de la complexité du travail sur l'humain, interdisant les simplifications évaluatives, telle une hymne à la singularité. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, en tant que directrice, je relève deux tendances fortes au sein de l'EHPAD « les Aiguerelles » :

- **La non implication historique des salariés dans les démarches collectives :** relevés dans les comptes rendus de certains documents cadres actuellement en vigueur (évaluation externe, projet d'établissement), je n'ai pour l'heure pas pu analyser précisément l'origine de ce retrait, j'émetts l'hypothèse suivante : le management, qui a œuvré pendant près de 20 ans (1993-2013) , a particulièrement centralisé les pouvoirs et n'a certainement pas cherché à mobiliser les équipes dans la co-construction. D'ailleurs, la directrice en poste à l'époque, a été licenciée pour harcèlement moral. Suite à cette étape particulièrement éprouvante pour le personnel (situation de crise, constitution de clans, enquêtes...), la directrice suivante a fait le choix, eu égard aux préconisations des ACT également, d'un management plus collaboratif et souple, à l'écoute des professionnels.
- **Une certaine forme d'autogestion :** la vie étant une question perpétuelle de balancier, aujourd'hui, une certaine forme d'autogestion s'est mis en place autour d'une équipe de direction existante mais sans un cadre managérial et de contrôle clairement établi. Ainsi, salariés comme résidents pointent le fait que l'établissement manque de contrôle, de rendu-compte auprès de la hiérarchie, d'un management de proximité pour suivre les salariés dans leurs missions quotidiennes. Cela n'ôte en rien la qualité reconnue de prise en charge du personnel, cependant cela peut témoigner d'une possible résistance au changement dans les pratiques professionnelles de chacun, d'un certain immobilisme pour conserver les intérêts de chacun.

Voyons maintenant, les différents enjeux de cette démarche pour les salariés.

⁵³ Philippe DUCALET, Michel LAFORCADE, op. cit. p.20.

2.4.1 Piloter une coopération interdisciplinaire

La démarche qualité devrait faciliter le développement d'une culture de dialogue interne entre le gestionnaire et les équipes de professionnels. C'est un levier de management très positif en ce qu'elle permet de rompre avec l'isolement de la direction et de prendre le temps de réfléchir sur les pratiques en faisant œuvre de pédagogie. Cet exercice permet également à chaque professionnel de prendre du recul sur sa mission, de voir de manière plus globale son intervention au sein de la chaîne de l'accompagnement. En effet, nous réinterrogerons collectivement les différentes logiques professionnelles qui se retrouvent au service de la personne concernée : les soins (médico et paramédicaux), l'hôtellerie (restauration, lingerie, entretien des locaux et maintenance), l'administration (accueil, aide au financement, facturation, gestion du personnel...) et le travail social (animations, habitants du territoire, bénévoles, familles et entourages...). Ce sont bien les salariés eux-mêmes qui vont construire, proposer puis évaluer les référentiels qualité et proposer eux-mêmes de faire évoluer le cadre de leurs interventions propres. Nous avons, par exemple, une problématique pour faire évoluer certains glissements de tâches pourtant cohérents mais dont les équipes ne veulent pas entendre parler pour le moment : que les ASH fassent les lits pour permettre aux AS de consacrer un peu plus de temps auprès des résidents tandis que les AS distribuent les médicaments préparés par les IDE pour permettre aux IDE, dont la plus-value de distribution est relative, de passer du temps auprès du résidents. Ces rigidités dans les identités professionnelles pourront évoluer si les salariés envisagent la prise en charge globale et leur intervention comme un maillon indispensable mais avec une certaine souplesse d'adaptation. Dans le contexte actuel décrit précédemment, il est primordial d'amorcer ce « recentrage » du pilotage managérial mais aussi de favoriser la coopération interdisciplinaire dans un secteur aussi éprouvant où l'isolement professionnel n'est pas acceptable.

2.4.2 Questionner les conditions de travail

L'EHPAD est un lieu de vie, de fin de vie où l'on soigne de plus en plus les pathologies du grand âge et où les équipes accompagnent les résidents jusqu'à leurs décès. Dit autrement, nos institutions accueillent de la souffrance humaine, des situations difficiles face à la dépendance et à la mort par exemple. L'organisation devrait être bienveillante avec ses salariés. Or, les conditions de travail sont difficiles et usantes pour les salariés, du fait en premier lieu, d'un taux d'encadrement qui n'est pas à la hauteur des besoins des personnes accueillies (0,58⁵⁴ comme taux d'encadrement cible théorique remplacements compris, mais ça ne permet absolument pas un travail de qualité personnalisé). Ainsi, lancer une démarche qualité permet, en premier lieu, de reconnaître le travail des professionnels et de valoriser les métiers pour les salariés eux-mêmes, mais aussi aux

⁵⁴ ARS Occitanie-CD Hérault, Convention Tripartite 2015-20, Effectifs cibles théoriques, Annexe 27.

yeux des autres, en externe. Cependant, quand le taux d'encadrement fixé par les ACT ne peut évoluer, que le directeur a fait son possible pour consolider les équipes par la présence d'autres types de contrats (contrats aidés, volontaires en service civique, stagiaires ou bénévoles), la question est de savoir quels sont les leviers pour améliorer la qualité de vie au travail. Cette notion attrait aux conditions d'exercice et à la satisfaction ressentie par les professionnels dans le cadre de leur travail. Elle dépend des conditions physiques et matérielles, de la nature des activités, de la politique de gestion des ressources humaines, des relations avec la hiérarchie et avec les collègues. Ainsi, même si mes marges de manœuvre sont particulièrement faibles, je peux investiguer d'autres voies : l'organisation du travail, la formation, le travail en réseaux pour mutualiser certains postes et le travail sur les remplacements, par exemple.

L'enjeu est que la démarche qualité soit centrée sur la qualité de la prise en charge et fasse évoluer les pratiques professionnelles mais ne vienne pas en opposition avec la qualité de vie au travail des professionnels. C'est un sujet d'actualité au niveau national, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) travaille actuellement sur le thème de la qualité de vie au travail dans les EHPAD et les établissements du champ du handicap.

2.4.3 Mobiliser à long terme les salariés à la démarche

Il serait utopique de croire que les salariés vont œuvrer collectivement dans le sens unique de la qualité de l'accompagnement. En effet, la capacité du directeur se situe dans la négociation permanente, après avoir identifié, les jeux d'acteurs collectifs et les intérêts individuels. Or, comme décrit plus haut, la situation actuelle n'incite pas à poser un cadre managérial structurant de prime abord, à moins que les salariés vivent mal la situation en terme de responsabilité par exemple (trop isolé devant des situations pouvant avoir des conséquences lourdes en responsabilités, comme la chute d'un résident par exemple).

Ainsi, je souhaite mobiliser les salariés à la démarche. Cela passera en premier lieu par l'administration d'un questionnaire dont je détaillerai plus loin le contenu, afin de recueillir le ressenti des salariés sur l'exercice de leur travail. Ensuite, j'ai la conviction que plus les salariés auront conscience de la réalité de la situation et la complexité de l'organisation, plus ils pourront faire preuve d'adaptation et de bonne volonté quand il sera question de la qualité de l'accompagnement des résidents. J'ai effectivement la chance d'être en présence globalement d'une équipe bienveillante et professionnelle. De la même façon, je privilégierai une mise en œuvre de proximité, par une certaine délégation car la qualité doit être pensée, mise en œuvre et contrôlée par les acteurs eux-mêmes mais ceci n'enlève en rien la nécessité d'une organisation, d'un cadre structurant et rassurant de pilotage et de contrôle pour que chaque professionnel puisse s'épanouir dans son domaine sans porter une charge qui ne lui incombe pas.

2.5 LES ENJEUX POUR LE REPRENEUR : PILOTER LA QUALITE – UN PREALABLE IMPORTANT A UNE TRANSITION REUSSIE

De manière générale, le lancement d'une démarche qualité revêt au moins un double intérêt : elle fait sens pour l'ensemble des parties prenantes de l'établissement et permet d'aller au cœur de l'ensemble des sujets de l'EHPAD. De la restauration à l'admission en passant par les animations ou encore la fin de vie, la démarche qualité va rentrer au cœur de l'ensemble des activités de l'établissement car tout processus interne touche de près ou de loin à l'accompagnement des résidents. Voyons maintenant les différents enjeux du lancement d'une démarche qualité du point de vue du repreneur.

2.5.1 La construction d'une relation de confiance avec les financeurs publics

Depuis le début des négociations sur ce dossier, la Croix-Rouge française a reçu une oreille très bienveillante et attentive de la part de ses ACT – Conseil Départemental de l'Hérault et Agence Régionale de Santé Occitanie. Plusieurs preuves peuvent en attester : autorisation de transfert de 6 lits entre 2 EHPAD CRf du département, autorisation pour 3 lits d'hébergement temporaire et obtention de l'appel à projet pour la Résidence Autonomie de 50 lits. Ceci étant, les ACT ont également conscience du non-respect réglementaire du processus évaluatif, elles avaient effectivement pointé lors du renouvellement de la CTP en décembre 2015 l'incomplétude de l'évaluation externe et avaient imposé de réaliser une nouvelle évaluation externe dans les 12 mois après l'arrivée de la CRf.

Au-delà du contexte de reprise stricto sensu, la CRf lance un important projet immobilier dont la charge (hors foncière) sera portée par sa filiale Entreprise Sociale pour l'Habitat (ESH) – Croix-Rouge Habitat. Ainsi, restera à la charge de la CRf annuellement le montant de la redevance suivant :

- loyer pour l'EHPAD rénové : 410k€ / an
- loyer pour la résidence autonomie : 300k€ / an

La CRf portera la charge foncière, la redevance annuelle à Croix-Rouge Habitat ainsi que l'achat du mobilier (évalué à 160k€). Ainsi, dans ce contexte, elle aura particulièrement besoin des ACT pour la soutenir économiquement de différents moyens possibles : Crédits Non-Reconductibles (CNR), affectation des résultats des exercices antérieurs, cautionnement de l'emprunt...

Ainsi, dans ce contexte de reprise, la construction d'une relation de confiance avec les ACT est primordiale afin que ces dernières restent facilitatrices sur les projets à venir et il est un enjeu stratégique de ma place de directrice de réussir cette collaboration. Le lancement de la démarche qualité contribuera à être gage de sérieux car elle permettra aussi de mesurer l'impact social de l'établissement aux yeux des ACT.

2.5.2 Le respect de la politique qualité nationale de la Croix-Rouge française

Depuis 2014, la Croix-Rouge française a structuré une politique qualité nationale spécifique à la filière personnes âgées. Ce portage national est un soutien pour les directeurs (contribution sur les champs suivants : veille documentaire, formation des référents qualité, production de référentiels, etc.). **Les 10 objectifs qualité nationaux pluriannuels 2018-2022** (voir Annexe 6)⁵⁵ sont les suivants :

1. Mettre en place une organisation permettant l'amélioration continue de la qualité
2. Améliorer la dynamique de promotion de la bientraitance et des droits des personnes
3. Organiser un système de gestion documentaire
4. Mettre en place une organisation de diffusion des documents qualité
5. Maitriser les processus
6. Concevoir une cartographie de ses risques
7. Développer la gestion des Evènements Indésirables
8. Construire un Plan d'Action Qualité (PAQ) et l'actualiser
9. Mettre en place le recueil de la satisfaction des usagers
10. S'inscrire dans une démarche d'évaluation ou d'audit de ses pratiques

De manière concrète, ces objectifs s'imposent aux établissements, le rôle du directeur d'établissement étant de s'assurer de leur mise en œuvre. Un paragraphe est dédié dans la DUD CRf à ce sujet « dans le respect des orientations nationales propres à sa filière métier, le directeur est garant de la conduite d'une politique d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans son établissement ou service »⁵⁶.

Voilà pourquoi, étant donné le retard dans ce domaine pour l'EHPAD « les Aiguerelles », le projet, objet de ce mémoire professionnel, va permettre à l'établissement d'amorcer un certain nombre de priorités CRf établies nationalement comme : un PAQ, un recueil de la satisfaction des usagers, un système de gestion documentaire ou encore une organisation permettant l'amélioration continue de la qualité. Plus largement, l'intérêt pour le repreneur est également de s'assurer dès maintenant que l'ensemble des décisions prises (ex : nouveaux protocoles, nouvelle organisation du travail, critères d'admission....) est compatible avec la politique nationale Croix-Rouge française au niveau de l'ensemble des documents socles s'imposant à tout établissement de la structure, soit :

- Le Projet Associatif Croix-Rouge française
- La stratégie 2020 de l'association « Partout où vous avez besoin de nous »
- Les objectifs de la filière nationale métier « Personnes Agées »

⁵⁵ Annexe 6 : Les objectifs qualité de la filière personnes âgées – Croix-Rouge française.

⁵⁶ Annexe 5 : Document Unique de Délégation – Croix-Rouge française.

2.5.3 Un outil de communication externe

A l'image des ACT, les résidents et leurs familles constituent une population cible primordiale à satisfaire, rassurer et convaincre. Le secteur des EHPAD, du fait de la multiplicité des acteurs (privé, lucratif, public) est un secteur concurrentiel. Même s'il faut savoir que les déterminants premiers dans le choix d'un EHPAD sont le prix et la localisation. Ainsi, l'établissement a un enjeu d'identification et de reconnaissance de sa valeur ajoutée sur le marché des EHPAD et sur son territoire de vie (banlieue de Montpellier). L'EHPAD doit être connu, reconnu et attractif.

De la même manière, la tendance des politiques publiques va vers plus de transparence et d'information du grand public sur l'offre de service « EHPAD ». L'objectif est de renforcer les droits des personnes âgées en particulier afin qu'elles puissent avoir les moyens d'exercer « leur libre choix ». Dans les faits, la loi ASV du 28 Décembre 2015 a créé un droit à l'information des personnes âgées et de leurs familles. Ainsi, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a mis en place fin 2016 le portail www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr. Il recense l'ensemble de l'offre EHPAD en précisant les prix de l'hébergement pratiqués, les tarifs dépendance et un simulateur de calcul du « reste-à-charge » en EHPAD. Le rapport d'information de l'Assemblée Nationale, paru le 26 Juillet 2018⁵⁷, dont Annie Vidal en est le rapporteur, précise que ce site est plébiscité par les utilisateurs. Pour autant les informations diffusées sont certes nécessaires mais semblent encore insuffisantes. La commission recommande de publier des informations qualitatives sur les prestations proposées par les EHPAD voire d'aller même jusqu'à publier les évaluations externes dans un format accessible à tous les publics. C'est d'ailleurs une tendance déjà à l'œuvre dans certains pays anglo-saxons (Etats Unis et Royaume Uni par exemple) qui ont mis en place des systèmes de notation établis sur la base des rapports d'inspections fortuites de leurs autorités de contrôle (par exemple le « Care Quality Commission » au Royaume Uni, équivalent de la HAS) à partir de critères clefs définis.

⁵⁷ Annie VIDAL, Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, « L'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation », 26 Juillet 2018, 88 pages.

Rockmount Northwest Good

The provider of this service changed - see old profile

1 Blackburn Road, Rishton, Blackburn, BB1 4HD
(01254) 876362
Provided by: Rockmount Northwest Limited

CQC inspection area ratings
(Latest report published on 24 May 2018)

Safe	Good ●
Effective	Good ●
Caring	Good ●
Responsive	Good ●
Well-led	Requires improvement ●

[Full Details >](#)
[Share your experience](#)
[Email alert sign-up](#)

Care homes

Specialisms/services

- Accommodation for persons who require nursing or personal care
- Learning disabilities
- Mental health conditions
- Physical disabilities
- Sensory impairments
- Substance misuse problems
- Treatment of disease, disorder or injury

[- See less](#)

Doves Nest Nursing Home Requires improvement

15-19 Windsor Road, Clayton Bridge, Manchester, M40 1QQ
(0161) 681 7410
Provided by: Dove's Nest Limited

CQC inspection area ratings
(Latest report published on 28 December 2017)

Safe	Requires improvement ●
Effective	Good ●
Caring	Good ●
Responsive	Requires improvement ●
Well-led	Requires improvement ●

[Full Details >](#)
[Share your experience](#)
[Email alert sign-up](#)

Care homes

Specialisms/services

- Accommodation for persons who require nursing or personal care
- Physical disabilities
- Treatment of disease, disorder or injury
- Caring for adults under 65 yrs
- Caring for adults over 65 yrs

**Le système de notation anglais de la « Care Quality Commission »
concernant les structures pour personnes âgées⁵⁸**

A la lumière de ces éléments, l'intérêt de pouvoir concrètement mettre en avant ses spécificités et la qualité de son offre de service n'est plus à prouver. Concurrence, comparabilité de l'offre des EHPAD, valeur ajoutée ou encore utilité sociale, toutes ces tendances actuelles concourent vers une évaluation objective de la prestation de l'EHPAD. Ainsi, la démarche qualité que je souhaite porter constitue une manière concrète d'évaluer la qualité de l'accompagnement qui nourrira ensuite une communication externe afin que l'EHPAD « les Aiguerelles » soit identifié et reconnu auprès des ACT et du grand public. Après avoir étudié les enjeux de la démarche qualité pour l'ensemble des acteurs de l'établissement, je vous invite à entrer dans l'opérationnalité même du projet via sa mise en œuvre concrète, une démarche déclinée sur mesure pour répondre aux besoins des acteurs du projet.

⁵⁸ <https://www.cqc.org.uk/search/site>.

3 LA MISE EN OEUVRE D'UNE DEMARCHE QUALITE COLLECTIVE – UN LEVIER POUR ACCOMPAGNER LES ACTEURS AU CHANGEMENT DE GESTIONNAIRE

3.1 FAIRE DE LA DEMARCHE QUALITE UNE AMBITION STRUCTURANTE ET COLLECTIVE

3.1.1 L'importance du positionnement fort de la direction

L'engagement de l'équipe de direction et la co-construction avec les équipes : dans ce contexte de transfert de gestion, naturellement anxiogène pour les professionnels, où les repères peuvent sembler disparaître, l'équipe de direction constitue un relais de sens. Elle doit être en mesure de rassurer, montrer le cap en recentrant l'attention de tous, sur ce qui nous rassemble, ce qui fait identité dans un quotidien déjà chargé des professionnels. En effet, insérer une démarche qualité exigeante dans l'agenda d'établissements dont les plannings sont très contraints et les effectifs en tension permanente, donc peu disponibles, hors du service des résidents, n'est pas chose aisée. Il est précisément là, l'enjeu pour l'équipe de direction, d'où l'importance d'un positionnement fort de la direction. Ce point est particulièrement crucial car, lors des précédentes démarches collectives (évaluation interne en 2011 et évaluation externe en 2013), la mobilisation des équipes a toujours été un élément particulièrement défaillant.

Ainsi, ma priorité est de savoir impulser, mais aussi porter sur la durée ce changement au sein du CODIR et de m'assurer de son « irrigation » à tous les échelons. En effet, quelle que soit la motivation de chacun, le plus complexe est de pouvoir la soutenir sur la durée en adaptant les outils de motivation à la personnalité et aux besoins des acteurs. J'ai la responsabilité de mettre les professionnels en situation favorable au changement. Je propose pour cela de rédiger « **une lettre d'engagement de la direction** » afin de poser le cap et l'intention, tel un engagement stratégique devant l'ensemble des salariés pour montrer l'exemple dans la volonté de rompre avec le cycle de la répétition de « l'enfer du même ». Ainsi, les objectifs de direction que je me fixe sont les suivants :

- Avoir en nombre et en qualité, les effectifs suffisants pour garantir la bonne exécution des missions confiées et assurer le confort et le bien être des résidents dans le respect des contraintes fixées par les ACT
- Assurer une formation aux intervenants en adéquation avec les besoins et les exigences du résident et de l'évolution des pratiques professionnelles
- Obtenir un taux de satisfaction maximal de la part de nos résidents

Dans la forme, je souhaite porter un changement dans la continuité pour ne pas mettre à mal le récit institutionnel en faisant table rase du passé comme Jean-René LOUBAT⁵⁹ peut le promouvoir mais plutôt comme Pierre-Olivier MONTEIL le décrit⁶⁰ « *l'innovation n'opère pas à partir de rien, mais d'abord en se souvenant* ». Je m'attacherai, par exemple, à reprendre les 8 C⁶¹ du management de la qualité selon le guide du management dans le service public qui personnellement me parle et font sens dans ma pratique professionnelle et ma façon d'envisager mon poste de direction :

Quatre principes de management à respecter

- Le courage
- La clarté
- La cohérence
- La considération

Trois dynamiques à développer

- La communication
- La coopération
- La compétence

Une composante fédératrice

- La culture

Les 8 C du management de la qualité

L'équipe de direction s'engagera pour donner les moyens aux professionnels de « co-construire », à partir d'un patrimoine institutionnel existant. Le rôle du directeur est alors d'être « traducteur » des politiques publiques, c'est-à-dire de rendre les professionnels intelligents de ce que le secteur se vit. C'est ainsi que des **réunions régulières et la diffusion d'une lettre trimestrielle qualité** seront mis en place pour informer les salariés de l'actualité du secteur, mais aussi de l'établissement. La meilleure connaissance des enjeux et de l'actualité de l'établissement inciteront, très certainement les salariés à vouloir agir pour influencer les projets en fonction de leur marge de manœuvre.

Car ce sont les salariés qui font la qualité au quotidien, ce sont donc eux-mêmes qui doivent la faire évoluer mais également l'évaluer. Finalement le CODIR doit poser un cadre, donner les moyens aux équipes, en terme de temps principalement, de construire / proposer / mettre en œuvre et évaluer, en ayant bien entendu validé la pertinence des mesures mises en place. La démarche ne doit pas être descendante mais doit être vue à moyen terme comme un outil facilitant l'exercice de leurs missions plutôt que comme une contrainte (ex : la mise en œuvre, la formation et le suivi de protocoles sur la prévention des chutes).

⁵⁹ Jean-René LOUBAT, « Penser le management en action sociale et médico-sociale », 2014 (2ème édition), Dunod, 432 pages.

⁶⁰ Pierre-Olivier MONTEIL, « Ethique et philosophie du management », 2016, ERES, 232 pages.

⁶¹ Pierre DUCALET, Michel LAFORCADE, op. cit. p.205.

Concrètement au sein de l'EHPAD, malgré toutes les problématiques quotidiennes qui rendent l'exercice de leurs métiers éprouvant, les salariés de l'EHPAD se trouvent dans un certain conservatisme de leurs pratiques professionnelles. A cela s'ajoute un manque de contrôle systématique et de communication. En effet, du fait de la charge de travail couplée au faible taux d'encadrement et à l'organisation actuelle du travail, les temps de contrôle du travail, de reporting mais aussi de transmission entre les équipes sont quasiment inexistantes et très peu formalisés. Seul, le logiciel métier TITAN est renseigné pour chaque résident au bon vouloir de l'ensemble des professionnels. La perte d'informations et le manque de transmissions entre les professionnels sont ainsi préoccupants. Ainsi, l'établissement pâtit d'un problème de cadre. Corrélé à l'importance du positionnement fort de l'équipe de direction dans la démarche, j'ai fait le choix de **créer un COmité de Pilotage (COPIL)** qui sera porté exclusivement par le CODIR afin de positionner le dernier dans le pilotage de la démarche qualité. Ainsi, sa composition sera la suivante : MEDEC, IDEC, Psychologue, Psychomotricienne et moi-même. Voici les différents rôles du COPIL :

- entretient la **dynamique de la démarche** sur le long terme
- est **garant de la méthodologie employée**
- **valide les synthèses** de : l'Evaluation Interne, l'enquête auprès des salariés, l'enquête de satisfaction, le périmètre et l'objet des groupes de travail et enfin les actions d'amélioration et les indicateurs de suivi du PAQ
- est **réfèrent pour chaque groupe de travail**, garant du cadre et des résultats à présenter en CODIR.
- est **responsable de la communication** sur la démarche en interne comme en externe

L'évolution progressive de la culture institutionnelle de l'établissement : lancer une démarche qualité au sein d'un établissement, d'autant plus dans un contexte de transfert de gestion, requiert d'interroger la culture institutionnelle, ce cadre de références fait de traditions, valeurs et savoirs faire communs qui fondent l'identité de chaque établissement inséré dans une histoire et un lieu. En effet, la culture institutionnelle conditionne l'organisation de la vie collective ainsi que les rapports entre les acteurs et développe un sentiment identitaire plus ou moins fort. Toutefois, selon moi, il faut distinguer le fond et la dynamique de la culture institutionnelle. Tandis que le fond sera questionné dans le détail lors de l'actualisation du projet d'établissement à horizon 2020, pour l'heure je souhaite être modeste, et dans le cadre de la démarche qualité. Aujourd'hui, il est indispensable pour le CODIR d'avoir connaissance des contours de la culture institutionnelle de l'établissement car elle constitue le cœur de ce qui rassemble les salariés autour de cette œuvre commune.

Ainsi, l'évolution de la culture institutionnelle prendra des années, pour l'heure, dans le contexte actuel, l'objectif de la démarche est de :

- « greffer » sur la culture existante une culture de l'esprit critique et de l'évaluation, pour lever les résistances aux changements. La démarche qualité en EHPAD peut constituer un levier de l'action permettant de créer une nouvelle dynamique au sein de l'établissement.
- vérifier la compatibilité des références communes avec les valeurs institutionnelles du repreneur, la CRf
- s'assurer que ce projet managérial soit en cohérence avec les autres projets plus larges incombant à l'établissement (projet d'établissement) et au repreneur (projet associatif, stratégie 2020...).

L'accompagnement au changement : « On ne manage pas la qualité mais des personnes en vue de les aider à améliorer la qualité de ce qu'elles font »⁶². Ainsi, conduire une démarche qualité c'est conduire un processus de changement complexe qui touche toute l'organisation. La résistance au changement est la condition même du changement. Le changement n'a d'intérêt que pour conserver quelque chose d'essentiel – les fameuses « valeurs communes » abordées plus haut. Le changement est finalement un processus de réapprentissage élaboré par les acteurs eux-mêmes, qui portent en eux leurs enjeux individuels propres (enjeu de positionnement, de reconnaissance, de réalisation, de pouvoir, de domination,...). D'ailleurs, comme le précise Eric DELAVALEE⁶³ « le succès du changement est en grande partie fonction de la capacité de ceux qui le conduisent à utiliser et gérer les enjeux de manière à ce qu'ils favorisent au mieux cette réussite ». Il y a 3 phases au changement selon Kurt LEWIN :

1. **Phase de dégel** qui passe par un temps de rupture (prise de conscience de la modification), puis une angoisse devant le sentiment d'incompatibilité par rapport à la posture actuelle et finalement une phase de sécurisation par la conscientisation de certains gains possibles du fait du changement.
2. **Phase de mouvement** qui passe d'abord par un désapprentissage puis un réapprentissage, une forme d'acquisition progressive.
3. **Phase de consolidation** qui passe par une pérennisation des nouvelles pratiques.

⁶² Marc HEES, « Le management : Science, Art, Magie ? », Seli Arslan, 2000, p.23.

⁶³ Eric DELAVALLEE, « Changement organisationnel et Gestion des Ressources Humaines », Les ressources humaines, Editions d'Organisation, 1999, p.4.

L'information et la formation seront les meilleures alliées pour éviter les résistances au changement et développer une adhésion collective à la démarche. Dans un milieu de plus en plus normatif, il est important de renforcer la question du sens d'autant que l'engagement des professionnels a évolué. De la vocation hier, nous observons aujourd'hui un engagement professionnel contractuel où le salarié attend un retour de son travail, à l'image de la théorie du don développée par Norbert ALTER⁶⁴ (la triple obligation de donner, recevoir et rendre, tel un contrat social basé sur la réciprocité). Cela est d'autant plus vrai pour des métiers où les conditions de travail ont une incidence forte sur l'usure et la fatigue du personnel.

Voici ci-dessous un schéma⁶⁵ qui résume particulièrement bien le contexte dans lequel doit évoluer l'équipe de direction sur ce projet managérial structurant :

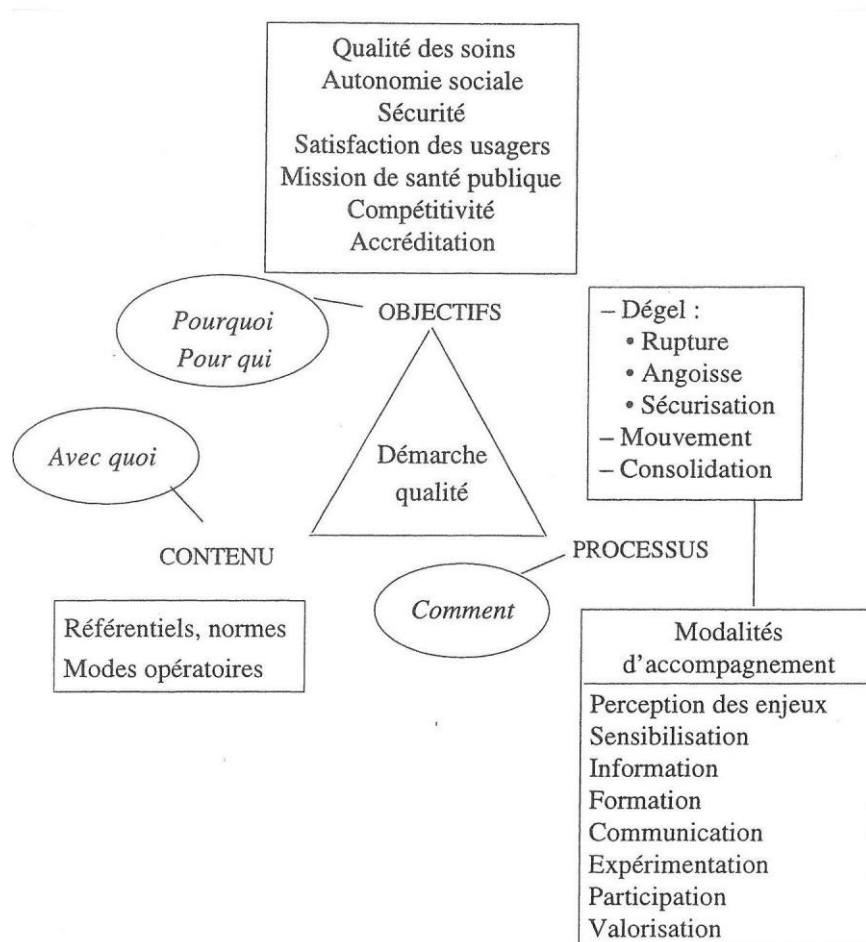


Figure 4.11 Processus de changement et démarche qualité

⁶⁴ Norbert ALTER, Théorie du don et sociologie du monde du travail, MAUSS, 2002, n°20, p.263.

⁶⁵ Colette EYNARD Colette (dir.), Conduire le changement en gérontologie, Dunod, 2009, p.271.

3.1.2 Présentation synthétique de la méthode

La qualité est une démarche qui requiert du sens, des hommes et de la méthode. La méthode, au sens étymologique du terme, est une démarche rationnelle que suit l'esprit pour atteindre un but. Même si beaucoup de littérature a été écrite sur la démarche qualité dans le secteur, chaque établissement doit faire sien les concepts en fonction de ses spécificités (histoire, valeurs, publics, localisation, etc.). Sinon, la démarche se résume soit à des valeurs incantatoires soit à un instrument de gestion. Par rapport au contexte de l'établissement, aux acteurs et aux échéances, j'ai proposé la méthode suivante :

- **Le principe général** : lancement d'une démarche de réflexion collective sur nos pratiques professionnelles actuelles et à venir. En particulier, l'établissement étant loin des attendus « qualité » réglementaires, je souhaite mettre l'accent sur la mise en place d'un Plan d'Actions Qualité (PAQ) pour mettre toutes les parties prenantes en mouvement avant une potentielle reprise et des échéances à venir (coupe PATHOS en 2019, évaluations interne et externes, CPOM 2020...). Ce travail permettra également aux équipes de se mettre en mouvement en prévision de la reprise CRf et des projets à venir en plaçant les salariés acteurs de ce changement.
- **L'objectif principal** : engager l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de l'accompagnement des résidents.
- **Les objectifs secondaires de la démarche** :
 - Spécifier le public accueilli et les caractéristiques de prise en charge
 - Structurer un Plan d'Actions Qualité (PAQ) priorisé et échelonné sur 5 ans identifiant les pistes d'amélioration dans l'accompagnement des personnes accueillies tout au long de leur parcours au sein de l'établissement
 - Intégrer à la démarche les grands attendus des ACT (coupe Pathos en 2019, CPOM en 2020, actualisation du PE en 2020, évaluations)
 - Ouvrir la voie vers les projets à venir : réhabilitation du bâtiment de l'EHPAD (cahier des charges et accompagnement au changement concernant le projet architectural et la diversification de l'offre de services) ; création de la résidence autonomie
- **Les publics cibles** :
 - résidents et familles
 - salariés (dont les IRP à traiter différemment en fonction des sujets)
 - partenaires (locaux, intervenants extérieurs, opérationnels)
 - gouvernances (administrateurs AFORM puis Conseil de Surveillance CRf)

3.1.3 La place centrale de la communication

Il est primordial en préambule de dissocier cette communication de la communication institutionnelle propre à la reprise. La communication est un élément essentiel pour lancer mais aussi animer sur la durée la démarche à l'attention de l'ensemble des parties prenantes de l'établissement. Comme la méthodologie de projet, cette communication doit être structurée, régulière, ciblée et concrète afin de s'adresser aux bons interlocuteurs, au bon moment et de la meilleure des façons. Au cours de la démarche qualité, il faut distinguer 2 phases :

1. La réalisation du plan d'actions qualité : temps de production collective
2. La mise en œuvre du plan d'actions qualité : suivis réguliers / contrôle / corrections

L'enjeu de la communication est qu'elle puisse à chaque phase, informer les acteurs sur la démarche et idéalement susciter l'intérêt pour continuer à mobiliser les salariés. La cible prioritaire est donc la population salariée. En effet, un EHPAD de 44 ETP (hors remplacements) qui fonctionne 24h/24h en cycle de 7h la semaine et 10h le week-end en dehors des cadres administratifs est une structure qui a du mal à dégager du temps en dehors de la prise en charge. Ainsi, toute sollicitation doit vraiment être mesurée et efficace. Il est donc primordial de travailler un plan de communication. Nous pourrions distinguer des temps de communication institutionnelle en présentiel (rares, structurants et mobilisateurs), des temps de transmission d'informations (affichage, communication via le logiciel métier Titan) et des temps de travail/partage en présentiel avec les cadres intermédiaires (pour travailler sur un outil ou une procédure par exemple). Nous avons une importante marge de progression sur l'utilisation des nouvelles technologies et en particulier des tablettes, ergonomiques et mobiles, elles permettront au personnel une accessibilité plus souple et facile à l'information collective mais aussi via TITAN à toutes les informations des résidents. Les cadres intermédiaires doivent être les relais quotidiens et prioritaires de la démarche, mais dans une équipe de 44 ETP (hors remplacements) pour 86 résidents, les cadres intermédiaires sont pour l'essentiel les membres du CODIR, il est donc nécessaire de nommer des personnes qui vont permettre cette animation de la démarche qualité sur certains sujets en particulier : par exemple la secrétaire peut piloter la démarche d'admission, une AS formée peut accompagner la thématique de la fin de vie...Reconnaitre la valeur ajoutée d'un salarié en le responsabilisant officiellement sur une mission et en lui donnant les moyens nécessaires d'agir, demeure, selon moi, dans le contexte de l'EHPAD « les Aiguerelles », la meilleure façon pour mobiliser individuellement les salariés, intéresser ses collègues (entre pairs et surtout chacun portant à un moment ou un autre une responsabilité dans la démarche) et animer sur le long cours la démarche. Tels les cercles de qualité, le salarié référent fera des propositions au COPIL qu'il déclinera au sein de l'établissement puis fera évaluer par les salariés eux-mêmes les résultats.

Pour ce faire, je vous prie de trouver ci-dessous le plan de communication prévu. Il sera amené à évoluer en fonction des réactions, de l'actualité et des demandes des personnes cibles. En effet, une fois la méthodologie posée, l'actualité nourrira les priorités du PAQ, je pense en particulier au sujet de la coupe PATHOS, à la négociation du CPOM, au travail sur la rénovation des locaux....

Public cible	Contenu
Salariés	Communication métiers : 3. Présentation de la démarche en réunion plénière 4. Administration annuelle d'une enquête terrain qualité 5. Affichage et publication sur TITAN des comptes rendus du COPIL 6. Affichage et publication sur TITAN des notes de services 7. Point « qualité » lors des réunions de services 8. Envoi d'une lettre trimestrielle sur l'état des travaux
Résidents et familles	Communication institutionnelle : 9. Présentation de la démarche en CVS 10. Administration annuelle d'une enquête d'évaluation de la satisfaction 11. Envoi d'une lettre trimestrielle qualité sur l'état des travaux 12. Proposition de participation volontaire aux groupes de travail
ACT	Communication institutionnelle régulière : 13. Présentation de la démarche pour information par courrier 14. Présentation du PAQ et du rapport final en rendez-vous 15. Envoi annuel de la situation de la mise en œuvre par courrier
Partenaires (locaux, intervenants extérieurs...)	Communication institutionnelle à distance : 16. Envoi du PAQ et rapport final pour information
Gouvernance (AFORM et CRF)	Communication institutionnelle en présentiel lors de CA : 17. Présentation de la démarche pour information 18. Présentation du PAQ et du rapport final pour validation

Plan de communication de la démarche qualité de l'EHPAD « les Aiguerelles »

Le cadre méthodologique posé, je vous invite maintenant à entrer dans le détail de sa mise en œuvre avant de vous exposer les premiers résultats.

3.2 LES DIFFERENTES ETAPES ET L'ORGANISATION MISE EN OEUVRE

3.2.1 Description du déroulé détaillé de la démarche

Chaque démarche qualité, pour être pertinente, doit répondre au contexte particulier de l'établissement concerné. Ainsi, concernant l'EHPAD « les Aiguerelles », j'ai longuement réfléchi aux différentes étapes et à leurs modalités afin de proposer un déroulé le plus adapté possible. J'ai, pour cela, échangé avec un certain nombre de collègues directeurs d'EHPAD, avec les membres du CODIR de l'établissement comme avec des professionnels de l'évaluation externe. Je souhaitais proposer une démarche qui, après avoir fait un état des lieux de la qualité au sein de la structure, sollicite l'ensemble des acteurs pris individuellement pour récolter leurs ressentis avant de présenter ces analyses pour lancer ensuite le travail de réflexion / échanges / production en groupes de travail interdisciplinaires. L'enjeu était également de mettre en place des outils et une procédure « compatibles » avec les démarches de reprise par la CRf. Ainsi, tous les outils et procédures proposés ont été travaillés avec le pôle « Qualité » de la CRf. Par exemple, alors que spontanément le lancement d'une démarche d'évaluation interne aurait eu tout son sens, dans le contexte particulier de la reprise puis des travaux et projets à venir, cela perdait tout son intérêt. Il me semble plus pertinent de voir les choses en deux temps :

1. remettre les équipes en mouvement, autour de la qualité de l'accompagnement, de se re-questionner sur ce qui fait notre identité et notre plus-value,
2. amener les équipes à prendre un autre recul, à prendre corps dans la reprise et à projeter l'établissement et ses évolutions avec le nouveau repreneur

J'ai retenu la méthode des petits pas ou « Kaizen » qui signifie en japonais « amélioration ». Cette méthode est basée sur de petites améliorations faites jour après jour. Voici donc les **10 grandes étapes retenues** :

1. **Etat des lieux de la démarche qualité au sein de l'établissement**
2. **Présentation de la démarche en CODIR et création du Comité de Pilotage (COPIL)**
3. **Administration d'une enquête d'évaluation de la satisfaction résidents / familles**
4. **Administration d'une enquête terrain auprès des salariés sur la qualité**
5. **Réalisation d'une Evaluation Interne ciblée réalisée par le COPIL** : l'objectif est de reprendre le référentiel de l'évaluation interne pour les EHPAD de la CRf, de se focaliser sur les critères directement liés à l'accompagnement des résidents avec le CODIR pour identifier les grands écarts entre la norme et les pratiques internes.
6. **Lancement de la démarche auprès de l'ensemble des salariés** : en réunion plénière, l'objectif est de sensibiliser à la démarche qualité en présentant : les principaux enjeux pour l'établissement ; la démarche globale ; l'analyse suite à

l'administration des 2 questionnaires (à l'attention des résidents / familles et des salariés) et enfin les prochaines étapes.

7. Lancement des groupes de travail thématiques : consécutivement à l'analyse des questionnaires et aux conclusions de l'évaluation interne effectuée par le CODIR, le COPIL fera ressortir 5-6 grands thèmes qui feront l'objet de la mise en place de groupes de travail thématiques pilotés à chaque fois par un membre du CODIR. Afin de déterminer les sujets prioritaires, nous avons convenu de nous baser sur deux critères de pertinence pour l'usager en cas de non-conformité : la fréquence des dysfonctionnements et la gravité potentielle de ces derniers. Ces groupes de travail interdisciplinaires, ouverts à l'ensemble du personnel de l'établissement, sur la base du volontariat et sur leur temps de travail, se réuniront 3 à 4 fois autour de réunions courtes (1h30 maximum) et feront l'objet d'un compte rendu validé en COPIL puis affiché en interne. Voici quelques sujets qui, pour le moment, font écho :

- L'ouverture vers l'extérieur – une préoccupation quotidienne
- La notion de domicile personnel – la chambre versus vie collective
- La prise en charge de la dépendance
- Les violences et maltraitements institutionnelles

8. Aboutissement d'un Plan d'Actions Qualité (PAQ) : au terme de la démarche des groupes de travail, le COPIL valide les synthèses et détermine les actions d'amélioration et les indicateurs de suivi du PAQ. Echelonné sur 5 ans, le PAQ identifie les pistes d'amélioration dans l'accompagnement des personnes accueillies tout au long de leur parcours au sein de l'établissement. Ci-dessous le format utilisé par la CRf que j'utiliserai le moment venu.

ETABLISSEMENT										
Version du :										
Plan d'actions Qualité (PAQ)										
Processus	Origine	Objectif	Actions	Pilote de l'action	Date de début	Échéance prévisionnelle	Réalisé e le	Statut	Modalité de suivi de l'action	Commentaires
Management stratégique, gouvernance								à planifier		
Démarche qualité								à planifier		
Droits des usagers								à planifier		
Accompagnement								à planifier		
Travail en réseau								à planifier		
Logistique								à planifier		
Gestion des risques								à planifier		
Hygiène et sécurité								à planifier		
Gestion financière								à planifier		
Gestion des ressources humaines								à planifier		
Système d'information								à planifier		
Immobilier								à planifier		

Format type du PAQ à la Croix-Rouge française

- 9. Pilotage et animation du plan d'action qualité par le COPIL** : moment charnière au cours duquel il faut être attentif à ne pas faire retomber la dynamique collective, le COPIL à travers des réunions régulières s'assurera de la mise en œuvre du PAQ par les équipes. Des communications internes à destination de l'ensemble des parties prenantes (salariés, résidents et familles) seront diffusées pour faire état de l'avancement des chantiers prioritaires identifiés.
- 10. Lancement d'ateliers de travail autour des sujets d'actualité** clefs pour l'établissement dans la continuité des groupes de travail comme la coupe Pathos en 2019, la réhabilitation du bâtiment de l'EHPAD, la construction de la résidence autonomie, la contractualisation du CPOM...

J'ai enfin fait le choix de ne pas imposer une cadence soutenue mais plutôt d'adapter la démarche à l'actualité de l'établissement pour qu'elle ne soit pas « télescopée » par d'autres sujets, comme la reprise par exemple ou la mise en place d'un nouveau planning comme ce fut le cas en mai 2018 avant ma prise de poste. Je souhaite également m'assurer de la participation d'un maximum de personnes aux groupes de travail, le lancement en septembre est le plus pertinent car l'été laisse place aux congés. Voici le rétroplanning en cours d'exécution :

RETROPLANNING DEMARCHE PROMOTION - AMELIORATION DE LA QUALITE - EHPAD LES AIGUERELLES

ACTIONS	MAI					JUN					SEPTEMBRE				OCTOBRE					NOVEMBRE				DECEMBRE		
	S18	S19	S20	S21	S22	S23	S24	S25	S26	S36	S37	S38	S39	S40	S41	S42	S43	S44	S45	S46	S47	S48	S49	S50	S51	
Etat des lieux de la démarche qualité	■	■	■																							
Présentation de la démarche en CODIR					■																					
Réalisation de l'Evaluation Interne ciblée					■																					
Administration enquête satisfaction résidents						■																				
Administration enquête terrain salariés								■																		
Présentation générale de la démarche											■															
Lancement des groupes de travail thématiques													■	■	■	■	■	■	■	■						
Elaboration d'un Plan d'Actions Qualité																			■	■	■	■				
Présentation et diffusion du PAQ																							■			

3.2.2 Les moyens mis en œuvre dans la réalisation de ce projet

Cette démarche structurante est pour moi un vrai choix de direction qui doit être porté intégralement en interne, sans intervenants extérieurs spécialisés. En effet, au-delà de l'objectif premier du lancement d'une démarche de promotion et d'amélioration de la qualité, il y a aussi un enjeu de positionnement de l'équipe de direction et d'un management intermédiaire. Ainsi, j'assume le choix de porter en propre avec l'équipe de direction ce projet. Bien entendu, le support du pôle national « Qualité » de la CRf, l'intervention ponctuelle de leur service voire d'autres acteurs internes Croix-Rouge sur certains sujets et d'autres experts externes est tout à fait envisageable à titre gratuit pour promouvoir l'ouverture de l'établissement vers l'extérieur. Mais cet exercice est avant tout un entre soi, une introspection de l'établissement par les acteurs qui l'incarnent.

Ainsi, voici rapidement le budget nécessaire, en dehors de la valorisation du temps des cadres membres du CODIR et en partant sur des salaires moyens chargés (soit 10,42€ / heure moyenne de salaire des IDE, ASH et AS au prorata de leur représentation dans l'établissement) :

- Présentation générale de la démarche : $2h \times 44 \text{ salariés} \times 10,42\text{€} = 920 \text{ €}$
- Participation aux 6 groupes de travail (4 réunions pour 8 participants tous métiers environ) : $4 \text{ réunions} \times 2h \times 8 \text{ participants} \times 10,42\text{€} = 660 \text{ €}$
- A cela s'ajoute les coûts de remplacement sans compter le temps de préparation qui devrait pouvoir être pris en charge sur le temps de travail.

Du fait de l'objet de la démarche et des attendus des ACT, j'ai pris l'attache de l'ARS Occitanie (en attente de rendez-vous), pour prétendre à un Crédit Non-Reconductible (CNR) d'un montant de 3 000€ pour l'année 2019 pour ne pas obérer l'établissement de ces coûts. Cependant, l'enjeu n'est pas tant la question financière mais bien la capacité que j'aurai, dans l'organisation du travail, à libérer les salariés sur leur temps de travail afin qu'ils participent aux groupes de travail et éventuellement qu'ils travaillent également en marge de ces séquences officielles de rencontres. C'est une condition sine qua non au bon déroulement de la démarche.

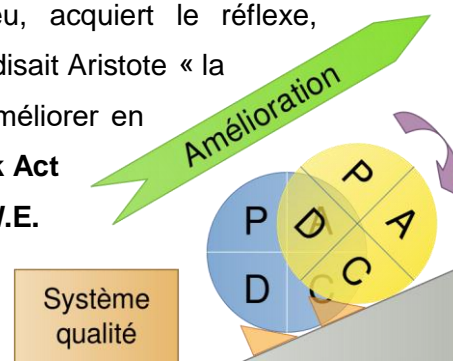
3.2.3 L'évaluation de la démarche : effets attendus, méthode et critères

Selon moi, il est nécessaire d'envisager deux types d'évaluation : une évaluation de la démarche elle-même et l'évaluation du PAQ en tant que tel. Permettez-moi de détailler ces deux volets :

- **L'évaluation du PAQ** : l'objectif de la démarche est bien que l'établissement, que l'ensemble de ses acteurs, salariés en premier lieu, acquiert le réflexe, l'automatisme de l'amélioration continue car comme le disait Aristote « la qualité n'est pas une action, c'est une habitude ». S'améliorer en continu passe par la logique du **modèle Plan Do Check Act (PDCA) ou roue de Deming⁶⁶ comme défini par W.E.**

DEMING dans les années 1950 qui consiste à :

1. PLAN : planifier ce qui doit être fait
2. DO : le faire comme prévu
3. CHECK : surveiller et analyser les écarts
4. ACT : corriger ou prévenir (idéalement) les écarts



On parle donc de la boucle vertueuse de l'amélioration continue. La cale sous la roue permet d'éviter des régressions, comme par exemple à travers un système d'audits réguliers, ou un système documentaire qui capitalise les pratiques ou les décisions. Tout cela doit se faire de la manière la plus décentralisée possible pour que ce soit les acteurs eux-mêmes qui évaluent ce qu'ils ont mis en place. C'est le principe même des **cercles de qualité d'Ishikawa**, mis en œuvre au Japon dans les années 60 : réunions régulières de petit groupe de 3 à 10 personnes, ayant des préoccupations professionnelles communes, pour définir, analyser, choisir, proposer et résoudre les problèmes relatifs à leur activité. C'est un outil de la gestion participative qui s'appuie sur des méthodes et des outils simples d'analyse de problèmes et la participation des employés à la recherche de la qualité totale.

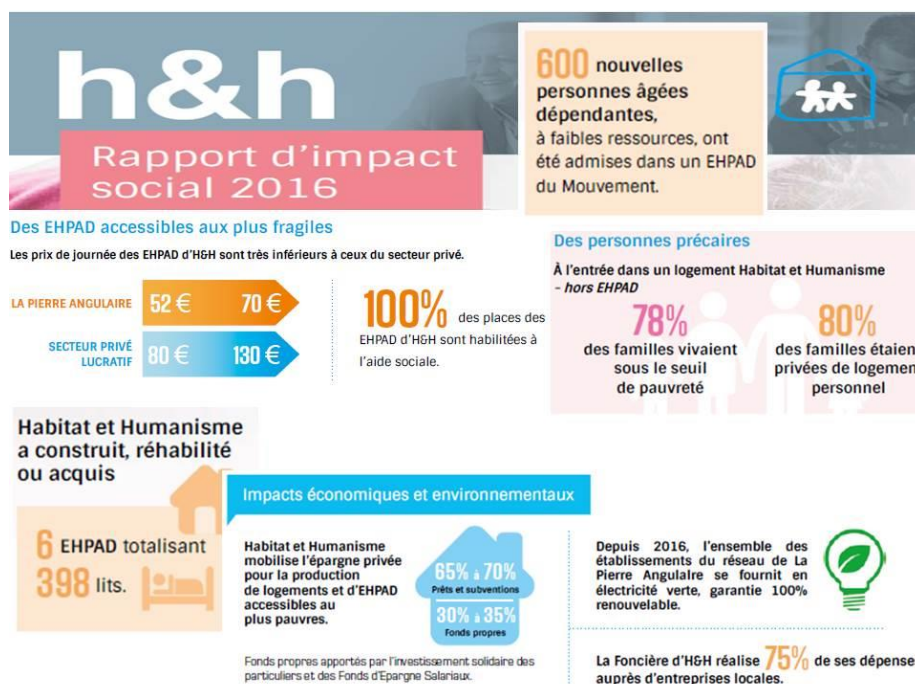
- **L'évaluation de la démarche elle-même** : la démarche de promotion et d'amélioration de la qualité doit également être analysée au fur et à mesure de son déploiement pour s'assurer de sa pertinence. Ainsi je propose d'évaluer la démarche elle-même à chaque phase du projet, soit en 6 temps :

1. **La cohérence** : l'objectif est de vérifier la cohérence du projet par rapport au cadre normatif interne et externe de l'établissement. Au vu des attendus réglementaires, des analyses des questionnaires d'évaluation de la satisfaction (voir plus bas), de la nécessité de faire évoluer l'offre de service, la démarche, qui consiste à mettre en mouvement l'ensemble des acteurs de l'établissement autour d'un travail collectif d'amélioration de la qualité, semble particulièrement cohérente.

⁶⁶ Concept de Walter A. SHEWART et popularisation par le statisticien William Edwards DEMING au Japon dans les années 1950.

2. **La pertinence** : l'objectif est de vérifier la pertinence du choix de ce projet par rapport à l'ensemble des sujets en cours. Malgré tous les sujets de préoccupation de l'établissement, j'ai fait ce choix de projet de direction, car en parlant de qualité, nous allons aborder tous les sujets de l'organisation. J'ai évidemment une vision réaliste, nous ne pourrons tout traiter de front, mais cela me permet, en tant que directrice, d'avoir une structuration claire et cohérente axée sur la qualité de l'accompagnement pour prioriser au fur et à mesure les sujets que nous allons rencontrer. Un projet global structurant et mobilisateur qui reconnecte au sens de notre engagement original.
3. **L'efficacité** : il s'agit d'évaluer les premières réalisations et leurs écarts par rapport aux prévisions pour envisager dès le début des actions correctives le plus rapidement possible. Par exemple, concernant l'administration des questionnaires pour les résidents, nos critères d'efficacité étaient : le taux de retour (idéalement >60%), les moyens déployés pour adapter l'outil aux possibilités des résidents. Au final, seuls 22% ont répondu malgré les aménagements prévus. Pour l'année prochaine, nous prévoyons d'autres dispositifs pour permettre une plus large expression de l'ensemble des résidents, l'efficacité de cette démarche n'est pas complètement satisfaisante.
4. **L'efficience** : il s'agit d'évaluer l'efficacité par rapport aux moyens déployés. Ce projet a l'avantage de ne pas nécessiter des moyens considérables, la plus grande dépense étant le temps dégagé pour les professionnels. Donc, en m'assurant de l'animation par les membres du CODIR qui en rendront compte régulièrement en réunion de direction, je pense ne pas avoir de mauvaises surprises quant à l'efficience de ce projet.
5. **L'impact** : il s'agit d'évaluer les effets à moyen et long terme de la démarche. Je serai particulièrement attentive aux résultats des questionnaires annuels des résidents/ famille. Ensuite, bien entendu, des indicateurs plus quantitatifs pourront être suivis comme : le nombre de protocoles mis en place, le nombre de réunions interdisciplinaires organisées annuellement, le nombre de réclamations faites à la direction, le nombre annuel d'Evènements Indésirables Graves (EIG) et leurs traitements...
6. **L'attractivité** : il s'agit là de voir si le projet a été jugé comme attractif par les partenaires ici en l'occurrence les salariés. En effet, la démarche est avant tout managériale. Il s'agit de favoriser le questionnement et la recherche d'amélioration continue par les professionnels. Ainsi, le nombre de participants à la réunion plénière, la participation aux groupes de travail, le taux de retour des enquêtes terrain salariés me semblent des critères adaptés.

La mesure de l'impact social : Le Conseil supérieur de l'ESS a défini l'impact social comme étant : « l'ensemble des conséquences [...] des activités d'une organisation, tant sur ses parties prenantes externes (bénéficiaires, usagers, clients), directes ou indirectes de son territoire, qu'internes (salariés, bénévoles, volontaires) ou que sur la société en général⁶⁷ ». Or, la contraction des finances publiques couplée au développement du secteur de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS), incitent nos structures à être innovantes et forces de propositions pour valoriser leur plus-value sur un territoire afin de susciter l'intérêt du plus grand nombre mais aussi éventuellement lever d'autres types de ressources financières privées. En effet, afin de réaliser des économies publiques, l'Etat « financiarise » le secteur médico-social et plus facilement celui des EHPAD à travers des politiques d'investissement à impact social. Ainsi, au sein de nos indicateurs d'évaluation, nous déterminerons avec le COPIL un certain nombre de critères que nous pourrions suivre et diffuser en externe pour faire la preuve de notre impact social auprès des résidents, familles, salariés et partenaires. A titre d'exemple, je vous prie de trouver ci-dessous un extrait du rapport d'impact social 2016 de l'association Habitat et Humanisme sur les activités EHPAD en particulier :



Extraits du rapport d'impact social 2016 de l'association Habitat et Humanisme⁶⁸

Il est temps maintenant de confronter concrètement la méthodologie présentée à la réalité vécue sur le terrain sur les premières étapes de la démarche globale.

⁶⁷ Conseil Supérieur de l'ESS, « La mesure de l'impact social », Rapport du 8 décembre 2011.

⁶⁸ Association Habitat et Humanisme, « Rapport de l'impact social 2016 », Juillet 2017, 4 pages.

3.3 LES PREMIERES REALISATIONS DE LA DEMARCHE QUALITE LANCEE

3.3.1 Etat des lieux de la démarche qualité au sein de l'établissement

Dès mon arrivée, il était essentiel de reprendre l'ensemble des documents socles pour ainsi prendre connaissance des préconisations formulées et surtout d'analyser le degré de mise en œuvre de ces préconisations. Voici un résumé des différents outils obligatoires et l'état actuel de leurs mises en œuvre :

- **Le Projet d'Etablissement :**

Définition et lien avec la démarche qualité : défini comme un des outils obligatoires de la loi du 02 janvier 2002, le projet d'établissement permet de poser les principes d'action, les orientations stratégiques pour les cinq ans à venir, les repères qui permettent d'être réactifs, quand des changements extérieurs interviennent au sein de l'établissement. En impliquant les professionnels, le processus d'élaboration du projet constitue un moment fort de la vie institutionnelle, à la fois fédérateur et dynamisant⁶⁹. Le projet d'établissement nourrit l'évaluation et réciproquement l'évaluation est une base à la rédaction / l'actualisation du projet d'établissement. Les deux démarches – projet et évaluation, nécessitent sur un plan pratique une articulation calendaire et une cohérence d'ensemble pour porter en permanence une dynamique d'adaptation de l'offre de services aux besoins des personnes accueillies.

Analyse du dernier projet d'établissement 2011-2015 de l'EHPAD « les Aiguerelles » : le dernier projet d'établissement diffusé en 2011 et valable pour cinq ans, s'articule autour de 5 grands champs d'intervention (la vie quotidienne ; l'animation et la vie sociale ; la santé et les soins ; les partenariats et les procédures). La démarche a été animée par l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (URIOPSS) à travers la constitution de groupes de travail thématiques. C'est donc un outil très opérationnel qui a été rédigé. Toutefois, en préambule du projet d'établissement, le rédacteur avertit que l'exercice a pris beaucoup de temps (plus de 2 ans entre 2008-2011) et émet comme hypothèse un certain « scepticisme et découragement des équipes quant aux effets réels de la démarche sur le fonctionnement de l'établissement, au regard des conditions de travail en dégradation et des marges de manœuvres très réduites pour en modifier l'organisation au titre des faibles moyens financiers dévolus au secteur des personnes âgées ». Malheureusement, les appréhensions furent confortées par le fait que ce projet d'établissement, plus proche d'un plan d'actions que d'un document institutionnel,

⁶⁹ ANESM, RBPP « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », Mai 2010, p.15-25.

n'a pas été animé par une direction qui a d'ailleurs changé à partir de 2013. Ainsi, il sera essentiel de relancer cette dynamique après la reprise pour construire un projet d'établissement unique (EHPAD et Résidence Autonomie) sur le format de la CRf, une fois que les choses seront stabilisées (travaux, évaluation externe, CPOM).

- **L'Évaluation interne :**

Les particularités de l'évaluation interne : selon la Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) intitulée « la conduite de l'évaluation interne » et parue en 2009⁷⁰, à la différence de l'audit ou du contrôle, l'évaluation est une démarche progressive qui permet, après une analyse des effets produits par les activités, de concevoir des pistes de progrès dans un souci d'adéquation aux besoins des personnes accueillies. Cette démarche se veut collective et participative avec une rigueur méthodologique permettant un regard objectif et un protocole précis. L'ANESM a d'ailleurs proposé un guide méthodologique spécifiquement destiné à la conduite des évaluations internes des EHPAD⁷¹.

Synthèse de la dernière évaluation interne : la loi N°2002-2 impose une évaluation interne tous les 5 ans cette démarche a été mise en œuvre en 2001 puis en 2011 par la direction de l'EHPAD « les Aiguères ». Durant cette période, l'établissement a connu une mutation radicale du fait de :

- la médicalisation du foyer logement (ex : recrutement des IDE jusqu'alors en libéral)
- l'augmentation de la dépendance du public accueilli (GIR 1 et 2 sont passés de 0% à 63% entre 2001 et 2004)
- l'augmentation de la masse salariale par le doublement des effectifs

Le rapport de l'évaluation interne 2007-2011 ne reprend pas du tout la structuration proposée par l'ANESM. Rédigé en comité restreint autour de l'équipe de direction et d'un cabinet extérieur, il pointe deux priorités :

- **la qualité du management :** du fait des évolutions citées plus haut, la direction a fait le choix de solliciter un cabinet extérieur pour l'accompagner dans le pilotage du management intermédiaire mais aussi dans l'analyse des Risques Psycho-Sociaux (RPS) suite à l'évolution inquiétante de certaines variables RH (absentéisme élevé avec 15,3% ; environ 50 arrêts maladies par an ; 18 personnes en Accident du Travail en 2008, turnover élevé avec 8 départs démissions ou licenciements sur deux années 2007-2009). Les préconisations recommandent : d'améliorer les modalités de management des salariés, de renforcer les modalités d'alerte en terme de RPS et d'améliorer la communication interne et l'accompagnement professionnel.

⁷⁰ ANESM, « la conduite de l'évaluation interne », RBPP, 2009, p.10-13.

⁷¹ ANESM, « L'évaluation interne : repères pour les EHPAD », février 2012, 105 pages.

- **la culture de la bientraitance** : des formations internes ont eu lieu mais aucune procédure formelle n'a été mise en place. A cela s'ajoute le fait que la direction concède avoir eu du mal à réunir / mobiliser les salariés sur le sujet.

Depuis 2011, les champs investigués sont toujours d'actualité en 2018 et ne semblent pas avoir fait l'objet d'un quelconque pilotage ou d'une mise en œuvre. Par exemple, à ce jour, je n'ai pas en ma possession à mon arrivée, un Document Unique de Prévention des Risques Professionnels (DUERP) à animer et piloter. L'établissement a bien une fiche de déclaration des événements indésirables mais les salariés n'y ont pas été sensibilisés ni formés. Un important travail de structuration, formalisation et formation des professionnels est capital, la démarche qualité devra pouvoir y remédier.

- **L'Evaluation externe**

Principes et contraintes : consécutivement à l'article 22 de la loi N°2002-2 du 02 Janvier 2002 qui pose le principe de l'évaluation continue en instaurant une obligation de procéder à une évaluation régulière des activités et de la qualité des prestations délivrées. L'article 312-8 du CASF précise que les ESMS doivent procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes évaluateurs habilités par l'ANESM à la mettre en œuvre doivent respecter un cahier des charges fixé par le décret du 16 mai 2007 garantissant notamment leur indépendance et le respect de principes méthodologiques de l'évaluation tels que les procédures, les étapes successives, l'interprétation et la publication des résultats. L'évaluation externe doit avoir lieu tous les sept ans.

Les résultats de la dernière évaluation externe de 2013 : lors de la dernière évaluation, il est précisé que seuls 20% des salariés ont souhaité répondre. D'autre part, depuis, l'évaluateur externe n'est plus accrédité par l'ARS. De plus, en 2015 lors de la négociation sur la CTP, le CD a pointé l'incomplétude du dossier inhérent à une méthode défaillante de l'évaluateur et a imposé de réaliser une nouvelle évaluation externe dans les 12 mois après la venue de la CRf. Dans les grandes lignes cependant, voici une synthèse de l'évaluation sur ses points à améliorer en particulier :

- Le bâtiment qui abrite l'EHPAD a été conçu à l'origine pour un public de résidents valides. La population accueillie est aujourd'hui plus âgée à l'entrée dans l'établissement et aussi plus dépendante, physiquement et/ou psychiquement (troubles cognitifs). De nombreux équipements ne sont donc plus adaptés aux résidents accueillis et occasionnent une surcharge de travail pour les personnels.
- Une demande très forte d'information et de régulation des équipes liée à l'évolution des besoins du public accueilli qui suppose une adaptation de la politique de

communication. Cette politique doit déboucher sur des réunions d'information et de régulation voire sur du recadrage.

- La formalisation du suivi des réclamations résidents.

Au vu des réserves émises par l'ANESM sur l'évaluateur, les conclusions sont à prendre avec prudence. Pour autant, tous les points illustrent bien les problématiques actuelles de l'établissement (ex : manque de communication, inadaptation du bâtiment et suivi satisfaction des résidents). La prochaine démarche devrait avoir lieu en 2020 (selon le planning imposé par la loi en vigueur) au terme de la CTP qui laissera place à un CPOM.

- La Convention Tripartite pluriannuelle – CTP

Définition et enjeux : le décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes impose la signature d'une convention, établie pour 5 ans, avec le Conseil Départemental (financeur de l'Aide Personnalisée Autonomie - APA) et l'ARS (financeur des soins médicaux). La convention définit les conditions de financement de l'établissement sur le plan budgétaire, en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées, les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de l'évaluation de l'établissement. Elle est un préalable un préalable à l'obtention du statut d'EHPAD et gage de sécurité pour les résidents.

Synthèse de la convention 2015-2020 : à l'EHPAD « les Aiguernelles », ces premiers types de conventions furent signés en 2002 puis en 2008 et enfin en décembre 2015 pour la dernière actuellement en vigueur. Voici une synthèse des objectifs sur la période :

THEMES	OBJECTIFS
Prévention de la maltraitance / promotion de la bientraitance	<ul style="list-style-type: none"> - Formaliser un dispositif interne d'identification des signaux d'alerte, de prévention et de gestion des risques des événements indésirables. - Planifier des actions de formation « S'approprier la bientraitance » - Mettre en œuvre une réflexion relative à la bientraitance par des groupes de travail et mettre à disposition un registre des réflexions et actions de promotion de la bientraitance utilisable pour tous les intervenants internes et externes.
Qualité / Sécurité / Efficience de la prise en charge des résidents	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre un accompagnement de l'équipe soignante pour anticiper et prévenir les risques de dénutrition - Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse en réévaluant les traitements en cours à chaque renouvellement d'ordonnance. - Diminuer la récurrence des chutes, instaurer une culture de prévention, aménager les espaces et limiter les contentions au maximum - Améliorer l'hygiène bucco-dentaire, pérenniser l'intervention d'un dentiste, sensibiliser et former le personnel soignant et systématiser un suivi odontologique - Permettre à tous les résidents de bénéficier de l'approche Montessori - Définir une liste de médicaments à utiliser préférentiellement dans

	<p>l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formaliser les comptes rendu des réunions de la commission de coordination gériatrique comportant les recommandations élaborées par celle-ci. - Elaborer un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI) - Transmettre à l'Assurance Maladie la liste informatisée des résidents - Utiliser préférentiellement l'outil de collecte des indicateurs du Rapport d'Activité Médicale Annuel (RAMA)
Attentes et satisfactions des résidents et familles	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter le libre choix du médecin traitant - Créer / Améliorer les outils existants (enquêtes satisfaction, documents de fonctionnement, supports de communications) - Garantir un niveau satisfaisant d'information aux familles et résidents - Répondre aux attentes individuelles /collectives des résidents - Améliorer la qualité et la formaliser
Qualité des espaces, de la restauration et de l'hôtellerie	<ul style="list-style-type: none"> - Pérenniser et professionnaliser les différents partenariats d'intervenants externes et s'assurer d'une présence continue - Répondre aux attentes des différentes croyances des résidents - Inciter les familles à plus de présence et d'interactions - Développer les activités extérieures à l'établissement - Professionnaliser le service de restauration, aménager l'espace et adapter la prestation à la dépendance des résidents - Du fait de la vétusté des locaux, prévoir un plan pluriannuel pour financer une amélioration globale du bâti.
Santé / Environnement	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter les protocoles liés à l'exposition de l'amiante, des légionnelles et la gestion des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI)
Gestion du Personnel	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer les risques et troubles psychosociaux et mettre tout en œuvre pour y remédier - Respecter les exigences réglementaires de diplôme concernant le remplacement du personnel en arrêt maladie - Diminuer l'absentéisme (10%) - Effectuer l'ensemble des entretiens individuels - Professionnaliser l'accueil des nouveaux salariés et stagiaires - Mettre en place une GPEC - Transmettre aux autorités administratives les plans de formation individualisés des contrats aidés en poste et transmettre les demandes de renouvellement aux ACT - Respecter les dispositions statutaires ainsi que les dispositions de la convention collective unique - Actualiser autant que de besoin les fiches de poste de tous les agents intervenant dans l'établissement et les faire signer ; - Permettre l'accès à des formations diplômantes ou continues au travers du plan de formation - Vérifier que les personnels répondent aux obligations de diplômes et aux obligations réglementaires a minima dans un délai de 2 ans - Mettre en place des conventions entre chaque professionnel intervenant et l'établissement et s'assurer qu'il utilise le logiciel de liaison

Six mois avant le renouvellement de la convention, soit à horizon mi-2019, « une évaluation sera effectuée, pour vérifier le degré d'atteinte des objectifs fixés. L'établissement s'engage à fournir à chaque cosignataire un bilan des 5 années de mise en œuvre, reprenant l'ensemble des engagements de l'établissement à la signature de la convention et les actions conduites pour respecter ceux-ci. Cette évaluation servira de base aux discussions en vue de la rédaction d'une nouvelle convention de 5 ans. Elle devra s'accompagner d'une demande officielle de validation du GMP/PMP, déposée par le gestionnaire auprès des autorités⁷²».

Pour résumer, sur l'analyse de ces documents socles, voici les grandes difficultés que l'EHPAD connaît et cela de façon chronique :

- Aucun pilotage par la direction des outils socles dans leur mise en œuvre
- Une certaine réticence et un scepticisme des salariés à ce type d'exercice
- Absence de pilotage des RPS et de manière générale de pilotage RH
- Une faiblesse dans le management
- Un manque de communication interne
- Une absence de formalisation écrite et de formation sur les protocoles / procédures
- Un manque d'outils permettant l'expression des résidents et familles

A la lumière ces éléments, il était urgent d'ouvrir le dialogue avec l'ensemble des acteurs de l'établissement, j'ai ainsi fait le choix de dispenser 2 enquêtes distinctes à l'attention des résidents/familles et à l'attention du personnel, pour faire un point sur la situation actuelle.

3.3.2 Analyse des enquêtes d'évaluation de la satisfaction des résidents et familles

La satisfaction est une notion complexe, subjective et qualitative qui provient du ressenti du résident, illustrant le décalage entre ses attentes et la réalité perçue. Il est ainsi difficile de distinguer les attentes explicites, implicites et les besoins latents. Malgré tout, cette démarche reste un enjeu de citoyenneté important. Une démarche d'amélioration de la qualité doit prendre son origine, en premier lieu, dans le recueil de la satisfaction / l'insatisfaction que peuvent exprimer les utilisateurs du service. Ce n'est, bien entendu, pas le seul outil d'expression du résident. Il est indispensable de multiplier les moyens d'expression des personnes accueillies pour promouvoir l'usager « citoyen » comme le demandent les politiques publiques. Toutefois, le format des enquêtes d'évaluation de la satisfaction, par son aspect collectif (il s'adresse à l'ensemble des résidents), régulier (une fois par an) et à l'initiative du gestionnaire, constitue un outil important car il doit permettre la représentation la plus fidèle possible des ressentis des usagers (alors qu'en CVS, ce sont des représentants qui portent la parole des résidents).

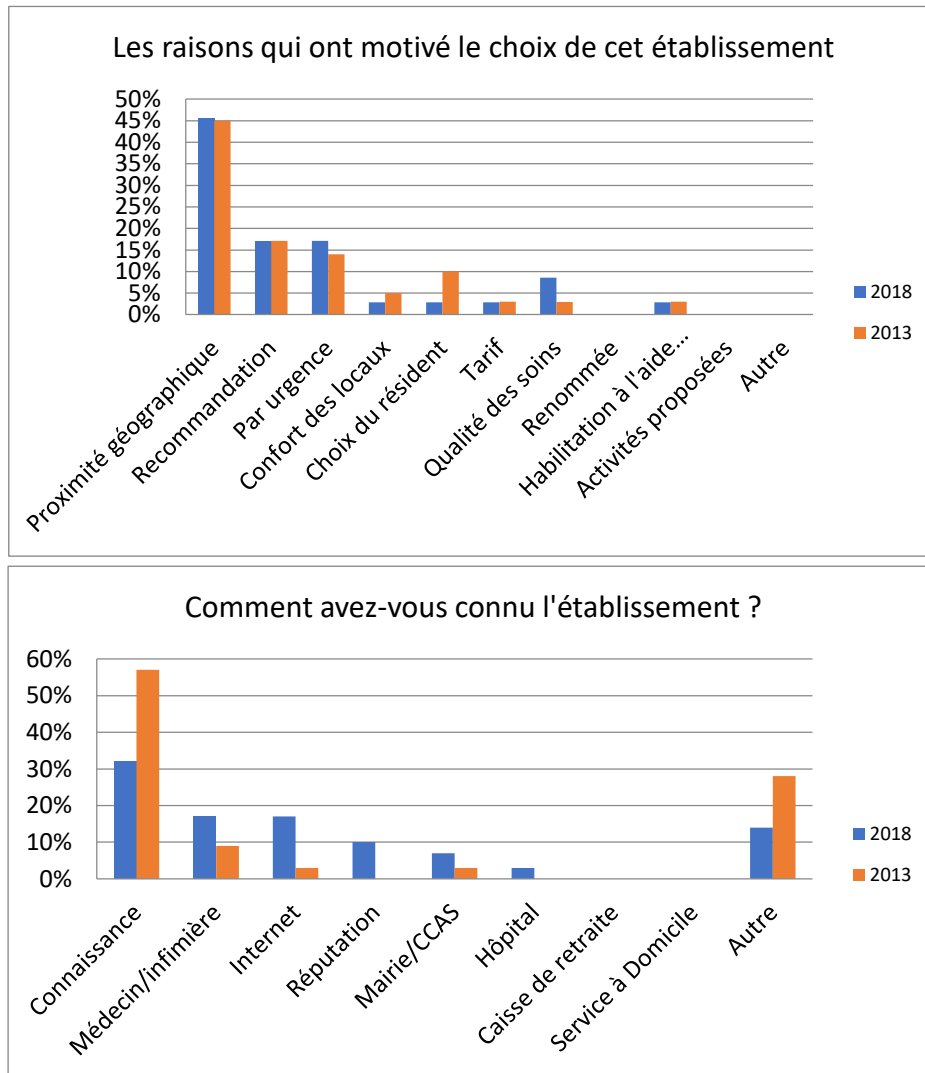
La première et dernière enquête d'évaluation de la satisfaction ayant été réalisée en 2013

⁷² CTP 2015-2020 de l'EHPAD les Aiguères (34), extrait de l'article 9 p.27.

sans suivi régulier, il était donc urgent de relancer et structurer cette démarche. Pour cela, j'ai fait le choix de prendre le modèle de la Croix-Rouge française et de l'adapter en fonction de la situation propre à l'établissement en me nourrissant des propositions du COPIL mais aussi en reprenant des questions de 2013 afin de pouvoir avoir une comparaison longitudinale. Nous avons ainsi retravaillé 2 types de questionnaires : celui à l'attention des résidents, principaux utilisateurs mais également celui à l'attention des familles qui sont la plupart du temps les prescripteurs et parfois payeurs également. L'ensemble des réponses et remarques plus techniques sur la prise en charge fera l'objet d'une présentation en réunion plénière des salariés mais également en CVS. La restitution des enquêtes d'évaluation de la satisfaction est, en effet, indispensable et doit s'accompagner d'un plan d'action. Voici le détail de la procédure :

- **Questionnaire à destination des familles** : envoyé par mail et remis en mains propres à l'accueil, nous avons eu un taux de retour de 22%. Ainsi, l'année prochaine, je privilégierai l'envoi postal également, pour inciter les familles plus éloignées et n'utilisant pas Internet à participer. En terme d'analyse des retours, 100% des personnes interrogées sont très satisfaites à satisfaites de la qualité de la prestation (91% en 2013) et pour la totalité d'entre elles, recommanderaient l'établissement en mettant en avant en particulier la qualité du personnel. Les familles ont pointé cependant les difficultés suivantes :
 - L'absence d'espaces dédiés aux rencontres avec les familles
 - L'absence d'une salle d'animation dédiée
 - L'aménagement de l'accueil (hall d'entrée multifonctions)
 - Le manque d'outils pour exprimer des réclamations
 - La vétusté des équipements (fenêtres, ascenseur, volets)
 - Le turnover du personnel

Par contre, du fait de ma place de directrice, je souhaitais mettre en avant deux résultats particuliers qui orienteront mes priorités (voir les deux tableaux ci-dessous) : le premier tableau illustre les raisons du choix de l'EHPAD « les Aiguerelles », en mettant en avant la proximité géographique et la recommandation de proches alors que 15% des résidents intègre l'établissement en urgence, sans aucune anticipation donc ; le second tableau illustre l'importance de la communication pour faire connaître l'établissement auprès de prescripteurs majeurs (médecins/IDE, Mairie/CCAS) mais aussi la progression d'Internet.



- **Questionnaire à destination des résidents** : dans un souci de mobilisation du plus grand nombre de résidents, nous avons en COPIL proposé la méthode suivante : nous avons d'abord identifié les personnes capables d'un point de vue cognitif et physique de répondre de manière autonome au questionnaire. Si c'était le cas, nous leur avons remis le questionnaire. Quant à ceux qui pouvaient avoir des difficultés physiques, ils ont été accompagnés par la psychologue, l'animatrice ou un proche. Nous avons alors préparé des questionnaires en gros caractères pour faciliter la lecture. Malgré tout, nous avons estimé que 40% des résidents n'étaient pas en capacité de répondre au questionnaire. Ainsi, pour l'année prochaine, je souhaite que nous puissions travailler avec les équipes pour trouver des moyens de recueillir l'avis des personnes les plus dépendantes peut-être de manière immédiate et intuitive via l'usage d'un « boîtier satisfaction » au terme d'une activité, du repas (voir image contre).



Boîtier de satisfaction

Sur les 40% ayant été destinataires du questionnaire, 47% ont souhaité remplir le questionnaire puis le remettre à l'accueil. Ils sont très largement satisfaits de l'hébergement, du travail du personnel (écoute, posture, gestion douleurs, respect intimité) et se sentent en sécurité dans l'établissement. Cependant, au total seulement 57% se disent globalement satisfaits de la prestation. Les pistes à améliorer demeurent :

- les activités proposées (63% y participent rarement)
- la réponse aux appels malades
- la qualité, quantité des plats et le temps de repas
- l'information sur leurs états de santé, leurs traitements et volontés sur le sujet
- la gestion des personnes déambulantes en particulier la nuit
- la gestion des réclamations
- l'habitat (espaces pour recevoir les familles, chambres doubles...)

Ainsi, au terme de cet exercice, le plan d'action comprendra les axes suivants :

- la mise en œuvre d'une procédure de gestion des plaintes et des réclamations
- un travail approfondi sur la réponse aux appels malades
- un travail sur la température et qualité des plats avec le prestataire et le CVS
- un travail piloté par l'animatrice et la psychologue sur les animations en sollicitant l'ensemble des intervenants extérieurs bénévoles et prestataires

Par contre, sur les aspects du bâti comme de l'aménagement intérieur (salle d'animation, lieu de réception des familles, espace pour les personnes déambulantes), cela fera l'objet du travail de réflexion concernant les travaux de rénovation prévus une fois la reprise de l'établissement effective.

Enfin, au-delà de cette édition, voici l'organisation mis en place pour assurer la reproductibilité de la démarche :

- **Périodicité** : annuelle
- **Personnel sollicité** : COPIL + l'animatrice avec les 2 hôtesse d'accueil
- **Type d'administration** : distribution physique et envoi par courrier aux familles
- **Restitution** : diffusion des synthèses auprès du CVS, affichage au sein de l'établissement, envoi aux familles par email et par courrier.
- **Suivi** : élaboration d'un plan d'action ayant identifié 3/4 axes prioritaires qui seront travaillés tout au long de l'année avec le CVS.

De manière générale, j'ai reçu à plusieurs reprises des commentaires de résidents comme de familles me remerciant sur le lancement de cette démarche. Cela témoigne de la nécessité de structurer une démarche ainsi que des outils pour répondre au mieux aux attentes et satisfactions des résidents et familles. C'est la base de notre responsabilité au sein de l'EHPAD. J'ai ensuite lancé la même démarche à l'attention des salariés.

3.3.3 Analyse des enquêtes terrain auprès des salariés sur la qualité

Au vu du contexte de l'EHPAD « les Aiguerelles », j'ai voulu lancer un premier travail de mobilisation des salariés sur leurs pratiques professionnelles, en mettant l'accent non sur leurs conditions de travail mais sur le type de difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans l'exercice de leur fonction. J'ai également mis un paragraphe sur la démarche qualité afin de pouvoir situer le niveau d'acculturation des salariés sur le sujet (voir annexe 7)⁷³.

Pour m'assurer d'une diffusion optimale, j'ai moi-même envoyé le questionnaire par mail à l'ensemble des salariés. J'ai ensuite demandé à la secrétaire de vérifier auprès de chaque salarié la bonne réception de ce dernier. J'ai, par contre, fait le choix de ne solliciter que les salariés en Contrat à Durée Indéterminée (CDI). Sur les 44 ETP hors remplacements, nous avons enregistré un taux de retour de 68%. Et en voici les principaux résultats : alors que 67% des professionnels se disent satisfaits du travail accompli, ils sont 89% à penser ne pas avoir tous les outils nécessaires à l'exercice de leur métier. Ils précisent par ordre d'importance qu'il leur manque :

1. Locaux et matériel adaptés
2. Formation sur le public accueilli
3. Temps auprès des résidents
4. Temps entre professionnels

La grande majorité des professionnels (89%) affirme que leurs relations avec les résidents sont faciles (en dehors de l'attitude de certains résidents présentant des troubles du comportement) et que les situations qui leur posent les plus grandes difficultés sont le manque de temps et l'organisation du travail.

Par contre, concernant le niveau d'acculturation des salariés à la démarche qualité, quelques chiffres attestent de la nécessité de mobiliser les salariés sur le sujet : alors que 100% des salariés connaissent la démarche des projets personnalisés au sein de l'EHPAD « les Aiguerelles » (qui est une dynamique importante au sein de la structure), ils sont 33% à ne pas connaître la marche à suivre lorsqu'ils ont connaissance d'un EIG au sein de l'établissement et 56% à ne pas connaître le projet d'établissement de l'EHPAD « les Aiguerelles ». Enfin, donnée très positive qui confirme la pertinence du lancement de la

⁷³ Annexe 7 : Questionnaire enquête terrain pour les salariés – Juillet 2018.

démarche qualité au sein de l'établissement, 89% des professionnels se disent intéressés pour rejoindre, sur leur temps de travail, un groupe de travail interdisciplinaire pour améliorer la qualité de l'accompagnement. Ces résultats sont fidèles aux lectures des comptes rendus des réunions des délégués du personnel⁷⁴ et aux retours de la psychologue de l'établissement sur les groupes de paroles métiers qu'elle anime mensuellement.

Pour résumer, de toute évidence, les salariés semblent curieux / intéressés pour participer à cette démarche introspective au cours de laquelle, en petits groupes interdisciplinaires, ils questionneront leurs pratiques professionnelles pour proposer des évolutions qui oscilleront entre l'inacceptable, le nécessaire et l'idéal du terrain. Une assemblée plénière aura lieu dans les prochaines semaines pour :

- Appréhender dans les grandes lignes la qualité en EHPAD
- Présenter à l'ensemble du personnel les enjeux d'une démarche qualité
- Connaître les objectifs de la démarche qualité dans l'établissement
- Présenter le dispositif mis en place
- Lancer les groupes de travail

⁷⁴ Comptes Rendus des Réunions des Délégués du Personnel 2016, 2017 et 2018.

CONCLUSION

L'EHPAD « les Aiguerelles » va connaître dans les prochains mois de profonds changements du fait du transfert potentiel de gestion de l'établissement. La Croix-Rouge française, opérateur repreneur, ambitionne la rénovation de l'EHPAD puis le développement d'une offre gérontologique globale : de la résidence autonomie au PASA en passant par l'accueil temporaire et l'EHPAD, dans des locaux rénovés ou neufs d'ici 2021.

En tant que directrice récemment nommée, pour faciliter cette période transitoire et préparer l'avenir, j'ai fait le choix de direction, d'engager l'établissement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, une dynamique de progrès, structurée, structurante, spécifique et partagée. L'objectif est d'accompagner les salariés à passer en « mode projet » en quête permanente d'amélioration de la qualité. Comme dirait André GIDE : « Croyez ceux qui cherchent la vérité, doutez de ceux qui la trouvent ». La question, au-delà du lancement de cette dynamique, est bien entendu sa pérennité, son ancrage dans les pratiques professionnelles mais aussi dans la formalisation de procédures au sein d'un guide qualité pérenne.

Nous ne sommes qu'au tout début de la démarche et posons les premiers jalons pour co-construire ensemble, salariés et usagers, cet ambitieux projet, qui permettra à l'EHPAD « les Aiguerelles », demain, de voir l'avenir plus sereinement, grâce à un outil de travail qui soit aux normes, adapté et en parfait état. Ce projet permettra de faire rayonner l'établissement sur son bassin de vie. Plus largement, au-delà de ses limites actuelles, il sera question de positionner l'EHPAD comme un élément central d'une plateforme de services sur l'agglomération de l'étang de l'Or faisant le lien avec le domicile en particulier.

Permettez-moi enfin de partager avec vous ces quelques lignes qui m'incitent quotidiennement à agir pour proposer le meilleur à nos aînés, mais aussi pour témoigner à l'ensemble des salariés, toute la fierté de leur utilité sociale : « Portons un instant un autre regard sur eux : un regard sur leur humanité qui fait fi de leur corps affaibli, sur la flamme de vie qui brûle toujours en eux avec notre aide et notre bienveillance, un regard empreint de respect pour ce qu'ils représentent dans notre histoire personnelle et collective, eux, qui nous ont protégés lorsqu'enfants nous étions faibles. N'oublions jamais, qu'avant d'être ces personnes affaiblies et dépendantes, ils furent des parents, des amis, des professionnels »⁷⁵.

⁷⁵ Annie VIDAL, Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, « L'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation », 26 Juillet 2018, p.65.

Bibliographie

Ouvrages lus

- Mickael BLANQUET, « Atlas des séniors et du grand âge en France », Presses de l'EHESP, 2017.
- Brigitte BOUQUET, Marcel JAEGER et Ivan SAINSAULIEU, « Les défis de l'évaluation en action sociale et médico-sociale », Paris, Dunod, 2007.
- Philippe DUCALET et Michel LAFORCADE, « Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales : sens, enjeux et méthodes », Paris Seli Arslam, 2008, 3^{ème} édition.
- Colette EYNARD, Olga PIOU et Alain VILLEZ, « Conduire le changement en gérontologie : principes, méthodes et cas pratiques », Paris, Dunod, 2009.

Articles consultés

- Dominique BOUDIN, « Les facteurs clé du succès d'une démarche qualité », adsp n°35 juin 2001 Les principes généraux et la qualité, p 2.
- Brigitte BOUQUET, « Du sens de l'évaluation dans le travail social », Informations sociales 2009/2 (n° 152), p. 32-39.
- Gilles DUTHIL, « L'arrivée du privé dans la prise en charge des personnes âgées », Gérontologie et société 2007/4 (vol. 30 / n° 123), p. 185-200.
- Corinne GRENIER, Sandra GUITTON-PHILIPPE, « La question des regroupements /mutualisations dans le champ sanitaire et social : l'institutionnalisation d'un mouvement stratégique ? », Management & Avenir 2011/7 (n° 47), p. 98-113.
- Chantal HUMBERT, « Les usagers de l'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires? », Quand l'usager est un consommateur. Le cas des résidents dans les établissements accueillant des personnes âgées par Jean-Pierre Hardy, L'harmattan, 2000, p.187.
- Alter NORBERT, « Théorie du don et sociologie du monde du travail », Revue du MAUSS, 2002/2 no 20, p. 263-285.
- Jane JENSON, « D'un régime de citoyenneté à un autre : la rémunération des soins » in Claude Martin (dir.), La dépendance des personnes âgées - Quelles politiques en Europe ?, Editions ENSP, 2003.
- Alain VILLEZ, « EHPAD. La crise des modèles », Gérontologie et société 2007/4 (vol.30 / n°123), p. 169-184.

Dossiers / Etudes lus

- « L'avenir du secteur privé des EHPAD », les Echos Etudes - Edition 2017.
- « Économie sociale et solidaire : l'aide aux personnes âgées », Pôle Interministériel de Prospective et d'Anticipation des Mutations Economiques (PIPAME), 2017.
- « Rapport sur les stratégies des acteurs associatifs et proposition pour faire évoluer les modèles socio-économiques des associations », KPMG, Janvier 2017.
- « EHPAD : vers de nouveaux modèles ? », KPMG, Décembre 2015.
- « Panorama des EHPAD en France », Etude Uni-Santé – Avril 2015.
- « Secteur Social et Médico-social : Regards croisés, Enjeux et perspectives », KPMG, Décembre 2013.

Rapports lus

- Annie VIDAL, « L'évolution de la démarche qualité au sein des EHPAD et de son dispositif d'évaluation », Rapport d'information de l'Assemblée Nationale, Juillet 2018.
- Marie-Odile ESCH, Avis du CESE « vieillir dans la dignité », 2018-13, Avril 2018.
- Pierre RICARDEAU, « 17 propositions pour réforme la tarification », IGAS, Avril 2018.
- Monique IBORRA et Caroline FIAT, « 31 propositions pour répondre à la crise actuelle et repenser le modèle même de l'EHPAD », Rapport de la Mission d'information sur les EHPAD par à l'Assemblée nationale, Mars 2018.
- Bernard BONNE, « Rapport d'information sur la situation dans les EHPAD, Sénat, Mars 2018.
- CCNE - Comité Consultatif National d'Ethique, « Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles dans les établissements dits d'hébergement ? », Avis N°128, Février 2018.
- Marianne MULLER, « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression et diversification de l'offre », DREES, Dossier N°20, Septembre 2017.
- DRESS – Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère des Affaires Sociales, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et Résultats, N°1015, Juillet 2017.
- Catherine HESSE et Thierry LECONTE, « Le dispositif d'évaluation interne et externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux », Rapport de l'IGAS, Juin 2017.
- Jean-Jacques TREGOAT et Joelle VOISIN, « Personnes âgées dépendantes : 17 propositions pour une prise en charge globale et coordonnées et plus efficient » Rapport Institut Silverlife – Centre de recherche sur l'économie du vieillissement, Juillet 2015.
- Joël ANKRI et Christine VAN BROECKHOVEN, « Evaluation du Plan Alzheimer 2008-2012, rapport IGAS, Juin 2013.

- Sylvia MAILLE, « Etablissements pour personnes âgées 2007-2009 », Enquête DRASS Languedoc Roussillon, Décembre 2009.
- Stéphane LE BOULER, « Personnes Agées Dépendantes : bâtir le scénario du libre choix », Rapport de la mission « prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes », Centre d'Analyse Stratégique, Juin 2006.
- Pierre LAROQUE, Commission d'étude des problèmes de vieillesse, Paris, La Documentation française, 1961 réédition 2014.

Lois, décrets, circulaires

- Loi N°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
- Loi N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, modifiée par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011.
- Loi N°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Loi N°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- Loi N°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'aide personnalisée d'autonomie (APA).
- Loi N°97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance.
- Loi N°82-213 du 02 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, loi N°82-623 du 22 juillet 1982 modifiant et complétant la loi n° 82-213 du 2 mars 1982 et la loi N°83-8 du 07 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État.
- Décret N°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret N°2016-1743 du 15 décembre 2016 relatif à l'annexe au contrat de séjour dans les établissements d'hébergement sociaux et médicosociaux pour personnes âgées.
- Décret N°2001-388 du 4 mai 2001 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret N°99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Schémas départementaux et programmes consultés

- AGENCE REGIONALE DE SANTE OCCITANIE, Avril 2017, « Travaux préparatoires au Plan Régional de Santé Occitanie : Bilan et perspectives, Parcours Vieillesse ».
- AGENCE REGIONALE DE SANTE LANGUEDOC-ROUSSILLON, «Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2015-2019».
- AGENCE REGIONALE DE SANTE LANGUEDOC ROUSSILLON, « Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) 2012-2017 ».
- AGENCE REGIONALE DE SANTE LANGUEDOC ROUSSILLON, « Plan Stratégique Régional de Santé Languedoc Roussillon (PSRS) 2012-2017 ».
- CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'HÉRAULT, « Liste des Etablissements pour Personnes Agées », Mai 2018.
- CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'HÉRAULT, mars 2017, « Schéma départemental de l'autonomie 2017-2021 ».
- CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'HÉRAULT, « le Guide Séniors 2017-2018 ».

Recommandations consultées

- ANESM, « Adapter la mise en œuvre du projet d'établissement à l'accompagnement des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative en EHPAD », Fiche repère, Mars 2018.
- ANESM, « ESSMS : valorisez les résultats de vos évaluations », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, Novembre 2016.
- ANESM, « Accompagner la fin de vie des personnes âgées au domicile ou en établissement médico-social », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, Janvier 2017.
- ANESM, « Qualité de vie en EHPAD – volet 1 à 4 », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, Novembre 2012.
- ANESM, « L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, Février 2012.
- ANESM, « La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services visés », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, Avril 2009.
- ANESM, «L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social », Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles, Février 2009.

Mémoires consultés

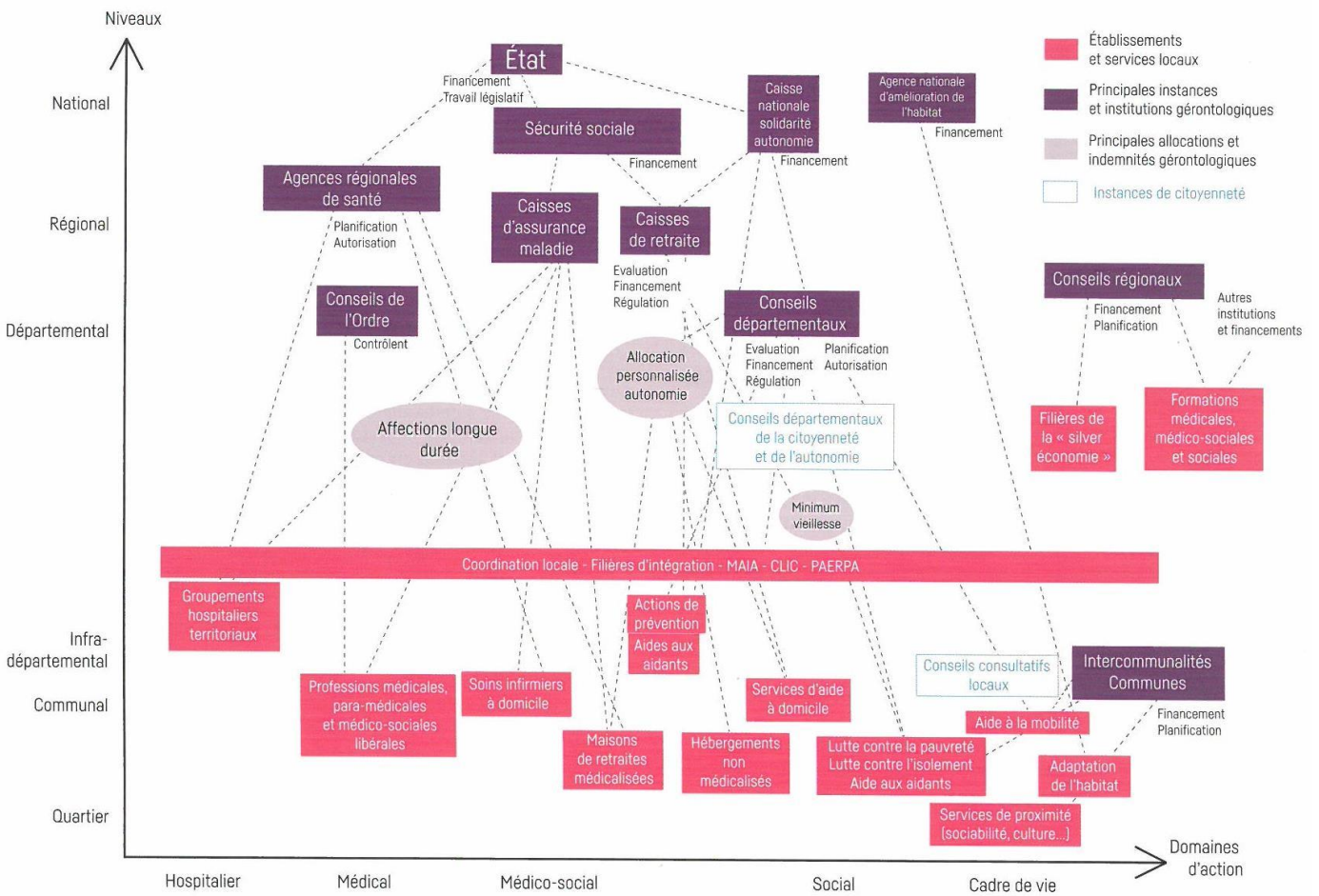
- Odile ANTOINE, « Comment, dans le secteur médicosocial, les associations peuvent-elles de montrer leur utilité sociale ? », mémoire Badge Management Associatif 2012/2013.
- Emilie BIRRE, « Adapter l'accompagnement des personnes vieillissantes désorientées en EHPAD », mémoire CAFDES, 2014.
- Claire CHARTRES, « Le recueil des besoins des professionnels et des usagers dans le cadre du programme de reconstruction de l'EHPAD Jules Parent », mémoire de CAFDES Promotion 2014-2015.
- Christèle GAY, « Enjeux et démarche de gestion des risques en EHPAD », mémoire CAFDES, 2010.
- Frédérique LAURENT, « Evaluation et démarche qualité en EHPAD : effet levier ou effet soufflet ? », Master 2 Politiques Publiques de Santé, 2015-2016.
- Clémence MEZIERES, « Promouvoir et conduire une démarche d'amélioration de la qualité en EHPAD : du management de la qualité au management par la qualité », mémoire de CAFDES Promotion 2009-2010.
- Virginie PICOT, « La Mise en œuvre d'une démarche qualité : une opportunité managériale pour un directeur d'EHPAD », mémoire ENSP Promotion 2007.
- Catherine ROQUES, « Co-construire le projet d'un EHPAD regroupé et développer les prestations préservant la continuité des parcours de vie », mémoire CAFDES, 2016.
- Annie TASSY, « La démarche qualité enjeu de management au service de la cohérence des organisations et de l'expérience professionnelle des acteurs », mémoire de recherche Promotion DEIS 3- 2010-2013.

Liste des annexes

- I. Annexe 1: Architecture des politiques et dispositifs du secteur des personnes âgées
- II. Annexe 2 : Organigramme de l'EHPAD « les Aiguernelles » – Juillet 2018
- III. Annexe 3 : Analyse concurrentielle des EHPAD sur 10km – Mai 2018
- IV. Annexe 4 : Schéma organisationnel de la Croix-Rouge française – Aout 2018
- V. Annexe 5 : Document Unique de Délégation – Croix-Rouge française
- VI. Annexe 6 : Les objectifs qualité filière « personnes âgées » – Croix-Rouge française
- VII. Annexe 7 : Questionnaire enquête terrain pour les salariés – Juillet 2018

I. Annexe 1 - ARCHITECTURE DES POLITIQUES ET DISPOSITIFS DU SECTEUR DES PERSONNES AGEES

16.1. ARCHITECTURE SECTORIELLE, INSTITUTIONNELLE ET TERRITORIALE DES POLITIQUES DE LA VIEILLESSE



Source : CNSA (2017), Ministère des affaires sociales et de la santé (2017).

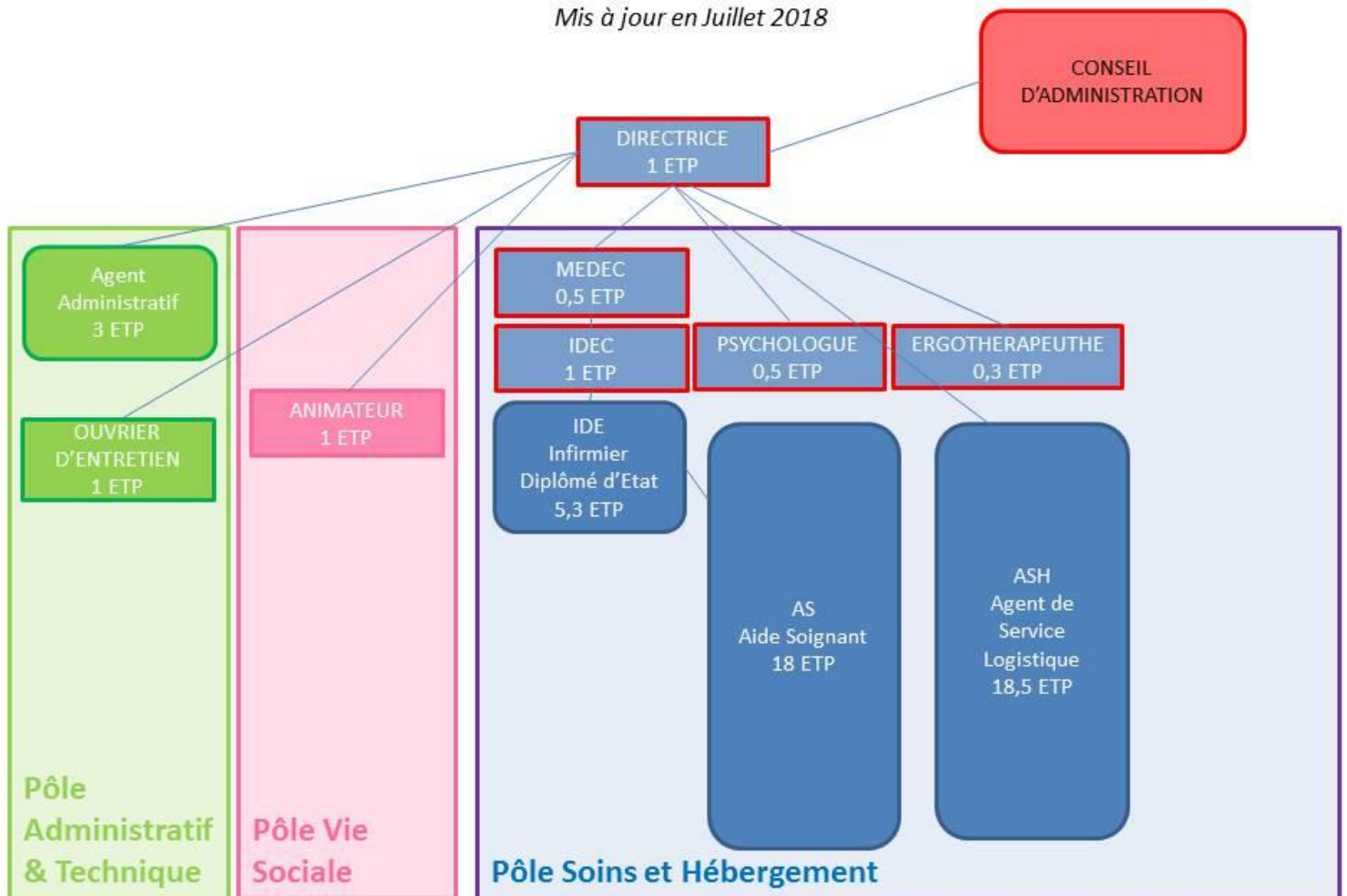


Le secteur médico-social « Comprendre pour mieux agir » - ANAP - Juillet 2013

II. ANNEXE 2 – ORGANIGRAMME DE L'EHPAD LES AIGUERELLES - Juillet 2018

ORGANIGRAMME EHPAD LES AIGUERELLES

Mis à jour en Juillet 2018



III. ANNEXE 3 – ANALYSE CONCURRENTIELLE DES EHPAD SUR 10 KM - Mai 2018

	type d'établissement	Reste à charge journalier	Autres services	type d'hébergement	capacité	habilitation aide sociale
EHPAD La Farigoule - CASTRIES	Public	60,13 €	PASA de 14 places	HP	50	100%
EHPAD Centre Hospitalier de Lunel - LUNEL	Public	60,59 €		HP	106	100%
EHPAD Résidence les Pins Bessons - BAILLARGUES	Public	51,83 €		HP	63	100%
EHPAD Les Aiguerelles - MAUGUIO	Privé non lucratif	66,55 €		HP	86	100%
EHPAD MBV - La Jolivade - LUNEL VIEL	Privé non lucratif	76,09 €	Unité Alzheimer de 14 places	HP / HT de 3 places	60	0%
EHPAD Saint-Louis du Golfe - LA GRANDE MOTTE	Privé lucratif	103 €	Unité Alzheimer de 13 places	HP / HT de 5 places	60	0%
EHPAD Le Mas de Marguerite - VENDARGUES	Privé lucratif	94,19 €	Unité Alzheimer de 14 places	HP / HT de 3 places	60	0%
EHPAD Korian Résidence Les Meunières - LUNEL	Privé lucratif	80,29 €	Unité Alzheimer de 24 places	HP	103	0%

resta à charge moyenne sur la zone	74,08 €	capacité totale de la zone	664	
		dont accueil temporaire	11	2%
		dont Unité Alzheimer	65	10%

Précisions sur les dispositifs médico-sociaux mis en place :

- **Hébergement Temporaire (HT)** : à l'inverse de l'Hébergement Permanent (HP), il s'agit de places spécialement destinées à un accueil occasionnel de quelques jours à 3 mois pour : gérer une situation de rupture rendant le maintien à domicile impossible (retour d'hospitalisation, absence des aidants, travaux dans le logement...) ; travailler de manière progressive à l'intégration à moyen terme à l'EHPAD.

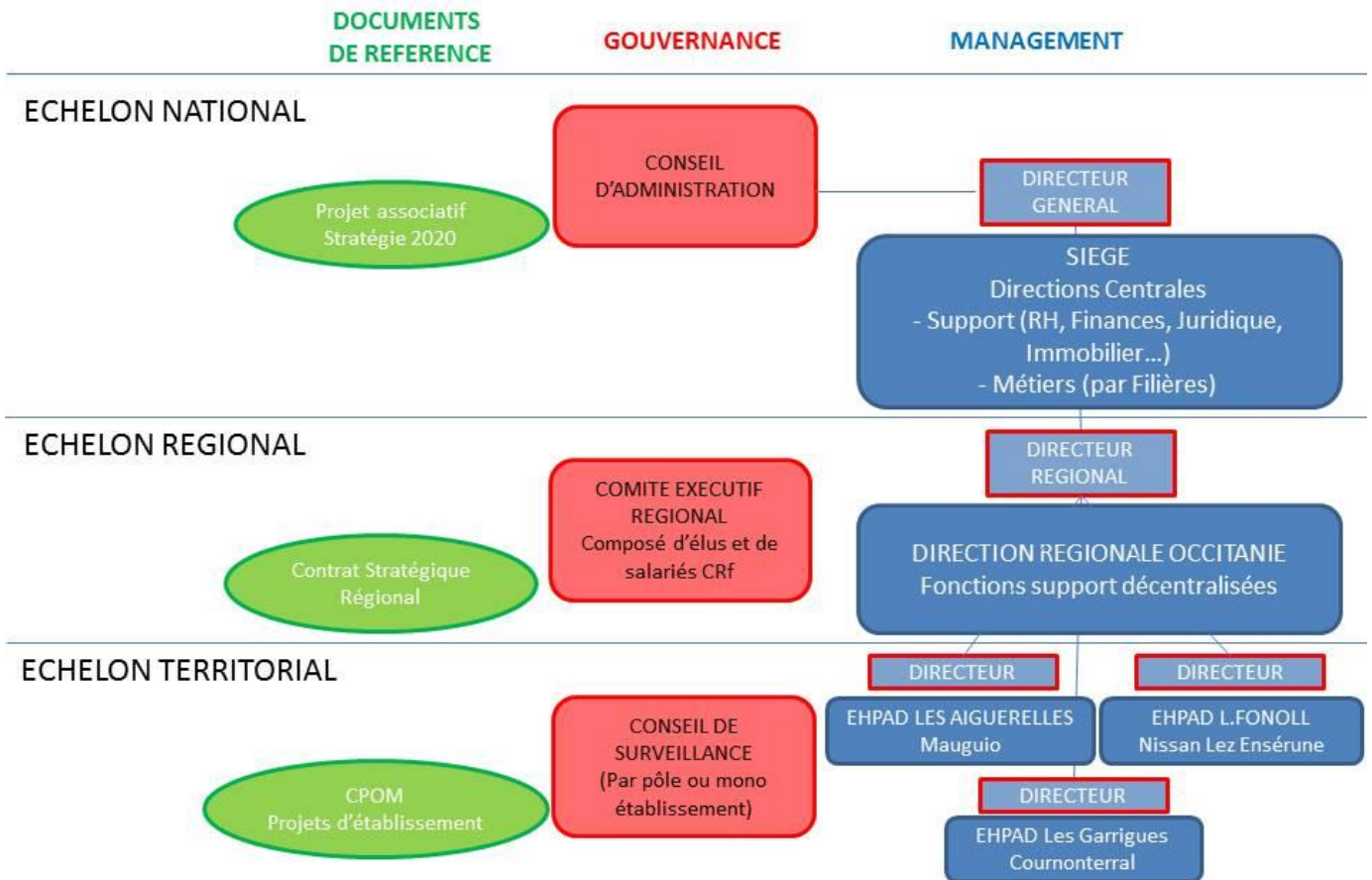
- **PASA** : Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, ce sont des espaces aménagés au sein des EHPAD qui accueillent durant la journée les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés pour un accompagnement spécifique selon un cahier des charges précis (population ciblée, personnel qualifié, élaboration de projet de soins et de vie personnalisé, architecture adapté).

- **Unité Alzheimer** : également appelé « Unité d'Hébergement Renforcé - UHR », unité d'hébergement fermé de petite taille adossé à un EHPAD aménagée pour accueillir spécifiquement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, valides et désorientés.

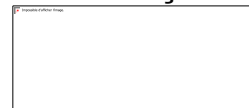
- **Accueil de jour** : il répond à 3 besoins principaux : resocialiser la personne dans le cadre d'un soutien à domicile ; soulager ponctuellement les aidants ; offrir un accompagnement entre le chez soi et l'établissement permettant un temps d'adaptation à la collectivité. Adossé à un EHPAD, il accueille des personnes extérieures, résidant à domicile, et propose une prise en charge thérapeutique en journée incluant le transport.

**IV. ANNEXE 4 : SCHEMA ORGANISATIONNEL DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE –
AOUT 2018**

**SCHEMA ORGANISATIONNEL SYNTHETIQUE
CROIX-ROUGE FRANCAISE**



V. ANNEXE 5 : DOCUMENT UNIQUE DE DELEGATION – CROIX-ROUGE FRANÇAISE



DOCUMENT UNIQUE DE DELEGATIONS

Le soussigné, M XXXX, Directeur régional XXX (ou par délégation M XXX, Directeur territorial XXX) délègue par les présentes à M XXX, en sa qualité de Directeur de l'établissement XXX situé à XXX, les prérogatives suivantes que ce dernière déclare accepter, dans le cadre de la délégation de pouvoir que M XXX (ou par délégation M XXX) lui a accordée le XXX et qu'il a signée.

1. CONDUITE DE LA DEFINITION ET DE LA MISE EN OEUVRE DU PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE

PROJETS, POLITIQUES ET INSTANCES ASSOCIATIVES

Le Directeur applique les décisions du conseil d'administration et de la direction générale de la Croix-Rouge française. Dans le respect du plan stratégique de la Croix-Rouge française, il participe à l'élaboration de la stratégie de son établissement ou de son service avec le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation) et la direction des métiers et de la formation (DMF). Dans ce cadre, le Directeur met en œuvre et est garant au sein de son établissement ou service de la stratégie de la Croix-Rouge française. Au sein de sa filière, il contribue à la stratégie régionale de la Croix-Rouge française. Le Directeur participe au conseil de surveillance dont dépend l'établissement ou le service qu'il dirige. Il contribue à la préparation de ses travaux.

PROJET D'ETABLISSEMENT – DE SERVICE

Le Directeur est responsable de l'élaboration du projet d'établissement ou de service, en concertation avec ses équipes et dans le respect des procédures nationales. Il le soumet pour accord au Directeur régional (et au Directeur territorial), et le présente pour information au conseil de surveillance de l'établissement. Il leur rend compte à échéance régulière de l'état d'avancée de sa mise en œuvre et de son évaluation. Il le présente également, pour avis, aux institutions représentatives du personnel et au conseil de la vie sociale. Il veille à son actualisation régulière en fonction des besoins et des attentes des usagers, de l'évolution de l'environnement de son établissement ou service ainsi que des évaluations internes et externes pratiquées.

MISE EN OEUVRE ET RESPECT DES DROITS DES USAGERS

Le Directeur est garant, dans son établissement ou service, de l'application des dispositions de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. A ce titre, il veille à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'actualisation des obligations légales et réglementaires édictées par ces textes :

- ⇒ le livret d'accueil,
- ⇒ la charte des droits et liberté de la personne accueillie,
- ⇒ le règlement de fonctionnement : le Directeur l'élabore, le présente au conseil de surveillance et organise la consultation des instances représentatives du personnel de l'établissement, du conseil de la vie sociale ou d'autres formes de participation,
- ⇒ contrat de séjour ou document individuel de prise en charge : le Directeur a pouvoir pour signer ces documents contractuels avec les usagers ou leur représentant légal,
- ⇒ conseil de la vie sociale ou toutes autres formes participatives : le Directeur met en place et s'assure du fonctionnement du conseil de la vie sociale et de toutes autres formes de participation. Il siège au conseil de la vie sociale avec voix consultative.

ADMISSION, ORIENTATION ET SORTIE DES USAGERS

En lien avec les commissions administratives compétentes et en application de la procédure fixée par le projet d'établissement ou de service, le Directeur prononce l'admission, s'assure de l'orientation et prononce la sortie des personnes accueillies dans son établissement ou service.

CONFORMITE DE L'ACCUEIL DES USAGERS AUX NORMES DE SECURITE

Le Directeur est garant du respect des normes d'hygiène et de sécurité dans son établissement ou service. Il s'assure du passage régulier de la commission de sécurité et d'accessibilité. Il procède dans les meilleurs délais aux adaptations prescrites par cette commission et par la direction de l'immobilier et du patrimoine (DIP). Il veille à la formation régulière du personnel à cet effet.

RELATIONS AVEC LES FAMILLES, LES REPRESENTANTS LEGAUX ET LES PROCHES

Le Directeur s'assure de sa disponibilité et de celle de ses collaborateurs dans les relations avec les personnes accueillies, les représentants légaux et les familles, au plan individuel et collectif. Il veille au recueil et au traitement des plaintes selon les procédures retenues par la Croix-Rouge française et précisées dans le projet d'établissement ou de service. Le Directeur veille à la mise en place de bonnes pratiques professionnelles et à la prévention des situations de maltraitance. Il applique le protocole national de signalement d'évènements indésirables graves élaboré par la Croix-Rouge française et piloté par le pôle Qualité de la Direction de l'audit et du contrôle interne (DACI).

EVALUATION ET DEMARCHE QUALITE

Dans le respect des orientations nationales propres à sa filière métier, le Directeur est garant de la conduite d'une politique d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans son établissement ou service. Il bénéficie pour ce faire de l'appui du pôle Qualité de la DACI et de la DMF. Il veille à la réalisation, dans les délais légalement imposés, des démarches d'évaluation interne et externe. Il s'assure de la diffusion des rapports d'évaluation auprès du Directeur régional (et du Directeur territorial), des autorités de contrôle et de tarification, de la DMF, des instances représentatives du personnel, du conseil de surveillance et du conseil de la vie sociale.

SYSTEME D'INFORMATION INTERNE

Le Directeur a en charge la mise en œuvre de l'ensemble des systèmes d'information dans son établissement ou service. En application des orientations nationales et avec l'appui de la direction des systèmes d'information (DSI), le Directeur est responsable du déploiement des systèmes d'information retenus par la Croix-Rouge française et supervisés par la DMF. Il peut participer à leur évolution et leur adaptation permanente en proposant des éléments d'amélioration. Il veille à la diffusion et à la bonne application de la charte utilisateurs pour le bon usage des ressources informatiques. Il est garant du respect de la loi Informatique et libertés et de l'information des usagers de leurs droits au regard cette loi. Il procède aux déclarations de fichiers de données à caractère personnel via la direction des affaires juridiques et du contentieux (DAJC) qui assure la fonction de référent unique de la Croix-Rouge française auprès de la CNIL.

RAPPORT D'ACTIVITES

Le Directeur élabore le rapport d'activités et le transmet au Directeur régional (et au Directeur territorial) et à la DMF pour validation, ainsi qu'au conseil de surveillance pour information. Il est ensuite envoyé aux autorités de contrôle et de tarification ainsi qu'à tout autre acteur jugé utile dans le cadre d'une communication interne ou externe.

CONTINUTE DES PRISES EN CHARGE

Le Directeur veille à la mise en place d'une organisation garantissant la continuité du service dans l'essentiel des circonstances (congés, grèves, etc.) et établit les délégations nécessaires. Il en tient informé le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation). Il assure la communication des mesures retenues au sein de l'établissement ou du service.

2. GESTION ET ANIMATION DES RESSOURCES HUMAINES

CREATION DE POSTE / ORGANIGRAMME DU PERSONNEL

Le Directeur est responsable de l'adaptation régulière de la structure de l'emploi dans l'établissement ou le service au regard des besoins des usagers, des normes réglementaires ou de convergence existantes et du budget exécutoire. Sous l'autorité du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation), il élabore l'organigramme et propose les modifications nécessaires (création – suppression – qualification) dans le cadre de la politique RH portée par la direction des ressources humaines (DRH). Le Directeur s'assure de la mise en place ou de l'actualisation des fiches de postes en s'appuyant sur les supports techniques disponibles auprès du responsable des ressources humaines en région (RRH) de la DRH. Le Directeur veille à la qualité d'accueil des stagiaires ainsi qu'à l'existence et à la mise en œuvre d'une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés dans le respect des procédures établies par la direction des ressources humaines (DRH).

RELATIONS AVEC LES BENEVOLES ET LES VOLONTAIRES

Dans le cadre du projet d'établissement ou de service, le Directeur, en lien avec son conseil de surveillance et avec la structure bénévole de Croix-Rouge française de son lieu d'implantation, étudie la possibilité de contribution des bénévoles ou des volontaires de la Croix-Rouge française ou d'autres associations partenaires. Il s'assure de la mise en place des conventions de bénévolat à l'aide des outils développés par la Croix-Rouge française, ainsi que de la complémentarité des interventions des bénévoles avec le personnel salarié.

RECRUTEMENTS (CADRES / NON CADRES ; CDD / CDI)

Le Directeur doit avoir l'accord du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation) pour tout recrutement de poste en CDI ou en CDD. Il est responsable de la procédure de recrutement de l'ensemble des personnels non cadres et cadres hors directeurs adjoints, dans le respect des procédures nationales, de la convention collective nationale et de l'organigramme validé par le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation). Il s'appuie sur l'expertise du RRH. Pour les cadres, il sollicite l'avis conforme du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation). Pour les recrutements des directeurs, de leurs adjoints, des médecins et pharmaciens, la procédure est conduite par le Directeur régional (et le Directeur territorial) et le Directeur d'établissement, en lien avec la DRH et la DMF, dans le cadre des procédures nationales. Le Directeur veille au respect de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés et met en œuvre l'ensemble des mesures utiles à la réalisation des objectifs fixés par les accords collectifs, notamment l'accord de branche OETH favorisant l'insertion des travailleurs handicapés et leur maintien dans l'emploi.

CONTRATS DE TRAVAIL - DOSSIERS DU PERSONNEL

Les contrats de travail sont établis, sur la base des modèles de la Croix-Rouge française et dans le respect des procédures nationales. Par principe, tous les contrats de travail (CDD et CDI) sont signés par le RRH. Par dérogation, jusqu'à la mise en place de l'outil informatique adapté, les contrats de travail des salariés non

cadres sont signés par le Directeur d'établissement ou de service par délégation du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation) avec information du RRH. Le Directeur s'assure du respect de l'ensemble des formalités d'embauche (déclarations, médecine du travail...) et de la validité des titres de séjours. Il vérifie la validité des diplômes et l'inscription, si nécessaire, des personnels auprès de l'administration et de leur ordre professionnel. Dans le cadre des obligations légales et réglementaires, et en particulier dans les établissements et services accueillant des personnes vulnérables, le Directeur contrôle l'extrait du casier judiciaire requis pour les salariés.

RESPECT DE LA LEGISLATION SOCIALE

Le Directeur est responsable de la bonne application au sein de l'établissement ou du service du code du travail, des accords de branche, de la convention collective de la Croix-Rouge française et du projet social. En tant que de besoin, il s'assure des conseils du RRH. Le Directeur veille à la tenue des affichages et registres obligatoires.

GESTION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE

Le Directeur veille à l'inscription des salariés auprès des organismes de prévoyance, de retraite complémentaire et auprès de la mutuelle d'entreprise.

GESTION DE LA PAIE ET DES DECLARATIONS SOCIALES

Le Directeur établit les salaires d'embauche en stricte application des dispositions conventionnelles. Il soumet annuellement au Directeur régional (ou au Directeur territorial par délégation) sa politique de primes dans le respect des prescriptions conventionnelles et des orientations de rémunération fixées dans la lettre de cadrage et par la direction des ressources humaines. Il est responsable des éléments transmis au CSP au titre des variables de paie. Il s'assure de l'élaboration et de l'acheminement des déclarations sociales et fiscales. Il représente l'association lors des contrôles Urssaf, en lien avec le Directeur régional (et le Directeur territorial) et le RRH, et avec le soutien des services du CSP.

HYGIENE ET SECURITE

Le Directeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité, protéger la santé physique des salariés et prévenir l'apparition de risques psychosociaux dans l'établissement ou le service. A ce titre, le Directeur veille au respect des exercices incendie périodiques, à l'entretien du matériel d'incendie (extincteurs, détecteurs, etc.) et à la formation du personnel et à l'utilisation dudit matériel. En liaison avec les institutions représentatives du personnel et spécifiquement le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, il s'assure de l'élaboration et de la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

POUVOIR DISCIPLINAIRE (CADRES / NON CADRES)

Le Directeur exerce le pouvoir disciplinaire au sein de l'établissement ou du service. Il notifie la sanction. Il est garant du respect de la procédure prévue par le code du travail et la convention collective de la Croix-Rouge française et s'appuie à cet effet sur l'expertise du RRH dont il recueille l'avis conforme sur la mesure envisagée. Il en informe sans délai le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation). Toutefois, lorsque la sanction envisagée concerne un personnel cadre ou un personnel titulaire d'un mandat de représentation, il doit préalablement recueillir, outre l'avis conforme du RRH, l'accord express du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation).

RUPTURE DU CONTRAT DE TRAVAIL

La rupture du contrat de travail est décidée par le Directeur de l'établissement ou du service qui s'appuie sur l'expertise du RRH et recueille son avis conforme. Le Directeur en informe sans délai le Directeur régional (et le Directeur territorial). Toutefois, dans l'hypothèse d'un personnel cadre ou d'un personnel titulaire d'un mandat de représentation, le Directeur conduit la procédure et notifie le licenciement après avoir recueilli, outre l'avis conforme du RRH, l'accord express du Directeur régional (et du Directeur territorial). Il en est de même pour toute rupture conventionnelle ou transaction quel que soit le salarié.

RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS REPRESENTATIVES DU PERSONNEL (IRP)

Le Directeur met en place le dialogue social sous le pilotage du RRH. Ce dialogue passe, outre les relations sociales quotidiennes avec les salariés, par une relation de respect et de collaboration avec les partenaires sociaux dans le cadre des responsabilités de chacun. Cela passe aussi par la mise en place et le déroulement des élections professionnelles dans son établissement ou service dans le cadre des dispositions légales et réglementaires selon les directives du RRH. Sur accord du RRH, le Directeur d'établissement ou de service peut présider les institutions représentatives du personnel en qualité de représentant de l'employeur. Il est en ce cas garant avec le RRH du respect des obligations législatives et réglementaires en matière de représentation du personnel (réunions – convocations – ordres du jour – informations – consultations – agenda social ...) et de la qualité du dialogue social. Le Directeur d'établissement ou de service peut négocier et conclure, après accord express du Directeur régional (et du Directeur territorial) et du RRH, et dans le cadre fixé par la Convention Collective nationale, des accords d'établissement portant uniquement sur des sujets spécifiques ne pouvant être traités qu'au niveau local et à l'exclusion de tout point concernant la rémunération ou les dispositions traitées dans la convention collective nationale.

GPEC ET POLITIQUE DE FORMATION EVALUATION DU PERSONNEL

Le Directeur est responsable de l'élaboration des orientations en matière de formation professionnelle individuelle et collective des salariés de l'établissement ou du service. Il établit les orientations en relation avec

Le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation), conformément à la stratégie de la Croix-Rouge française déclinée dans son projet d'établissement ou de service et en accord avec les orientations nationales de la formation professionnelle continue. Le Directeur est responsable de la préparation du plan de formation. Il met en œuvre les consultations légales et s'assure de la réalisation du plan de formation. Il est l'interlocuteur, pour son établissement ou son service et en lien avec le RRH, de l'OPCA de Branche : UNIFAF. A l'aide des outils développés par la DRH, il s'assure une fois par an, de la conduite des entretiens professionnels, de carrière et d'évaluation des salariés directement placés sous sa responsabilité. Il veille à la conduite et à la qualité de ces mêmes entretiens pour l'ensemble des salariés de son établissement ou service. Il met en œuvre, dans son établissement ou service, une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences conforme aux principes du projet social de la Croix-Rouge française.

TABLEAUX DE BORDS SOCIAUX

Le Directeur s'assure de la transmission régulière des éléments d'information nécessaires à l'élaboration du bilan social de la Croix-Rouge française et de toute autre enquête nationale ou régionale.

GESTION DES CONTENTIEUX RH / RELATIONS AVEC L'INSPECTEUR DU TRAVAIL

Le Directeur conduit les relations régulières avec l'inspecteur du travail en lien avec le RRH. En cas d'événement exceptionnel (grève, autorisation de licenciement, etc.), il en informe immédiatement, outre le RRH, le Directeur régional (et le Directeur territorial) et la DMF. Le Directeur informe le Directeur régional (et le Directeur territorial), la DMF et le RRH de tout contentieux collectif relatif à l'application de la législation sociale concernant son établissement ou service, qui sera traité conformément aux procédures nationales en lien avec le RRH. Pour les contentieux individuels, il saisit conjointement le RRH et la Direction des affaires juridiques et du contentieux (DAJC). Le choix des avocats pour ces contentieux est effectué par la DAJC en lien avec le RRH. La gestion des contentieux individuels est pilotée par la DAJC avec l'appui du RRH et du Directeur. Le Directeur tient informé le Directeur régional (et le Directeur territorial) de l'avancement de la procédure. Le Directeur peut représenter la Croix-Rouge française devant le Conseil de Prud'hommes sur mandat express du Directeur général, via la DAJC. A ce titre, il peut être habilité à transiger, dans les conditions préalablement validées par la DAJC en lien avec le RRH et le Directeur régional (et le Directeur territorial) et confirmées par mandat express du Directeur général à chacune des transactions envisagées.

ORGANISATION DU TRAVAIL

Le Directeur assure l'animation et garantit la cohésion du comité de direction de son établissement ou service. En liaison avec les équipes de direction concernées, le Directeur détermine, met en œuvre et évalue l'organisation du travail dans le respect des règles légales et conventionnelles. Il s'assure de l'adéquation des modes d'organisation retenus et de leur conformité aux besoins du service et des personnes accueillies

3. GESTION BUDGETAIRE, FINANCIERE ET COMPTABLE

BUDGET PREVISIONNEL / PROCEDURE CONTRADICTOIRE / EPRD

Le Directeur élabore le budget prévisionnel ou l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Il le présente pour validation au Directeur régional (et au Directeur territorial), à la DMF et à la Direction financière (DFI), avant transmission aux autorités de contrôle et de tarification. Le Directeur établit le rapport budgétaire remis aux autorités de contrôle et de tarification. Le Directeur, en lien avec le Directeur régional (et le Directeur territorial), la DMF et la DFI, conduit la procédure budgétaire avec les autorités de contrôle et de tarification. Il rend compte au Directeur régional (et au Directeur territorial), à la DFI et à la DMF, ainsi qu'au conseil de surveillance, du budget arrêté et du budget exécutoire. Pour les établissements entrant dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec les autorités de contrôle et de tarification, le Directeur élabore le diagnostic en lien avec le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation), propose des axes d'évolution du projet et participe aux évaluations financières.

RECOURS TARIFAIRE

Le Directeur évalue l'opportunité d'un recours (gracieux ou contentieux) et transmet ses conclusions au Directeur régional (et au Directeur territorial) et à la DMF pour décision. Dans l'hypothèse d'un recours contentieux, le Directeur établit le dossier avec la DMF, la DFI et la DAJC. Il en rend compte au Directeur régional (et au Directeur territorial).

BUDGET EXECUTOIRE, ORDONNANCEMENT ET PAIEMENT DES DEPENSES

Le Directeur planifie et engage les dépenses dans le respect des procédures de la Croix-Rouge française et dans la limite du budget exécutoire transmis aux autorités de contrôle et de tarification et des pouvoirs bancaires qui lui sont alloués.

CONTROLE DE GESTION, SUIVI COMPTABLE ET BUDGETAIRE

Le Directeur veille à la transmission des informations comptables au CSP dans le cadre des procédures nationales. Le Directeur est responsable du suivi et de l'exécution du budget de son établissement ou service. Le Directeur alerte le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation), la DMF et la DFI en cas d'anomalie observée dans l'exécution du budget approuvé. Le Directeur présente au Directeur régional (ou au Directeur territorial par délégation), à la DMF et à la DFI des points réguliers d'information relatifs à l'exécution budgétaire.

GESTION DE TRESORERIE / POLITIQUE D'ACHAT

Le Directeur est responsable du suivi de la trésorerie de son établissement ou service. Il procède, en lien avec le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation), à l'actualisation régulière des demandes d'autorisations de découvert qui sont soumises, sur proposition de la DMF et de la DFI, à l'accord du Directeur général et des instances nationales. Le Directeur est responsable des achats et de la mise en œuvre des procédures de choix des fournisseurs (appels d'offres). Il négocie et signe les contrats dans le respect des procédures nationales. Il sollicite à cet effet et autant que de besoin la DFI/Département Achats et la DAJC. Le Directeur met en œuvre les contrats cadres négociés par la DFI/département Achats et validés par la DAJC.

INVESTISSEMENTS

Le Directeur élabore, dans le respect des procédures nationales et des dispositions réglementaires, un plan pluriannuel d'investissement qu'il soumet au Directeur régional (et au Directeur territorial), à la DMF et à la DFI. Il s'assure de sa mise en œuvre dans le cadre de la dynamique budgétaire. Il n'a pas pouvoir de contracter des emprunts.

GESTION DES RISQUES / ASSURANCES

Le Directeur est responsable de l'application des contrats de prévoyance et d'assurance négociés par le siège et suivis par la DRH. Il en est de même pour les contrats d'assurances Responsabilité civile, Dommages-Ouvrages et Flotte automobile suivis par la DAJC.

RESPECT DES REGLES COMPTABLES ET FISCALES

Dans le cadre du système de transmission des données comptables appliqué à l'établissement ou service, le Directeur veille au respect de la réglementation comptable et fiscale. Il procède à des contrôles périodiques avec l'appui si besoin la DFI et la DAJC. Il en rend compte au Directeur régional (ou au Directeur territorial par délégation).

RECouvreMENT DE CREANCES

Le Directeur procède aux actions nécessaires pour assurer le recouvrement des créances de l'établissement ou du service, en ce compris par des injonctions de payer, sans nécessiter d'un pouvoir express du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation).

4. COORDINATION AVEC LES INSTITUTIONS ET INTERVENANTS EXTERIEURS

POLITIQUES PUBLIQUES

Le Directeur se tient régulièrement informé des grandes réformes et évolutions des politiques publiques dont son établissement ou service relève. Il est soutenu en cela par le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation) et la DMF. Il assure selon les directives du Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation) les missions de représentation de la Croix-Rouge française concernant son établissement ou service.

ACTIONS DE COORDINATION ET DE COOPERATION EXTERNE

Le Directeur est responsable de la mise en place et de la formalisation des réseaux et partenariats établis par son établissement ou service. Avant toute formalisation d'acte de coopération, il doit obtenir la validation du Directeur régional (ou du Directeur territorial par délégation) et de la DMF. Il en tient informé le conseil de surveillance. Le Directeur participe à la veille sur les appels à projet relevant de son secteur d'activité et de son territoire d'implantation. Il en informe le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation) et la DMF. Toute démarche de candidature s'effectue dans le cadre des procédures nationales. Le Directeur est associé à la conception du dossier de réponse qui est piloté par le Directeur régional (et le Directeur territorial) en lien avec la DMF, avant d'être soumis au Directeur général et aux instances nationales.

ADHESION A UNE AUTRE ENTITE JURIDIQUE

Le Directeur doit obtenir, sur proposition commune du Directeur régional (et du Directeur territorial) et de la DMF, après avis de la DAJC, l'aval du Directeur général et des instances nationales avant toute adhésion de la Croix-Rouge française, par l'intermédiaire de son établissement ou service, à une autre entité juridique. Il s'assure auprès de la DMF de la compatibilité de cette adhésion avec la stratégie de la Croix-Rouge française.

COMMUNICATION EXTERNE

Le Directeur est le garant du respect de la charte graphique Croix-Rouge française dans toute présentation de documents relatifs à son établissement ou service. Le Directeur utilise les documents fournis par le siège de la Croix-Rouge française. En cas de sollicitation de tout média, le Directeur doit saisir conjointement le Directeur régional (et le Directeur territorial), la DMF et la direction de la communication et du développement des ressources (DCDR), laquelle traitera la demande dans le respect des procédures internes à la Croix-Rouge française.

CONTENTIEUX CIVIL, COMMERCIAL, PENAL ET ADMINISTRATIF / POUVOIR JUDICIAIRE

Le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation) et la DAJC doivent être informées de tout risque en matière de contentieux dans les domaines civil, commercial, pénal et administrative (en matière RH, se reporter au chapitre 2, §14). La gestion de l'ensemble de ces contentieux est pilotée par la DAJC, en lien avec le Directeur et le Directeur régional (et le Directeur territorial). Tout dépôt de plainte par le Directeur se fait par

délégation expresse au cas par cas du Directeur régional, à l'exception des cas de fraude et de diffamation qui exigent une délégation de pouvoir expresse du Directeur général sur instruction de la DAJC en lien avec le Directeur régional (et le Directeur territorial). Toute autre action devant les juridictions civiles, commerciales, pénales et administratives, tant en défense qu'en demande (constitution de partie civile, choix et constitution d'avocat, assignation d'un tiers devant les tribunaux, dépôt de conclusions, appel, cassation ...) est engagée par l'intermédiaire de la DAJC.

5. GESTION DU BATI

Le Directeur est le garant de l'entretien général et régulier de son établissement ou service. En cas d'identification de risque ou de dégradation, il doit en alerter le Directeur régional (ou le Directeur territorial par délégation), la Direction immobilière (DIP) et la DMF. Il en informe le Président du conseil de surveillance. Il veille à l'adaptation des locaux aux normes réglementaires. Il propose et met en oeuvre les adaptations régulières du bâti en vue de sa conformité au projet d'établissement ou de service et aux besoins des personnes accueillies dans le cadre des procédures nationales. Pour l'ensemble des projets immobiliers relatifs à l'établissement ou au service, le Directeur se réfère aux procédures concernant les investissements et à la politique immobilière de la Croix-Rouge française. Il opère selon les directives du Directeur régional (et du Directeur territorial), de la DMF et de la Direction de l'Immobilier et du Patrimoine (DIP), qui pilote la mise en oeuvre des orientations stratégiques décidées dans le domaine patrimonial.

A XXX, Le

M XXX
Directeur régional de XXX

M XXX

VI. ANNEXE 6 : LES OBJECTIFS QUALITE FILIERE « PERSONNES AGEES » – CROIX ROUGE FRANCAISE

OBJECTIFS QUALITE DE LA FILIERE PERSONNES AGEES

DOCUMENT INTERNE / DACIQ / DEPARTEMENT QUALITE

JUIN 2017

DESTINATAIRES :
DIRECTEURS REGIONAUX
DIRECTEURS TERRITORIAUX
DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS

Introduction : BILAN DE LA PRECEDENTE POLITIQUE QUALITE NATIONALE SUR L'ACTIVITE DE LA FILIERE PERSONNES AGEES

L'engagement de la Croix-Rouge française pour la qualité était déjà inscrit dans ses orientations stratégiques nationales 2011-2015.

La Politique Qualité des établissements et services accompagnant des personnes vulnérables (février 2014), issue de ces orientations, était axée sur 3 orientations : la promotion de la bientraitance, la démarche d'évaluation et de questionnement des pratiques professionnelles, le management de la qualité. Ces axes ont généré un ensemble de projets sur la filière Personnes Agées contribuant à l'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement de nos aînés.

Concernant la promotion de la Bientraitance, diverses actions ont été réalisées au sein de la filière :

- > La mise en place de formations et sensibilisations sur la promotion de la Bientraitance et la lutte contre la maltraitance ;
- > Elargissement du périmètre de la cellule de signalement au niveau du Siège pour la gestion des événements indésirables dont les actes de maltraitance. Cette cellule est composée d'experts métier, juridiques, qualité et, selon les situations, d'interlocuteurs spécialisés dans la gestion des ressources humaines ou dans la communication ;
- > La mise en place d'une procédure nationale de signalement des actes de maltraitance (avril 2014) et une fiche de suivi ad hoc. Par souci de simplification, cette procédure a été refondée dans la procédure nationale de gestion des événements indésirable en 2015, validée puis mise à jour par le Conseil d'Administration en septembre 2016 ;
- > La participation des établissements et services aux enquêtes annuelles de l'ANESM.

L'augmentation du nombre de formations concernant la promotion de la Bientraitance et l'augmentation significative du nombre d'événements indésirables graves remontés à la cellule de signalement (+ 103% entre 2015 et 2016 sur la filière PA) expriment la bonne dynamique de déclaration au sein de la filière.



De plus, l'évolution réglementaire récente renforce les besoins d'accompagnement des établissements et services à la gestion de leurs événements indésirables graves.

Enfin, la mise en place des projets d'accompagnement personnalisés, qui sont au cœur d'un accompagnement bientraitant, sont encore à développer sur la filière.

Concernant la démarche d'évaluation et de questionnements des pratiques professionnelles :

Il s'agissait notamment pour la filière d'amorcer la démarche d'évaluation externe qui réglementairement s'imposait aux établissements et services de la filière à la suite de leur évaluation interne. L'évaluation externe permet d'observer la cohérence et l'avancée du plan d'action issu de l'évaluation interne.

- > Afin de préparer les établissements et dans un objectif d'harmonisation de la qualité sur l'ensemble de la filière, ont été réalisés des Diagnostics Qualité. Ces diagnostics ont été réalisés par un groupe d'auditeurs constitué de chargés de mission métier, des responsables qualités régionaux et de directeurs d'établissement. Pour ces derniers, le partage de bonnes pratiques professionnelles ou de problématiques rencontrées au quotidien constituait un point fort de cette expérience.

Pour prolonger cette dynamique positive, il s'agit de continuer la démarche de diagnostic inter-établissement avec le concours des directeurs d'établissements et de service semble pertinent et permet l'amélioration de la qualité par le réseau Croix-Rouge.

Réaliser de nouveaux Diagnostics Qualité sur l'ensemble de la filière semble également pertinent afin de conserver un rythme et une culture d'évaluation mais également d'observer les avancées des actions réalisées au premier diagnostic.

L'évaluation du circuit du médicament via un cabinet externe (2013 et 2014) puis via l'outil d'autodiagnostic de l'ANAP/OMEDIT/ARS (2016) déployés sur l'ensemble des EHPAD de la filière a contribué à l'observation des risques sur le processus de prise en charge médicamenteuse. Le nombre d'événements indésirables déclarés liés à ce processus a augmenté à l'issue de ces évaluations. Il a permis l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament par l'élaboration d'actions correctives ciblées.

Pour aller plus loin dans cette démarche de gestion des risques, une observation des risques étendue à l'ensemble des processus (= activités) des EHPAD permettrait une meilleure connaissance des risques et donc une meilleure maîtrise de ces derniers.

La démarche de questionnement des pratiques professionnelles est également réalisée par l'observation des écarts entre la pratique quotidienne et la procédure/protocole instaurant le cadre de la pratique professionnelle. Dans cette optique, en 2015 et 2016, des créations et mises à jour de documents qualité (protocoles, procédures, fiches techniques et d'enregistrement rédigés en trames nationales) ont été réalisés par des groupes de travail issus des équipes des établissements et services de la filière, selon leurs besoins.

La mise à disposition de ces documents via l'Espace Documentaire de la filière PA de l'Intranet permet un accès au niveau national de ces trames, et ce, pour l'ensemble des établissements et services de la filière.

La mise en place d'une véritable organisation de la gestion documentaire par établissement, permettrait un accès facilité de la documentation et une diffusion/appropriation de cette dernière à l'ensemble des salariés de chaque structure de la filière.

Concernant le management de la qualité, peu d'actions ont été développées depuis 2014.

Suite à leur évaluation externe, certains établissements et services de la filière progressent dans leur démarche d'amélioration continue et ont mis en place une organisation (comités de pilotage, staff qualité, référent qualité) et des outils de suivi (Plan d'Action Qualité). Cette dynamique pourra être généralisée à l'ensemble des établissements et services de la filière.

PRESENTATION DES OBJECTIFS QUALITE DE LA FILIERE PERSONNES AGEES

Introduction :

Les objectifs qualité ci-dessous permettent de poursuivre la dynamique qualité amorcée depuis la politique qualité de 2014 mais également de la renforcer. Ils permettent de valoriser le travail des établissements et services dans leurs démarches qualité et les outils mis à dispositions pour les atteindre.

Ils découlent de la Politique Qualité Nationale validée par la Direction Générale de la Croix-Rouge française et sont propres à la filière « Personnes Agées ».

Ces objectifs sont pluriannuels (2018-2022) et s'imposent aux établissements et services de la filière « Personnes Agées ».

Objectif qualité 1 : Mettre en place une organisation permettant l'amélioration continue de la qualité

Action 1 : Identifier et reconnaître des référents qualité au sein de chaque établissement et service

Indicateur : un référent qualité est désigné par établissement ou par pôle d'établissement, le cas échéant.

Cible : 100% des établissements (ou pôle d'établissement) ont désigné un référent.

Action 2 : Présenter la démarche qualité dans le cadre de l'intégration de chaque nouveau collaborateur

Indicateur : nombre de collaborateurs nouveaux dans l'année formés ou sensibilisés/ nombre de collaborateurs nouveaux arrivés.

Cible : Pour tous les établissements, 100% des nouveaux collaborateurs ont été formés ou sensibilisés (à minima) à la démarche qualité.

Action 3 : Présenter un bilan annuel de la démarche qualité en Conseil de Vie Social

Indicateur : une présentation annuelle est effectuée.

Cible : 100% des établissements ont effectué une présentation annuelle.

Objectif qualité 2 : Améliorer la dynamique de promotion de la bientraitance et des droits des personnes accompagnées

Action 1 : Former les professionnels à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance.

Indicateur : Nombre de personnes formées ou sensibilisés /ensemble des professionnels (contractuels)

Cible 100% des salariés ont été sensibilisés ou formés à la promotion de la bientraitance et à la prévention de la maltraitance

Indicateur : Présence d'objectifs d'actions de Bientraitance dans le PE ;

Cible : 100% des projets d'établissement intègrent des objectifs afférents à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance.

Action 2 : Améliorer la mise en place des projets de vie individualisés (PVI)

Indicateur : Nombre de résident bénéficiant d'un staff PVI annuel / nombre total des résidents

Cible : Pour tous les établissements, 100% des résidents bénéficient d'un staff PVI annuel.

Indicateur : Nombre de staff PVI réalisées avec restitutions aux résidents et aux familles

Cible : Pour tous les établissements 30% des staffs PVI réalisés ont fait l'objet d'une restitution aux résidents et aux familles

Objectif qualité 3 : Organiser un système de gestion documentaire

Action 1 : Mettre en place une procédure de gestion documentaire cohérente et simple

Indicateur : présence et qualité du classeur.

Cible : 100% des établissements tiennent un classeur normalisé et accessible à tous les salariés

Action 2 : Centraliser les documents qualité dans un fond documentaire de la structure (à minima, centraliser ceux proposés par l'Espace documentaire de la filière PA présent sur l'Intranet).

Indicateur : l'établissement ou le service dispose des protocoles de l'Espace ou de protocoles identiques propres à l'établissement.

Cible : 100% des établissements disposent (à minima) des protocoles de l'Espace documentaire.

Action 3 : Désigner une personne en charge de la documentation qualité dans l'établissement

Indicateur : le référent qualité est mobilisé sur la gestion documentaire dans l'établissement.

Cible : 100% des établissements ont désigné une personne en charge de la documentation qualité.

Objectif qualité 4 : Mettre en place une organisation permettant la diffusion et l'appropriation des documents qualité

Action 1 : Intégrer la diffusion de la documentation qualité dans la pratique quotidienne

Indicateur : Nombre de séances de diffusion de document qualité réalisées.

Cible : Pour tous les établissements, 100% des documents nouveaux ou actualisés sont diffusés à l'ensemble des équipes (diffusion tracée).

Action 2 : Animer des moments permettant d'apprécier l'appropriation des documents qualité et des pratiques à échéances régulières

Indicateur : Nombre de séances/actions réalisées auprès des équipes.

Cible : Pour tous les établissements, 100% des documents diffusés sont appropriés par l'ensemble des équipes.

Il pourra s'agir de séances en réunions ad hoc ou de séances à la faveur de réunion déjà planifiées.

Objectif qualité 5 : Maitriser les processus

Action 1 : Définir les acteurs des différents processus à partir d'une cartographie des processus.

Indicateur : cartographie des processus détaillée.

Cible : 100% des établissements ont désigné les acteurs pour l'ensemble de leur processus.

La cartographie des processus est la représentation visuelle des processus (ensemble d'activités) et connexions entre processus (acteurs, activités et liens). Elle met en évidence les liens entre les acteurs qui garantissent le partage d'informations, la continuité de l'activité, les bonnes pratiques professionnelles et surtout qui contribuent à la satisfaction des usagers.

La cartographie des processus se calque sur la cartographie des risques afin d'observer quels processus sont fragiles.

Objectif qualité 6 : Concevoir une cartographie de ses risques.

Action 1 : Réaliser la cartographie des risques pour chaque établissement

Indicateur : Existence d'une cartographie des risques.

Cible : 100% des établissements ont réalisé une cartographie des risques.

La cartographie des risques permet de recenser et de hiérarchiser les risques liés aux activités des établissements et des services. Cette cartographie des risques est alimentée par plusieurs sources : l'observation des écarts par rapport à la réglementation/recommandations/procédures interne, l'analyse des événements indésirables, les résultats des enquêtes de satisfaction, le document unique d'évaluation des risques professionnels, des résultats de diagnostics, d'évaluations ou d'audits. Elle permet ainsi de détecter les processus d'activité à risque et de prévenir la survenue de risques majeurs ou d'événements indésirables graves.

Objectif qualité 7 : Développer la gestion des Evénements Indésirables

Action 1 : Organiser le recueil et le traitement pluridisciplinaire des EI conformément à la procédure nationale

Indicateurs :

Nombre d'événements indésirables déclarés

Nombre d'événements indésirables traités/nombre déclarés

Cible : Pour tous les établissements, 100% des EI déclarés sont traités.

Un tableur de suivi permettra au référent « événement indésirable » de comptabiliser les événements indésirables/réclamations, réaliser une analyse annuelle et l'intégrer dans la cartographie des risques. Ce référent [non hiérarchique] est en charge du traitement et du suivi des fiches d'événements indésirables ; il est garant de la confidentialité des informations et du processus de signalement. Par défaut, ce référent est le Directeur d'établissement ou du service (voir la procédure nationale de gestion des événements indésirables).

Action 2 : Inscrire les professionnels de terrain dans les formations CREX

Indicateur : Le Directeur et le référent qualité sont formés.

Cible : 100% des établissements ont formé leurs Directeurs et référents respectifs au CREX.

L'utilisation d'un « Comité de Retour d'Expérience » (CREX) permet l'analyse régulière des événements indésirables et la programmation d'actions préventives et correctives.

Objectif qualité 8 : Construire un Plan d'Action Qualité (PAQ) et l'actualiser selon l'organisation définie

Action 1 : Rédiger un PAQ dans chaque établissement et service

Indicateur : présence d'un PAQ actualisé.

Cible : 100% des établissements ont un PAQ actualisé chaque année civile.

Action 2 : Mettre en place une réunion institutionnelle qualité bimestrielle (à minima) ou trimestrielle permettant la mise à jour du PAQ.

Indicateur : Nombre de réunions réalisées dans l'année

Cible : Pour les établissements, 4 réunions dans l'année sont réalisées (à minima).

Indicateur : Nombre d'actions réalisées/nombre d'actions programmées dans l'année

Cible : Pour tous les établissements, 80% des actions programmées dans l'année ont été réalisées.

L'élaboration et le suivi d'un PAQ pourraient reposer sur l'organisation suivante :

- > Un comité de pilotage – COPIL - réunit tous les trimestres le référent qualité et l'équipe de Direction. Ce comité détermine les actions, acteurs, échéances à intégrer dans le PAQ et observe son évolution.
- > Un « staff qualité » réunit tous les mois les pilotes des actions qualité et le référent qualité qui anime la séance. Il valide la réalisation effective des actions programmées par le COPIL selon les échéances fixées et prévoit les nouvelles actions à réaliser.

Objectif qualité 9 : Mettre en place le recueil de la satisfaction des usagers

Action 1 : Réaliser des enquêtes annuelles d'après le modèle Croix-Rouge française.

Indicateur : Réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle auprès des résidents

Cible : 100% des établissements ont réalisé leur enquête annuelle auprès des résidents

Indicateur : Réalisation d'une enquête de satisfaction annuelle auprès des familles

Cible : 100% des établissements ont réalisé leur enquête annuelle auprès des familles

Action 2 : Réaliser une restitution des enquêtes de satisfaction auprès des résidents et des familles.

Indicateur : une restitution des résultats des enquêtes est réalisée auprès des résidents et des familles.

Cible : 100% des établissements ont communiqué les résultats aux familles, salariés et résidents (ex : via CVS, affichage, facturation, réunion annuelle, journal interne...)

La restitution des enquêtes de satisfaction devra s'accompagner d'un plan d'action. Une analyse de l'évolution de la satisfaction sur plusieurs années pourra être présentée aux usagers.


Objectif qualité 10 : S'inscrire dans une démarche d'évaluation ou d'audit de ses pratiques

Action 1 : Réaliser une auto-évaluation sur un processus de la structure

Indicateur : une auto-évaluation sur un processus de la structure est réalisée dans les 2 ans.

Cible : 100% des établissements ont réalisé une auto-évaluation

VII. ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE ENQUETE TERRAIN SALARIES – JUILLET 2018

Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes	ENQUETE TERRAIN AUPRES DES SALARIES	
Juillet 2018		

1 – A PROPOS DE VOTRE VIE PROFESSIONNELLE

1. Comment vivez-vous votre travail en relation avec les résidents ?

- J'adore ce travail J'aime ce travail Je ne m'épanouis pas du tout
 C'est intéressant mais lourd A la longue, j'ai des difficultés à vivre ce travail

2. Etes-vous satisfait du travail que vous accomplissez à l'EHPAD Les Aigueroles ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas du tout satisfait

3. Si non, pourquoi ? Définissez les raisons de cette insatisfaction :

.....

4. Votre travail est-il conforme à l'idée que vous vous en faisiez ?

- Oui Non, pourquoi ? :

5. Avez-vous le sentiment d'avoir tous les outils nécessaires à l'exercice de votre métier ?

- Oui Non

6. Si non, selon vous, que vous manque-t-il le plus ? (possibilité de choisir plusieurs réponses, classer par ordre d'importance – le plus important 1 puis 2...)

- Formation sur le métier Reconnaissance de la hiérarchie
 Formation sur le public accueilli Temps entre professionnels
 Temps auprès des résidents Locaux et matériel adaptés
 Autres, précisez :

7. Quels types de situations vous posent le plus de difficultés dans l'exercice de votre métier ?

- Relations entre collègues / avec Direction Manque de temps
 Comportements de certains résidents / familles Organisation du travail
 Autres, Précisez :

8. Avez-vous le sentiment d'avoir la possibilité de formuler ces difficultés à la direction ?

- Oui Non

2 – A PROPOS DES PUBLICS ACCUEILLIS

9. Vos relations avec les résidents dans l'exercice de votre travail sont ?

Très faciles Plutôt faciles Assez difficiles Très difficiles

10. Avez-vous des difficultés avec certains profils accueillis en particulier ?

Oui Non

11. Si oui, pourriez-vous préciser quels types de résidents en particulier ?

- Présentant des troubles du comportement Demandant des soins lourds
 Présentant des troubles cognitifs sévères Autonomes présentant des troubles cognitifs
 Autres, précisez :

12. Avez-vous le sentiment de bien comprendre le public et de connaître suffisamment les pathologies de chacun ?

Entièrement d'accord Assez d'accord Plutôt pas d'accord Pas d'accord du tout

13. Le suivi individualisé des besoins des résidents est une obligation en EHPAD. Considérez-vous que nous répondons aux besoins particuliers de chaque résident ?

Parfaitement Assez bien Assez mal Pas d'accord du tout

14. Avez-vous des propositions pour améliorer la prise en charge personnalisée ?

.....
.....
.....
.....

3- A PROPOS DU SUIVI DE LA QUALITE

15. Considérez-vous que l'accompagnement que nous proposons aux résidents accueillis soit de qualité ?

Parfaitement d'accord Assez d'accord Peu d'accord Pas du tout d'accord

16. Au cours des deux derniers mois, quelles sont les attitudes professionnelles négatives que vous avez constatées dans les relations avec les résidents (vous ou vos collègues) (3 réponses au plus à cocher) ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Manque de patience | <input type="checkbox"/> Manque de respect | <input type="checkbox"/> Indifférence |
| <input type="checkbox"/> Manque d'investissement | <input type="checkbox"/> Manque de conscience professionnelle | <input type="checkbox"/> Pression -Chantage |
| <input type="checkbox"/> Manque d'application | <input type="checkbox"/> Familiarité | <input type="checkbox"/> Vulgarité / Insulte |
| <input type="checkbox"/> Agressivité | <input type="checkbox"/> Manque de respect de l'intimité | |

17. **Charte des droits et libertés de la personne accueillie** : remise obligatoirement à chaque admission, elle définit les droits de chaque résident par rapport à sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix. Avez-vous connaissance de cette charte à l'EHPAD les Aiguerelles ?

Oui Non

18. **Projet d'établissement** : il définit les missions, les orientations, les valeurs sur lesquelles les professionnels vont s'appuyer dans leur action quotidienne. Connaissez-vous le Projet d'Établissement actuel de l'EHPAD les Aiguerelles ?

Oui Non

19. **Projet Personnalisé (PP)** : démarche dynamique de co-construction entre le résident et les équipes, il définit l'engagement de l'EHPAD à prendre en compte la singularité de la personne accueillie pour adapter son accueil et ses services. Connaissez-vous la démarche des Projets Personnalisés au sein de l'EHPAD Les Aiguerelles ?

Oui Non

20. **Evènement Indésirable Grave (EIG)** : tout évènement indésirable, qu'il s'agisse d'un incident, d'un accident ou d'une situation à risque survenu au sein de l'établissement pouvant causer des dommages aux personnes accompagnées, aux acteurs de l'association (bénévoles, volontaires et salariés), à l'institution, aux parties prenantes et/ou à leurs biens. Connaissez-vous la démarche à suivre lorsque vous avez connaissance d'un EIG au sein de l'établissement ?

Oui Non

21. **Amélioration de la qualité** : seriez-vous intéressé(e) pour rejoindre, sur votre temps de travail, un groupe de travail interdisciplinaire pour améliorer la qualité de l'accompagnement ?

Oui Non

22. Commentaires libres

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom Prénom (facultatif) :

Votre métier :

Personnel soignant Cadres – Services Administratifs – Animation
 Service d'entretien, de restauration et de ménage Autre

Votre âge :

18-30 ans 30-40 ans 40-50 ans 50-60 ans >60 ans

Vous travaillez dans l'établissement depuis :

< 1 an 1 à 5 ans
 5 à 15 ans + de 15 ans

Vous êtes en contrat :

CDI CDD Intérimaire
 Temps plein Temps partiel

Merci de votre participation !

GARLENQ	Julie	2018
<p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p align="center">ETABLISSEMENT DE FORMATION : IFOCAS MONTPELLIER</p>		
<p align="center">TITRE DU MÉMOIRE</p> <p align="center">Placer la démarche qualité au cœur de l'accompagnement des résidents d'un EHPAD dans un contexte de transfert de gestion</p>		
<p>Résumé : De profondes mutations, à la fois sociétales et politiques, imposent de nécessaires évolutions de l'offre d'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes.</p> <p>Depuis quelques années déjà, l'EHPAD « Les Aiguerelles » (Mauguio - 34) atteint ses limites, d'un point de vue architectural et organisationnel, du fait de la complexité des profils des résidents accueillis et de l'inadaptation du bâtiment occupé. A cela s'ajoute, le transfert de gestion de l'établissement, pour le bénéfice de la Croix-Rouge française. Cette reprise porte un projet ambitieux mais nécessaire de rénovation de la structure et de diversification de l'offre dans une logique de filière gériatrique pour fluidifier les parcours de vie des personnes âgées du territoire.</p> <p>En tant que directrice récemment en poste, à la lumière de ces changements structurels majeurs, je fais le choix managérial de lancer une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette dynamique structurante collective a pour objectifs de : rassembler l'ensemble des acteurs autour du sens même de notre mission ; accompagner les salariés aux changements et préparer l'établissement à sa profonde mue à venir. La démarche sera au long cours, tel un fil rouge permanent, elle interpellera l'intelligence collective, à chaque étape de transformation, pour construire l'EHPAD « Les Aiguerelles » de demain.</p>		
<p>Mots clés : EHPAD / PERSONNES AGEES DEPENDANTES / DEMARCHE QUALITE / AMELIORATION CONTINUE / ACCOMPAGNEMENT AU CHANGEMENT / RESTRUCTURATION / TRANSFERT DE GESTION / CO-CONSTRUCTION / PLAN D'AMELIORATION QUALITE</p>		
<p><i>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.</i></p>		